

Fall und Kommentare

Zur Frage ethischer Pflichten des Hausarztes bei Behandlungsverweigerung

Herr A., ein rüstiger Rentner, der etwas über 70 Jahre alt ist und mit seiner Frau in einem Einfamilienhaus mit Garten lebt, schickt seine Frau im Laufe des Winters in die Praxis des Hausarztes. Sie teilt mit, ihr Mann könne nicht selbst in die Praxis kommen, da ihm schwindlig sei.

Beim Hausbesuch misst der Arzt einen Blutdruck von 160/90 mm Hg und eine arrhythmische Herzfrequenz von 130/min. Er erläutert dem Patienten eingehend die Notwendigkeit einer genaueren Untersuchung.

Zwei Tage später wird Herrn A. in der Praxis Blut abgenommen, wobei sich folgende Laborwerte ergeben: Hämoglobin 11,4 g% (normal: 13,5–18,0 g%); Leukozyten 4.200 / ml (normal: 4.400–11.300 / ml); Gamma-GT: 78 mU (normal: bis 28 mU); Glucose: 112 mg% (normal: 70–110 mg/dl); Harnsäure: 8,5 mg% (normal: 3,5–7,0 mg%); Kreatinin: 0,9 mg% (normal: 0,9–1,4 mg/dl); PSA (Prostata spezifisches Antigen): 5.462 ng/ml (normal: bis 4 ng/ml). Das ebenfalls durchgeführte EKG zeigt eine absolute Arrhythmie durch Vorhofflimmern mit einer ventrikulären Extrasystole.

Der Patient hatte vor drei Jahren zum letzten Mal den Hausarzt zu einer Gesundheitsuntersuchung aufgesucht. Damals wurde ein PSA-Wert von 19,1 ng/ml gemessen und ein kirschgroßer Knoten in der Prostata getastet. Der hinzugezogene Urologe diagnostizierte in der Sonographie eine 10 mm große Prostatzyste und vereinbarte einen Termin zur Prostatabiopsie. Herr A. nahm diesen Termin nicht wahr.

Obwohl er seit dem vergangenen Frühjahr 25 kg abgenommen hat, lehnt Herr A. auch jetzt eine stationäre Einweisung zur Abklärung ab, mit dem Argument: „Meine Mutter hatte hohen Blutdruck, seither hab ich Horror vorm Krankenhaus.“ Man einigt sich auf eine ambulante Diagnostik, aber auch das vom Hausarzt terminierte Szintigramm nimmt der Patient nicht wahr. Er begründet seine Ablehnung damit, sich grundsätzlich keine Spritzen geben zu lassen: „Es ist schon so viel passiert mit Spritzen – meine Mutter ist daran gestorben und drei Bekannte auch.“ Die ausführliche Aufklärung des Hausarztes über seinen besorgniserregenden Gesundheitszustand kontert er mit der Feststellung: „Wenn’s einen trifft, dann trifft’s einen!“

Fall und Kommentare

Kommentar I

Dr. med. Ulrike Bernius

Der Hausarzt kennt seinen Patienten Herrn A. als einen noch recht rüstigen Rentner, der sich aber vor drei Jahren der weiteren stationären Abklärung eines erhöhten PSA-Wertes und eines auffälligen Tastbefundes der Prostata entzogen hatte. Dieser schickt nun seine Ehefrau zum Hausarzt, um ihn um einen Hausbesuch zu bitten. Sie kennt ihren Ehemann sehr genau und hat die Erfahrung vor drei Jahren gemacht, dass er gesundheitliche Probleme ignoriert. So wird es die Angst um ihn sein, die sie veranlasst, der Bitte ihres Mannes nachzukommen, persönlich den Hausarzt aufzusuchen und ihn um einen Hausbesuch zu bitten. Die Fallschilderung ist sicher eine Indikation für einen Hausbesuch, den ein Hausarzt durchführen muss, wenn der Patient die Praxis nicht aufsuchen kann. Hier kommt aber für den Hausarzt noch eine weitere „Indikation“ für den Hausbesuch hinzu: Seine „Erfahrung“ mit dem Patienten und dessen schlechte „Compliance“. Damals bestand der dringende Verdacht auf ein Prostata-Ca, und seitdem hatte er den Patienten nicht mehr gesehen. Die beim Hausbesuch erhobenen Befunde erfordern dringend weitere Untersuchungen in der Praxis, zu denen der Patient schließlich auch in der Praxis erscheint. Aber wiederum lässt Herr A. nur nicht-invasive und ambulante diagnostische Maßnahmen zu; eine Einweisung in die Klinik zur stationären Abklärung und eventuellen Therapie lehnt der Patient auch dieses Mal nach ausführlicher Aufklärung ab. Als Begründung führt er schlechte Erfahrungen seiner Mutter und Bekannten an, die an Spritzen sogar gestorben seien; davor hat er auch Angst. Im Innersten befürchtet er wohl die Bestätigung seiner stillen Vermutung einer malignen Erkrankung, die einen eben trifft, wie er sich gegenüber seinem Hausarzt schicksalsergeben äußert: „Wenn’s einen trifft, dann trifft’s einen“! Damit verwehrt er seinem Hausarzt jeden weiteren medizinischen Zugang.

