

- 139 Bei dem 67-jährigen Herrn Sutter wurde in einer Notoperation aufgrund eines Mesenterialinfarkts ein künstlicher Darmausgang (Kolostoma) angelegt. Der Eingriff verlief ohne Komplikationen. Als Herr Sutter wieder wach und ansprechbar ist, sind Sie die erste ärztlich tätige Person, mit der er spricht. Er fragt Sie, ob er den Beutel nun für immer behalten muss. Sie sind sich sicher, dass Kolostomien reversibel sind, sind aber neu als Assistenzkraft auf der Station und wissen daher nichts über das weitere Vorgehen.

Wie reagieren Sie?

- (A) Sie sagen dem Patienten, dass das Kolostoma später wieder rückgängig gemacht wird.
- (B) Sie erklären dem Patienten, dass Sie sich noch in Ausbildung befinden und diese Frage leider nicht beantworten können.
- (C) Sie erklären, dass Kolostomien manchmal rückgängig gemacht werden können und versprechen, sich zu informieren, wie in seinem Fall weiter vorgegangen werden soll.
- (D) Sie bieten an, einen Arzt, der den Patienten kennt, zu bitten, später bei ihm vorbeizuschauen und seine Fragen zu beantworten.
- (E) Sie nehmen sich später Zeit, um sich über Stomata zu informieren, damit Sie diese Frage beim nächsten Mal umfassender beantworten können.
- (F) Sie bringen Ihr Verständnis für die Frage und die Beunruhigung in dieser Situation zum Ausdruck und bedauern, dass Sie gerade keine Auskunft geben können.
- (G) Weiß nicht

Literatur: Die favorisierten Lösungen sind C + D + F.

Eine gute Beziehung zu Patient/inn/en setzt Vertrauensfähigkeit und Ehrlichkeit voraus. Dazu gehört es auch, die Grenzen des eigenen Wissens anzusprechen. Daher sind die Antworten C und D günstig. Sie sagen, was Sie wissen und holen die fehlende Information herbei. Bei Lösung F steht die Empathie im Vordergrund. Dies ist eine wichtige Ergänzung zu C und D. Für sich allein genommen lässt diese Alternative das Informationsbedürfnis des Patienten jedoch außer Acht.

Antwort E hilft vielleicht zukünftigen Patienten, aber nicht in der aktuellen Situation. Noch unangemessener wäre es, die Frage völlig unbeantwortet zu lassen (Antwort B). Die schlechteste Antwort wäre A, da Sie genau das ja gar nicht wissen.

In Anlehnung an: Metcalf, David & Dev, Harveer. Oxford Assess and Progress. Situational Judgement Test. 2nd edition, 2014. Oxford University Press.

- 140 Eine 24-jährige Frau kommt zu Ihnen in die gynäkologische Ambulanz. Die (vermutlich muslimische) Patientin erscheint in Begleitung ihres Schwagers, der Ihnen erklärt, dass die Patientin absolut kein Deutsch sprechen würde und er als Übersetzer mitgekommen sei. Bereits zu Beginn der Anamneseerhebung kommt Ihnen der Verdacht, dass der Schwager nur einen Teil der Informationen weitergibt.

Wie reagieren Sie?

- (A) Sie erklären dem Schwager immer wieder, dass es sehr wichtig ist, dass er Wort für Wort übersetzt.
- (B) Sie versuchen herauszufinden, ob die Patientin mit ihrem Schwager als Übersetzer zufrieden ist.
- (C) Sie vereinbaren einen neuen Termin, diesmal mit einem professionellen Übersetzer.
- (D) Sie meinen sich zu erinnern, dass eine Mitarbeiterin der Ambulanz eine ähnliche Sprache spricht und holen sie dazu.
- (E) Sie bitten den Schwager zu gehen und beenden die Konsultation ohne Übersetzer.
- (F) Sie vergewissern sich, dass der Schwager das nötige Vokabular, auch mit möglicherweise schambesetzten Inhalten, in beiden Sprachen kennt.
- (G) Weiß nicht

Literatur: Die favorisierten Lösungen sind A + C + F.

