

THERAPIEVERZICHT

Eine empirische medizinsoziologische Untersuchung zum ärztlichen Entscheidungsverhalten bei schwerkranken PatientInnen im Krankenhaus
(Praxis der passiven Sterbehilfe)

Dissertation

zur Erlangung des sozialwissenschaftlichen Doktorgrades der
Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Göttingen

vorgelegt

von

Eva Hampel

aus Münster

Göttingen 1997

Berichterstatter: Professor Dr. Hannes Friedrich

Mitberichterstatter: Professor Dr. Wolfgang Hiddemann

Tag der mündlichen Prüfung: 27.10.97

Danksagung

Zuerst gilt mein Dank den Ärztinnen und Ärzten sowie den Pflegenden, die sich mit großem Engagement unseren zeitintensiven Interviews gestellt haben. Ihre Bereitschaft, mit uns über ihren häufig als schwierig empfundenen Umgang mit den Grenzen des medizinisch Möglichen zu sprechen, war die wesentliche Voraussetzung für diese Studie.

Herrn Professor Dr. Hannes Friedrich danke ich für die freundliche Überlassung des Themas und sein Interesse am Fortgang der Arbeit. Frau Dr. Bettina Schöne-Seifert danke ich herzlich für die Unterstützung, die sie mir durch ihr intensives Lesen und ihre hilfreiche Kritik der ersten Fassungen dieser Arbeit gegeben hat. Bei Herrn Dr. Jürgen Wilhelm, Herrn Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp und Herrn Michael Astor, Soziologe M.A. bedanke ich mich gerne für viele Gespräche und kritische Anregungen.

Stefan Pilz, Arzt, Dr. Barbara Senckel und Bernhild Terhorst, Internistin, fühle ich mich sehr verbunden und danke ihnen für ihre Lese- und Diskussionsfreude mit der sie meine Arbeit begleitet haben.

Als InterviewerInnen halfen uns Martina Grusczyk, Soziologin, M.A., Claudia Bartels, Journalistin, Georg Schmidt, Soziologe, M.A., Mathew Sampson und Christian Bork, beide Dipl.-Sozialpädagogen, auch ihnen sei an dieser Stelle für ihre Arbeit gedankt.

Die Basis für die Auswertung einer Interviewstudie sind die langen Manuskripte der Gespräche; hierfür bedanke ich mich gerne bei Frau Vera Haupt, die das mit großer Ausdauer und Sorgfalt für uns bewerkstelligt hat.

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	7
2. CHANCEN UND GRENZEN THERAPEUTISCHEN HANDELNS	11
2.1 Krankheit - Diagnose - Therapie	11
2.2 Verzicht auf Therapie	13
2.3 Palliative Therapie - supportive Therapie - Basistherapie	14
2.4 Zum Begriff Therapieverzicht	15
2.4.1 Ansichten von deutschen Medizinern zur begrifflichen Eingrenzung	15
2.4.2 Die angloamerikanische Diskussion zur Begriffswahl	17
2.4.3 Konsequenzen für die vorliegende Untersuchung	19
2.4.4 Übersicht zum Begriff Therapieverzicht	21
2.5 Schwerstkrank	21
2.5.1 Schwerstkrank - ein relativer Begriff in der modernen Medizin	22
2.5.2 Exkurs: Indikation, Therapie und ärztliche Standards	23
2.5.3 ›Schwerstkrank‹ aus der Sicht des potentiell Betroffenen	27
2.5.4 Der Schwerstkranke in der medizinischen Versorgung	28
2.6 Entscheidungen	32
2.6.1 Entscheidung und Handeln	33
2.6.1.1 Entscheiden und Handeln als besondere Fähigkeit	33
2.6.1.2 Aspekte des Handelns	33
2.6.1.3 Die Notwendigkeit zu Handeln	33
2.6.1.4 Individualistisches Handeln und Entscheiden	33
2.6.1.5 Handeln und Entscheiden in der soziologischen Betrachtung	34
2.6.1.6 Individuelle Entscheidungsprozesse	34
2.6.1.7 Das ›antizipierte Entscheidungsbedauern‹	35
2.6.1.8 Arzt-Patient-Beziehung in der Entscheidung zum Therapieverzicht	36
2.6.1.9 Das ausgehandelte Sterben	38
2.6.1.10 DNR-Entscheidungen in der Praxis	40
2.6.2 Rationale Entscheidungen - Risiko - Ungewißheit	41
2.6.3 Entscheidungen in einer Organisation	44
2.6.3.1 Entscheidungskonflikte intra-individueller Natur	45
2.6.3.2 Konflikte um Entscheidungen in einer Organisation	46
2.6.3.3 Formen der Konfliktbewältigung in der Klinik	47
2.6.4 Therapieentscheidungen - wessen Aufgabe?	48
2.6.4.1 Exklusiv: GeschäftsführerInnen ohne Auftrag	49
2.6.4.2 Entscheidungsmediatoren	51
2.7 Überleitung	53
3. DIE EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG	54
3.1 Untersuchungsdesign und Organisatorisches zum Ablauf der Erhebung des empirischen Materials	55
3.1.1 Allgemeine Auswahl der Disziplinen / Kliniken und der ärztlichen InterviewpartnerInnen	55
3.1.2. Spezielle Auswahl der Ärztinnen und Ärzte	56
3.1.3. Die InterviewerInnen	57
3.1.4. Der thematische Einstieg: Vignetten	57
3.1.5. Das Interview	58
3.1.5.1 Wichtiger Hinweis zur Zitierweise der Interviews	59
3.1.6. Die Protokolle	59
3.1.7. Die Auswertung des Interviewmaterials	60
3.2 Soziodemographische Angaben über die interviewten Ärztinnen und Ärzte	61
3.2.1. Fachgebiete, Berufsgruppen und Geschlecht	61
3.2.2. Alter, Berufserfahrung und persönliche Lebensumstände	61

4. AUSGEWÄHLTE ASPEKTE ZUR ENTSCHEIDUNGSPROBLEMATIK	62
4.1 Therapieverzicht - eine Entscheidung mit verschiedenen Beteiligten	64
4.1.1 Übersicht	64
4.1.2 »Das macht man einvernehmlich unter den Ärzten...«	64
4.1.3 Kooperation mit den Pflegenden: bedingt ja	66
4.1.4 Die Angehörigen in der Entscheidung: emotional überfordert	67
4.1.5 Entscheidungen in Kooperation mit KollegInnen anderer Disziplinen	68
4.1.6 Zusammenfassung	69
4.2 Der Erwerb von Entscheidungskompetenz	71
4.2.1 Überblick	71
4.2.2 Lernen	72
4.2.3 Entscheidungen treffen können als Sozialisationseffekt	72
4.2.4 Entscheiden Lernen im beruflichen Alltag	74
4.2.5 Entscheiden in der Konfrontation mit der Situation	76
4.2.6 Lernen durch Erfolg und Mißerfolg	78
4.2.7 Persönliche Vorbilder in der Ausbildung	79
4.2.8 Zusammenfassung	81
4.3 Vorstellungen / Wünsche von Ärztinnen und Ärzten über ihre eigene Lebensqualität	81
4.3.1 Lebensqualität als Thema in der Medizin	81
4.3.2 »Lebensqualität« als Frage an MedizinerInnen	82
4.3.3 Erwartungen an das Leben und seine Qualitäten: positive und negative Abgrenzungen	83
4.3.4 In der Krisensituation ist vielleicht alles anders...	85
4.3.5 Option Freitod	86
4.3.6 Zusammenfassung	87
4.4 Dokumentation von Entscheidungen zum Therapieverzicht	87
4.4.1 Überblick	88
4.4.2 Schriftliche Dokumentation von Therapieverzichtsentscheidungen	88
4.4.3 Mündliche Weitergabe von Therapieverzichtsentscheidungen	88
4.4.4 Handhabung in ausgewählten Kliniken	88
4.4.5 Zusammenfassung	90
4.5 Ärztliche »Entscheidungsspielräume« bei Entscheidungen zu Therapie und Therapieverzicht	91
4.5.1 Überblick	91
4.5.2 Inhaltliche und formale Differenzierung von »Entscheidungsspielraum«	92
4.5.3 Aktive Gestaltung und Formen der Eingrenzung des »Entscheidungsspielraumes«	93
4.5.4 Schwierige Ortsbestimmung zwischen (abgelehnter) Macht und (eingestandener) Ohnmacht	93
4.5.5 Entscheidungsspielräume gestalten	95
4.6 »Entscheidungsspielräume« und das Gefühl, HerrIn über Leben und Tod zu sein	95
4.6.1 Zur Fragestellung	96
4.6.2 Wann und wo ist man 'HerrIn über Leben und Tod'?	96
4.6.3 »Nein, so fühle ich mich nicht, weil...«	97
4.6.4 »Ja, ich fühle mich schon manchmal so, aber...«	99
4.6.5 Zusammenfassung	101
4.7 Halbherzigkeiten in den Therapieentscheidungen und im Handeln	101
4.7.1 Überblick	101
4.7.2 Erscheinungsformen	103
4.7.3 Begründungen für halbherzige Therapie(verzichts)entscheidungen	103
4.7.3.1 Die Unsicherheit	104
4.7.3.2 Die Last der Verantwortung/ psychologische Gründe	105
4.7.3.3 Warten auf Hilfe von außen/ »moralische« Gründe	108
4.7.3.4 »Institutionelle« Gründe und Auswirkungen	108
4.7.4 Zusammenfassung	109

4.8 Präferenzen beim Therapieverzicht: primäres »Nichtbeginnen« oder sekundäres »Abbrechen«	111
4.8.1 Überblick	111
4.8.2 Begonnene Therapie abbrechen ist schwerer als nicht anfangen... (Argument »Nichtbeginnen«)	114
4.8.2.1 Situationsbezogene Aspekte	114
4.8.2.2 Interaktionelle Aspekte	115
4.8.2.3 Präferenz für »Nichtbeginnen« als Aspekt der Arzt-Patient-Beziehung	115
4.8.2.4 Moralische Aspekte beim »Nichtbeginnen«	116
4.8.2.5 Psychologische Aspekte	118
4.8.3 Besser erst anfangen, aufhören kann man immer noch... (Argument »Aufhören«)	120
4.8.4 Zusammenfassung	121
4.9 Konflikte um Therapie(verzichts)entscheidungen	123
4.9.1. Überblick	123
4.9.2 Inhaltliche Anlässe für Kontroversen mit KollegInnen/ Vorgesetzten über Therapie(-verzichts)entscheidungen	125
4.9.2.1 Anästhesisten	125
4.9.2.1.2 Konflikte mit anderen Disziplinen	126
4.9.2.1.3 Konflikte um das Treffen von Entscheidungen	127
4.9.2.2 Chirurgen	128
4.9.2.2.1 Interne fachbezogene Konflikte	128
4.9.2.2.2 Konflikte um die moralische Zulässigkeit verschiedener Handlungsalternativen	128
4.9.2.3 Internisten	128
4.9.2.3.1 Interne fachbezogene Konflikte	128
4.9.3 Formen der persönlichen Kontroverse mit KollegInnen / Vorgesetzten	129
4.9.3.1 Anästhesisten	130
4.9.3.1.1 Vorwürfe statt Auseinandersetzung	130
4.9.3.1.2 Wohl des Patienten versus Eigeninteressen	130
4.9.3.2 Chirurgen	131
4.9.3.2.1 Konflikte um Kompetenzen	131
4.9.3.2.2 Konflikte als Folge unterschiedlicher Ausgangssituationen	132
4.9.3.3 Internisten	133
4.9.3.3.1 Konflikte wegen patientenfernen Entscheidungskriterien	133
4.9.3.3.2 Probleme um die Rechtfertigung von Entscheidungen	134
4.9.3.3.4 Antizipierte Konflikte	134
4.9.4. Formen des Umgangs mit Konflikten	135
4.9.4.1 Anästhesisten	135
4.9.4.1.1 Im Zweifelsfall: mehr Informationen und Therapie	135
4.9.4.1.2 In kleinen Schritten zum Konsens	136
4.9.4.1.4 Verordnete Lösungen: Hierarchie	137
4.9.4.2 Chirurgen	137
4.9.4.2.1 In der Diskussion zum Konsens	138
4.9.4.3 Internisten	138
4.9.4.3.1 Hierarchie und klärende Gespräche/ Überreden	138
4.9.5 Zusammenfassung	139
5. ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION	142
5.1 Therapieverzicht im Kontext: Individuelle, gesellschaftliche und ökonomische Aspekte	142
5.2 Theoretische Grundlagen	143
5.3 Methode und Ergebnisse der empirischen Untersuchung	147
5.4 Diskussion und Ausblick	154
Literaturverzeichnis	158
Anhang A	160
Interviewleitfaden für Ärztinnen u. Ärzte (August 1990)	160
Anhang B	167
Register: Übersicht zu den InterviewpartnerInnen	168

1. Einleitung

In der heutigen (westlichen) Medizin ist es oft nicht einfach, die Grenzen zu sehen, wann medizinisch therapeutische Bemühungen in kurativer, teilweise auch in erweiterter palliativer Absicht nicht mehr sinnvoll, oder auch einfach vom Patienten nicht mehr gewollt sind. Wenn sie diese Grenzen erkennen, stellt sich für die Beteiligten die nicht minder schwierige Aufgabe, sie in humaner Verantwortung konsequent zu ziehen, die Erkenntnis in ein konkretes Handeln umzusetzen. Dies ist, knapp umrissen, die Situation, die in dieser Arbeit näher untersucht werden soll.

In den letzten Jahrzehnten hat die Medizin einen erheblichen Teil ihrer Bemühungen und Ressourcen in die Methoden und die zugehörigen Techniken der Lebensverlängerung investiert. In der Öffentlichkeit hat sie dafür viel Anerkennung bekommen; die einzelnen ÄrztInnen erfahren immer wieder die große Dankbarkeit »ihrer« PatientInnen, wenn sie in schweren körperlichen Krisen wirkungsvoll helfen können, wenn sie Menschen vor dem sicheren Tod retten. Mit der Zeit sind aber auch die anderen Seiten dieser »Errungenschaften des Fortschritts« deutlich geworden: Nicht mehr rechtzeitig, aber »erfolgreich« reanimierte werden zu dauerhaft komatösen Patienten, die mit Hilfe einer ausgefeilten Behandlung und Pflege incl. künstlicher Ernährung jahrelang am Leben bleiben können; oder Patienten, die (noch) intensivmedizinisch behandelt werden, obwohl sie es in Anbetracht ihres hohen Alters und/ oder ihrer fortgeschrittenen chronischen Erkrankung ablehnen, und z.B. eine solche Verfügung (Patiententestament) schon zuvor schriftlich fixiert hatten. Diese und ähnliche schmerzliche Erfahrungen der betroffenen Patienten, ihrer Angehörigen, wie auch häufig der sie professionell pflegend und therapeutisch Versorgenden, haben es deutlich gemacht: Die technischen Möglichkeiten der Medizin, Leben zu verlängern, übersteigen ihre Fähigkeiten, eine erlebbare Gesundheit wieder herzustellen. Mit den gleichen therapeutischen Interventionen, mit denen ein Leben u.U. gerettet werden kann, kann auch das Sterben eines Menschen noch verlängert werden. Während Lebensrettung in den meisten Fällen erwünscht ist, ist die Kehrseite davon, ein langwieriges Sterben, sehr gefürchtet.

Die Spannungen, denen die Medizin und die ÄrztInnen/ Pflegenden in diesen Fragen ausgesetzt sind, erwachsen nur zum Teil aus der Logik einer sich als naturwissenschaftlich verstehenden Medizin. Noch wichtiger für diese Entwicklung ist die gesellschaftliche Übereinkunft, daß ein langes Leben ohne Krankheit (impairment), ohne Funktionsbeeinträchtigung (disability) und aus solcher eventuell resultierenden sozialen Benachteiligung (handicap), erstrebenswert ist. Für die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit werden in Deutschland jährlich etwa 8,1% des Bruttosozialproduktes¹ aufgewendet. »Gesundheit« ist ein Wirtschaftszweig, allerdings mit einem speziellen Anforderungsprofil und teilweise eigenen Formen der Gratifikation für die darin Tätigen. Gesundheit –und damit verknüpft Jugendlichkeit– genießen einen hohen Stellenwert, der auch den MedizinerInnen ein starkes gesellschaftliches Prestige zuschreibt. Entsprechend sind die Gegenbilder Krankheit, Alter und Sterben unattraktiv und erfahren in der Realität relativ wenig Aufmerksamkeit. Auch in der Fiktion der Medien (Kino, TV, Video) sind Krankheiten und insbesondere chronisches Leiden sehr selten; der schnelle, gewaltsame Tod ist dafür allgegenwärtig, er trifft die Protagonisten meist unverhofft, mitten im Leben. Die Realität ist weit davon entfernt: Heute sterben bei uns die meisten Menschen an den Folgen einer chronischen Erkrankung, und etwa 80% sterben in einem Krankenhaus oder einer ähnlichen Einrichtung –in den Städten sogar über 90%. Demgegenüber wünschen 80% der Menschen in ihrer

1 »Im Jahr 1990 wurden in den alten Ländern 195,4 Mrd.DM an direkten laufenden Gesundheitsleistungen (d.h. ohne Einkommensleistungen, Verwaltung der Versicherungen, Forschung, Ausbildung und Bauinvestitionen) ausgegeben. Das sind 8,1% des BSP. Die BRD liegt damit unter den Industrienationen im Mittelfeld.« Schneider, M. et al. (1993) Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Ausgabe 1992. BASYS, Augsburg

häuslichen Umgebung zu sterben.

Aufenthalt im Krankenhaus bedeutet medizinische Behandlung; dies entspricht dem Versorgungsauftrag einer solchen Institution. Das Ziel von Behandlung ist primär der Lebenserhalt, ist der nicht mehr möglich, tritt die Leidensminderung an diese Stelle.² Ihrer eigenen Logik folgend, schießt die Medizin an diesem Punkt leicht über das Ziel hinaus: Die Bemühungen um Lebenserhalt werden dann zu einer quälenden Sterbeverlängerung, –für alle Beteiligten. Wie wird das richtige therapeutische Maß hier bestimmt? Welche Entscheidungen sind dazu notwendig? Hier setzt das Thema »Therapieverzicht« an; es soll im folgenden kurz aus den Perspektiven der direkt und der indirekt Beteiligten betrachtet werden.

Den (potentiellen) Patienten oder Angehörigen beschäftigen bei dem Thema »Therapieverzicht« –wenn er/sie sich ihm überhaupt stellt– zunächst sehr praktische Aspekte: Gedanken an die eigene körperliche und geistige Integrität, Gedanken an das eigene Sterben und manchmal auch die Sorge um die Selbstbestimmung, ob man hier Vorkehrungen (z.B. in Form eines Patiententestamentes) treffen will, oder sich in diesen Dingen auf den /die PartnerIn oder die Angehörigen verlassen möchte, und entsprechend, wie es ist, wenn man für einen Angehörigen in einer solchen Situation Verantwortung übernehmen soll u.ä. Wer sich mit solchen Themen auseinandersetzt stößt bald an die Grenzen einer auf die eigene Person gerichteten Vorstellungsfähigkeit und an die Grenzen eines gesellschaftlichen Tabus: »die Gedanken könnten das Ereignis herbeirufen.« Die Beunruhigung, die immer von diesem Thema ausgeht, versucht man zu bewältigen, indem man auf die Macht der Fakten zählt: für eine konkrete Situation findet sich auch eine Lösung.

Aus juristischer Sicht ergeben sich aus dieser Konstellation direkte Fragen hinsichtlich der Zulässigkeit von Therapieverzicht, dem Schutz des Lebens vor Fremdinteressen (Mißbrauchsabwehr) der Kontrolle der ärztliche Sorgfaltspflicht, der Patientenaufklärung etc. Fragen der Autonomie und des mutmaßlichen Willens des Kranken (Rechtsverbindlichkeit von Patiententestamenten), der rechtlichen Stellung des Angehörigen in einer solchen Situation, aber auch z.B. der Stellung des Kranken gegenüber der Solidargemeinschaft der Versicherten, sind ebenfalls Probleme, für die eine rechtsstaatlich organisierte Gesellschaft auch Verbindlichkeiten herstellen muß.

Auch Theologen und Philosophen nehmen zu diesen Fragen Stellung. Ihr Ausgangspunkt sind z.B. Überlegungen und Forderungen zu den Themen »menschenwürdiges Sterben« oder die »ethische Beurteilung medizinischer Interventionen«. Sie fragen, was das normativ richtige Handeln sei, ob die Aufrechterhaltung des Lebens um jeden Preis sinnvoll sei, sie fragen nach der Bewertung von Leiden, der Zumutbarkeit von Therapie und Verantwortbarkeit von Therapieverzicht. Darüber hinaus sind für sie z.B. auch Fragen der gerechten Verteilung knapper und teurer Gesundheitsleistungen als Probleme der sozialen Gerechtigkeit von Bedeutung.

Letzteres interessiert, nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Bevölkerungsentwicklung³, auch die Ökonomen und Politiker: Kann oder will sich die Gesellschaft alle medizinischen Leistungen leisten, die die Medizin und ihre Technik bereithalten? Sind hier neue Versorgungskonzepte notwendig oder müssen in der gesundheitlichen Versorgung andere Prioritäten gesetzt werden?

Für die Medizin und die ÄrztInnen, –und nur dieser Ausschnitt soll hier im folgenden eingehender dargestellt werden– stellen sich teilweise ähnliche Fragen. Darüber hinaus sind sie aber auch mit den Schwierigkeiten der praktischen Umsetzung dieser Überlegungen konfrontiert. Es beginnt z.B. mit der Frage, welche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sind allge-

2 Dieser Wechsel zur Leidensminderung betrifft heute weniger als 5% der Fälle.

3 Im Jahre 2030 werden in den westlichen Industriestaaten etwa 35-42% der Bevölkerung über 60 Jahre alt sein.

mein (bei dieser Erkrankung und in diesem Stadium) und im gegebenen Fall (bei diesem Patienten und seinen zusätzlichen Implikationen) indiziert? Um dies beantworten zu können muß zuvor die Frage der Diagnose und des zugehörigen Erkrankungsverlaufes geklärt sein, damit eine Prognose für den Spontanverlauf und den Verlauf unter therapeutischer Intervention gestellt werden kann. Erst dann kann man sich Gedanken über die Realisierbarkeit, den Nutzen, die Belastungen und die Risiken der avisierten Intervention machen und eine konkrete Entscheidung zum therapeutischen Handeln treffen. Dies ist kein einmaliger Akt, sondern ein Prozeß, der sich auch über längere Zeit hinziehen kann, und dessen Stufen teilweise auch mehrfach durchlaufen werden.

Spricht man gemeinhin von therapeutischem Handeln, so unterstellt man gedanklich i.d.R. ein »Handeln in kurativer Absicht«. Die vorliegenden Ausführungen fokussieren aber speziell auf ein therapeutisches Handeln, welches von dieser Absicht Abstand nimmt. Weil es sich auf diesen Ausschnitt des Handelns bezieht, soll es hier »Verzicht auf kurative oder lebenserhaltende Therapie« oder kürzer »Therapieverzicht« genannt werden. Damit ist jedoch nicht der Verzicht auf jegliches therapeutisches Handeln gemeint, da auch palliative Versorgung (menschliche Anteilnahme, Gespräch, Pflege und Schmerzlinderung) ein Handeln in therapeutischer Absicht ist.

Vom Normalfall »Therapie in kurativer Absicht« zum »Therapieverzicht« zu wechseln, ist für das ärztliche Handlungs- und Selbstverständnis ein ungewöhnlicher Schritt. Jeder Arzt, jede Ärztin kennt in seinen/ ihren Bemühungen, einen Erkrankungsverlauf zu korrigieren oder aufzuhalten, auch das Ende der therapeutischen Wirksamkeit. Diese Situation ist nicht selten Anlaß, über Therapieverzicht nachzudenken. Der Begriff »Therapieverzicht« steht hier für das Phänomen, therapeutische Bemühungen (in lebensverlängernder Absicht) nicht mehr unbedingt bis zur vollen Neige auszuschöpfen, oder bestimmte Maßnahmen (Reanimation, Beatmung, Dialyse, Antibiotika u.ä.) in der Akutsituation nicht mehr einzuleiten.

In einer Situation, in der eine kurative Therapie an ihre Grenzen gestoßen ist, verändern sich u.U. die Zielsetzungen der betroffenen Patientinnen und Patienten, bzw. ihrer Angehörigen, und der professionellen Beteiligten. Das Individuum möchte beispielsweise keine Schmerzen leiden, seine persönliche Würde und die Selbstbestimmung über die Sterbeumstände wahren. Ärztliche Ziele können unterschiedliche Aspekte (ausschließlich, gleichzeitig oder in zeitlicher Abfolge) betonen: Das erlernte Wissen und die Fertigkeiten einzubringen und mit den Mitteln der Medizin ein Leben maximal zu verlängern, um die eigene Handlungskompetenz sich selbst oder anderen gegenüber unter Beweis zu stellen. Ein Arzt kann sich auch den erklärten Wunsch des Patienten nach Lebensverlängerung (um jeden Preis) zum Ziel nehmen. Genauso kann es beispielsweise hinsichtlich der Arbeitszusammenhänge von ÄrztInnen und Pflegenden auch ein (zumeist nicht offen formuliertes) Ziel sein, emotionale Belastungen, wie sie durch langwierige –weil mit medizinischen Interventionen herausgezögerte– Sterbeverläufe entstehen, abzubauen. Letzteres betrifft selbstverständlich auch PatientInnen und Angehörige.

Die bisher angesprochenen Probleme und Konstellationen haben konkrete Auswirkungen: Die Situation der Schwerstkranken und Sterbenden in unseren Kliniken⁴ gilt als ausgesprochen verbesserungswürdig, die Berichte über die hohen Streßbelastungen der KrankenhausmitarbeiterInnen (Stichwort: burnout)⁵ sind zahlreich und die Bemühungen Einzelner,⁶ oder auch ge-

4 Weingarten, E. (1984) Bemerkungen zur sozialen Organisation des Sterbens im Krankenhaus. in: Winau, R. & H.P. Rosemeier, Tod und Sterben. Berlin, New York: de Gruyter

Sudnow, D. (1973) Organisiertes Sterben. Eine soziologische Untersuchung. Frankfurt/ Main

Leist, A. (Hg.) (1990) Um Leben und Tod. Moralische Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung, Euthanasie und Selbstmord. Frankfurt/ Main: Stw 846

5 Pines, A. et al (1990) Ausgebrannt. Vom Überdruß zur Selbstentfaltung. 5. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta

sellschaftlicher Gruppen, um mehr Selbstbestimmung in den Sterbeangelegenheiten, nehmen auch hierzulande zu. Zu Fragen der Therapiebegrenzung gibt es zwar inzwischen (1995) auch unter MedizinerInnen eine Diskussion, aber nach wie vor existieren keine Leitlinien o.ä., die den ÄrztInnen helfen, ihr Verhalten in solchen komplexen Situationen zu strukturieren.

Aus medizinsoziologischer Sicht ist dies eine durchaus spannende Konstellation: Zum einen scheint es eine eindeutige gesellschaftliche Problemlage zu geben. Als Indikatoren dafür stehen z.B. die Sterbewirklichkeit in den Kliniken, die hohe Stressbelastung der MitarbeiterInnen etc., sowie die diesen Mißständen entgegnetretenden Initiativen privater Hospizgründungen, als Versuch, Sterbenden eine Alternative zur Klinik anzubieten. Zum anderen wird bereits bei der Aufzählung der Schwierigkeiten deutlich, daß die Medizin bzw. ihre ärztlichen VertreterInnen, noch keine suffiziente Antwort auf diese Probleme gefunden haben. Theoretische Ansätze zur Erklärung und Vorschläge zur Lösung der Schwierigkeiten wurden bisher vor allem von Seiten der »nichtmedizinischen« Fächer unterbreitet, fanden aber nur wenig Rezeption bei den praktisch tätigen ÄrztInnen. Die Problemlage ist zweifellos vorhanden, nur ist unklar, wie sie im klinischen Alltag unter den gegebenen Umständen verhandelt und ggf. gelöst wird.

Aus medizinsoziologischer Perspektive lassen sich in Hinblick auf den klinischen Alltag u.a. folgende Fragen stellen: Wird das Problem der therapeutischen Begrenzung wahrgenommen, wenn ja, wie? Werden im Krankenhaus Entscheidungen zum Verzicht auf Fortsetzung von Therapie getroffen, wenn ja, wie und von wem? Gibt es dazu Leitlinien? Kann man hier etwas planen, oder muß in solchen Fällen immer ad hoc entschieden und gehandelt werden? In welchen Situationen, unter welchen Umständen und in welchen personellen Konstellationen werden Entscheidungen zum Therapieverzicht gesucht? Wie sind ÄrztInnen auf solche Aufgaben vorbereitet? Wie werden diese Entscheidungen begründet? Welche Faktoren stehen ggf. einer zufriedenstellenden Lösung des Problems entgegen.?

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen einer breit angelegten Studie, in der einhundert ÄrztInnen und noch einmal die gleiche Anzahl Pflegenden in verschiedenen Kliniken und aus drei unterschiedlichen Fachrichtungen in mehrstündigen Tiefeninterviews zu ihren Erfahrungen mit Sterbenden, zum Problem der Therapiebegrenzung, zu persönlichen und institutionellen Umgangsformen mit solchen Fragen und zu Normen und Wertvorstellungen in diesem Zusammenhang, befragt wurden. Aus dem sehr umfangreichen Interviewmaterial soll hier der Aspekt »Entscheidungen zum Therapieverzicht«, wie er sich in den Interviews mit den ÄrztInnen darstellt, vorgestellt werden.

