

„Sollen wir noch operieren? – Müssen wir noch operieren?“

Ethische Probleme einer Indikation zur
Operation bei einer hochbetagten Patientin

Die 1916 geborene Patientin leidet seit Jahren an einem fortgeschrittenen Zustandsbild von Morbus Alzheimer. Sie ist größtenteils zeitlich und örtlich desorientiert. Bei allen täglichen Verrichtungen, insbesondere auch Nahrungsaufnahme und Ausscheidung, bedarf es der Hilfe und der schrittweisen Anleitung von Pflegepersonen.

Die Patientin lebt seit Jahren in einem Pflegeheim, da es den sehr um sie bemühten Angehörigen aus beruflichen und räumlichen Gründen nicht möglich ist, eine private Versorgung aufrechtzuerhalten.

Die Aufnahme an einer internistischen Abteilung eines Krankenhauses erfolgte auf Bitten des im Heim tätigen praktischen Arztes, nach einem im Heim erlittenen „Kollaps“.

Bei der dort vorgenommenen Durchuntersuchung, konnte zunächst lediglich eine mäßiggradige Anämie festgestellt werden, zu deren Abklärung weitere diagnostische Schritte veranlasst wurden.

Im Rahmen einer Gastroskopie wurde ein etwa 3×1,5 cm großer polypoider Karzinomherd an der Hinterwand des Magens, etwa 10 cm von der Kardie entfernt, festgestellt und die Diagnose histologisch verifiziert (höhergradig differenziertes tubuläres Adenokarzinom).

Nach Gabe von 2 Erythrozytenkonzentraten wurde die Patientin der chirurgischen Abteilung eines anderen Krankenhauses mit der Bitte um operative Sanierung überwiesen.

Die Angehörigen überließen bei der Aufnahme ausdrücklich jede weitere Ent-

scheidung hinsichtlich eventueller therapeutischer Vorgehensweisen den Ärzten.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme waren insbesondere das Blutbild sowie weitgehend alle anderen Befunde, inklusive Tumormarker, im Normbereich. Die Kontrollgastroskopie bestätigte den vorher erhobenen Befund und konnte jede rezente Blutung ausschließen.

Zusätzliche Untersuchungen, wie Computertomographie der Oberbauchorgane, Oberbauchsonographie, Thoraxröntgen, Karotisdopplersonographie ergaben unauffällige Befunde.

Die Patientin ist auf der Station – trotz umfassender Betreuung von Pflegepersonen und Angehörigen – äußerst unruhig, zeigt wenig Appetit, scheint aber sonst unter keinen Beschwerden zu leiden. Die stärkste emotionale Äußerung besteht in der Wiedersehensfreude, wenn sie von Tochter und Enkelin besucht wird.

Frage: Wie soll mit dieser Patientin weiter verfahren werden? Welche Gründe sprechen für, welche gegen eine Operation, insbesondere unter Würdigung der Grunderkrankung, des Alters und der (vitalen?) Indikation?

Hermann Bockhorn

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Krankenhaus Nordwest,
Akademisches Lehrkrankenhaus, Frankfurt

Kommentar I

Die Fragestellung „Sollen wir operieren – müssen wir operieren?“ drängt die Chirurgie in eine Rolle, die sie so eigentlich nicht verstanden wissen möchte. Die Chirurgie ist in erster Linie eine medizinische Behandlungsmöglichkeit, die – zugegebenermaßen – sehr effektiv sein kann für die Heilung und Wiederherstellung der Gesundheit. Bei der Frage nach der Indikation zur Operation hat sich die Chirurgie aber zuerst die Frage zu stellen, ob sie den Patienten durch die Eingriffe wirklich helfen kann und muss deshalb in ihren Überlegungen auch immer das Für und Wider zum operativen Eingriff miteinbeziehen.

Bei dem vorliegenden Fall handelt es sich um eine 88-jährige Patientin mit einem Morbus Alzheimer, die ganztägig pflegebedürftig ist und in einem Pflegeheim lebt. Sie ist jetzt an einem Magenkarzinom erkrankt, das im Antrum lokalisiert ist, eine Ausdehnung von $3 \times 1,5$ cm hat, eine polypöse Wachstumsform zeigt und in der histologischen Untersuchung ein höhergradiges tubuläres Adenokarzinom ergeben hat.

