

Frage 121 PDA bei Entbindung – Umgang mit initialer Ablehnung

Als Anästhesistin betreuen Sie eine Schwangere, die zur termingerechten Geburt im Kreissaal ist und schon unter starken Wehen steht. Die Voruntersuchung und Aufklärung zur Anästhesie für die Geburt fand schon vor drei Wochen statt. Dabei wurden keine Auffälligkeiten festgestellt. Sie haben sich auf die Methode der Periduralanästhesie zur Geburtserleichterung geeinigt, was Ihre Patientin auch so unterschrieben hat. Beim Vorbereiten der benötigten Utensilien für die peridurale Punktion sprechen Sie noch einmal den geplanten Ablauf durch. Die Patientin unterbricht Sie entsetzt und sagt: „Oh nein! Diese Nadel möchte ich nicht in meinem Rücken! Da bekomme ich ganz leicht eine Querschnittslähmung!“

Wie würden Sie am ehesten vorgehen?

(Bitte kreuzen Sie **eine oder mehrere** Antworten an!)

- (A) Sie lassen den Kindsvater dazu rufen, sodass er Ihre Patientin beruhigen kann und Sie die Maßnahme durchführen können.
- (B) Sie bitten Ihren Oberarzt die Maßnahme durchzuführen, da dieser mehr Erfahrung mit der Durchführung von PDAs hat.
- (C) Sie besprechen mit der Patientin die Alternative einer Sektio in Allgemeinanästhesie.
- (D) Sie schlagen der Patientin vor, gegebenenfalls später die PDA zu legen, wenn die Schmerzen zu stark werden.
- (E) Sie rufen Ihren Oberarzt dazu, um mit ihm zusammen die Patientin vom vorgesehenen Behandlungsplan zu überzeugen.
- (F) Sie beruhigen mit dem Hinweis, dass ein Querschnitt in den letzten fünf Jahren in Ihrem Krankenhaus nicht vorgekommen sei.
- (G) Sie gehen in einem Gespräch auf die neu aufgetretenen Bedenken ein und versuchen, sich mit der Patientin auf die Durchführung der PDA zu einigen.
- (H) Sie beziehen sich auf das Aufklärungsgespräch und die schriftliche Einwilligung, womit Sie sich schon auf die PDA geeinigt hatten.
- (I) Weiß nicht

Adäquate Antworten: D, G

Erläuterung

In diesem Fallbeispiel behandeln Sie eine Patientin, die nun - für Sie überraschend - doch eine bestimmte Behandlung ablehnt, auf die Sie sich eigentlich geeinigt hatten. Vorgespräche, Aufklärungsgespräche mit (größerem) zeitlichem Abstand zur Behandlung, dienen dazu, in einer entspannten Situation, in Ruhe, die Wünsche, den Willen der Patientin einerseits, andererseits die Möglichkeiten und Risiken, zu besprechen, um sich dann (im Sinne der partizipativen Entscheidung) auf ein Vorgehen zu einigen. Diese Einigung, selbst mit Unterschrift beider Seiten unter dem Aufklärungsbogen, hat aber für beide Seiten keinen rechtlich verpflichtenden Charakter zur Durchführung der Behandlung! Somit baut Antwort **(H)** auf rechtlich falschen Annahmen. Auch ist ein Behandlungsplan für die Patientin da, nicht die Patientin für den Behandlungsplan. Einen Oberarzt zu bitten, die Maßnahme durchzuführen **(B)**, löst das Problem der jetzt fehlenden Einwilligung natürlich auch nicht. Durch das Hinzuziehen des Oberarztes **(E)** könnte sich die Patienten gegenüber 2 „Gegnern“ bedrängt, eingeschüchtert und in Ihrer Autonomie missachtet fühlen. Wenn Sie mit der Situation überfordert sind, kann das Hinzuziehen eines einfühlsamen und erfahrenen, nicht rein paternalistisch handelnden Oberarztes jedoch auch eine Hilfe sein. Auch wenn durch ein frühzeitiges Gespräch gerade solche Zwangslagen der Entscheidungsfindung vermieden werden sollen, kommt es in der Praxis immer wieder vor, dass Ihre Patienten im entscheidenden Moment mit entsprechender körperlicher - und psychischer! - Belastung unsicher werden. Die Unsicherheit gründet sich dabei häufig gerade nicht auf das Bezugsobjekt, sondern fußt in einem existenziellen Gefühl der Überforderung und vielleicht selbst Bedrohung - hier die Geburt des Kindes. Vor diesem Hintergrund kommt es auch zu einer Neubewertung des Risikos der PDA. Dieser Verlust an Kontrolle durch die Geburt soll unbewusst kompensiert werden durch das Bestimmen von Vorgängen, auf die die Patientin sehr wohl Einfluss hat. Die PDA ist dabei also nur ein Bezugsobjekt, an dem die Patientin ihre Autonomie behaupten möchte - etwas, was oberflächlich gesehen leicht als hysterisch und irrational abgetan werden könnte.

Entsprechend muss für Sie an erster Stelle stehen, die Gründe für die Unsicherheit zu erörtern, um auf sie gezielt, ergebnisoffen, einzugehen. Auf diese Weise ermöglichen Sie der Patientin in der emotional belastenden Situation eine selbstbestimmte Entscheidung. Häufig lösen sich durch das gezielte Ansprechen und Anerkennen der Sorgen (etwa die emotionale Schwere der Geburt) schon einige Befürchtungen. Antwort **(G)** ist somit die präferierte Lösung.

In einigen der Antwortoptionen gehen Sie gerade nicht auf die eigentlichen Sorgen der Patientin ein, sondern versuchen Sie durch ‚rationale‘ Erklärungen zu überzeugen. Ihre Empathie sollte Ihnen zeigen, dass es der Patientin nicht an Fakten mangelt, sondern an emotionaler, existenzieller Sicherheit. Das Kleinreden der Gefahr **(F)**, ist hier nicht angebracht. Wenn Sie in eine ganz andere Handlungsoption flüchten, wie in **(C)**, ignorieren Sie die tatsächlichen Sorgen und würden, in diesem Fall, selbst eine risikoreichere Option anbieten, welche nicht mit den behandelnden Gynäkologen abgesprochen ist: ein fahrlässiges Vorgehen.

Mit Einbeziehung des Kindsvaters **(A)** nehmen Sie die Patientin nicht als Entscheidungspartnerin auf Augenhöhe wahr und missachten auch hier ihre Autonomie. Unter Umständen kann die Einbeziehung des Kindsvaters helfen, es liegt aber in der Entscheidung der Patientin, ob Sie den Kindsvater in dieser Situation als Unterstützung bei sich haben möchte oder nicht. Mit **(D)** schließlich gehen Sie auf den Wunsch der Patientin ein. Dies ist zwar prinzipiell möglich und bei Weigerung der Patientin auch die einzig mögliche Option, es sollte Ihnen aber bewusst sein, dass Sie rein medizinisch ein größeres Risiko eingehen, wenn Sie die PDA in der Hektik der Geburt legen müssen und nicht jetzt, in einer kontrollierten Situation. Sie sollten vorher auf jeden Fall noch einmal versuchen, mit der Patientin zu reden.

Quellen

Allgemein zur Patientenautonomie und dem medizinischen Paternalismus aus medizinethischer Sicht:

Schöne-Seifert, Grundlagen der Medizinethik, Stuttgart 2007, S. 39-55.

Frage 122 Neonatologie Zeugen Jehovas

Sie arbeiten als Assistenzarzt in der Neonatologie eines städtischen Krankenhauses. Der kleine Benjamin hat zu hohe Bilirubinspiegel, die sich nach bisherigen Therapieversuchen durch Fototherapie nicht verbessert haben. Es soll ein Blutaustausch durchgeführt werden, damit kein neurotoxischer Kernikterus entsteht, welcher schwere neurologische Schäden verursachen kann. Der Oberarzt schickt Sie, um die Eltern über das weitere Vorgehen aufzuklären.

