

Marion Stoll

## Kommentar zum Fall

Commentary on the Case

Im vorliegenden Fall betrachten wir die Situation eines Tumorpatienten, dessen Tumorerkrankung nach medizinischem Ermessen unheilbar ist. Die Diagnose erfolgte relativ kurz vor dem Notfallereignis, die bis dato durchgeführte Chemotherapie wurde gut vertragen, über das Ansprechen darauf vonseiten der Tumorerkrankung wissen wir nichts. Der Patient war bisher offensichtlich in einem sehr guten Allgemeinzustand. Es wird die Frage aufgeworfen, inwieweit und wann eine DNR (do not resuscitate)-Order bei einem Patienten mit einer fortgeschrittenen malignen Erkrankung aus ethischer Sicht zulässig ist: Es geht also um eine „Ethik der Reanimation“.

Zur Begriffsklärung müssen folgende Bemerkungen vorausgeschickt werden: Dem Begriff DNR-„do not resuscitate“ werden heute vielfach die Begriffe DNAR-„do not attempt resuscitation“ oder ANR-„allow natural death“ vorgezogen. DNR bedeutet nicht, dass der Arzt in der generellen Betreuung des Patienten die Hände in den Schoß legt und nichts macht. Es besagt nur, dass im Falle eines Herzkreislaufstillstandes keine Maßnahmen der Wiederbelebung ergriffen werden. Der Begriff „Order“ legt eine Anweisung nahe, die im Falle einer klaren und bewussten Willensäußerung des Patienten auch als solche zu werten ist. Doch wenn diese Anweisung durch einen Arzt infolge der infausten Prognose im Terminalstadium einer Erkrankung erfolgt, ist der Begriff „Vermerk“ sicher akkurater, da dadurch mehr der Charakter einer Empfehlung hervorgehoben und somit auch unmissverständlich klargestellt wird, dass diese Weisung immer wieder an die aktuelle Situation des Patienten angepasst und auch mit ihm abgesprochen werden muss.

Die Entscheidung, jemanden im Notfall nicht zu reanimieren, ist eine schwerwiegende. Sie kann nicht en passant getroffen werden. Sie kann nicht vom Arzt allein getroffen werden. Sie kann auch nicht nur aus der Perspektive der momentanen klinischen Situation beurteilt werden. Solche Entscheidungen können nicht auf die Notfallsituation abgewälzt werden. Denn in einer Notsituation möglichen Nutzen, potentielle Risiken, wahrscheinliche Prognose und vermutlichen Schaden, vielleicht auch noch abschätzbare Kosten, sinnvoll abzuwägen, wäre eine Illusion.

Betrachten wir zunächst einige grundlegende ethische Prinzipien in Anwendung auf die beschriebene Situation. Da ist zum einen das Prinzip der Autonomie: Der Patient hat das Recht, selbst zu entscheiden, wie in einer definierten Situation gehandelt wird, im vorliegenden Fall, ob in einer Notfallsituation Reanimationsmaßnahmen ergriffen werden. Solche Entscheidungen können Behandlungen ablehnen, niemals aber Therapien einfordern, wenn diese nach ärztlichem Dafürhalten nicht angemessen sind. Sie bedürfen einer umfassenden Aufklärung durch den Arzt, die es dem Patienten erlaubt, gemäß seiner eigenen Prioritäten Für und Wider abzuwägen. Dass die Konfrontation mit solchen Entscheidungssituationen einen Patienten auch überfordern kann, zeigt der klinische Alltag. Das betrifft sowohl Alles-oder-Nichts-Entscheidungen (wie im vorliegenden Fall) als auch Entscheidungen für eine Therapieoption aus mehreren mehr oder weniger gleich sinnvollen Therapiemöglichkeiten. Es zeigt sich klar: Die Ausübung der Autonomie als Grundrecht in diesem Verständnis kann vom Patienten nicht eingefordert werden. Offensichtlich wollte in der beschriebenen Situa-

on der Patient diesbezüglich auch keine Entscheidung treffen bzw. keine Richtlinien im Rahmen einer Patientenverfügung festlegen. Autonom ist in einem weiter gefassten Begriffsverständnis auch das vertrauensvolle Überlassen solcher Entscheidungen an das ärztliche Know-How. Der Patient hat also keine Verpflichtung dazu, seinen Willen darüber kundzutun, wie in solchen Notfallsituationen in Zukunft gehandelt werden soll. Der Patient sollte auch keine Vorkehrungen treffen müssen, um den Arzt auf der einen Seite in Situationen ohne sinnvolle Perspektive an therapeutischem Übereifer zu hindern und sich auf der anderen Seite vor einem therapeutischen Nihilismus zu schützen. Im Grunde sollte er darauf vertrauen können, dass der Arzt sinnvolle und angemessene Handlungen setzt und sinnlose oder unsinnige Maßnahmen unterlässt. Ein solches Vertrauen aber kann nur in einer guten und aufrichtigen Arzt-Patient-Beziehung entstehen, wachsen und in besonderen Belastungssituationen auch tragfähig sein.

