

Fall: Eigenverantwortliche Patientenentscheidung und Garantenpflicht des Arztes

Frau A. ist etwas über 80 Jahre alt, Witwe und Mutter von zwei Kindern. Sie kommt wegen eines suspekten Befundes in der rechten Brust zur stationären Aufnahme in eine gynäkologische Abteilung.

Bei der Aufnahmeuntersuchung wird die Möglichkeit besprochen, dass der Tumor bösartig sein könnte, und es wird versucht, abzuklären, ob Frau A. eher zum brusterhaltenden Vorgehen mit Ausräumung der Lymphknoten aus der Achselhöhle sowie zur Nachbestrahlung tendiert oder sich für das Entfernen der Brust ohne die Notwendigkeit der Bestrahlung entscheiden würde. Sie deutet an, sich bei Bösartigkeit lieber die Brust entfernen lassen zu wollen.

Kurz nach diesem Gespräch erfolgt die Mammaprobeexzision, die im Schnellschnitt ein 1,7 cm großes, invasiv-wachsendes, überwiegend solides, mäßig differenziertes, vollständig im Gesunden entferntes duktales Karzinom ergibt (pT1c, Nx, Mx, G2). Dieser Befund wird der Patientin am Nachmittag des Operationstages mitgeteilt und erklärt. In dem darauf folgenden Gespräch mit dem behandelnden Arzt entschließt sich die Patientin zur Entfernung der Brust. Sie macht auf den Frauenarzt jedoch einen unsicheren Eindruck, sodass dieser mit ihr verabredet, am nächsten Morgen noch einmal mit ihr über ihre Entscheidung zu sprechen, sie aber doch schon auf den Operationsplan des folgenden Tages zu setzen.

Am nächsten Tag teilt die Stationsschwester morgens in der Frühe mit, die Patientin habe sich gegen die für diesen Tag geplante Operation entschieden, sie brauche noch Zeit zur Entschei-

dung. Um die Mittagszeit geht der Arzt gemeinsam mit seiner Oberärztin zu der Patientin, um die Situation zu klären. In einem etwa 30-minütigen Gespräch stellt sich heraus, dass Frau A. ihre Tochter durch einen Autounfall verloren hat und nun kürzlich erfahren musste, dass ihr entfernt lebender Sohn an „zu viel weißen Blutkörperchen“ (Leukämie?) erkrankt sei. Es sei ihr ein schrecklicher Gedanke, auch noch am Grab des Sohnes stehen zu müssen. Sie wolle „vor ihm gehen“.

Der behandelnde Arzt stellt die Frage, ob „wir“ in dieser Weise über unser Leben entscheiden können, da er davon überzeugt ist, dass sich hinter jedem Leben ein Auftrag verbirgt oder verborgen sein könnte, den „wir“ nicht kennen. Frau A. wünscht keinen seelsorgerischen Beistand für ihre Not und macht den Eindruck, als hadere sie mit „ihrem“ Gott.

Am Schluss des Gesprächs entschließt sich die Patientin zu einer brusterhaltenden Operation, also der Ausräumung der Achselhöhle mit anschließender Nachbestrahlung, und unterschreibt später die entsprechende Einwilligung in die Operation.

Am folgenden Tag erhält der Arzt frühmorgens die Nachricht, Frau A. habe den Eingriff nun endgültig abgelehnt. Er geht sofort zu ihr und signalisiert sein Einverständnis mit ihrer Entscheidung, um sie nicht weiter zu belasten. Außerdem sagt er ihr zu, dass sie sich jederzeit gern wieder an ihn und seine Klinik wenden könne, falls sie sich irgendwann doch noch anders entscheiden sollte.

Frau A. macht bei allen Gesprächen einen voll orientierten und entscheidungsfähigen Eindruck.

Dennoch bleibt bei dem behandelnden Arzt die Unsicherheit zurück, ob er alle Möglichkeiten ausgeschöpft hat, um sie davon zu überzeugen, dass sie einen „Fehler“ macht. Für ihn stellt sich auch die Frage, wie er sich verhalten soll, wenn

aufgrund von eventuellen Metastasenbildungen nach schulmedizinischen Gesichtspunkten eine Chemotherapie erforderlich würde. Wann hat er seine Garantenpflicht erfüllt?

