

Georg Marckmann
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

Therapieverzicht gegen Patientenwillen?

Tübinger Projekt: Häusliche Betreuung Schwerkranker
Qualitätszirkel Palliativmedizin

Tübingen, 24.09.2012

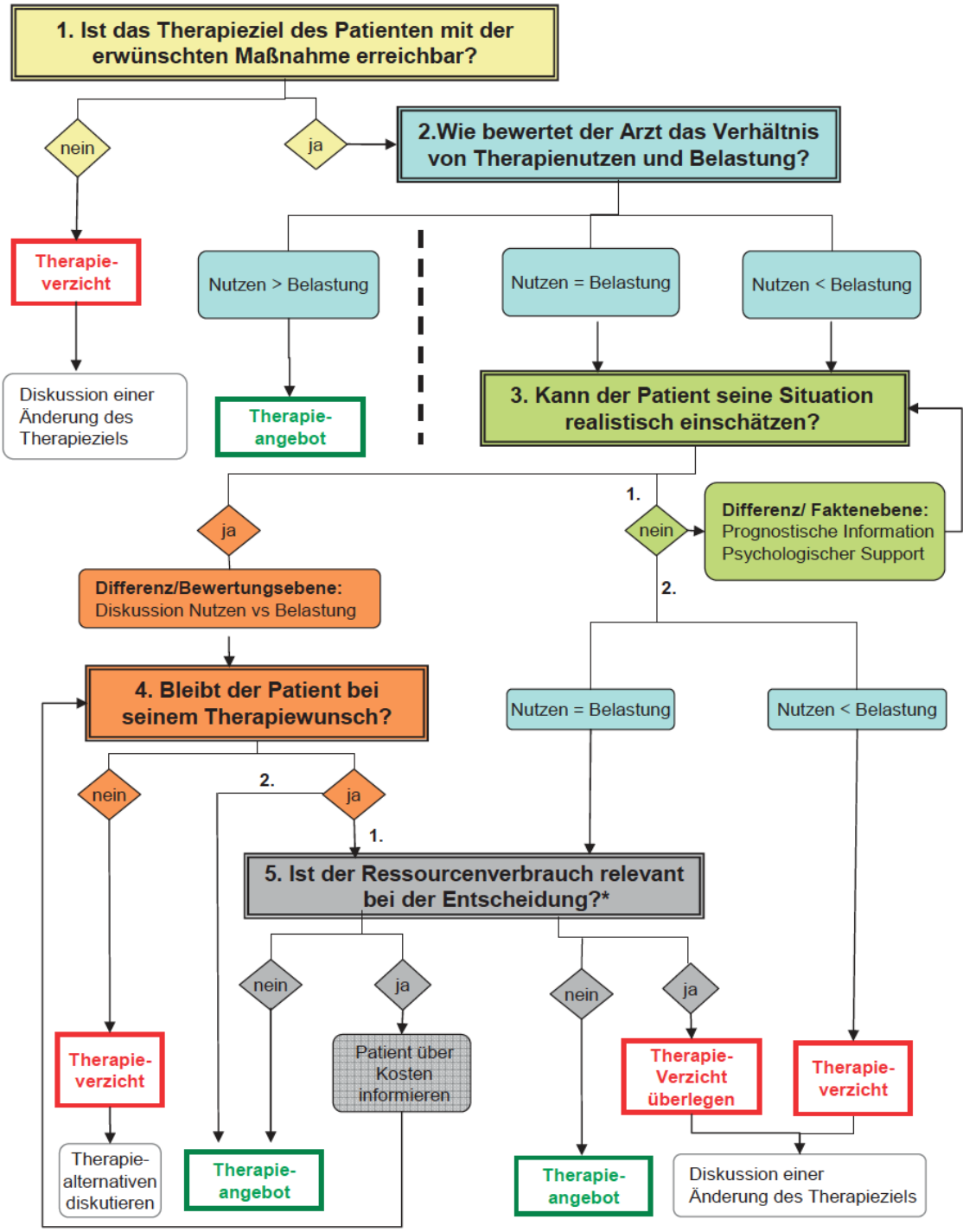




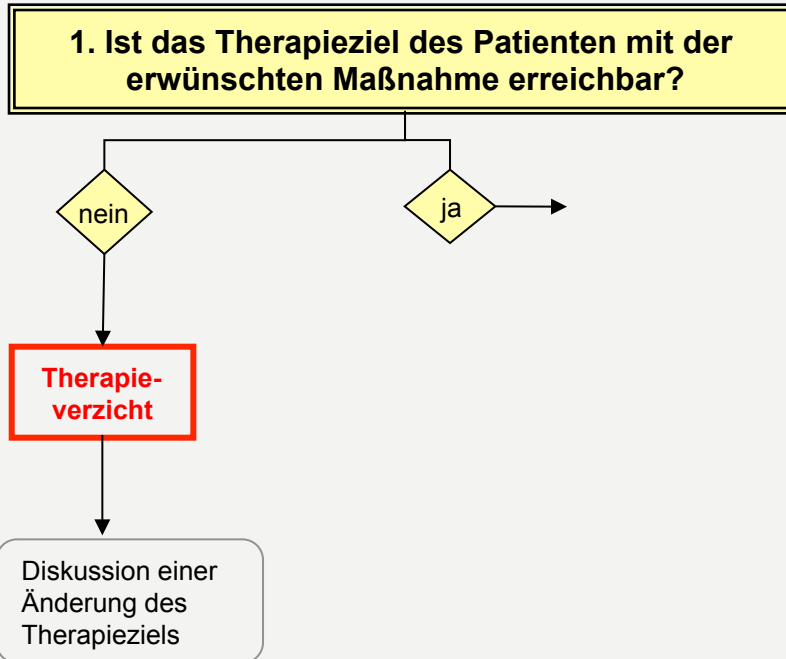
1. Fallbeispiel aus der Onkologie
2. Algorithmus zur Entscheidungsfindung (Winkler/
Marckmann)
3. Anwendung des Algorithmus auf das Fallbeispiel
4. Diskussion