Nachdem diese ihren Ausführungen aufmerksam zugehört haben, schütteln sie den Kopf: Die Eltern sind Zeugen Jehovas und lehnen eine Fremdblutgabe ab.

Welches weitere Vorgehen halten Sie für angemessen?
(Bitte kreuzen Sie **eine oder mehrere** Antworten an!)

- (A) Ich ziehe den Oberarzt hinzu und versuche mit seiner Hilfe, die Eltern von der Notwendigkeit des Austausches zu überzeugen.
- (B) Da das Kind ohne die Behandlung schwere gesundheitliche Schäden davontragen könnte, zeige ich die Eltern wegen Kindesmisshandlung an.
- (C) Ich teile den Eltern mit, dass der Austausch vom Oberarzt angeordnet wurde und sie ihn kontaktieren können.
- (D) Ich verständige das Jugendamt und lasse den Eltern das Sorgerecht vorübergehend entziehen, um den Eingriff durchzuführen.
- (E) Ich verschiebe den Austausch, um den Eltern Bedenkzeit einzuräumen und versuche sie in dieser Zeit in Richtung des Eingriffes zu beraten.
- (F) Ich weise das Pflegepersonal an, alles für den Austausch Nötige bereit zu halten und passe eine günstige Gelegenheit ab, während die Eltern nicht anwesend sind und führe den Eingriff durch.
- (G) Ich versuche, Informationen über den offiziellen Standpunkt der Zeugen Jehovas einzuholen und suche nach Präzedenzfällen.
- (H) Ich schalte die Klinikverwaltung und den Chefarzt ein, um einen offiziell abgesicherten Weg zu finden, den Austausch durchführen zu können.
- (I) Weiß nicht

Adäquate Antworten: A, D, G

Erläuterung

In der beschriebenen Situation müssen Sie geschickt Ihren Rollen als Kommunikator, professionell Handelnder und Teammitglied gerecht werden.

Als ersten, richtigen Schritt sollten Sie nochmals mit den Eltern reden **(A)**. Häufig ist ein weiteres, informierendes Gespräch bereits zielführend. Eine Begleitung durch den Oberarzt kann die Ernsthaftigkeit der Situation und Ihres Anliegens unterstreichen. Um den Eltern den Druck zu nehmen, dem sie sich möglicherweise seitens der Gemeindemitglieder ausgesetzt sehen, sollten diese auf die Möglichkeit hingewiesen werden, die Transfusion vertraulich durchzuführen, ohne dass weitere Angehörige oder die Gemeindemitglieder hiervon erfahren.

Grundsätzlich besteht auch die Möglichkeit, sich z.B. im Internet zu informieren, wie sich eine Religionsgemeinschaft zu solchen Situationen positioniert **(G)** [1]. Es gibt auch Ethikleitlinien für die transfusionsmedizinische Behandlung von Zeugen Jehovas [2]. So haben Sie die Möglichkeit, eine breitere Informationsbasis und ggf. zusätzlichen Rückhalt für ihr weiteres Handeln zu schaffen.

Da die medizinische Situation ernsthaft ist, können Sie den Eltern für den Eingriff vorübergehend das Sorgerecht entziehen **(D)**. Dies sollte jedoch erst nach einem weiteren Gespräch mit ihnen stattfinden, da es Konsequenzen für das Behandlungsverhältnis sowie das Eltern-Kind-Verhältnis haben kann.

(B) ist eine sehr ungünstige Handlungsoption, da den Eltern zum einen keine "böse Absicht" anzulasten ist (sie handeln nach ihrer religiösen Überzeugung) und zum anderen weniger eskalierende Möglichkeiten die Situation potenziell auflösen können.

Bei **(C)** klinken Sie sich als direkter Ansprechpartner für die Eltern aus und schieben den Konflikt dem Oberarzt zu. Außerdem zeigen Sie eine sehr autoritäre Haltung gegenüber den Eltern.

Für das Kind ist ein möglichst zügiges Handeln angezeigt, da es medizinisch in einer ernsthaften Situation ist **(E)**.

(F) ist ethisch nicht vertretbar und kann juristisch schwerwiegende Folgen haben.

(H) ist zwar nicht ganz falsch, sollte jedoch nach der Informationssuche durch Sie und weiteren Gesprächsversuchen stehen.

Quellen

[1] Die 'Advocates for Jehovah's Witness Reform on Blood' (<http://ajwrb.org>) ist eine Gruppierung innerhalb der Zeugen Jehovas, die sich für eine Reform und einen differenzierten Umgang mit der Frage der Zulässigkeit von Bluttransfusionen einsetzt.

[2] Eine Sammlung relevanter Leitlinien u.a. zu diesem Thema findet sich auf dem Internetportal 'Ethikkomitee.de' (<http://www.ethikkomitee.de/leitlinien/index.html>)

Frage 123 Alleinstehender Patient, 70, wohnt auf dem Land

Ein alleinstehender 70-jähriger Patient kommt zur Kontrolle seines schon seit längerem bestehenden Typ II Diabetes mellitus in Ihre Hausarztpraxis. Es bestehen gelegentliche TIAs* sowie eine leichte Polyneuropathie, welche sich durch Sensibilitätsstörungen an den Extremitäten bemerkbar macht.

Aufgrund der Gesamtsituation halten sie den Patienten nicht für hinreichend fahrgeeignet. Der Patient wohnt auf dem Land und ist im Alltag auf sein Auto angewiesen. Er lässt klar erkennen, dass er auf sein Auto nicht verzichten will und wird.

* TIA (Transitorische Ischämische Attacke): Kurzfristige neurologische Ausfallerscheinung aufgrund einer Minderperfusion von Teilen des ZNS, die sich innerhalb von max. 24h komplett zurückbildet.

Wie gehen Sie im Hinblick auf Ihre Verantwortung gegenüber dem Patienten und einer potentiellen Eigen- und Fremdgefährdung im Straßenverkehr weiter vor?
(Bitte kreuzen Sie **eine oder mehrere** Antworten an!)

- (A) Um Ihre Einschätzung der fehlenden Fahreignung zu bestätigen, veranlassen Sie einen Termin beim neurologischen Facharzt zur weiteren Einschätzung der Fahreignung.
- (B) Sie versuchen aufgrund der potentiellen Straßenverkehrsgefährdung, den Patienten zu einem Fahrverzicht zu bewegen.
- (C) Sie informieren die Polizei, um einen sofortigen Führerscheinentzug zu erreichen.
- (D) Sie machen für den Patienten einen Termin zur Fahreignungsprüfung aus.
- (E) Sie empfehlen dem Patienten, seine Einschränkung an die Fahrerlaubnisbehörde zu melden.
- (F) In Anbetracht der Lebensumstände des Patienten gehen Sie nicht näher auf das Thema ein.
- (G) Sie klären den Patienten über seine derzeitig fehlende Fahreignung auf und dokumentieren dies in der Krankenakte.
- (H) Da auf dem Land eine geringere Gefahr für die Allgemeinheit besteht, bitten Sie den Patienten einfach, in Zukunft sehr vorsichtig zu fahren.
- (I) Sie bitten die Nachbarn des Patienten, in bei seinen Fahrten zu unterstützen und darauf einzuwirken, dass dieser weniger fährt.
- (J) Sie weisen den Patienten darauf hin, dass Sie selbst die Möglichkeit einer Meldung an die Fahrerlaubnisbehörde haben, wenn er fortgesetzt uneinsichtig ist und alle mildereren Mittel ausgeschöpft sind.
- (K) Weiß nicht

Adäquate Antworten: B, E, G, J

Erläuterung

(A) Da ein Neurologe nur die Polyneuropathie besser einschätzen kann und den Patienten sonst nicht kennt, kann dieser die Fahreignung nicht besser abschätzen als Sie selbst.

(B) Da Sie den Patienten derzeit für fahrungseignet halten, sollten Sie ihm dies erklären und ihm einen zeitweiligen Fahrverzicht nahelegen. Hiermit ermöglichen Sie dem Patienten eine vernünftige und selbstbestimmte Entscheidung zu Gunsten seiner eigenen und der Sicherheit seiner Mitmenschen. Möglicherweise kann nach erfolgreicher Behandlung wieder eine Fahreignung bestehen.