Die Prognose eines Magenkarzinoms hängt sehr von seiner Größe und Ausdehnung ab. Hat das Karzinom die Magenwand überschritten und zu Absiedlungen im Bauchraum (Metastasen) geführt, so stirbt der Patient an seiner Erkrankung innerhalb eines Jahres. Bei der 88-jährigen Patientin ist der Tumor – nach den vorliegenden, wenn auch unvollständigen Daten – lokal begrenzt mit einer histologisch gutartigen Diagnose, so dass man von einem

Tumorstadium I oder II ausgehen kann, das der Patientin im Falle einer Operation eine 50- bis 70%ige Chance gibt, 5 Jahre und länger zu überleben. Über den Spontanverlauf des bei der Patientin beschriebenen Tumors sind genaue Angaben nicht möglich. Geht man von der chirurgischen Erfahrung bei Sonderfällen aus, bei denen nach einer Magenoperation Tumorreste (R1- oder R2-Resektion) zurückgeblieben sind, so beträgt die mediane Überlebenszeit 7–11 Monate, in Einzelfällen bis zu 24 Monaten. Die Komplikationen eines Spontanverlaufes sind Appetitabnahme, Störungen der Essenspassage, Blutungen und Schmerzen, die erst am Ende des Krankheitsverlaufes einer intensiven Schmerztherapie bedürfen. Letztlich ist die Karzinomerkrankung der 88-jährigen Patientin keine Katastrophe, denn die chirurgische Therapie kann zu einer Heilung oder zumindest zu einer 5-Jahres-Überlebensrate von 50–70% führen. Das Alter der Patientin ist, da keine schwer wiegenden Begleiterkrankungen, wie Herzinsuffizienz, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Schlaganfall, beschrieben sind, keine Kontraindikation zur Operation des Magenkarzinoms. Das Risiko an dieser Operation zu sterben, beträgt auch bei einem 88-jährigen Patienten nur 5–7%. Es gibt kein Argument, bei einem 88-jährigen Patienten eine Karzinomoperation aus medizinischer Sicht und aufgrund seines Alters abzulehnen. Die „Altersweisheit“, die in Dankbarkeit auf das vergangene Leben zurückblickt und den Spontanverlauf eines Krankheitsereignisses abwartet, kann nicht

prinzipiell vorausgesetzt werden. Auch ein 88-jähriger Patient möchte 100 Jahre alt werden.

Jeder operative Eingriff kann zu postoperativen Komplikationen (Morbidity) führen, die bei einem Magenkarzinom zwischen 20–30% liegen. Dies sind Infektionen, Störungen der Darmpassage, Aggravierung der Durchblutungsstörungen, Herzinfarkt, Lungenentzündung etc. Diese Morbidity ist bei alten Patienten im besonderen Maße bei der Operationsindikation zu berücksichtigen.

Wenn der Chirurg die Prognose des Magenkarzinoms bei der oben zitierten 88-jährigen Patientin abschätzen kann und einen großen Erfahrungswert in der Karzinomchirurgie und der postoperativen Behandlung und Pflege besitzt, so muss er folgende Fragen in seine Indikationsstellung einbeziehen:

