

Kommentar

EINE medizinisch-fachliche Beurteilung des Falles ist an Hand der vorliegenden spärlichen Daten weder möglich noch erwünscht. Man wird grundsätzlich davon ausgehen können, daß der Patientin die Möglichkeiten der modernen Medizin nicht vorenthalten wurden und daß die Situation auch fachlich und sachlich richtig beurteilt wurde. Unter diesen Voraussetzungen stellen wir uns die Frage, welche prinzipiellen medizinisch-ethischen Überlegungen im Laufe einer derartigen Krankengeschichte die ärztliche Entscheidungsfindung mitbeeinflussen werden. Dabei könnte man im konkreten Fall vielleicht drei wichtige Markierungen vornehmen, nämlich die Indikation zur ersten Operation, diejenige zur zweiten Operation, sowie die Endphase des Geschehens.

Zur ersten Operationsindikation

Natürlich wird man zuerst abzuschätzen haben, was in einem solchen Fall technisch machbar ist. Die prinzipielle Machbarkeit reicht freilich nicht aus, um eine Indikation für einen riskanten medizinischen Eingriff zu stellen. Ärztliches Handeln hat immer das Ziel, durch Heilen etwas Gutes für den Patienten zu tun und zwar primär, indem man versucht, gefährdetes Leben zu retten. Aber darüber hinaus ist der Arzt auch bemüht, den ursprünglichen Gesundheitszustand des Patienten soweit als möglich wieder herzustellen oder zumindestens seine Lebensqualität zu optimieren. Manchmal kann es sein, daß das Eine (Lebensrettung) mit dem Anderen (Lebensqualität) in Konflikt gerät. Im konkreten Fall geht es darum, das Überlebensrisiko einer armerhaltenden Rekonstruktionsoperation gegen eine relativ gefahrlose Amputation abzuwägen. Bei einer 83 Jahre alten kardial geschwächten Patientin und einer

Ischämiezeit des Armes von über 12 Stunden muß mit ernststen Komplikationen (Verbrauchskoagulopathie, Schockniere, Herz-Kreislauf-Versagen) gerechnet und das Operationsrisiko als hoch eingeschätzt werden. Trotzdem kann man annehmen, daß die Entscheidung zu Gunsten der Rekonstruktionsoperation anfangs eher wenig problematisch war und zum Wohle der Patientin getroffen worden ist. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang das Zuziehen eines Gefäßchirurgen, was die große Gewissenhaftigkeit und die verantwortliche Einschätzung der eigenen Kompetenz der behandelnden Ärzte unterstreicht.

Zur zweiten Operationsindikation

Schwieriger ist hingegen die Indikationsstellung zur zweiten Rekonstruktionsoperation, bei der unter Berücksichtigung der bereits aufgetretenen Komplikationen das Letalitätsrisiko im Vergleich zu einer einfachen Amputation sprunghaft gestiegen war. Wegen der bereits früher erfolgten Entscheidung zur ersten Rekonstruktion bestand sicher die Gefahr, einem Automatismus zu verfallen, bei dem der Behandlungsablauf gleichsam mechanisch abgespult wird und nur mehr punktuell nach dem Prinzip Reaktion – Gegenreaktion agiert wird. Der Arzt sollte immer bereit sein, im Laufe einer Behandlung seine einmal gefällten Entscheidungen in Diagnose und Therapie rückblickend neu zu überdenken und eventuell zu revidieren, besonders dann, wenn unerwartete Komplikationen auftreten. Keinesfalls darf er sich zu einer Art Rechtfertigungshandeln für seine (möglicherweise retrospektiv falschen) Vorentscheidungen verleiten lassen.

Welche Entscheidungshilfen stehen in einer derartigen Situation neben der richtigen fachlichen Einschätzung des Falles zusätzlich zur Verfügung? Zunächst wird man – soweit es

