

Unterschenkelamputation bei chronischem, therapieresistentem Schmerzsyndrom des Fusses?

Jürg Knessl^a

^a Institut für Biomedizinische Ethik Zürich

Fallbericht: Medizinisch-ethisches Konsilium als Arbeitsgrundlage für weiterführende therapeutische Massnahmen / Epikrise.

Ein 47-jähriger Patient leidet an einem ausgeprägten Schmerzsyndrom des linken Fusses bei CRPS-Stadium II (M. Sudeck). Es besteht ein Zustand nach Verletzung der Kleinzehne mit nachfolgendem Infekt im lateralen Vorfussbereich, Ausbildung einer feuchten Gangrän mit chronischer Osteomyelitis, Nachamputation Zehe IV und V, dreimaliger Blockade N. ischiadicus, Amputation Zehe II, dreimaliger Grenzstrangblockade links, Infiltration und Kryotherapie des N. suralis.

Der Patient berichtet über sehr starke, teilweise invalidisierende Schmerzen mit starker Behinderung der Schläffähigkeit. Der Schmerzcharakter entspricht weitgehend einem neuropathischen Schmerz. Regelmässige Einnahme von Schmerzmitteln ist notwendig (Tramal retard, Novalgin, ferner Surmontil). Lokal ist der Fuss stark verändert, nach den erfolgten Amputationen besteht intakt nur noch die Grossezehe und die dritte Zehe links, es finden sich Sensibilitätsstörungen im Fussbereich, die aspektmässige Situation des Fusses entspricht eher einem CRPS-Stadium II als III.

Anfrage eines Chefarztes und Professors für orthopädische Chirurgie bezüglich der Durchführung eines medizinisch-ethischen Konsiliums. Bisher insgesamt neun erfolgte ärztliche Stellungnahmen, zwei davon seitens Fachärzten für Psychiatrie, ferner eine ethische Beurteilung.

Überlegungen aus medizinischer Sicht

Es geht darum, das medizinisch Sinnvolle zu tun, bei einem Patienten, der glaubhaft starke Schmerzen hat, dessen Leiden eine aufgrund einer zweifachen psychiatrischen Evaluation bestätigte somatische Problematik zugrunde liegt und bei dem anderweitige, wesentlich intervenierende psychiatrische Implikationen ausgeschlossen werden. Der Patient verlangt den Eingriff ausdrücklich. Etliche konservative Behandlungsmassnahmen wurden bereits durchgeführt. Der Leidensdruck ist glaubhaft und wird auch von den beurteilenden Psychiatern klar bestätigt beziehungsweise nicht in Frage gestellt. Der Patient ist aus orthopädischer Sicht jung, arbeitswillig und steht jetzt unter

recht massiver Schmerzmittelgabe. Die Chance, dass sich die Situation unter Weiterführung der bisherigen konservativen Massnahmen oder spontan bessert, darf als extrem klein betrachtet werden. Der Patient wünscht den besprochenen Eingriff selbst unter der Voraussetzung, dass die Chancen nur im Prozentbereich liegen. Er wurde diesbezüglich mehrfach befragt und hält fest, dass auch eine Wahrscheinlichkeit von unter 10% ihn nicht von seinem Wunsch abbringen könne, den Eingriff vornehmen zu lassen. Bei einer aktuellen Untersuchung mit Auswertung der Erfolgsrate nach Amputation bei M. Sudeck betrug diese 7% (2/28).

Medizinisch-ethische Beurteilung

Es geht hier um eine Entscheidung hinsichtlich der Durchführung eines operativen, nicht mehr rückgängig zu machenden und auch verstümmelnden Eingriffes, der eine kleine Wahrscheinlichkeit hat, eine Heilung beziehungsweise eine Linderung der Beschwerden zu bewirken, und dies bei einem persistierenden Beschwerdebild mit ausgeprägten Schmerzen und bereits weitgehend ausgeschöpften konservativen Behandlungsmassnahmen.

