

Georg Marckmann

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

Gewinnen durch Verzichten? Ethische Grundlagen von Entscheidungen zur Therapiebegrenzung

Rotkreuzklinikum München

München, 09. Februar 2012





Verzicht auf eine **Anti-Tumor**-Therapie (Operation, Chemotherapie, Bestrahlung)

→ Kein Abbruch jeglicher Therapie, sondern Fortführung symptomorientierter Behandlung („best supportive care“)

Bedeutet: Sterben und Tod bewusst annehmen

Schwierige Entscheidung für alle Beteiligten: Patient, Angehörige, Behandlungs- u. Pflegeteam ⇒ **eine „Kunst“**...

Entscheidung mit verschiedenen Dimensionen: medizinisch, psychologisch/emotional, existentiell, sozial, ethisch...

Immer häufiger: Sterben nach Therapieverzicht!

Allgemeines Phänomen (Sterben), aber höchst individuelle Entscheidung ⇒ Kann man darüber etwas Allgemeines sagen??

→ Peter Nolls Diktate (Innenperspektive) + Patientengeschichte (Außenperspektive)



Peter Noll (1926–1982)



Peter Noll:
Diktate über Sterben und Tod
Pendo, München & Zürich
1984/2005

S. 8-9



45jähr. Patient mit gel. Schmerzen im Brustbereich

Gefühlsstörungen in Armen und Beinen

→ Komplette Querschnittslähmung

CT: Tumor im Brustbereich, Lungengrenzen überschritten, in Rückenmarkskanal eingewachsen

Operation → Lähmungen ↓, aber keine vollst. Tumorentfernung

Histologie: kleinzelliges Bronchial-Karzinom

→ Kombinierte Radiochemotherapie

→ Tumorausdehnung ↓, Lähmungen ↓, WS stabilisiert

CT-Kontrolle nach Therapieabschluss:

→ Metastasen in Nebenniere, Bauchspeicheldrüse und Leber

Patient wünscht dringend eine „aggressive

Mehrfachchemotherapie“

→ Soll eine weitere Chemotherapie durchgeführt werden?



Prinzip des Wohltuns/Nutzens

- Wohlergehen des Patienten fördern: Lebenszeit & -qualität

Prinzip des Nichtschadens

- Dem Patienten keinen Schaden zufügen

Respekt der Autonomie

- Selbstbestimmung des Patienten respektieren und fördern
- „informed consent“ (Aufklärung + Einwilligung)

Gerechtigkeit

- Verantwortungsvoller Umgang mit Ressourcen

Ethische Probleme

- Interpretation der Prinzipien: z.B. Wille bei eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit; Wohltun bei PVS („Wachkoma“)
- Gewichtung bei Prinzipien-Konflikten: z.B. Wohl ↔ Wille



1. Analyse: Medizinische Aufarbeitung
 - Information über Patient (Diagnose etc.)
 - Behandlungsmöglichkeiten mit Chancen und Risiken
2. Bewertung 1: Welche Behandlungsmöglichkeit ist für den Patienten am besten?
 - Wohlergehen des Patienten (**Wohltun/Nichtschaden**)
 - Wille des Patienten (**Respekt der Autonomie**)
3. Bewertung 2: Wie können die Bedürfnisse Dritter berücksichtigt werden? (**Gerechtigkeit**)
 - Familienmitglieder, andere Patienten, Gesellschaft
4. Synthese: Was ist die am besten begründete Entscheidung?
Konflikt ⇒ begründete Abwägung
5. Kritische Reflexion (Einwände? Vermeidung?)