(C) Für die derzeitig nur potentielle Gefährdung ist die Polizei nicht der geeignete Ansprechpartner.

(D) Die Veranlassung einer Fahreignungsprüfung (z.B. durch ein ärztliches Gutachten) ist Aufgabe der Fahrerlaubnisbehörde.

(E) Aufgrund der Schweigepflicht sollte der Arzt zunächst versuchen, dass der Patient die erforderlichen Konsequenzen selbst zieht, wie z.B. die Meldung der Krankheit an die Fahrerlaubnisbehörde, diese kann dann ein Gutachten anfordern. (§315c StGB)

(F) Nichts tun ist keine Option. Sollte der Patient einen schweren, eventuell sogar tödlichen Verkehrsunfall verursachen, kann der Arzt zivilrechtlich (z.B. Schmerzensgeld) und sogar strafrechtlich haften.

(G) Sie sind verpflichtet den Patienten aufzuklären (sogenannte Risikoaufklärung) und sollten dies auch unbedingt in der Krankenakte dokumentieren (eventuell sogar vor Zeugen). Dies ist auch zur eigenen Absicherung des Arztes erforderlich.

(H) Die Fahreignung ist nicht in Abhängigkeit von der Umgebung zusehen.

(I) Da Sie der Schweigepflicht unterstehen dürfen Sie diese nicht gegenüber dem Nachbarn brechen.

(J) Als Arzt kann man solche Maßnahmen einleiten, was man dem Patienten auch ankündigen kann. Eine Meldung dürfen Sie nur im Sinne des rechtfertigenden Notstandes §34 Strafgesetzbuch erstatten, Sie sind dazu jedoch nicht verpflichtet. Eine solche Meldung darf erst dann erfolgen, wenn der Patient trotz eindringlicher Aufklärung die erforderlichen Konsequenzen nicht selbst zieht und die Gefährdung für die Allgemeinheit (Straßenverkehr) nicht anders abgewendet werden kann.

Quellen

Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung, Bundesanstalt für Straßenwesen, Bergisch Gladbach, gültig ab 01. Mai 2014

Fahrerlaubnisverordnung (FeV)

Lehrbuch: Verkehrsmedizin: Fahreignung, Fahrsicherheit, Unfallrekonstruktion
(Herausgeber: Madea, Musshoff, Berghaus, Deutscher Ärzteverlag 2012)

Lehrbuch: Praxis der Rechtsmedizin (Herausgeber: Madea, 2. Auflage, Springer-Verlag 2007)

Frage 124 Sexuelle Belästigung durch Patienten

Sie sind Arzt/Ärztin auf einer internistischen Station. Ein(e) 60-jährige(r) Patient/in hat bei körperlichen Untersuchungen mehrfach die Gelegenheit genutzt, Ihnen einen Klaps auf den Hintern zu geben. Sie fühlen sich sexuell belästigt und der Umgang mit dem Patient/in ist Ihnen zunehmend unangenehm.

Welche der folgenden Handlungsoptionen erscheint Ihnen am günstigsten?
(Bitte kreuzen Sie **eine oder mehrere** Antworten an!)

- (A) Sie bitten Ihren Kollegen, zukünftig die Visite bei dem Patienten durchzuführen.
- (B) Sie verlangen ein Mediationsgespräch mit der Ethikkommission Ihres Hauses.
- (C) Sie bitten den psychologischen Dienst um Rat.
- (D) Sie weisen den Patienten höflich aber bestimmt darauf hin, dass Sie sich belästigt fühlen und bitten ihn, dieses Verhalten in Zukunft zu unterlassen.
- (E) Sie verbitten sich das Verhalten und sagen dem Patienten, dass Sie ihn ansonsten wegen eines gestörten Arzt-Patienten Verhältnisses in Zukunft nicht mehr behandeln werden.
- (F) Sie verlegen den Patienten auf eine andere Station.
- (G) Sie beschränken den Kontakt mit dem Patienten auf ein Minimum und vermeiden körperlichen Kontakt.
- (H) Ich spreche das Problem bei den Angehörigen an und bitte diese mit dem Patienten darüber zu sprechen.
- (I) Weiß nicht

Adäquate Antwort: D

Erläuterung

Die eindeutig beste Handlungsoption stellt die offene Kommunikation Ihres Standpunktes dar **(D)**. Es ist nicht sicher, dass dem Patienten bewusst ist, dass Sie an dem Verhalten Anstoß nehmen. Sie sollten zudem möglichst frühzeitig auf das unerwünschte Verhalten des Patienten reagieren, da es nach wiederholten Zwischenfällen für Sie weitaus schwieriger werden könnte, von dem Patienten den nötigen Respekt einzufordern, was sich wiederum eskalierend auf die Situation auswirken könnte.

(A) ist als primäre Handlungsoption ungünstig, da Ihre Kollegen ihre eigene Arbeitslast bewältigen müssen. Außerdem ist es wichtig, dass Sie für sich selbst eintreten und unangenehme Situationen nicht durch Vermeiden vermeintlich lösen.

(B) bezieht sich auf eine (nicht zuständige) Instanz. Sie tragen das Problem so bereits auf eine höhere Ebene, ohne es selbstständig angegangen zu haben.

Da kein primär psychologisches Problem vorliegt, ist **(C)** nicht angezeigt. Der psychologische Dienst ist für psychische Komorbiditäten zuständig.

(E) ist ähnlich zur richtigen Antwortoption. Sie sprechen das Problem zwar an, jedoch drohen Sie gleichzeitig und wirken somit eskalierend auf die Situation.

(F) ist vergleichbar ungünstig wie das Abschieben an einen Kollegen. Die Verlegung stellt nur in speziellen Situationen (z.B. ein Nachstellen durch den Patienten oder wenn dieser sein Verhalten trotz ihrem Hinweis darauf nicht ändert) eine sinnvolle Überlegung dar. Gleichzeitig sollte aber in diesem Fall sehr wohl der psychologische Dienst hinzugezogen werden, da das promiskue Verhalten des Patienten abgeklärt werden sollte.

(G) widerspricht Ihrer Rolle als behandelnder Arzt. Wegen einem lösbaren Konflikt die Qualität oder Verfügbarkeit der medizinischen Versorgung zu reduzieren ist problematisch.

(H) trägt den Konflikt an eine dritte Partei, die zudem dem Patienten nahe steht. Dies kann sowohl für den Patienten als auch für Sie eine Eskalation verursachen.

Quellen

Das Thema der sexuellen Belästigung durch Patienten wurde bisher vor allem im Rahmen der Pflegeethik behandelt. So hat u.a. der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner eine Broschüre zum Thema der sexuellen Belästigung herausgegeben:

http://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/service/online_shop/publikationen/de/docs/03_18_Leitfaden_Sexuelle_Belaestigung_d.pdf

Allgemeine rechtliche Informationen zum Thema Sexuelle Belästigung:

Das ‚Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz‘ (AGG):

<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/agg/gesamt.pdf>

Information des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend zum Thema ‚Sexuelle Belästigung‘:

<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/gleichstellung,did=81062.html>

Frage 125 Behandlungskomplikation Mamma-Chirurgie Implantat

Sie sind Oberärztin in der gynäkologischen Klinik und verantwortlich für die Mamma-Ambulanz. Eine 37-jährige, gereizte Patientin kommt zu Ihnen in die Spezialsprechstunde. Sie hatten die Patientin vor fünf Wochen wegen eines Mamma-Karzinoms onkoplastisch operiert und, wie vereinbart, den Defekt durch ein anatomisches Implantat wieder aufgebaut. Der Wundheilungsvorgang verlief ohne Probleme. Die Patientin beklagt nun eine große Vorwölbung und Deformierung der Brust, was ihr sehr Sorgen bereite und sie wütend mache. Die Veränderung sei über Nacht entstanden. Bei der Untersuchung bestätigt sich zu Ihrem Erstaunen der Verdacht, dass sich das Implantat ‚auf den Kopf‘ gedreht haben muss.

