

Der Wunsch des Patienten – ein eigenständiger normativer Faktor in der klinischen Therapieentscheidung?

Bernd Alt-Epping · Friedemann Nauck

Eingegangen: 21. Dezember 2010 / Angenommen: 7. Juni 2011 / Online publiziert: 5. August 2011
© Die Autor(en) 2011. Dieser Artikel ist auf Springerlink.com mit Open Access verfügbar.

Zusammenfassung Klinische Therapieentscheidungen werden zumeist auf dem Boden einer medizinischen (bzw. ärztlichen) Indikationsstellung und der entsprechenden informierten Zustimmung des Patienten zu der vorgeschlagenen Behandlungsmaßnahme gefällt. Das Recht des Patienten, eine Behandlungsmaßnahme abzulehnen, ist in der juristischen und ethischen Bewertung breit abgesichert. Hingegen ist unklar, welche Rolle ein (positiv geäußelter) Wunsch des Patienten oder gar seiner Angehörigen nach einer bestimmten Behandlung im normativen Entscheidungsprozess spielen sollte, wenn überhaupt. Dieser Beitrag erörtert den Stellenwert des eigenständigen Patientenwunsches aus studienbezogener, klinischer und normativer Sicht. Ein authentisches Fallbeispiel verdeutlicht das Spektrum zugrunde liegender Autonomiekonzepte und das Dilemma divergierender Bewertungsmaßstäbe zwischen Arzt und Patient in der Tumortherapie und Palliativmedizin. Der Beitrag zeigt auf, wie bestehende Konzepte von Autonomie und Indikation genutzt werden können, um einerseits den Behandlungswunsch eines Patienten konkret in den Entscheidungsprozess einzubeziehen, andererseits eine klare Abgrenzung zu einer unreflektierten „wunscherfüllenden Medizin“ aufrecht zu erhalten.

Schlüsselwörter Therapieentscheidungen · Autonomiekonzepte · Patientenwunsch · Indikation

The patient's desire—an independent ethical factor contributing to therapeutic decision making?

Abstract *Definition of the problem* Therapeutic decision making generally relies on a given underlying medical indication and the patient's informed consent. So far, the concept of medical indication has been analyzed and operationalized for clinical purposes

Dr. med. B. Alt-Epping (✉) · Prof. Dr. med. F. Nauck
Abteilung Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen,
Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen, Deutschland
E-Mail: bernd.alt-epping@med.uni-goettingen.de

by medical ethics, and the concept of the patient's informed consent is broadly secured by legislation and clinical and ethical guidelines. Informed consent implies thorough and appropriate delivery of information and an according treatment option communicated to the patient, who can accept or refuse this offer. Within this concept of medical decision making, it is under debate in medical ethics, to what extent the patient's (or the relatives') desire for certain treatment options should play a role, if at all. *Arguments and conclusions* This article discusses the significance of the patients' desire as an independent normative factor in medical decision making, besides ascertaining the underlying medical indication and the patient's informed consent. A case report illustrates the spectrum of concepts of autonomy, and points to the dilemma that might result on a diverging appraisal on medical usefulness and futility between patient and physician in cancer care and palliative care. The case report finally tries to incorporate the patient's desire as a relevant co-factor into conventional concepts of therapeutic decision making.

Keywords Therapeutic decision making · Concepts of autonomy · Patients' desire · Medical indication

Einleitung

Die klinische Therapieentscheidung beruht in der Regel auf einer zugrunde liegenden ärztlichen Indikationsstellung einerseits und einer (nachgeschalteten) autonomen Zustimmung oder Ablehnung des Patienten zu der vorgeschlagenen Maßnahme andererseits [15]. Dieser zweischrittige Prozess ist seitens der normativen Fachdisziplinen wie Medizinethik, Philosophie oder Recht ausführlich begründet, und im klinischen Alltag in Bezug auf verschiedene konkrete, besonders problematische Entscheidungssituationen verschiedentlich operationalisiert (z. B. [19]). Der vorliegende Beitrag beschreibt und diskutiert mögliche subjektive Einflüsse auf klinische Therapieentscheidungsprozesse, insbesondere den Stellenwert, den ein vom Patienten geäußerter Behandlungswunsch in einer klinischen Entscheidungssituation haben kann.