Der Erfolg der Anamneseerhebung hängt von einer genauen Übersetzung der Auskünfte der Patientin ab. Wenn kein Notfall vorliegt, besteht die beste Lösung darin, einen neuen Termin mit einem professionellen Übersetzer zu vereinbaren (C). Anderenfalls wäre zu klären, was der Schwager leisten kann (F) und zugleich auf Genauigkeit zu bestehen (A). Eine Schwierigkeit hierbei ist, dass damit auch Zweifel an der Vertrauenswürdigkeit der Übersetzung geäußert werden. Antwort B ist wenig effektiv. Antwort D bringt vor allem einen weiteren Unsicherheitsfaktor ins Spiel („ähnliche“ Sprache). Bei E ist die Frage, ob oder mit welchen Hilfsmitteln und welchem Aufwand der Informationsfluss besser werden kann, da Sie mit der Patientin ja nicht in einen mündlichen Dialog treten können.

In Anlehnung an: Metcalf, David & Dev, Harveer. Oxford Assess and Progress. Situational Judgement Test. 2nd edition, 2014. Oxford University Press.

- 141 Frau Seifert, 32 Jahre alt, befindet sich für eine klinisch-diagnostisch notwendige Blasenspiegelung auf der urologischen Station. Sie arbeiten in einem klinischen Forschungsprojekt der urologischen Station mit und möchten Proband/inn/en für Ihr Projekt gewinnen, bei dem Sie Gewebeproben entnehmen. Sie möchten von Frau Seifert zusätzlich zur Blasenspiegelung aus besagten Forschungsgründen gerne eine Gewebeprobe entnehmen, wofür Sie das Einverständnis der Patientin einholen möchten. Die Patientin ist auffallend ängstlich.

Wie würden Sie vorgehen?

- (A) Sie erklären in Kurzform, dass die Patientin bei einer klinischen Forschungsarbeit behilflich sein kann, indem sie die vorliegende Einverständniserklärung unterschreibt, und belasten sie nicht mit zu vielen Informationen.
- (B) Sie erklären der Patientin die möglichen Komplikationen des Eingriffs und erwähnen, dass eine zusätzliche Biopsie das Gesamtrisiko nur geringfügig erhöht.
- (C) Sie erklären der Patientin, dass sie an einer Versuchsreihe teilnehmen kann, die möglicherweise zur Entwicklung weniger invasiver Methoden zur Untersuchung der Harnwege beiträgt.
- (D) Sie machen die zusätzliche Biopsie und holen das Einverständnis der Patientin nach der Entnahme ein, jedoch vor der Verwendung der Probe für die Forschungsarbeit.
- (E) Sie wollen Schwierigkeiten vermeiden und erachten es aufgrund der Ängstlichkeit der Patientin als nicht sinnvoll sie mit in die Studie aufzunehmen.
- (F) Sie erwähnen, dass Sie die Ängstlichkeit der Patientin wahrnehmen und fragen mit Verständnis nach den Gründen dafür.
- (G) Weiß nicht

Literatur: Die favorisierten Lösungen sind B + C + F.

Selbstverständlich muss das Einverständnis der Patientin zur Untersuchung (vor dem eigentlichen Eingriff) eingeholt werden - in diesem Fall zusätzlich die Zustimmung zur Biopsie und zur Teilnahme an der Studie. Diese Vorschrift besteht völlig unabhängig von der Ängstlichkeit oder anderen Merkmalen der Patientin. Daher sind B und C erforderliche Handlungsweisen: der Sinn der Studie und ihr Risiko werden erläutert. Alternative F geht auf die Emotion ein, fördert Vertrauen, vermittelt Wertschätzung und baut eine Brücke zum Erklären der Studie. Nicht vertretbar sind die Alternativen A und D. E führt schlichtweg nicht zum Ziel.

In Anlehnung an: Metcalf, David & Dev, Harveer. Oxford Assess and Progress. Situational Judgement Test. 2nd edition, 2014. Oxford University Press.

- 142 Sie übermitteln einer Patientin die Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 und möchten sie bezüglich nun erforderlicher Verhaltensänderungen beraten. Die Veränderungsbereitschaft der Patientin schätzen Sie als eher gering ein.

Welche Möglichkeiten der Einflussnahme sind Ihrer Meinung nach am besten geeignet, um eine Verhaltensänderung tatsächlich zu erreichen?