1. Hat die Patientin noch die Fähigkeit zum Werten? Dies ist offensichtlich wegen des Morbus Alzheimer nicht der Fall, so dass es an den Angehörigen liegt zu beurteilen, was für die Patientin gut und was schlecht für sie ist. Wird die Patientin, z. B. durch die Umgebungsveränderung (Krankenhausaufenthalt) oder eine Schmerzreaktion, völlig aus dem Gleichgewicht geworfen, so ist die Operationsindikation mit Zurückhaltung zu stellen.
2. Besitzt die Patientin noch die Fähigkeit zur Kommunikation? Dies scheint – obwohl sie von den Angehörigen in ein Pflegeheim gebracht wurde – bei dem Besuch von Tochter und Enkelin der Fall zu sein, so dass auch mit Hilfe der Angehörigen eine Krankheitsführung möglich wird und man der Patientin mit der Operation etwas Gutes tun kann. Ist die Patientin dagegen aggressiv, verwahrlost und hat sich zusehends mit ihrer Umgebung verfremdet, so wird eine Krankheitsführung schwierig oder unmöglich sein, und man wird ihr durch die Operation eher etwas Schlechtes tun.
3. Hat die Patientin noch die Fähigkeit zur Mobilität? Nur wenn die Patientin mobil, selbstständig und auch mit eigenem Antrieb laufen kann, wird man ihr mit einer Operation helfen können. Ist sie dagegen immobil, körperlich verwahrlost, ggf. mit Kontrakturen geplagt, so wird ein operativer Eingriff die Situation noch verschlimmern.

Zusammenfassung

Bei der an einem Magenkarzinom erkrankten 88-jährigen Patientin gibt es weder von Seiten des Alters noch von Seiten des Karzinoms, das eine relativ gute Prognose besitzt, eine Kontraindikation zur Operation. Aufgrund des ausgeprägten Morbus Alzheimer muss der Chirurg in Kenntnis der Prognose des Magenkarzinoms, des Ausmaßes des Eingriffs und der zu erwartenden Morbidity genauestens abwägen, inwieweit er der Patientin mit dem operativen Eingriff „etwas Gutes tut“. Er muss die Patientin kennen und in seine Abwägung auch den Gastroenterologen, den Neurologen und insbesondere die Angehörigen mit einbeziehen. Hierbei sind die in Punkt 1–3 aufgeführten Argumente zu berücksichtigen.

Ist das Ergebnis dieser Abwägung die Erkenntnis, dass man der Patientin durch die Operation eher „etwas Schlechtes tut“, so ist es gerechtfertigt, den Spontanverlauf der Magenkarzinoms abzuwarten und die supportiven Maßnahmen für die Patientin in den Vordergrund zu stellen.

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. med. Hermann Bockhorn

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie,
Krankenhaus Nordwest, Akademisches Lehrkrankenhaus,
Steinbacher Hohl 2–26, 60488 Frankfurt am Main

Kommentar II

Der beschriebene Fall stellt in unterschiedlichen Schattierungen ein geradezu typisches Szenario innerhalb des medizinischen Alltags von kleinen und mittleren Krankenanstalten dar. Die deutliche Zunahme des durchschnittlichen Patientenalters¹ und die analog dazu zahlenmäßige Zunahme mittlerer und größerer Operationen bei polymorbiden geriatrischen Patienten bestätigen schon heute die demoskopischen Prognosen, die ein weiteres Anwachsen ähnlicher medizinethischer Fragestellungen in den nächsten Jahren geradezu garantieren. Deshalb ist es auch von großer Wichtigkeit, dass gerade ethische Reflexionen hinsichtlich des bestmöglichen Vorgehens angestellt und vorangetrieben werden, damit Entscheidungshilfen entwickelt werden können, die einen Teil der Unsicherheit im Umgang mit ähnlich gelagerten Fällen verringern sollen und zugleich verhindern, dass in jedem Einzelfall versucht wird, ethisch „das Rad neu zu erfinden“.

Ich möchte aus der Fülle von interessanten Aspekten dieses Falles nur einige herausgreifen, die – auch unabhängig von der Problematik des dementen Patienten – zum Nachdenken anregen sollten.

Dazu zählen insbesondere:

1. der Aspekt des Beginns der Zustimmungproblematik,

2. der Einfluss der „normativen Kraft des Faktischen“ durch vorhergehende Untersuchungen,
3. Möglichkeiten der Interpretation von Haltungen Angehöriger,
4. Aspekte eines vermeintlichen Entscheidungsverzichts,
5. die Problematik des Aufklärungsprozesses anhand der Intentionen von Therapeuten,
6. der Aspekt der vorausschauenden Verfügung und die Sorge für eine rechtzeitige Sachwalterschaft (bzw. Betreuung in Deutschland).