Wie gehen Sie am ehesten vor?

(Bitte kreuzen Sie **eine oder mehrere** Antworten an!)

- (A) Da es wahrscheinlich ein Operationsfehler Ihrerseits war, möchten Sie ihn selbst wieder gut machen und bieten einen kurzfristigen Vorzugstermin zur OP an.
- (B) Da Sie bei Ihrer Patientin nun fürchten, auch bei einer weiteren OP wieder Komplikationen zu bekommen, verweisen Sie sie an einen guten Kollegen.
- (C) Da Sie um das Vertrauen der Patientin fürchten, führen Sie ein offenes Gespräch mit ihr und bieten an, sie selbst weiter zu behandeln, lassen es ihr aber auch explizit offen, sich einen anderen Chirurgen zu suchen.
- (D) Da es sich um eine hauptsächlich ästhetische Komplikation handelt, über die im Allgemeinen auch aufgeklärt wurde, bieten Sie nach Beruhigung einen mittelfristigen OP-Termin an.
- (E) Da Sie mit juristischen Klagen rechnen müssen, verweisen Sie die Patientin an ein anderes Mamma-Zentrum und informieren nach Dokumentation die Rechtsabteilung.
- (F) Da Sie den Verdacht auf Manipulation haben, weisen Sie jede Schuld von sich und bieten einen Termin zur Revisions-OP zu einem mittelfristigen Zeitpunkt an.
- (G) Da Sie nach den verbalen Anklagen keine Grundlage für eine weitere Zusammenarbeit sehen, bitten Sie Ihren Kollegen im Krankenhaus, die Patientin zu übernehmen.
- (H) Weiß nicht

Adäquate Antwort: C

Erläuterung

Die Situation beschreibt eine nicht lebensbedrohliche, chirurgische Behandlungskomplikation, die für die Patientin eine starke emotionale Belastung darstellt. Hier ist ein sehr sensibles, professionelles Vorgehen gefragt, um der Patientin fachlich-medizinisch, wie auch emotional gerecht zu werden. Dass die Patientin autonom und angemessen entscheiden kann, muss an erster Stelle eine Aufklärung über die Komplikation und deren Bedeutung für die weitere Behandlung stehen: Sie informieren darüber, dass es sich um eine Komplikation und keinen ärztlichen Behandlungsfehler handelt, wie hoch die Wahrscheinlichkeit für diese Komplikation bei dem anatomischen Implantat war, welche Behandlungsmöglichkeiten (z.B. Re-OP mit konventionellem Implantat) es gibt und ggf. wie hoch die Rezidivrate nach einer weiteren OP ist.

Im Sinne der Fürsorge (Beneficence) für die Patientin sollten Sie ihr baldmöglichst eine weitere Behandlung ermöglichen, was in diesem Fall die Revisions-OP ist. Fragen der Schuldzuweisung dürfen für diese Entscheidung des Behandlungsziels keine Rolle spielen. Dies wird in Antwort **(F)** suggeriert, was Sie erkennen sollten um unbewusste ‚Sanktionen‘ (späterer OP-Termin) zu vermeiden.

Von wem die Patientin weiter behandelt wird, ob durch Sie oder einen anderen Arzt, hängt vom gegenseitigen Vertrauen ab.

Die Patientin ist in der Fallbeschreibung naturgemäß nachvollziehbar sehr aufgebracht und verunsichert. Dies heißt aber nicht, dass das Vertrauen zu Ihnen als behandelnde Ärztin per se verloren ist – hier ist Ihr empathisches, offenes Vorgehen gefragt. Die Emotionen wie in Antwort **(D)** zu ignorieren, zerstört das Vertrauen. Hinzu kommt, dass das plastische/ästhetische Resultat sehr wohl, wenn möglich, gleichrangiges Behandlungsziel zum onkologischen ist.

Antwort **(G)** wäre vorschnell, Sie verkennen die aktuellen Emotionen als persönlichen Angriff. Genauso haben Sie in dieser Situation noch keinen Grund vom Szenario in Antwort **(E)** auszugehen.

In Antwort **(A)** bieten Sie zwar eine rasche Wiedergutmachung an, nehmen der Patientin jedoch die Entscheidung, sich lieber an einen anderen Kollegen zu wenden. Auch bedeutet diese Antwort schon fast ein Schuldeingeständnis, was zu diesem Zeitpunkt nicht notwendig ist und auch das Vertrauensverhältnis eher belasten könnte. Andererseits, in Bezug auf Antwort **(B)**, wenn Sie eine kompetente Chirurgin sind, sollten Sie der Patientin auch die weitere Behandlung durch Sie selber anbieten. Sie wollen nicht den Eindruck der Stümperin hinterlassen, die lieber gleich die Finger von der OP hätte lassen sollen. (Falls Sie doch zu unerfahren sind, wäre dies aber die aufrichtige Antwort der Wahl!)

Mit der präferierten Antwort **(C)** schließlich lassen Sie der Patientin die Wahl, durch wen sie weiterbehandelt werden möchte. Idealerweise schlagen Sie ihr noch gute Kollegen vor. Dies anzubieten könnte auch das Vertrauen in Sie stärken, da Sie zeigen, dass Sie mit möglichen Komplikationen offen umgehen und die Beschwerden der Patientin ernst nehmen.

Frage 126 Umgang mit ausfälligem Patienten

Sie haben als junge/r Arzt/Ärztin gerade auf die Hämato-Onkologische Abteilung gewechselt. Ein Patient in einem Vierbettzimmer hat eine äußerst rasch voranschreitende Leukämie im terminalen Stadium. Sie wollen ihm und seinen Angehörigen für seine letzten Stunden ein Einzelzimmer ermöglichen. Das Einzelzimmer ist jedoch von einer Patientin belegt, die aus rein medizinischer Sicht aber auch im Vierbettzimmer sein könnte. Diese Patientin bitten Sie, vom Einzelzimmer ins Vierbettzimmer umzuziehen. Sie reagiert darauf emotional aufgebracht. Bereits in den Tagen zuvor hatte sie sich über die „miserable Betreuung“ beklagt. Das sei ihr jetzt „zu viel“. Entweder sie könne in dem Einzelzimmer bleiben, oder sie ginge gleich nach Hause. Sie schimpft über das Krankenhaus und droht mit dem Anwalt.

Wie gehen Sie am ehesten vor?

(Bitte kreuzen Sie **eine oder mehrere** Antworten an!)

- (A) Sie sagen der Patientin ruhig, aber deutlich, dass dieses respektlose Verhalten nicht geduldet werden könne und lassen die Patientin gegen ärztlichen Rat gehen, was Sie so dokumentieren.
- (B) Sie äußern gegenüber der Patientin einfühlsam Verständnis für ihre schwierige Situation, werben aber um eine partnerschaftliche Lösung in Bezug auf einen Zimmerwechsel.
- (C) Sie stellen die beiden Patienten einander vor und versuchen dadurch die Patientin von der Notwendigkeit des Zimmertausches zu überzeugen.
- (D) Sie entschuldigen sich bei dem Patienten im Mehrbettzimmer, dass Sie nicht mehr bewirken können und lassen noch mobile Trennwände in das Zimmer bringen.
- (E) Sie versuchen auf den Nachbarstationen mithilfe der Pflegedienstleitung ein Einzelzimmer für Ihren Patienten zu organisieren.
- (F) Sie appellieren an das Mitgefühl der Patientin, indem Sie ihr die Brisanz der Situation und die ausweglose Lage des schwerkranken Patienten erklären.
- (G) Sie bitten den Oberarzt, dass er, oder ein anderer Assistent, die Patientin übernehme, da Sie keine Grundlage für eine weitere Behandlungszusammenarbeit mit ihr sehen.
- (H) Sie lassen die liegende Patientin und ihre Utensilien von den Pflegern in das andere Zimmer bringen, mit dem bestimmten Hinweis, dass sie im „Krankenhaus, nicht im Hotel“ sei.
- (I) Weiß nicht

Adäquate Antworten: B, D, E

Erläuterung

Schwere Erkrankungen können enormen psychischen Stress für Patienten und ihre Angehörigen bedeuten, weshalb man den Patienten als betreuender Arzt mit besonderer Nachsicht und Einfühlung begegnen sollte, gerade auch um emotional eskalierte Situationen, wie im Fall beschrieben, zu vermeiden.