- (A) Sie schildern die Folgen der Erkrankung und die Folgen ausbleibender Therapie bzw. ausbleibender Verhaltensänderungen möglichst anschaulich und beängstigend.
- (B) Sie überreichen ihr eine Broschüre mit Empfehlungen zum Verhalten bei Diabetes mellitus.
- (C) Sie unterstützen die Patientin dabei konkrete Verhaltensänderungen selbstständig zu entwickeln.
- (D) Sie explorieren die Alltagsroutine der Patientin im Bereich Ernährung und Bewegung, um Ansatzpunkte für Veränderungen aufzuzeigen.
- (E) Sie reflektieren gemeinsam mit der Patientin die Vor- und Nachteile bzw. Hoffnungen und Befürchtungen im Hinblick auf einzelne Änderungen in den Alltagsroutinen.
- (F) Sie empfehlen eindringlich eine Umstellung der Ernährung und des Bewegungsverhaltens und nennen anschauliche Beispiele.
- (G) Weiß nicht

Literatur: Die favorisierten Lösungen sind C + D + E.

Ihr Ziel muss es sein, die Veränderungsbereitschaft zu wecken, konkrete Ziele zu setzen und eine Selbstverpflichtung zu erreichen. Entsprechend den Überlegungen zur Motivierenden Gesprächsführung sind die Alternativen C, D und E besonders geeignet, um intrinsische Motivation zu erzeugen und aufrecht zu erhalten. Es gilt zunächst die Situation aus Sicht der Patientin zu verstehen (D), dann die Diskrepanz zwischen aktuellem Verhalten und den längerfristigen Zielen (z. B. gesund bleiben, für die Enkel da sein) ersichtlich zu machen (E), konkrete Verhaltensalternativen zu entwickeln (C) und die Selbstwirksamkeit zu stärken. Wenig geeignet ist Alternative A, da Angst und Furcht zu Vermeidungsverhalten und Reaktanz führen können, ähnlich wie Alternative F, die konfrontativ ist und ebenfalls Widerstand hervorrufen kann. Eine Broschüre o.Ä. (Alternative B) ersetzt nicht das Beratungsgespräch, sie ist ein Hilfsmittel, z.B. wenn Patient/inn/en weitergehende Informationen suchen.

- 143 Sie haben Nachtdienst in der chirurgischen Ambulanz und sind die/der einzige Ärztin/Arzt vor Ort. Die Polizei bringt Herrn Starke in die Ambulanz, einen jungen Mann mit Verletzungen an den Extremitäten und am Kopf. Er war in eine handgreifliche Auseinandersetzung verwickelt. Sie sollen ihn nun untersuchen und seine Verletzungen versorgen. Der Patient ist angetrunken, aufgebracht und gereizt. Er ist laut, pöbelt und provoziert. Nachdem die Polizisten sich verabschiedet haben, stehen Sie vor der Aufgabe, die Situation zu deeskalieren und mit Herrn Starke das Vorgehen zu besprechen.

Wie gehen Sie vor?

- (A) Sie geben sich betont selbstbewusst, stark und sicher, indem Sie möglichst laut und bestimmt sprechen.
- (B) Sie vermitteln, dass Sie die Autorität in dieser Situation inne haben und man sich besser nicht mit Ihnen anlegen sollte.
- (C) Sie verhalten sich ruhig und sicher, aber keinesfalls bedrohlich und reagieren nicht auf Provokation und Beleidigungen.
- (D) Sie behandeln Herrn Starke respektvoll und einfühlsam, spiegeln z. B. seinen emotionalen Zustand und stellen offene Fragen
- (E) Sie geben sich scheu, ängstlich und zurückhaltend. Wenn Herr Starke Ihre Unsicherheit wahrnimmt, wird er sich nicht mehr so bedroht fühlen und Sie in Ruhe lassen.
- (F) Sie zeigen Ihre humorvolle Seite. Durch einen Scherz lockern Sie die Atmosphäre auf und signalisieren, dass es hier keinen Grund für Aggressivität gibt.
- (G) Sie nehmen den Kontakt auf und versuchen seine Bedürfnislage zu klären, um dann gemeinsam einen Weg für das weitere Vorgehen zu finden.
- (H) Weiß nicht

Literatur: Die favorisierten Lösungen sind C + D + G.