Zustimmungsproblematik

So wie im Fall dargestellt und zumeist auch in Diskussionen thematisiert, gerät die Zustimmungproblematik noch immer erst dann ins Blickfeld, wenn es um die *Einwilligung in einen therapeutischen Eingriff* geht. Tatsächlich jedoch lässt sich die Frage nach der Zustimmung des Patienten hier bereits zum Zeitpunkt des Transfers vom Heim an die internistische Abteilung des Krankenhauses erheben, sofern der „Kollaps“ nicht tatsächlich als Notfall interpretiert werden musste. Dies ist jedoch angesichts des weiteren Vorgehens und der unmittelbar erhobenen Befunde („nur mäßiggradige Anämie“) wohl eher auszuschließen.

Sicherlich um kein notfallmäßiges Vorgehen handelt es sich jedoch in weiterer Folge, wenn zur Abklärung dieser „mäßiggradigen Anämie“ weitere diagnostische Schritte (einschließlich einer Gastroskopie)

¹ Notabene: Die Verwendung der gebräuchlichen maskulinen Termini bezieht sich selbstverständlich sinngemäß auf Personen beiderlei Geschlechts und stellt nur eine Konzession an die Lesbarkeit des Textes dar!

durchgeführt werden, oder die nicht notfallsmäßig durchgeführte Gabe von Erythrozytenkonzentraten erfolgt.

Auch der Transfer an die chirurgische Abteilung eines anderen Krankenhauses mit der expliziten Bitte um „operative Sanierung“ findet keineswegs unter dem Aspekt einer extremen Dringlichkeit statt. In all diesen Punkten scheinen die Entscheidungsrechte des Patienten gar nicht wahrgenommen zu werden. Dabei kann die Unterlassung von Information und Zustimmung nicht einfach mit dem Hinweis auf die Grunderkrankung der Patientin und ihre Desorientierung zurückgeführt werden. Denn diese Unterlassung bezieht sich selbstverständlich auch auf die gesetzlich befugten Stellvertreter der Patientin. Und schließlich: Auch bei vielen Patienten, die wach, ansprechbar und entscheidungsfähig sind, wird die Selbstbestimmung zumindest hinsichtlich diagnostischer Schritte oft nicht ausreichend respektiert!

Der Einfluss der „normativen Kraft des Faktischen“

Mitunter wird im Rahmen der Zustimmung zu einem therapeutischen Eingriff auf die bereits erfolgten zahlreichen Untersuchungen verwiesen. Der Fortschritt des Abklärungsprozesses wird als so wesentliche „Vorarbeit“ angesehen, dass eine Entscheidung zugunsten der Therapie schon deshalb das einzig logische Verhalten darstelle. Da, wie eben dargelegt, die Diagnoseprozesse jedoch oft mit Zustimmungsdefiziten behaftet sind, in denen ein Reflektieren und ggf. Ablehnen oder zumindest Innehalten des Patienten nicht gewährleistet sind, könnte dieser durch den „Drang der Ereignisfolge“ einem manipulativen Druck ausgesetzt sein.

Aspekte der Interpretation von Haltungen Angehöriger

Die Haltung von Angehörigen, die jedes weitere Vorgehen dem therapeutischen Team überlassen, kann als besonderes Vertrauen zu den medizinisch Tätigen oder aber

auch als Desinteresse am therapeutischen Prozess bzw. am Zustand des Kranken gedeutet werden. Dieses Verhalten wird von Ärzten gelegentlich auch als entlastend empfunden. Denn Angehörige, die auf diese Weise agieren, zählen meist – zumindest nicht von Beginn an! – nicht zu jenen, die alle Handlungen misstrauisch beäugen und sich möglicherweise sogar auf die Fahndung nach Fehlern begeben.

