

bald überhaupt nichts mehr zu sich nehmen, sodaß mit ihrem Ableben innerhalb kürzester Zeit gerechnet werden mußte. Trotzdem hoffte die Patientin immer noch auf die bevorstehende Heilung. Nochmals erfolgte eine Unterredung zwischen behandelndem Arzt und dem Sohn mit der Frage, ob man die Patientin nicht angesichts des bevorstehenden Todes - aufklären und einen Priester holen sollte. Dies wurde jedoch vom Sohn, aber auch vom Lebensgefährten strikt abgelehnt mit dem Argument, die Patientin würde einen schweren Schock erleiden. Auch das Pflegepersonal war dieser Meinung, zumal es offensichtlich nicht der Wunsch der Patientin sei, darüber zu sprechen.

Trotzdem entschloß sich der behandelnde Arzt zu einem Gespräch. Er erklärte der Patientin, daß eine unheilbare Krebserkrankung mit Leberbefall vorliege, und daß sie damit rechnen müsse, in absehbarer Zeit zu sterben. Es sei ratsam, wenn sie ihre Angelegenheiten noch rechtzeitig regeln würde und wenn sie es wünsche, könne man auch einen Priester für sie rufen. Für die Patientin war diese Aufklärung tatsächlich ein Schock. Sie reagierte mit Ablehnung und Mißmut. Zum Erstaunen aller ließ sie aber dann doch einen Priester rufen, empfing das Sakrament der letzten Ölung, regelte ihre Erbschaftsangelegenheiten und verstarb wenige Tage später.

Kommentar zum Fall: „Wahrheitspflicht und Barmherzigkeit“

Friedrich KUMMER

Stichworte:

- * Konflikt zwischen Wahrheitspflicht und Barmherzigkeit
- * Spitalsorganisation: Kooperation von Ärzten und Schwestern
- * Die sogenannte Wahrheit und ihr Verständnis
Im Umgang mit Carcinompatienten wird ein großer Unterschied gemacht, ob sie nun „kurativ“ oder lediglich palliativ behandelt werden sollen.

Zunächst soll definiert werden: Bei welchen Patienten stellt sich welches Problem der Information?

1. Operabler Tumor bzw. heilbare hämatologische Erkrankung;
2. potentiell heilbare maligne Erkrankung, jedoch unter Einschluß einer komplexen und schrittweisen, sehr belastenden Therapie;
3. inkurable Malignität (fortgeschrittenes Tumorstadium) bei geringer Symptomatik;

4. schwere, andere Allgemeinerkrankungen, zusätzlich eine inkurable Malignität.

Die Unterschiede zwischen 1, 2 und 3 sind in jüngster Zeit dort durchbrochen worden, wo z.B. eine neoadjuvante Therapie angeboten wird (zytostatische oder/und radiotherapeutische Vorbehandlung, bei Ansprechen im Sinne einer Tumorreduktion Versuch einer Radikaloperation).

Bezüglich 1. und 2.: Selbst die kurrative Behandlung, also die Zielsetzung einer dauernden Beseitigung des Tumors durch die jeweils geeignetste Maßnahme, ist mit der großen Unsicherheit des Rezidivs und auch des Zweit- oder Drittcarcinoms behaftet, da mit der Tumorbehandlung ja noch nicht die genetische Disposition zur Carcinomentwicklung beseitigt ist.

Daher ist auch die Aufklärung über eine wahrscheinlich heilbare Krebserkrankung von der Unsicherheit der Zukunft belastet. Dennoch ist hier das Erstgespräch oft von

Hoffnung, Zuversicht, Tatendrang und Aufbruchsstimmung getragen.

Bezüglich 3.: Viel schwerer fällt dann jedes Gespräch, wenn es um ein unheilbares Tumorstadium geht. Mit diesem Problem haben sich kompetente, involvierte Fachleute seit Menschengedenken herumgeschlagen, ohne je ein Patentrezept finden zu können.