1. **Kurative** Zielsetzung: Hochdosierte Mehrfachchemotherapie
 - Ansprechrate ca. 20-30%
 - Kaum Heilungschancen, Lebensverlängerung evtl. möglich
 - Erhebliche Nebenwirkungen, tötl. Leberversagen möglich
2. **Palliative** Zielsetzung: Monochemotherapie
 - Ansprechrate ca. 15%
 - Heilung praktisch ausgeschlossen, evtl. Verlangsamung des Tumorwachstums
 - Nebenwirkungen geringer
3. **(Rein) Symptomatische** Therapie
 - Schmerztherapie, Symptomlinderung, Begleitung
 - Tumorerkrankung bleibt unbeeinflusst, früherer Tod wahrscheinlich
 - Bessere Lebensqualität



1. Analyse: Medizinische Aufarbeitung
 - Information über Patient (Diagnose etc.)
 - Behandlungsmöglichkeiten mit Chancen und Risiken
2. Bewertung 1: Welche Behandlungsmöglichkeit ist für den Patienten am besten?
 - Wohlergehen des Patienten (**Wohltun/Nichtschaden**)
 - Wille des Patienten (**Respekt der Autonomie**)
3. Bewertung 2: Wie können die Bedürfnisse Dritter berücksichtigt werden? (**Gerechtigkeit**)
 - Familienmitglieder, andere Patienten, Gesellschaft
4. Synthese: Was ist die am besten begründete Entscheidung?
Konflikt ⇒ begründete Abwägung
5. Kritische Reflexion (Einwände? Vermeidung?)



Option 1 – Mehrfachchemotherapie

- Kaum Heilungschancen, Lebensverlängerung möglich
 - Erheblich reduzierte LQ durch NW; hohes Letalitätsrisiko
- Mehr Schaden als Nutzen?

Option 2 – Monochemotherapie

- Geringe Erfolgsaussicht
 - Keine Heilung, evtl. Lebensverlängerung
 - Eingeschränkte LQ durch NW
- Rechtfertigt der Nutzen den Schaden?

Option 3 – (Rein) symptomatische Behandlung

- Bessere Lebensqualität
 - Evtl. früherer Tod
- Mehr Nutzen als Schaden?



Zwei Schritte:

- **Abschätzung** von Chancen und Risiken für jede Alternative
- **Bewertung** der Chancen und Risiken
 - Eintrittswahrscheinlichkeit
 - Abwägung von Lebenszeit vs. Lebensqualität

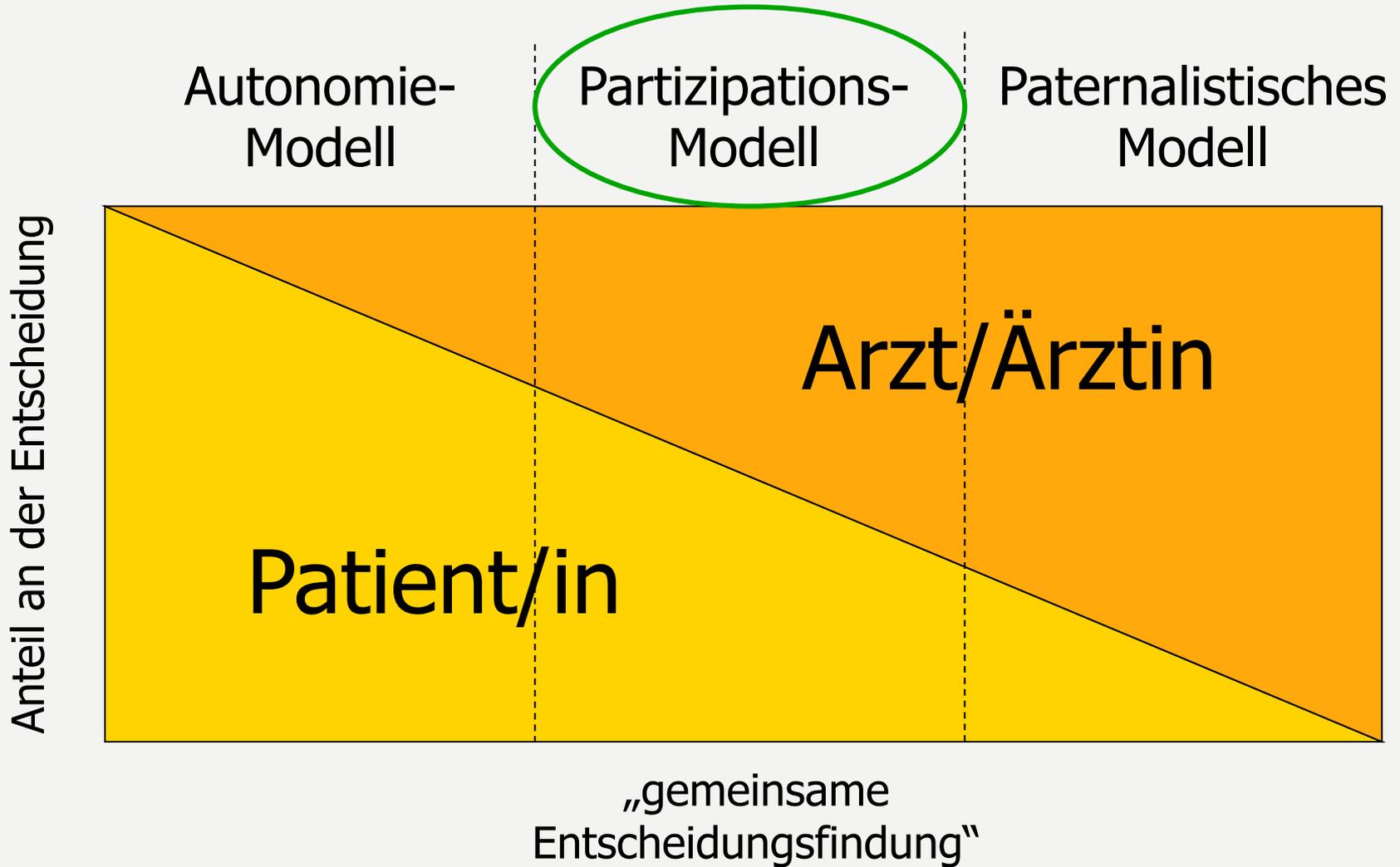
Auswahl der Therapie hängt von Interpretation des Patientenwohls ab!