Zum Indikationsbegriff

Der Indikationsbegriff umfasst nach Raspe ([16], zit. n. [15]) eine „empirische Begründung“, verstanden als zugrunde liegende Diagnose mit rechtfertigendem Handlungsdruck, eine „finale Begründung“ im Sinne eines erkennbaren Therapieziels, eine „kausale Begründung“ als (evidenzbasierte) Einschätzung, dass die angestrebte Therapiemaßnahme tatsächlich zum Erreichen des angestrebten Therapieziels beiträgt, und nicht zuletzt eine ärztliche Bewertung des individuellen Kontextes (wodurch sich die „medizinische Indikationsstellung“ von einer „ärztlichen Indikationsstellung“ unterscheidet, vgl. [15]). „Erst die Prüfung, ob eine Maßnahme im konkreten Fall sinnvoll ist, dem Kranken in seiner Lage gerecht wird, macht aus dem physiologischen Wissen ein ärztliches Urteil“ ([17], S. 123).

Insofern kann eine ärztliche Indikationsstellung, die über das Angebot einer Auswahl an Therapieoptionen hinausgeht, als dialogischer Prozess mit normativem Gehalt verstanden werden, in dem eine auf das Wohl des Patienten gerichtete Fürsorge als auch dessen individuelle Therapieziele eine wichtige Rolle spielen.

Zum Autonomiebegriff

Die Autonomie eines Patienten wird in der medizinischen Ethik meist als negatives Recht konstruiert – ein Zustand frei von äußeren Faktoren und Einflüssen, und historisch verwandt mit dem Recht auf körperliche Unversehrtheit (vgl. [17]). Dieses Abwehrrecht steht in einem natürlichen Spannungsfeld zur Fürsorgepflicht des Arztes, und aufgrund der vom Arzt abverlangten Bewertung im Rahmen der Indikationsstellung folgt auch, dass eine Therapieentscheidung kein Akt der freien Wahl (von Therapieoptionen) durch den Patienten ist. Ein Patient kann nicht verlangen, was nicht indiziert ist [17]. „Die medizinische Indikation, verstanden als das fachliche Urteil über den Wert oder Unwert einer medizinischen Behandlungsmethode in ihrer Anwendung auf den konkreten Fall, begrenzt insoweit den Inhalt des ärztlichen Heilauftrages“ ([2], zit. n. [17], S. 121–131). Dieser zweischrittige Prozess aus Indikationsstellung (des Arztes) und Zustimmung (des Patienten) spiegelt sich auch in der Autonomiekonzeption des „informed consent“ wider.¹

Subjektivität in der ärztlichen Therapieentscheidung

Die dem „Zweisäulenmodell“ zugrunde liegenden normativen, bewertenden Faktoren werden in der ethischen Diskussion jedoch zumindest teilweise hinterfragt; so wird eine wie oben definierte ärztliche Indikation immer auch von dem subjektiven Krankheitsverständnis und den Wertmaßstäben des jeweils zuständigen Arztes abhängen und daher vor allem in hochspezialisierten Einrichtungen mit interdisziplinärem oder multiprofessionellem Behandlungsansatz möglicherweise divergent bewertet werden.

Auch die einzelnen zur Indikation beitragenden Faktoren können unterschiedlich verstanden werden:

- Nicht nur die Einschätzung eines möglichen Therapieeffektes kann unter evidenzbasierten als auch unter individuellen Gesichtspunkten erfolgen; auch die Einschätzung der klinischen Prognose kann aus nosologischen als auch aus individuellen Erwägungen (Komorbidität, Krankheitsdynamik, Compliance, Ressourcen, Umfeld...) heraus geschehen und dadurch zu diskrepanten Bewertungen führen (vgl. [25]).
- Der erhoffte „Nutzen“ einer Therapiemaßnahme hängt z. B. vom definierten Therapieziel ab (Lebenserwartung? Lebensqualität?). Unter den Schadensbegriff können neben der denkbaren physischen Schädigung in uneinheitlicher Weise auch der organisatorische Aufwand oder die Kosten subsumiert werden. Das Nutzen-Schadens-Verhältnis ist demnach ebenfalls ein nur mehr oder weniger gut objektivierbares, von Verständigung abhängiges, wertgeladenes Konstrukt.

Auch der mit dem Indikationsbegriff verwandte Begriff der „Futility“ (am ehesten Sinnlosigkeit, Nutzlosigkeit) steht in der Diskussion: Der quantitative Aspekt von Futility im Sinne einer Vergeblichkeit bzw. einer Therapiemaßnahme ohne Aussicht auf Erfolg lässt sich im klinischen Alltag nicht sicher vorhersagen; ob eine Therapiemaßnahme wie eine Chemotherapie überhaupt einen Effekt haben wird, lässt sich nicht vorhersagen, und wie groß ein Effekt sein muss, damit er als relevant erachtet wird (1 %?, vgl. [18]), steht ebenfalls in der Diskussion. Auch der qualitative Aspekt von Futility im Sinne von Nutzlosigkeit (Behandlung zwar effektiv, aber mit ungeeignetem Therapieziel wie z. B. schlechteste Lebensqualität mit Beatmungsgerät, dafür aber noch etwas Lebenszeit) erfordert eine subjektive Bewertung.