Sie lassen sich nicht aus der Fassung bringen, kontrollieren Ihre Gefühle, zeigen Wertschätzung und Empathie und konzentrieren sich ganz auf die Situation der Patientin/des Patienten. Antwort C bezieht sich dabei eher auf das allgemeine Auftreten, D auf die konkrete Interaktion und G auf die Gesprächsstruktur.

Gestelltes Selbstbewusstsein, Machtdemonstrationen und Drohungen (A + B) helfen in dieser Situation nicht weiter, sondern führen zur Eskalation. Auch Ängstlichkeit kann als Einladung zu weiteren Übergriffen verstanden werden (E). Humor (F) kann eine Situation manchmal entspannen, allerdings auch provozieren oder herablassend wirken.

Jünger, J. (Hrsg.): Ärztliche Kommunikation. Praxisbuch zum Masterplan Medizinstudium 2020. 1. Auflage. Schattauer Verlag, Stuttgart 2018.

- 144 Sie arbeiten als Reproduktionsmediziner/in am Universitätsklinikum. Vor einem Monat suchte Sie das Ehepaar Sieger erstmalig auf, da der Kinderwunsch der 34-Jährigen und des 36-Jährigen sich trotz ausgiebiger Versuche seit zwölf Monaten nicht erfüllt hat. Zudem berichtete Frau Sieger, manchmal Schmerzen während ihrer Periode zu haben. In der Anamnese, körperlichen Untersuchung, transvaginalen Ultraschall und den Hormontests konnten Sie keine Anzeichen für eine Infertilität bei Frau Sieger feststellen. Sie möchten nun das weitere Vorgehen mit dem Ehepaar besprechen.

Wählen Sie die Herangehensweisen, die am besten geeignet sind.

- (A) Sie erklären dem Mann, dass die Ursache für den unerfüllten Kinderwunsch mit großer Wahrscheinlichkeit bei ihm liegt.
- (B) Sie vermitteln Verständnis, dass ein unerfüllter Kinderwunsch eine große psychische Belastung sein kann.
- (C) Sie unterhalten sich mit beiden Partnern einzeln und gehen dabei auf partnerschaftliche Aspekte und Sexualanamnese ein.
- (D) Sie erwähnen, dass einem unerfüllten Kinderwunsch fast immer körperliche Ursachen zugrunde liegen und Sie daher weitere Diagnostik betreiben müssen.
- (E) Sie erklären Herrn Sieger, warum die Untersuchung seines Ejakulats eine weitere sinnvolle Maßnahme wäre.
- (F) Sie ordnen eine humangenetische Untersuchung an, um mögliche Erbkrankheiten festzustellen.
- (G) Weiß nicht

A11.12.2019
Progresstest 2019

Literatur: Die favorisierten Lösungen sind B + C + E.

Antwort A: Dass eine Infertilität bei Frau Sieger durch die gynäkologischen Untersuchungen unwahrscheinlich ist, heißt nicht direkt, dass das Problem bei Herrn Sieger liegt. In vielen Fällen liegt die Ursache nicht an organischen, sondern an psychischen Ursachen oder bleibt ungeklärt. Einen Partner als "verantwortlich" für die Kinderlosigkeit zu sehen, kann eine große psychische Belastung hervorrufen und zu Schuldgefühlen führen, die die Situation möglicherweise verschlimmern.

Antwort B: Diese Antwort greift mögliche Sorgen des Paares auf und hilft eine Atmosphäre auf Augenhöhe herzustellen, in der auf mögliche Probleme bei der Zeugungsfähigkeit besser eingegangen werden kann.

Antwort C: Zu einer guten Diagnostik im Falle einer ausbleibenden Schwangerschaft gehört eine genau Anamnese, die mögliche psychische Belastungen, die mit dem Kinderwunsch oder dem Geschlechtsverkehr einhergehen, aufdecken können. Die beiden Ehepartner getrennt dafür zu befragen, bietet die Chance, mögliche Schamgefühle zu überwinden oder Probleme zu benennen, die vor dem Partner nicht ausgesprochen werden wollen.