→ Evaluative Vorstellungen des **guten Lebens**:

1. „**Kämpfen bis zuletzt**“
→ Option 1: Mehrfachchemotherapie
2. „**Lebensqualität erhalten**“
→ Option 3: Symptomatische Therapie

→ Individuelle Entscheidung des Patienten

→ Respekt der **Selbstbestimmung** am Lebensende!





Offene Kommunikation zwischen Arzt u. Patient
Aufklärung über die Tumorerkrankung (Prognose)
Information über verfügbare Behandlungsoptionen mit
Chancen und Risiken

- Anti-Tumor-Therapien (OP, Chemo, Bestrahlung)
- Symptomatische Behandlung („best supportive care“)

Ausreichend Bedenkzeit

Patient wird mit seinen ambivalenten Gefühlen
gegenüber dem Therapieverzicht ernst genommen
Hilfestellung bei der Klärung und Entwicklung eigener
Ziel- und Wertvorstellungen („partizipative
Entscheidungsfindung“)



Therapieverzicht als Lebensbereicherung:

(Relative) Unabhängigkeit vom Krankenhaus, von
Therapieterminen und von ärztlichen Prognosen mit ihren „Berg-
und Talfahrten“ ⇒ **Autonomiegewinn**

Erhöhte Bewegungsfreiheit: Reisen oder im häuslichen Umfeld
bleiben können

Wegfall der Nebenwirkungen ⇒ Gewinn an Lebensqualität

Zeit für die Vorbereitung auf das Sterben, Abschiednehmen,
bewusste Entscheidung über weitere Lebensplanung

Angehörige und Patient können offen miteinander über das Thema
„Abschied und Sterben“ sprechen

Zeitgewinn für die Bearbeitung wesentlicher Lebensfragen

- Sinn des Lebens?
- Ausstehende Konflikte? Schuldgefühle? Versöhnung/Vergebung?

Nach H. Kreisel-Liebermann



Peter Noll (1926–1982)



S. 27

S. 123-124



Untersuchung von Slevin et al. (1990): Akzeptanz einer aggressiven, nebenwirkungsreichen Behandlung mit 1% Heilungschance

- Onkologische Patienten: 53%
- Onkologen: 20%
- Pflegekräfte Onkologie: 14%
- Allgemeinmediziner: 12%

→ Hohe Risikobereitschaft bei geringer Erfolgsaussicht!