Das eine Extrem bestand darin, daß das Wohlbefinden des Patienten, von ärztlicher Seite her gesehen, über alle anderen Erwägungen gestellt wurde: Der Patient durfte auf keinen Fall die Diagnose wissen, da es unmenschlich sei, ihm die Wahrheit zuzumuten, daß seine Lebenserwartung stark verkürzt sei. Die „barmherzige Lüge“ galt als Maxime.

Das andere Extrem bestand in der schonungslosen Aufklärung, teils um sich der willfährigen Kooperation des Patienten bei allen zu setzenden oder zu unterlassenden Handlungen zu vergewissern, teils um allfälligen späteren Vorwürfen begegnen zu können („Wenn ich das gewußt hätte ...“).

Die erstere Haltung war in unseren Ländern noch bis in die späten 70er Jahre vorherrschend, die letztere wurde in den USA geübt, sowie in den nord- und westeuropäischen Ländern.

Heute wissen wir, daß nicht nur der Patient ein Recht auf volle Information hat, sondern auch der Arzt sich der Pflicht dazu nicht entziehen kann. Dies schließt aber nicht aus, daß bei voller Wahrung der Patientenrechte der Arzt gewisse Ausnahmen von dieser seiner Pflicht geltend machen kann, auf die hier kurz eingegangen werden soll:

Zunächst: Das Recht des Patienten besteht auch darin, daß er/sie vor der Information fliehen darf. Er/sie kann dann nicht mit der Wahrheit verfolgt werden, z.B. wenn er/sie Rationalisierungen und Interpretationen erfindet, warum sich die Ärzte geirrt haben, die Befunde vertauscht worden sind etc.

Wenn aber der behandelnde Arzt seine Pflicht darin sieht, das richtige Verständnis von Leben und Tod als Naturgegebenheiten, die in Gottes Schöp-

fung wurzeln, zu bewahren und mit der tiefen Ehrfurcht vor der individuellen Würde jedes Menschen zu verbinden, wird die Gesprächsbereitschaft erhalten bleiben und auf alle Phasen der Leidensbewältigung des Patienten ausgerichtet sein. Damit schließt sich die barmherzige Lüge von vornherein aus. Wir haben in den letzten 15-20 Jahren unsere Erfahrungen mit den uns anvertrauten Krebspatienten gesammelt und haben gelernt, daß man grundsätzlich die volle Information des Patienten anstreben soll. Tut man dies nicht, trachten die Patienten oft, die ihnen vorenthaltenen Fakten z.B. dem Pflegepersonal herauszulocken. Dies bringt noch mehr Unsicherheit und Verwirrung mit sich, die den Patienten zweifellos mehr schadet als nützt und die letztlich zur Umkehr der „barmherzigen Lüge“ führt: Der Patient, die Patientin beginnt den Arzt zu belügen, wenn ihr Informationsstand weitergediehen ist, als ihr Behandler annimmt („Du weißt nicht, was ich weiß, daher bin ich dir überlegen!“).

Wenn sehr geringe Beschwerden von Seiten der malignen Erkrankung bestehen, ist die Frage nach der Palliation noch gar nicht aktuell. Sehr wohl aber muß sich das Behandlerteam ins Klare kommen, durch welche Maßnahmen der Krankheitsverlauf beeinflußt werden kann (Resektion des Darmtumors zur Vermeidung des Ileus, auch bei bestehenden Fernmetastasen; Bestrahlung der mediastinalen Lymphknotenmetastasen eines Bronchuscarcinoms bei drohender Einflußstauung und/oder Atelektase etc.), oder ob nicht die bestmögliche anderweitige Unterstützung der Patienten (optimal supportive care) vorzuziehen sei. Die Entscheidung des Patienten (als Hauptperson) sollte dadurch keineswegs präjudiziert werden. Doch wird es unvermeidlich sein, bei Darlegung der Umstände auf die Besonderheiten des möglichen Verlaufs einzugehen, zugleich aber alle günstigen Varianten herauszustreichen (mögliche Stabilisierung aufgrund des günstigen Zelltyps, geringe statistische Gefahr der Metastasierung, und wenn, dann Einsatz von gezielten lokalpalliativen Maßnahmen etc).