Therapieverzicht ist ein Teil des ärztlichen Handelns, es gibt aber (noch) keinen klaren gedanklichen, rechtlich ausformulierten und in eine Praxis umsetzbaren Rahmen für dieses Handeln. Es besteht in Deutschland zwar ein grundsätzlicher Konsens über die Zulässigkeit von Therapieverzicht respektive »passive Sterbehilfe«, es fehlen aber konkrete Kriterien oder Leitlinien zur Gestaltung der Situation. Deren Ausgestaltung wird den ÄrztInnen überlassen, oder, –je nach Blickwinkel– ihnen zugemutet, oder von ihnen als Vorrecht beansprucht.

In einem ersten Teil der Arbeit soll, unter Bezugnahme auf die amerikanischen Entwicklungen in dieser Fragestellung, eine begriffliche Klärung des Umfeldes unternommen werden. Es folgt eine soziologisch orientierte Darstellung der Entscheidungsproblematik im Kontext des klinischen Alltags. Daran anschließend werden im Hauptteil der Untersuchung einige ausgewählte Fragestellungen zur Entscheidungsproblematik bei Therapieverzicht anhand des empirischen Materials aus den Interviews mit den befragten ÄrztInnen dargestellt.

2. Chancen und Grenzen therapeutischen Handelns

Zentrale Begriffe für diese Arbeit sind »Therapie« und »Therapieverzicht«, »schwerstkrank«, »Entscheidungen« und »medizinisches (soziales) Handeln«. Sie sollen zunächst in ihrer Verwendung erklärt werden.

2.1 Krankheit - Diagnose - Therapie

Therapie und Behandlung bezeichnen gleichbedeutend ein Handeln in der Absicht, die Krankheit eines Menschen ursächlich zu heilen und/ oder dessen Befinden symptomatisch zu bessern. Hinter einer solchen Therapie steht eine Modellvorstellung über die Genese und den Verlauf von Krankheiten. In der klassischen Schulmedizin ist das naturwissenschaftlich-biologische Modell vorherrschend; es geht davon aus, daß Erkrankungen auf pathophysiologische Strukturveränderungen von Zellen, Gewebestrukturen, Organen und Organsystemen zurückzuführen sind. Die Ursachen können exogen oder endogen sein und genetisch, physiologisch oder anatomisch erklärt werden. Krankheit wird allgemein als »subjektiv empfundene, bzw. objektiv feststellbare körperlich, geistige bzw. seelische Veränderung bzw. Störung« verstanden⁷.

Medizinisch-therapeutisches Handeln ist zunächst erkenntnis- und symptomorientiert und zielt auf eine praktische Intervention ab. Mit den Methoden der Diagnostik versucht die Ärztin/ der Arzt, von der Norm abweichende Strukturen in Art, Größe und Menge zu erkennen, einer speziellen Symptomatik zuzuordnen, gegen ähnliche Symptome differentialdiagnostisch abzugrenzen und diese dann zu bestimmten Krankheitsbildern zusammenzufassen. Therapie ist i.d.R. kausal orientiert: Sie umfaßt alle Formen der Intervention mit dem Ziel der Heilung und/oder wirksamen Linderung eines Leidens (Symptomreduktion). Die als pathologisch erkannten Veränderungen sollen ganz oder zumindest teilweise rückgängig gemacht werden, wenn dies nicht möglich ist, soll ein Fortschreiten der Erkrankung aufgehalten oder verlangsamt, und das subjektive Leiden minimiert werden.

Das Verständnis von Leiden und Krankheit und die Art der therapeutischen Angebote, wie sie die Medizin und ihre fachkundigen Vertreter anbieten und wie sie ihrerseits von den Kranken (und im allgemeinen auch von der Gesellschaft) erwartet werden, sind maßgeblich von anthropologischen, spirituellen und kulturellen Vorstellungen vom Menschen, vom Leben, von Gesundheit, Krankheit und »Kurieren« geprägt.

Als ein Leitkonzept medizinischen Handelns bezeichnet J. SLOMKA (1992)⁸ das *Konzept der Reversibilität*. Es basiert auf den Ansichten der Medizin –bzw. des einzelnen Mediziners– über physiologisch-therapeutische Wirkungszusammenhänge, so wie sie (von ihnen) mit ihrer klinischen Erfahrung und aufgrund der jeweils wahrgenommenen objektiven medizinischen Daten gesehen werden. Wenn ein Erkrankungszustand als reversibel angesehen wird, dann ist medizinische Intervention möglich, um den Patienten von einem pathologischen Status in einen (bedingt) normalen zu führen. Wird ein Zustand als irreversibel angesehen, dann ist klar, daß eine medizinische Intervention in kurativer Absicht nutzlos sein wird.⁹ Für das Konzept der Reversibilität sind zwei Punkte maßgeblich: (1) *medizinische Wirksamkeit (efficacy)*, also das Ausmaß, in welchem bestimmte physiologische Effekte möglich sind, und (2) der *medizinische Nutzen (benefit)*, der für den ganzheitlich betrachteten Patienten erreichbar ist.¹⁰ Eine Verbin-

7 Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch. 256. Aufl., Berlin, New York 1990

8 Slomka, J. (1992) The negotiation of death: clinical decision making at the end of life. Soc Sci Med 35 (3) : 251-9.

9 Palliative Interventionen betrifft dies nicht, sie sind immer indiziert.

10 Dies entspricht im Prinzip auch dem »Machbaren« und dem »Sinnvollen« in den Überlegungen von Salomon. (siehe Abschnitt 2.6.4.1)

dung dieser beiden Aspekte ist wohl erwünscht, aber von der Sache her nicht zwingend: Unterschiedliche pathologische Situationen lassen sich effektiv beeinflussen; das Ergebnis muß jedoch nicht notwendigerweise auch einen wirklichen Gewinn für den Patienten bedeuten. Das Konzept der Reversibilität schließt gedanklich das limitierende Gegenkonzept der medizinischen Nutzlosigkeit (*futility*) mit ein.

Beide Konzepte sind nur ›bedingt‹ objektiv zu konkretisieren. Für die Zuordnung ist jeweils die (subjektive) Interpretation der ÄrztInnen ausschlaggebend: Nur wenn ein klinischer Zustand als solcher erkannt und als reversibel kategorisiert wird, ist eine (weitere) aggressive Behandlung medizinisch (und moralisch) indiziert –oder nicht. Für E. FREIDSON (1975)¹¹ liegt die Definitionsmacht, was im einzelnen als Krankheit gilt, bei der ärztlichen Profession: ÄrztInnen definieren als ExpertInnen die Kategorien, innerhalb derer Krankheiten professionell erfaßt, gesellschaftlich legitimiert und ggf. therapiert werden. Darüber hinaus kontrollieren ÄrztInnen »die mit Gesundheitsfragen befaßten Institutionen ebenso, wie sie die auf Gesundheit bezogenen Probleme der Politik definieren.« Der soziale Rahmen, in dem dies abläuft, z.B. die Bestimmung dessen, wann und wo Gesundheit endet und Krankheit beginnt, wird aber auch durch die Ansprüche und Möglichkeiten einer Gesellschaft bestimmt: so werden heute z.B. altersbedingte Funktionseinschränkungen auch schnell zur Krankheit, nur weil sie medizinischerseits behandlungsfähig sind und auf Patientenseite vielleicht einem Idealbild vom ewig jugendlichen usw. Menschen entsprechen. Medizinischen Leistungen ist ein finanzieller Rahmen vorgegeben, zumindest insofern diese Leistungen durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) abgedeckt werden müssen. Entsprechend der gesetzlichen Festlegung (§ 182 Abs.2 SGB V) müssen Leistungen nur in dem Umfang gewährt werden, der für den jeweiligen Erkrankungsfall als »ausreichend und zweckmäßig« anzusehen ist. Was im individuellen Fall ausreichend und zweckmäßig ist bestimmen jeweils exklusiv die ÄrztInnen.

Heilen und das Leben des sich anvertrauenden Patienten schützen und erhalten und nicht schädigen, sind die klassischen Maximen ärztlichen Handelns. Um dieses (normative) Ziel zu erreichen, sind eine zuverlässige Diagnose, eine Prognose für den Spontanverlauf der Erkrankung, ein Therapieversuch und eine entsprechende Prognose für den Heilungs- bzw. den weiteren Erkrankungsverlauf unter Therapie die ersten Schritte. Die Prognose ist die hypothetische Komprimierung der medizinischen Sachlage, soweit sie mit den gegebenen Möglichkeiten unter Berücksichtigung des Zeitfaktors erfaßbar ist. Sie versucht vor allem eine Aussage hinsichtlich des möglichen zeitlichen Verlaufes zu geben, dabei rekurriert der Prognosesteller häufig *nicht* auf statistische Anhaltzahlen, sondern eher auf verfügbare Erfahrungswerte aus analogen Situationen.

Inzwischen gewinnt die psychosomatische Medizin, basierend auf der Anerkennung wechselseitiger Wirkung von Psyche und Soma, (wieder) einen zunehmenden Einfluß auf das Krankheits- und Therapieverständnis. Die Psychosomatik versucht z.B. Belastungen/ Stressoren zu identifizieren und ihre Bedeutung für die Krankheitsentwicklung und die Verarbeitungsweisen und Bewältigungsformen des Patienten zu verstehen. Sie hat sich ebenfalls mit den spezifischen Belastungen durch die intensivmedizinische Behandlung befaßt und darauf hingewiesen, daß hier wesentliche Belastungen gerade sterbenskranker Patienten auf Mängel in den Strukturen des ärztlichen Denkens und Handelns zurückzuführen sind.

Die therapeutischen Maßnahmen, die uns im folgenden interessieren werden, sind i.d.R. lebenserhaltende Maßnahmen. Häufig sind sie aufwendig und oft in ihrer beabsichtigten und in ihren unbeabsichtigten Wirkungen für den Patienten objektiv und subjektiv sehr belastend. Das

¹¹ Freidson, E. (1975) Dominanz der Experten. Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung. München, Berlin, Wien 1975

gilt in der einen oder anderen Hinsicht etwa für: Intensivtherapie (maximale intensivmedizinische Überwachung, Reanimation, künstliche Beatmung, künstliche Aufrechterhaltung von Organfunktionen), chirurgische Eingriffe bei terminal Kranken (z.B. bei Hirnverletzten oder Tumorpatienten im Endstadium), und Tumorthherapie (z.B. Chemo- oder Strahlentherapie). Betroffen sind davon (hier erwachsene) Patienten mit schweren postoperativen Komplikationen (Sepsis, Organversagen, respiratorischer Insuffizienz, apoplektischem Insult), Unfallpatienten (Schädel-Hirn-Trauma, posttraumatischem Multiorganversagen, schweren Verbrennungen u.ä.), Patienten im Endstadium einer progredienten chronischen Erkrankungen der Atemwege, kardiovaskulären Erkrankungen oder einer Krebserkrankung (z.B. rezidivierendem malignem Hirntumor, blutendem Magenkarzinom), ruptiertem Aorten-Aneurysma, schwerer Demenz, Apallischem Syndrom u.ä. Es kann sich jedoch auch um vergleichsweise einfache und nicht direkt belastende Behandlungsmaßnahmen handeln, wie die Gabe von Antibiotika (bei Infektionskrankungen) oder die parenterale Zufuhr von Wasser und Nährstoffen, (wenn der Kranke nicht mehr zur oralen Nahrungsaufnahme fähig ist). Auch durch solche Maßnahmen kann das Leben Schwerstkranker und Sterbender verlängert werden.

Im Krankenhaus, im Rettungswesen und besonders in der Intensivmedizin sind vorwiegend die Anästhesisten, die Internisten und die Ärzte der chirurgischen Disziplinen mit diesen PatientInnen befaßt.

Die Indikation¹² zur Anwendung von Therapiemaßnahmen (ihs. intensivmedizinischer Überwachung und Therapie) erfordert für jeden Patienten eine Nutzen - Schaden bzw. Nutzen - Risiko - Abwägung. Der erstrebte Nutzen (Heilung/ Linderung/ Wohlbefinden/ Erträglichkeit des Leidens) ist dem Therapiebegriff quasi immanent. Die jede therapeutische Maßnahme begleitenden Risiken versucht man zu minimieren und zu kontrollieren. Dabei hat man zumeist, das zeigt die allgemeine Erfahrung, jene Risiken und Schäden vor Augen, die in einem engeren medizinisch-physiologischen Rahmen zu sehen sind (falsches Medikament, falsche Applikation oder Dosierung, unerwartete oder nicht beherrschbare Nebenwirkungen etc.), als solche ggf. auch nachzuweisen sind, und somit auch einen möglichen juristischen Regreß nach sich ziehen können. Was damit aus dem Blick gerät sind die Schäden oder Risiken für den Patienten, durch eine Behandlung keine (positive) Hilfe zu erfahren, sondern Leidensintensivierung und -verlängerung. So ist z.B. eine Intensivüberwachung und ihre Begleitumstände für die Patientin/ den Patienten (und die Angehörigen) mit einer hohen Stressbelastung verbunden. Eine Respiratortherapie bei schwerer respiratorischer Insuffizienz kann einen Patienten u.U. in eine ausweglose Situation führen, wenn eine ausreichende Eigenatmung, also ein Leben ohne die Maschine, nicht mehr erreicht werden kann.

Therapeutische Maßnahmen bei Schwerstkranken sind nicht selten zugleich sehr aufwendig (humane, technische und materielle Ressourcen) und, –bezogen auf die intendierte Heilung/ Linderung des Leidens,– wenig effektiv (und kaum effizient). Eine sorgfältige Nutzen - Schaden/Risiko - Abwägung, unter intensiver Einbeziehung des Patienten mit seinen Vorstellungen und Wünschen und /oder seiner Angehörigen, wäre eine Möglichkeit, solchen negativen Effekten, die jeder Therapie inhärent sind, vorzubeugen.

2.2 Verzicht auf Therapie

Ist zuvor Therapie als die klassische Form der Intervention ins Krankheitsgeschehen gekennzeichnet worden, so ist entsprechend unter *Therapieverzicht* der bewußte Abbruch oder die Unterlassung einer grundsätzlich verfügbaren Behandlung zu verstehen. In den meisten Situa-

12 siehe auch Exkurs: Indikation und Therapie (Abschnitt 2.5.2)

tionen ist *nicht* ein gänzlicher Verzicht auf *alle* Therapie gemeint. Vielmehr geht es zunächst um die *Veränderung des therapeutischen Ziels*: die kurativen Absichten werden aufgegeben, an ihre Stelle tritt die palliative Behandlung und Betreuung des Patienten, sein Sterben wird akzeptiert. Zu einer solchen Veränderung der therapeutischen Zielsetzung kann es kommen, wenn die Beteiligten erkennen und anerkennen, daß medizinische Maßnahmen in lebensverlängernder Absicht keinen Gewinn mehr für den Patienten bedeuten, sondern im Gegenteil die Anstrengungen zur Lebensverlängerung für ihn nur sein Leiden verlängern, ihn nur noch physisch und psychisch belasten und eventuell ein würdiges Sterben verhindern. Der Begriff Therapieverzicht ist zugleich prognosebezogen (folgt der Einsicht, daß die physische Entwicklung irreversibel ist) und handlungsorientiert.

Ein vollständiger Verzicht auf alle Therapie erfolgt bei Eintritt des Todes (sei es durch Erfüllung des klassischen Todeskriteriums Herzkreislauf-Stillstand, sei es durch Erfüllung des Hirntodkriteriums¹³). Kontrovers diskutiert wird der vollständige Verzicht auf Therapie bei Patienten mit dauerhaft diagnostiziertem Bewußtseinsverlust. A. ESER (1995)¹⁴ versteht darunter: daß die Lebenserhaltungspflicht dort enden dürfen soll, »wo dem Menschen aufgrund unwiederbringlichen Verlustes jeglicher Reaktionsfähigkeit die Möglichkeit weiterer Selbstwahrnehmung und Selbstverwirklichung genommen ist; und das ist spätestens bei nachweislich *irreversiblen Bewußtseinsverlust* der Fall.« Grundsätzlich könnte natürlich auch ein bewußtseinsklarer, urteilsfähiger Patient einen solchen Verzicht verfügen; in der Regel wird diesem aber wahrscheinlich zunächst an einer optimalen palliativen Versorgung (z.B. mit Schmerzmitteln) gelegen sein.

Therapieverzicht bei Schwerstkranken und Sterbenden fällt begrifflich mit »passiver Sterbehilfe« zusammen, wenn man diese so weit faßt, daß sie aktives Tun und passives Unterlassen einschließt. K. KUTZER (1994, S.55)¹⁵ bestimmt diesen Sachverhalt wie folgt: »Passive Sterbehilfe ... wird geleistet, wenn bei einem tödlich Kranken, dessen Grundleiden mit aussichtsloser Prognose einen irreversiblen Verlauf genommen hat, die der Lebensverlängerung dienende medizinische Behandlung eingestellt wird.« Unter »passiver Sterbehilfe« verstehen jedoch manche Autoren ein aktives Abbrechen von Behandlung gerade *nicht*, - und dies mit einigem sprachlogischen Recht-, weswegen wir diesen Begriff in unserer Untersuchung vermieden haben.¹⁶ Überdies stellt sich die Frage nach einem Therapieverzicht eben manchmal auch bei Kranken, die nicht als »tödlich Kranke« zu bezeichnen sind, (ein Begriff, der ohnehin näher eingegrenzt werden muß s.u.) - z.B. bei dauerhaft bewußtlosen Patienten, die in diesem Zustand jedoch u.U. lange weiterleben können.

Therapieverzicht ist keine Bezeichnung für aktive Euthanasie oder Beihilfe zum Suizid, die auch nicht Thema dieser Arbeit sind. Therapieverzicht steht auch nicht für einen kontrollierten Auslaßversuch, wie er manchmal gemacht wird, um Nebenwirkungen oder Synergieeffekte von Medikamenten besser identifizieren zu können.

13 Die Problematik der Hirntod-Definition wird im Rahmen dieser Untersuchung nicht erörtert. Siehe dazu: Gervais, K.G. (1986) *Redefining Death*, Yale University Press, New Haven, London

Hoff, J. & i.d.Schmitt, J. (Eds.) (1994) *Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und Hirntodkriterium*. Reinbek, Rowohlt-Verlag

14 Eser, A. (1995) *Möglichkeiten und Grenzen der Sterbehilfe aus der Sicht eines Juristen*. In: Jens, W. & Küng, W. (Eds.) *Menschenwürdig sterben - Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*. München, Zürich, Piper-Verlag

15 Kutzer, K. (1994) *Das Recht auf den eigenen Tod*. in: Student, J.-Ch. (ed) *Das Recht auf den eigenen Tod*. Düsseldorf, Patmos-Verlag S.44-57 (Klaus Kutzer ist Richter am BGH, Karlsruhe)

16 so auch der AE-Sterbehilfe (1986) Baumann, J. et al *Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe*, Stuttgart, New York (S13)

2.3 Palliative Therapie - supportive Therapie - Basistherapie

Palliative Therapie umfaßt menschlichen Beistand, Basispflege sowie die Behandlung von Schmerzen und Ängsten. Der Begriff der *supportiven Therapie* (*comfort care*), schließt die genannten Maßnahmen mit ein findet eine analoge Verwendung. Umstritten ist die Frage der Verzichtbarkeit von Intubation/ Absaugen, künstlicher Beatmung und der ›künstlichen‹ (parenteralen) Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung.¹⁷ Ob diese Maßnahmen als *Therapie*, äquivalent mit anderen medizinisch-technischen Maßnahmen zur Lebenserhaltung, und damit als unterlaßbare Maßnahme, oder als Teil der unabdingbaren *Basisversorgung* anzusehen und zu handhaben sind, wird unter Medizinern, Ethikern, Theologen und Juristen äußerst kontrovers diskutiert. Dabei ist die Frage der Bezeichnung natürlich sekundär, wichtiger sind die dahinterstehenden Rechtfertigungen. Diese Fragestellungen sind auch für die vorliegende Arbeit von Bedeutung, können aber hier in Anbetracht des Umfangs nicht dargestellt werden.¹⁸

2.4 Zum Begriff Therapieverzicht

Die deutsche Sprache kennt kein passendes Wort für eine Änderung der therapeutischen Absichten bei erkannter Aussichtslosigkeit der Behandlung. Wir sprechen entweder therapie-, also an den primären Bemühungen, -orientiert von »Therapieverzicht«, oder leiten vom ›Folgezustand‹ des Sterbens den Begriff der »passiven Sterbehilfe« ab. Letzterer ist in der logischen Abgrenzung kompliziert, weil im allgemeinen Sprachgebrauch und im ärztlichen Selbstverständnis z.B. auch ein Verhalten wie das Herunterdrehen der erhöhten Sauerstoffzufuhr eines Respirators auf Raumluftniveau oder ein Nicht-Handeln (z.B. nicht reanimieren) als bewußte aktive Entscheidung und/oder Handlung und nicht als ›passives Verhalten‹ empfunden werden.

Ein weiteres Problem besteht darin, einen geeigneten Begriff zu wählen, der sowohl ein Nichtbeginnen mit therapeutischen Maßnahmen, als auch ein Einstellen bereits laufender Behandlung umfaßt. Der ALTERNATIVENTWURF STERBEHILFE (1986)¹⁹ z.B. redet –eben in Ermangelung eines solchen Begriffes– ausdrücklich von »Unterlassung« (›Nichtaufnahme‹) und von »Abbruch« (›Abstellen‹). Wir werden im folgenden den Begriff »Therapieverzicht« neutral als Oberbegriff über Unterlassung wie Abbruch verwenden. Wo es uns auf eine Differenzierung ankommt, werden wir entsprechend von »primärem« und »sekundärem« Therapieverzicht sprechen.

2.4.1 Ansichten von deutschen Medizinern zur begrifflichen Eingrenzung

Um die Ziele und Grenzen von Therapie machen sich insbesondere die Intensivmediziner Gedanken: sie mußten in der Entwicklung ihres Arbeitsgebietes schon bald die Erfahrung machen, daß sie in Bereiche vordringen, in denen es schwierig wird, eindeutig zu bestimmen, ob das Behandlungsergebnis (outcome) auch für den Patienten einen kurz-, mittel- oder gar langfristigen Nutzen (benefit) hat. Bei der Analyse einiger Beispiele aus der deutschsprachigen Literatur wird deutlich, daß die zum Teil in der Sache sehr engagierten Urteile bezüglich der moralischen Erlaubtheit bzw. Verbotenheit bestimmter Handlungen, häufig auf begrifflichen Unklarheiten basieren. Für die anderen Fächer gibt es in der Literatur keine vergleichbare Diskussion.

17 z.B. bei einem Patienten mit apallischem Syndrom im Sinne von Persistent vegetative state/ PVS; dabei beginnt die Diskussion schon oftmals hier bei der Abgrenzung entsprechender Krankheitsbilder in den Grundfragen, was ein solcher Patient empfinden kann und welche Prognose er hat.

18 Verwiesen sei hier z.B. auf die Ausführungen von Weir, R.F. (1989) *Abating Treatment with Critically Ill Patients. Ethical and Legal Limits to the Medical Prolongation of Life*. Oxford, New York: Oxford University Press : 404-416, mit einer Darstellung der verschiedenen Positionen und einer ausführlichen Bibliographie.

19 AE-Sterbehilfe (1986) a.a.O

H. MENZEL (1976)²⁰ empfiehlt »den Begriff 'Behandlungsabbruch' durch die etwas praxisnähere und flexiblere Umschreibung '*Behandlungsabbau*'« zu ersetzen. »Voraussetzung und Leitlinie für einen Behandlungsabbau ... [ist], daß wirklich eine unausweichlich aussichtslose Situation für den Kranken besteht, die, wären intensivmedizinische Maßnahmen zur Erhaltung der Vitalfunktionen nicht getroffen worden, bereits zum Tode geführt hätten.« Für Menzel ist es das »Ziel eines jeden adäquaten *Behandlungsabbaus* beim sterbenden Kranken mit infauster Prognose ... , den natürlichen Tod in würdiger und erträglicher Form eintreten zu lassen. Wir wissen heute noch sehr wenig darüber, *wann* der eigentliche *Sterbevorgang beginnt*, wir können nur sagen, daß er mit dem definitiven Eintritt des Hirntodes im wesentlichen abgeschlossen ist. Es kommt deshalb auch weniger darauf an, den zeitlichen Ablauf des Sterbens als vielmehr die Art und Weise zu beeinflussen. Unabwendbares ist dem Kranken nicht zu ersparen, aber Unerträgliches in aller Regel zu vermeiden«. Er macht ganz konkrete Vorschläge welche Stufen ein Therapieabbau haben kann: »(1) Abbau der unwirksamen spezifischen Therapie: Antibiotika, Kardiaka, Bluttransfusionen, Plasmaexpander. (2) Abbau der die ausgefallenen Vitalfunktionen ersetzenden Maßnahmen: Übergang von automatischer zu assistierender Beatmung, wenn noch ein Rest einer Spontanatmung vorhanden ist, wenn irgend möglich, Übergang zu reiner Spontanatmung, eventuell über endotrachealen Tubus mit Sauerstoffanreicherung der Atemluft, keine Kreislaufmittel, keine Wiederbelebungsmaßnahmen bei Eintritt des klinischen Todes. (3) Unbedingt aufrechtzuerhaltende Maßnahmen: Visiten, persönlicher Kontakt im Gespräch bei wachen Kranken, Körperhygiene (Waschen, Betten, Lagern, Dekubitusprophylaxe), Ernährung (oral, mittels Magensonde, parenteral), Schmerzlinderung (Analgetika), Vermeidung von qualvollen Zuständen (Sedativa), Sorge für freie Luftwege, ausreichende Oxygenierung der Atemluft, Sorge für Harnableitung, Darmtätigkeit und Stuhlgang.« Im Prinzip beschreibt Menzel unter dem Begriff Behandlungsabbau schon alle wichtigen Elemente des Therapieverzichts; er macht nur nicht deutlich, daß der Patient häufig bereits beim Abtrainieren von der Beatmung (terminal weaning) verstirbt und diskutiert nicht die Schwierigkeiten, die mit einer fortgesetzten parenteralen Ernährung verbunden sein können.

H.P. SCHUSTER (1990)²¹ beschreibt deutlich die problematische Seite der Intensivmedizin, wenn sie an ihre Grenzen kommt. »Das Faktum einer hohen Letalität unter aggressiver, durchaus Leidensdruck erzeugender Intensivtherapie fordert Überlegungen und Entscheidungen zur Begrenzung einer Intensivtherapie in prognostisch hoffnungslosen Fällen heraus. Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin kann auf drei verschiedenen Wegen erfolgen: dem *Abbruch der Intensivtherapie*, dem *primären Verzicht auf Intensivtherapie* und der *sekundären Rücknahme bereits begonnener intensivtherapeutischer Maßnahmen*.« Schuster beruft sich auf die amerikanische Diskussion und unterscheidet zwischen Therapieabbruch, primärem Therapieverzicht und sekundärer Therapiereduktion. (1) »*Therapieabbruch* ist eindeutig und nur indiziert bei zweifelsfrei nachgewiesenen dissoziiertem Hirntod«. Hier bestehe ein Konsens, alle intensivmedizinischen Maßnahmen zu beenden. (2) »*Primärer Therapieverzicht* bedeutet die Entscheidung, einen Patienten trotz lebensbedrohlicher Störung seiner vitalen Organfunktion von vornherein überhaupt nicht auf die Intensivstation aufzunehmen«. Schuster betont, daß eine solche Entscheidung nur auf der medizinischen Einschätzung des verantwortlichen Arztes beruhen könne, der aber solle alle ihm möglichen Entscheidungshilfen (die bekannten, statistisch gesicherten prognostisch relevanten Faktoren) einbeziehen und berücksichtigen. (Die Wünsche von Patienten und Angehörigen werden hier nicht genannt!) »Es sind in der Reihenfolge ihrer stati-

20 Menzel, H. (1976) Kriterien für einen Behandlungsabbau. In: Suizid und Euthanasie. Edited by A. Eser. Stuttgart: Enke. S.143-149

21 Schuster, H.P. (1990) Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Intensivmedizin. In: Schölmerich, P. und Thews, G. (Hrsg.) "Lebensqualität" als Bewertungskriterium in der Medizin. Stuttgart, S.193-212

stisch-prognostischen Wertigkeit: die Schwere der Erkrankung, das Alter des Patienten, die Art des Grundleidens und der vorbestehende Gesundheitszustand. Dennoch bleibt die Prognosestellung im individuellen Fall unpräzise, und eine Entscheidung zum Verzicht auf Intensivtherapie überhaupt, kann nicht alleine anhand solcher Daten, sondern nur in der ärztlichen Gesamteinschätzung getroffen werden«. (Was unter »ärztlicher Gesamteinschätzung« genauer zu verstehen ist, führt der Autor leider nicht aus.) (3) »Sekundäre Therapiereduktion meint eine Einschränkung der maximal möglichen Intensivtherapie in Form des Verzichts auf einzelne Eingriffe«. Hier unterscheidet Schuster zwei Situationen: einmal die *Entscheidung zur supportiven Therapie*²² und zum anderen die *möglichst schriftlich fixierte Anordnung, bei Eintritt oder Wiedereintritt eines akuten Kreislaufstillstandes nicht mehr (oder nicht erneut) kardiopulmonal zu reanimieren*. Als Kriterien, auf eine Reanimation zu verzichten, führt Schuster einen Vorschlag von Tomlinson und Brody (1988) an, die drei Situationen mit jeweils unterschiedlichen Entscheidungswegen abgrenzen: (1) »Die Reanimation ist medizinisch sinnlos, da sie nach medizinischem Wissen nicht zum Erfolg führen kann (*no medical benefit*). (2) Es ist voraussehbar, daß eine Reanimation, wenn überhaupt erfolgreich, zu einer inakzeptabel schlechten Lebensqualität führen wird (*poor quality of life after CPR*). (3) Der Patient befindet sich bereits vor Eintritt des Kreislaufstillstandes in einem so schlechten Zustand, daß eine Lebensverlängerung durch kardiopulmonale Reanimation nicht zu rechtfertigen ist (*poor quality of life before CPR*)«.