Antwort D: Diese Antwort ist falsch. Die Ursachen eines unerfüllten Kinderwunschs sind ungefähr zu gleichem Anteil körperlich und psychisch bzw. bleiben ungeklärt.

Antwort E: Die Herangehensweise dieser Antwort ist sinnvoll, da mögliche körperliche Ursachen bei Herrn Sieger ausgeschlossen werden sollten und die Untersuchung des Ejakulats eine leicht durchzuführende Untersuchung ist. Ihm den Sinn dieser Untersuchung zu erklären, hilft Verständnis dafür zu gewinnen.

Antwort F: Aufwendige Untersuchungen wie in dieser Antwort sind zum jetzigen Zeitpunkt eher wenig sinnvoll, da eine genauere Anamnese und die Untersuchung von Herrn Sieger im Vordergrund stehen. Eine Überdiagnostik kann mögliche Unsicherheit beim Ehepaar eventuell sogar verstärken.

S2k-Leitlinie: Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen 2014: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/016-003l_S2k_Psychosom_orient_Diagnostik_und_Therapie_bei_Fertilit%C3%A4tsst%C3%B6run-gen_2014.pdf (zuletzt eingesehen am 25.11.2019)

- 145 Sie sind in einem immunologischen Labor und machen dort Versuche in der Zellkultur zur Erlangung Ihres medizinischen Doktorgrades. Sie haben gerade eine aufwändige Versuchsreihe durchgeführt und zeigen die Ergebnisse nun Ihrem Betreuer. Die meisten Messergebnisse entsprechen mit gewissen statistischen Schwankungen dem, was Sie bei der Versuchsplanung erwartet hatten. Es gibt jedoch einige Werte, die weit außerhalb des durchschnittlichen Erwartungswertes angesiedelt sind. Als Ihr Betreuer diese Werte sieht, sagt er: "Na, hier ist offensichtlich etwas schief gelaufen. Nicht schlimm, das kann bei Experimenten in der Zellkultur mal passieren, vielleicht waren die Zellen schon etwas älter. Am besten, wir schließen diese Werte einfach von der Auswertung aus."

Wie reagieren Sie auf diesen Vorschlag Ihres Betreuers?

- (A) Ich nehme den Vorschlag an und schließe die entsprechenden Werte von der Auswertung aus.
- (B) Ich bespreche die Situation mit meinem Doktorvater.
- (C) Ich wende mich an den Promotionsbeauftragten der Fakultät.
- (D) Ich behalte die Werte in meiner Analyse.
- (E) Ich ersetze die auffälligen Werte mit einer neuen Messung.
- (F) Ich diskutiere den grundsätzlichen Umgang mit unerwarteten Werten mit meinem Betreuer.
- (G) Ich melde meinen Betreuer wegen unredlichen wissenschaftlichen Verhaltens an die Klinikleitung.
- (H) Weiß nicht

Literatur: Die favorisierten Lösungen sind B + D + F.