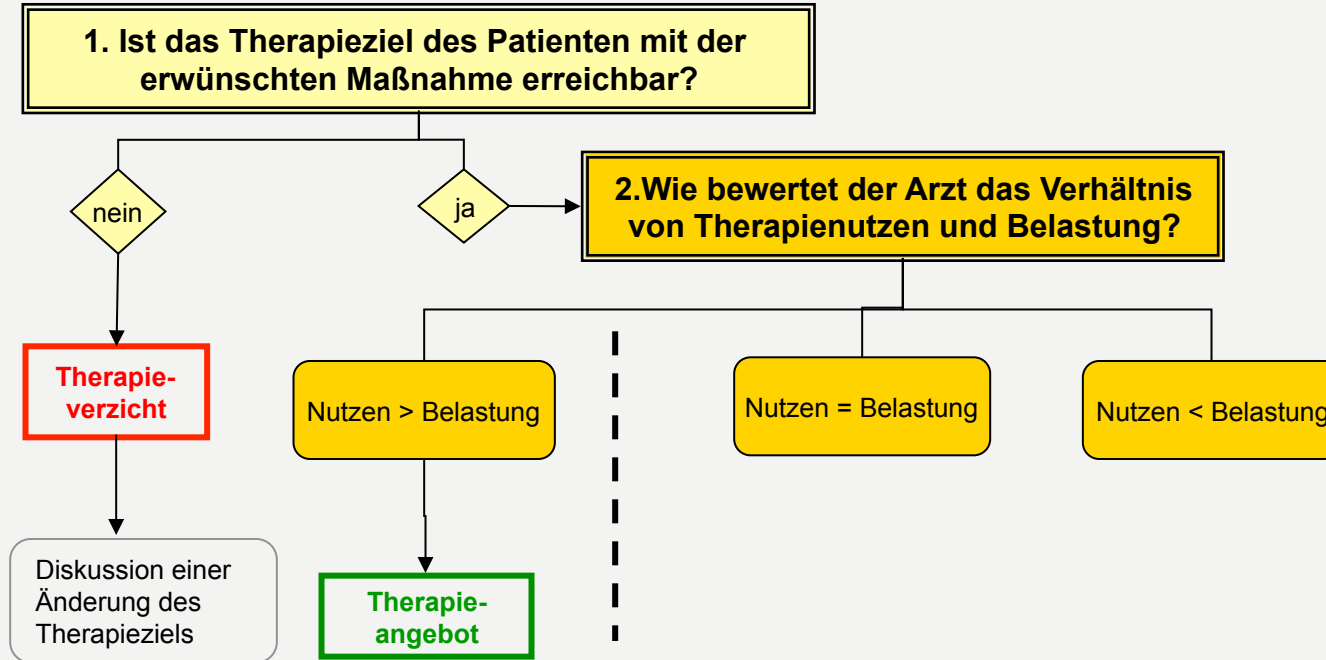


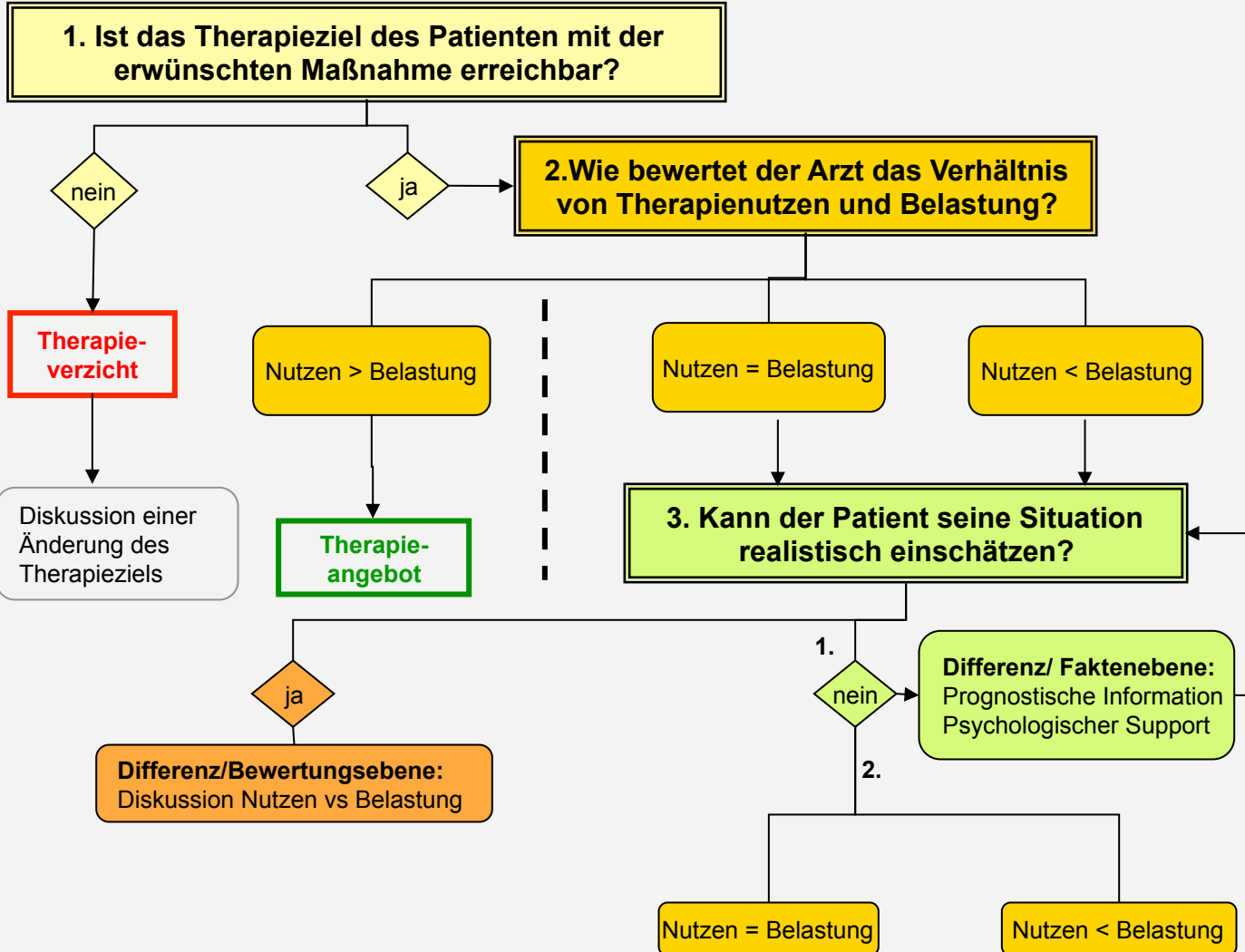
- 39jähr. Patient mit gel. Schmerzen im Brustbereich
- Gefühlsstörungen in Armen und Beinen
→ Komplette Querschnittslähmung
- CT: Tumor im Brustbereich, Lungengrenzen überschritten, in Rückenmarkskanal eingewachsen
- Operation → Lähmungen ↓, aber keine vollst. Tumorentfernung
- Histologie: kleinzelliges Bronchial-Karzinom
- Kombinierte Radiochemotherapie
- Tumorausdehnung ↓, Lähmungen ↓, WS stabilisiert
- CT-Kontrolle nach Therapieabschluss:
→ Metastasen in Nebenniere, Pankreas und Leber
- Patient gibt Hoffnung nicht auf, wünscht Fortsetzung einer „aggressiven“ Chemotherapie
- Soll man dem Wunsch des Patienten nachkommen?