»Eine erkennbar hoffnungslos werdende Prognose kann zur Entscheidung einer Therapieeingrenzung führen. Diese Entscheidung beruht auf der allgemein ärztlichen Einschätzung, der Kenntnis von Scorewerten²³ und von prognostisch relevanten Faktoren. Innerhalb der Strategien einer Therapiereduktion in der Intensivmedizin ist die Anordnung, nicht zu reanimieren, ein anerkanntes Verfahren. Die Entscheidung sollte in der Regel mit den engsten Angehörigen, in geeignet erscheinenden Fällen auch mit den Patienten selbst, besprochen werden.« Die von Schuster eingeführte Trennung zwischen »Abbruch« (nur bei eingetretenem Hirntod) und »Reduktion« (für sekundären Therapieverzicht bzw. Abbruch), um hier dann wieder einen primären Therapieverzicht (auf Reanimation) unterzuordnen, ist eher verwirrend und wird von den angloamerikanischen Begriffsdifferenzierungen in dieser Form nicht gedeckt.

J. SCHARA (1993)²⁴ hat sich für die beiden Begriffe *Therapieverzicht* und *Therapieabbruch* entschieden. Schon begonnene Intensivtherapie dürfe abgebrochen werden, »wenn sich im Verlauf der Therapie Erkenntnisse über den Patientenzustand ergeben, die, wären sie schon vor Beginn der Therapie bekannt gewesen, dazu geführt hätten, daß (eine) Intensivtherapie gar nicht erst begonnen worden wäre«.

2.4.2 Die angloamerikanische Diskussion zur Begriffswahl

Ähnliche begriffliche Schwierigkeiten zeichnen sich auch in der angloamerikanischen Debatte ab, in der Oberbegriffe wie »terminating life-sustaining treatment« (Arbeitsgruppe HASTINGS CENTER, 1987)²⁵, »foregoing life-sustaining treatment« (PRESIDENTS COMMISSION, 1982)²⁶ und

22 s.o. Ausführungen zum Umfang der supportiven Therapie, Schuster sieht hier auch noch Klärungsbedarf.

23 Schuster verweist auf verschiedene prognostisch relevante Faktoren bei CPR und auch auf direkt dafür entwickelte Scores wie z.B. den Pre-Arrest-Morbidity-Index (PAM).

24 Schara, J. (1993) Indikationen und Grenzen der Intensivtherapie. In: Benzer, H., H. Burchardi, R. Larsen & P. M. Suter, Lehrbuch der Anästhesiologie und Intensivmedizin 2. Berlin, Heidelberg: S. 23-7.

25 The Hastings Center. (1987) Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and the Care of the Dying. New York: Indiana University Press.

26 President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment: Ethical, Medical and Legal Issues in Treatment Decisions. Washington, DC: U.S. Government Printing Office. (1983)

»abating life-sustaining treatment« (R.F. WEIR, 1989)²⁷ konkurrierend verwendet werden. Dabei hat »termination« eher die Konnotation des Abbrechens, »foregoing« wird mit Nichtbeginnen assoziiert, während »abating« hier eine sprachliche Neuverwendung erfahren hat, die die Erleichterung anklingen lassen soll, welche ein Therapieverzicht bedeuten kann oder sollte (»abating pain« –Schmerzen erleichtern– ist eine übliche Verwendung), sich aber nicht durchgesetzt hat. Wo es darauf ankommt, ausdrücklich primären wie sekundären Therapieverzicht zu meinen, benutzen auch angloamerikanische Autoren oft den Doppelbegriff »withholding and withdrawing life-sustaining treatment«. Dennoch hat sich in der medizinischen Alltagssprache diese Formulierung auch nicht durchgesetzt, meist ist von »stopping«, von »terminating« oder »foregoing« life-sustaining treatment die Rede.

In den Hastings Center - Guidelines²⁸ wird von »foregoing life-sustaining medical treatment«, also vom Verzicht auf (alle) lebenserhaltenden medizinischen Maßnahmen, (wenn sie keinen Gewinn oder nur noch Belastung für den Patienten bedeuten) gesprochen. Darunter werden wieder die beiden Formen des Verzichts verstanden: (1) »withholding« als primärer Verzicht auf eine lebensrettende/ -erhaltende Behandlung und (2) »withdrawal« als Abbruch von bereits laufender lebenserhaltender Behandlung, also sekundärem Therapieverzicht. Diese Differenzierung ist relativ einfach und von daher auch für die Praxis sicherlich sinnvoll. Wir werden sie hier übernehmen.²⁹

Eine verbindliche inhaltliche und sprachliche Operationalisierung des Sachverhaltes ist eine notwendige Voraussetzung, um überhaupt empirische Untersuchungen zu diesem Thema machen zu können. In amerikanischen Kliniken sind *withholding and withdrawal of life support* in der Praxis gebräuchliche Termini. Nach einer größeren empirischen Studie von N.G. SMEDIRA ET AL (1990) war für etwa 50-75% der Patienten, die in einer Intensivstation verstorben waren, eine *Do-Not-Resuscitate-Order (DNRO)* verfaßt worden, die bei etwa 10% der betroffenen Patienten zu einem (primären) Verzicht auf lebensrettende - und bei 90% zu einem (sekundären) Zurücknehmen- bzw. Abbrechen lebenserhaltender Maßnahmen geführt hatte. Insgesamt sind bis zu 15% aller Intensivpatienten von solchen Verzichtsentscheidungen betroffen. Die Zahl variiert jedoch sehr mit den Behandlungsschwerpunkten der jeweiligen Intensivstation. Sie ist z.B. höher in neurochirurgischen Einheiten mit Traumatpatienten, geringer in allgemeinchirurgischen Einheiten.³⁰

27 Weir, R.F. (1989) *Abating Treatment with Critically Ill Patients. Ethical and Legal Limits to the Medical Prolongation of Life.* Oxford, New York: Oxford University Press. : S.9/10

WEIR (1989) gibt in seinen Überlegungen zur Begriffswahl, "*treatment abatement*" den Vorzug gegenüber "*foregoing treatment*", "*treatment termination*", "*allowing to die*" und "*passive euthanasia*" aus den folgenden drei Gründen: *abatement* bedeutet erstens "*deduction*", "*omission*" oder "*subtraction*" (Minderung, Unterlassung, Kürzen) und schließt darum das Vorenthalten (Nicht-Initiieren) von (bestimmten) Behandlungsmaßnahmen mit ein. Zweitens meint es "*a reduction in degree and intensity*" oder "*progressive diminishing*" und beschreibe als solches die klinischen Konsequenzen einer Entscheidung, im Sinne eines Rückzugs aus einer (aggressiven*) Therapie, oder als "*fortschreitende Verminderung/ Rücknahme*" indem man die Intensität der bisherigen Maßnahmen verringert und an ihre Stelle eine rein palliativ orientierte Behandlung setzt. Und als drittes hat "*abatement*" auch die Bedeutung von "*nullification*" oder "*termination*" und schließt damit auch die autonomen Entscheidungen von Patienten oder ihren Angehörigen, bzw. autorisierten Stellvertretern mit ein, *alle* Formen lebenserhaltender Maßnahmen zurückzuweisen, insbesondere gezielt auch jene, welche den Patienten noch am Leben erhält, also auch ggf. Ernährung und Hydratation.

*Aggressive Therapie meint eine die Erkrankung angreifende Behandlung. Aggressive Therapien sind aber wegen ihrer Nebenwirkungen i.d.R. auch subjektiv für den Patienten sehr belastend. Dies mitzuerleben ist auch für Ärzte und Pflegenden oft schwierig, weil z.B. eine das Tumorstadium aggressiv unterbindende Chemotherapie oder eine künstliche Beatmung durch ihre Begleitwirkungen dem Patienten primär auch zusätzliches Leiden verursachen.

28 Hastings Center Guidelines (1987) a.a.O. S.5

29 s.a. Übersicht zum Begriff Therapieverzicht, Abschnitt 2.4.4

30 Smedira, N.G., H.E. Bradley, L.S. Grais, and N.H. Cohen et. al. (1990) *Withholding and Withdrawing of Life Support from the Critically Ill.* NEJM 322 (5): 309-15

Eine jüngere amerikanische Studie mit klinischen Vignetten und Angaben von 481 internistischen IntensivmedizinerInnen von N.A. CHRISTAKIS & D.D. ASCH (1993)³¹ zeigt, daß ÄrztInnen, wenn die Entscheidung zum sekundären Therapieverzicht gefallen ist, bestimmte Präferenzen in der praktischen Durchführung dieser Entscheidung haben: Als erstes (1.) bricht man Unterstützungsmaßnahmen ab, die ein Organ (oder mehrere) stützen, welches bei dem darauffolgenden Funktionsverlust eher einem natürlichen Tod entspricht und nicht als ärztlich verursacht anzusehen ist. (2.) Bricht man lieber erst vor kurzer Zeit eingesetzte Maßnahmen ab, als solche, die schon lange laufen. (3.) Versucht man in eindeutigen Situationen solche Maßnahmen abubrechen, die zu einem sofortigen Eintritt des Todes führen. (4.) In Situationen diagnostischer und prognostischer Ungewißheit entscheidet man sich für den Entzug solcher Maßnahmen, die das Sterben nicht forcieren, (also genau umgekehrt zu 3.). 19% der Befragten gaben keine Abstufungen an. Die von Christakis & Asch gefundene Abstufung, welche therapeutischen Maßnahmen ›leicht‹ und welche ›schwer‹ abubrechen sind, wurde in den Abschnitt »Formen des sekundären Therapieverzichts« in der tabellarischen »Übersicht zum Begriff Therapieverzicht« (siehe 2.4.4) übernommen.

2.4.3 Konsequenzen für die vorliegende Untersuchung

Eine definierte Praxis des Therapieverzichts in Form von Leitlinien o.ä. gibt es in deutschen Kliniken nicht. Die entsprechende Diskussion, die unter dem Stichwort »passive Sterbehilfe« (s.o.) geführt wird, bewegt sich zwischen den »Richtlinien für die Sterbehilfe« (1979) der Bundesärztekammer und dem »Alternativentwurf Sterbehilfe« (1986) eines Arbeitskreises von Strafrechtlern und MedizinerInnen, seit Jahren auf der Stelle.³² Mit der Neufassung der »Richtlinien der Bundesärztekammer für die ärztliche Sterbebegleitung« von 1993³³ ist diese Diskussion noch nicht beendet; diese Fassung formuliert zwar die allgemeinen Ziele, benennt aber keine konkreten Inhalte und Wege. Die Richtlinien fordern, daß der Arzt grundsätzlich die Maßnahmen einzuleiten hat, die der Lebenserhaltung und/oder Leidensminderung dienen. Der gegen Therapie bzw. auf ihren Abbruch gerichtete Wille des urteilsfähigen Patienten ist jedoch zu respektieren, »auch wenn dieser Wille sich nicht mit den von dem Arzt für geboten angesehenen Diagnose und Therapiemaßnahmen deckt.« Beim entscheidungsunfähigen Patienten ist seinem »mutmaßlichen Willen« entsprechend zu verfahren. Schriftliche Äußerungen und Erklärungen gegenüber Dritten sind lediglich als »Anhaltspunkte«, also ohne Verbindlichkeit, in die Entscheidungsfindung einzubeziehen. Ist jedoch vom Patienten zuvor ein Dritter legitimiert worden (gesetzlicher Betreuer), so ist dieser in die Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens mit einzubeziehen. Darüber hinaus kann bei »Patienten mit irreversibel verlaufenden Erkrankungen oder Verletzungen mit infauster Prognose ..., insbesondere im terminalen Stadium, die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, daß eine daraus folgende Lebensverkürzung hin- genommen werden darf.« Welche Maßnahmen diese Linderung des Leidens genau umfaßt, ob

Zimmerman, J.E., W.A. Knaus, S.M. Sharpe, and A.S. Anderson et.al. (1986) The use and implications of do not resuscitate orders in intensive care units. JAMA 255 : 531-6.

Youngner, S.J., W. Lewandowski, D.K. McClish, and B.W. Juknialis et.al. (1986) 'Do not resuscitate' orders: incidence and implications in a medical intensive care unit. JAMA 253 : 54-7.

Faber-Langendoen, K. & D. M. Bartels. (1992) Process of forgoing life-sustaining treatment in a university hospital: an empirical study. Crit Care Med 20 (5) : 570-7.

Koch, K. A., H. D. Rodeffer, and R. L. Wears. (1994) Changing patterns of terminal care management in an intensive care unit. Crit Care Med 22 (2) : 233-43.

31 Christakis, N. A., & D. A. Asch (1993) Biases in how physicians choose to withdraw life support. Lancet 342 (8872) : 642-6.

32 Schöne-Seifert, B. (1989) Verzicht auf Lebenserhalt: offene Fragen. Ethik Med 1 (1) : 143-61
Eine ausführliche Darstellung und Diskussion dieser Ansichten und Differenzen.

33 Richtlinien der Bundesärztekammer für die ärztliche Sterbebegleitung (1993) DÄB 90 (37) : 1628-9

das hochdosierte Analgetika sind –was zu vermuten ist–, das Abstellen des Respirators, eines Dialysators oder einer parenteralen Ernährung o.ä., darüber werden keine Auskünfte gegeben. Lebensverlängernde Maßnahmen dürften jedoch abgebrochen werden, »wenn eine Verzögerung des Todeseintritts für den Sterbenden eine nicht zumutbare Verlängerung des Leidens bedeutet und das Grundleiden in seinem irreversiblen Verlauf nicht mehr beeinflusst werden kann.« Die Richtlinien der Bundesärztekammer von 1993 verzichten bewußt auf alle Formulierungen mit (aktiver/passiver) Sterbehilfe, primärem und sekundärem Therapieverzicht, die Benennung einzelner Erkrankungsbilder oder -stadien, medizinischer Maßnahmen o.ä. Sie beschreiben statt dessen unter dem Titel »ärztliche Sterbebegleitung« nur ganz grob den Rahmen des rechtlich Erlaubten; eine unberechtigte Einleitung oder Fortsetzung von Therapie wird nicht thematisiert. Entscheidungs- und Handlungsleitlinien gibt sie den praktisch mit der Situation der Schwerstkranken konfrontierten ÄrztInnen nicht.

In diesem begrifflich unklar abgegrenzten Feld haben wir 1990 mit der Wahl von »Therapieverzicht« wohl eine unserem Untersuchungsgegenstand angemessene Entscheidung getroffen. Unsere ärztlichen GesprächspartnerInnen in den Interviews konnten diesen Begriff gut einordnen und sprachen ihrerseits sehr selten von (passiver) Sterbehilfe. Die Begriffe »passive Sterbehilfe«, respektive »passive Euthanasie« wurden in unserem Interviewleitfaden nicht benutzt. ›Therapieverzicht‹ bezieht sich klarer auf den maßgeblichen Handlungs-(bzw. Therapie)-aspekt in der ärztlichen/ pflegerischen Tätigkeit, und beläßt dem Tun genauso wie dem Unterlassen seinen aktiven Charakter.

Im klinischen Alltag (1990-91, zur Zeit unserer Erhebung) sind konkrete Abgrenzungen auch sprachlich kaum zu finden. Problemstellungen warten aber nicht auf ihre Definition, sondern sie erfordern Lösungen. So haben sich in der Praxis, auch ohne entsprechendes Etikett, unterschiedliche Strategien des Therapieverzichts entwickelt. Berichtet wird von (1) aktivem offensichtlichem Verzicht (z.B. auf Reanimationsmaßnahmen) oder (2) langsamem »Ausschleichen« aus der Therapie, indem z.B. Perfusoren mit Katecholaminen³⁴ nicht erneuert werden, wenn sie leer sind. Dazu gehören (3) auch aktiv entschiedene, aber verdeckt durchgeführte Aktionen wie: nur mit halber Kraft oder nur für eine relativ kurze Zeit reanimieren oder ganz langsam zu arbeiten. U.U. wird auch das Pflegepersonal angewiesen, den Arzt erst dann zu rufen, wenn sich die Situation des Patienten soweit »geklärt« hat, daß der Arzt nicht mehr »einzugreifen« braucht. Entscheidungen zum Therapieverzicht verbergen sich also auch oft hinter anscheinend sehr kleinen Maßnahmen (z.B. Nichtersetzen lebenserhaltender Therapeutika) oder organisatorisch herbeigeführten Umständen, die dann einen Verzicht auf lebensrettende Maßnahmen erlauben. Therapieverzicht kann aber auch (4) aktives Beenden einer bereits laufenden Behandlung sein, indem man z.B. bei einer Beatmung die Sauerstoffzufuhr auf 21% –das entspricht dem Sauerstoffgehalt von Raumluft– zurücknimmt, den Patienten eventuell zusätzlich sediert (damit er nicht unter der Luftnot leidet) und ihn sterben läßt. Oder man versucht, den Patienten, auch auf die Gefahr hin, daß er dabei stirbt, vom Respirator abzutrainieren (terminal weaning). Ebenfalls ein wirkungsvolles Instrument des Therapieverzichts ist (5) die Indikationsstellung. Wenn man etwas unterlassen will, was eventuell angezeigt (weil technisch möglich) wäre, so sagt man, es bestehe bei dem Patienten keine Indikation (mehr), bzw. eine bestimmte Maßnahme sei kontraindiziert.

Mehr Aufschlüsse über das praktische Handeln, im Falle einer nicht mehr aussichtsreichen Behandlung, also die Praxis des Therapieverzichts (hier bei erwachsenen PatientInnen), im Krankenhausalltag zu gewinnen, war Aufgabe des DFG-Projektes (Fr 399/14-1-II A4), in dessen

³⁴ Sammelbezeichnung für alle kreislaufstabilisierenden biogenen und synthetischen Amine wie Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin und Isoprenalin. Können nur unter intensivmedizinischer Überwachung verabreicht werden.

Rahmen die vorliegende Arbeit entstanden ist.

2.4.4 Übersicht zum Begriff Therapieverzicht

Therapieverzicht bei Schwerstkranken oder Sterbenden <i>(abating / foregoing/ terminating life-sustaining treatment)</i>	
primärer Therapieverzicht = Unterlassen eines Therapiebeginns; Nichtansetzen einer Therapie <i>(withholding of life-sustaining treatment)</i>	sekundärer Therapieverzicht = Abbrechen, Einstellen, Nichtfortsetzen einer bereits begonnenen Behandlung <i>(withdrawing of life-sustaining treatment)</i>
wichtigste Formen: <i>(nach Maßgabe ihrer Diskussion in der Literatur und nach naheliegenden klinischen Vermutungen)</i>	
Verzicht auf CPR, primär als Entscheidung im Notfall Verzicht auf CPR, als Absprache mit Dokumentation in der Krankenakte (Do-Not-Resuscitate-Order, DNRO) Verzicht auf Therapiesteigerung bei zusätzlichen Komplikationen Verzicht auf den Einsatz von Dialyse, Beatmung, Antibiotika, Katecholamine... Verzicht auf Aufnahme in eine Intensivstation Verzicht auf einen chirurg. Eingriff	Beenden von Reanimationsmaßnahmen Absetzen, reduzieren, nicht erneuern z.B. von Blutprodukten, Haemodialyse, Katecholaminen, Antibiotika Absetzen einer Beatmungstherapie (z.B. durch Zurücksetzen des Sauerstoffgehaltes auf Raumluft bei zusätzlicher Sedierung, terminal weaning)* Absetzen der parenteralen Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr* (* in beiden Fällen ist nicht nur die grundsätzliche moralische Erlaubtheit umstritten, sondern bereits deren Zugehörigkeit zum »Therapeutischen«.)
Anerkannte oder debattierte Begründungen <i>(aus den laufenden juristischen und ethischen Debatten)</i> Patientenwünsche Keine Aussicht auf medizinischen Erfolg (<i>futility of treatment</i>) (Kriterien?) Bestehende Lebensqualität des Patienten ist unabänderlich miserabel (nach wessen Maßstab?) Erwartung einer unabänderlich miserablen Lebensqualität des Patienten durch den möglichen Eingriff (nach wessen Erwartung und Einschätzung?) Dauerhafter Verlust allen Bewußtseins (?) Tod des Patienten	
Diskutierte Entscheidungsträger: Die Patientin/ der Patient selber ÄrztInnen Angehörige	StellvertreterIn (BetreuerIn) Behandlungsteams Ethik-Kommissionen

2.5 Schwerstkrank

In der angloamerikanischen Literatur wird hier von »terminaly ill« oder »life-threatening ill« oder »critically ill« gesprochen, entsprechend den deutschen Begriffen »lebensbedrohlich«, »ernsthaft« oder »kritisch erkrankt« bzw. »sterbenskrank«. Im folgenden wird meistens von schwerstkranken Patienten gesprochen. Im allgemeinen sind darunter Patienten zu verstehen, die unheilbar erkrankt, oder in einem irreversibel schwer geschädigten Zustand sind, daß sie mit großer Wahrscheinlichkeit in einem relativ überschaubaren Zeitraum *mit und ohne* Behandlung sterben werden. Für die Autoren der HASTINGS CENTER Guidelines³⁵ ist dies ein Zeitraum bis zu einem Jahr. Wir haben es in den Interviews leider versäumt, die Prognose für einen Menschen, der als sterbens- bzw. schwerstkrank bezeichnet wird, von den Ärztinnen und Ärzten jeweils definieren zu lassen. Ihr Verständnis dazu, wie es sich aus ihren Beispielen erschließen läßt, liegt aber sicherlich in einem zeitlichen Rahmen weit unter einem Jahr und läßt sich in Stunden, Tagen oder Wochen bestimmen. Eine Klärung steht hier noch aus.

2.5.1 Schwerstkrank - ein relativer Begriff in der modernen Medizin

Die Ansichten darüber, *was* ein lebensbedrohlicher Zustand bzw. eine sehr schwere Erkrankung ist, so erläutert es R.F. WEIR³⁶, haben in den letzten einhundert Jahren in der westlichen Welt einen starken Wandel erfahren. (1.) gab es eine epidemiologische Verschiebung von den ansteckenden zu den chronisch/ degenerativen Erkrankungen, m.a.W. eine Entwicklung von den Krankheiten der Kinder (sie erlagen meist als erste grassierenden Epidemien) zu den Erkrankungen des Alters; und eine Entwicklung von den Erkrankungen der Armut zu den Krankheiten des Wohlstandes. (2.) vollzog sich eine ganz wichtige Verlegung des Ortes, an dem terminal Kranke versorgt werden, vom Zuhause in die Klinik; und damit ganz direkt verbunden, wandelte sich (3.) die Gemeinschaft, die den Kranken umgibt, von der Familie zum medizinisch-pflegerischen Fachpersonal in der Klinik. (4.) hat sich die Rolle der Ärzte gegenüber dem Schwerstkranken verändert: haben sie in früheren Zeiten ihre schwerstkranken Patienten häufiger getröstet als kuriert, den Tod häufiger beurkundet als ihn verhindert, so änderte sich dies in eine mehr kämpferische Haltung gegenüber lebensbedrohlichen Zuständen. Nicht nur, daß der Arzt mit den nachrichten- und verkehrstechnischen Entwicklungen erreichbarer und damit auch erreichender, also im Notfall auch interventionsfähiger geworden ist, sondern insbesondere auch, weil sich die medizinisch-pharmakologischen, die medizinisch-technischen und seit den 50er Jahren unseres Jahrhunderts speziell die intensivmedizinischen Möglichkeiten radikal verändert haben. Der lebensgefährlich Erkrankte ist zu einer professionellen Herausforderung geworden, und das Sterben wird entsprechend eher als eine bedauerliche Niederlage empfunden.

U. RAVEN (1988)³⁷ bemerkt warnend zu dieser Entwicklung: »Allzu leicht gerät beim Bemühen um Wiederherstellung und Bewahrung der 'Gesundheit' die eigentliche und wesentliche Bezugsgröße 'Mitmensch' aus dem Blickfeld. Indem z.B. Organe und ihre temporäre Dysfunktion isoliert betrachtet werden, besteht die latente Gefahr einer instrumentalistisch verkürzten Umgangsweise mit dem Leiden des Mitmenschen. 'Arbeit' an und mit dem homo patiens unterliegt so einer tendenziellen Verdinglichung, die heilende Wirkung des medicus patiens mißrät zur zweckrationalen Funktionalität«.

Die medizinischen Entwicklungen haben die Bestimmung dessen, was ein ›noch aufzuhaltender Krankheitsverlauf‹ und was nun schon ein ›irreversibler Sterbeverlauf‹ ist, extrem überlagert

35 Hastings Center Guidelines, a.a.O. S.141

36 Weir, RF a.a.O. S.10-23

37 Raven, U. (1988) Professionelle Sozialisation und Moralentwicklung - Zum Berufsethos von Medizinern. Wiesbaden, Deutscher Universitätsverlag: S.13

und verschoben. Patienten mit schweren, vor einigen Jahren noch terminalen Herz- oder Nierenerkrankungen werden z.B. durch Medikamente implantierte Herzschrittmacher oder Defibrillatoren, Bypass-OP oder durch ein Dialyseverfahren/ Nierentransplantation wieder so weit stabilisiert, daß sie an einem (fast) normalen Alltag teilnehmen können. Ein akutes Leberversagen³⁸ bedeutet –je nach Ätiologie– für den Patienten ein sicheres Sterben; eine Lebertransplantation führt für etwa 50% dieser Patienten wieder in ein relativ normales Leben mit Arbeitsfähigkeit zurück. Diese wenigen Beispiele verdeutlichen, daß medizinische Fortschritte in Form einer effektiven Lebensverlängerung für Schwerstkranke in der Regel an eine hohe technische Ausstattung, insbesondere an Intensivstationen mit ihren Spezialisten, die auch polytraumatisierten Unfallopfern u.U. noch ein Überleben und Genesung ermöglichen können, gebunden sind. Alle diese medizinischen Bemühungen finden nahe an der Grenze zwischen Leben und Sterben statt und sehen ihre Aufgabe darin, diese zu verschieben.

Die Bewertung der Intervention als sinnvoll, oder nicht sinnvoll, findet hier oft erst im Nachhinein statt: Ist die Krise eine Episode auf dem Weg zu einem insgesamt positiven Ergebnis, dann mag sie evtl. hart gewesen sein, wurde ja aber bewältigt und wird –von allen Beteiligten– relativ bald vergessen. Ist das Ergebnis ein fragwürdiges –der Patient wird zum schweren Pflegefall, evtl. Apalliker– macht man den MedizinerInnen u.U. Vorwürfe. Desgleichen kommt es auch bei vergeblichem Einsatz nicht selten zur grundsätzlichen Infragestellung aller Bemühungen und manchmal auch zu Vorwürfen der Angehörigen³⁹, der Patient sei überflüssig gequält und auch noch um ein würdiges Sterben gebracht worden.

Bleibt die Therapie ohne den erwarteten/ erhofften Erfolg, heißt das nicht unbedingt, daß der Patient stirbt: »Das Dilemma der Intensivtherapie zeigt sich erst bei den Kranken, die sich trotz intensiver Therapie nicht bessern, die aber wegen der Intensivtherapie auch nicht sterben können.« (J. SCHARA, 1993)⁴⁰ Es stellt sich die Frage einer Therapiebegrenzung und damit verbunden häufig auch die Frage, ob man mit einer Intensivtherapie überhaupt hätte beginnen sollen, – war sie für diesen Patienten indiziert? Die primäre Indikationsstellung für eine Reanimation oder einen größeren chirurgischen Eingriff, der dann einen Intensivaufenthalt nach sich zieht, rückt hier ins Blickfeld der Überlegungen.

2.5.2 Exkurs: Indikation, Therapie und ärztliche Standards

Die *Indikationsstellung*⁴¹ besteht aus der nosologischen (rein krankheitsbezogenen) Diagnose, und der dazugehörigen Indikationsregel plus evtl. Spezifikationen, also normativ konstruierten Konditionalsätzen: »wenn..., dann..., sofern nicht Kontraindikation ..., ist angezeigt ...«. Indikationsregeln sind am Resultat (outcome) orientiert. Nicht primär im Wissen, sondern im praktischen Erfolg liegt die Kraft der Indikationsregel. Darum wird gerade in den Grenzbereichen der Medizin auch eine empirische Begründung akzeptiert, eine wissenschaftliche ist anzustreben, wird aber für eine Handlungsentscheidung nicht zwingend gefordert. (»Wer heilt hat recht!«) Die Indikation hat i.d.R. Entscheidungscharakter, impliziert also ein spezifisches Handeln.

38 Ursachen für ein akutes Leberversagen: z.B. Hepatitis B-Infektion, Intoxikation durch Paracetamol, Pilzvergiftung, oder Anästesiezwischenfall (Halotan, Isonazid)

39 Gerade bei alten Menschen sind es oft auch die Angehörigen, die einen verhängnisvollen Verlauf (z.B. Einweisung ins Krankenhaus mit allen medizinischen Maßnahmen) mit dem Herbeirufen des Notarztes bei einer akuten »Verschlechterung« in Gang gesetzt haben, obwohl z.B. mit dem Hausarzt bereits beschlossen war, der Patient solle und wolle in der häuslichen Atmosphäre sein Leben beenden.

40 Schara, J. (1993) a.a.O.

41 Ich beziehe mich im folgenden teilweise auf die Ausführungen von H.-H. Raspe (1994) Indikation und Bedarf. in: Nagel, E. & C. Fuchs. (eds) (1994) Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen am Beispiel der Transplantationsmedizin. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.