Durch den hohen Druck in der Forschung, schnell gute Ergebnisse zu produzieren und zu publizieren, ist die Versuchung groß, mit unredlichen Methoden die Qualität der Ergebnisse etwas "aufzupolieren". Solange es aber keinen eindeutig festzustellenden Fehler in der Versuchsdurchführung gab, kann man Werte, die unerwartet sind, nicht einfach von der Analyse ausschließen (A), auch wenn es eine hypothetische Erklärung für das Problem gibt ("die Zellen waren schon etwas älter"). Die Werte einzeln zu ersetzen führt zu einer Verzerrung der Statistik, da der Faktor, der dazu geführt hat, dass es "Ausreißer" gab nicht bekannt ist und möglicherweise ein inhärentes Problem in der Versuchsplanung darstellt (E). Die Werte sind zwar auffällig, aber nicht an sich "falsch". Akzeptabel wäre allenfalls, die gesamte Messreihe zu wiederholen, um Fehlerquellen aufzudecken. In jedem Fall wissenschaftlich korrekt ist, die Werte in ihrer Gesamtheit auszuwerten und in der Diskussion auf mögliche Gründe für Outlier einzugehen (D). Grundlegend sollten Sie mit Ihrem Betreuer/Ihrer Betreuerin besprechen, was er/sie sich unter wissenschaftlicher Redlichkeit vorstellt und deutlich machen, dass Sie für die wissenschaftliche Korrektheit ihrer eigenen Publikation verantwortlich sind und ein solches Vorgehen nicht unterstützen (F). Da Ihr Doktorvater/Ihre Doktormutter letztendlich für wissenschaftlich korrektes Arbeiten in seinem/ihrer Labor zuständig ist, sollte man das Problem auch mit ihm/ihr besprechen (B). Wichtig ist hierbei, zuerst das Gespräch mit dem Betreuer/der Betreuerin zu suchen und Beschuldigungen zu vermeiden. Stattdessen sollte das Gespräch mit dem Doktorvater/der Doktormutter eher darauf abzielen, auf die generelle Kultur von Redlichkeit in dem Labor Einfluss zu nehmen, um ähnliche Probleme in der Zukunft zu vermeiden sowie praktische Hinweise für eine Optimierung des Versuchsablaufs zu erhalten. Eine Meldung an die Klinikleitung wäre hingegen überzogen und würde in erster Linie für eine Bestrafung und nicht für eine Unterstützung guter wissenschaftlicher Praxis sorgen (G). Der Promotionsbeauftragte kann zwar bei Konflikten zwischen Doktorand/in und Doktorvater/mutter oder Betreuer/in vermitteln, ist aber in diesem Fall zunächst nicht zuständig. Außerdem lässt sich das Problem wahrscheinlich auch im direkten Gespräch mit den Betroffenen lösen (C). Falls es jedoch ein generelles Problem mit wissenschaftlicher Redlichkeit in diesem Labor gibt und man nicht selbstständig zu einer Lösung kommt, kann man das wissenschaftliche Ombudsgremium der Fakultät anonym einschalten.

- 146 Sie behandeln seit einer Woche eine Patientin mit Bandscheibenvorfall. Diese bekommt jeweils zu den drei Hauptmahlzeiten Analgetika verabreicht und kann bei starken Schmerzen nach weiteren Medikamenten fragen. Mittlerweile können Sie eine Verbesserung ihres Zustandes erkennen, da die Patientin häufiger über den Krankenhausflur läuft und sich selbstständig aufrichten kann. Sie bekommen allerdings von den Krankenhausschwestern mitgeteilt, dass die Patientin immer noch häufig nach zusätzlichen Schmerzmitteln fragt - jedoch immer nur dann, wenn sie gerade von Verwandten oder Bekannten besucht wird. Daraufhin schlägt eine Krankenhausschwester vor, der Patientin beim nächsten Besuch anstelle von i.v. Bedarfs-Analgetika eine NaCl-Infusion als Placebo anzulegen.

Wie würden Sie weiter vorgehen?

- (A) Sie veranlassen, dass weiterhin dreimal täglich Analgetika verabreicht werden.
- (B) Sie suchen ein Gespräch mit der Patientin um sie zu fragen, ob es möglich sein könnte, dass der häufige Besuch für sie zusätzlichen Stress bedeutet, der zu diesen situativen Beschwerden führt.
- (C) Sie stimmen dem Vorschlag der Krankenhausschwester zu. Diese Veranlassung soll der Patientin nicht mitgeteilt werden, um den Erfolg der Methode nicht zu gefährden.
- (D) Sie wenden sich an die Ethikbeauftragte des Krankenhauses, stellen ihr den Fall vor und bitten diese um eine Einschätzung der Situation.
- (E) Sie erklären der Patientin, dass Sie ihr gerne ein neues Mittel verabreichen würden, welches deutlich harmlosere Nebenwirkungen hat und gehen auf eventuelle Nachfragen ein.
- (F) Sie kontaktieren die Angehörigen und bitten diese, die Zahl ihrer Besuche zu reduzieren, da die Besuche Stress und dieser eine Zustandsverschlechterung der Patientin bewirkt.
- (G) Sie konfrontieren die Patientin mit Ihren Beobachtungen und teilen ihr mit, dass Sie unter diesen Umständen den Besuch von Verwandten und Angehörigen nicht mehr zulassen können.
- (H) Weiß nicht

Literatur: Die favorisierten Lösungen sind A + B + E.