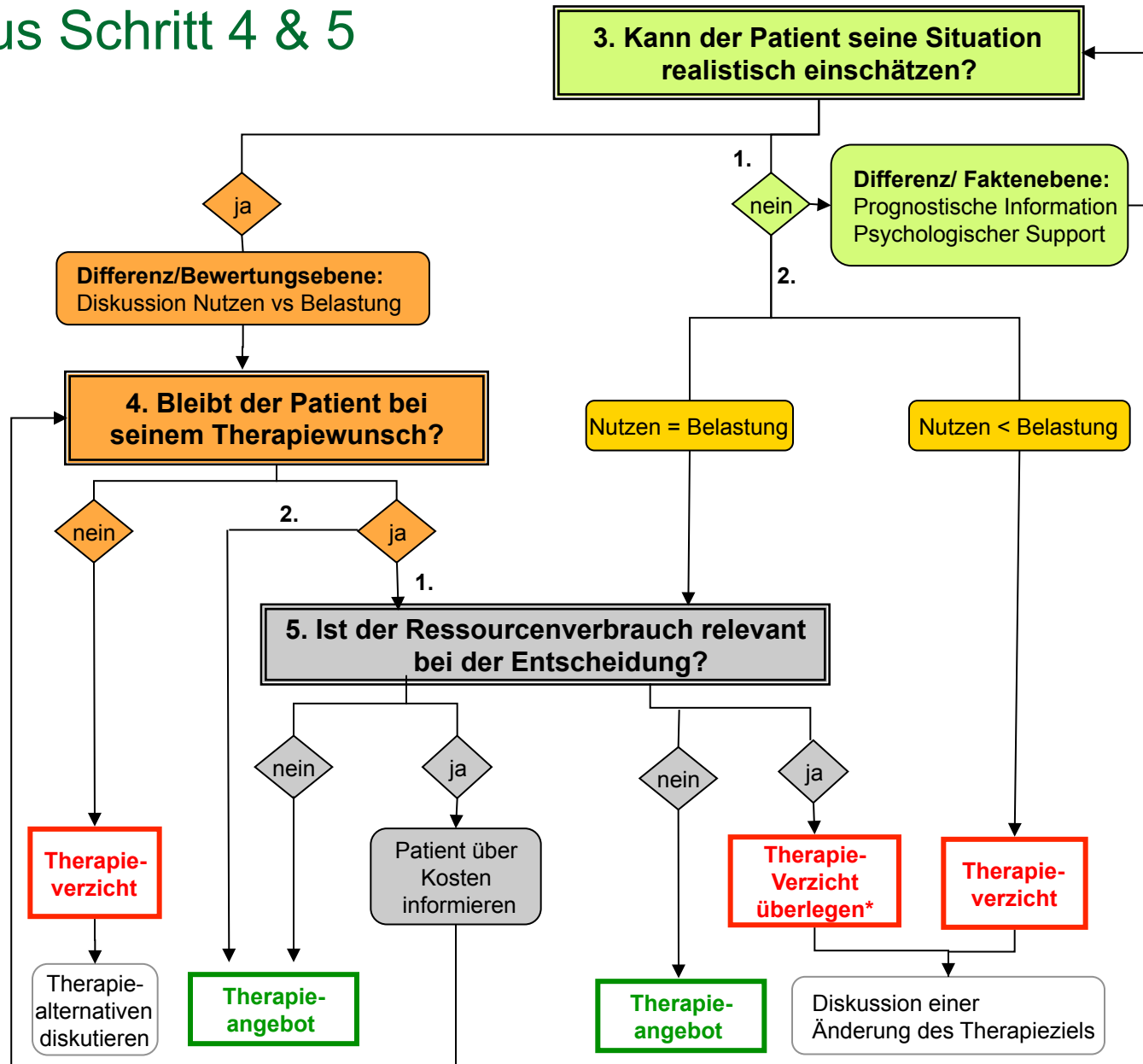
Quelle:
Winkler &
Marckmann
ÄBW 2012
(04): 141