Die *Indikationsregel* besteht aus dem *systematischen* (rationalen) *Teil*, dem verdichteten Stand des medizinischen Wissens und der personalen Indikation. Zum systematischen Teil gehören die Bestimmung der Ätiologie der Erkrankung, die Diagnose, mit dem aktuellen bzw. prospektiven Schweregrad der Erkrankung und ihrer Gefährlichkeit, das Alter des Patienten, die Einschätzung seines Allgemeinzustandes und die Feststellung vorhandener Komorbiditäten. Diese Fakten müssen in der Gesamtschau –dazu gehört auch die Einschätzung der Risiken bezüglich einer möglichen negativen oder nutzlosen Wirkung der geplanten Behandlung–, zu einer medizinisch begründbaren Prognose aus der bisherigen auf die weitere Entwicklung extrapoliert werden.

Die *personale Indikation* berücksichtigt die Person des Kranken, seine Präferenzen, die er aufgrund seiner Vorerfahrungen, Ängste, Wünsche und Nutzen/ Risikoabschätzung setzt, und schließlich sein Einverständnis in die vorgeschlagene Behandlung. Der personale Teil bezieht auch die Person des Arztes, seine Qualifikation, seine Erfahrungen und Möglichkeiten mit ein. Einen wichtigen Einfluß auf die Indikationsstellung hat natürlich auch die *konkrete Situation*, also z.B. die zur Verfügung stehenden (oder erreichbaren) materiellen und personellen Ressourcen und der in der Medizin wichtige Faktor Zeit, also die Dringlichkeit, mit der eine handlungsleitende Entscheidung getroffen werden muß.

Eine scharfe Trennung von rationalem und personalem Teil ist allerdings in der Praxis (konkrete Situation) kaum zu finden, denn Indikationsregeln sind, wie schon oben angedeutet, in der Medizin häufig empirisch und nicht unbedingt vollständig rational begründet. Das gibt der Indikation etwas schillerndes und sehr lebendiges. Die Gründe dafür liegen in der geschichtlichen Entwicklung des Faches und in der damit verbundenen Struktur des medizinischen Wissens. Die Entwicklung der modernen Medizin ist nicht zu denken, ohne die individuelle Entwicklung der in ihr Tätigen. Ärzte sind im Selbstverständnis eben nicht nur Anwender, sondern darin auch stets Veränderer der Regeln. Das Wissen in der klinischen Medizin hat zahlreiche Quellen: tradiertes Wissen, theoretische Durchdringung, zufällige Beobachtung, ein persönlich erlebter oder berichteter Einzelfall, intuitive Kombination bis dahin unverbundener Elemente, systematisch kontrollierte klinische Experimente etc.; sie sind in dieser Entwicklung kaum sinnvoll voneinander zu trennen. Verändert werden die Indikationsregeln meist von ihren Rändern her. An den Grenzen zeigt sich die Gültigkeit der Regel, hier werden Kern und Umfang verifiziert. Dabei kann sich der Anwendungsbereich der Regel erweitern oder verkleinern, Kombinationen von Regeln sind möglich und notwendig. Neue Regeln ersetzen alte, ›vergessene‹, nicht rezipierte Regeln werden ›neu‹ entdeckt.

Indikationsregeln sind Bestandteil von *Therapiestandards*. »Ärztliche Standards⁴² sind Festlegungen, aus denen sich allgemein anerkannte und praktisch bewährte Richtlinien für ärztliche Entscheidungen und ärztliches Handeln in normierten Situationen der Diagnostik und Therapie ergeben, an denen sich der Arzt der Qualität seiner persönlichen Erfahrung und Kompetenz vergewissern kann.« (E. BUCHBORN, 1993)⁴³ Solche expliziten Standards basieren auf wissenschaftlich abgesicherten Erkenntnissen und ärztlichen Erfahrungen (Konvention und Konsensus), sie sind normaufstellende Beurteilungs- und Handlungsempfehlungen und haben keinen rechtsverbindlichen Charakter. Standards beziehen sich auf *Methoden* (Auswahl aus dem Spektrum anerkannter Methoden, z.B. Diagnostik, Einleitung und Durchführung eines chirurgischen Eingriffs), *Prozeduren* (Durchführung oder technische Abläufe im Einzelnen: z.B. Dosierung und Applikation bestimmter Medikamente) und *Sicherheit* (Schutzmaßnahmen gegen-

42 Im Gegensatz dazu sind *medizinische Standards* politisch determiniert und beinhalten den Leistungs- und Qualitätsstandard in den verschiedenen Versorgungsstufen des Gesundheitssystems und lassen sich aufgliedern in Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität. (Buchborn)

über Mißerfolg oder Komplikationen).⁴⁴ Standards haben immer nur eine zeitlich begrenzte Gültigkeit; sie müssen immer wieder kontrolliert, revidiert und weiterentwickelt oder auch in ihrer Gültigkeit bestätigt werden.

In der Fachliteratur wird meist nur der interventionsorientierte, systematische Teil der Indikation aufgeführt, was in der Praxis häufig zu einer Vernachlässigung der personalen Indikation, also der gezielten Einbeziehung der Individualität, der Lebensgeschichte und der sozialen Bezüge des Kranken, seiner Wünschen und Möglichkeiten führt. Die üblichen Therapieschemata (Bestandteil eines Standards), sind gut erlernbar; sie folgen klaren Entscheidungsbäumen (Algorithmen). Gerade in Konfliktsituationen kommt es nicht selten zur (vor-)schnellen Anwendung von expliziten ärztlichen Standards, ohne daß die impliziten Standards –»sie präzisieren die Wertvorstellungen der tradierten Standards ärztlichen Verhaltens« (Buchborn)–, die also eine sorgfältige Indikationsstellung mit Überlegungen zur individuellen Prognose des Patienten verlangen, hinreichend berücksichtigt worden sind.

Sehr aufschlußreich sind hier beispielsweise die Anweisungen in einem aktuellen Handbuch der praktischen Intensivmedizin. DAS ICU-BUCH (1994)⁴⁵ schreibt: »Die Entscheidung zur Intubation und assistierten Beatmung ist nicht so kompliziert wie immer angenommen. Man benötigt dazu keine lange Liste mit Kriterien. Folgende Regeln sollen genügen: Regel 1: Die Indikation zur Intubation und maschinellen Beatmung ist immer dann gegeben, wenn man an sie denkt. ... Regel 2: Im Zweifelsfalle immer die Atemwege sichern. Wenn man sich nicht entscheiden kann, sollte man zuerst versuchen, die Situation durch Intubation und Beatmung in den Griff zu bekommen. Wird der Patient beatmet, so hat man Zeit, die Lage zu überdenken. Regel 3: Endotrachealtuben sind keine Krankheit, und Beatmungsgeräte machen nicht süchtig. Regel 4: Die Intubation eines Patienten zeugt nicht von mangelndem Mut. Gelegentlich wird die Intubation als Ausdruck von Feigheit gewertet, und der Nachtdienst entschuldigt sich oftmals bei der Morgenvisite, wenn in der Nacht ein Patient intubiert wurde. Niemand wird an einer unnötigen Intubation Kritik üben. Kritik verdient jedoch derjenige, der eine notwendige Intubation unnötig verzögert und damit dem Patienten schadet.« Das ICU (Intensive Care Unit)-Buch ist ein etwa 700 Seiten starkes Werk mit Entscheidungsbäumen, sehr detaillierten Erklärungen, Anweisungen und Angaben zur Dosierung von Medikamenten. Insofern überrascht es, hier nirgends zumindest einen Hinweis darauf zu finden, sich frühzeitig grundsätzliche Gedanken darüber zu machen, ob man ggf. einen Patienten überhaupt intubieren und beatmen soll.

Das besondere Problem der Indikation zur künstlichen Beatmung in der modernen Intensivmedizin hat der Anästhesist S. SCHELLONG (1990)⁴⁶ sehr differenziert herausgearbeitet. Es soll hier etwas ausführlicher dargestellt werden, da hier ein spezielles Dilemma dargestellt wird, welches für Fragen des Therapieverzichts von großer Bedeutung ist: Die Indikation zur Intubation und Beatmung, schreibt er, wird nicht gestellt, sondern sie »stellt sich«, wenn die Blutgasanalyse einen $p\text{CO}_2 > 60$ mm Hg ergibt. Die Höhe des $p\text{CO}_2$ im Blut ist eine direkte Kenngröße für das Ausmaß der alveolären Ventilation⁴⁷. Dieser Funktionswert ist einer in einem Kontinuum von Zahlen und als solcher keine Grenze, die etwas voneinander scheidet. »Statt dessen entscheidet sie. Sie ist eine *kritische* Grenze. Ihre Entscheidung ist schnell, eindeutig und definitiv: Wer mich passiert, wird beatmet. ... Die ärztliche Indikationsstellung ist darauf reduziert, einen Pa-

43 Buchborn, E. (1993) Ärztlicher Standard: Begriff - Entwicklung - Anwendung. MedR Heft 9: 328-33

44 Wawersick, J. (1995) Wie entstehen medizinische Standards (Regeln der ärztlichen Kunst)? Anästhesiol. Intensivmed. Notfallmed. Schmerzther. 30: 43-48

45 Das ICU-Buch - Praktische Intensivmedizin, P.L. Marino (Ed.) (1991) aus dem amerikanischen, deutsche Bearbeitung von K. Taeger et.al (1994), München, Urban & Schwarzenberg, S.369f

46 Schellong, S. (1990) Künstliche Beatmung. Strukturgeschichte eines ethischen Dilemmas. Stuttgart, New York, S. 131f

parameter zu beobachten, und festzustellen, wann ein kritischer Wert erreicht ist. Das Bedeutsame des Vorganges liegt darin, daß er *von selbst* abläuft; es handelt sich um einen echten *Mechanismus*. Wenn auch der jeweilige Parameter und sein kritischer Wert wohlbegründet und vom Arzt einzusehen und zu begreifen sind, stellt die Indikation nicht mehr der Arzt. Vielmehr stellt sie sich selbst im Zusammenwirken von Parameter (homogenem Feld) und Funktionswert (kritische Grenze). Die Aufgabe des Arztes ist: festzustellen, ob die Indikation gestellt ist. Der diskursive Mechanismus der Beatmungsindikation war historisch einer der ersten, der das ärztliche Handeln in dieser Weise zum *Vollzug sich selbst treffender Entscheidungen* machte.« (Schellong, S.132f) »...diese selbsttätige und geradezu unfehlbare Beatmungsindikation [hat] die ethische Frage im selben Moment aufgeworfen *und* unbeantwortbar gemacht. Es ist gerade die Gewißheit, die die Ratlosigkeit erzeugt.« (S.143) Eingestandene Ratlosigkeit ist ein wichtiger Ansatzpunkt, nach neuen Antworten zu suchen. Zunächst habe man versucht, das Problem innerhalb des Diskurses zu lösen, die einzig zu findende Instanz war aber der o.g. kritische Grenzwert. Die Frage, wann ist eine Beatmung *noch* sinnvoll und wann ist sie *schon* sinnlos, kann, so Schellong, auch *nicht* unter Zuhilfenahme einer »prognostischen Indikation, die vorausblickend auf den Sinn Rücksicht nehmen kann...«, (S.144) beantwortet werden. Die Struktur des modernen medizinischen Wissens erlaubt aus sich heraus keine Antwort. Die Intensivmedizin, so Schellong, hat mit ihren Fertigkeiten (z.B. der künstlichen Beatmung, also der Steuerung einzelner Vitalfunktionen) die Grenze zwischen Künstlich und Natürlich aufgelöst und damit dem vormals integrierenden Begriff des Lebens und des Individuums seine Bedeutung entzogen. Die Kategorien der Ambivalenz oder der Verantwortung sind dem medizinischen Wissen als solchem nicht inhärent (S.151). Ziele müssen von anderer Stelle in das medizinische Handeln hineingetragen werden.

Ärztliche Standards beeinflussen zunehmend die Entscheidungsprozesse und das Handeln. Ihre Entwicklung, Formulierung und insbesondere ihre Durchsetzung sind von politischer und gesundheitsökonomischer Seite (GKV/ GRV) als Instrument erkannt worden, den ausufernden Markt der Diagnose-, Therapie-, und Rehabilitationsangebote nicht mehr nur über monetäre Regelungen zu steuern, sondern über diese Standards quasi von den MedizinerInnen (vertreten durch die jeweiligen fachlichen ExpertInnen) selbst eingrenzen zu lassen. Großes Interesse an Standards bezüglich Indikation und Durchführung medizinisch-therapeutischer Maßnahmen gibt es natürlich auch von Seiten der Rechtsprechung und des Versicherungsgewerbes, z.B. in Hinblick auf haftungsrechtliche Fragen.

Die Bemühungen um Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung mit ihren Maßgaben zur Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität benötigen ärztliche Standards als Bezugsgrößen. Die angestrebte Standardisierung des ärztlichen Handelns *kann* ein geeignetes Mittel zur Sicherstellung eines rationellen Einsatzes gesundheitsökonomischer Ressourcen sein.

Es ist aber auch abzusehen, daß sich in diesem Prozeß nicht automatisch eine »objektive Qualität« durchsetzen wird. Die Entwicklung von Standards ist keine rein medizinisch-theoretische Angelegenheit, sondern auch ein Gebiet, in dem vielfältige praktische, rechtliche und ökonomische Interessen aller Beteiligten befriedigt werden wollen. Auch die medizinisch-pharmazeutischen Industrie nimmt hier gezielt Einfluß, indem sie z.B. die Formulierung von Standards direkt finanziell fördert oder beispielsweise die bei den Kassenärztlichen Vereinigungen angesiedelten Qualitätssicherungszirkel der niedergelassenen Ärzte »großzügig« mit Materialien u.ä. versorgen.

Bei grundsätzlich bestehender Therapiefreiheit werden diese Standardisierungsbestrebungen auch unter ÄrztInnen durchaus kontrovers diskutiert. Es gibt einige Zurückhaltung, und vieles,

was z.B. von den medizinischen Fachgesellschaften das Etikett ›Standard‹ oder ›Konsensus‹ bekommt (z.B. im Bereich der Indikationsstellung), sind ausgesprochen locker formulierte Minimalübereinkünfte, die eine Stellungnahme zu allen wirklichen Kontroversen sorgfältig ausparen. In technikbezogenen Bereichen z.B. bei Gerätestandards und ihrer regelmäßigen Kontrolle verläuft dieser Prozeß hingegen relativ problemlos. Dies überrascht nicht, weil die Regeln der Qualitätssicherung Prinzipien der industriellen und marktwirtschaftlich orientierten Arbeits- und Fertigungsweise sind. Es sind hier für die nahe Zukunft sicherlich noch spannende Auseinandersetzungen zu erwarten, weil sich über die Schiene Qualitätssicherung und Technology Assessment Fakten etablieren werden, die die grundsätzliche und bisher auch vehement verteidigte Therapiefreiheit recht elegant untergraben werden.⁴⁸

Therapiestandards aufgrund von Übereinkünften zu formulieren, bietet sich an und würde eventuell zu einer relativ raschen Akzeptanz bei einer Mehrheit der FachkollegInnen führen. Solche Konsensusprozesse bergen aber auch die Gefahr, bestehende fehlerhafte Konzepte auf Jahre zu perpetuieren und einer notwendigen Korrektur zu entziehen, sie zumindest erheblich zu erschweren. Wichtiger werden in der Etablierung von Standards die sehr viel aufwendigeren interdisziplinären Verfahren sein, wie sie unter den Schlagworten ›evidence based medicine‹ und ›health outcome research and assessment‹ von England und Canada ausgehend in den letzten Jahren auch hierzulande diskutiert und vorangetrieben werden.

Die Indikation ist eine zentrale Prämisse medizinischen Verstehens, ärztlichen Selbstverständnisses, Urteilens, Entscheidens und Handelns. Es sollte hier der Versuch unternommen werden, die Facetten dieses Begriffes darzustellen und seine Wirkungen im ärztlichen Handeln zu beleuchten. Der hier thematisierte Therapieverzicht und die dazu notwendigen Entscheidungen sind eng mit dem Vorgang der Indikationsstellung verzahnt. Die Indikation ist die argumentative Begründung der Entscheidung und damit zugleich eine handlungsleitende Antwort auf die Frage, was im gegebenen Falle unter Berücksichtigung der Fakten, der Wünsche des Patienten und der Umstände zu tun, d.h. auch ggf. zu unterlassen ist. Darüber hinaus hat die Indikation auch einen wichtigen rückwirkenden Effekt: Insofern sie eine wohl fundierte Begründung der ärztlichen Entscheidungen ist (sein sollte), ist sie auch zu einem späteren Zeitpunkt, ggf. für eine Rechtfertigung etwa im Falle einer gerichtlichen Auseinandersetzung, geeignet.

2.5.3 ›Schwerstkrank‹ aus der Sicht des potentiell Betroffenen

Wie oben ausgeführt ist eine Festlegung, welcher Zustand nun als »schwerstkrank« bezeichnet werden kann, aus medizinischer Sicht nicht leicht möglich. Eine Eingrenzung ist insbesondere dadurch erschwert, daß die »Schwere« des Erkrankungsgrades medizinisch keine absolute Größe darstellt, und darüber hinaus in der Praxis immer in Relation zu den jeweils vorhandenen oder erreichbaren personellen und medizinisch-technischen Ressourcen zu sehen ist. Schwerstkrank ist dann beispielsweise für eine periphere Station anders zu definieren, als für eine Intensivstation, und auch hier ist das Spektrum einer kardiochirurgischen Intensivstation wieder anders, als in der internistischen Intensivstation eines Kreiskrankenhauses.

Was unter »schwerstkrank« –ganz unabhängig von der Versorgungsstruktur– verstanden werden kann, soll anhand der sehr sorgfältigen Beschreibungen R.F. WEIR's ausgeführt werden. In seinem bereits zitierten Buch druckt er auch seine persönliche Living Will-Declaration mit dem Titel »On Living and Dying«⁴⁹ als Beispiel ab. Da wir uns in unserer Untersuchung auf die Perspektiven von ÄrztInnen (und Pflegenden) konzentriert haben, sei hier mit dem Rückgriff auf Ausschnitte dieses Dokumentes ein Stück –von diesem Autor natürlich intensiv reflektierte–

48 Metaanalysen, Evidence Based Medicine (EBM-Movement)

(potentielle) Patientensicht, die aber auch medizinische Details⁵⁰ berücksichtigt, stellvertretend eingefügt. Zunächst unterscheidet Weir die Umstände/ Anlässe für die er eine persönliche »treatment directive« formuliert und auch aufzeigt, wo er die Grenzen für eine solche Behandlung zu ziehen wünscht.

(1) *Unfall oder medizinischer Notfall mit der Folge von Bewußtlosigkeit*: Er wünscht in diesem Fall alle intensiven lebenserhaltenden Maßnahmen wie künstliche Beatmung, Hydrierung und Ernährung, Antibiotika und notwendige Katheter zum Abführen von Stuhl und Urin. Auch willigt er in einen chirurgischen Eingriff ein, wenn sich die Ärzte sicher sind, daß er notwendig ist, ein inneres Organ wieder funktionsfähig zu machen und ihm wieder dazu verhilft, ein bewußtes und beziehungsfähiges Leben zu führen (»... restore me to a cognitive, relational form of living«). Diese Anstrengungen wünscht er aber nur für einen limitierten Zeitraum von maximal 3 Monaten. Wenn sich bis dahin kein Erfolg der Maßnahmen in seinem Sinne eingestellt habe, wünscht er sich eine Beendigung aller lebenserhaltender Maßnahmen. Primären und sekundären Therapieverzicht bewertet er als moralisch gleichwertig. Er möchte, daß diese Therapiebeendigung dann auf die Bitte seines (von ihm in diesem Dokument bestimmten) Stellvertreters, vom zuständigen Arzt ausgeführt wird.

(2) *Schwere Erkrankung aus anderen medizinischen Gründen, mit der Folge, keine Entscheidungen für sich persönlich treffen zu können*: Er bittet seinen Stellvertreter und alle anderen Verantwortlichen in diesem Falle eine sehr sorgfältige Prognose zu stellen, welche Chancen er hat, sich von dieser Erkrankung zu erholen. Medizinisch-technische Hilfen (künstliche Beatmung, Reanimation, Dialyse, Wundversorgung, Antibiotika, chirurgische Eingriffe, Chemotherapie und künstliche Ernährung und Hydrierung) wünscht er sich nur, wenn sie ihm wirklich hilfreich sind und seinen Zustand nachhaltig verbessern oder korrigieren können. Wenn ihm keine der genannten Behandlungsformen mehr ein, wie oben ausgeführt, bewußtes und beziehungsfähiges Leben ermöglicht, und ihm oder auch seiner Familie unverhältnismäßige Belastungen (Schmerzen, psychisches Leiden oder auch finanzielle Probleme) aus einer solchen Behandlungsfortsetzung entstehen, dann wünscht er, daß sie nicht fortgesetzt werden, *auch dann*, wenn sein Zustand *noch nicht* als terminal zu bezeichnen ist.

(3) In seiner letzten Lebensphase sei er nicht mehr an der Quantität sondern nur noch an der Qualität seiner verbleibenden Zeit interessiert und wünsche sich hierfür *nur noch* palliative und pflegerische Versorgung, sowie (soweit möglich) orale Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit. Wenn es möglich ist, möchte er in dieser Zeit in einem Hospiz-Programm betreut werden.

(4) Weitere Anweisungen und Vereinbarungen beziehen sich dann auf die Bitte, daß seine Wünsche respektiert werden und daß zur Entscheidungshilfe seine Frau und/oder ein von ihm designierter Freund von den Ärzten hinzugezogen werden soll. Er ermächtigt diese beiden darüber hinaus, notfalls auch auf juristischem Wege seinen Wünschen zur Durchsetzung zu verhelfen. Das Schriftstück ist von diesen beiden Personen ebenfalls unterzeichnet.⁵¹

49 Weir, RF a.a.O. S.191-193

50 Gerade die fehlenden medizinischen Details werden von Kritikern des Patiententestamentes oft als Argument dafür genutzt, diese als Ausdruck eines reflektierten Patientenwillens nicht ernst zu nehmen.

51 Es fällt schwer, diese für unsere westliche Gesellschaft sicherlich richtigen und wichtigen Vorstellungen von Sterbeumständen und detaillierten Wünschen, wann man nun mit welcher ausgeklügelten technischen Hilfe wie leben möchte oder nicht usw., aufzuschreiben, während die weltraumerfahrenen Nationen, für die diese Vorkehrungen ja zutreffen, *nicht* in der Lage sind, ausreichende Trinkwasseraufbereitungsanlagen für etwa eine Million Menschen zu installieren, so daß diese Menschen so schnell und in solchen Mengen an Cholera und Ruhr versterben, daß sie noch nicht einmal mehr würdig beigesetzt werden können, sondern mit Bulldozern in Massengräber geschoben werden müssen. (3. August 94)

2.5.4 Der Schwerstkranke in der medizinischen Versorgung

Aus diesen Beschreibungen R.F. Weir's wird deutlich, (1) was *lebenserhaltende Maßnahmen* sind, nämlich *alle* Formen von medizinischer Intervention, technischer oder medikamentöser Art, mit dem Ziel, ein Sterben abzuwenden, ganz gleich, ob diese Behandlung das zugrunde liegende lebensbedrohliche Leiden oder den Erkrankungsprozeß ursächlich beeinflussen kann oder nicht. Und, (2) daß der Zustand »schwestkrank«/ sterbenskrank nicht als ein rein pathophysiologisch zu beschreibender zu verstehen ist, sondern immer –nicht nur aus der Sicht der betroffenen Patienten– einen starken *Beziehungsaspekt* hat. Zu den Vorstellungen von *Leben* gehört ein Sein-*im*-Leben und ein bloßes *Am*-Leben-Sein wird nur als ein vorübergehender Zustand akzeptiert. Es wird (3) deutlich, daß ein Erkrankungsstadium immer auch mit seiner Tendenz auf der Zeitachse bewertet wird. Drei physiologisch vergleichbare Zustände erfahren jeweils eine sehr divergierende Bewertung, je nachdem, ob es sich um einen Zustand in einer Entwicklung mit Richtung Genesung handelt, oder der Zustand Ausdruck einer Stagnation in der Entwicklung ist, oder er eine Entwicklung zum Sterben hin markiert. Oftmals ist es aber für die Beteiligten erst im Nachhinein zu erkennen, welche der Richtungen (Prognose) im Geschehen vorgegeben war.

Schwerstkranke/ Sterbenskranke sind Menschen, deren Leben die moderne Medizin zwar bedingt verlängern, aber nicht mehr in eine (relative) Gesundheit zurückführen kann. Vitalfunktionen können noch aufrecht erhalten werden, es kann aber kein richtungsverändernder Einfluß mehr auf die terminalen Prozesse genommen werden. Wie kann man ein entsprechendes Erkrankungsstadium *sicher* erkennen? *Wann* haben medizinische Maßnahmen *keine* Aussicht mehr auf Erfolg im Sinne von Genesung oder positiver Stabilisierung und wann prolongieren sie nur noch das Sterben? Kurz, wann ist eine Indikation für lebenserhaltende Interventionen gerechtfertigt und wann, bzw. unter welchen Voraussetzungen eben nicht (mehr).

Die Erkenntnis, *wann* die Grenze von Therapiebemühungen erreicht ist, ist objektiv erschwert, da sich der Fortschritt in der modernen Medizin –der Schwerstkranke als professionelle Herausforderung– zum großen Teil darüber definiert, diese Grenzen ständig zu verschieben. Dies führt zu einer *Erweiterung des Behandlungsspektrums* und einer *Ausweitung der Indikationsbereiche*: Vormals absolute Kontraindikationen (z.B. für kardiochirurgische Eingriffe) werden zunächst zu ›bedingten‹ Kontraindikationen; einige Entwicklungsschritte weiter gelten sie »nur noch« als ›erhöhte‹ Behandlungsrisiken. Die Klassifizierung von Erkrankungen (Art und Schweregrad) und entsprechend die Toleranz gegenüber Komorbiditäten unterliegen einem permanenten Wandel. Vor allem die Entwicklungen in der Intensivmedizin haben das Verständnis nachhaltig verändert: So wird beispielsweise in klinischen Grenzbereichen kaum noch vom kalendarischen, sondern meist vom biologischen Alter des Patienten gesprochen. Es gibt nur noch wenige explizite Grenzen, stattdessen wird von kritischen Bereichen und erhöhten Risiken gesprochen.

Eine subjektive Schwierigkeit besteht im *Stellen der personalen Indikation*. Zum einen wird die personale Seite der Indikation aufgrund mangelhafter Ausbildung der MedizinerInnen häufig nicht reflektiert und bewußt gestaltet. Zum anderen wird sie auch durch medizinische Entwicklungen zunehmend verdrängt: An die Stelle der individuellen oder gemeinsamen Verantwortungs- und Risikobereitschaft von Patient und Arzt (personale oder dialogische Indikation) tritt, wissenschaftlich begrüßt und gefördert, die rational begründete (theoretisch-monologische) Indikationsregel z.B. mit ihren eindeutigen Laborparametern, die eine Befolgung vorsieht, und gegen die man dann nur noch mit »nicht-medizinischen« Argumenten votieren kann.

Ausdruck dieses Trends der zunehmenden Überbewertung des rationalen Teiles der Indikation, ist z.B. in der Intensivmedizin in den letzten Jahren die forcierte Entwicklung computergestützter

Expertensysteme. Sie dienen einerseits dem gezielten Abrufen von Informationen; wichtiger aber noch ist z.B. ihr Einsatz als »Scoring«-Instrument in der Notfallmedizin zur »Schweregradklassifikation des Notfallpatienten, ... Erfassung von Therapieaufwand, Voraussage des Outcome (deskriptiver Aspekt) [und zur] Hilfestellung bei Triage- und Therapieentscheidungen (prognostisch-indikativer Aspekt). Darüber hinaus können Scores zur Effektivitätsmessung im Rahmen einer Qualitätskontrolle herangezogen werden. ... Die Prognostizierung im Einzelfall ist der kritische Punkt; für Therapieentscheidungen können Scoreergebnisse nur in speziellen Situationen herangezogen werden.« (H.-P. SCHUSTER, 1994)⁵² Diese Entwicklung entbindet die Patientin/ den Patienten (ggf. die Angehörigen) nicht von der Zustimmung zu bzw. Ablehnung einer Therapiemaßnahme, definiert aber den Toleranzbereich genauer in dem die Ärztin z.B. eine bestimmte Therapie vorzuschlagen, oder dies zu unterlassen hat. Expertensysteme werden direkt (online) mit Labordaten, EKG, Atemfrequenz und allen anderen Überwachungsparametern der einzelnen Patienten gespeist, sie können diese Daten sofort verarbeiten, d.h. nach einem vorgegebenen Schema in Beziehung setzen, und entsprechend den programmierten Schwellenwerten auch Schlußfolgerungen ziehen.

Eine zunehmende Formalisierung der Indikationsstellung und damit auch eines wichtigen Teils der ärztlichen Entscheidungen kann ärztlicherseits Ausdruck zunehmenden Vertrauens in die Medizin als Wissenschaft sein. Zugleich kann sie einen Rückzug vom Patienten bedeuten: die partielle Überführung der personalen Indikation in eine mehr formale, kann für die Ärztin/ den Arzt emotional entlastend wirken und rechtliche Unsicherheiten oder Bedrohungsgefühle wegen möglicher Regressforderungen bekämpfen helfen, denn man entscheidet und handelt »state of the art«. Damit verbunden ist auch eine partielle Preisgabe der persönlichen Verantwortung, mit der im klinischen Alltag oftmals die faktische Ungewißheit bezüglich Diagnose, Therapie und Prognose überwunden wird, um überhaupt im Einzelfall handlungsfähig zu sein.