In solchen und ähnlichen Diskussionen wird häufig über die Autonomie des Patienten am Lebensende gesprochen, auch die Patientenverfügungen als Möglichkeit, die Wünsche des Patienten bezüglich zukünftiger Behandlungen festzuhalten, unterstreichen dies. Und doch betrifft Autonomie am Lebensende nicht nur den Zeitpunkt des Todes – das wäre eine verkürzte Sichtweise – sondern auch und vielleicht sogar primär die Phase des Lebens bis dahin. Das Lebensende ist nicht nur ein konkreter Moment in der Zeit. Autonomie betrifft nicht nur Reanimieren oder Nicht-Reanimieren, sondern vor allem Lebensqualität. Und über Lebensqualität entscheidet nicht der Arzt, sondern der Patient.

Wesentlich sind in dieser Diskussion auch die ethischen Prinzipien der Fürsorge und des Nicht-Schadens: Es ist nicht nur Teil einer guten klinischen Praxis, sondern entspricht der Würde des Menschen, dann keine Wiederbelebungsmaßnahmen zu ergreifen, wenn diese nur eine sinnlose Verlängerung des Sterbens bedeuten würden. Die Kernfrage lautet: Zielt die ärztliche Handlung

darauf ab, zu heilen, zu trösten oder Leiden zu lindern, und ist diese Zielsetzung realistisch erreichbar, ohne dass dabei der in Kauf genommene Schaden den möglichen Nutzen übersteigt? So wird man bei infauster Prognose im Terminalstadium einer Erkrankung von einer Reanimation absehen, wenn dadurch nur das Leiden verlängert und der Todeszeitpunkt hinausgezögert wird. Es wird eine medizinisch nicht sinnvolle Maßnahme nicht ergriffen, sodass eine unheilbare Krankheit in der allerletzten Phase ihren natürlichen Lauf nehmen kann. Ziel dieser Unterlassung ist nicht, das Sterben zu beschleunigen, das Leben zu verkürzen und den Tod herbeizuführen, sondern ein würdigeres Sterben zu ermöglichen.

Im vorliegenden Fall erfahren wir nichts über den Inhalt weiterer Gespräche zwischen Arzt und Patient, der Fokus wird auf die Entscheidung rund um eine neuerliche Reanimation gelegt, also auf eine ganz konkrete Situation, die darüber hinaus nicht allzu häufig vorkommt. Hoffentlich war die Lebensqualität in den Gesprächen zwischen Arzt und Patient ebenfalls ein Thema, es sollte sogar ein vorrangiges Thema sein. Denn die weitere Lebensphase dieses krebskranken Menschen bietet weit mehr Entscheidungsmöglichkeit als bloß für die isolierte Situation eines Notfalls: Allzu leicht wird der Schwerpunkt darauf gelegt, was in einer Notfallsituation zu tun oder zu unterlassen ist. Weit mehr Gewicht sollte der Frage zukommen, was sich ein Patient mit fortgeschrittener maligner Grunderkrankung von seinem Leben bis zum Ende erwartet, welches für ihn die Kriterien für Lebensqualität darstellen. Es sollte nicht bloß um das Alles oder Nichts am Ende gehen, sondern vor allem um die Schattierungen und Farben des Lebens bis dahin.

In Bezug auf die geschilderte Situation sollte auch die Frage nach den Motiven erlaubt sein, aus denen heraus der Arzt das Thema einer Patientenverfügung ansprach. Suggestiert der Arzt im vorliegenden Fall nicht in einem gewissen Sinne die Entscheidung für einen Verzicht auf eine Reanimation, wenn er sie in einer Situation diskutiert,

in der die Entscheidung für eine Reanimation eine ganz offensichtlich gute Entscheidung war? Die Reanimation hat im beschriebenen Fall nämlich keineswegs geschadet, sondern ganz offensichtlich genützt. Wollte sich der Arzt in seinen Entscheidungen in einer zukünftigen Notfallsituation absichern? Oder wollte er die Gelegenheit nützen, mit dem Patienten ein tiefer greifendes Gespräch über die Begrenztheit des Lebens, das Sterben, den Tod oder das Leiden zu führen? Solche tief gehenden Gespräche mit dem Patienten sollten schon im Vorfeld geführt worden sein, und sich nicht erst dann entwickeln, wenn sich aufgrund der klinischen Situation oder des Krankheitsverlaufes die explizite Frage danach stellt. Wenn sich solche Gespräche nur anhand von Patientenverfügungen führen lassen, erweckt dies allerdings den Eindruck eines wesentlichen Defizits in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient.

Auch wenn uns der Bericht über diese wichtigen Details im Dunkeln lässt, so zeigt sich doch ganz klar, wie wichtig und grundlegend eine gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist. Vor allem auch in Situationen, in denen es nicht so klar abzuschätzen ist, ob eine Handlung mehr schadet als nützt, ist es umso wichtiger, mit ärztlicher Einfühlbarkeit, Offenherzigkeit und Aufrichtigkeit das Gespräch mit dem Patienten zu suchen und zu fördern.

Auch wenn es sicherlich wichtig ist, Kriterien einer „Ethik der Reanimation“ zu erörtern, so darf eine solche Diskussion niemals losgelöst geführt werden von einer „Ethik der Kommunikation“.

Dr. Marion Stoll, IMABE  
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien  
mstoll@imabe.org