Erstes Analogbeispiel:

Bei der reinen ästhetischen Chirurgie ist – im Unterschied zur plastisch-rekonstruktiven Chirurgie – der medizinisch-therapeutische Zweck eines operativen Eingriffes gleich null. Die operierten Patienten haben nichtsdestotrotz alle perioperativen Risiken zu gewärtigen, oftmals eine durch Alterung des Gewebes begrenzte Dauer der ästhetischen Korrektur und zudem potentielle Unverträglichkeitsprobleme bei Implantaten, gegebenenfalls Reoperationen. Trotzdem ist der durch einen Chirurgen durchgeführte ästhetische Eingriff nicht widerrechtlich. Warum nicht? Weil der aufgeklärte, mündige Patient seine Einwilligung gegeben hat und dadurch die Einverständniserklärung des Patienten gültig ist.

Zweites Analogbeispiel:

Eingriffe zur Geschlechtsumwandlung entbehren einer *somatischen*-medizinischen Indikation. Sie werden durchgeführt auf Wunsch des Patienten, in der Regel gestützt

durch ein psychiatrisches Gutachten. Argumentiert wird üblicherweise, dass der Patient unter einer persistierenden Diskrepanz zwischen seinem morphologischen und seinem seelischen, identitäts-bildenden Geschlecht wesentlich leide oder dass wegen dieser Diskrepanz Suizidalität bestehe. Die Geschlechtsumwandlung stellt somit indirekt einen lebensrettenden Eingriff dar.

Da im vorliegenden Fall einerseits mehrfach bestätigt wird, dass der Patient unter seinem Zustand massiv leidet, und andererseits erwähnt wird, dass der Patient droht, sich das Bein traumatisch selbst zu entfernen, kann der Fall sehr wohl in Analogie zur Schwere der Problematik einer Geschlechtsumwandlung gesetzt werden.

Heilversuch versus Experiment

Einen Eingriff, den man vornimmt, ohne einen direkten therapeutischen Nutzen klar erwarten zu können, nennt man «Experiment». Ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal, um einen Heilversuch von einem Experiment abzugrenzen, ist das *Vorhandensein der therapeutischen Absicht*. «Im Übergangsbereich zwischen «reinem» Experiment und «reinem» Heileingriff ist der Heilversuch oder therapeutische Versuch angesiedelt, dessen Hauptmerkmal es ist, «dass ein Heilungszweck zwar nicht ausschliesslich, aber doch vorrangig verfolgt wird». «Der entscheidende Unterschied zwischen Heilbehandlung und Heilversuch auf der einen und dem Humanexperiment auf der anderen Seite ist [...] darin zu finden, dass der Therapeut in dem erstgenannten Bereich eine konkret-therapeutische Zwecksetzung verfolgt, während die Durchführung eines Humanexperimentes davon geprägt ist, dass allenfalls die Heilung künftiger Patienten intendiert ist, es liegt nur eine generell-therapeutische Zwecksetzung vor, unter Umständen fehlt es auch daran.» [1] In unserem Beispiel wird ausschliesslich ein *Heilzweck* verfolgt. Der Chirurg wird von einer konkreten therapeutischen Zwecksetzung geleitet. Somit handelt es sich zumindest um einen Heilversuch, um eine therapeutische Massnahme, die, unter Beurteilung der konkreten Situation, durchaus rechtmässig sein kann.

Beurteilung anhand relevanter philosophisch-ethischer Denkrichtungen

Der Kant'sche Grundsatz, dass eine Person Zweck sein kann, aber niemals Mittel zum Zweck, wird in dem hier besprochenen Fall nicht verletzt. Der Patient wird nicht als Mittel zum Zweck missbraucht. Es wird ein Eingriff diskutiert, den der Patient, ohne dazu genötigt oder manipuliert zu werden, ausdrücklich wünscht, und zwar nach eingehender Orientierung über ausblei-