Ethik Med 2005 · 17:230–231
DOI 10.1007/s00481-005-0385-7
Online publiziert: 5. August 2005
© Springer Medizin Verlag 2005

Thomas Hitschold
Frauenklinik, Stadtkrankenhaus, Worms

Kommentar I: Die ethische Herausforderung des Einzelfalls

Es ist unbestritten, dass die stadiengerechte Therapie eines Mammakarzinoms die vollständige Tumorentfernung und eine Information über den axillären Lymphknotenstatus, sei es durch operative Axilladissektion oder durch Sentinel-Lymphknotenbiopsie erfordert. Dies ist ein Verfahren, bei dem nach nuklearmedizinischer Markierung nur der erste Lymphknoten aus der Achselhöhle entfernt wird („Wächter-Lymphknoten“). Ist dieser bei der histologischen Untersuchung nicht karzinomatös befallen, so kann die vollständige Achselhöhlenoperation unterbleiben. Damit wird das Risiko von Nebenwirkungen (Lymphödem, Bewegungseinschränkungen, Sensibilitätsstörung) im Bereich von Schulter und Arm reduziert. Diese standardmäßigen Empfehlungen ergeben sich aus großen Statistiken mit vieljähriger Nachbeobachtung, bei denen sich diese Vorgehensweise als korrekt herausgestellt hat. Jedoch nützt bekanntlich eine derartige Statistik dem Einzelfall nicht viel, denn bei jeder onkologischen Behandlungsform gibt es immer Patienten, die trotz einer leitlinienkonformen Be-

handlung eine Verschlimmerung ihres Leidens erfahren, bei denen die Therapie also wirkungslos bleibt. Und es gibt solche, die trotz Verweigerung einer adäquaten Behandlung lange überleben und somit, zumindest aus klinischer Sicht, von der Krankheit geheilt sind.

Faktoren, die eine onkologische Entscheidung mitbeeinflussen können, sind das Alter der Patientin, die familiäre und soziale Situation, die medizinische Erkenntnisfähigkeit, der Geisteszustand, die körperliche Belastbarkeit und natürlich über allem stehend der Wille der Patientin, sofern dieser nach ausreichender Information im Sinne eines „informed consent“ artikuliert wurde.

Im vorliegenden Fall liegen zahlreiche derartige Modulatoren vor, so dass aus medizinischer Sicht die alleinige Tumorentfernung auch zu rechtfertigen ist, selbst wenn auf eine Nachbestrahlung verzichtet wird. In der Tat liegt nach statistischer Auswertung der vorhandenen Untersuchungen das Lokalrezidivrisiko in einer derartigen Situation bei ca. 50%, während es nach brusterhaltender Operation mit Bestrahlung oder nach Ent-

fernung der Brust bei ca. 10% liegt. Aber immerhin rezidivieren auch 10% trotz leitliniengemäßer Therapie. Man hätte sich im vorliegenden Fall gewünscht, dass durch minimal-invasive Verfahren, wie Stanz- oder Vakuumbiopsie in Lokalanästhesie, präoperativ die Diagnose Mammakarzinom gestellt worden wäre. Dann hätten sich ein ausführliches Gespräch oder mehrere Gespräche angeschlossen, und dann erst wäre die Therapie gemeinsam festgelegt worden. Ein solches Verfahren hätte den geltenden Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms aus den Fachgesellschaften entsprochen, deren Autoren genau diese unter Zeitdruck stehende Entscheidung einer Patientin, die anoperiert ist, vermeiden wollten.

Alternativ hätte sich ein Schnellschnitt während der Narkose angeboten, um dann direkt, also in derselben Narkose, die stadiengerechte Operation durchführen zu können. Immerhin wären der alten Dame jetzt 2 Eingriffe zugemutet worden. Lobenswert ist die Einstellung des Arztes, bei offenkundiger Unsicherheit der Patientin noch ein weiteres Gespräch zu führen und den Willen der Patientin, sich nicht operieren zu lassen, auch zu akzeptieren. Juristisch besteht hierin kein Problem, solange nachgewiesen werden kann, dass die Patientin die Tragweite ihres Handelns erfassen kann. Ethisch ist das ärztliche Verhalten in dieser Situation allemal zu vertreten, da nicht zweifelsfrei klar ist, ob die Verweigerung der Operation bei einer 80-Jährigen wirklich einen Fehler bedeutet. Immerhin weiß man, dass Tumoren bei alten Menschen langsamer wachsen und weniger aggressiv sind als bei jungen Patienten, aber auch das ist wiederum nur Statistik. Dazu kommt, dass die eventuellen Folgen einer Operation und einer Krebstherapie, insbesondere deren Nebenwirkungen, immer dann von den Patienten besser vertragen werden, wenn sie in voller Überzeugung hinter den Behandlungsschritten stehen. Daher soll und darf man auch als verantwortlicher Onkologe nie eine Patientin „zu ihrem Glück zwingen“. Der juristische Grad ist schmal, jedoch ausreichend breit, um eine für beide Seiten tragfähige Entscheidung in jedem Einzelfall herbeizuführen.