¹ World Medical Organization. Declaration of Helsinki, zuletzt revidiert 2008; www.wma.net/; zugegriffen: 15. Dez. 2010.

Der Wunsch des Patienten als relevanter Faktor in der ärztlichen Therapieentscheidung?

Patientenwunsch nach ärztlich nicht indizierter Behandlungsmaßnahme

In der klinischen Praxis kann es dazu kommen, dass der Patient dem behandelnden Arzt bzw. dem Behandler team gegenüber Behandlungswünsche z. B. mit dem Ziel einer verlängerten Lebenszeit vorbringt, die zu diesem Zeitpunkt ärztlicherseits als nicht indiziert bewertet wurden. Analog könnte der behandelnde Arzt eine Indikation zur Therapiezieländerung bzw. zur Therapiebegrenzung sehen, da nach seiner Bewertung die zugrunde liegende Indikation weggefallen ist, und dadurch in Konflikt mit dem Patienten geraten, der diese Bewertung womöglich nicht nachvollziehen kann und die daraus resultierende Handlungskonsequenz der Therapiebegrenzung ablehnt (sofern er hoffentlich in diesen Entscheidungsprozess zur Therapiebegrenzung überhaupt einbezogen wird).

Hier stellt sich die Frage, ob – wenn überhaupt – der Wunsch des Patienten in die ärztliche Therapieentscheidung hineinwirkt, wo doch die Autonomie des Patienten eher ein Abwehrrecht und nicht ein Gestaltungsrecht zur freien Therapiewahl (s. o.) impliziert.

Patientenwunsch im Widerspruch zu ärztlichen Zielvorstellungen

Die Wünsche von fortgeschritten und inkurabel erkrankten Krebspatienten sind bislang aus verschiedenen Perspektiven und unter verschiedenen Fragestellungen untersucht worden:

- Patienten mit inkurablen fortgeschrittenen Tumorerkrankungen wünschen sich nicht nur Lebensqualität, sondern auch Lebenszeit [8]. In verschiedenen empirischen Untersuchungen gab etwa ein Drittel der befragten Patienten „Lebenszeit“ als hauptsächliches Therapieziel an (vor allem Männer und jüngere Patienten; [26]), ein Drittel priorisierte „Lebensqualität“ und ein Drittel zeigte sich unentschieden [23]. Zudem muss davon ausgegangen werden, dass der Wille zu leben bei terminal kranken Patienten fluktuiert [6]. Ob sich diese polare Haltung von Krebspatienten ausreichend in den derzeitigen, zumeist getrennten Versorgungsstrukturen einer auf Lebenszeit ausgerichteten Onkologie und einer auf Lebensqualität ausgerichteten Palliativmedizin widerspiegelt, muss zumindest hinterfragt werden.
- Patienten mit fortgeschrittenen, inkurablen Krebserkrankungen wünschen sich Chemotherapie auch bis nahe an das Lebensende [14], und legen bezüglich der Sinnhaftigkeit dieser Therapiemaßnahme in Bezug auf Nutzen-Risikoabwägung oder die mindeste Wahrscheinlichkeit, die gefordert wird, um sich einer belastenden Chemotherapie zu unterziehen, andere Maßstäbe an als Behandler oder gesunde Vergleichspersonen. In der Untersuchung von Slevin [20] waren die befragten Patienten bereit, sich einer belastenden Chemotherapie zu unterziehen, wenn die Wahrscheinlichkeit der Heilung lediglich 1 % beträgt. Zu betonen ist dabei, dass die evidenzbasierte Entscheidungsgrundlage, die der Arzt dem Patienten durch sein fachliches Wissen voraus hat, nicht angezweifelt wird: Der diskrepante Einschätzung liegt keine Realitätsverkennung seitens des Patienten zugrunde, sondern eine eigenständige Bewertung (unter Annahme derselben Entscheidungsgrundlagen), was medizinisch sinnvoll bzw. indiziert ist und was nicht. Wenn Patienten mit fortgeschrittenen, inkurablen Krebserkrankungen Chemotherapie erhalten, so streben sie dabei einen maximalen Lebenszeitgewinn an, unter Akzeptanz hoher Toxizität (60,0 % aller befragten Patienten), nicht primär eine Besserung ihrer Symptome (nur 13,8 % aller befragten Patienten; [7]).