Die Bitte um Zimmerwechsel fordert die Patientin in dieser Situation enorm heraus, da sie unfair wirkt: Ihre Bedürfnisse werden denen des terminal kranken Patienten nachgestellt. Dem kann nur entgegengewirkt werden, indem die Problemlage offen angesprochen wird, z. B. mit einem Satz wie: „Ich weiß, dass das jetzt eine große Zumutung für Sie bedeutet und ich mich in ihrer Situation im Einzelzimmer auch viel wohler fühlen würde.“ Entsprechend sollten Sie nachfragen, was Sie tun könnten, sodass sich die Patientin in einem Mehrbettzimmer doch wohlfühlen würde, um auch auf Sie einzugehen. Fühlt sich die Patientin respektiert, wird sie eher bereit sein, die Bitte zu erfüllen.

Auch sollte man seine eigenen emotionalen Herausforderungen und Möglichkeiten als Arzt wahrnehmen: Der Arzt ist in diesem Szenario in einer schwierigen Situation, weil er einerseits dem terminalen Patienten zumindest etwas Privatheit verschaffen möchte (wenn schon keine Heilung möglich ist, was unbewusst auch oft als persönliches Versagen wahrgenommen wird). Auch ist der Arzt noch recht unerfahren, er ist ja erst kürzlich auf die Station gewechselt, und durch die Konfrontation mit sterbenden und schwerkranken Menschen sicherlich auch emotional belastet. Die Situation des terminalen Patienten vor Augen, übersieht er gegebenenfalls die relativ geringer scheinende Bedürftigkeit und die Belastungen der Patientin im Einzelzimmer.

Entsprechend egoistisch wirkt die Reaktion der Patientin im Einzelzimmer auf Sie als Arzt, was für Sie schwer auszuhalten ist. Als Arzt sollten Sie diese Gefühle respektieren, sie ihr nicht vorwerfen, sondern ansprechen und auf sie eingehen (verbalisieren). Hier empfiehlt sich beispielsweise ein Vorgehen nach dem CALM-Modell. Antwort **(B)** stellt ein Vorgehen in diesem Sinne vor und wäre hier, wenn möglich, eine gute Lösung.

Den Oberarzt, wie in Antwort **(G)**, um Unterstützung bei der Problemlösung zu bitten ist grundsätzlich eine gute Möglichkeit, auch weil sich die Patientin durch das Hinzuziehen eines weiteren Arztes mit ihrem Problem wertgeschätzt fühlt. Die Zuständigkeit für den Patienten wegen fehlender Vertrauensbasis jedoch zu delegieren, weist auf ein unprofessionelles Handeln hin: der Arzt fühlt sich von der Patientin persönlich angegriffen. Ein Vorgehen nach dem CALM-Modell könnte das verhindern.

Ein Vorgehen nach Antwort **(A)** sollten Sie unbedingt vermeiden: der Arzt zeigt kein Verständnis für die Situation der Patientin, lässt sie fallen und bewirkt eine Eskalation. Auch wenn in anderen Situationen Patienten in ihrem Verhalten klare Grenzen gezogen werden sollten, ist dies hier nicht angebracht. Auf einen höflichen Umgang dürfen – und sollten – Sie aber bestehen. ‚Härte zeigen‘, die Patientin gegen ihren Willen in das andere Zimmer zu verfrachten, wie in Antwort **(H)**, ist eine starke Bevormundung und bricht weiteres Vertrauen in Sie und das Krankenhaus. Ein Nachgeben wie in Antwort **(D)**, etwa aus Scheu

vor der emotionalen Schwere und der Konfrontation mit der Patientin, würde zu Lasten des schwerkranken Patienten und seiner Familie gehen. Diese Option wäre jedoch angebracht, wenn alle anderen Möglichkeiten gescheitert sind, wie ein Gesprächsversuch mit der Patientin. Pragmatisch und effektiv kümmern Sie sich mit Antwort **(E)** um den Patienten. Wenn dies möglich ist, wäre es gerade in dieser Situation ein sehr gutes Vorgehen, da Sie so auch der Patientin ein Entgegenkommen zeigen. Überzeugungsversuche mittels persönlicher Details, entsprechend Antwort **(F)**, oder gar das persönliche Vorstellen der Patienten, wie in Antwort **(C)**, verletzen klar Persönlichkeitsrechte (Datenschutz) und sind zudem unfair und unangebracht, da sie den emotionalen Druck auf die Patientin erhöhen und ihr eigenes Leid anzweifeln bzw. relativieren.

Frage 127 Kritik von Patient über Kollegen – wie weitergeben?

Sie sind als junge Assistenzärztin in der Kardiologie eingeteilt. Als Sie mit einem älteren, geistig fitten Patienten, Herrn Schmidt, die Details für die anstehende Untersuchung durchgehen, beklagt dieser sich deutlich über Ihren Kollegen Dr. Trump, einen Assistenten im letzten Weiterbildungsjahr, der sich auch Ihnen gegenüber sehr rüpelhaft und unhöflich verhalten hat. Herr Schmidt eröffnet Ihnen, dass er sich bei Dr. Trump „überhaupt nicht wohl fühle“, glaube, nicht ernst genommen zu werden weil dieser „nie auf Fragen eingehe“ und ihn als „senilen alter Herrn abstempele“. Er bittet Sie, fortan nicht mehr von dem Kollegen behandelt zu werden. Sie machen Herrn Schmidt darauf aufmerksam, dass die Ärzte sich in der Behandlung, Visite und den Untersuchungen abwechseln, und dass die anstehende Untersuchung eigentlich durch Dr. Trump durchgeführt werden sollte. Daraufhin möchte Herr Schmidt die Einwilligung zurückziehen, lässt sich aber doch noch auf die Untersuchung ein, als Sie anbieten, mit Dr. Trump zu sprechen.

Wie gehen Sie am ehesten vor?

(Bitte kreuzen Sie **eine oder mehrere** Antworten an!)

- (A) Sie sprechen Ihren Kollegen Dr. Trump direkt auf die Klagen von Herrn Schmidt an; Ihre eigene Kritik an ihm lassen Sie außen vor, um Ihr Verhältnis nicht zu belasten.
- (B) Sie konfrontieren Ihren Kollegen Dr. Trump mit „Klagen über ihn“ und sprechen auch Ihre eigene Kritik an seinem zwischenmenschlichen Umgang an.
- (C) Sie berichten Ihrem Oberarzt über die Kritik von Herrn Schmidt an Dr. Trump und bitten ihn darum, mit dem Kollegen zu sprechen.
- (D) Sie fragen Herrn Schmidt, was sie konkret mit Dr. Trump besprechen sollen und ob sie seinen Namen dabei nennen sollen, weisen aber auch auf ihre eigenen Grenzen hin.
- (E) Sie lassen die Angelegenheit auf sich beruhen, da der Patient nun untersucht und bald entlassen wird, auch um eine Eskalation mit Dr. Trump zu vermeiden.
- (F) Sie erkundigen sich bei Ihren anderen Kollegen, ob sie das Verhalten von Dr. Trump ähnlich wie sie sehen, um gegebenenfalls eine Beschwerde beim Chef einzureichen.
- (G) Sie bitten Ihren Kollegen des Vertrauens um Beistand, um Dr. Trump gemeinsam auf die Kritik „von Patienten und Kollegen“ anzusprechen.
- (H) Sie bieten Ihrem Kollegen Dr. Trump direkt Rückmeldung über sein Verhalten an, so wie Sie es wahrnehmen, ohne dabei auf die Klagen von Herrn Schmidt einzugehen.
- (I) Weiß nicht

Adäquate Antworten: D, H

Erläuterung

Bei dieser Frage handelt es sich darum, wie Sie Ihrem Kollegen Dr. Trump am besten und zielführend Feedback geben. Jeder scheut sich vor der direkten Rede oder Aussprache, aus Angst den anderen zu verletzen oder zu provozieren. Dabei sind die Kollegen häufig um eine wohlgemeinte, offene Rückmeldung aus Ihrer Sicht dankbar. Da es sich meistens um ein längerfristiges Problem handelt, ist eine Vermeidung der Konfrontation wie in Antwort **(E)** feige, wenn nicht unaufrichtig dem Patienten gegenüber, sollte also keine Option sein.