Auch gilt hier, daß man die Information stufenweise gibt (Möglichkeit - Verdacht - Gewißheit), indem man nicht alles sagt und dennoch nicht lügt. Die Lüge (auch die barmherzige) zerstört das Vertrauen im Keim.

Bezüglich 4.: Freilich gibt es Situationen, in denen das Aufdrängen der Krebsdiagnose sinnlos ist, weil z.B. eine andere konsumierende Erkrankung, hohes Alter oder/und Multimorbidität (chronische Herzinsuffizienz, schwere obstruktive Ventilationsstörung mit respiratorischer Insuffizienz, Nierenversagen, Leberversagen etc.) bestehen. Wenn sich in etwa absehen läßt, daß die Lebenserwartung von Seiten der malignen, inkurablen Erkrankung in der gleichen Größenordnung liegt wie die der übrigen Krankheiten, so ist das An-die-Nase-Binden der Krebsdiagnose mehr als strittig.

Bis jetzt wurde jener Idealfall des ärztlichen Gespräches dargelegt, der sich in vielen Fällen vielleicht nur ungenügend oder ansatzweise verwirklichen läßt, da er an ganz bestimmte Voraussetzungen betreffend der Schulung, Erfahrung, des Taktes und der inneren Bildung auf Seiten der Ärzte, an eine ebensolche Einstellung und psychische Belastbarkeit des Pflegepersonals und schließlich an eine Dialogbereitschaft des/der Kranken gebunden ist.

Der Umgang mit Krebspatienten hinsichtlich Aufklärung und Führung, sowie dies hier skizziert wurde, gehört in anderen Teilen der Welt keineswegs schon zum Allgemeingut.

In Japan beispielsweise ist es verpönt, die inkurablen Krebspatienten über die Diagnose aufzuklären. Dabei kommt dem Einspruchsrecht der Familie eine große Bedeutung zu, durch welches der Bevormundung der Betroffenen Tür und Tor geöffnet wird, ganz ähnlich unserem eigenen Verhalten noch vor nicht allzulanger Zeit. An der Showa-Universitätsklinik in Tokyo fiel auf, daß Patienten z.B. im Terminalstadium von Lungenkrebs beim Eintritt des Todes einer

fruchtlosen Reanimation unterzogen wurden. Man untersuchte die Handhabung der Do-not-resuscitate-Order (DNR). Dabei wurde festgestellt, daß nur 35% der Krebspatienten um die Diagnose wußten. Dem steht gegenüber, daß 60% der Bevölkerung in einer Befragung darauf Wert legten, sehr wohl informiert zu werden, um selbst mitentscheiden zu können. Andererseits wieder tendieren Japaner dazu, sich ihren Ärzten blindlings anzuvertrauen, wobei diese über die infauste Prognose oder die Frage der Wiederbelebungsversuche vornehmlich mit Angehörigen und Interessensvertretern der Patienten sprechen, nicht aber mit diesen selbst. Man führte nun über ein Jahr versuchsweise ein, in vermehrtem Maß die Patienten selbst einzubinden und erreichte dabei, daß die Wiederbelebungsversuche bei Lungenkrebspatienten von vorher 91% auf 40% gesenkt werden konnten. Die Autoren kommen zu dem Schluß, daß auch in ihrem Land die Einbindung der tödlich erkrankten Patienten in Entscheidungsprozesse äußerst wünschenswert sei und einer weiten Verbreitung bedürfe (FUKAURA ET AL, New Engl.J.Med. 1995, 33: 805-808).

Zum gegenständlichen Fall: Der Chirurg, der die infauste Prognose feststellt (Magencarcinom mit Lebermetastasen), beugt sich der Krebsangst der Patientin und entschließt sich zur barmherzigen Lüge. Diese wird mit kurzer Euphorie von Seiten der Patientin belohnt, doch stellt sich sehr bald Mißtrauen, Unsicherheit und schließlich Verzweiflung ein, als sie von einer doch möglichen Krebsdiagnose von anderer Seite erfährt. Dies ist für sie zweifellos jetzt schlimmer, als wenn die barmherzige Lüge nicht stattgefunden hätte. Nun setzt ein wahres Gefühls- und Entscheidungschaos ein, bedingt durch gegenläufige Interessen von Sohn, Lebensgefährten, Behandlungsteam und der Patientin selbst. Der Hausarzt übernimmt ebenfalls die unglücksselige Rolle des barmherzigen Lügners. Die große Diskrepanz zwischen Selbsteinschätzung und Arztlüge verursacht bei der Patientin eine greifliche emo-

tionale Krise, die zur Sedierung und letztlich drohenden Ausschaltung ihrer Persönlichkeit (Medikamentenkoma) führt.