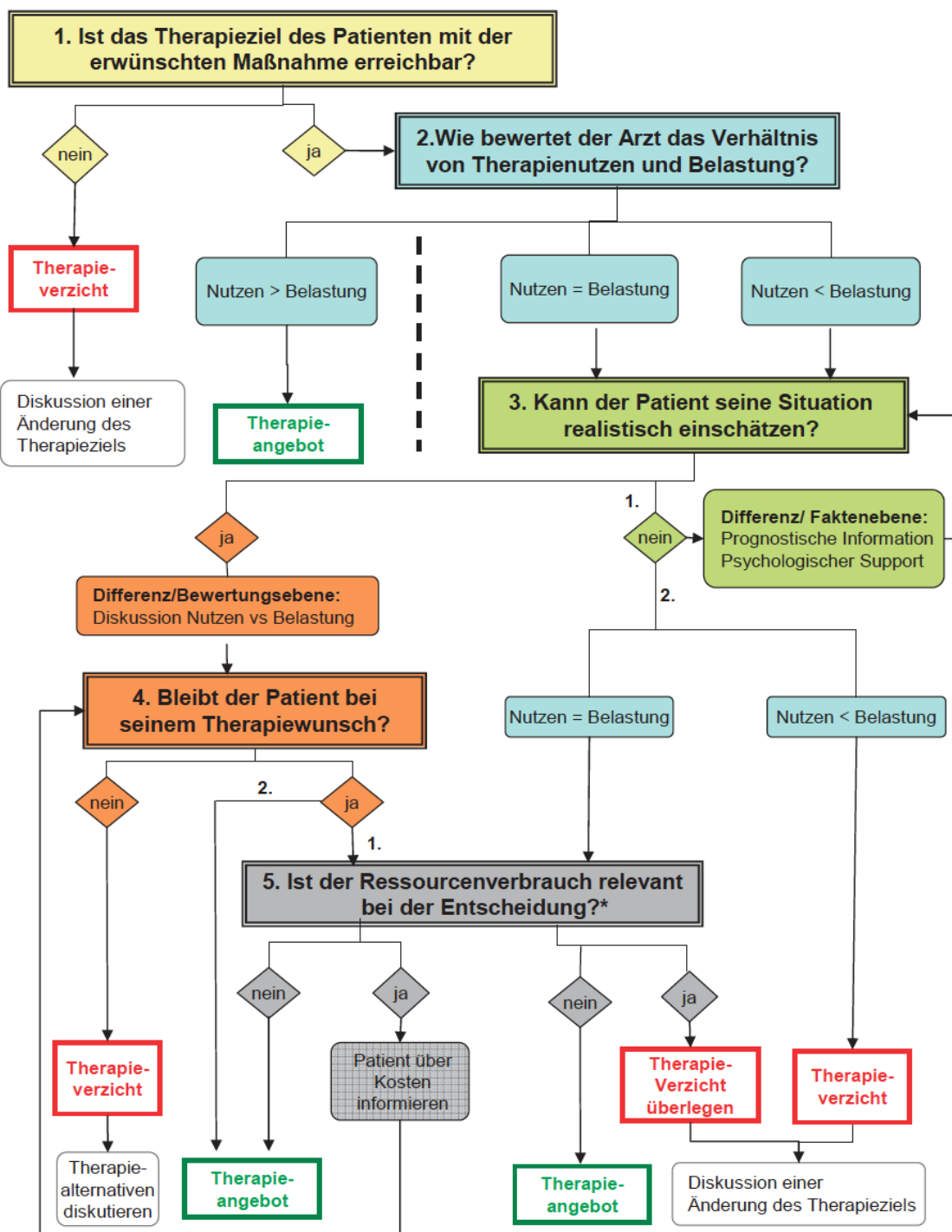


Algorithmus Schritt 4 & 5





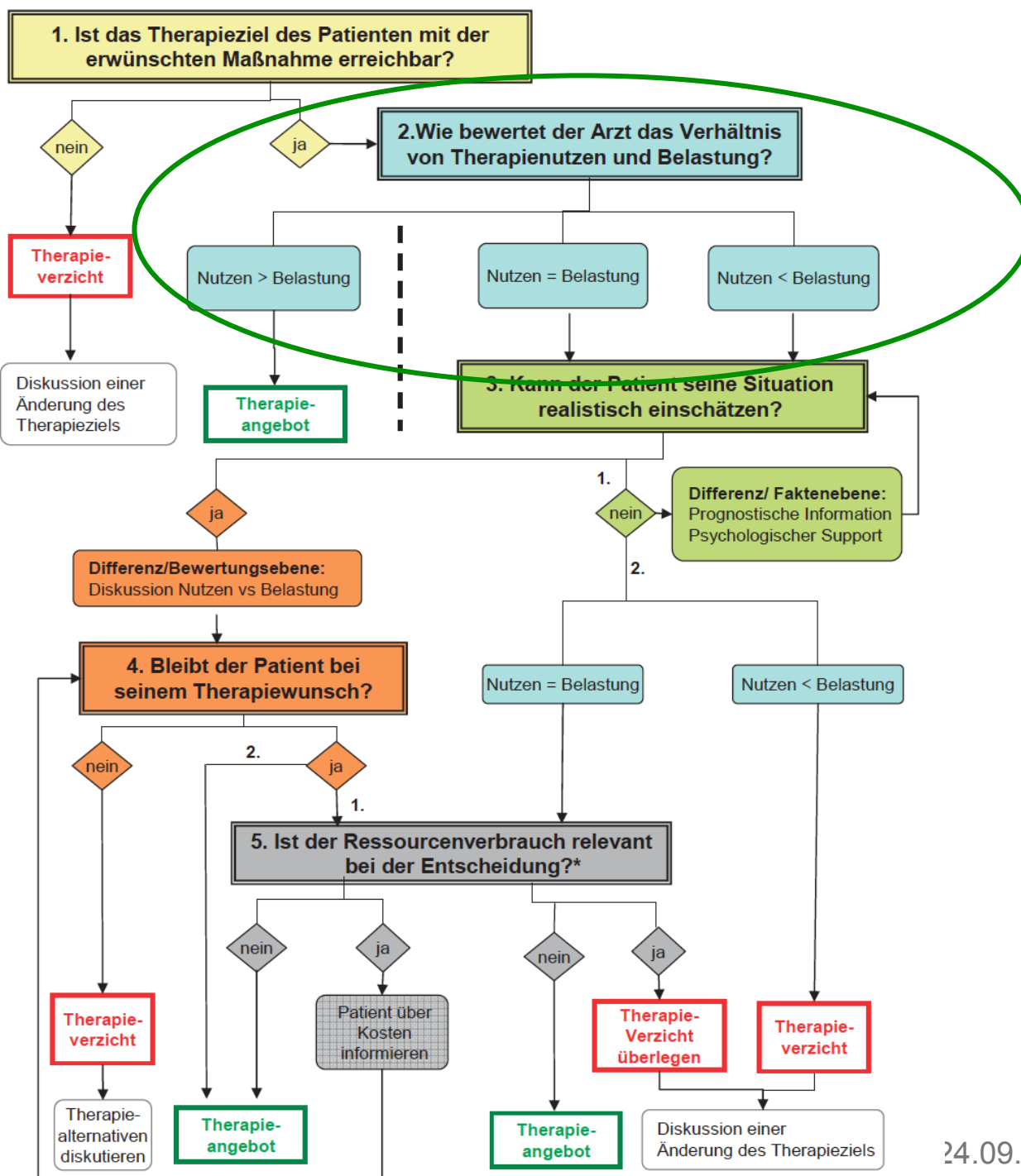
- 39jähr. Patient mit gel. Schmerzen im Brustbereich
- Gefühlsstörungen in Armen und Beinen
→ Komplette Querschnittslähmung
- CT: Tumor im Brustbereich, Lungengrenzen überschritten, in Rückenmarkskanal eingewachsen
- Operation → Lähmungen ↓, aber keine vollst. Tumorentfernung
- Histologie: kleinzelliges Bronchial-Karzinom
- Kombinierte Radiochemotherapie
- Tumorausdehnung ↓, Lähmungen ↓, WS stabilisiert
- CT-Kontrolle nach Therapieabschluss:
→ Metastasen in Nebenniere, Pankreas und Leber
- Patient gibt Hoffnung nicht auf, wünscht Fortsetzung einer „aggressiven“ Chemotherapie
- Soll man dem Wunsch des Patienten nachkommen?



Quelle:
Winkler &
Marckmann
ÄBW 2012
(04): 141



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



Quelle:
Winkler &
Marckmann
ÄBW 2012
(04): 141



Option 1 – Mehrfachchemotherapie

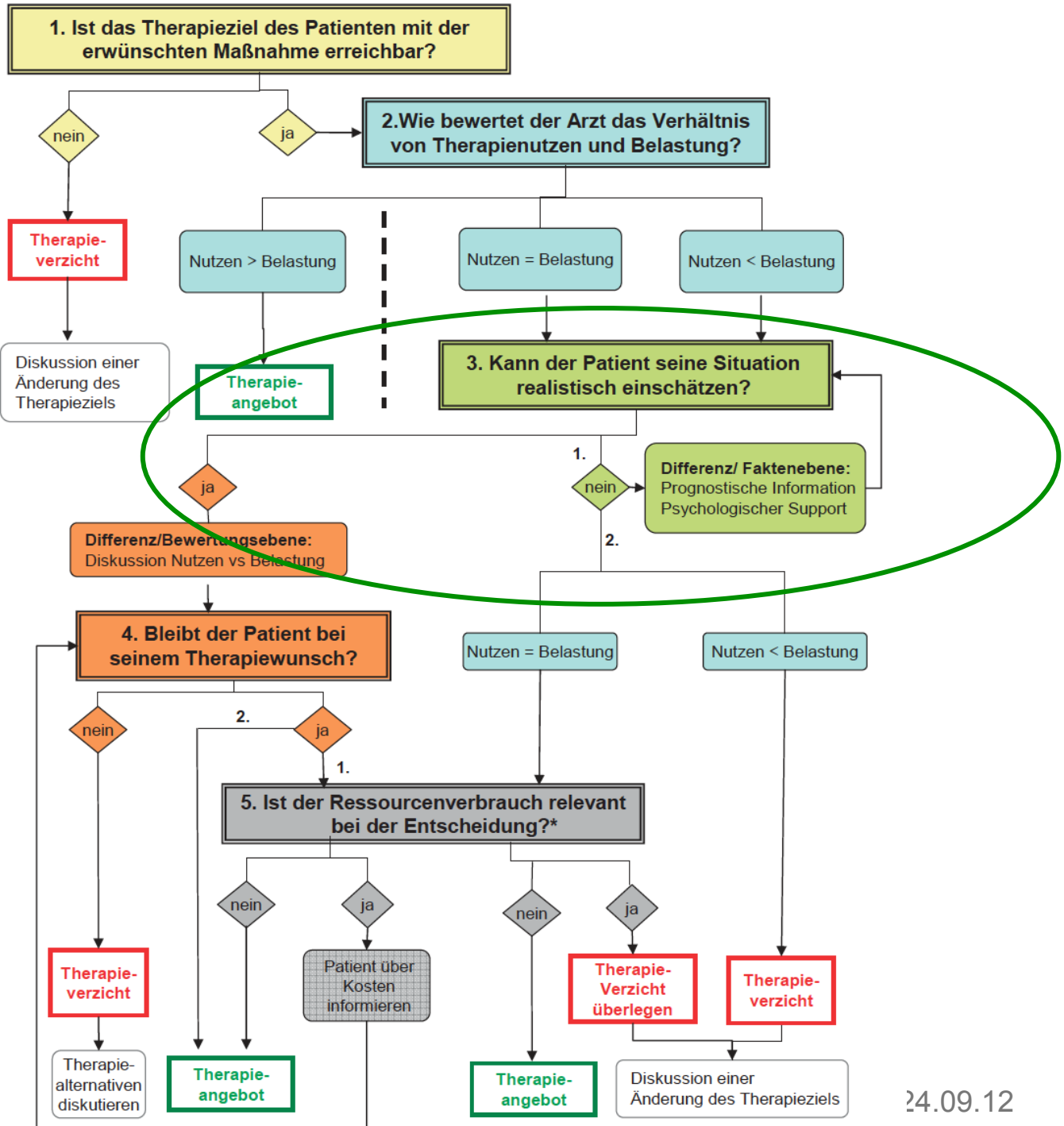
- Kaum Heilungschancen, Lebensverlängerung möglich
- Erheblich reduzierte LQ durch NW; hohes Letalitätsrisiko
- Mehr Schaden als Nutzen?