Die beschriebenen Grenzverschiebungen zu einer effektiveren und damit erfolgreicherer Medizin sind nicht das Ergebnis rein theoretischer Bemühungen, sondern sie basieren zum großen Teil auch auf ganz praktischer, intensiver medizinischer Erforschung am Patienten. Für die amerikanische medizinische Forschung hat R.C. Fox (1959)⁵³ mit »Experiment Perilous« eine beeindruckende soziologische Analyse einer medizinischen Arbeitsgruppe und ihrer Patienten auf einer Versuchsstation für schwierige Stoffwechselerkrankungen, die sie über einige Jahre begleitete, erarbeitet. Sie zeigt, –hier komprimiert im Umfeld einer Spezialstation– wie und unter welchen Anstrengungen und Schwierigkeiten medizinisches Wissen »hergestellt« wird: Die Entstehung von Hypothesen, ihre oft nur vorläufige Bestätigung und ihren Untergang. Sie beleuchtet diesen Prozess im Kontext mit den darin agierenden Ärzten und Patienten und ihren unterschiedlich gelagerten Hoffnungen, mit den internistischen und/oder chirurgischen Interventionen im Verstehen der Erkrankung und in ihrer Beeinflussung, einen Erfolg für den einzelnen Patienten *und* einen medizinischen Fortschritt zu erreichen. Viele Patienten wurden über Jahre immer wieder auf dieser Station behandelt. Bei Patienten, die sich im Endstadium ihrer Erkrankung befanden, wurden auch experimentelle Eingriffe vorgenommen und die Folgen studiert. Das Verhältnis zwischen den Patienten der Station und den Ärzten/ Pflegenden wird als sehr kollegial, fast familiär beschrieben.⁵⁴

52 Schuster, H.-P. & W. Dick (1994) Scoresysteme in der Notfallmedizin? *Anaesthesist* 43: 30-35. Es gibt heute schon eine ganze Reihe von Outcome- und Verlaufscores: z.B. APACHE II (Acute Physiologie And Chronic Health Evaluation System, W.A. Knaus et al, erste Version 1981) oder TISS (Therapeutic Intervention Scoring System, D.J. Cullen et al, erste Version 1974)

53 Fox, R.C. (1959) *Experiment perilous. Physicians and patients facing the unknown*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia (paperback edition, published 1974)

54 Bemerkenswert ist der soziale Hintergrund: die Station war excellent personell und finanziell ausgestattet und Perso-

Einen vergleichbar intimen Blick auf die sozialen Seiten der Forschung –auf ihre »Höhen und Tiefen«– gibt es für die deutsche Medizin nicht. Ein Grund dafür kann die große Ambivalenz sein, mit der Ärzte ihre Forschung am Menschen selber sehen. Sie kann in der schwierigen Hypothek begründet sein, die durch die Menschenversuche, verübt an wehrlosen Opfern in den KZs des Dritten Reiches, der Medizin entstanden ist und die bis heute ungesühnt blieb. Für die Intensivmedizin beschreibt der Anästhesist H. MENZEL (1976)⁵⁵ die bestehende Forschungspraxis relativ vorsichtig wie folgt: Es gebe nicht nur die Medizin für den Patienten, sondern auch Patienten für die Medizin und so »... [könne] es jedoch ebenso geboten erscheinen, die Erhaltung der Vitalfunktionen *ohne* erkennbare Aussicht auf eine erfolgreiche Behandlung der Grundkrankheit fortzuführen. Dabei sollte insbesondere auch daran gedacht werden, daß die Intensivmedizin sich nur auf diese Weise für Fortschritte offenhalten kann. Gerade die Intensivmedizin hat uns gelehrt, daß durch beharrlichen und hartnäckigen Einsatz aller Möglichkeiten Erfolge erzielt werden konnten, die noch vor wenigen Jahren weit außerhalb jedes medizinischen Vorstellungsvermögens lagen. So sollte auch heute nicht durch eine voreilige Resignation eine weitere Entwicklung gehemmt werden«. Sein Fachkollege H.W. OPDERBECKE (1976)⁵⁶ nimmt demgegenüber mehr eine Patientenperspektive ein und gibt zu bedenken, daß »die Faszination des medizinischen Fortschrittes, ... die gewissenhafte Frage nach dem wirklichen Nutzen für den einzelnen Kranken in den Hintergrund treten läßt. Nicht selten dient das *angebliche Wohl des Patienten* als Alibi für den unwiderstehlichen Drang, medizinisches *Neuland* zu erobern und für die *Selbstbefriedigung ärztlicher Ambitionen*.«

Selbstkritische Stellungnahmen dieser Art sind wohl eher selten in der Literatur zu finden. Dafür ist aber der Blick von außen auf die medizinische Forschung kritischer geworden. Schriftliche Vorausverfügungen (Patiententestamente) u.ä., sind zum einen durch den Wunsch nach einem selbstbestimmten und würdigen Sterben bestimmt, sie zielen aber zugleich auch darauf ab, in der Situation des nahenden Todes nicht noch zum mehr oder weniger wehrlosen Forschungsobjekt der MedizinerInnen zu werden. Die Bereitschaft der einzelnen, sich ihrerseits wieder für eine medizinische Forschung zur Verfügung zu stellen, an deren Erkenntnisfortschritten sie selber bereits partizipieren, scheint abzunehmen.

Das medizinische Wissen als solches ist Sinnfragen gegenüber neutral (s.a. S. Schellong). Die Aufgabenstellungen und Begrenzungen müssen darum von außerhalb an die Medizin herangebracht werden. Gleichermäßen ist sie in der Evaluation ihrer strukturellen Voraussetzungen, ihrer Verfahrensweisen und Ergebnisse auf die externe Perspektive angewiesen.

Eine Möglichkeit die Aufgaben der Versorgung einzugrenzen besteht beispielsweise darin, die Zugangsmodalitäten für bestimmte medizinische Leistungen festzulegen. Für die Intensivstationen wurde das schon vor vielen Jahren festgeschrieben. Ihr Auftrag besteht nach J. SCHARA (1993)⁵⁷ in der »Behandlung, Überwachung und Pflege von Patienten, bei denen die für das Leben notwendigen vitalen oder elementaren Funktionen von Atmung, Kreislauf, Homöostase und Stoffwechsel lebensgefährlich bedroht oder zerstört sind, mit dem Ziel, diese Funktionen zu erhalten, wiederherzustellen oder zu ersetzen, *um Zeit für die Behandlung des Grundleidens zu gewinnen*. ... Intensivtherapie ist zu sehen als 'Hilfe zur Selbsthilfe' für den Organismus.« Alle Patienten »mit sicher infauster Prognose« sind also von einer Behandlung auszuschließen,

nal und Patienten genossen einige Privilegien in der Klinik.

55 Menzel (1976) a.a.O. S.148

56 Opderbecke, a.a.O. S.138 [Hervorhebungen im Original]

57 Schara (1993) a.a.O. S. 22, ähnliche Definition des Intensivauftrages auch schon bei Menzel (1976) a.a.O. S.144 oder auch in den Leitlinien v. 14. Juni 1993 des Executive Committee of the European Society of Intensive Care Medicine: Guidelines for the utilisation of intensive care units (veröffentlicht in: Intensive Care Med (1994) 20:163-164 und in Intensivmed (1994) 31:145-146)

weil eben Intensivtherapie keine Verbesserung mehr vermitteln kann, sondern nur noch eine Prolongierung des Sterbeverlaufes. Dies sind nur sehr grobe Grenzziehungen, die es im Prinzip lediglich argumentativ ermöglichen, zu schwer Kranke oder Verletzte zur Aufnahme abzulehnen. Wie diese Grenze im Einzelfall gezogen wird, hängt jeweils auch von der Kapazität und den Ressourcen der jeweiligen Intensivstation ab.

2.6 Entscheidungen

2.6.1 Entscheidung und Handeln

2.6.1.1 Entscheiden und Handeln als besondere Fähigkeit

Das Nachdenken über die menschliche Besonderheit, eine bewußte Wahl für das eigene Handeln treffen zu können, also ein bestimmtes Verhalten aus den erkannten Alternativen zu präferieren, hat eine lange Tradition. Neben der Erkenntnis sind das Handeln und der Zukunftsentwurf bevorzugte ›Gegenstände‹ in denen sich das Denken selber darstellt und reflektiert.

2.6.1.2 Aspekte des Handelns

Das Handeln wird unterschiedlich, teils mehr unter dem Aspekt der individuellen Disposition, teils mehr im Verständnis einer sozialen Konstitution thematisiert, als:

- technisches Handeln (praktisches Herstellen),
- (moralisch) richtiges Handeln,
- vermittelnde Bewegung zwischen den wahrgenommenen Möglichkeiten und der Wirklichkeit
- menschliches Verhalten (äußeres, inneres Tun, Unterlassen oder Dulden),
- soziales Handeln (in sinnhaftem Bezug auf andere),
- ausgehandeltes Handeln (negotiation)

Diese Ansätze repräsentieren verschiedene Zugangsweisen und Schwerpunktsetzungen, sie sind nicht scharf voneinander abzugrenzen.

2.6.1.3 Die Notwendigkeit zu Handeln

Der Mensch ist bezüglich seines sozialen Verhaltens nur partiell durch ein Reiz - Reaktions - Schema determiniert; das bedeutet, er *muß* seinem Verhalten eine Ausrichtung, einen subjektiven Sinn geben und immer wieder auf erkannte Handlungsalternativen reagieren: Sei es, indem er sich mit einer zielorientierten Risikoanalyse für eine mehr oder weniger aussichtsreiche Variante entscheidet, sei es daß er auf jegliche eigene Aktivität verzichtet und das Geschehen seinem zufälligen oder einem von anderen beeinflussten Verlauf überläßt. Er muß seine Position bestimmen, oder von anderen bestimmen lassen. Auch Passivität ist also in diesem Sinne eine Form des Handelns. (Was Watzlawick für die Kommunikation sagt, gilt auch für das Handeln: Man kann nicht nicht handeln.⁵⁸)

2.6.1.4 Individualistisches Handeln und Entscheiden

Für Aristoteles ist Handeln in erster Linie ein Tun, die praktische Herstellung eines Produktes. Darüber hinaus ist sich das Handeln im engeren Sinne Selbstzweck, wenn es das rechte, das richtige und damit gute Handeln zum Ziel hat. Die zuerst genannte Praxis mit diesem Ziel des richtigen Handelns verbindend, versteht Aristoteles Handeln als vermittelnde Bewegung zwischen den verschiedenen Möglichkeiten und der Wirklichkeit. Die Voraussetzung für eine solche Bewegung ist eine Integrationsleistung, die sich in einer Entscheidung im Sinne der Wahl zwischen den erkannten Alternativen ausdrückt. Sie kann kognitiv bewußter (freiwilliger) und /oder unbewußter (unfreiwilliger) Genese sein, oder auch partiell oder vollständig auf Unwissenheit gegründet sein. Die (richtige) Wahl ist ihrerseits bestimmt durch die Intention, den

⁵⁸ Diese Formulierung soll nicht verdecken, daß Kommunikation ein Aspekt des sozialen Handelns ist und nicht umgekehrt.

Zweck und das Ziel der Handlung, welche immer auch durch die Situation (Umstände und Fremdeinflüsse, Gewalt) mitbestimmt wird.⁵⁹ Das Handeln individualistisch unter dem Aspekt der (subjektiven) Entscheidung zu betrachten, hat traditionell stärker die Philosophie (und die Literatur) beschäftigt.⁶⁰ Sie unterstellt dem handelnden Subjekt eine Freiheit zur Entscheidung, die es allerdings umsetzen muß. Insofern ist es weniger eine ›Freiheit‹, sondern mehr ein Zwang zur Entscheidung. In der Entscheidung bestimmt das Subjekt die Intention und die Richtung des Handelns. Die (klassische) Philosophie diskutiert ihren richtigen und/oder falschen Gebrauch und die moralischen, psychischen und sozialen Spannungen, denen dieser Prozeß des Bestimmens (also die Verwirklichung der wert- und zweckrationalen Aspekte) ausgesetzt ist. Dabei muß sich allerdings die (vielleicht hehre) Intention des Entscheiders nicht zwangsweise in der Wirkung der Handlung spiegeln.

Entscheidungsprozesse sind ein Probehandeln im Mikrokosmos der eigenen inneren Auseinandersetzung und/oder des gedanklichen Austausches mit anderen. Das Entscheidungsverhalten ist im Idealfall eine kognitive *und* affektive Simulation der wahrgenommenen Handlungsalternativen bezüglich ihrer jeweiligen Realisierbarkeit und der zu erzielenden Effektivität und Effizienz, beispielsweise hinsichtlich ideeller und ökonomischer Werte.

2.6.1.5 Handeln und Entscheiden in der soziologischen Betrachtung

Max Weber versteht das Handeln ähnlich, stellt aber als Haupteigenschaft des Verhaltens den Bezug auf andere heraus: Soziales Handeln ist ein sinnhaftes und zielgerichtetes Handeln in Bezug und Orientierung auf das Verhalten eines Anderen (oder einer Gruppe) und ist darin traditional, affektiv, sowie zweck- und wertrational bestimmt.⁶¹ Diese Definition umschreibt genau die Dimensionen, die ein Entscheidungsverhalten bestimmen, allerdings wird die handlungsleitende Entscheidung als solche hier nicht kenntlich. Als ergebnisorientierte Betrachtung zielt Webers Definition auf die wirksam werdende Handlung ab. Es ist daher ohne Bedeutung, ob diese durch einen (un)bewußten Akt, eine ebensolche Unterlassung oder ein Stillhalten/ Dulden zustande gekommen ist. Die Art des Handelns ist durch die im Sozialisationsprozeß verinnerlichten Sinnorientierungen und die sozial normierten und kontrollierten Handlungsmuster, – deren Ablauf wiederum durch Rechtsordnung, Konventionen, Interessen, Sitten und Bräuche bestimmt wird – weitgehend vorgegeben. Für die soziologische Sichtweise ist das Handeln ›bestimmt‹, das bedeutet nicht außengeleitet oder fremdbestimmt, sondern eine erklärbare Folge sozialer Wirkungen, sozialen Seins.

59 Aristoteles. Die Nikomachische Ethik (Drittes Buch). übersetzt und herausgegeben v. Olof Gigon, München dtv 1975

60 Den Protagonisten der griechischen Tragödie wird beispielsweise sehr viel Raum gegeben, ihre Intentionen, die in Frage kommenden Alternativen und ihr Ringen um ein realitätsgerechtes Handeln darzustellen. Die Realisierung des richtigen und guten Handelns –um des Idealen und Schönen willen– gelingt dem Individuum hier zumeist nur unter großen persönlichen Opfern..

61 Weber, M. Soziologische Grundbegriffe, 6. Aufl., Tübingen: J.C.B. Mohr 1984.

2.6.1.6 Individuelle Entscheidungsprozesse

Näher betrachtet unterliegt das individuelle Entscheidungsverhalten verschiedenen Einflüssen, die sich vielleicht am besten auf einer Zeitachse veranschaulichen lassen. Bestimmt man die Entscheidung als solche zunächst einmal als Punktereignis, so läßt sich ein mehr oder weniger genau bekanntes ›Vorher‹ beschreiben, sowie Hypothesen und Erwartungen, die sich auf ein ›Nachher‹ richten. Dabei benutzt der Entscheider die Vergangenheit nicht nur als Informationsquelle, sondern greift auch bewertend auf sie zurück. Die Analyse und Bewertung des bisherigen Verlaufes und des aktuellen Standes schließt eine Definition der eigenen Position mit ein, – auch, wenn letzteres oft nicht explizit kenntlich gemacht wird. Ist man nun mit dem bisherigen Verlauf/ Ergebnis zufrieden und wünscht eine Fortschreibung, ist man unzufrieden und wünscht eine Veränderung (weiß aber vielleicht nicht was wie verändert werden soll...), oder ist man wohl zufrieden, avisiert aber aus anderen Gründen (z.B. Berücksichtigung der Wünsche anderer Beteiligter) eine Veränderung. Wichtig scheint mir die Betonung der Bewertung: Hier werden die ›bestimmenden‹ traditionellen, affektuellen, wert- und zweckrationalen Aspekte im Entscheidungshandeln konkretisiert. Die Einschätzung der Realisierbarkeit des gewünschten Ergebnisses zielt schon auf die Zukunft, das ›Nachher‹ ab. In der Regel will man die seinen Vorstellungen gemäßeste, also maximale Verwirklichung des (bewußt und/oder unbewußt) Erstrebtten erreichen, also mögliche Abweichungen (Überraschungen und Enttäuschungen) weitestgehend erkennen und ausschalten, bzw. diesbezüglich Vorkehrungen treffen. Welche Variante unter welchen Umständen die größere Wahrscheinlichkeit hat, das Ziel zu erreichen, ist auch Gegenstand von Entscheidungstheorien (Risikoanalysen, Spieltheorie). Für Entscheidungstheorien gibt es Interessenten in allen Bereichen der Politik, der Technik (z.B. Technikfolgeabschätzung), der Ökonomie etc., insbesondere dort, wo Entscheidungen getroffen werden (müssen), deren unbeabsichtigte Wirkungen den beabsichtigten Vorteil in einen noch größeren Nachteil umkehren können. Ungewißheit ist ein modifizierender Faktor in Entscheidungen und erfordert es, bestimmte Fakten in einer Entscheidung entsprechend zu gewichten.⁶² In verschiedenen Bereichen der Medizin ist ein wachsendes Interesse an Entscheidungstheorien zu verzeichnen⁶³.

2.6.1.7 Das ›antizipierte Entscheidungsbedauern‹

Entscheidungen zum Therapieverzicht sind i.d.R. Entscheidungen mit definitivem Charakter. Diese Endgültigkeit zu umgehen, dienen häufig sog. halbherzige Entscheidungen, –sie lassen noch medizinisch-physiologische, und darüber zumeist auch psychische und soziale Steuerungsmöglichkeiten im Prozeß offen. (Häufig allerdings glaubt man auf diese Weise noch physiologische Prozesse zu steuern, während die Kompensationsfähigkeit des Patienten eigentlich schon ausgeschöpft ist.) Für die Entscheidungen der Betroffenen haben die Angebote der modernen Medizin mitunter einen sehr problematischen Aspekt, dem sie sich stellen müssen. T. TYMSTRA (1989)⁶⁴ beschreibt, wie das ›antizipierte Entscheidungsbedauern‹ (anticipated decision regret) eine Entscheidung beeinflussen kann: Die moderne medizinische Technik bietet verschiedene Möglichkeiten, bestimmte Erkrankungen frühzeitig zu erkennen oder in späten Erkrankungsstadien noch (effektive) Änderungen des Spontanverlaufes zu bewirken. Wird ein Patient (resp. seine Angehörigen) mit einem solchen Angebot konfrontiert, ist es für ihn nur schwer möglich, sich gegen ein solches Angebot zu entscheiden. Über das mehr oder weniger realitätsnahe Abwägen hinaus ist seine Entscheidung durch den Gedanken geprägt, es eventuell

62 siehe dazu auch Abschnitt 2.6.2

63 siehe dazu auch Abschnitt 2.5.2

64 Tymstra, T. (1989) The imperative character of medical technology and the meaning of “anticipated decision regret“. International Journal of Technology Assessment in Health Care 5, 207-13

später zu bedauern, die offerierte Chance nicht wahrgenommen zu haben. Dieses vorweggenommene Entscheidungsbedauern kann also die Funktion eines wichtigen Motivs hinsichtlich der Wahl, die eine Person trifft, werden. Sie ist u.U. nicht wirklich überzeugt von dem was sie im Begriffe ist medizinisch-therapeutisch zu tun (eine OP, noch eine Chemotherapie durchführen lassen, in eine maschinelle Beatmung einwilligen etc.), aber ihre Angst davor, sich später dafür Vorwürfe zu machen, es nicht getan zu haben, ist größer. Dieser Mechanismus, so Tymstra, führt in der modernen Medizin dazu, daß ihre Angebote einen imperativen Charakter bekommen.

2.6.1.8 Arzt-Patient-Beziehung in der Entscheidung zum Therapieverzicht

Das traditionelle Bild vom Patienten in der Medizin ist das des vertrauensvoll Hilfesuchenden, der sich an den seinerseits vertrauenswürdigen Experten wendet und sein Schicksal in dessen Hände legt. Dieses Bild erfährt einem langsamen aber steten Wandel von der Seite der Patienten, aber auch von der ärztlichen Seite her. Während sich die einen zum modernen Dienstleister entwickeln, wachsen die anderen langsam in die Rolle des anspruchsberechtigten Klienten. Für die hier zu klärende Problematik der Entscheidungen zu Therapie oder Therapieverzicht bei Schwerstkranken hat diese Entwicklung insofern Relevanz, als daß der Glaube und das Vertrauen in eine primär an Lebensverlängerung orientierte Medizin in den letzten zwanzig Jahren, aufgrund unbefriedigender Erfahrungen in der Betreuung Sterbender und deren kritischer Bewertung, an Kraft eingebüßt hat.⁶⁵ Mit dieser Medizin sind natürlich auch ihre ärztlichen Vertreter ins Blickfeld der Kritik geraten.

Im Umgang mit Fragen des Therapieverzichts zeigen sich (noch) sehr deutlich die traditionellen Aspekte des Rollenverhaltens zwischen Arzt und Patient. In diesem Verhältnis gibt der Arzt die Richtung an. Sein Führungsanspruch basiert auf seiner erworbenen Rolle als medizinischer Experte, sowie auf der ihm gesellschaftlich zugeschriebenen Rolle (approbierter Arzt mit besonderen Rechten und Pflichten), i.d.R. ist dies noch durch einen entsprechenden ökonomischen Status unterstützt. Das Arzt-Patient-Verhältnis zeichnet sich durch eine starke Asymmetrie aus, dazu tragen Informationsvorsprung und Definitionsgewalt beim Arzt, und häufig auch die sprachlichen Barrieren aufgrund unterschiedlicher Schichtzugehörigkeit von Arzt und Patient, bei. Die bedingte Hilflosigkeit und Unwissenheit des Patienten und die große Bereitschaft, seine Eigenverantwortung preiszugeben, verleiten den Arzt seinen Verantwortungsbereich auszuweiten. Eine entsprechende Vertrauenserwartung und Verantwortungsübernahmebereitschaft sind zu einem wichtigen Teil des ärztlichen Habitus geworden. M. Balint (1957) nannte dies die ›apostolische Funktion des Arztes‹: er weiß genau, was für den Patienten gut und richtig ist. Wieviel Verantwortung er –über seine persönliche Verantwortung für eine adäquate Behandlung hinaus– übernehmen will, definiert i.d.R. der Arzt. Entsprechend leitet er den Patienten zur eigenverantwortlichen Mitarbeit in der Therapie an und kontrolliert ihr Einhalten. Werden Therapieverzichtsfragen akut, so sind zumeist die Möglichkeiten der Ärzte an die Grenzen der therapeutischen Wirksamkeit gestoßen. Viele Ärzte erreichen hier allerdings auch die Grenzen ihrer Bereitschaft, verantwortlich über das Wohl des Patienten zu bestimmen. Wie kommt es dazu?

Ärzte, so Beckmann & Scheer⁶⁶, erleben ihr Handeln als ›Komplex von Selbstverständlichkeiten‹ und nicht als Rollenverhalten. Ihr Handeln ergibt sich für sie stringent aus ihrem medizinischen Expertenwissen. Ärzte haben eine sehr geringe Rollendistanz und wenig Fähigkeiten, das eigene Interaktionsverhalten kritisch wahrzunehmen. Dies wird besonders nachhaltig deutlich in

⁶⁵ dies betrifft nicht die Medizin als Ganze, siehe dazu auch Abschnitt 2.5.1

⁶⁶ zit. in Buser K. & J. Kaul (Hrsg) (1986) Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie. Stuttgart, Gustav Fischer Verlag S.261

Fragen der therapeutischen Begrenzung bei Schwerstkranken. Kommt dieses Thema auf, hat sich der Arzt zu diesem Zeitpunkt zumeist schon sehr weitgehend über lange Zeit (chronische Verläufe) und/oder mit hoher Intensität (akute Verläufe) therapeutisch engagiert. Bemerkt der Arzt, daß eine sinnvolle therapeutische Einflußnahme bei einem Patienten nicht mehr erreichbar ist, wird es notwendig, daß er auf Distanz zu seinem bisherigen Handeln geht, um es anschauen und die Situation neu bewerten zu können. Der Patient ist (inzwischen) in einem Zustand, in dem er nur noch bedingt oder nicht mehr einwilligungsfähig ist, oder der Arzt glaubt, daß man ihm ein Gespräch über die Aussichtslosigkeit der therapeutischen Bemühungen nicht mehr zumuten kann oder darf. Entsprechend ihrer beruflichen Tradition glauben viele Ärzte daran, daß das Gespräch über Sterben und Tod negativ für den Patienten ist, weil es ihm die Hoffnung nehme. (Wer den Tod ausspricht, gibt ihn, sagt Hufeland.) Das Gespräch mit den Angehörigen ist von ähnlichen Problemen überschattet: Eingestehen, daß die therapeutischen Möglichkeiten am Ende sind, bedeutet für ihn, (projizierte) Hoffnungen und das Bild des engagierten, tüchtigen, ausdauernden und erfolgreichen Arztes zu zerstören und Frustrationen auslösen. Das ärztliche Selbstverständnis und die gesellschaftlichen Erwartungen zielen auf aktives Handeln, auf technisch orientiertes Eingreifen ab. (Wo dies nicht gewünscht ist, wird der Kontakt zur Medizin zumeist nicht gesucht, oder schnell wieder eingestellt.) Wegen seiner starken Identifikation mit seinem Handeln, fällt es dem Arzt schwer, sich realitätsgerecht von den Zielen (Wiederherstellung, Stabilisierung, Linderung) zu lösen und sich dabei menschlich nicht vom Patienten (den Angehörigen) zu entfernen. Die Situation des Therapieverzichts kann wahrscheinlich nur bewältigt werden, wenn es Arzt und Patient (Angehörigen) gelingt, eine neue gemeinsame ›Sinnproduktion‹ bezüglich des ärztlichen Handelns zu entwickeln. Dafür bedarf es einer Veränderung des Zieles: Nicht mehr Lebenserhalt um jeden Preis, sondern mit gleichem Engagement ein würdiges Sterben ermöglichen. Häufig wird diese Wende (Paradigmenwechsel) nicht erkannt, oder die Erkenntnisse (u.U. auch deutliche Hinweise durch den Patienten selber und/ oder Angehörige/ Pflegepersonal) werden ignoriert. Es wird einfach das bisherige Programm fortgesetzt, u.U. mit einer uneindeutigen Zielsetzung, d.h. man entwickelt stets neue kleine medizinische Teilziele (Kaliumspiegel stabilisieren o.ä.) und versucht sie zu erreichen.

Für den Arzt ist das Akzeptieren des neuen Zieles –der Patient soll in Würde sterben können– häufig mit dem Gedanken verbunden, seine Rolle als Heiler zur Disposition zu stellen; viele wenden sich dann ab, glauben daß ihre Aufgabe beim Patienten beendet ist. (Der braucht mich nicht mehr, da gehe ich lieber zu den Patienten, die meine Fähigkeiten brauchen.) Sie halten also in diesem Moment an ihrer Aufgabe fest. Therapieverzicht läßt sich aber nur thematisieren, aushandeln und durchführen, wenn man von der Rolle des Heilers punktuell Abstand nehmen kann und die Rolle eines ärztlichen Sterbebegleiters annehmen will. Ein solcher Schritt erfordert es, Distanz zum eigenen medizinisch-therapeutischen Handeln zu gewinnen, ohne sich menschlich zu entfernen. Unter diesem Vorzeichen wird es für ihn leichter sein, die medizinisch-physiologische und psychoziale Situation zu erkennen, richtig zu interpretieren und akzeptieren zu können. Dies ermöglicht es ihm, die Lage mit allen Beteiligten (zuerst dem Patienten) zu besprechen und geeignete Wege der Umsetzung vorschlagen und aushandeln zu können. Maßgeblich dafür ist der Schritt, die Grenzen der kurativen, oder zumindest lebenserhaltenden Möglichkeiten aufzuzeigen und qualitativ andere Angebote (Palliation, Hilfe im Sterben) anzubieten, ohne den Patienten abzuweisen, ohne sich also persönlich zurückzuziehen. Wird dieser Schritt nicht vollzogen, gibt es (halbherzige) Therapie bis zum Ende: Der Patient bleibt auf seinem Status fixiert, er wird nicht zum sterbenden Patienten und stirbt, sondern er ist irgendwann (mehr oder weniger plötzlich) tot. Der Arzt bleibt ein Heiler. Wenn er letztlich nicht erfolgreich war, so hat er doch um das Leben des Patienten gekämpft und hat darin den an sich selbst ge-

stellten, wie den gesellschaftlichen Erwartungen entsprochen. Allerdings, wie in dieser Arbeit auch aufgezeigt, mehren sich die Stimmen derer, die auch im Rahmen der Klinik ein anderes Sterben wünschen und sich diesem Rollenzwang nicht länger unterordnen wollen.

2.6.1.9 Das ausgehandelte Sterben

Wie ein solcher Aushandlungsprozeß zwischen ÄrztInnen und Patient/ Angehörigen in einer Klinik ablaufen kann, schildert J. SLOMKA (1992)⁶⁷ in ihrer Arbeit *The negotiated death* an einem Beispiel aus dem Alltag einer amerikanischen Intensivstation.