Dabei stellt es jedoch zugleich auch ein heute noch weit verbreitetes Missverständnis dar, dass sich Ärzte nach wie vor durch solche Botschaften *bereits zu therapeutischen Handlungen befugt fühlen!* Denn so wichtig Angehörige als Teil des therapeutischen Geschehens sein können, so notwendig es für den Heilungsprozess ist, ihre positiven Kräfte einzubeziehen, so unverzichtbar sie als Informationsquelle, etwa für den Willen des bislang unbekannteren und aktuell kommunikationsunfähigen Patienten sind, so wenig sind sie deshalb als „Angehörige“ schon legitimiert, therapeutische Entscheidungen anstelle des Patienten zu treffen! Selbst im Jahr 2004 lassen sich in den Krankengeschichten noch als rechtsgültige Zustimmung interpretierte Einträge finden, nach denen beispielsweise „die Tochter“ eines dementen Patienten „mit dem operativen Eingriff einverstanden“ sei, ohne etwa nach österreichischem Recht als Sachwalter (nach deutschem Recht als Betreuerin) bestellt und daher auch zu einer Entscheidung befugt zu sein!

Möglichkeiten einer vermeintlichen Entscheidungsvermeidung

Im spürbaren Dilemma hinsichtlich eines heilsamen weiteren Vorgehens wird mitunter auch „auf Zeit gespielt“. Dies bezieht sich dabei nicht auf die sorgfältige Beurteilung der Sinnhaftigkeit von Maßnahmen, die je Einzelfall unterschiedliche Aspekte und unterschiedliche Ergebnisse bringen mag und dessen Ergebnisfindung mitunter auch durchaus mehr Zeit in Anspruch nimmt – oder zumindest nehmen sollte. Wesentlich erscheint es vielmehr, allen entscheidungsgewohnten Medizinerinnen klar zu machen, dass

auch das „natürliche Laufenlassen“ eines Prozesses selbst eine Entscheidung darstellt. Auch die Hinauszögerung eines Therapieentschlusses, in diesem Fall beispielsweise durch eine evtl. erwogene Kontrolle von Befunden (einschließlich Gastroskopie) in einigen Monaten, oder das Zuwarten, ob sich eine neuerliche Verschlechterung des Zustandsbildes (neuer Kollaps) ergibt, stellt eine Entscheidung und keineswegs einen „natürlichen“ Vorgang dar, für den niemand zuständig ist. Auch in diesem Fall muss Verantwortung übernommen und getragen werden! Diese sollte daher auch bewusst wahrgenommen und argumentativ begründet werden können!

Die Problematik des Aufklärungsprozesses anhand der Intentionen von Therapeuten

Selbst wenn schließlich – da es sich ja hier keinesfalls um ein oftmals überstrapaziertes Notfallszenario handelt – ein Sachwalter (bzw. Betreuer) bestellt wurde und dieser an Stelle des Patienten zum entscheidungsberechtigten Partner im Aufklärungs- und Entscheidungsprozess wird, sind nicht schon alle Probleme beseitigt. Vielmehr hängt es sehr von den Intentionen des aufklärenden Arztes (in diesem Fall: des Chirurgen) ab, welchen Verlauf das Gespräch und der Trend zur Entscheidung nehmen. Dabei muss Folgendes bedacht werden: Angehörige, die zum Sachwalter/Betreuer bestellt werden, empfinden die Last der Verantwortung häufig mehr, als sie dies bei Entscheidungen erfahren, die sie selbst unmittelbar betreffen. Sie sind daher zumeist besonders empfänglich für Argumente, die ein betont fürsorgliches Handeln signalisieren. Damit sind sie auch dem Globalargument das „Beste für den Patienten“ zu wollen, einigermaßen schutzlos ausgeliefert.

Während Ärzte in zunehmender Weise lernen, dieses aus dem paternalistischen Rollenbild entstandene Generalargument nicht so häufig zu strapazieren, sondern ihre eigenen Handlungsentscheidungen sowohl sachlich als auch ethisch konkret argumen-

tativ zu rechtfertigen, können gerade entscheidungsbefugte Angehörige durch dieses „winner argument“ leicht behindert werden, differenzierte Überlegungen anzustellen. So könnten schon sachorientierte Rückfragen, wie beispielsweise jene nach den möglichen Alternativen, als Infragestellung der Intention des Arztes oder des eigenen unbedingten Willens für das bestmögliche Wohl des Anvertrauten gedeutet werden. Es besteht die Gefahr, dass – gemäß der Intention des Aufklärers – dem als vorzugsweise angepriesenen Vorgehen im Zuge eines mentalen Schulterchlusses, nach dem „wir beide für das Wohl des Patienten sorgen“, geradezu unbesehen zugestimmt wird.