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?



Quelle:
Winkler &
Marckmann
ÄBW 2012
(04): 141

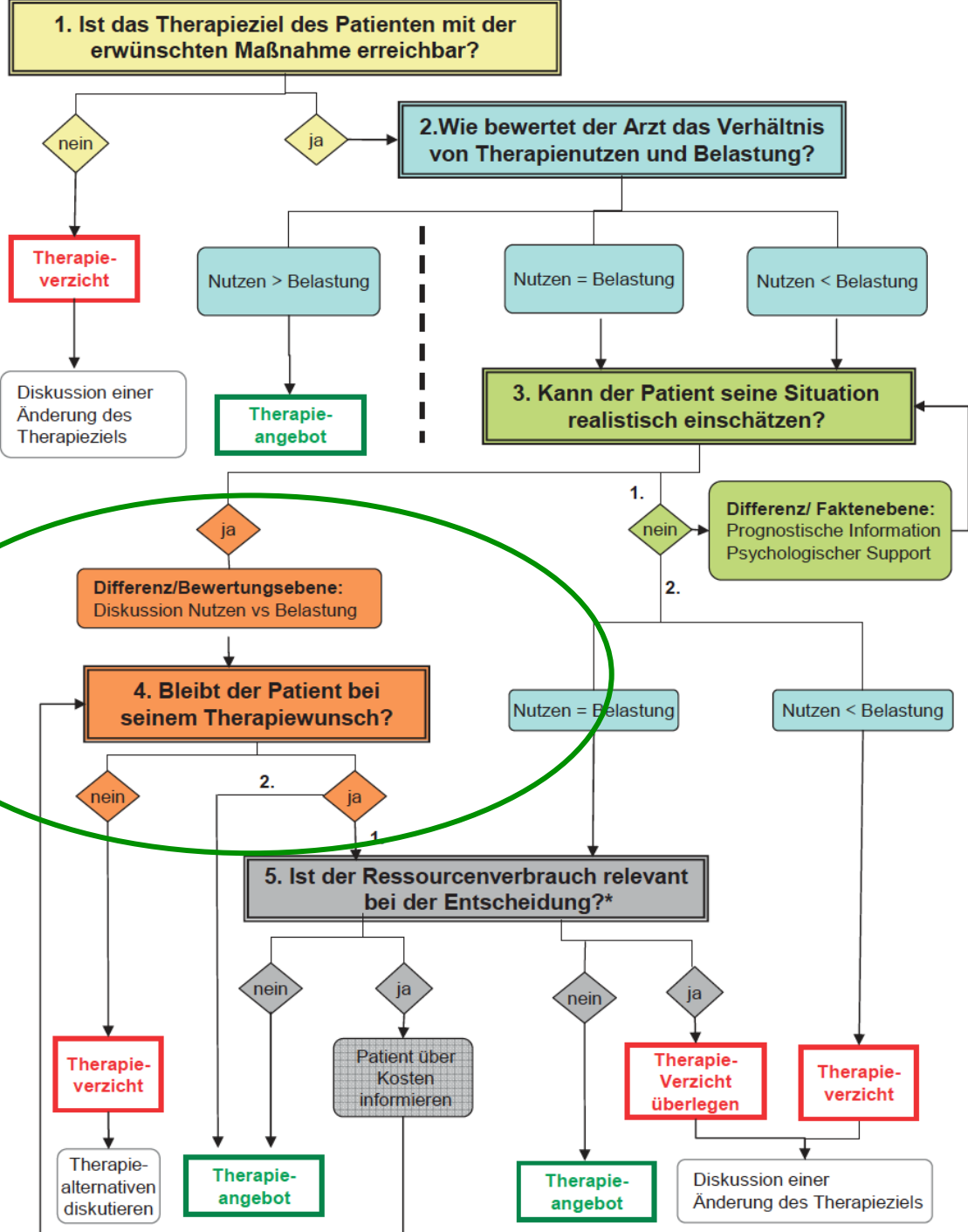


Szenario 1

Patientenwunsch
authentisch: „Kämpfertyp“;
realistische Einschätzung



Weiter mit Frage 4 & 5



Quelle:
Winkler &
Marckmann
ÄBW 2012
(04): 141



Szenario 1

Patientenwunsch
authentisch: „Kämpfertyp“;
realistische Einschätzung



Weiter mit Frage 4 & 5

Szenario 2

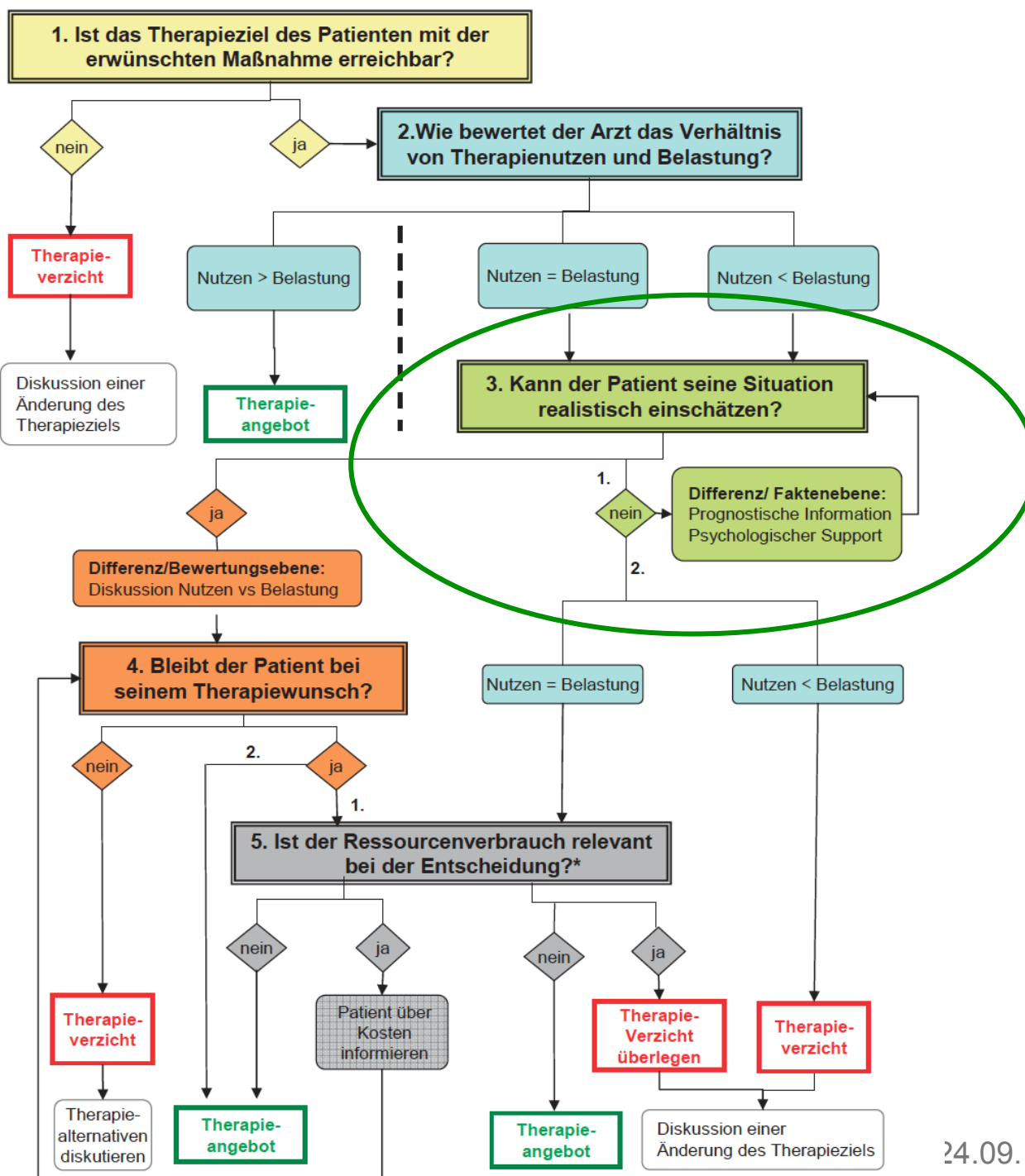
Patientenwunsch beruht auf
unrealistischer Einschätzung
der Heilungschancen



Unterstützung =>
erneut Frage 3 prüfen



Weiter mit Frage 5



Quelle:
Winkler &
Marckmann
ÄBW 2012
(04): 141



Szenario 1

Patientenwunsch
authentisch: „Kämpfertyp“;
realistische Einschätzung



Patientenautonomie
höher gewichten



Option 1: Mehrfachchemo

Szenario 2

Patientenwunsch beruht auf
unrealistischer Einschätzung
der Heilungschancen



Patientenwohl höher
gewichten



Option 3: Sympt. Therapie

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Literatur:

Ärztblatt Baden-Württemberg 2012;67(4):140-144

Ethik

112

Eine ethische Orientierungshilfe

Therapieverzicht gegen den Patientenwillen?



Dr. Dr. Eva C. Winkler



Prof. Dr. med.
Georg Marckmann