Einem terminal Kranken einen Do-Not-Resuscitate-Status zu geben, wird schon seit vielen Jahren in amerikanischen Kliniken praktiziert. Etwa 70% der im Krankenhaus versterbenden Patienten sind davon betroffen. Es gibt empirische Untersuchungen über die Form der Einbeziehung des Patienten und seiner Familie in diese DNR-Entscheidungen, die Charakteristik solcher Patienten, die eine DNR-Order bekommen, die Folgen, die eine solche Anordnung auf die weitere Versorgung des Patienten haben und die finanziellen Aspekte solcher Entscheidungen. Obwohl also die bioethische Literatur dieses Thema intensiv diskutiert, gibt es doch nur wenig Informationen darüber, *wie* denn nun ein solcher Entscheidungsprozeß im klinischen Setting abläuft.

Auf einer modernen Intensivstationen, so Slomka, kann ein Patient auf zwei Arten sterben: (1) Sein Organismus funktioniert nicht länger, trotz Unterstützung durch medizinische Technologie, oder (2) Ärzte, Patient und Familie entscheiden, verschiedene lebenserhaltende Maßnahmen wegzulassen und dem Patienten ein Sterben zu erlauben. Während ersteres quasi ›von alleine‹ eintritt, muß letzteres in einem Beratungsprozeß unter Ärzten, Patienten und Familie ausgehandelt werden.

Situationen in denen die Frage der Behandlungsbegrenzung für einen terminal kranken Patienten gestellt wird, werden von dem sterbenden Patienten, seiner Familie und den Ärzten unterschiedlich wahrgenommen und interpretiert. Diese ›unterschiedlichen Realitäten‹ müssen, so Slomka, in der klinischen Entscheidungssituation quasi verhandelt bzw. *ausgehandelt* werden. Dabei gilt es zunächst, den Sinn der Situation und den Sinn der verschiedenen medizinischen Technologien für die Beteiligten zu bestimmen und ihre unterschiedlichen Erwartungen an die Entwicklung des Patienten und ihre Erwartungen an die involvierten Personen zu formulieren (Definition der Situation). Das Ableben des Patienten wird darüber zu einem *ausgehandelten Sterben*, einem ›Feilschen‹ darum, wieweit medizinische Technologie gehen sollte, ein Leben zu verlängern oder ein Sterben noch hinauszuschieben. Hier ist das Auftreten der Ärzte und insbesondere die Wahl ihrer Formulierungen im Gespräch von besonderer Bedeutung: Sobald ärztlicherseits auch nur die Illusion einer Wahl angeboten wird, so Slomka, beginne ein Prozeß des Aushandelns der Bedeutung (des ›Sinns‹) der jeweiligen Alternativen. Diese Verhandlungen ermöglichen schließlich die Akzeptanz der Entscheidung durch Patient, Familie und Ärzte.

Im Zentrum der Entscheidungssuche stehen in einem solchen Prozeß nicht die medizinischen Fakten des Einzelfalles, sondern *die Bedeutung* der lebenserhaltenden Maßnahmen, wie sie von den verschiedenen Teilnehmern erfahren und interpretiert werden. Bei Intensivpatienten müssen hier zwei Ebenen ausgehandelt werden: zunächst die Ansicht darüber, ob die Erkrankungssituation des Patienten eine ›hoffnungslose‹ ist oder ob es eine Chance zur Besserung gibt; im zweiten Schritt geht es dann um die Bedeutung des Einsatzes der medizinischen Technik. Mediziner und Laien können hier oft sehr unterschiedliche Vorstellungen haben. Zum Beispiel kann eine Reanimation von Ärzten, wie auch von der Familie, als eine ›Tat aus verzweifelnder Hoffnung‹,

⁶⁷ Slomka, J. (1992) a.a.O.

aber genauso auch als einen ›Anschlag auf die Integrität des sterbenden Patienten‹ angesehen werden. Die Bedeutungen sind jeweils eng an den ersten Schritt, die Einschätzung der Prognose, gekoppelt.

Die Position und damit die Chance, die eigenen Vorstellungen durchzusetzen, ist bei den einzelnen Verhandlungsteilnehmern natürlich nicht die gleiche. Der Verhandlungserfolg, so Slomka, korreliert eng mit der relativen Macht, die jede Person im gegebenen Kontext hat. Ärzte kontrollieren einen solchen Entscheidungsprozeß nicht nur, weil sie einen privilegierten Zugang zu Informationen haben und diese auch zu interpretieren verstehen, sondern auch, weil ihnen die Gesellschaft wissenschaftliche, ökonomische, politische, sprachliche und symbolische Macht und Autorität in der Beurteilung dieser Fragen zuspricht. Dies hat natürlich auch Auswirkung auf die Art der Interaktion zwischen Patient/ Familie und Ärzten.

ÄrztInnen haben Macht weil sie (1) die Autorität der medizinischen Experten haben, (2) weil sie die Möglichkeit haben, die Bedeutung der Prognose des Patienten durch die Art ihrer subjektiven Präsentation der Fakten und die Definition der Situation zu kontrollieren (framing) und (3) weil sie den Zugang zur medizinischen Behandlung vermitteln oder verweigern können. Auf der anderen Seite kann der Patient oder seine Familie die Autorität der Mediziner herausfordern, wenn sie selbstsicher sind, gut über Medizin und Gesundheitsversorgung Bescheid wissen, oder, wenn sie implizit oder auch explizit mit einem Gerichtsverfahren drohen.

Die jeweiligen Wertvorstellungen der Beteiligten werden nicht in einer einzelnen, sondern eher in einer Abfolge von Entscheidungen vermittelt, die sich im Kontext unterschiedlicher Machtkonstellationen zwischen den Professionellen und dem Patienten und/oder den Familien ausformen und einen eigenständigen Wert im Aushandlungsprozeß beanspruchen.

Auf einer Intensivstation ist der typische Gesprächspartner in Fragen von Therapie oder Therapieverzicht nicht der Patient bzw. die Patientin selber, sondern in der Regel die Familie. Das hat verschiedene Gründe: Ärzte sehen, wie es auch Menzel formulierte, schwerstkranke Patienten per Definitionem nicht dazu in der Lage, in Fragen der Behandlungsplanung und der Prognosebewertung konsultiert zu werden. Sie fürchten aber, daß eine Familie, die nicht in den Behandlungsplan mit einbezogen worden ist, später nach dem Tod des Patienten mit rechtlichen Unannehmlichkeiten aufwarten könnte. Es ist jedoch nicht nur aus Angst vor einem Regreß, sondern oft auch Mitleid und Identifikation, warum Ärzte mehr an die Familien denken und mit ihnen sprechen (›denen kann ich vielleicht in ihrem Verlustschmerz noch helfen, wenn ich schon dem Patienten nicht mehr medizinisch helfen kann‹). Aber es ist auch die Aufrechterhaltung der Heiler-Rolle, wenn nicht mehr für den Patienten, dann eben für seine Familie. Ein anderer Grund ist, daß Ärzte es grundsätzlich unangenehm finden, einen Patienten direkt mit einer schlechten Prognose oder der Frage des Therapieverzichts zu konfrontieren. Ein Gespräch über solche Fragen setzen sie meist gleich mit dem Entzug jeglicher Hoffnung auf Überleben für den Patienten und mit dem eigenen Versagen als Arzt. Ärzte glauben sich, wie schon zuvor beschrieben, häufig dafür verantwortlich, die ›Hoffnungen‹ des Patienten aufrechtzuerhalten. Teilweise steht dahinter auch die Überzeugung, daß sie die moralische, rechtliche und professionelle Verpflichtung hätten, jedes reversible medizinische Problem auch zu behandeln. Viele ÄrztInnen haben auch eine intensive Abneigung, Entscheidungen zu treffen, die nicht ausschließlich auf sog. harten medizinischen Daten basieren, sondern auch die subjektiven Vorstellungen des Patienten zu seiner Lebensqualität mit einbeziehen.

Eine DNR-Order ist oftmals ›der Einstieg in den Ausstieg‹, also der Beginn einer Diskussion um Therapieentzug. Ärzte sind hier mitunter zögerlich, weil der DNR-Status oft unnötigerweise gleichgesetzt wird mit einer Einschränkung aller weiteren/ zusätzlichen Behandlungsmaßnahmen wie Transfusionen oder Chemotherapie. Darüber hinaus gilt ein Patient mit DNRO oft als

ein aufgebener Patient, der u.U. auch in der Basisversorgung vernachlässigt wird. Aus der Sicht der Familie sieht es oft so aus, daß sie mit einer DNRO allen Schmerz, alle Aggressivität und Inhumanität, die eine Reanimation charakterisieren, von ihm fernhalten will, um ihm ein Sterben in Frieden zu ermöglichen. Wenn Ärzte ihrerseits die gegebene medizinische Situation als aussichtslos definieren, können sie sich einer solchen Ansicht anschließen: Wichtig ist es hier festzuhalten, daß es eindeutig die Ärzte sind, die über die Art der Mitteilung eine *Kontrolle über die Interpretation der medizinischen Prognose* haben und damit natürlich den Patienten bzw. die Interpretation der Familie über die Situation des Patienten beeinflussen können. Diese beiden Möglichkeiten, eine DNRO unterschiedlich zu verstehen und zu vermitteln, –zunächst als Verzicht auf aggressive Behandlung und dann aber auch als Start für eine Diskussion um weiteren Behandlungsverzicht–, geben dem Arzt zusätzliche Kontrollmöglichkeiten, den Ver- bzw. Aushandlungsprozeß mit dem Patienten bzw. seiner Familie zu steuern.

2.6.1.10 DNR-Entscheidungen in der Praxis

K. FABER-LANGENDOEN & D.M. BARTELS (1992)⁶⁸ analysierten 1989 alle 70 Krankenakten der in einem Zeitraum von zwei Monaten verstorbenen Patienten der internistischen Abteilung (Normal- und Intensivstation) der Universitätsklinik von Minnesota. Bei 52 (74%) der Verstorbenen (mittleres Alter 50,5 Jahre) waren zuvor Entscheidungen zum Therapieverzicht in ihren Akten dokumentiert worden, bei 18 Patienten (mittleres Alter 36 Jahre) liefen therapeutische Bemühungen bis zum Tod. Die Grunderkrankungen waren vorwiegend Krebs (26/52), Kardiovaskuläre Erkrankungen (6/52) und Sepsis (6/52). Die Patienten, die unter voller Therapie verstarben waren im Mittel nur eine Woche behandelt worden, die Patienten mit Therapieverzicht hatten einen etwa vierwöchigen Klinikaufenthalt gehabt. Die kritische Zeit, so die Autorinnen, intensiv über eine Behandlungsbegrenzung nachzudenken, käme etwa nach drei Behandlungswochen. Unter den verschiedenen Möglichkeiten aus einer Behandlung auszusteigen, rangierte die Entscheidung, auf Reanimation und Intubation (bei Beatmungspatienten nur auf Reanimation) zu verzichten, mit Abstand an erster Stelle (ges. 39 von 52 Patienten). (Eine DNRO schließt *alle* Formen der Reanimation aus.) Als weitere Maßnahmen wurden das Nichtbeginnen einer Dialyse und parenteraler Ernährung genannt (4/52). Der Verzicht auf Antibiotika, chirurgische Eingriffe, Strahlentherapie, Chemotherapie oder Transplantation war nur in Einzelfällen dokumentiert (9/52). In Begleitung der o.g. Primärentscheidung kommt es dann zur Verlegung aus der Intensivstation auf eine periphere Station, dem Absetzen von Katecholaminen und anderen Medikamenten, sowie von Bluttransfusionen und enteraler Ernährung, der Beendigung der Monitorüberwachung u.Ä.

Faber-Langendoen & Bartels haben weiterhin versucht, die Maßnahmen danach einzustufen, in welcher Reihenfolge sie abgesetzt werden. Dabei fiel die Entscheidung bezüglich Reanimation, Intubation und Dialyse als erste und ›leichteste‹. Bezüglich der Einstellung von enteraler Ernährung und Beatmung fiel die Entscheidung am spätesten und wurde subjektiv auch als die ›schwerste‹ eingestuft. Im Mittelfeld rangieren alle anderen Maßnahmen: Katecholamine, Transfusion, Monitoring, parenterale Hydrierung, Laborkontrollen, Antibiotika und andere Medikamente. Diese Abstufung hat eine Logik: Intubation/ Reanimation, Dialyse und Katecholamine sind die Mittel einen Herz-Kreislaufstillstand abzuwenden bzw. ihm vorzubeugen. Dialyse und Katecholamine vorzuenthalten, heißt bei diesen vital labilen Patienten quasi einen Herz-Kreislaufstillstand zu ermöglichen, wenn nicht gar zu provozieren. Einen eingetretenen Herz-Kreislaufstillstand nicht mehr zu therapieren fällt leichter, als eine mechanische Beatmung zu

⁶⁸ Faber-Langendoen, K., and D. M. Bartels. (1992) Process of forgoing life-sustaining treatment in a university hospital: an empirical study. *Crit Care Med* 20 (5) : 570-7.

beenden. Die Autorinnen betonen, daß zwar die Entscheidung zum Therapieverzicht meistens eine deutliche Zäsur darstellt, die Wege der Umsetzung aber sehr unterschiedlich sind und zwischen Entscheidung und Tod des Patienten im Mittel etwa eine Woche vergeht. Auf die Ausführungen zur Beteiligung von Patienten und/oder Angehörigen an der Entscheidung gehe ich hier nicht näher ein; die Beteiligung des Patienten ist auf der Normalstation verständlicherweise weit häufiger als auf der Intensivstation.

In der Praxis, so Slomka, beginne bei schwerstkranken Patienten der beschriebene Aushandlungsprozeß damit, daß man der Familie die Behandlungsoptionen mitteilt und ihr sozusagen eine scheinbare Wahlmöglichkeit eröffnet. Weil aber die ÄrztInnen in dieser Situation die medizinischen und ihre technischen Optionen definieren, kontrollieren sie auch weitgehend die Wahl der Assoziationen, die mit ihrem Einsatz verbunden sind. Im Aushandeln des Therapieverzichts böten die Ärzte weder dem Patienten noch der Familie eine reale Mitsprache und Entscheidungsmöglichkeit an, sondern nur noch die Wahl zwischen der Akzeptanz der Endgültigkeit biologischen Sterbens und der ›Vorhölle‹ mechanischer Verlängerung biologischen Lebens: Also lediglich eine Entscheidung zwischen ›sterben jetzt‹ oder ›sterben später‹. Diese ›Wahl‹ wird erst dann angeboten, wenn die medizinische Technologie ihr Versprechen zur Wiederherstellung des Patienten nicht mehr einlösen kann.

2.6.2 Rationale Entscheidungen - Risiko - Ungewißheit

Befaßt man sich mit Entscheidungen im Bereich von Gesundheit, Krankheit und medizinischer Versorgung⁶⁹, so sind bei diesem Thema immer gleich auch zwei weitere Begriffe relevant: *Risiko* und *Ungewißheit (uncertainty)*. Mathematische und philosophische Theorien der Entscheidungsfindung versuchen das menschliche Entscheidungsverhalten systematisch zu erklären. Mit dem ihnen zur Verfügung stehenden Handwerkszeug Logik können sie dies allerdings nur für eine streng rationale Entscheidungsfindung aufzeigen. Im allgemeinen fokussieren diese Theorien auf Entscheidungen, die Personen bezüglich ihrer eigenen Angelegenheiten treffen. Die Anerkennung und Einbeziehung von negativen Risiken (genauso wie die von möglichen Vorteilen) –seien sie bekannt oder unbekannt, die eigene Person betreffend, oder einen bestimmten anderen oder einen statistisch anderen– ist ein zentrales Moment in der menschlichen Entscheidungsfindung; sie ist der Hauptgegenstand der Entscheidungstheorie.

Unter Risiko⁷⁰ versteht man gewöhnlich ein nachteiliges oder ungünstiges Ereignis in der Zukunft, dessen Eintreten nicht sicher ist, aber zu einem gewissen Grad wahrscheinlich. Risiko hat zwei Komponenten: Die Art der Negativität (inklusive der Aspekte von Ausprägungsgrad, Dauer und Zeitpunkt des Auftretens) und die Wahrscheinlichkeit ihres Eintretens. In der *Risikobewertung* werden diese beiden Aspekte miteinander verbunden: Zur Bestimmung der möglichen negativen Konsequenzen von Aktionen und Ereignissen kommt die Kalkulation ihrer Eintrittswahrscheinlichkeit hinzu.

Entscheidungen, die zwischen Alternativen mit kalkulierbaren Möglichkeiten von Schaden (und Vorteil) getroffen werden müssen, werden *Entscheidungen unter Risiko* (Risikoentscheidungen) genannt. Entscheidungen, bei denen dem Ergebnis (outcome) keine Wahrscheinlichkeitswerte zugeordnet werden können, werden als *Entscheidungen unter Ungewißheit* bezeichnet. Schließlich gibt es noch Entscheidungen, die sich auf ein unvorhersehbares Ergebnis beziehen;

⁶⁹ natürlich auch in vielen anderen Bereichen, insbesondere in politischen Entscheidungen wie z.B. um Standorte für Atomanlagen und ihre Entsorgungseinrichtungen, Gentechnologie aber auch in Fragen der Verkehrssicherheit auf Schulwegen etc.)

⁷⁰ ich beziehe mich im folgenden auch auf die Ausführungen von Schöne-Seifert, B. (1995) Risk. In: Reich, W. & J.F. Childress (Eds.) The Encyclopedia of Bioethics. Mac Millan, 1995 in press

sie werden als Entscheidungen unter der Prämisse des Nicht-Wissens (ignorance) bezeichnet. Diese Unwissenheit⁷¹, welche im Prinzip jede rationale Entscheidungsstrategie unmöglich macht, ist immer ein Element unserer Entscheidungen –in unserem Fall des Therapieverzichts sogar ein besonders wichtiges. Wir haben verschiedene Wege, mit diesem Problem umzugehen.

Im Alltagsverständnis wird Entscheiden als Wahl (choice) zwischen (mindestens zwei) Alternativen aufgefaßt. Dabei wird dem antizipierten Ziel entsprechend die Variante gewählt, die man für geeignet hält, das der Erwartung entsprechende Ergebnis zu realisieren, und gleichzeitig unerwünschte Resultate zu vermeiden. Dabei werden Ergebnisse und Größen - seien sie positiver oder negativer Art - die faktisch vollständig unbekannt sind, häufig gedanklich komplett unterdrückt. Ohne dieses Manöver wären wir in den meisten unserer täglichen und notwendigen Entscheidungsfindungen paralysiert.

Im realen Alltag gründen wir unser Handeln meist auch nicht auf statistischen Wahrscheinlichkeiten, sondern orientieren uns lediglich an den persönlich wahrgenommenen Wahrscheinlichkeiten. Diese können auf dem Wissen um die besten verfügbaren statistischen Wahrscheinlichkeiten beruhen, sie können aber ebensogut (vorwiegend oder gleichzeitig) von verschiedenen anderen Faktoren geprägt sein: von persönlichen und/ oder gesellschaftlichen Erwartungen, unüberwindbaren Vorurteilen, wohlbegründeten Präferenzen, persönlichen Erfahrungen, Skeptizismus oder auch von schlichter Unwissenheit. Erwarten sollte man von jemandem, der vorgibt, eine rational abgestützte Entscheidung zu treffen, daß er sich ein Bewußtsein für die Ambiguität erhält und für eine Revision offen bleibt. Gerade letzteres wird uns bezüglich der ärztliche Entscheidungsfindung noch beschäftigen.

Eine Entscheidungsstrategie wird in der traditionellen Entscheidungstheorie als rational bezeichnet, wenn der rein zu erwartende Nutzen richtig kalkuliert und eine entsprechende Aktion gewählt wird, die den erwarteten Nutzen maximiert⁷². Eine wichtige Ausnahme von der Zweckmäßigkeit, den zu erwartenden Nutzen zu maximieren, wäre jeder Fall, der die Möglichkeit eines Ergebnisses einschließt, welches im Vergleich zu den anderen Alternativen als ein unvergleichbar größerer Verlust zu bewerten wäre. Das betrifft auch medizinisch-therapeutische Entscheidungen, die gedanklich immer den (vorzeitigen) Tod (oder schwere Schädigung) des Patienten, sei es nun direkt aufgrund der Intervention oder in ihrer Folge entstandener Komplikationen, mit einschließt. Dies bedeutet, daß Maßnahmen eben so konzipiert, eingesetzt und überwacht werden, daß schwere Komplikationen »weitestgehend« ausgeschlossen, zumindest minimiert werden können (Sorgfaltspflicht). Eine Entscheidung aufgrund einer rein quantitativen Risikoanalyse wäre in diesem Umfeld also nicht angebracht. Man würde aus diesem Grunde in einer rationalen Entscheidung, z.B. zu einer Indikation für eine bestimmte medizinische Intervention, unabhängig von der Eintrittswahrscheinlichkeit der Ereignisse, eine solche Variante, die das Risiko einer Katastrophe (hier Tod oder schwere Behinderung) birgt, während sie nur einen vergleichsweise geringen Vorteil einschließt, nicht wählen. Darüber hinaus werden in den Entscheidungsfindungen die vielen Möglichkeiten nicht berücksichtigt, deren Eintrittswahrscheinlichkeit man als ausreichend gering bewertet⁷³ (Effektiv-Null-Wahrscheinlichkeiten). Schwierig ist es, mit der Unvergleichbarkeit von möglichem Schaden oder Nutzen umzugehen.

71 Sogenannte »bekannte« Wahrscheinlichkeitswerte auf die wir in einer Entscheidung rational Bezug nehmen, sind z.B. zuvor schon durch verschiedene menschliche Entscheidungsprozesse gegangen, angefangen bei der Auswahl der Faktoren und ihrer Gewichtung, die man z.B. in ein Berechnungsverfahren zur Eintrittswahrscheinlichkeit eines Ereignisses mit hineingenommen hat.

72 Bayesian-Theorie

73 Intensive wissenschaftliche und politische Debatten drehen sich aber genau um diesen Punkt: das Einbeziehen oder eben das Ignorieren von Eintrittswahrscheinlichkeiten (z.B. Sicherheit in der Atomtechnologie)

Darüber hinaus ist die Maximierung des zu erwartenden Nutzens keineswegs grundsätzlich als die rationalere Strategie zu betrachten, im Gegensatz z.B. zum »Auf-Nummer-sicher-Gehen«, d.h. die Option zu wählen, deren schlimmstes Ergebnis (mit oder auch ohne Abzug für seine Unwahrscheinlichkeit) immer noch das relativ Beste ist⁷⁴ –also eine Art prospektive Schadensbegrenzung in eine Entscheidung einzubauen.

In den Entscheidungen im Bereich der Patientenversorgung treffen wir am häufigsten entweder auf eine solche risikoscheue Maximin-Strategie oder auf die »Strategie des mittleren Weges«, die die Option wählt, welche *den besten Kompromiß* darstellt. Der rationale Teil einer solchen Entscheidungsstrategie ist es, die möglichen Alternativen aufzuzeigen. Welche Alternative jemand letztlich bezüglich seiner eigenen Angelegenheiten erwählt, ist dann eine Sache seines persönlichen Risikoverhaltens. Aber auch in Entscheidungen für andere spielt das persönliche Risikoverhalten eine nicht unerhebliche Rolle. So berichten z.B. ST. NIGHTINGALE & M. GRANT (1988)⁷⁵ in einer Studie mit 100 Ärzten, daß diejenigen die in ihren persönlichen Angelegenheiten und Unternehmungen jeweils riskoreiche Varianten bevorzugten, auch in ihrem Arbeitsalltag signifikant häufiger Patienten intubierten und größere Ausdauer bei Reanimationsbemühungen zeigten.

Wie die Ungewißheit, mit der sich ÄrztInnen auseinandersetzen müssen, beschaffen? Es sind zum einen, so R.C. FOX (1959)⁷⁶, die bekannten Unsicherheiten, die sich aus dem Wissen um die Unvollständigkeit des eigenen medizinischen Wissens bzw. um die persönlichen Unzulänglichkeiten es korrekt anzuwenden, ergeben. Ungewißheit ist ein Faktum im medizinischen Alltag: jede/r MedizinerIn hat gelernt, daß auch das insgesamt verfügbare aktuelle Wissen der Medizin über die Funktionsweisen des menschlichen Körpers unvollständig ist, und, daß im Einzelfall auch hartes, kompetentes Arbeiten nicht unbedingt zur gewünschten Kontrolle über die physiologischen Abläufe führt.⁷⁷ Probleme ergeben sich hier auch, so Fox weiter, weil es für den einzelnen oft schwierig ist, im gegebenen Fall zwischen seiner persönlichen aktuellen Unwissenheit und/ oder Unfähigkeit und den faktischen Grenzen des medizinischen Wissens zu unterscheiden. Ungewißheit ist, so E.B. BERESFORD⁷⁸, nicht als ein Faktor unter anderen zu bewerten, sondern sie modifiziert die Gewichtung der Faktoren grundlegend. Beresford betont die Notwendigkeit, daß Ärzte lernen müssen, Ungewißheit nicht als lästigen und eventuell langfristig überwindbaren Störfaktor anzusehen, sondern als ubiquitäres Element einer medizinischen Praxis, deren Ausgangssituation und Ziel immer bestimmt sind von den Faktoren Zwischenmenschlichkeit, Kontextspezifität und individuellem Kenntnisstand, sowie dem Urteilsvermögen des zuständigen Arztes.

Ungewißheit wird in der Medizin aber nicht nur als Verunsicherung erfahren, sondern auch als interessante Herausforderung für eigene wissenschaftliche Forschungsbemühungen und berufliche Qualifizierungs- und Profilierungsmöglichkeiten.

Das Bewußtsein um die allgemeine und persönliche Unzulänglichkeit des medizinischen Wissens erfordert eine besondere Vorsicht in seiner Anwendung: Man wählt i.d.R. die Strategie des ›Auf-Nummer-sicher-Gehens‹ und versucht Rückzugsmöglichkeiten in der Therapie offen zu halten und ggf. zu nutzen. Je radikaler und in ihrer Wirkung nachhaltiger eine Intervention ist

74 Maximin-Strategie

75 Nightingale, S. D., and M. Grant. (1988) Risk preference and decision making in critical care situations. Chest 93 (4): 684-7.

76 Fox, R.C. (1959) a.a.O.

77 Parsons, T. (1951) The Social System. Chapter X: Social structure and dynamic process: The case of modern medical practice. Routledge, London, 2nd edition 1991

78 Beresford, E.B. (1991) Uncertainty and the Shaping of Medical Decisions. The Hastings Center Report, July-August 1991 : 6-11

(sein muß), um so sorgfältiger muß das Verhältnis vom möglichen Nutzen bzw. Schaden zu den möglichen Risiken der Intervention analysiert und in die Schlußfolgerungen einbezogen werden.

Die Ausführungen zu Indikation und Therapie sowie zur besonderen Beschaffenheit des medizinischen Wissens und zu den speziellen Umständen seiner Beschaffung (Produktion), sollten verdeutlichen, daß ÄrztInnen in seiner praktischen Anwendung quasi immer die aufgezeigten Restriktionen, wie sie sich eben aus dem strukturbedingten Nichtwissen ergeben, mitdenken müssen. Unter der Maßgabe der Ungewißheit entscheiden und handeln zu müssen, ist der Normalfall in der ärztlichen Tätigkeit. Das ist dem/ der Einzelnen nicht bei jeder Intervention bewußt (z.B. bei sog. Routineeingriffen), wird aber sehr deutlich wahrgenommen, wenn es um sog. Grenzscheidungen geht: Sinnvollerweise –also im Sinne eines Nutzens und Nicht-Schädigens für den Patienten– beschränkt man sich hier auf ›risikoscheue Strategien‹ und ›Strategien des mittleren Weges‹. Das bedeutet allgemein für den Arzt/ die Ärztin in der Praxis, therapeutische Wege zu suchen, die weiterhin offen für neue Entwicklungen und Wendungen des Krankheitsverlaufes sind, flexible Antworten auf das Geschehen ermöglichen und notfalls eine Rückführung in den Ausgangszustand erlauben. Ist es notwendig, ›vollendete Tatsachen‹ zu schaffen (z.B. Amputation, Transplantation), ist eine besonders sorgfältige Nutzen/Schaden-Risiko-Analyse zu erstellen. In die Praxis übersetzt heißt das: Umfang und Intensität des dem Patienten angebotenen/ zugemuteten Eingriffs sollen in einer für ihn akzeptablen Relation zum mutmaßlichen Behandlungserfolg und zur Lebenserwartung mit und ohne dieser Intervention stehen.

Die Definition/ Etikettierung der Situation ist eine verbindliche Aufgabe/ Pflicht der ÄrztInnen; sie kontrollieren damit weitgehend auch das Verständnis und die Art der Erwartungen der Laien (PatientIn, Angehörige). So ist es für Ärzte auch nicht schwierig, hier z.B. auch eigene Forschungsinteressen in den Diskussions- und Entscheidungsprozeß mit einfließen zu lassen, was dem /der Betroffenen zum Vor- oder Nachteil gereichen kann.

Die Indikationsstellung bezieht sich exklusiv auf *einen* Patienten. Das entspricht der immer wieder von ÄrztInnen zitierten (moralischen) Grundregel: »wir/ich entscheide/n immer im Einzelfall«. Dies soll bedeuten: Ich/wir entscheide/n eben nicht schematisch, sondern in individueller Anpassung der Regel an die gegebenen Möglichkeiten und Bedürfnisse des Patienten. Sprachlich formal betrachtet schließt die Formulierung »wir/ich entscheide/n immer im Einzelfall« übrigens die persönlichen Interessen und Möglichkeiten (Forschung, Arbeitserleichterung u.ä.) der handelnden Ärzte nicht aus; dieser Umstand wird aber von den SprecherInnen meist nicht bewußt wahrgenommen und reflektiert, sondern man unterstellt sich hier, gemäß der gesellschaftlichen Rollenerwartungen an den Arzt, –also von Berufs wegen– eine affektiv neutrale Haltung und allerhöchstens eine Parteinahme für den Patienten.