Nicht beschrieben wird, welche Beziehung der Hausarzt zur Ehefrau des Patienten hat: Ist er auch ihr Hausarzt? Ist er eventuell der Hausarzt der ganzen Familie? Wurde die Ehefrau in die Aufklärungsgespräche miteinbezogen? Sicher wird ein Hausarzt auch noch einmal über die Ehefrau oder die Kinder des Patienten versuchen, Einfluss zu nehmen, sofern der Patient damit einverstanden ist. Der Patient hatte schließlich seine Ehefrau sozusagen als Mittlerin beauftragt und nicht selber zum Telefon gegriffen. Hier wird der Arzt als „Haus- und Fa-

Dr. med. Ulrike Bernius

Fachärztin für Allgemeinmedizin, Bachelor of Chinese Medicine, Kirchweg 1, 79249 Merzhausen bei Freiburg i.Br.

milienarzt“ auf allen denkbaren Ebenen gefragt sein. Die Diagnose einer so schwerwiegenden Erkrankung hat auch Auswirkung auf die „Gesundheit“ der Ehefrau bzw. der Familie, zumal der starke Gewichtsverlust des Patienten schon ein fortgeschrittenes Carcinomstadium vermuten lässt. Hier wird dann die ganze psychische und physische Kraft der nahen Angehörigen in der Betreuung des Patienten gefragt sein. Sollte Herr A. auch diese Überlegungen in seinen Entschluss sein „Schicksal“ zu nehmen, wie es ihn trifft, eingebaut haben, bleibt dem Hausarzt nur die Entscheidung seinen Patienten zu respektieren und ihm ein „Trotz allem, wenn Sie mal wieder Hilfe brauchen, melden Sie sich oder schicken Ihre Frau. Ich bin jederzeit für Sie da.“ mit auf den Weg zu geben.

Fall und Kommentare

Kommentar II

Udo Schlaudraff

Herr A. leidet an einer Herzarrhythmie, die offenbar Schwindelzustände mit sich bringt. Jedenfalls werden keine anderen Gründe dafür angegeben, dass der Patient nicht selber in die Praxis des Hausarztes kommt, sondern seine Frau schickt. Sie soll wohl den Hausbesuch des Arztes bei ihrem Mann bewirken. Frage: Warum dieses Vorgehen? Ist es erlaubt anzunehmen, dass der Doktor normalerweise keine Hausbesuche macht? Dann bedeutete der Hausbesuch bei Herrn A. eine Form besonderer Zuwendung, die, wie man weiß, schlecht vergütet wird. Umso enttäuschter ist verständlicherweise der Arzt, als der Patient die von ihm vorgeschlagene stationäre Einweisung zur diagnostischen Abklärung trotz ausführlicher Aufklärung über den Besorgnis erregenden Gesundheitszustand ablehnt. Andererseits fällt auf, dass der Patient bereit ist, zwei Tage nach dem Hausbesuch die Praxis des Arztes aufzusuchen, wo ihm Blut abgenommen und ein EKG geschrieben wird. Erst als sich herausstellt, dass das prostataspezifische Antigen bei Herrn A. einen überdurchschnittlichen Wert zeigt, scheint ein Zusammenhang zwischen der Gewichtsabnahme um 25 kg und dem Verdacht auf ein fortgeschrittenes Prostatacarcinom, möglicherweise mit Knochenmetastasen, hergestellt zu werden. Der Bericht spricht davon, dass sich Arzt und Patient auf eine ambulante Diagnostik geeinigt hätten. Aber den vom Hausarzt veranlassten Termin für ein Szintigramm nimmt Herr A. nicht wahr.

