

Georg Marckmann  
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

# Gewinnen durch Verzicht? oder: Die Kunst des Unterlassens

10. Krebs-Informations-Tag München

Großhadern, 23. Juli 2011





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?



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 (Fürsorge-Perspektive)
  - Wille des Patienten
3. Bewertung 2: Wie können die Bedürfnisse Dritter berücksichtigt werden?
  - Familienmitglieder, andere Patienten, Gesellschaft
4. Synthese: Was ist die am besten begründete Entscheidung?
5. Kritische Reflexion



### Option 1 – Mehrfachchemotherapie

- Ansprechrates ca. 20-30%
- Kaum Heilungschancen, Lebensverlängerung möglich
- Stark reduzierte Lebensqualität durch Nebenwirkungen

⇒ Mehr Schaden als Nutzen?

### Option 2 – Monochemotherapie

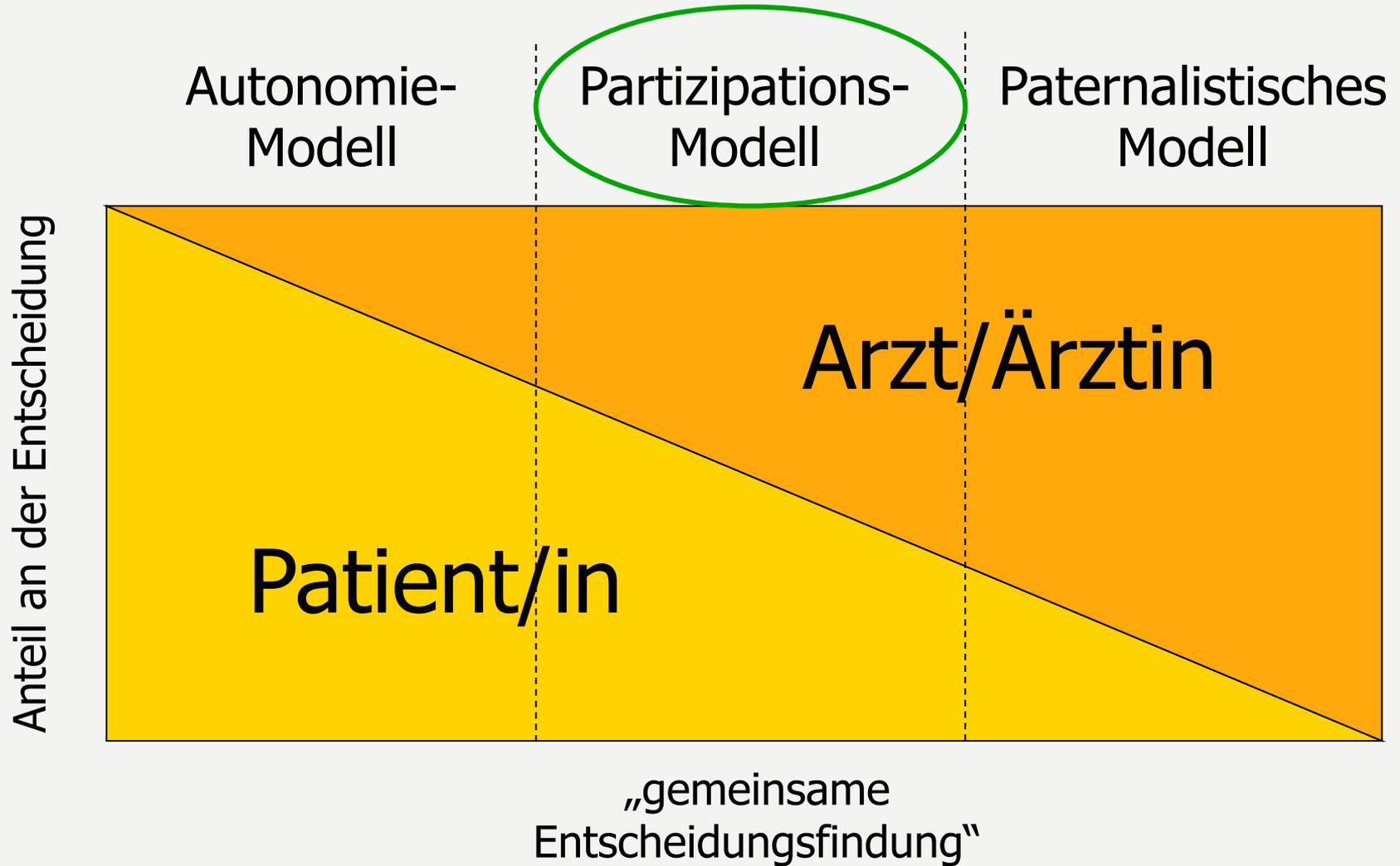
- Ansprechrates ca. 15% ⇒ geringe Erfolgsaussicht
- Keine Heilung, evtl. Lebensverlängerung
- Eingeschränkte Lebensqualität durch Nebenwirkungen