Bei der Feedbackgabe ist es generell sinnvoll nach den allgemeinen Feedbackregeln vorzugehen. Im Feedback sollten Sie sich auf eine konkrete Situation beziehen, ein konkretes Verhalten beschreiben und erörtern, wie das Verhalten auf Sie gewirkt hat (konkretes Verhalten – persönlicher Eindruck). Dabei sollten Sie positive und kritische Aspekte berücksichtigen und mit einem konkreten Verbesserungsvorschlag schließen.

Leider lässt sich die in dieser Frage die Ärztin vom Patienten instrumentalisieren. Besser wäre es, nicht sofort anzubieten, mit Herrn Dr. Trump sprechen, sondern den Patienten zu ermuntern seine Anliegen gegenüber Herrn Dr. Trump selber vorzubringen. Diesbezüglich können Sie Hilfe anbieten, z.B. in einer Gesprächsvorbereitung. Meist gibt es auch die Möglichkeit, anonymes Feedback zu ärztlichem Verhalten zu geben.

Wenn jedoch von der Ärztin angeboten wird, mit Herrn Dr. Trump zu sprechen, ist es wichtig auf größtmögliche Transparenz zu achten. Das bedeutet, vorab zu besprechen, was Sie genau, konkret mit Dr. Trump besprechen sollen, ob sie z.B. den Namen des Patienten nennen dürfen, oder sollen. Machen Sie den Patienten aber auch darauf aufmerksam, was sie überhaupt ansprechen können und wollen, und was nicht. Antwort **(D)** zeigt ein Vorgehen in diesem Sinne, wäre also eine gute Option. In Antwort **(A)** besprechen Sie mit Ihrem Kollegen Dr. Trump zwar die Klagen, die Herr Schmidt so geäußert hat. Diese Klagen können sich jedoch in Allgemeinplätzen und (charakterlicher, persönlicher) Generalkritik erschöpfen. Jemanden mit solchen allgemeinen Klagen über ihn zu konfrontieren, die sich nicht auf konkrete Situationen beziehen, bringt nichts, weil man damit nichts anfangen kann. Somit ist Antwort **(A)** nicht zielführend. Dies ist auch eine Schwäche von Antwort **(G)**.

Beim Gespräch mit Dr. Trump sollten die eigenen persönlichen Erfahrungen nicht mit einfließen, wie in Antwort **(B)** beschrieben. Ihre persönlichen Erfahrungen sollten in einem gesonderten Feedback-Gespräch behandelt werden, indem Sie mit Herrn Dr. Trump darüber sprechen können, wie sein Verhalten Ihnen gegenüber auf sie wirkt und dass sie sich seinerseits mehr Respekt wünschen und erwarten. Antwort **(H)** beschreibt ein solches Vorgehen, wäre also eine gute Handlungsoption, hat aber mit Herrn Schmidt nichts zu tun.

Antwort **(C)** ist nicht zielführend, weil Sie damit Herrn Dr. Trump noch gegenüber dem Oberarzt bloßstellen und Feedback *immer* an die Person, die es betrifft, gerichtet werden sollte. Aus ähnlichem Grund ist Antwort **(F)** nicht zu empfehlen.

Wenn es jemanden gibt, dem sie vertrauen und von dem sie mit Sicherheit wissen, dass er die Information nicht weiterträgt, ist es eine gute Möglichkeit sich zu beraten. Das Feedback zusammen mit einem (beratenden) Kollegen zu geben birgt jedoch immer die Gefahr der Einseitigkeit. Die Gesprächssituation wird schnell unausgeglichen und unfair, was es für Dr. Trump unheimlich erschwert, Kritik offen anzunehmen. Daher ist Antwort **(G)** nur bedingt sinnvoll.

Da sich die Ärztin auch selbst nicht respektvoll von Dr. Trump behandelt fühlt, wird es schwierig werden, die eigene Betroffenheit aus dem Feedback aus der Sicht des Herrn Schmidt herauszuhalten. Am besten wäre eine Hilfestellung durch eine Supervision: das heißt Sie sprechen über die Situation mit einem Experten, der nicht in das System eingebunden ist und erarbeiten mit ihm gemeinsam einen Lösungsweg.

Frage 128 MMRV-Impfung

Eine junge Mutter kommt mit ihrer 12 Monate alten Tochter zu Ihnen in die Kinderarztpraxis. Der Grund ihres Besuchs ist die vereinbarte erste Impfung des Kleinkindes gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen (MMRV-Impfung), welche in der Regel zwischen dem 11. und 14. Monat empfohlen wird.

Während des Gesprächs äußert sie Bedenken über die Notwendigkeit der Impfung aufgrund möglicher schwerwiegender Nebenwirkungen. Sie berichtet von einem kürzlich aufgetretenen Fall im näheren Bekanntenkreis, bei dem schwerste geistige Schäden durch eine Enzephalitis in Folge der MMRV-Impfung auftraten.

Wie würden Sie sich in dieser Situation am ehesten verhalten?

(Bitte kreuzen Sie **eine oder mehrere** Antworten an!)

- (A) Sie klären die Mutter nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen auf, überlassen ihr jedoch die endgültige Entscheidung selbst.
- (B) Sie machen der Mutter klar, dass Sie die Impfung für unumgänglich erachten.
- (C) Sie stellen klar, dass sie die Behandlung des Kindes nur nach Durchführung der Impfung fortführen werden.
- (D) Um einer möglichen Haftung frühzeitig entgegen zu treten, unterstreichen Sie die möglichen Risiken einer Impfung, da Sie in seltenen Fällen durchaus auftreten können.
- (E) Sie geben der Mutter Bedenkzeit, da die Impfung auch zu einem späteren Zeitpunkt noch durchgeführt werden kann.
- (F) Sie erläutern der Mutter die Krankheitsbilder und ihre möglichen Komplikationen, um sie zu der Impfung zu bewegen.
- (G) Weiß nicht

Adäquate Antworten: A, E

Erläuterung

Aufgrund der zunehmenden Betreuung von Kindern in Gemeinschaftseinrichtungen sowie als Folge der Flüchtlingssituation in Deutschland sind Impfungen in letzter Zeit wieder vermehrt in den Fokus der Gesellschaft gerückt. Jedoch bedeutet diese sensible Thematik für Sie, dass die an die Arztposition geknüpften Rollen miteinander in Konflikt geraten können. Besonders im Vordergrund stehen hierbei die Rollen des „Gesundheitsfürsprechers“ und „professionell Handelnden“ ebenso wie diejenige des Arztes als „Kommunikator“.

Antwortmöglichkeit **(A)** ist in diesem Zusammenhang angemessen, da in Deutschland keine Impfpflicht besteht. Die Entscheidung liegt in der Hand der Sorgeberechtigten. Ihre Aufgabe als Arzt ist es, die Mutter umfassend aufzuklären und ihr beratend zur Seite zu stehen. Aktuelle Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) finden Sie hierzu im Epidemiologischen Bulletin des Robert-Koch-Instituts.