Bezüglich einer evtl. notwendigen Chemotherapie bei Metastasierung sind die gleichen Diskussionspunkte anzuwenden. Es muss in der Onkologie immer eine Abwägung zwischen Nutzen und

Risiken erfolgen. Bei alten Menschen ist man darüber hinaus heute sehr zurückhaltend mit der Anwendung einer Chemotherapie und favorisiert eher endokrine Behandlungsoptionen. Insgesamt muss noch erwähnt werden, dass in den meisten onkologischen Therapiestudien alte Menschen unterrepräsentiert sind, sodass wir letztlich nicht wirklich wissen, ob sie nach den gleichen Kriterien wie junge Patienten zu behandeln sind.

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. Thomas Hitschold

Frauenklinik, Stadt Krankenhaus,
Gabriel-von-Seidl-Straße 81, 67550 Worms

Interessenkonflikt: Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen.

Kommentar II: Ethische Aspekte gemeinsamer Behandlungsentscheidung von Arzt und Patientin

Am Ende des Fallberichts stellt der Arzt die Frage, ob er seine Garantenpflicht gegenüber der Patientin erfüllt hat. Auf diese Frage gehe ich im Folgenden ein; voran stelle ich einige allgemeine Überlegungen.

Behandlungsentscheidungen werden in der Praxis idealerweise von Arzt und Patient gemeinsam getroffen. Dennoch haben Arzt und Patient unterschiedliche Verantwortungsbereiche: Der Arzt verantwortet die fachgerechte Untersuchung, Diagnose und Indikation für oder gegen eine bestimmte Behandlung und hat den Patienten hierüber aufzuklären. Der Patient entscheidet dann eigenständig, ob er in die Behandlung einwilligt oder diese ablehnt. Verweigert oder widerruft der Patient seine Zustimmung in eine ärztlicherseits indizierte Maßnahme, so ist die (weitere) Behandlung ethisch und rechtlich unzulässig [2].

Der Arzt darf also den Patienten nicht gegen dessen Willen behandeln, auch wenn es für die Behandlung gute medizinische Gründe gäbe. Inwiefern aber hat der Arzt aufgrund seiner besonderen Verantwortung gegenüber dem Patienten die Pflicht, darauf hinzuwirken, dass der Patient die Zustimmung zur Behandlung erteilt? Entsprechend den *Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung* soll der Arzt „Kranken, die eine notwendige Behandlung ablehnen, helfen, die Entscheidung zu überdenken“ [1]. Ich verstehe diese Aussage so, dass der Arzt dem Patienten durch weitere Gesprächsangebote die Möglichkeit geben soll, zu einer wohl überlegten und eigenverantwortlichen Entscheidung

zu kommen. Ob der Patient diese Angebote annimmt, und wie er sich ggf. danach entscheidet, liegt jedoch in der Verantwortung des Patienten. Auf keinen Fall darf der Arzt Druck auf den Patienten ausüben, um dessen Zustimmung zur Behandlung zu erhalten.

Im vorliegenden Fall ist eine Nachbehandlung aufgrund der Größe des entfernten Tumors medizinisch sicherlich indiziert. Dennoch meine ich, dass der Arzt richtig entschieden hat, als er nach der erneuten Ablehnung eines chirurgischen Eingriffs durch die Patientin nicht weiter auf diese eingewirkt hat. Alle Informationen über die Patientin sprechen nach meiner Einschätzung dafür, dass diese erst mit sich und ihrer Situation ins Reine kommen muss, bevor sie sich ggf. für eine Nachbehandlung entscheiden kann. Durch das halbstündige Gespräch am Vortag hat der Arzt der Patientin die Möglichkeit gegeben, ihre Entscheidung zu überdenken. Er hat ihr ferner zugesichert, dass sie sich wieder an ihn wenden kann, wenn sie die Nachbehandlung doch durchführen lassen möchte.