⇒ Rechtfertigt der Nutzen den Schaden?

### Option 3 – (Rein) symptomatische Behandlung

- Schmerztherapie, Symptomlinderung, Begleitung ....
- Tumorerkrankung bleibt unbeeinflusst, früherer Tod wahrscheinlich
- Bessere Lebensqualität, Vorbereitung auf den Tod möglich

⇒ Mehr Nutzen als Schaden?





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!



## 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



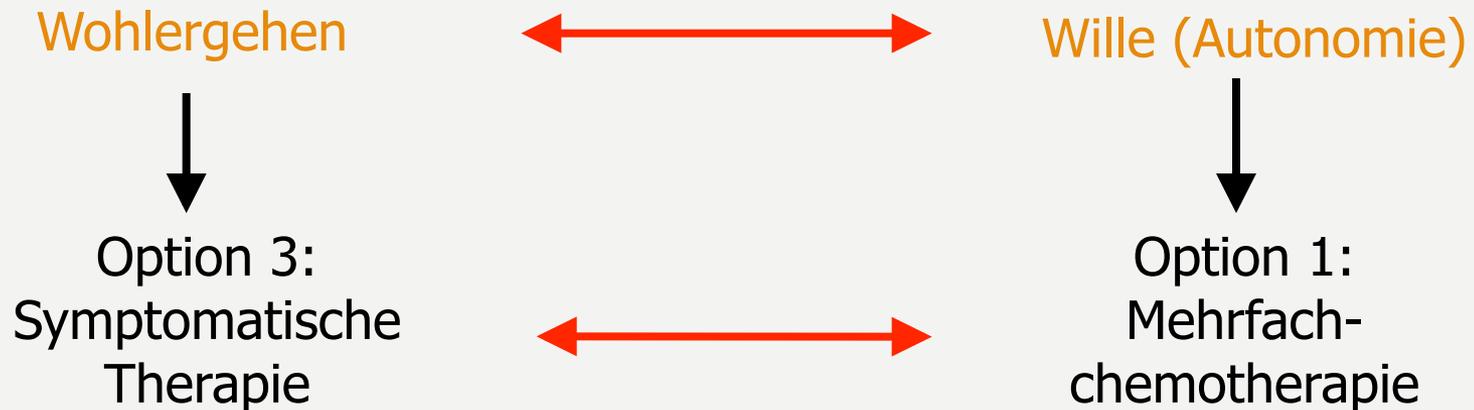
1. Analyse: Medizinische Aufarbeitung
  - Information über Patient (Diagnose etc.)
  - Behandlungsmöglichkeiten mit Chancen und Risiken
2. Bewertung 1: Welche Behandlungsmöglichkeit ist für den Patienten am besten?
  - **Wohlergehen des Patienten** (Fürsorge-Perspektive)
  - **Wille des Patienten**
3. Bewertung 2: Wie können die Bedürfnisse Dritter berücksichtigt werden?
  - Familienmitglieder, andere Patienten, Gesellschaft
4. Synthese: Was ist die am besten begründete Entscheidung?
5. Kritische Reflexion



Patient hat Hoffnung auf Heilung nicht aufgeben

→ wünscht eine „aggressiven Chemotherapie“ (Option 1)

Annahme: Wohlergehen = Lebensqualität erhalten



→ 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



- 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!**



Peter Noll (1926–1982)

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