bende positive oder potentiell negative Auswirkungen. Die therapeutische Absicht hinter der diskutierten Amputation verstösst nicht gegen die prinzipiellen Forderungen Kants. Aus der Sicht des *Utilitarismus* muss festgestellt werden, dass ein Belassen des Ist-Zustandes keinen Nutzen nach sich zieht. Die Wahrscheinlichkeit eines Nutzens durch die Operation ist klein, jedoch nicht gleich null. Die Wahrscheinlichkeit eines Nutzens bei Unterlassen der Behandlung ist, eine spontane Heilung nicht voraussetzend, praktisch null. Aus der Sicht des Utilitarismus spricht also nichts gegen den diskutierten Eingriff. Ein Eigenverschulden des Patienten liegt nicht vor. Der Patient ist arbeitswillig, und es sollte alles unternommen werden, um seine Chancengleichheit im Berufsleben zu sichern beziehungsweise zu erhöhen. Er sollte, auch wenn die Wahrscheinlichkeit klein ist, mit allen Möglichkeiten ausgerüstet werden, die es ihm erlauben, sein Leben zu meistern. Aus der Sicht von Rawls spricht ebenfalls nichts gegen den besprochenen Eingriff. Die vier Grundprinzipien von Beauchamp/Childress ergeben das folgende Bild: Auf den vorliegenden Fall bezogen gebietet es das Prinzip der Fürsorge bzw. des Wohltuns, den Patienten jede Hilfe zukommen zu lassen, die eine Chance auf Erfolg hat. Das Prinzip des Respekts vor der Autonomie des Patienten spricht klar und eindeutig für die Durchführung des Eingriffes. Das Prinzip der Gerechtigkeit im Sinne einer angemessenen Verteilung von Gütern gemäss berechtigter Ansprüche beziehungsweise Rechte von Individuen spricht nicht dagegen. Es bleibt das Prinzip der Schadensvermeidung. Der Schaden im Falle einer Durchführung des Eingriffes kann neben den üblichen perioperativen Komplikationen darin liegen, dass die Schmerzen trotz der erfolgten Operation nicht sistieren, z.B., wenn der M. Sudeck, wie erwähnt, nach «oben», nach proximal «wandert». Demgegenüber ist jedoch der Schaden zu berücksichtigen, der für den Patienten sowohl aufgrund der somatischen Schmerzen als auch langfristig hinsichtlich der psychischen Belastung entsteht. Gesamthaft sprechen die erwähnten vier Grundprinzipien eher für, zumindest aber nicht gegen die Durchführung des Eingriffes. Der *ethische Pluralismus* (W. Dr. Ross) führt die Pflicht des Wohlwollens auf. Die Begründung ist intuitiv gegeben. Leidenden Patienten zu helfen, ist eine Prima-facie-Pflicht.

Aufgrund der diskutierten, heute relevanten philosophisch-ethischen Ansätze müssen im vorliegenden Fall keine klar ablehnenden Schlüsse bezüglich der Durchführung einer Amputation gezogen werden. Aus ethischer Sicht ist die Situation zugegebenermassen mehrschichtig, und es können selbstverständlich wohlbegründete Argumente für wie auch gegen den Eingriff aufgeführt werden. Es ist jedoch nicht so, dass der diskutierte Eingriff kategorisch als unethisch bezeichnet werden müsste. Bei dem geplanten Eingriff handelt es sich zumindest um einen gerechtfertigten Heilversuch.

Epikrise

Auf der Basis des im Jahr 2009 von Dr. med. J. Knessl, MAE, erstellten ausführlichen medizinisch-ethischen Gutachtens wurde, nach weiteren Begutachtungen, im März 2011 die vom Patienten gewünschte operative Behandlung mit der Amputation des linken Unterschenkels durchgeführt. Ein Jahr nach der Operation ist der Patient schmerzfrei. Zu einem Fortschreiten des Morbus Sudeck ist es nicht gekommen, der Patient arbeitet, ist mit dem erreichten Resultat sehr zufrieden und kann auch seine Freizeit geniessen. Seine Lebensqualität wurde wiederhergestellt. Dies ist erst aufgrund

der Erstellung eines medizinisch-ethischen Gutachtens und durch das Engagement der behandelnden Ärzte, die sich für diesen Patienten eingesetzt haben, möglich geworden.

Korrespondenz

Dr. med. Jürg Knessl, MAE
Enzenbühlstr. 51
CH-8008 Zürich

E-Mail: orthop.chirurg[at]knessl.ch

Referenzen

1. Knessl J. Medizinische Ethik aus heutiger Sicht. Basel: Birkhäuser Verlag; 1989. p. 75.