Auch wenn es im Fallbeispiel nicht ausdrücklich erwähnt ist, so ist davon auszugehen, dass die Patientin durch einen niedergelassenen Gynäkologen versorgt wird. Mit der Weitergabe der zur weiteren medizinischen Versorgung notwendigen Informationen an diesen – angesichts der besonderen Situation wäre neben dem Arztbrief vielleicht auch ein Telefonat angebracht – hat der Arzt seine Garantenpflicht bis zu einer möglichen Wiederaufnahme der Patientin aus meiner Sicht erfüllt.

Natürlich lassen sich in der Betrachtung ex post einige Punkte benennen, die der Arzt bzw. das Team anders hätte machen können. So hätte m. E. die soziale Situation der Patienten bereits bei der Aufnahme erfragt werden müssen (die Fallbeschreibung enthält keinen Hinweis, dass dies geschehen ist), nicht zuletzt um sicherzugehen, dass nach einer möglichen Operation die Betreuung der Patientin zu Hause gewährleistet ist. Auch hätte man die Patientin vor dem diagnostischen Eingriff fragen können, ob sie bei der Mitteilung des Befundes eine Vertrauensperson dabei haben möchte. Dies hätte der Patientin die Möglichkeit eröffnet, ihre Wünsche und Hoffnungen, aber auch ihre Bedenken und Ängste mit einem unabhängigen, aber informierten Gesprächspartner zu besprechen. Ferner kann man fragen, ob es angemessen war, nach Ablehnung der ersten Operation gemeinsam mit der Oberärztin die Patientin aufzusuchen. Ich könnte mir vorstellen, dass sich eine über-80-jährige Patientin allein durch die Anwesenheit von zwei Ärzten erheblich unter Druck gesetzt fühlt, in weitere Maßnahmen einwilligen zu müssen – und zwar unabhängig davon, wie ergebnisoffen das Gespräch seitens der Ärzte geführt wurde.

Dies sind einige Punkte, die der Arzt und das Team für künftige Situationen bedenken könnten. Ich glaube jedoch nicht, dass sie im konkreten Fall etwas am Ausgang geändert hätten – außer vielleicht, dass man schon früher Klarheit darüber gewonnen hätte, dass die Patientin noch Zeit benötigt, um einer möglichen Behandlung zuzustimmen.

Korrespondierender Autor

Dr. phil. Alfred Simon

Akademie für Ethik in der Medizin,
Humboldtallee 37, 37073 Göttingen

Interessenkonflikt: Keine Angaben

Literatur

1. Bundesärztekammer (2004) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung. Dtsch Arztebl 101: A-1298–1299
2. Lipp V (2004) „Sterbehilfe“ und Patientenverfügung. FamRZ 5:317–412

EthikinderMedizin.springer.de

Kongressanmeldung nur noch online

Nutzen Sie EthikinderMedizin.springer.de, um Ihre Veranstaltungen in den Springer Fachzeitschriften Medizin/Psychologie und dem dazugehörigen Online-Angebot kostenlos anzukündigen. Bitte beachten Sie, dass wir nur noch Ankündigungen berücksichtigen werden, die uns online erreichen.

Und so geht's:

- Klicken Sie auf EthikinderMedizin.springer.de den Button „Kongresse“ an
- Wählen Sie dort „Kongresskalender“ „Anmelden“
- Geben Sie nun Ihre Veranstaltung in die Eingabemaske ein
- Wählen Sie die Zeitschriften aus, in denen Ihre Ankündigung erscheinen soll
- Schicken Sie das ausgefüllte Formular online an die Verlagsredaktion

In den Print-Ausgaben unserer Zeitschriften bieten wir unseren Leser anschließend in der Rubrik „Termine“ eine Auswahl aktueller Veranstaltungen. Eine erheblich umfangreichere Auflistung steht online zur Verfügung. Die Redaktion behält sich eine Auswahl von Ankündigungen vor.

Für Veranstaltungshinweise in Form von Anzeigen können Sie sich jederzeit an unsere Anzeigenabteilung wenden (anzeigen@springer-sbm.com).

Wir freuen uns auf Ihre Ankündigungen!

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Redaktion
Fachzeitschriften Medizin/Psychologie

EthikinderMedizin.springer.de