Zu (A): Ärztinnen/Ärzte sind dazu verpflichtet, eine wirksame Therapie anzuwenden und damit den körperlichen Schaden an Patient/inn/en zu begrenzen. Die bisher durchgeführte Gabe von Analgetika auf Verlangen der Patientin stellt eine Handlung dar, die infolge eines „informed consent“ stattgefunden hat und die Prinzipien der Patientenautonomie (Patientenautonomie als Anspruchsrecht) beachtet. Da die Patientin explizit Analgetika fordert und zuvor über mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt wurde, ist es ein angemessenes Verhalten sich auf den Therapieplan zu berufen und die Behandlung wie vorgesehen fortzusetzen.

Zu (B): Da die durch die Pflegekräfte kommunizierte Zustandsverschlechterung bei Anwesenheit von Besuch situativ und psychisch bedingt scheint, ist es sinnvoll dieses in einem Gespräch mit der Patientin zu thematisieren. Dabei sollte darauf eingegangen werden, dass die Patientin sich durch den häufigen Besuch von Angehörigen zusätzlichem Stress aussetzt, der ihre Schmerzen erklären kann. So kann zusammen mit der Patientin nach Möglichkeiten gesucht werden, die Situation zu verbessern und einen bestmöglichen Behandlungserfolg zu erzielen.

Zu (C): Der Tatbestand der Körperverletzung ist bei vielen medizinischen Maßnahmen erfüllt, beispielsweise auch dem Anlegen einer Venenverweilkanüle oder einer Infusion. Da eine therapeutische Handlung nur nach einem „informed consent“ durch Patient/inn/en durchgeführt werden darf, handelt es sich in diesem Fall um eine Missachtung der Aufklärungspflicht durch die/den Ärztin/Arzt. Wenn das Anlegen einer Infusion nicht fachgerecht durchgeführt wird, ohne Einwilligung der Patientin geschieht, der NaCl-Infusion noch zusätzliche Wirkstoffe beigemischt wären oder wenn die Patientin durch den Verzicht auf pharmakologisch wirksame Substanzen Schaden erleidet, wird die Körperverletzung juristisch möglicherweise relevant.

Zu (D): Die Ethikbeauftragten können auch in einzelnen Fällen zur ethischen Beratung herangezogen werden. Jedoch ist die ethische Dimension in diesem Fall ausreichend klar, wenn A, B und E gewählt werden: Das therapeutische Team verspricht sich von der Placebothherapie eine Besserung und möchte Schaden vermeiden. Ethisch/rechtlich brisant würde die Situation, wenn die Patientin einen konkreten Schaden erleidet – beispielsweise wenn die Patientin unter Placebothherapie dennoch starke Schmerzen angibt. Ein anderes Problem würde sich ergeben, wenn die Placebogabe nicht mit der Zustimmung der Patientin erfolgen würde, zum Beispiel, weil diese nicht einwilligungsfähig ist.

Zu (E): Durch die Gabe von Placebo soll vermieden werden, dass die mit pharmakologisch wirksamen Substanzen verbundenen Nachteile entstehen. Außerdem werden die Kosten im Gesundheitswesen vermindert. Damit handeln Sie als Ärztin/Arzt nach dem Prinzip des Nicht-Schadens. Gleichzeitig kann es strafrechtliche Folgen für Sie haben, wenn die Patientin infolge der Placebogabe, obwohl ein wirksames Verum zur Verfügung gewesen wäre, Schaden an Körper bzw. Gesundheit erleidet. Daher liegt es in Ihrem Ermessen zu beurteilen, ob eine medizinische Indikation für ein pharmakologisch wirksames Medikament besteht. In unserem Fall kann davon ausgegangen werden, dass die wahrgenommene Schmerzlinderung durch die Medikamente eher psychisch bedingt ist. Unzulässig ist eine Placebothherapie, wenn sie unter Außerachtlassen grundlegender Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft erfolgt. Vor Anwendung einer Placebothherapie muss die Patientin über die Therapieänderung aufgeklärt werden, sodass sie anschließend imstande ist, Nutzen und Risiken der Placebogabe bzw. der Verumtherapie gegeneinander abzuwägen und so eine frei bestimmte Einwilligung zu ermöglichen. Besteht die Patientin auf die Anwendung der Verumtherapie, ist der Placeboersatz grundsätzlich unzulässig. Schränkt man die Aufklärung ein, um den Erfolg der Placebothherapie zu gewährleisten, bewegt man sich in einer rechtlichen Grauzone. Nur wenn die Verumgabe und die Placebothherapie als praktisch gleichwertige Methoden anzusehen sind und die Patientin der Therapieänderung zugestimmt hat, ist die Gabe von Placebo eine mögliche Handlungsoption.