Auch bei der Möglichkeit **(E)** reagieren Sie richtig. Der Mutter muss auf jeden Fall die Möglichkeit gegeben werden diese wichtige Entscheidung nach einiger Bedenkzeit treffen zu können, da eine Impfung zu einem späteren Zeitpunkt durchaus noch möglich ist. Allerdings sollte sie vorher angemessen aufgeklärt werden und ein Wiedervorstellungstermin direkt vereinbart werden. Nur so kann sichergestellt sein, dass die Impfung gegebenenfalls zeitnah durchgeführt werden kann, um einen ausreichenden Schutz zu gewährleisten.

Bei **(B)** besteht die Gefahr, dass Sie paternalistisch handeln. Sie sollten ihren Standpunkt ausführlich und sachlich darlegen, die endgültige Entscheidung bleibt jedoch der Mutter selbst überlassen.

(C) ist rechtlich und ethisch nicht vertretbar, da es nicht dem Berufsethos des Arztes entspricht. Es stellt eine Art Erpressung gegenüber der Patientin dar und wirkt sich negativ auf die Arzt-Patienten-Beziehung aus. Daher ist von dieser Option abzusehen.

Auch die Antwortmöglichkeit **(D)** ist hier nicht angebracht. Als Arzt sind Sie zu einer umfassenden objektiven Aufklärung der Mutter verpflichtet, weshalb neben den möglichen Risiken durchaus auch die Vorteile einer Impfung dargelegt werden sollten.

(F) stellt nur einen Teil einer umfassenden Aufklärung dar. Inhalte eines Impfaufklärungsgesprächs sind zum einen Informationen über die Erkrankung bzw. die Erreger, gegen die geimpft werden soll, zum anderen jedoch auch Informationen zu den Impfstoffen, sowie den möglichen Nebenwirkungen und Komplikationen.

Frage 129 Organspende/Elternzustimmung

Ein 24-jähriger Student erleidet bei einem Fahrradunfall ein isoliertes Schädel-Hirn-Trauma, von der er sich bei komatöser Bewusstseinslage trotz maximaler Therapie auch nach einigen Tagen nicht erholt hat. Der Patient zeigt nach Absetzen der Sedierung keinerlei Hirnstammreflexe. Die Hirntoddiagnostik wird lege artis durchgeführt und stellt den irreversiblen Funktionsausfall des gesamten Gehirns fest. In einem Gespräch mit den Eltern möchten Sie als Arzt auf der Intensivstation diese über die Möglichkeit einer Organspende informieren und ggf. die weiteren Formalitäten klären. Als Sie den Eltern den Organspendeausweis ihres Sohnes zeigen, stellt sich heraus, dass diese von dem gültigen Dokument nichts wussten und vielmehr strikt gegen diesen „Organhandel“ sind. Zudem zweifeln sie in Anbetracht des Pulssignals, des rosigen Aussehens des Sohnes und der Atemexkursionen an, dass er wirklich tot sei. Auch ein Zucken des rechten Beines, wie sie es von ihrem Sohne kenne, möchte die Mutter bemerkt haben.

Wie gehen Sie weiter vor?

(Bitte kreuzen Sie **eine oder mehrere** Antworten an!)

- (A) Im Angesicht der Muskelzuckungen muss ein dramatischer Fehler in der Hirntoddiagnostik vorliegen, so dass sie diese wiederholen.
- (B) Sie ziehen zu dem Gespräch den versierten ärztlichen Kollegen (sog. Transplantationsbeauftragten) des Hauses hinzu.
- (C) Sie teilen den Eltern mit, dass Sie gesetzlich verpflichtet sind, dem Willen des Sohnes zu folgen, und die Organe zu verwenden und beginnen mit den Vorbereitungen für die Spende.
- (D) Sie organisieren als Kompromiss eine Leichenspende an die Anatomie der nächsten Universitätsklinik.
- (E) In weiteren Gesprächen erläutern Sie noch einmal genau den Zustand des Hirntodes und erkunden die Motive der Eltern. Ist hier kein Konsens herzustellen, folgen Sie der Entscheidung der Eltern.
- (F) Sie berücksichtigen die Meinung der Eltern und unterlassen eine Organspende.
- (G) Weiß nicht

Adäquate Antworten: B, E, F

Erläuterung

Zu **(A)**: Es ist durchaus möglich, dass sich auch nach lege artis durchgeführter Hirntoddiagnostik durch Reflexe auf spinaler Ebene noch Bewegungen der Extremitäten auslösen werden, zumal die Suppression dieser Reflexe durch das Gehirn vollständig fehlt. Diese können aber nicht als Willkürmotorik gedeutet werden und lassen nicht auf einen Fehler in der Hirntoddiagnostik schließen.

Diese Zusammenhänge medizinischen Laien wie den Angehörigen zu vermitteln ist natürlich schwierig und erfordert viel Zeit. [1]

Zu **(B)**: Sowohl die neurologische Situation des drohenden Hirntods, dessen Diagnostik, die komplexen medizinischen Zusammenhänge als auch die spezielle Kommunikation mit den Angehörigen ist kein Routinefall auf der Intensivstation und sollte daher so früh wie möglich professionell unterstützt werden. Zudem führt dies zu einer erheblichen Entlastung der parallel ablaufenden Vorgänge auf Intensivstation. Dem teilweise erheblichen zeitlichen Betreuungsbedarf der Angehörigen kann so besser entsprochen werden.

Zu **(D)**: Sicherlich keine Lösung ist es, eine Körperspende an die Anatomie zu geben, da dies explizit persönlich zu Lebzeiten vertraglich mit der Anatomie geregelt hätte werden müssen, Außerdem ist es vermutlich aufgrund des Prozesses noch schwerer vorstellbar.

Zu **(C), (E), (F)**: Weder der potentielle Organempfänger noch die Ärzte haben ein Recht auf eine Organspende **(C)**. Auch bei positiver Entscheidung des Verstorbenen zur Organspende kann dem Wunsch nicht immer entsprochen werden, z.B. durch medizinische Kontraindikationen. Bei der Entscheidung über eine Organspende sind jedoch auch weitere nicht medizinische und ethische Sachverhalte miteinzubeziehen. So ist abzuwägen, ob man dem Willen des Sohnes folgt oder auf die Gefühle und Einstellungen der Eltern eingeht. Eine sicherlich günstige Lösung ist es da, deren Motive in einem vertraulichen Gespräch zu ergründen und ggf. echte Missverständnisse (z.B. Organhandel) auszuräumen. Dies bedeutet auch, dass der Wille des Verstorbenen im Vordergrund stehen soll **(E)**. Zudem kann es durchaus sinnvoll sein, in einer Verantwortungsethik, die Konsequenzen einer Organspende gegen den Willen der Eltern zu berücksichtigen. Würde diese beispielsweise durch die Traumatisierung der Eltern erhebliches Leid verursachen oder das positive Signal der Organspende schädigen ist davon Abstand zu nehmen **(F)**.

Quellen

[1] „Lazarus sign“:

Dtsch Arztebl 2005; 102(5): A-278 / B-226 / C-213

Eur J Neurol. 2000 May;7(3):315-21

aktuell: Acta Neurol Belg. 2014 Dec;114(4):303-6

Frage 130 Drogenambulanz

Sie vertreten als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in der Institutsambulanz für Suchtkranke spontan Ihren Kollegen. Sie behandeln eine Patientin, die laut Akten schon seit 17 Jahren am Opiat-Substitutionsprogramm mit Methadon teilnimmt, und sich nun das Rezept für die wöchentliche Dosis abholen möchte. Sie sind irritiert, da Ihre Patientin die doppelte Menge an Methadon einfordert, als ihr laut Akten während der letzten zwei Wochen gegeben wurde. Vor den letzten zwei Wochen hatte sie – laut Akten – durchaus die höhere Dosis gehabt. Sie finden keinen Vermerk von Ihrem Kollegen, der die Patientin seit 8 Monaten regelmäßig gesehen hatte. Die Patientin gibt an, sich an keine Änderung erinnern zu können und insistiert, dass sie auch während der letzten zwei Wochen die höhere Dosis gehabt hatte.

Welche der möglichen Vorgehensweisen wäre am angebrachtesten?