→ Interpretation??

Cave: Keine Ausnützung der Therapiebereitschaft!

→ Sehr sorgfältige, einfühlsame Aufklärung über Chancen und Risiken der experimentellen Therapie vs. Verzicht!



Studie von Joffe et al. (2001): Befragung von 287 Patienten in onkologischen Studien

- 90% mit Aufklärung zufrieden
- 26% erkannten, dass sie *keine* Standardtherapie erhielten
- 37% waren sich der zusätzlichen Risiken durch die Studienteilnahme bewusst
- 30% wussten, dass die Effektivität der Behandlung noch nicht erwiesen ist

Studie von Daugherty et al. (1995): Befragung von 30 Patienten Phase-I-Studie

- Ansprechrate ca. 5-10%
- 93% hatten die gesamte (33%) oder die meiste (60%) Information verstanden
- 85% nahmen aufgrund des therapeutischen Nutzens teil!

→ „therapeutisches Missverständnis“ ⇔ sorgfältige Aufklärung!



Medizinsystem

- Ist traditionell auf Lebensverlängerung ausgerichtet
- Keine absolute ethische Verpflichtung zum Lebenserhalt!
- Vielmehr: **Wohlergehen** fördern und **Willen** respektieren
- Therapieziel-Änderung: Heilung (Kuration) ⇔ Linderung (Palliation)
- Herausforderung: Sterben zulassen, obwohl man das Leben noch verlängern könnte!

Angehörige, Freunde

- Können manchmal nicht loslassen
- Suchen wohlmeinend weitere Therapieoption/Zweitmeinung
 - übt Druck auf den Patienten aus
 - kann offenes Gespräch über Sterben und Tod verhindern



Peter Noll (1926–1982)



S. 58

S. 56-57



1. Analyse: Medizinische Aufarbeitung
 - Information über Patient (Diagnose etc.)
 - Behandlungsmöglichkeiten mit Chancen und Risiken
2. Bewertung 1: Welche Behandlungsmöglichkeit ist für den Patienten am besten?
 - Wohlergehen des Patienten (**Wohltun/Nichtschaden**)
 - Wille des Patienten (**Respekt der Autonomie**)
3. Bewertung 2: Wie können die Bedürfnisse Dritter berücksichtigt werden? (**Gerechtigkeit**)
 - Familienmitglieder, andere Patienten, Gesellschaft
4. Synthese: Was ist die am besten begründete Entscheidung?
Konflikt ⇒ begründete Abwägung
5. Kritische Reflexion (Einwände? Vermeidung?)



Patient hat Hoffnung auf Heilung nicht aufgeben,
wünscht eine „aggressive“ Chemotherapie

→ Option 1: Mehrfachchemotherapie

Gerechtigkeit

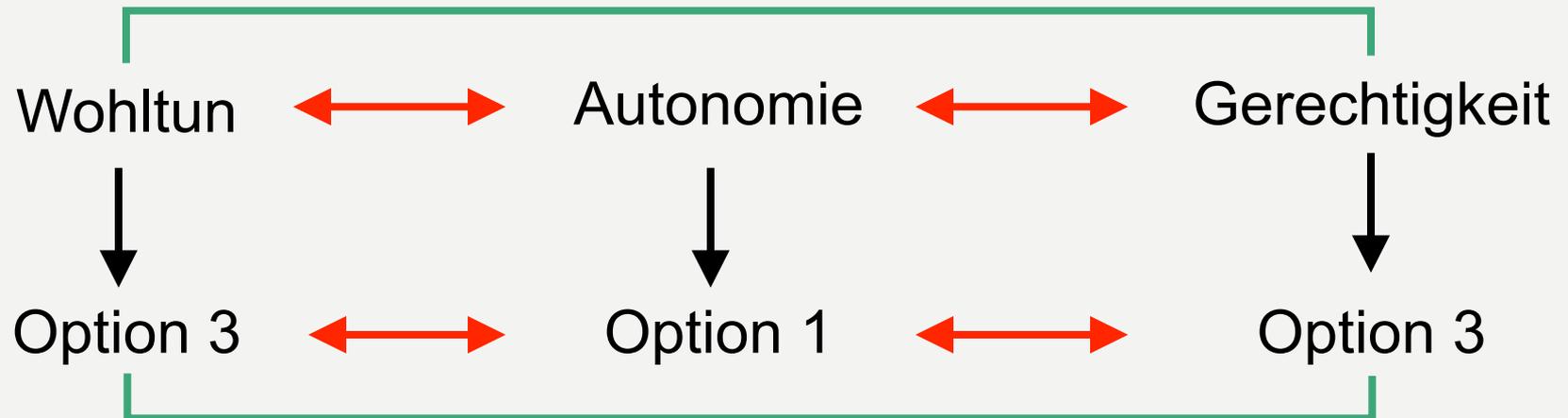
- Option 1 und 2: Hoher Ressourcenverbrauch bei geringer Erfolgsaussicht
 - Option 3: Geringerer Ressourcenverbrauch, höherer Nutzen durch bessere Lebensqualität
- gerechtere Ressourcenverteilung?