2.6.3 Entscheidungen in einer Organisation

Wie Einzelpersonen zu Entscheidungen betreffs ihrer eigenen Angelegenheiten oder in Bezug auf andere gelangen können, wie dabei Risiken eingeschätzt und bewertet werden, wurde zuvor dargestellt. Für Therapie(verzichts)fragen wird, entsprechend dem ärztlichen Grundsatz – *primum non nocere*– eine ›Strategie des mittleren Weges‹ gesucht werden. Radikale Maßnahmen mit irreversiblen Folgen bedürfen einer besonders sorgfältigen Abwägung und Begründung. Eine Besonderheit bei Therapieverzichtsfragen ist, daß sie zwar i.d.R. offiziell letztlich von einer einzelnen Ärztin oder einem Arzt zu verantworten sind, der entsprechende Entscheidungsprozeß im Rahmen der Klinik aber meist innerhalb einer größeren Gruppe stattfindet. Nach dem, was zuvor über die Definitionsprobleme, Risiken etc. bezüglich Therapieverzicht dargestellt wurde, können Konflikte fast als ein notwendiger Bestandteil solcher Prozesse angesehen werden.

In der Soziologie sind es die Organisationssoziologen die sich mit Entstehung, Funktion und Bewältigung von Konflikten innerhalb einer Organisation (Verwaltungen, Industriebetriebe) intensiv befaßt haben. Das Krankenhaus entspricht in seinen Strukturen einer Organisation; Konflikte um die Krankenversorgung im allgemeinen und um Therapie(verzichts)entscheidungen bei Schwerstkranken im besonderen, können allerdings nicht einfach analog zu innerbetrieblichen Auseinandersetzungen um eine Investitions- oder Innovationsentscheidung in einem Wirtschaftsunternehmen betrachtet werden. Trotzdem, organisationssoziologische Erkenntnisse bieten sehr brauchbare Ansatzpunkte, Konflikte um Therapieverzicht, ihre Strukturen und Lösungen innerhalb des sozialen Gefüges Krankenhaus, beschreiben und verstehen zu können.

MARCH & SIMON (1958)⁷⁹ unterscheiden zunächst zwei Typen von Entscheidungskonflikten, die in einer Organisation vorkommen. Sie können primär intra-individueller Natur sein oder als Differenz zwischen den Entscheidungen mehrerer Individuen auftreten; eine Kombination aus beidem ist auch möglich. Intra-individuelle Konfliktsituationen entstehen zum einen aufgrund von *Ungewißheit* und/oder *Unannehmbarkeit*. Im folgenden werde ich mich auf die Ausführungen von March & Simon beziehen, insofern sie für Entscheidungen zum Therapieverzicht fruchtbar zu machen sind.

2.6.3.1 Entscheidungskonflikte intra-individueller Natur

Intra-individuelle Konflikte können zum einen aufgrund von Ungewißheit entstehen; das bedeutet, der Einzelne erlebt seine Entscheidung als konflikthaft, weil er nicht abschätzen kann⁸⁰, mit welcher Wahrscheinlichkeit seine Entscheidung für ein bestimmtes Handeln zu welchem objektiven Ergebnis führen wird: wird man mit den Maßnahmen dem Patienten helfen können, oder wird man letztlich sein Leiden nur verlängert haben? Diese *faktische Ungewißheit* erzeugt individuell *Unsicherheit*. Das Ausmaß der konflikthaft erlebten Unsicherheit korreliert mit früheren Erfahrungen in ähnlichen Entscheidungssituationen: Bei viel Erfahrung in Bezug auf eine bestimmte Entscheidungssituation wird es zu wenig Konflikten kommen; sogar in äußerst kritischen Bereichen gibt es immer auch Routineentscheidungen. Ebenfalls ist das Ausmaß der Komplexität die eine Entscheidungssituation bestimmt, von Bedeutung: Wenig Komplexität wird auch zu wenig Konflikten führen. (Wo wenig Komplexität herrscht, werden auch relativ häufiger Routineentscheidungen anzutreffen sein.) Die Zeit die der/die Einzelne für seine/ihre

79 March, J.G. & H.A. Simon (1958) Konflikt in der Organisation. in: H. Hartmann: Moderne amerikanische Soziologie, Stuttgart, 1967 Enke Verlag

80 Dabei ist es gleich, welche Quelle die Unsicherheit hat: nicht präsenste Fakten, die Fähigkeit, die bekannten Fakten auch adäquat zu beurteilen, oder Aspekte und Entwicklungen, die auch bei nahezu vollständigem Wissens- und Erfahrungsstand nicht abzuschätzen sind.

Entscheidung benötigt, wird abhängig sein von den beiden o.g. Punkten *individuelle Erfahrung* und *Komplexität der Situation*. Hinzu kommt noch ein wichtiger organisatorischer Faktor: häufiger Personalwechsel führt zu einer geringen Kumulation von Erfahrung: »organisatorische Maßnahmen«, so March & Simon, »die eine unangemessene oder unzulängliche ‘Erinnerungsspeicherung’ produzieren, vertiefen im allgemeinen die Unsicherheit« z.B. durch mangelhafte Problemaufarbeitung.⁸¹

Die andere Ursache für innere Konflikte beim Einzelnen bezüglich einer zu treffenden Entscheidung ist die *Unannehmbarkeit*. Das bedeutet, alternative Möglichkeiten und die Wahrscheinlichkeiten ihrer Erfolge sind dem Einzelnen bekannt –zumindest glaubt er dies–, die von ihm (z.B. aus pragmatischen Gründen) bevorzugte Alternative erfüllt aber nicht im erwünschten Umfang seine persönlichen Kriterien der Angemessenheit (z.B. bezüglich der eigenen moralischen und/ oder fachlichen Ansprüche an die Sorgfältigkeit der Ausführung). Unannehmbarkeit entspricht der Differenz zwischen den eigenen Ansprüchen und den individuell eingeschätzten Möglichkeiten ihrer Verwirklichung (Bewertung der Erfolgschancen). Die eigene, wie auch immer begründete, Wunschalternative ist hier u.U. aus anderen, eventuell organisatorischen Gründen nicht durchführbar. Was man will, ist, oder erscheint zumindest, nicht praktikabel, und was durchführbar ist, entspricht nicht den eigenen Idealen, von denen man nicht abweichen will oder kann. Ob die Begründung dafür rational ist oder nicht, ist hier zunächst unerheblich. Intra-individuelle Konflikte, die auf Unannehmbarkeit beruhen, werden alltagssprachlich auch als Gewissenskonflikte bezeichnet.

2.6.3.2 Konflikte um Entscheidungen in einer Organisation

Konflikte innerhalb einer Organisation bestehen zumeist aus einer Kombination dieser intra-individuellen Konflikte der einzelnen Mitglieder. Damit eine Problemlösung zustande kommen kann, muß eine Problemlage von den einzelnen Mitgliedern als solche überhaupt wahrgenommen werden. Einer *Definition der Situation* kann dann eine Strukturierung und eine Formulierung von (annehmbaren) Entscheidungsalternativen folgen. Individuell können einzelne TeilnehmerInnen wiederum unterschiedliche Alternativen bevorzugen. Die Chance, daß es zu Konflikten zwischen den Individuen kommt, ist dann besonders hoch, wenn der Entscheidungsgegenstand durch ein besonders hohes Maß an (begründeter) Ungewißheit (z.B. bezüglich der Prognose des Patienten) oder einen Mangel an annehmbaren Alternativen bestimmt ist. Die Wahrnehmung von Entscheidungsalternativen ist abhängig von der individuellen Situation und den äußeren rechtlichen und materiellen Bedingungen.⁸² Darüber hinaus kann es zu Konflikten kommen, wenn sich die Individuen auf verschiedene Ziele hin verpflichtet fühlen (z.B. Lebenserhalt um jeden Preis versus Patientenselbstbestimmung), das Ziel als solches unterschiedlich interpretiert wird und/oder Unterschiede in der Wahrnehmung der Wirklichkeit bestehen (z.B. Analyse und Bewertung der physiologischen Fakten in Hinblick auf eine Prognose). Auch kann das definitiv empfundene Bedürfnis nach gemeinsamer Beschlußfassung zum Konflikt werden. Die zur Entscheidung anstehende Angelegenheit kann dann u.U. zum Spielball eines auf einer ganz anderen Ebene gelagerten Konfliktes werden. In solchen Situationen treten dann Autoritäten und Machtbeziehungen deutlicher hervor, als sonst. Es können z.B. egalitäre Normen der allgemeinen Kultur mit den Autoritätshierarchien in der Klinik aufeinanderprallen. (Eine typi-

⁸¹ Eine Institution muß Vorkehrungen treffen, neue Mitglieder -junge ÄrztInnen/ Pflegenden- adäquat an komplexe Entscheidungssituationen heranzuführen.

⁸² So ist beispielsweise die aktive Herbeiführung des Todes bei einem schwerkranken Patienten -auf seinen ausdrücklichen Wunsch hin- leicht möglich, ist aber aus moralischen (Unvereinbarkeit mit dem ärztlichen Auftrag) und daraus folgend aus rechtlichen Gründen (Strafandrohung) als legale Handlungsalternative für den Arzt hierzulande ausgeschlossen. Im Nachbarland Holland versucht man in ähnlichen Konstellationen neue Wege zu gehen.

sche Konfliktkonstellation zwischen Pflegenden und ÄrztInnen bei Therapieverzichtsfragen.)

Die Intensität der inter-individuellen Probleme ist abhängig vom Ausmaß der Interdependenz der einzelnen Schichten in der Hierarchie. Die Notwendigkeit der Koordinierung wird »von oben« anders beurteilt als »von unten«. Letztlich ausschlaggebend für die Suche nach einer für alle Beteiligten akzeptablen Lösung ist aber, wie hoch jede/r Einzelne die Notwendigkeit zur Koordinierung einschätzt. Dabei können Lösungsansätze von jeder Hierarchieebene aus auch blockiert werden. Formal besteht im Krankenhaus in Therapieangelegenheiten keine Notwendigkeit zur Koordinierung: der/ die ärztliche Direktor/in hat das Weisungsrecht in allen therapeutischen Entscheidungen.

Konflikte um Entscheidungen entstehen, weil es unterschiedliche Interpretationen des Ziels gibt, die inter-personalen Wissensunterschiede groß sein können, weil die (moralische) Verpflichtung auf verschiedene Ziele gerichtet sein kann, oder andere Motive, die die Frage tangieren, bei dem Einzelnen sehr divergent sein können. Die individuelle Wahrnehmung und Definition der Situation ist abhängig von kognitiven Prozessen; sie sind für eine Beschlußfassung von eminenter Bedeutung. An jedem Punkt eines Prozesses ergeben sich Informationen von unterschiedlicher Art und Menge. Die Chancen der Einzelnen zur Teilhabe daran ist zumeist ungleich verteilt; auch dies führt zu Konflikten. Beispielsweise sind im Prinzip alle wichtigen Informationen in der Krankenakte des Patienten vorhanden und für alle medizinisch-pflegerisch Beteiligten dort auch einzusehen. Entscheidungsrelevante Informationen werden aber in unserem Falle des Therapieverzichts häufig vorwiegend mündlich während der OA/Chefvisite diskutiert, und daran nehmen die Pflegenden meistens nicht teil. Folge davon ist u.a. Unmut oder Konfrontation, weil eine getrennte Bewertung der Fakten (z.B. pathophysiologische Situation hier, Wünsche der Patientin dort etc.) vorgenommen wird. Auch Konflikte mit Angehörigen beruhen häufig auf einem ungleichen Zugang zu Informationen und ihrer Bewertung im Kontext.

2.6.3.3 Formen der Konfliktbewältigung in der Klinik

Konflikte bedeuten ein Ungleichgewicht in der Stabilität einer Institution, einer Abteilung, einer Station oder eines Teams, und erfordern eine bewußte Anstrengung, wieder ins Gleichgewicht zu kommen. March & Simon nennen vier Methoden/ Praktiken, wie auf Probleme reagiert wird: (1) die technische Lösung, (2) die Taktik des Überredens, (3) das Aushandeln eines Kompromisses und (4) politische ›Maßnahmen‹.

(ad 1) Gibt es eine grundsätzliche Übereinstimmung in den Zielen, so ist eine technische Lösung des Problems möglich. Der Kern des Problems liegt dann darin, eine Lösung zu finden, die den gemeinsamen Maßstäben genügt; notfalls muß eine neue Handlungsalternative gefunden werden. Für Therapieverzichtsentscheidungen bedeutet dies z.B: mit der Patientin und unter ihren Angehörigen, den ÄrztInnen (ihren Vorgesetzten) und dem Pflegepersonal besteht Einigkeit in der Beurteilung der Situation und der Prognose der Kranken. Das Problem kann dann in dieser Situation beispielsweise noch darin liegen, daß unterschiedliche Ansichten darüber bestehen, welches der »beste« Weg für diese Patientin ist, ihr ein würdiges Sterben zu ermöglichen.

(ad 2) Wird die Taktik des Überredens gewählt, so ist grundsätzlich anerkannt, daß es individuelle Ziele gibt, sie werden aber –zumindest von einer Seite– als veränderbar betrachtet. Es gehört dazu der Glaube, daß auf irgendeiner Ebene gemeinsame Ziele bestehen und daß Meinungsverschiedenheiten über Teilziele z.B. durch Hinweis auf gemeinsame Ziele geschlichtet werden können. Ein Weg ist hierzu die Prüfung der Konsistenz zwischen den Haupt- und den Teilzielen. Relevante Maßstäbe müssen herausgearbeitet werden, dazu gehören auch u.U. bisher unberücksichtigte Ziele. Bei Konflikten um Therapieverzicht geht es sehr häufig um Meinungsverschiedenheiten über die angestrebten Ziele. Werden diese anerkannt, so kann ein Aus-

handeln eines Kompromisses (ad 3) möglich sein. In der Praxis ist es aber schwierig, dies vom »Überreden« abzugrenzen. Beispielsweise ist »das Wohl des Patienten« ein verbindliches Leitziel (gemeinsames Ziel aller therapeutisch-pflegerisch Tätigen) in der Krankenversorgung. Dissens entsteht hier u.U. über die Art der Zielverwirklichung. Während eventuell Pflegende aus ihrer alltäglichen Nähe bei einem Schwerstranken die Verwirklichung des Patientenwohls im »Sterbenlassen« (unter palliativer Versorgung und Begleitung) sehen können, glauben die ÄrztInnen, daß eine Fortsetzung oder Veränderung/ Intensivierung der Therapie klinisch richtig und von daher auch im Sinne des Patienten sein müßte. Beim »Überreden« versucht der/die InitiatorIn den eigenen Weg als den für die gemeinsame Zielverwirklichung adäquateren herauszustellen. Schnell wird in solchen Situationen auch das Negativbild als moralisches Druckmittel benutzt: »Wenn wir das nicht auf die vorgeschlagene Art machen, dann sind Sie schuld, wenn der Patient stirbt!« In dieser Lage ist es meist nicht einfach, zu entgegnen, daß hier nicht eine Schuldfrage, sondern zunächst eine adäquate Evaluation der Situation des Patienten (unter physischen und psychosozialen Gesichtspunkten) zur Debatte steht.

Die Methoden der »technischen Lösung« und des »Überredens« werden von March & Simon als analytische Techniken bezeichnet: man bemüht sich um private bzw. öffentliche Zustimmung bei anderen. Analytische Taktiken werden besonders bei individuellen Konflikten angewandt, häufig werden aber auch Gruppenkonflikte auf dieser Ebene ausgehandelt. In der Praxis kann das dann in etwa so aussehen, daß im Falle der (drohenden) Konfrontation zwischen ÄrztInnen und Pflegenden einer Station wegen einer Therapieentscheidung, eine leitende Ärztin ein Mitglied des Pflorgeteams herausnimmt und noch einmal spezielle »Überzeugungsarbeit« leistet. Eine offene Anerkennung der Tatsache, daß Meinungsverschiedenheiten bezüglich des Zieles existieren, setzt das bestehende Status- und Machtsystem einer Organisation (z.B. Vorgesetzte - AssistentInnen - Stationsteam) zwangsweise unter Spannung. Das bewußte Aushandeln eines Kompromisses würde diese Spannungen nicht unbedingt reduzieren, da die Grenzen der formalen Macht aufgezeigt würden: Geht das Aushandeln des Kompromisses zugunsten der bestehenden Hierarchie aus, so ist sie in ihrer Macht öffentlich bestätigt, was zur Frustration auf der Gegenseite führt. Geht der Prozeß zugunsten der unteren Gruppen aus, so ist die bestehende Machtkonstellation geschwächt. Läßt man also ein Aushandeln zu, liegt darin, so March & Simon, eine »Anerkennung und Legitimation der Heterogenität der Ziele innerhalb der Organisation. Eine solche Legitimation nimmt der organisatorischen Hierarchie eine Kontrollmöglichkeit, die ihr sonst zur Verfügung steht.« Daher kommt es seitens der Organisation zu einer starken Neigung, alle Konflikte zu individualisieren, also Konflikte als exklusiv personenbezogen wahrzunehmen und auch in dieser Form darauf zu reagieren. Entsprechend wird man auch zu analytischen Taktiken greifen: »technischen Lösungen« oder »Überreden«. March & Simon betonen, »... daß diese Reaktionen auch bei allmählich sichtbar werdender Unangemessenheit fortgesetzt werden, daß bei Meinungsverschiedenheiten über Ziele ausdrücklicher auf die Gemeinsamkeit der Ziele hingewiesen wird, als bei tatsächlicher Übereinstimmung, und daß sich (darum auch) das Aushandeln (wo es auftritt) häufig innerhalb analytischer Bezüge verbergen wird.«

2.6.4 Therapieentscheidungen - wessen Aufgabe?

Die Diskussion, wem nun die Anerkennung zuteil wird, als Beteiligter dieses Entscheidungsprozesses über Einsatz oder Nichteinsatz/ Abbruch (lebenserhaltender) therapeutischer Maßnahmen zu gelten, hat, wie im bisher Gesagten bereits anklang, in den USA einen anderen Weg genommen als in Deutschland. Die amerikanische Diskussion begann äußerst öffentlichkeitswirksam in den Medien mit dem Fall der Karen Ann Quinlan in den 70er Jahren. Sie habe, so

R.M. VEATCH (1993)⁸³ in einem Rückblick, deutlich gemacht, daß ein Arzt, dem zufällig ein Patient in die Notaufnahme gebracht wird, nicht automatisch die Vormundschaft für diesen Patienten zufalle und er darauf insistieren könne, lebenserhaltende Maßnahmen fortzusetzen, auch gegen den Willen des Patienten, seines Stellvertreters oder seiner Familie. Dies war der Beginn der öffentlichen Einmischung in Fragen des Lebenserhalts, der Beginn einer Diskussion um die ethischen Fragen von Tod und Sterben. In der Folge entwickelte sich eine entsprechende Gesetzgebung, die die Rechte des Patienten und, wenn er diese nicht wahrnehmen kann, seiner Angehörigen bzw. eines von ihm dafür autorisierten Stellvertreters, hervorgehoben und formuliert hat.

Man hat sich aber inzwischen auch mit den praktischen Problemen der Umsetzung dieser Ansprüche im klinischen Alltag auseinandergesetzt und festgestellt, daß die Durchsetzung des Rechts auf Selbstbestimmung in diesem Bereich immer wieder auf schwerwiegende Probleme stößt.

2.6.4.1 Exklusiv: GeschäftsführerInnen ohne Auftrag

Zunächst soll hier kurz der Stand der deutschen Diskussion aus ärztlicher Sicht, charakterisiert werden. Es sind nicht viele Autoren, die sich diesem Thema ausführlich stellen. Die Diskussion hierzulande hat eine eigene Tradition: Sie hebt immer deutlich auf die moralischen und legalen Aspekte und damit besonders auf die Verantwortung des Arztes und seine Exklusivität gerade in Entscheidungen zum Therapieverzicht ab.

H. MENZEL (1976)⁸⁴ ist der Überzeugung, daß dieser »Aufgabe ... nur ein Arzt gerecht werden [kann], dessen Persönlichkeitsstruktur bereits durch menschliche Reife, ein besonders ausgeprägtes Verantwortungswußtsein und die Fähigkeit, sachlich belegbare Entscheidungen im Sinne des Kranken fällen zu können, geprägt ist. ... Der *verantwortlich behandelnde Arzt* scheint mir die einzige mögliche Entscheidungsinstanz beim *bewußtlosen* Patienten zu sein. Seine Entscheidung muß für jeden anderen versierten und erfahrenen Fachvertreter überprüfbar und nachvollziehbar sein, und dem mutmaßlichen Willen des Kranken, soweit erkennbar, entsprechen.« Eine stellvertretende Entscheidung für den Patienten durch die Angehörigen lehnt er ab, um eine »mißbräuchliche Motivation auszuschließen«. Er gesteht es dem Kranken selbst zu, eine Fortsetzung der Behandlung zu untersagen, allerdings spricht er dem Schwerkranken aus psychischen Gründen (Alteriertheit) eine echte Entscheidungsfähigkeit ab. Auch hält er vorherige Entscheidungen (z.B. Patiententestament) für nicht wirksam, weil dem Patienten zu diesem Zeitpunkt noch »die unmittelbare Einsicht in die zu beurteilende Situation« fehle. Ein »neutrales ärztliches Gremium« hält er in Fragen des Behandlungsabbaus ebenfalls für nicht hilfreich; Schwestern und Pfleger als TeilnehmerInnen in einer Entscheidung zum Therapieverzicht werden von Menzel gar nicht erst in Erwägung gezogen.

Auch für H.W. OPDERBECKE (1976)⁸⁵ bleibt »in den meisten dieser Fälle an der Grenze zwischen Leben und Tod ... somit keine andere Möglichkeit, als zu akzeptieren, daß der *Arzt als Geschäftsführer ohne Auftrag* nach sorgfältiger Prüfung aller Umstände eine *Entscheidung im wohlverstandenen Interesse seines Patienten* trifft. ... Der Arzt hat bei der Abwägung all dieser Umstände nicht aus seiner, sondern *aus der Perspektive des Patienten* zu entscheiden, aus der Sicht seiner Lebensumstände, seiner Lebensauffassung und seiner Lebensumgebung. Die *Angehörigen* können ihm dabei behilflich sein, sich hierüber und damit über den mutmaßlichen

83 Veatch, R.M. (1993) From Forgoing Life Support to Aid-in-Dying. Hastings Center Report 23 (6 Special Supplement) : S7-8.

84 Menzel, H. (1976) a.a.O. S.145f [Hervorhebungen im Original]

85 Opderbecke, H.W. (1976) a.a.O. S.140f [Hervorhebungen im Original]

Willen des Patienten ein Bild zu verschaffen. Die Entscheidung abnehmen können und dürfen sie ihm nicht. ... Immer ist es der behandelnde und verantwortliche Arzt, der im Rahmen seiner Indikationsstellung die notwendige Entscheidung nach sorgfältiger und gewissenhafter Prüfung aller Umstände im wohlverstandenen Interesse sowohl des einzelnen Kranken als auch der Gesamtheit aller ihm anvertrauten Patienten zu treffen hat. Es ist keine Möglichkeit erkennbar, diese Kompetenz *anderen Instanzen* zuzuweisen. M.E. entzieht sie sich wegen der Vielfalt der in diese Entscheidung einfließenden Faktoren *jedem Versuch einer Kodifizierung*«.

Menzel und Opderbecke befinden beide, daß der Wille des Patienten, also sein Einverständnis mit den Behandlungsmaßnahmen oder seine Verweigerung *maßgeblich* für Therapieentscheidungen sind. Die Entscheidung in diesen Fragen steht jedoch in der alleinigen persönlichen Verantwortung des Arztes. Er ist aber gehalten, seine Entscheidungen in der Krankenakte offenzulegen, so daß sie jederzeit auch für die Kollegen nachvollziehbar sind. *Wie* der Arzt oder die Ärztin jeweils in die Perspektive ›ihres‹ Patienten schlüpfen sollen, dafür wird allerdings keine Anleitung vermittelt.

F. SALOMON (1987)⁸⁶ stellt sich diesen Fragen ausführlich und betont, daß Entscheidungen hier unumgänglich sind, daß man über die Ziele des medizinischen Handelns gerade in der Intensivmedizin früh genug situationsbezogen nachdenken muß, weil nur so »automatisch ablaufende Kausalketten von Therapieschritten (zu) durchbrechen [sind]. ... Die Prognose eines Krankheitsverlaufes [ist] ein entscheidender Faktor für oder gegen den Einsatz intensivmedizinischer Maßnahmen. ... Entscheidungen haben sich am Sinnvollen, nicht am Machbaren zu orientieren! ... [Aber] das Sinnvolle ist nicht immer eindeutig erkennbar. Es ist zwangsläufig leichter zu beurteilen, was machbar ist. Und es wird im Zweifelsfall daher eher das Machbare ergriffen. Wichtig ist jedoch *die Denkrichtung, die sich am erreichbaren oder erhofften Ziel unter Berücksichtigung der realen Situation auszurichten hat*. ... Entscheidung und Verantwortung sind nicht voneinander zu trennen.« Zu verantworten hat sich der Arzt –für sein Tun gleichermaßen wie für sein Unterlassen– vor dem Patienten und seinen Angehörigen, dem übrigen (Stations-)Personal und vor Gott oder dem »transzendentalen Seinsgefüge«. Es ist notwendig, »sich frühzeitig ethische Maßstäbe für typische intensivmedizinische Konfliktsituationen zu erarbeiten.« Salomon verweist hier auf einen Punkt von herausragender Bedeutung: die *Therapieplanung*. Allerdings führt er ihn leider nicht weiter aus.

Solange man sich gedanklich innerhalb der Rationalität der Intensivmedizin bewegt, besteht die Aufgabe darin, ›entgleiste Organsysteme‹ wieder in ihre Bahnen zu lenken. Zur Erreichung dieses Zieles werden Teilziele entwickelt, diese werden im medizinisch-physiologischen Rahmen auch hierarchisiert und ihre Verwirklichung wird angestrebt (s.a. Schellong, Indikation zur Beatmungstherapie). Ein solches Konzept zwingt stets vorwärts zu planen. Diese Art des Arbeitens sieht aber von einer übergreifenden Zielbestimmung ab. Eine Zielbestimmung kann im speziellen Falle auch vom Arzt nicht vorgegeben werden; sie kann nur eine Zielanerkennung seinerseits sein. Dieses Ziel ist für den Schwerstkranken, wenn seine (körperlichen) Kompensationsmöglichkeiten erschöpft sind, sein Sterben; dieses Ziel kann (und darf) nur von ihm allein gesetzt werden. Aber erst eine solche Zielanerkennung kann für die Betreuenden eine Rückwärtsplanung z.B. der folgenden Art ermöglichen: Dieser Mensch wird in absehbarer Zeit sterben (Definition der Situation), ihm soll ein Sterben in Würde ermöglicht werden (Individual- bzw. Globalziel), alle Überlegungen und Handlungen sollen sich der aus dieser Anerkennung ergebenden Wertehierarchie unterordnen: Palliation, Sterbebegleitung, passende Umstände organisieren etc. (Entwicklung von adäquaten Teilzielen) Das Problem in der Intensivmedizin ist

⁸⁶ Salomon, F. (1987) Entscheidung in Verantwortung - Eine Orientierungshilfe an den Grenzen intensivmedizinischen Handelns. *Anaesthesist* 36 (3) : 97-101. [Hervorhebungen im Original]

aber, daß der Patient zu diesem Zeitpunkt meist keine eigene Stellungnahme zu seinen Zielen mehr abgeben kann. Eine dem entsprechende gemeinsame Entscheidungssuche mit dem Patienten (bzw. unter Zuhilfenahme seines schriftlich oder mündlich geäußerten Willens), seinen Angehörigen, den ärztlichen Kollegen und dem Pflegepersonal kommen bei Salomon aber nicht vor. Auch er betont die alleinige Verantwortung des einzelnen Arztes.

J. SCHARA (1993)⁸⁷ geht bezüglich der Einbeziehung der Kollegen und des Pflegepersonals schon einen Schritt weiter: »Therapieverzicht setzt die einhellige Meinung des gesamten Behandlungsteams voraus ... auch der Pflegenden! Angehörige sollten nur gehört werden, wenn der mutmaßliche Wille des nicht mehr entscheidungsfähigen Kranken bei der Entscheidungsfindung des Teams eine Rolle spielt. Angehörige in die Entscheidungsfindung persönlich einzubeziehen, könnte für diese eine lebenslange Belastung zur Folge haben. Entscheidungen zum Therapieverzicht sind *rein ärztliche* Entscheidungen, bei denen Emotionen keinen Platz haben dürfen.« Der Arzt habe sich jedoch mit den Wünschen, Werten und Lebens(qualitäts)vorstellungen des Patienten zu befassen, sie sorgfältig und verantwortungsvoll zu eruieren und sich nach Möglichkeit auch danach zu richten. Er soll sich dabei nicht am »objektiven Wert des Lebens ... orientieren«, sondern am »subjektiven Wert, den das Leben für seinen Patienten hat.« Schara tritt dafür ein, einen Konsens mit dem Team zu suchen und in die Entscheidungen auch patientenbezogene »nichtmedizinische« Wertvorstellungen miteinzubeziehen, soweit dieser dazu in der Lage ist, sie »dem Arzt gegenüber bei vollem Bewußtsein und in vollem Verständnis der damit verbundenen Konsequenzen« zu äußern. Ein sog. Patiententestament sei rechtlich zwar nicht bindend, aber doch immerhin als ein Ausdruck des mutmaßlichen Willens des Kranken zu bewerten.