Bei über der Hälfte der Patienten, die heute in Europa erwartet an einer unheilbaren Krankheit zu versterben, geht dem Tod eine Entscheidung gegen lebensverlängernde Maßnahmen wie Reanimation oder Beatmung voraus. Dennoch wird eine zunehmende Anzahl von Patienten bis kurz vor ihrem Tod chemotherapeutisch behandelt [1]. Hierfür mag es gute Gründe geben, wenn die Therapie dem Patienten einen Lebensqualitäts- oder Lebenszeitgewinn bietet und seinen Wünschen entspricht. Die zunehmende Aggressivität der Tumorthherapie am Lebensende wird jedoch häufig als Übertherapie und damit als Qualitätsmangel interpretiert. Der klinische Alltag und erste Studiendaten zeigen, dass es häufig die Patienten selbst sind, die bei infauster Prognose eine „intensive“ Therapie wünschen. In jedem Fall haben wir den Wunsch eines einwilligungsfähigen Patienten zu respektieren, wenn dieser eine angemessene Behandlung ablehnt. Wo aber sind die Grenzen dieser Autonomie, wenn der Patient eine Behandlung wünscht, die aus ärztlicher Sicht unangemessen ist? In diesem Beitrag sollen ethische Kriterien vorgestellt werden, die entscheidungsrelevant werden in der Abwägung für oder gegen eine tumorspezifische Therapie insbesondere am Lebensende: die Unterscheidung in Wirksamkeit und Nutzen einer Therapie, die Möglichkeit des Patienten, eine Situation sanftlich einzurichten und Kräfte

eine intensive, lebensverlängernde Therapie auch ohne Zustimmung des Patienten ethisch vertretbar ist.