1. Analyse: Medizinische Aufarbeitung
 - Information über Patient (Diagnose etc.)
 - Behandlungsmöglichkeiten mit Chancen und Risiken
2. Bewertung 1: Welche Behandlungsmöglichkeit ist für den Patienten am besten?
 - Wohlergehen des Patienten (**Wohltun/Nichtschaden**)
 - Wille des Patienten (**Respekt der Autonomie**)
3. Bewertung 2: Wie können die Bedürfnisse Dritter berücksichtigt werden? (**Gerechtigkeit**)
 - Familienmitglieder, andere Patienten, Gesellschaft
4. Synthese: Was ist die am besten begründete Entscheidung?
Konflikt ⇒ begründete Abwägung
5. Kritische Reflexion (Einwände? Vermeidung?)



Hängt von Interpretation des Patientenwohls ab
Annahme: Wohl = „LQ erhalten“ \Rightarrow Option 3



- Ethischer Konflikt zwischen Selbstbestimmung und Wohlergehen des Patienten
- Begründete Abwägung



Patientenwunsch authentisch:
„Kämpfertyp“;
realistische Einschätzung



Patientenautonomie
höher gewichten



Option 1:
Mehrfachchemotherapie

Patientenwunsch beruht auf
unrealistischer Einschätzung der
Heilungschancen



Patientenwohl
höher gewichten



Option 3:
Symptomatische Therapie



Ärztliche Einschätzung: Patientenwunsch beruht auf unrealistischer Einschätzung der Situation