- Die Mehrzahl aller Krebspatienten (58 %) auf einer onkologischen Normalstation (9 von 60 Patienten in kurativ intendierter Behandlung) wünschte sich in der Untersuchung von Ackroyd [1], im Falle eines Herzkreislaufstillstandes kardiopulmonal reanimiert zu werden. 64 % dieser Patienten wünschten, dass der Arzt das Vorgehen bei Reanimationspflichtigkeit mit ihnen bespricht, und ein Fünftel dieser Patienten vertrat die Auffassung, dass die letzte Entscheidung darüber, ob reanimiert werden solle oder nicht, **nicht** beim Arzt liegen solle. Diese Wünsche wurden unabhängig vom jeweiligen Erkrankungsstadium geäußert.
- Andererseits wünscht ein kleiner Teil von Patienten ein rascheres Versterben: Bei der von Kelly [12] mithilfe des „*Hasten Death Scores*“ ermittelten Kategorisierung von Patienten traf dies auf 14 % aller Patienten mit fortgeschrittenen, inkurablen Krebserkrankungen zu.
- Die Mehrzahl aller inkurabel und fortgeschritten erkrankten Krebspatienten wünscht, zuhause zu versterben (58 %, [21]).
- Krebspatienten wünschen sich zumeist eine gemeinsame Therapieentscheidung („shared approach“; gewünscht von 63 % [3]). In der Untersuchung von Winkler [26] konnte unter anderem gezeigt werden, dass die Patienten vorwiegend dann in eine Therapiebegrenzungsentscheidung einbezogen werden, wenn die Therapieziele – Lebensqualität statt Lebenszeit – zwischen Arzt und Patient in Einklang waren.

Patientenwunsch vor dem Hintergrund der Futility-Debatte

Die im positiven, fordernden Sinne geäußerten Wünsche eines Patienten sind in der ethischen Diskussion – im Gegensatz zu Themen wie Übertherapie, Futility oder Ablehnung einer Therapiemaßnahme durch den Patienten – bislang nur wenig berücksichtigt (vgl. [27]), obwohl ein solcher Patientenwunsch als weiterer eigenständiger Faktor der Therapieentscheidung (über die autonome Zustimmung oder Ablehnung eines Therapieangebotes hinaus) in der klinischen Praxis und in den Arzt-Patienten-Gesprächen einen großen Raum einnehmen kann. Beispiele für solche potentiell konfliktträchtigen Patientenwünsche aus dem

Tab. 1 Beispiele konfliktthafter Wünsche von Patienten in der Onkologie und Palliativmedizin

	Klinische Situation	Potentieller Konflikt
1	Ein Patient fordert Chemotherapie trotz ungünstigen Nutzen-Risiko-Verhältnisses ein	Divergente Bewertung von Nutzen-Risiko-Verhältnis zwischen Arzt und Patient
2	Ein schwerstkranker Patient besteht auf Entlassung, obwohl Symptomkontrolle schlecht, Versorgung nicht vorhanden und Angehörige überfordert sind	Divergente Bewertung von Therapiezielen; Mitberücksichtigung von Angehörigen als therapeutische Zielpersonen in der Palliativmedizin
3	Eine Patientin mit metastasierter, hormonproduzierender Krebserkrankung und dennoch langfristiger Überlebensprognose lehnt einfachste Hilfestellungen, Diagnostik und eine unkomplizierte Behandlung ab und riskiert schwere Symptome und einen zähen, qualvollen Sterbeprozess	Divergierende Bewertung in Bezug auf den (hohen) Schaden für die Patientin in Hinblick auf die (reduzierte) Lebenszeit und Lebensqualität, in Abwägung zum (minimalen) Behandlungsaufwand; Fürsorgepflicht des Arztes versus Patientenautonomie
4	Ein weit fortgeschritten erkrankter Krebspatient fordert grundsätzlich Intensivmaßnahmen ein	Wunsch als positiv (fehl)verstandene Autonomie trotz fehlender medizinischer Indikation
5	Eine Patientin mit leicht dysplastischem Zervikalabstrich fordert aufgrund ihrer Krebsangst ein operatives Vorgehen	Angst als Co-Faktor bei der bewertenden Indikationsstellung; „psychologische Indikation“

onkologischen und palliativmedizinischen Klinikalltag gibt Tab. 1; jedoch sind aktiv vortragene Patientenwünsche auch in anderen medizinischen Fachdisziplinen anzutreffen.