In der Endphase der Erkrankung (definitives Aufklärungsgespräch, Ausräumung aller Beschönigungstendenzen) ist einerseits das natürliche Reagieren der Patientin bemerkenswert, bei der nach dem unvermeidbaren Schock die längst intuitiv erfaßte Wirklichkeit bestätigt wird. Das offene Gespräch über Diagnose, in-

fauste Prognose, Sterbebegleitung und Sterbevorbereitung durch einen Priester scheint in jener vertrauensvollen, psychologisch einwandfreien und liebevollen Atmosphäre schließlich doch stattgefunden zu haben, die man sich für das Erstgespräch so sehr gewünscht hätte.

Autor: Univ.Prof.Dr. Friedrich KUMMER, Vorstand der 2.Med.Ableitung des Wilhelminenspitals, A-1170 Wien, Montleartstraße 37

Kommentar zum Fall: „Aufklärung und Recht“

Maria EDER

1) Über die gesetzliche Regelung der Aufklärungspflicht des Arztes

Zur Wahrung des Persönlichkeitsrechtes bzw Selbstbestimmungsrechtes des Patienten darf jede ärztliche Behandlung nur mit dessen Einwilligung (Zustimmung) erfolgen. Die damit verbundenen einschlägigen Normen sind vor allem § 110 StGB, § 22 ÄG¹ und § 8 Abs 3 KAG². Fehlt die Einwilligung (Zustimmung) des Patienten oder dessen gesetzlichen Verteters verwirklicht der behandelnde Arzt den Straftatbestand der „eigenmächtigen Heilbehandlung nach § 110 StGB strafbedroht mit Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen³, fehlt die Zustimmung in einen medizinischen Eingriff (§ 22 ÄG, § 8 Abs 3 KAG), dann kann dies eine zivilrechtliche Haftung bzw verwaltungsstrafrechtliche Ahndung nach sich ziehen (§ 108 ÄG). Die Einholung der Zustimmung kann unterbleiben, wenn der damit verbundene Aufschub mit Lebensgefahr oder schwerer Gesundheitsgefährdung verbunden wäre.⁴

Das **Selbstbestimmungsrecht** der Patienten ist strafrechtlich durch § 110 StGB abgesichert. Den Tatbestand der eigenmächtigen Heilbehand-

lung nach § 110 StGB erfüllt, wer einen anderen **ohne dessen Einwilligung** behandelt. Der Begriff der **Heilbehandlung** ist im weitesten Sinne zu verstehen und umfaßt jede Behandlung zu „diagnostischen, therapeutischen, prophylaktischen oder schmerzlindernden Zwecken“⁵. So werden zB auch psychische Behandlungen⁶, Röntgenuntersuchungen oder Verabreichen von Medikamenten, nicht jedoch das Unterlassen einer Behandlung⁷ erfaßt.

Der Tatbestand des § 110 StGB entfällt, bei einer **rechtswirksamen Einwilligung** des Patienten in die Heilbehandlung⁸. Sie muß dem unbeflüßten Willen des Patienten entsprechen, wobei es auf die natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten ankommt, die bei Erwachsenen im Regelfall gegeben sein wird⁹. Die **Aufklärung Angehöriger** genügt bei volljährigen und mündigen Patienten niemals.¹⁰ Die Information muß grundsätzlich dem Patienten gegenüber gegeben werden, da nur dieser die Einwilligung wirksam aussprechen kann, eine ergänzende Information der Angehörigen kann geboten sein^{11,12}.

Die rechtswirksame Einwilligung setzt die entsprechende **Aufklärung** des Patienten durch