(Bitte kreuzen Sie **eine oder mehrere** Antworten an!)

- (A) Ich nehme an, dass es sich um einen Dokumentationsfehler handelt und gebe der Patientin die höhere Dosis.
- (B) Ich versuche, meinen Oberarzt zu kontaktieren, so dass er den Fall übernehmen kann. Ich bitte die Patientin, am Nachmittag wiederzukommen.
- (C) Ich verlasse mich auf die Dokumentation der letzten zwei Wochen und gebe die geringere Dosis mit Verweis auf den Folgetermin in einer Woche.
- (D) Ich gebe der Patientin eine Tagesdosis gemäß der letzten Woche und bitte Sie, am Folgetag noch einmal zu kommen, um die Dosis gegebenenfalls anzupassen.
- (E) Ich bitte die Patientin höflich, am Folgetag wieder zu kommen, an dem der Kollege wahrscheinlich wieder da sein wird.
- (F) Da es sich nicht um meine Patientin handelt, kann ich nicht die Verantwortung übernehmen und verweise die Patientin höflich an eine andere Ambulanz.
- (G) Da ich der Patientin offenbar nicht trauen kann, lasse ich erst den Harnspiegel bestimmen um Rückschlüsse auf die Dosis zu bekommen.
- (H) Weiß nicht

Adäquate Antworten: B, D

Erläuterung

Dies ist eine verzwickte Situation, in der Sie eine Entscheidung treffen sollen, ohne genügend Informationen zu haben. Die Dokumentation für Dosierungen für Medikamente, die unter dem Betäubungsmittelgesetz stehen, muss akribisch geführt werden! Somit sollten Sie sich in erster Linie auf die dokumentierten Werte beziehen.

In diesem Fall sollte man die Entscheidung für die Wochendosis so lange aufschieben, bis man über die relevanten Aspekte informiert ist. Für die suchtkranke Patientin stehen Sie jedoch in der direkten ärztlichen Verantwortung, ihr zumindest für den Tag die benötigte Menge Methadon auszuhändigen und können somit die Entscheidung kaum aufschieben. Grundsätzlich steht bei der Substitutionsbehandlung der zur Verordnung berechnete Substitutionsarzt in der Verantwortung. In diesem Szenario sind Sie Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und haben diese Fachkunde (die Sie als Assistent nicht hätten – d.h. Sie dürften ohne direkte Supervision eines Fachkundigen diese Ambulanztätigkeit nicht ausführen!)

Die eleganteste und in der Praxis wohl gebräuchlichste Handlungsmöglichkeit ist die Konsultation des Oberarztes, wie in Antwort **(B)**, der die Patientin und ihren bisherigen Drogenkonsum schon länger kennt. Dabei geht es um ihre Glaubwürdigkeit, was hier weniger bedeutet ob die Aussagen der Patienten glaubhaft wirken, sondern gerade darum zu recherchieren was objektivierbar ist: man richtet sich etwa nach den Drogentestergebnissen in Bezug auf eventuellen Beikonsum (siehe unten zu Antwort (G)). Das dient nicht der Schikane des Patienten, sondern vermittelt feste Regeln und Strukturen, die für die Patienten nachvollziehbar und objektivierbar sind und ihnen helfen sollen. Problematisch ist an dieser konkreten Antwortoption, dass die Patientin bis zum Nachmittag ohne Methadon auskommen muss, wodurch Sie in einen Entzug mit starker vegetativer Symptomatik (Sympatikusaktivierung mit Tachykardie, Schwitzen, Tremor) entwickeln kann. In Kliniken ist für den Fall der Abwesenheit der verantwortlichen Fachärzte/ Oberärzte ist eine Vertretungssicherheit vorgeschrieben – der Oberarzt müsste also direkt zu erreichen sein!

Direkt handeln, und somit adäquat helfen, Sie bei Antwort **(D)**, was die bevorzugte Antwort ist. Sie kommen Ihrer Verantwortung für die Patientin im Moment nach, verschieben die Entscheidung auf die Zukunft, wenn Ihr Kollege wieder da sein wird bzw. Sie sich mit dem Oberarzt sicher abgesprochen haben werden. Sie handeln somit nicht fahrlässig (zu hohe Dosis) und nicht rechtlich zweifelhaft (entgegen der dokumentierten Dosis). Allgemein, aber insbesondere wenn Sie Zweifel an der Aussage der Patientin haben, ist es essentiell über Nebenwirkungen einer Überdosierung aufzuklären (siehe unten)!

Andere Handlungsmöglichkeiten, in denen Sie direkt handeln, stellen sich entweder ganz auf die Seite der Patientin, wie in Antwort **(A)**, oder stur auf die Aussage der Dokumentation, wie in Antwort **(C)**, was hier bei den möglichen Konsequenzen der Intoxikation oder dem Entzug fahrlässig wäre. Auch wenn Sie sich auf die detaillierte Dokumentation verlassen können sollten, haben Sie hier guten Grund, die Patientin noch einmal zeitnah einzubestellen.

Schließlich werden noch drei Möglichkeiten des Entscheidungsaufschubs beschrieben: In Antwort **(E)** vertrösten Sie die Patientin auf eine unsichere, gefährliche Situation ohne Substitution, helfen ihr aber nicht akut. In Antwort **(F)** werden Sie Ihrer Verantwortung für die Patientin nicht gerecht: Sie verweisen die Patientin an eine andere Stelle, obwohl die Substitutionsbehandlung strengstens geregelt nur durch *eine* Ambulanz/ einen Facharzt (z.B. Allgemeinmediziner) mit Fachkunde für Substitutionsbehandlung geschehen darf, um der Gefahr des Missbrauchs durch „doktor hopping“ und Mehrfachsubstitution vorzukommen.

Grundsätzlich ist der Ansatz richtig, anhand objektiver Werte Drogenkonsumangaben zu verifizieren, wie in Antwort **(G)** beschrieben. Leider können Sie jedoch mit dieser Maßnahme keine Rückschlüsse auf die tägliche Dosis ziehen, dafür aber etwa auf Beikonsum anderer/ weiterer Substanzen. Somit ist diese Antwort aus medizinisch-fachlicher Sicht für diese spezielle Frage der täglichen Dosis nicht zweckmäßig. Grundsätzlich ist es natürlich aber auch sinnvoll zu überprüfen ob die Patientin objektivierbare Zeichen von Intoxikation oder vegetativer Entzugssymptomatik zeigt: Dies könnten wiederum medizinische Notfälle sein, in denen akuter Handlungsbedarf besteht (etwa im EKG QTC-Zeit-Verlängerung bei Methadonüberdosierung)!

Quellen

Sinnvolle Guidelines:

Richtlinien der Bundesärztekammer

http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/RL-Substitution_19-Februar-2010.pdf

Richtlinien des Ausschusses der Ärzte und Krankenkasse (BUB-Richtlinien)

Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln (Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung - BtMVV)

http://www.gesetze-im-internet.de/btmvv_1998/BJNR008000998.html

Beispiel Text eines Fachbuches:

<https://books.google.de/books?id=oJMfBAAQBAJ&pg=PA414&lpg=PA414&dq=der+Arzt+Mindestanforderungen+an+eine+suchttherapeutische+Qualifikation+erf%C3%BCllt,+die+von+den+%C3%84rztekammern+nach+dem+allgemein+anerkannten+Stand+der+medizinischen+Wissenschaft+festgelegt+werden&source=bl&ots=eu1tzvWKRI&sig=0cZH7jTSNg629ii4sEzeO20Uu98&hl=de&sa=X&ved=0CC8Q6AEwA2oVChMI2dKtnlvYyAIVgkIUCh1MkA2c#v=onepage&q=der%20Arzt%20Mindestanforderungen%20an%20eine%20suchttherapeutische%20Qualifikation%20erf%C3%BCllt%2C%20die%20von%20den%20%C3%84rztekammern%20nach%20dem%20allgemein%20anerkannten%20Stand%20der%20medizinischen%20Wissenschaft%20festgelegt%20werden&f=false>