Patientenwunsch: Fallbeispiel

Die Problematik und die Implikationen eines konkreten Patientenwunsches in Hinblick auf die herkömmlichen Entscheidungskriterien der ärztlichen Indikation und der patientenseitigen Zustimmung kann durch folgendes **Fallbeispiel** verdeutlicht werden:

Ein 38-jähriger Patient leidet unter einem lokal und systemisch weit fortgeschrittenen Osteosarkom; die klinischen Probleme umfassen persistierende Schmerzen trotz bestmöglicher multimodaler Schmerztherapie, Immobilität bei Myelonkompression, ausgeprägten Problemen der Wundversorgung mit dauerhaften Blutungen, Liquor-fistel und liegender Liquordrainage. In der interdisziplinären Tumorkonferenz wurde keine Indikation zu einer weiteren Chemotherapie aufgrund des wahrscheinlich äußerst geringen Nutzens und der hingegen hohen Wahrscheinlichkeit des Schadens, einschließlich letaler (septischer) Risiken gestellt. „Bei ausgeprägtem Therapiewunsch“ könne gegebenenfalls Gemcitabine erwogen werden. Der Patient greift den Gemcitabine-Gedanken auf und wünscht eine ausführliche Beratung, die durch den behandelnden Onkologen und den Palliativmediziner stattfindet. Hier wird erneut auf die erheblichen Risiken für das Allgemeinbefinden und das mögliche vorzeitige Versterben und die geringe Wahrscheinlichkeit eines Nutzens angeführt, so dass keine ärztliche Indikation zu dieser Chemotherapie bestehe. Dennoch wünscht bzw. fordert der Patient die Durchführung dieser Chemotherapie. In den folgenden Tagen wirkt der Patient verzweifelt und leidend; er grübelt viel, sieht in seiner Situation keinen Sinn mehr weiterzuleben und äußert, er habe ohnehin nichts mehr zu verlieren. Er führt jeden Tag aufs Neue seinen hohen Leidensdruck (Wunde, Blutung, Schmerz, Immobilität, ...) als Argument für die Chemotherapie an. Er äußert, die geringe Erfolgsaussicht reiche ihm als Rechtfertigung für die Chemotherapie, zumal er sowieso „nichts mehr zu verlieren“ habe. Gedanken und Gesprächsinhalte drehen sich nahezu ausschließlich nur noch um diese medikamentöse Behandlung; das Vorenthalten dieser Behandlung gewinnt im weiteren Verlauf einen eigenständigen Belastungswert: „Wenn ich Sie wirklich dringlich bitten würde, würden Sie mir dann die Chemotherapie dennoch vorenthalten?“

Fragen zum Indikationsbegriff bei konflikthaftem Patientenwunsch

Die zwischen Arzt und Patient diskrepante Bewertung eines gegebenen statistischen Sachverhaltes bestätigt demnach die oben genannten Befragungsstudien (z. B. [20]). Auch hier zweifelte der Patient die statistische Entscheidungsgrundlage, die vom Arzt vorgebracht wurde, nicht an; es gab keinerlei Anzeichen einer Realitätsverknennung seitens des Patienten. Unter diesen Voraussetzungen und in Analogie zu den eingangs genannten begründenden Faktoren der Indikationsstellung könnte der Patient auch folgende Fragen gestellt haben:

- Warum zählt meine Bewertung bei der Indikationsstellung weniger als die des Arztes?
- Wenn das, was das „Mehr“ der ärztlichen Indikationsstellung im Vergleich zum einfachen Angebot zur Auswahl verschiedener Therapieoptionen ein „dialogischer“ Prozess ist, warum sollte dann nicht auch mein individueller Wunsch, den ich als Patient äußere, in dieses „Mehr“ zumindest als ein weiterer Faktor einfließen?

- Reicht das Argument der ärztlichen Fürsorgepflicht aus, um meine individuelle Autonomie lediglich als negatives Recht zu definieren (nämlich in Hinblick auf die Freiheit, angebotene Maßnahmen abzulehnen)?
- Braucht es eine ganz andere Konzeption als das bisherige „Zweisäulenmodell“ aus Indikation und Zustimmung?