→ Arzt empfiehlt Patient Option 1: symptomatische Therapie

Patient akzeptiert nach mehreren Gesprächen Option 1

Chefarzt-Visite: Patient äußert erneut Wunsch nach Chemotherapie

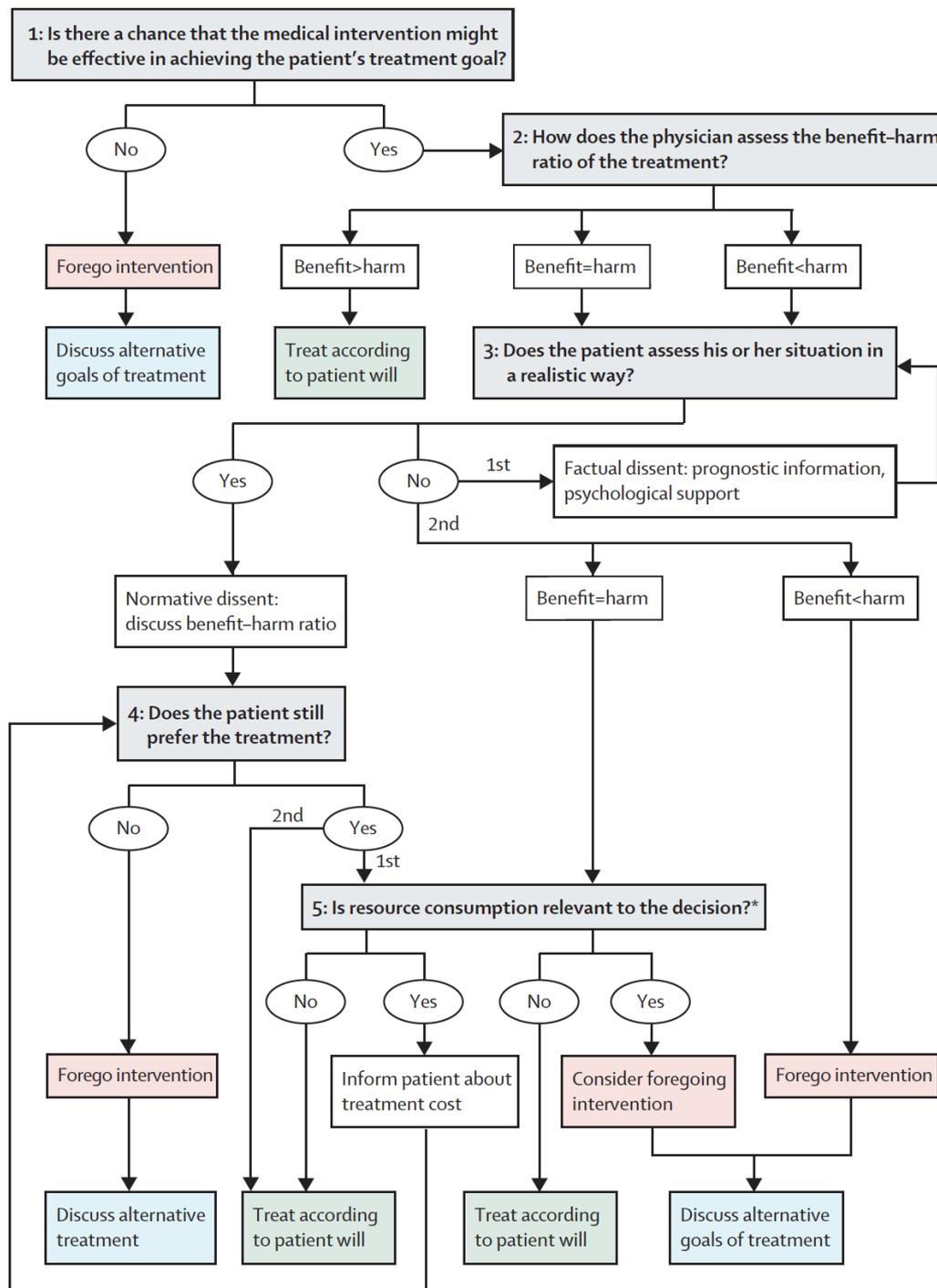
→ Patient erhält Option 2: Monochemotherapie

Nach erstem Zyklus der Chemo: Verschlechterung des Allgemeinzustandes

Abbruch der Chemotherapie, Umstellung auf symptomatische Behandlung

→ Patient akzeptiert nun die Unausweichlichkeit des Sterbens

Patient verstirbt nach 10 Tagen



Winkler et al. Lancet Oncology 2011



- Therapieverzicht: sehr persönliche Entscheidung
- Bedeutung der Selbstbestimmung am Lebensende
 - Entscheidung lässt sich nicht aus medizinischen Fakten ableiten!

Aber: **Nicht nur individuelle Kunst!!**

- Gemeinsame Entscheidungsfindung von Patient, Angehörigen und Behandlungs-/Pflegeteam, evtl. Seelsorger/Psychologe hinzuziehen

Einfühlsame, offene Aufklärung über Chancen und Risiken einer Anti-Tumor-Therapie

Chance der Unterlassung: **Gewinnen durch verzichten!**



„Da wir mit dem Tode leben,
sollten wir auch im Leben an ihn
denken.“ [23]

Peter Noll (1926–1982)

Winkler EC, Hiddemann W, Marckmann G. Ethical assessment of life-prolonging treatment. *The Lancet Oncology* 2011;12(8):720-2