Das Recht der Patienten, unerwünschte Behandlungsaussagen abzulehnen, ist ein etablierter ethischer Standard in der Medizin, der auf dem Patienten-Autonomie basiert. Nicht gleich geschränkt ist jedoch die Reichweite der Autonomie, wenn ein Patient eine Maßnahme

ärztlicher Seite für unangemessen gehalten wird. Eine gängige Begründung für eine ethische Entscheidung gegen eine Therapie ist die zynische Indikation. Unter angloamerikanischer und Medizinethikern wird die Grenze der Indikation unter dem Begriff der „Futilität“ (Vergeblichkeit oder Sinnlosigkeit) einer Behandlung (7). Analog zur Futilität kann die fehlende Indikation in einem engen Sinn mit der „Wirkungslosigkeit“ der Behandlung im erweiterten Sinn mit der „Sinnlosigkeit“ begründet werden. Diese beiden Begriffe sind jedoch zu unterscheiden. Ist eine Behandlung und damit nicht geeignet das angestrebte Ziel zu erreichen, dann darf die Behandlung gar nicht durchgeführt werden. Wird der Indikationsbegriff bei

The Lancet Oncology 2011;12(8):720-2

Children's Research Hospital, Memphis, TN, USA (RCR)
reemaraman@doctors.org.uk

Ethical assessment of life-prolonging treatment

Patients requesting active treatment while their oncologists suggest best supportive care constitute one of the most ethically challenging situations in oncology practice. These situations will become even more contentious as

(question one). An ineffective treatment plan violates the professional standard of good clinical practice. In practice, prediction of the outcome of an intervention can be difficult; but, as an important first step, ineffective

J Med Ethics 2012 doi:10.1136/medethics-2011-100333

Downloaded from jme.bmj.com on June 13, 2012 - Published by group.bmj.com

JME Online First, published on June 12, 2012 as 10.1136/medethics-2011-100333

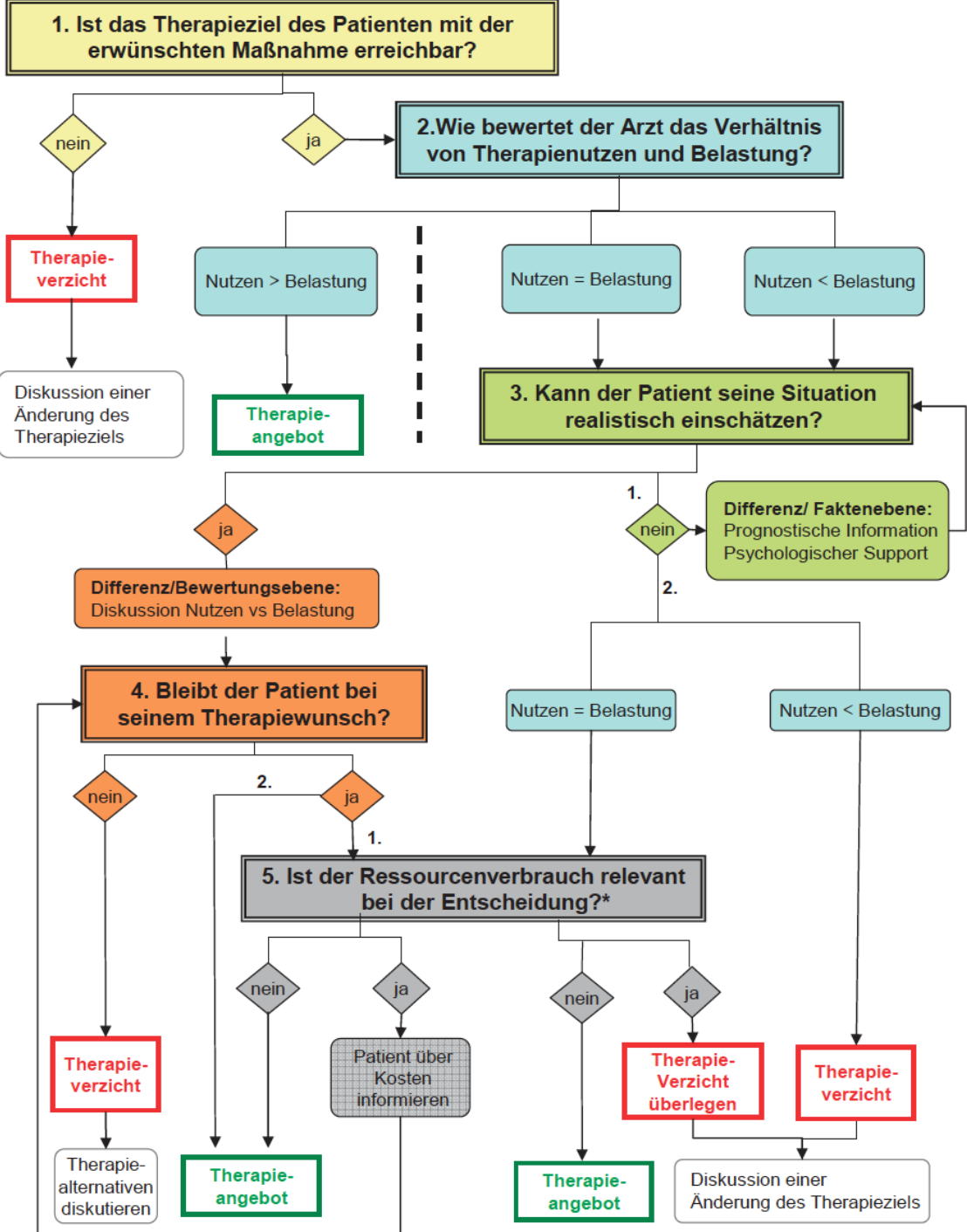
Clinical ethics

PAPER

Evaluating a patient's request for life-prolonging treatment: an ethical framework

Eva C Winkler,¹ Wolfgang Hiddemann,² Georg Marckmann³

Folien: www.dermedizinethiker.de



Quelle:
Winkler &
Marckmann
ÄBW 2012
(04): 141