Therapeutische Handlungsoptionen bei konflikthaftem Patientenwunsch

Die nun resultierenden **Handlungsoptionen des Arztes** bestehen

1. einerseits in dem unreflektierten Durchführen der Chemotherapie („Dann mache ich es halt“); dies wird der Komplexität der Situation sicher nicht gerecht und widerspricht der Pflicht des Arztes, eine Indikation zu stellen und im individuellen Kontext zu bewerten.
2. Die zweite Handlungsoption des Arztes besteht darin, die Behandlung unter Berufung auf sein Gewissen und das Nichtschadensgebot abzulehnen bzw. ihn ggf. an andere Stellen zu verweisen, da die Behandlung nach seinem Bewertungssystem nicht indiziert ist. Ein solches Vorgehen ist durchaus auf Stationen mit hohen ideellen Ansprüchen anzutreffen, die sich und ihren Prinzipien treu und gerecht bleiben wollen. In dem geschilderten Fall war der Patient jedoch nicht in der Lage, aufzustehen oder das Krankenhaus zu verlassen, zumal die komplexe medizinische und pflegerische Versorgung kaum außerstationär bewerkstelligt werden konnte, und der Patient forderte dies auch nicht. Er bat hingegen um eine umfassende palliativmedizinische und palliativpflegerische Behandlung und Begleitung, die allerdings auch die Gabe dieser Chemotherapie umfassen sollte, die nach seinen Abwägungsmaßstäben in seiner Situation noch indiziert war.
3. Eine dritte Möglichkeit besteht in einer Erweiterung des „Zweisäulenmodells“ wie z. B. von Winkler [27] vorgestellt. Hier wurde ein ethisches Entscheidungsmodell konzipiert, das vier Themenkomplexe zur Beurteilung stellt: die Wirksamkeit der medizinischen Maßnahme, die Autonomiefähigkeit des Patienten, die patientenseitige Nutzenbewertung und die Kosten für die Solidargemeinschaft. Für das Fallbeispiel könnte das bedeuten, dass eine Therapiemaßnahme, welche von den Behandelnden kritisch bewertet wird, auch dann durchgeführt werden kann, wenn das Behandlungsziel zumindest erreichbar ist, wenn dem Patienten eine realistische Wahrnehmung seiner Prognose und der Therapiealternativen mit Vor- und Nachteilen gelingt und für ihn der Nutzen die Nebenwirkungen aufwiegt.
4. Eine vierte Möglichkeit des situativen Vorgehens könnte darin bestehen, Autonomie weniger als „Abwehrrecht“ im Rahmen eines „informed consent“, sondern eher als partizipatives Konzept z. B. im Sinne des „shared decision making“ [5, 10] zu verstehen. Während beim „informed consent“ Arzt und Patient als „moralisch fremde“ Personen agieren („moral strangers“ [9, 24]), zwischen denen das „principle of permission“ eher als Mittel zur Einigung auf eine Therapiemaßnahme bzw. Einwilligung in ein Behandlungsverfahren als eine vorrangige Ausübung von Autonomie verstanden wird, stehen beim „shared decision making“ neben der Informationsvermittlung und Einholung einer Zustimmung auch spezifische Aspekte der Arzt-Patienten-Interaktion im Vordergrund. Diese Aspekte umfassen auch eine Verständigung über die beiderseitigen moralischen Weltansichten, damit einhergehendes gegenseitiges Vertrauen, einen gegenseitigen pädagogischen Einfluss und damit einhergehend eine prozesshafte Weiterentwicklung von Patient **und** Arzt. Im geschilderten Fallbeispiel war die Arzt-Patienten-Beziehung durchaus von einer solchen Vertrauensbasis und moralischen Reflektiertheit auf beiden Sei-

ten geprägt, so dass ein abweichendes, permissiveres Autonomiekonzept im Sinne von „shared decision making“ angemessen erschien.

5. Eine fünfte Überlegung zu dem geschilderten Dilemma geht dahin, das geltende Konstrukt aus Indikation (einschließlich ärztlicher Bewertung und Fürsorge und weiterer begründender Faktoren) und Patientenautonomie nicht um weitere Punkte zu erweitern, sondern den Aspekt des Patientenwunsches in den Indikationsbegriff zu integrieren.

Ein Hinweis für die Wertigkeit dieser fünften Handlungsoption und ihre plausible Übertragbarkeit auf die im Fallbeispiel dargestellte Problematik findet sich in der ärztlichen Wahrnehmung des Leidensdruckes des Patienten – ein Leidensdruck, der nicht nur auf der physischen Symptomlast des Patienten (z. B. Schmerz), sondern wie im Fallbeispiel auch auf der sich perpetuierenden Vorstellung des Patienten begründet ist, eine möglicherweise doch effektive Behandlungsoption in einer ansonsten völlig ausweglosen und extrem belastenden Situation zu verpassen. Diese nicht ausblendbare Vorstellung implizierte für den Patienten des Fallbeispiels eine weitere, nicht anderweitig kontrollierbare Belastung, die laut Patient den (ebenfalls nur suboptimal beherrschbaren) physischen Symptomen nicht nachstand. Eine solche Wahrnehmung eröffnet eine Vielzahl von Analogien und Entscheidungsperspektiven:

- Der Einbezug psychischer Symptome als eigenständige Behandlungsziele gehört (wie auch der Einbezug sozialer und spiritueller Bedürfnisse) grundsätzlich zum Selbstverständnis der Palliativmedizin.
- Die Linderung des Leidensdrucks hat – wie auch in den „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ – in der letzten Lebensphase eine solch hohe Priorität, dass unter bestimmten Umständen in der klinischen Praxis eine Lebenszeitverkürzung durch eine symptomkontrollierende Maßnahme selbst (wie z. B. hochdosierte Opioidgaben) nicht hundertprozentig ausgeschlossen werden kann (wiewohl ein solcher Effekt in keinem Falle angestrebt wäre und in der klinischen Praxis, z. B. bei der Opioidgabe bei Dyspnoe, so gut wie nicht beobachtet wird) (vgl. [4]). Selbst bei Maßnahmen wie der palliativen Sedierung wird psychisches Leid als rechtfertigende Indikation diskutiert (vgl. [11]).
- Auch in anderem medizinischen Kontext spielen psychische oder psychosoziale Faktoren bei der ärztlichen Indikationsstellung eine entscheidende Rolle: Im Fallbeispiel 5 führte die erhebliche Krebsangst dazu, dass vom üblichen medizinischen Standard abgewichen wurde und eine Konisation durchgeführt wurde, anstatt abzuwarten. In der Palliativmedizin wünschen sich Patienten, für die Sterbephase nach Hause entlassen zu werden, um dort versterben zu können, und bitten das therapeutische Team um die Organisation dieser Entlassung, obwohl in manchen Situationen das Gefühl besteht, dass dies kontraproduktiv, für die Familie belastend wird und in einer krisenbehafteten stationären Wiederaufnahme enden wird (Fallbeispiel 2). Weitere Analogien können zu Entscheidungssituationen mit entsprechendem authentischen psychischen oder psychosozialen Leidensdruck in der plastisch-ästhetischen Chirurgie, bei Schwangerschaftsabbrüchen oder in der Reproduktionsmedizin gefasst werden, wie auch die Verleihung des Medizinnobelpreises 2010 an Robert G. Edwards für seine Verdienste im Zusammenhang mit der In-vitro-Fertilisation zeigt (welche sich vorrangig aus dem psychischen Leidensdruck eines ungewollt kinderlosen Paares rechtfertigt). Auch für klinische Situationen in der Notfallmedizin werden psychische Faktoren als Co-Faktoren ärztlicher Therapieentscheidungen diskutiert. In dem Beitrag von Truog [22] werden gar die psychischen Belastungen von Angehörigen (d. h. den zukünftig Hinterbliebenen) als Argument für

eine nach medizinisch-statistischer Erörterung nicht mehr indizierte kardiopulmonale Reanimation diskutiert.

Patientenwunsch als indikationsdefinierender Co-Faktor

Die im Fallbeispiel geschilderte Problematik konnte insofern aufgelöst werden, als hier der geäußerte Patientenwunsch zwar nicht das gängige Entscheidungskonzept aus Indikation und Zustimmung ersetzt oder es als weitere, dritte freistehende Säule mit normativem Anspruch ergänzt. Vielmehr kann ein Patientenwunsch unter bestimmten, definierten Umständen in einem rechtfertigenden Kontext, z. B. unter Berücksichtigung eines ausgeprägten psychischen Leidensdrucks, in den Indikationsbegriff mit seinem derzeitigen Verständnis subsumiert werden und in einer vertrauensgeprägten Autonomiekonzeption des „shared decision making“ gerechtfertigt werden. Ein solches erweitertes, prozedurales Verständnis von Indikation und Autonomie lässt sich auch aus normativen Erwägungen heraus klar abgrenzen von einer „wunscherfüllenden Medizin“ [13], und unterscheidet sich ebenfalls von einem absolutistischen Autonomie(miss)verständnis.

Epilog

Im konkreten Fall hatte die Wahrnehmung eines solchen Leidensdruckes als psychisches Symptom mit erheblicher Einschränkung der verbleibenden Lebensqualität dazu geführt, dass in Bewertung aller Faktoren die Chemotherapie indiziert und in der Onkologischen Abteilung (Verlegung für 24 Stunden) durchgeführt wurde. Zuvor wurden mit dem Patienten die letalen Risiken auch im Beisein der Angehörigen nochmals erörtert und im Zusammenhang mit der Ausstellung einer Patientenverfügung das Vorgehen im Falle von Komplikationen abgestimmt: Der Patient hatte weiterführende intensivmedizinische Maßnahmen z. B. bei septischen Komplikationen abgelehnt.

Nach Rückübernahme aus der Abteilung Onkologie zeigte sich der Patient „aufgeräumt“ und dankbar für die stattgehabte Behandlung. Etwa 24 Stunden nach der Chemotherapie trübte der Patient ein und verstarb trotz Antibiose und Volumentherapie im septischen Multiorganversagen in enger Begleitung seiner Familie gut symptomkontrolliert auf der Palliativstation.