Es gilt, die Sensibilität der aufklärenden Ärzte dafür zu wecken, dass dieses „Beste für den Patienten“ zwar als roter Faden gemeinsamen Nachdenkens und Bemühens verstanden, nicht jedoch als „Nebelwerfer“ zur Verhinderung von sachlichen Besprechungen missbraucht werden darf. Auch in der gegenseitigen Bestätigung, das „Beste“ für den Patienten zu wollen, muss dennoch Raum bleiben für die Beschreibung von alternativen Vorgangsweisen und für das klare Aussprechen von Risiken. Es muss insbesondere auch die Bereitschaft gewährleistet sein, dass Einwände nicht gleich als mangelnder Wille zur Fürsorge für den Patienten gedeutet, sondern, dass ehrlich darauf eingegangen wird. Es gilt, sich der Verlockung zu widersetzen, durch diese Vorgehensweise „Zeit zu sparen“ und das Aufklärungsgespräch womöglich zugunsten „sinnvollerer“ – weil operativer – Tätigkeiten zu verkürzen!

Wie schon ganz grundsätzlich vorgesehen, wenn auch im Alltag oft zu wenig berücksichtigt, sollte gerade in diesen Fällen die Aufklärung durch erfahrene Kolleginnen und Kollegen erfolgen, die imstande sind, nicht nur die naturwissenschaftlichen Gegebenheiten, sondern auch die darüber hinausreichenden Aspekte zu berücksichtigen und gemeinsam ein therapeutisches Vorgehen zu entwerfen, das sich für den individuellen Patienten tatsächlich als heilsam erweisen kann.

Hier steht eine Anzeige
This is an advertisement



Springer

Der Aspekt der vorausschauenden Verfügung und die Sorge für eine rechtzeitige Sachwalterschaft/Betreuung

Gerade bei Patienten mit *diagnostizierten*, zur Demenz führenden Erkrankungen, sowie bei Patienten, die jahrelang zunächst sozial adaptiert in Alten- und Pflegeheimen leben und schließlich zunehmend orientierungslos oder kommunikationsunfähig werden, lässt sich – immer wieder überraschend – die Frage aufwerfen, weshalb nicht *rechtzeitig*, also in guten Tagen, Gespräche geführt worden sind, damit eine Patientenmeinung für solche und ähnliche Zustände ergründet werden kann. Insbesondere für diese Menschen könnte die rechtzeitige Abfassung einer vorausschauenden Patientenverfügung ein ideales Instrument darstellen, das in zahlreichen Situationen, die heute als ethisch problematisch eingestuft werden, zur Entscheidungserleichterung für alle dazu Berufenen beizutragen vermag, auf dass die bestmögliche individuelle Therapie für den Patienten ausgewählt werden kann.

Hier ist die fürsorgliche Voraussicht der Betreuer, der Pflegekräfte und der Ärzte gefordert, um das dazu notwendige, derzeit jedoch noch nicht allgemein verbreitete Nachdenken sensibel und behutsam in Gang zu setzen und in Gesprächen die je individuell unterschiedlichen Aspekte auszuloten!

Rechtzeitig meint in diesem Zusammenhang auch, dass die Erfassung des Patientenwillens nicht „im letzten noch wachen Augenblick“ erfolgt, sondern vielmehr, dass nach einer ersten Abfassung einer Patientenverfügung bzw. der mit dem Kranken gemeinsam erwirkten Bestellung eines Sachwalters noch ausreichend Zeit für Überlegungen und weitere Gespräche bleibt, in denen – vielleicht erst ausgelöst durch diese Beschäftigung – die Frage nach dem Gesamtsinn des Lebens bei Bedarf noch ausreichend reflektiert werden kann.

Korrespondierender Autor

Dr. med. Michael Peintinger

Anästhesiologie, Krankenanstalt des Göttlichen Heilands,
Dornbacher Straße 20–28, 1170 Wien, Österreich