Was bedeutet das Verhalten von Herrn A.? Soll es besagen: Ich brauche jetzt nicht dies oder das, Doktor, sondern dich als Person, als verlässlichen Begleiter, der auch ins Haus kommt, wenn's nötig ist? Versteht der Patient die „Sprache“ seines Körpers, der ihm sagt, dass er – so oder so – nicht mehr lange zu leben hat? Er spricht schließlich vom Tod der Mutter und von dem dreier Bekannter. Er könnte sich innerlich längst für ein palliatives Vorgehen entschieden haben, auch wenn er zu den Menschen gehört, die gar nicht wissen, dass es so etwas gibt. Oder gehört Herr A. zu den Männern, für die eine Herzinsuffizienz eine „anständige“ Krankheit ist, während ein Prostatacarcinom ein unvorstellbares nefandum ist, eine Bedrohung der Identität, für die die Worte fehlen? Oder ist Herr A. in einer – vielleicht nur vorübergehenden – depressiven Gefühlslage, aus der Fakten und Informationen allein nicht heraushelfen, weil sie die Angst eher verstärken als vermindern? All das kommt vor und könnte auch bei Herrn A. eine Rolle spielen. Der Fallbericht lässt nicht erkennen, ob der Hausarzt sich

der Vielschichtigkeit von Arzt-Patienten-Gesprächen bewusst ist. Es ist von „ausführlicher Aufklärung“ die Rede und davon, dass dem Patienten die Notwendigkeit einer genaueren Untersuchung „eingehend erläutert“ worden sei. Aber wir erfahren nicht, ob der Arzt kontrolliert hat, wie er verstanden wurde. Wir erfahren auch mit keinem Wort etwas über die Qualität der Beziehung zu Herrn A. Ist er dem Hausarzt sympathisch oder lästig? Ist er ein Patient, den der Arzt gut kennt oder ist er halt nur einer von Vielen? Wirkt vielleicht Ärger darüber nach, dass Herr A. schon vor drei Jahren die verabredete Prostatabiopsie nicht hat machen lassen? Oder gibt es Selbstvorwürfe auf Seiten des Arztes, dass er nicht schon damals insistiert hat? Auch das kommt ja vor und könnte hier eine Rolle spielen.

So bleibt auf der kommunikativen Ebene dieses Falles manches offen. Unabhängig davon gilt: Jeder Patient hat das Recht, eine aus ärztlicher Sicht indizierte Diagnose oder Therapie zu verweigern, auch wenn er sich dabei in unsinniger Weise selbst schädigt. Der Arzt ist verpflichtet, den Patienten über die Folgen seiner Weigerung sorgfältig aufzuklären. Er ist gut beraten, dies wahrheitsgemäß zu dokumentieren. Dabei sollte jeder Fall von Therapieverweigerung für ihn ein Anlass sein, seinen Kommunikationsstil zu überprüfen. Qualitätszirkel oder Balint-Gruppe wären hilfreich.

Ob der Arzt eine über die Komm-Struktur hinausgehende weiterreichende Verpflichtung hat, (Hausbesuch, der nicht ausdrücklich erbeten ist; Gespräch mit der Ehefrau, o.ä.) ist strittig. Beauchamp und Childress rechnen in ihrem Buch *Principles of Biomedical Ethics* solche besonderen Formen der ärztlichen Sorgfalt nur zu den ideal virtues, die vielleicht wünschenswert aber nicht unerlässlich sind. Die neue Berufsordnung der Schweizerischen Ärzteschaft von 1997 legt demgegenüber und angesichts der einseitigen Betonung von Patientenrechten und -autonomie wieder mehr Nachdruck auf Persönlichkeit und Gewissen von Arzt und Ärztin: „Arzt und Ärztin üben ihren Beruf gewissenhaft aus und erweisen sich dadurch des Vertrauens der Ratsuchenden und der Öffentlichkeit würdig. Voraussetzung dafür sind persönliche Integrität und Kompetenz.“ Man beachte die Reihenfolge!

Wer wollte bestreiten, dass die Zwänge, unter denen heute eine Hausarztpraxis geführt werden muss, es sehr schwer machen, in einem Fall wie dem des Herrn A. mehr zu tun als das, was das ethische Minimum des Rechts verlangt? Aber gerade weil das so ist, sollten Ärzte nicht die Achseln zucken und sich sagen: Man tut, was man kann, mehr ist nicht drin. In Einzelfällen muss dieses Mehr immer wieder möglich sein. Auch die Bundesärztekammer geht in ihren „Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung“ von 1998 davon aus, dass die ärztliche Aufgabe nicht nur in Gesundheitsschutz und Therapie besteht, sondern auch im Lindern von Leiden und im Beistand bis zum Tod. Hat der Patient A. schon den Eindruck gewinnen können, dass sein Hausarzt verlässlich zu ihm halten wird, auch wenn er sich anders entscheidet, als dieser ihm vorgeschlagen hat? Hat der Arzt Herrn A. spüren lassen, dass er mit allen seinen Möglichkeiten – nicht nur den medizinischen – zu ihm als seinem Patienten halten wird, auch wenn er eines Tages um Hilfe bitten wird, die dann therapeutisch zu spät kommt? Nicht nur was das Recht als verpflichtend auferlegt, sollte Maßstab für das Handeln des Arztes sein, sondern auch, was als ärztliche Verpflichtung empfunden wird. Dazu freilich bedarf es des Rückbezuges auf Quellen der Persönlichkeit und des Charakters.