möglich ist – auch die Patientin selbst, eventuell auch die Angehörigen, mit in die Entscheidungsfindung einbeziehen. Ein hohes Operationsrisiko kann ja nur dann verantwortet werden, wenn der dadurch erreichte Gewinn im Vergleich zu einer risikoärmeren Variante angemessen hoch veranschlagt werden kann. Hier ist die subjektive Lebenseinstellung des Patienten eine wichtige Variable. Es könnte zum Beispiel sein, daß die Patientin einer Armamputation keinesfalls zugestimmt hätte, aber auch, daß sie in der zweiten Phase lieber den Arm verloren hätte als sich einem weiteren hohen Lebensrisiko auszusetzen. Aber auch die zukünftigen Lebensumstände und Lebensinteressen eines Patienten spielen in solchen Situationen eine wichtige Rolle. Der Vorteil einer Armerhaltung ist zwar offensichtlich, dennoch macht es einen großen Unterschied, ob zum Beispiel die Patientin eine ständige Betreuung im familiären Kreis haben wird und daher auch mit nur einem Arm gut lebensfähig ist, oder ob sie völlig auf sich selbst angewiesen sein wird. Sicher ist auch die Berufstätigkeit relevant. Eine Pensionistin (wie in unserem Fall) wird den Verlust eines Armes leichter verkraften als zum Beispiel ein Chirurg, der ohne Arm in seiner Existenz bedroht wäre. Alle diese Komponenten werden die Bereitschaft zum Risiko stark beeinflussen. Erst nach Abwägung all dieser Umstände und möglichen Folgen kann der Arzt eine Entscheidung nach bestem Wissen und Gewissen fällen. Über den Kopf des Patienten hinweg, d. h. ohne Respektierung des Willens des Patienten und ohne sich mit ihm und seinen Angehörigen zu verständigen, sollte daher in einer solchen Situation die Entscheidung für oder gegen eine Rekonstruktionsoperation keinesfalls gefällt werden. Denn nur so kann man davon sprechen, daß der Arzt tatsächlich sein ärztliches Können zum Wohl des Patienten einsetzt und seine Würde als Mensch respektiert. Niemals darf der Patient zu einem

Objekt einer Behandlungskaskade werden, bei der auch der Arzt nur mehr Spielball eines reflexhaften Automatismus ist, dem er nicht mehr Einhalt gebieten kann, so wenig wie der Zauberlehrling den Geistern, die er rief.

Zur Endphase

Zuletzt wird man sich fragen, warum die Patientin 8 Tage lang bis zu ihrem Tod mit intensivem Aufwand (Beatmung, künstliche Ernährung, Antibiotika, Herz-Kreislauf-Therapie) weiter behandelt wurde, obwohl – wie es heißt – „die Prognose infaust war?“ Möglicherweise haben die Ärzte doch noch auf eine Rettung gehofft. Dann wäre der Aufwand sicher gerechtfertigt gewesen. Andernfalls stellt sich die Frage des Behandlungsabbruchs bzw. des Behandlungsrückzugs auf palliative Maßnahmen, die bei einem irreversiblen terminalen Zustand dem Patienten in Würde zu sterben ermöglichen. Ein sinnloser Aktivismus, der vielleicht zur Beruhigung der Ärzte dient, um so ihre Ohnmacht nicht eingestehen zu müssen, wäre sicherlich nicht angebracht. Hier gilt es anzuerkennen, daß die Heilkunst nichts mehr vermag und daß der Arzt jetzt die Aufgabe hat, ein würdiges Sterben mit Kompetenz und Menschlichkeit zu gewährleisten, indem er auf das Unnütze maßvoll verzichtet, sinnlose therapeutische Maßnahmen langsam zurückzieht und sich in der letzten Phase eines Menschenlebens der Palliation zuwendet. Sterben mit Würde, dies bedeutet auch, daß man dem Patienten mit Achtung und Ehrfurcht in seinen letzten Stunden begegnet, versucht herauszufinden welchen Wunsch, welchen kleinen Handgriff er vielleicht gerade jetzt noch benötigt u.s.w. Die Würde des Sterbenden verlangt also vom Arzt, den Patienten nicht im Stich zu lassen, nur weil man nicht mehr kurativ agieren kann. Sie verlangt eine ausreichende körperliche Pflege, auch wenn der Patient schon bewußtlos ist, sowie eine angemessene und

gepflegte räumliche Atmosphäre, wo sich die Angehörigen und Freunde noch verabschieden können und wo für den Patienten auch die Möglichkeit besteht, in Respektierung seiner religiösen Überzeugung geistlichen Beistand zu bekommen.

Es ist zu hoffen, daß all dies in den letzten Tagen und Stunden bei der Patientin berücksichtigt worden ist.

J.B.