Zu (F): Das Kontaktieren der Angehörigen stellt eine Missachtung der ärztlichen Schweigepflicht und eine Missachtung der Patientenautonomie der Patientin dar.

Zu (G): Während eine Evaluation der Stressbelastung durch Besuche von Angehörigen

A	11.12.2019 Progresstest 2019	
----------	---------------------------------	--

sicherlich sinnvoll ist, wird hier die Patientenautonomie missachtet, indem man die Besuche ggf. „verbietet“.

Weitere Informationen: Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer „Placebo in der Medizin“ (abgerufen 4.11.2016 unter http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Placebo_AK_neu.pdf)

147 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?

- (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 derzeitige 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, ihn bei seinen Fahrten zu unterstützen und darauf einzuwirken, dass dieser weniger Auto 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

A11.12.2019
Progresstest 2019

Literatur: Die favorisierten Lösungen sind B + E + G + J.

- (A) Da ein/e Neurologin/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 derzeit 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 sollten Sie zunächst darauf hinarbeiten, 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 die/der Ärztin/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 Zeug/inn/en). Dies ist auch zu Ihrer eigenen Absicherung erforderlich.
- (H) Die Fahreignung ist nicht in Abhängigkeit von der Umgebung zu sehen.
- (I) Da Sie der Schweigepflicht unterstehen, dürfen Sie diese nicht gegenüber dem Nachbarn brechen.
- (J) Als Ärztin/Arzt dürfen Sie die genannten Maßnahmen einleiten, was Sie dem Patienten auch ankündigen können. 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.

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)

- 148 Sie sind Assistenzärztin/arzt auf der Intensivstation. Nach Feierabend fällt Ihnen ein, dass Sie vergessen haben, das Ergebnis des Kalium-Wertes eines herzkranken Patienten zu beurteilen und evtl. dessen Medikation mit Diuretika bzw. die intravenöse Kalium-Substitution anzupassen.

Wie gehen Sie jetzt mit der Situation um?

- (A) Sie fahren zur Klinik und korrigieren Ihre Nachlässigkeit.
- (B) Sie rufen den in der Nacht diensthabenden Kollegen an und bitten ihn, sich darum zu kümmern.
- (C) Da Sie bei einem pathologischen/gefährlichen Wert bereits durch Pflege, Labor oder Kolleg/inn/en Bescheid bekommen hätten, unternehmen Sie nichts.
- (D) Mit einem Anruf beim Pflegepersonal versichern Sie sich, dass es dem Patienten soweit gut geht.
- (E) Sie schreiben sich eine Notiz, damit Sie nach Schichtbeginn am nächsten Morgen als erstes daran denken.
- (F) Sie reflektieren darüber, wie es zum Fehler kommen konnte und versuchen derartige Situationen in Zukunft zu vermeiden.
- (G) Um ihre Nachlässigkeit nicht auf Station breit zu treten, halten Sie telefonisch Rücksprache mit dem Labor.
- (H) Weiß nicht

Literatur: Die favorisierten Lösungen sind A + B.

Die Verantwortung, die Sie in Ihrer Position für den Patienten haben und die Ernsthaftigkeit der klinischen Situation erfordern es, dass Sie auch nach Feierabend entsprechend handeln. Richtig sind die Optionen (A) und (B). Diese tragen in professioneller und effizienter Weise zur Lösung des Problems bei. Die Rücksprache mit dem Pflegepersonal (D) oder dem Labor (G) ist dabei nicht ausreichend. Eine Reflexion des Fehlers ist wichtig und sinnvoll aber steht in der aktuellen Situation nicht an erster Stelle (F).