Interessenkonflikt Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Open Access Dieser Artikel unterliegt den Bedingungen der Creative Commons Attribution Noncommercial License. Dadurch sind die nichtkommerzielle Nutzung, Verteilung und Reproduktion erlaubt, sofern der/die Originalautor/en und die Quelle angegeben sind.

Literatur

1. Ackroyd R, Russon L, Newell R (2007) Views of oncology patients, their relatives and oncologists on cardiopulmonary resuscitation (CPR): questionnaire-based study. *Palliat Med* 21:139–144
2. Bundesgerichtshof (2003) BGH AZ XII ZB 2/03. *N Jurist Wochenschr* 56:1588–1594
3. Bruera E, Sweeney C, Calder K et al (2001) Patient preferences versus physician perceptions of treatment decisions in cancer. *J Clin Oncol* 19:2883–2885
4. Bundesärztekammer (2004) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Dtsch Arztebl* 101:A1298–1299

5. Charles C, Gafni A, Whelan T (1999) Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 49:651–661
6. Chochinov HM, Tataryn D, Clinch J, Dudgeon D (1999) Will to live in the terminally ill. *Lancet* 354:816–819
7. Chu D, Kim S, Hsu H et al (2009) Patient attitudes toward chemotherapy and survival: a prospective observational study in advanced non-small cell lung cancer. *Lung Cancer* 66:250–256
8. Dorman S, Hayes J (2009) What do patients with brain metastases from non-small cell lung cancer want from their treatment? *Palliat Med* 23:594–600
9. Engelhardt HT Jr (1986) *The foundation of bioethics*. Oxford University Press, New York, S 156 ff
10. Hirsch S, Shulman LC (1976) Participatory governance: a model for shared decision making. *Soc Work Health Care* 1:433–446
11. Juth N, Lindblad A, Lynöe N (2010) European Association for Palliative Care (EAPC) framework for palliative sedation: an ethical discussion. *BMC Palliative Care* 9:20
12. Kelly B (2009) Terminally ill cancer patients' wish to hasten death. *Palliat Med* 16:336–346
13. Kettner M (2009) *Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung*. Campus Verlag, Frankfurt a. M.
14. Matsuyama R, Reddy S, Smith TJ (2006) Why do patients choose chemotherapy near the end of life? A review of the perspective of those facing death from cancer. *J Clin Oncol* 24:3490–3496
15. Neitzke G (2008) Unterscheidung zwischen medizinischer und ärztlicher Indikation. In: Charbonnier R, Dörner K, Simon S (Hrsg) *Medizinische Indikation und Patientenwille*. Schattauer, Stuttgart, S 53–66
16. Raspe H (1995) Ethische Aspekte der Indikation. In: Toellner R, Wiesing U (Hrsg) *Wissen – Handeln – Ethik. Strukturen ärztlichen Handelns und ihre ethische Relevanz*. G. Fischer, Stuttgart, S 21–36
17. Sahm S (2008) Autonomie, ärztliche Indikation und Entscheidungsfindung. In: Charbonnier R, Dörner K, Simon S (Hrsg) *Medizinische Indikation und Patientenwille*. Schattauer, Stuttgart, S 121–131
18. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR (1990) Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med* 112:949–954
19. Simon A (2004) Ethische Aspekte der künstlichen Ernährung bei nichteinwilligungsfähigen Patienten. *Ethik Med* 16:217–228
20. Slevin ML, Stubbs L et al (1990) Attitudes to chemotherapy: comparing views of patients with cancer with those of doctors, nurses, and general public. *Br Med J* 300:1458–1460
21. Townsend J, Frank AO (1990) Terminal cancer care and the patients' preferences for place of death: a prospective study. *Br Med J* 301:415–417
22. Truog RD (2010) Is it always wrong to perform a futile CPR? *N Eng J Med* 326:477–479
23. Voogt E, van der Heide A, Rietjens J et al (2005) Attitudes of patients with incurable cancer toward medical treatment in the last phase of life. *J Clin Oncol* 23(9):2012–2019
24. Wear S (1992) *Informed Consent – patient autonomy and physician beneficence with clinical medicine*. Kluwer Academic Publishers, Dordrecht
25. Wiesemann C (1998) The significance of prognosis for a theory of medical practice. *Theor Med Bioeth* 19:253–261
26. Winkler EC, Reiter-Theil S et al (2009) Patient involvement in decisions to limit treatment: the crucial role of agreement between physician and patient. *J Clin Oncol* 27:2225–2230
27. Winkler E (2010) Ist ein Therapieverzicht gegen den Willen des Patienten ethisch begründbar? *Ethik Med* 22:89–102