Die ÄrztInnen räumen sich eindeutig das Vorrecht der Entscheidung zum Therapieverzicht, ibs. beim nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten, ein. Manche tun dies mit einem mehr paternalistischen, andere wieder mit einem etwas liberaleren Unterton. Soziologisch betrachtet geht es in dieser Auseinandersetzung auch um Selbstbehauptung und Autonomie des ärztlichen Standes als Profession, gegen alle externen Versuche, die Gesundheitsdienste zu einem modernen personenbezogenen Dienstleistungsgewerbe umzustrukturieren.

2.6.4.2 Entscheidungsmediatoren

Etwas anders ist die Situation in den USA: Dem behandelnden Arzt, bzw. der behandelnden Ärztin im Krankenhaus kommt hier zunächst eine *Mediatorenrolle* zu. Er/sie muß den Prozess der Entscheidungsfindung entsprechend den Vorgaben strukturieren und letztlich auch persönliche Verantwortung für das Ergebnis übernehmen. Im folgenden sollen zunächst (idealtypisch) die Elemente eines solchen Ablaufes, sofern er eine Beteiligung von Patient/ Angehörigen zuläßt oder vorsieht, dargestellt werden.⁸⁸ Dazu gehört als erstes eine allgemeine Formulierung der Normen, Werte und Grundsätze, die im Verfahren zu beachten sind. Bemerkenswert ist auch, daß es in diesem ersten Punkt nicht nur um die Pflichten der medizinischen und pflegerischen HelferInnen geht, sondern auch um ihre persönlichen Rechte.

1. *Allgemeine Ziele:* (a) dem Wohl des Patienten dienen (Heilen/ Lindern, nicht zusätzlich belasten), (b) Selbstbestimmungsrecht des Patienten achten, (c) Integrität der medizinisch/ pflegerisch Tätigen wahren, (d) die Prinzipien der Gerechtigkeit/ Unparteilichkeit wahren.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze soll dann die Ausgangssituation geklärt und auch

⁸⁷ Schara, J. (1993) a.a.O. S.24 [Hervorhebungen im Original]

⁸⁸ Die Abfolge orientiert sich an den "Guidelines on the decisionmaking process", Hastings Center Guidelines (1987) a.a.O. S 16-34 Mit dieser Ordnung ist allerdings keine zeitliche Folge gemeint, sie stellt mehr eine "Checkliste" dar, welche Punkte berücksichtigt werden sollen.

erklärt bzw. vermittelt werden, was die Suche nach dem/der richtigen AnsprechpartnerIn mit einschließt.

2. *Analyse und Bewertung der Situation und Diskussion:* (a) Evaluation des Patienten: Diagnose, Prognose und Darstellung von Behandlungsalternativen, ihrem wahrscheinlichen Nutzen und möglichen Belastungen, Behandlungsempfehlungen und Ungewißeheiten. Feststellen, ob es ein Patiententestament oder ähnliche Verfügungen gibt, feststellen, ob Angehörige bzw. ein Stellvertreter (bei uns entspräche diesem die Position eines Betreuers, oder eines benannten »Stellvertreters im Willen«⁸⁹) am Entscheidungsprozeß teilnehmen können. (b) Strukturierung der Diskussion mit dem Patienten und /oder seinen Angehörigen/ Stellvertreter (Betreuer).

Die korrekte Identifizierung der (autorisierten) Entscheidungsträger ist ein maßgeblicher Akt für die Definition der Situation; sie ist abhängig von der Bewertung der aktuellen Entscheidungsfähigkeit des Patienten:

3. *Identifizierung der Entscheidungsträger:* (a) Bewertung der Entscheidungsfähigkeit des Patienten, (b) Hinzuziehung von Angehörigen/ Betreuern, (c) Patienten ohne Angehörige oder Betreuer/in.

4. *Entscheidungsfindung mit:* (a) entscheidungsfähigen Patienten, (b) Patienten mit unklarer/ wechselnder Entscheidungsfähigkeit, (c) nicht entscheidungsfähigen Patienten.

Des weiteren beziehen sich die Empfehlungen der Guidelines auf das Procedere,

5. *Dokumentation der Entscheidung*

6. *Planung und praktische Durchführung der Entscheidung*

und heben noch einmal besonders problematische Bereiche des Entscheidungsprozesses hervor:

7. *Mögliche Meinungsänderung* beim entscheidungsfähigen Patienten oder seinem Angehörigen/ Betreuer

8. *Mögliche kritische Punkte:* Schwierigkeiten bei der Bestimmung der Entscheidungsfähigkeit, Unstimmigkeiten mit Entscheidungsträgern, Unstimmigkeiten im Team etc.

Je nach Entscheidungsgegenstand (Notfall, Reanimation, Ernährung & Hydrierung, Entscheidung zu Dialyse oder Langzeitbeatmung, Antibiotica etc.) gibt es zusätzlich besondere Ausführungen in den Guidelines.

Leitlinien⁹⁰, ausgearbeitet von den medizinischen Fachgesellschaften, sind eine typisch amerikanische Entwicklung, die jetzt auch bei uns zunehmend Interessenten finden. In der Fragestellung »Entscheidungen zum Therapieverzicht« können sie eine sehr sinnvolle orientierende Funktion haben, insofern sie alles Beachtenswerte aufzeigen, ohne Vorschriften machen zu wollen. Sie können in einzelnen Punkten zwar detaillierte Ausführungen haben, im Ganzen erfordern und ermöglichen sie aber Eigenständigkeit und Flexibilität in der Durchführung. Veröffentlichte Konsensuspapiere, mit auch ausdrücklich formuliertem Dissens zu einzelnen Punkten, und Leitlinien sind ein wichtiges Forum der Diskussion und Meinungsbildung in den Fachzeitschriften.

Wichtig zu nennen sind hier z.B. der *Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatment in the critically ill* der Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine (1990), die *Ethical and Moral Guidelines for the Initiation and Continuation, and Withdrawal of Intensive Care* des ACCP/SCCM Consensus Panel (1989) oder die *Guidelines for*

⁸⁹ Betreuer/in im Sinne eines gesetzlichen Vertreters, möglichst ein/e Angehörige/r, schriftlich bestimmt vom Patienten oder notfalls vom Vormundschaftsgericht (Betreuungsgesetz, BGB §§ 1896-1908i)

⁹⁰ Siehe dazu auch Abschnitt 2.5.2

Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Care der American Heart Association (1992)⁹¹
Die hier dargestellten Hasting Center Guidelines (1987) sind nur als ein ganz einfaches Gerüst wiedergegeben, die oben genannten Texte gehen z.B. noch sehr viel detaillierter auf Vorgehensweisen bei entscheidungsfähigen oder inkompetenten Patienten ein, wie auch auf auf medizinische, juristische, religiöse, ethische, politische und ökonomische Aspekte der verschiedenen Arten des Therapieverzichts.

⁹¹ Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine. (1990) Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatment in the critically ill. *Crit Care Med* Vol.18 (No.12) : 1435-9.

American Heart Association (1992) Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care. Emergency Cardiac Care Committee and Subcommittees. (Part I-IX) Part VIII: Ethical considerations in resuscitation. *JAMA* 268 : 2135-2295.

ACCP/ SCCM Consensus Panel (1989) Ethical and moral Guidelines for the Initiation and Continuation, and Withdrawal of Intensive Care. *CHEST* /97 /4/ April 1990 : 949-57.

2.7 Überleitung

In der Situation der speziellen Indikationsstellung (oder individuellen Therapieentscheidung) müssen hochkomplexe und interdependenten Zustände, Bedingungen, Kenntnisse und Möglichkeiten auf den Punkt des medizinisch-therapeutischen Handelns oder Nichthandelns festgelegt werden. Die deutschen und amerikanischen Vorstellungen zur Entscheidung bei Therapieverzicht sind in manchen Punkten sehr divergent, in anderen weniger. Sehr unterschiedlich ist die rechtliche Stellung der Patienten gegenüber den behandelnden Ärzten, ich werde dies hier nicht weiter vertiefen. Deutsche und amerikanische Ansichten unterscheiden sich wenig, was die Definitionsmacht der Ärzte betrifft; diese wird beiderseits als exklusiv und maßgeblich bezeichnet. Sehr verschieden sind dann allerdings die Schlußfolgerungen, die aus dieser Tatsache gezogen werden: Die deutschen Autoren fokussieren und pochen aus diesem Grunde (Definitionsmacht) auf ein ärztliches Vorrecht in der Entscheidung, während das amerikanische Modell in diesem Zusammenhang unter dem Druck der rechtlichen Regelungen zur Patientenselbstbestimmung deutlich permissiver geworden ist. Zum Teil haben amerikanische Ärzte dadurch erfahren, daß die Beteiligung von Patienten/ Angehörigen in diesen Fragen auch eine angenehme Verantwortungsentlastung bietet. Die Beschreibungen sind hier allerdings größtenteils eher programmatisch orientiert, in der realen Umsetzung gibt es durchaus noch viele Probleme.

Wenn auch in der hier vorliegenden Arbeit die Tendenz zur Binnensicht der Dinge vorherrschend ist, so soll nicht übersehen werden, daß Entscheidungen zu Therapie oder Therapieverzicht immer auch Allokationsentscheidungen auf unterster Ebene sind (Mikroallokation), also immer auch abhängig von übergeordneten Strukturentscheidungen (Makroallokation). Ein einzelner Arzt/ ein Krankenhaus kann immer nur das anbieten, was auch zur Verfügung oder zumindest in einem anderen Krankenhaus erreichbar ist und dies ist im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens abhängig von übergeordneten Struktur- und Investitionsentscheidungen auf politischer Ebene.

Wie die Realität des Therapieverzichts in den von uns untersuchten Kliniken aussieht, welche Schwierigkeiten im Erkenntnisprozeß stecken, *wann* Therapieverzicht als indiziert angesehen wird, und *wie* diese Erkenntnis dann in der jeweiligen personellen Konstellation in eine entsprechende handlungsleitende Entscheidung umgesetzt wird –oder auch nicht–, darüber soll der empirische Teil dieser Arbeit Aufschlüsse geben.

3. Die empirische Untersuchung

3.1 Untersuchungsdesign und Organisatorisches zum Ablauf der Erhebung des empirischen Materials

3.1.1 Allgemeine Auswahl der Disziplinen / Kliniken und der ärztlichen InterviewpartnerInnen

Für den empirischen Teil unserer Untersuchung wählten wir die Anästhesie, die Chirurgie und die Innere Medizin als diejenigen Fachgebiete, in denen viele schwerstkranke Patienten betreut werden und in denen es daher wohl am häufigsten zu Überlegungen kommt, ob man einen Patienten mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln weiterbehandeln soll oder nicht. Diese drei Disziplinen sollten jeweils auf den verschiedenen Versorgungsstufen - Universitätskliniken, Krankenhaus der Maximalversorgung und Kliniken der Grund- und Regelversorgung - und als Einrichtungen in öffentlicher oder konfessioneller Trägerschaft repräsentiert sein. Insgesamt sechs der in die Untersuchung einbezogenen Kliniken mit jeweils mindestens 1300 Betten sind in öffentlicher Trägerschaft, die kleineren Häuser sind jeweils mit mindestens 400 Betten ausgestattet. Die Kliniken mit konfessioneller oder caritativer Trägerschaft hatten meistens weniger als 400 Betten. Vier von fünf InterviewpartnerInnen arbeiteten in Kliniken mit öffentlicher Trägerschaft. (Tab.1 und 2)

Die Kliniken im Überblick	Anzahl Kliniken / Anzahl der Interviews
insgesamt 19 in 11 Städten in 4 Bundesländern (alten)	
Universitätskliniken (Land) (Typ A)	3 / 29
Kliniken der Maximalversorgung (Kommune) (B)	6 / 35
Kliniken der Grundversorgung (Kreiskrankenhäuser/ Kommunen) (C)	4 / 16
Kliniken der Grundversorgung (freie/ kirchliche Trägerschaft) (D)	6 / 20

Tabelle 1

Überwiegend wurde der Kontakt zu den ÄrztInnen zunächst durch ein Telefonat der hauptamtlichen ProjektmitarbeiterInnen mit dem ärztlichen Direktor, bzw. den Leitern der verschiedenen Abteilungen hergestellt. Dabei wurde das Projekt kurz vorgestellt mit der Bitte um Einverständnis zu den etwa 3-4 stündigen Interviews, die in der Arbeitszeit stattfinden oder ggf. als Arbeitszeit abgerechnet werden können sollten. Zusätzlich wurde um eine Liste mit den Namen der erfahreneren ärztlichen MitarbeiterInnen gebeten. Insgesamt wurden 19 Kliniken und hier jeweils mehrere Abteilungen in die Studie einbezogen. (Alle Kliniken liegen in den alten Bundesländern.) Nur in zwei Abteilungen wurde uns eine Absage erteilt, in allen anderen Fällen war das Entgegenkommen groß.

Die einzelnen Kliniken	Typ A= Universität, B= Maximalvers. C= Kreis KH D= konf. Haus	Trägerschaft	Bettenzahl ca.	Versorgungsstufe Maximal- Grund-/ Regel-	Anzahl der Interviews
Klinik 1	B	Stadt/ Land	1.500	M	13
Klinik 2	B	Stadt/ Land	530	G / R	6
Klinik 3	B	Stadt/ Land	1.300	M	2
Klinik 4	C	caritative Organisation	350	G / R	1
Klinik 5	D	konfessioneller Verein	500	G / R	1
Klinik 6	B	Stadt/ Land	550	M	1
Klinik 7	B	Stadt	800	M	2
Klinik 8	B	Stadt	1.900	M	11
Klinik 9	D	konfessioneller Verein	200	G / R	2
Klinik 10	A	Land	1.500	M	12
Klinik 11	D	konfessioneller Verein	350	G / R	8
Klinik 12	C	städtischer Verein	200	G / R	7
Klinik 13	A	Land	1.500	M	7
Klinik 14	D	Stiftung	150	G / R	2
Klinik 15	D	konfessioneller Verein	150	G / R	4
Klinik 16	C	Landkreis	400	G / R	6
Klinik 17	D	Stiftung	400	G / R	3
Klinik 18	C	Landkreis	200	G / R	2
Klinik 19	A	Land	1.700	M	10

Tabelle 2

3.1.2. Spezielle Auswahl der Ärztinnen und Ärzte

Die drei Fachgebiete und ebenso die Dienstränge und Geschlechter sollten jeweils zahlenmäßig adäquat vertreten sein. Ein wichtiges Auswahlkriterium war auch die Berufserfahrung der ÄrztInnen, sie sollten in ihrem Berufsalltag auch tatsächlich »etwas zu entscheiden haben«. Eine ausreichende Zahl an Oberärztinnen zu rekrutieren gelang uns leider nicht. Auch gab es Bereiche in der Chirurgie, in denen gar keine Frauen in ärztlicher Funktion tätig waren. Die Tatsache, daß die leitenden Positionen im öffentlichen Gesundheitswesen meistens von Männern besetzt sind, spiegelt sich auch in der vorliegenden Studie wieder. Oberärztinnen waren am häufigsten im Bereich der Anästhesie anzutreffen. Insgesamt entspricht der Frauenanteil von etwa 25% in unserer Studie aber der normalen Verteilung im Bereich der Akutversorgung. Anhand der jeweils vorliegenden Namensliste konnte der/die jeweilige InterviewerIn dann per Zufallsauswahl (Losverfahren, oder auch zufällige Anwesenheit der ÄrztInnen an diesem Tag zur Terminabsprache) die InterviewpartnerInnen bestimmen und sich dann direkt an diese Ärztin bzw. diesen Arzt wenden. Einige wenige InterviewpartnerInnen wurden aus dem erweiterten Bekanntenkreis der jeweiligen InterviewerInnen rekrutiert. Auch die direkte Ansprache der ÄrztInnen war i.d.R. unkompliziert und insgesamt erfolgreicher, als wir zu hoffen gewagt hatten. Im Erstkontakt wurden den Angesprochenen der Focus und der Rahmen des Interviews kurz erläutert, und sie wurden um ein Interview, auf der Basis von Freiwilligkeit, gebeten. Verständlicherweise war der zeitliche Rahmen von avisierten 3-4 Stunden für die Angesprochenen zunächst geradezu erschreckend, 100 von etwa 115 Angesprochenen fanden das Thema aber so wichtig, daß sie, trotz ohnehin hoher zeitlicher Anforderungen durch Dienste und Überstunden, zu den Interviews bereit waren. Anforderung an den Interviewort war lediglich, daß er ungestört sein sollte. In der Terminabsprache waren die InterviewerInnen und die ÄrztInnen ganz unabhängig. Etwa die Hälfte der Interviews wurde in der jeweiligen Klinik, die andere Hälfte außerhalb, meistens in der Wohnung der ÄrztInnen geführt. (Tab. 3) Letztere fanden überwiegend in den späten Abend- bis Nacht-, u.U. auch Morgenstunden statt. Interviews wurden in neun Fällen

über 2-3 Termine geführt, vier wurden aus zeitlichen Gründen beendet und konnten nicht wieder aufgenommen werden. Einen Abbruch aus inhaltlichen Gründen gab es nicht.

Interview-Orte	Anzahl der Interviews
im räumlichen Bereich der Klinik (Arztzimmer, selten Konferenzzimmer, Bibliothek oder Stationsküche/ Aufenthaltsraum)	47
außerhalb der Klinik (meistens bei InterviewpartnerIn zu Hause)	53

Tabelle 3

Die Interviews wurden im Zeitraum August 1990 bis Mai 1991 geführt. Der Golfkrieg war natürlich auch für unsere GesprächspartnerInnen ein wichtiges Thema, und einige sprachen über ihre Ängste und Sorgen, aber auch über intensive Zweifel, ob es denn sinnvoll sein könne, hier in Deutschland eine high tech Medizin mit und für Menschen in medizinischen Grenzsituationen zu betreiben und andererseits finanziell und moralisch Leid, Tod und Verstümmelung gesunder Menschen zu akzeptieren und zu unterstützen.

3.1.3. Die InterviewerInnen

63 der 100 Interviews wurden von den beiden hauptamtlichen MitarbeiterInnen des Projektes (Arzt/ Soziologe, Dipl.-Pädagogin) durchgeführt. Die anderen InterviewerInnen hatten alle ein sozialwissenschaftliches/ medizinisches Studium abgeschlossen. Sie waren aus Interesse an der Thematik aus dem Umfeld der Abteilung für Medizinische Soziologie auf uns zugekommen und von uns in mehreren Gruppen- und Einzelgesprächen auf die Inhalte und Probleme und das selbständige Agieren »im Feld« vorbereitet worden. (Tab. 4)

Die InterviewerInnen	Anzahl der Interviews
Interviewer 1	35
Interviewerin 2	28
Interviewer 3	15
Interviewer 4	11
Interviewerin 5	6
Interviewer 6	3
Interviewerin 7	2

Tabelle 4

3.1.4. Der thematische Einstieg: Vignetten

Beim Erstkontakt wurde den InterviewpartnerInnen jeweils ein Satz von zehn Fallbeispielen (Vignetten mit therapeutischen Grenzsituationen) zur Bearbeitung ausgehändigt, bzw. bei telefonischem Erstkontakt per Post zugestellt. Die Vignetten sollten sich die ÄrztInnen in Ruhe zu Hause ansehen, bearbeiten und möglichst zum vereinbarten Interviewtermin wieder mitbringen. Wir wollten mit diesen Vignetten neben dem Ziel, das Thema noch mit einem weiteren eigenständigen Untersuchungsinstrument zu erschließen⁹² auch die Möglichkeit nutzen, die InterviewpartnerInnen gezielt inhaltlich auf das Themenfeld des Interviews einzustimmen. Das gelang aus technischen Gründen nicht immer vollständig. In der Regel hatten sich die ÄrztInnen aber mindestens die Vignetten vor dem Interviewtermin angesehen oder die Bearbeitung schon begonnen. Letzlich konnten wir bei den Vignetten (teilweise mit wiederholtem Nachfragen) eine Rücklaufquote von 74% (27 Internisten, 24 Anästhesisten, 23 Chirurgen) erreichen. Die von uns dafür veranschlagte Bearbeitungszeit von einer Stunde wurde, den ÄrztInnen zufolge, die uns spontan Auskunft dazu gaben, i.d.R. überschritten, eventuell ein Grund, warum ein Viertel der Interviewten dann doch von einer Fertigstellung der Vignetten Abstand nahm.

⁹² Auf diesen Teil der Untersuchung gehe ich hier nicht ein, er ist Gegenstand von zwei gesonderten Abhandlungen von B. Schöne-Seifert. & C. Eickhoff und von J. Wilhelm.

3.1.5. Das Interview ⁹³

Im Interview selbst wurden schwerpunktmäßig Fragen zu folgenden Themen gestellt:

- Erfahrungen im Umgang mit Sterben und Sterbenden,
- Aufklärung der Patienten und ihrer Angehörigen,
- mögliche Formen der Vorausverfügung (Patiententestament) oder der Mitentscheidung Dritter (Angehörige, Stellvertreter am Krankenbett, Obmann) bei Therapie(verzichts)entscheidungen,
- Prozesse der Entscheidungsfindung,
- eigene Bewertungen zu diesen Themen und Fragen und deren biographische Grundlagen,
- institutionelle Einbindung der Ärztin/ des Arztes in die jeweilige Klinik.

Dieser umfangreiche Fragenkatalog war nicht nur ein größerer Anschlag auf das Zeitbudget unserer InterviewpartnerInnen; der Leitfaden des Interviews zog den, der sich ziehen lassen wollte, auch mühelos in –für die meisten auch ungewöhnliche– Formen der Reflexion über ihre alltägliche Arbeit. Das brachten die Befragten manchmal auch am Schluß des Interviews (Frage 87) zum Ausdruck, wenn sie betonten, daß sich die Anstrengung für sie persönlich gelohnt habe, es für sie gut gewesen wäre, über Dinge ihres Alltags Auskünfte geben zu müssen, über die man sonst oft gedankenlos hinweggehe, teils aus Zeitdruck, teilweise aber auch, weil man gewisse Dinge einfach als gegeben akzeptiere.

»Nach 27 Jahren Arztsein habe ich erstmals so konzentriert ausformuliert, was sonst immer nur in Bruchstücken übergekommen ist.« (3cm024/78)

»Wichtig war für mich, dieses Verbalisieren von so vielen Sachen, die man sonst so diffus entscheidet. Ich bin mir im Alltag über meine eigenen Entscheidungskriterien nicht immer ganz im klaren - doch überwiegend spielt da die subjektive Einschätzung sicher eine große Rolle.« (1aw084/87)

»Ich finde es ganz gut, über diese Fragen als Umweg sich neue Gedanken zu bestimmten Erfahrungen zu machen - für mich wurde klar, was ich da an Schritten gemacht habe und wo es hapert - und wo ich denke, es ist schon ganz gut so.« (1aw078/87)

»... hat in der Beantwortung der Fragen sicherlich Denkanstöße geliefert, die ohne die Beschäftigung mit diesem Thema über mehrere Stunden hin, so in der Form auch erst mal nicht gekommen wäre. Von daher ist es sicherlich für mich eine persönliche Bereicherung. Trotz der Mühe und der Zeit. Das Nachdenken über dieses Thema hat teilweise auch neue Aspekte gebracht. Was man immer wieder sich selber noch mal klarmachen muß, daß man vielleicht aufgeschlossener wird oder sich mit der Problematik noch mal selber auseinandersetzt, versucht sich fortzubilden, das Gespräch zu suchen mit anderen Beteiligten über dieses Tabuthema. Das ist ja häufig auch ein unerfreuliches Thema, was eben überall nur Ängste weckt.« (1bm050/87)

»Nein, Neues an sich nicht. Nur, daß man sich vielleicht noch mal im nächsten Fall intensiver Gedanken darüber macht, was man dem Sterbenden noch am besten antut, wie man sein Sterben erleichtern kann.« (2am022/87)

Die Interviews dauerten im Durchschnitt 4 Stunden (1,5 bis >7 Std.) Die große Spanne ergab sich teilweise durch die zeitlichen Umstände, aber auch durch die divergierende Interessenlage bei den ÄrztInnen und insbesondere durch ihren sehr unterschiedlichen Erfahrungshorizont und die Ausführlichkeit ihrer Darstellung. (siehe Tab.5)

93 Der komplette Interviewleitfaden ist im Anhang A abgedruckt.

Dauer der Interviews

gesamt: 398 Stunden, davon	
1,5 bis 2,5 Stunden	25 Interviews
3,0 bis 4,0 Stunden	34 Interviews
4,5 bis 5,5 Stunden	29 Interviews
6,0 bis 7,0 Stunden	7 Interviews
> 7 Stunden	5 Interviews
davon Interviews über 2 Termine	9
davon aus Zeitgründen abgebrochene Interviews	4

Tabelle 5

3.1.5.1 Wichtiger Hinweis zur Zitierweise der Interviews

Alle Zitate haben zum Ende eine Codierung, die Aufschluß über das Fach, die Dienststellung und das Geschlecht des Sprechers/ der Sprecherin gibt, sowie die Nummer des Interviews und am Ende die Nummern der gestellten Frage aus unserem Interviewleitfaden. (2aam035/21) ist also die Antwort des neurochirurgischen Assistenten 035 auf die Frage 21 im Interviewleitfaden (siehe Anhang A). Mehr Hinweise zu den einzelnen InterviewpartnerInnen finden sich im Register (siehe Anhang B).

Codierung für Zitate

1	Innere Medizin
2	allgemeine Chirurgie
2a	Neurochirurgie (NCH)
2b	Kardiochirurgie (KCH)
3	Anästhesiologie
a	Assistent
b	Oberarzt
c	Chefarzt
m	männlich
w	weiblich
022	Code des Interviews (immer dreistellig)
/87	Nummer der Frage aus dem Interviewleitfaden

Tabelle 6

3.1.6. Die Protokolle

Die Interviews wurden von den InterviewerInnen möglichst wortgetreu protokolliert, einschließlich der eigenen Zwischenfragen, sofern diese vom vorgegeben Leitfaden abwichen. Solche Nachfragen waren manchmal erforderlich, um z.B. zu verstehen, warum etwa ein Arzt ein bestimmtes Beispiel anführt, welchen Aspekt es besonders illustrieren sollte. Die Interviewten konnten sich im allgemeinen ziemlich schnell auf unser Schreibtempo einstellen. Trotzdem wurden manche Redundanzen, wie sie einfach im normalen Gespräch üblich sind, nicht aufgeführt. Zu manchen Antworten gehört auch die atmosphärische Untermalung, so wurde auch notiert, ob jemand längere Pausen vor oder in seiner Antwort macht, lacht, seufzt, stöhnt oder unruhig auf dem Stuhl herumrutscht u.ä. Wegen der erheblichen Länge und großen thematischen Dichte und durchaus auch aufgrund von Ermüdung auf beiden Seiten wurden manche Sachverhalte in den Interviews nicht ausreichend vertieft, gab es auch manchmal betont knappe Antworten, wenn die InterviewpartnerInnen mal eine Gesprächsphase hatten, in der sie das Ende der Sitzung herbeisehnten. Die Protokolle wurden von den InterviewerInnen jeweils selbst in Maschinenschrift ausgearbeitet oder auf Band diktiert und dann übertragen. 10 Interviews wurden mit dem Tonband aufgenommen und dann wortwörtlich übertragen. Diese Methode benutzten wir zu Beginn auch zur Kontrolle des eigenen Interviewstils, teilweise wurden die Interviews auch aus technische Gründen mit dem Tonband aufgezeichnet.

3.1.7. Die Auswertung des Interviewmaterials

Schließlich lagen 100 Protokolle von insges. fast 400 Stunden Interview vor. Für eine inhaltsanalytisch orientierte Auswertung wurden sie von den Projektmitarbeitern zunächst gelesen und einige auch in der Projektgruppe ausführlich diskutiert. Da die Fragen des Leitfadens thematisch eng miteinander verbunden waren, kam es häufig zu inhaltlichen Vorgriffen oder Nachträgen in den Antworten. Das erforderte zur Bearbeitung eine neuerliche Zuordnung des Materials zu den abgefragten Themen. Es entstand ein zweiter Text, in dem man nun gezielten Zugriff auf die einzelnen Themen hatte. Für die Auswertung lag dann also das Protokoll der InterviewerInnen und die bereits von den (drei) auswertenden ProjektmitarbeiterInnen erstellten Evaluationen der Interviews zur Verfügung. Den großen thematischen Schwerpunkten entsprechend wurde dann jeweils das gesamte Material zu einzelnen Punkten zusammengetragen, inhaltlich analysiert, und –wo möglich– auch quantitativ ausgewertet und anschließend interpretiert. Quantifizierungen sind kein ausgewiesenes Ziel qualitativ orientierter Untersuchungen. Die Häufigkeit eines gefundenen Phänomens ist aber auch ein Teil seiner Qualität. Insofern haben auch Untersuchungen zur Verteilung hier einen Platz. In den einzelnen Kapiteln werden zu Beginn jeweils kurze Zahlenspiegel zur Verteilung der gefundenen Antworten gezeigt. Sie sollen der gewichtenden Orientierung dienen und sind jeweils auch auf die Variablen Geschlecht und beruflichen Position hin überprüft. Ergeben diese Untersuchungen kein aussagekräftiges Resultat, so werden sie in der Tabelle nicht berücksichtigt. Der Aussagewert dieser Tabellen wird leider auch noch dadurch geschmälert, daß sie zwar aufgrund eines begründeten, aber doch singulären Ratings allein durch die Autorin entstanden sind. Sinnvoll ist eine Zuordnung / Kodierung durch mindestens zwei unabhängige Rater, die möglichst auch nicht Interviewer in der Studie gewesen sind. Die gefundenen Häufigkeiten zu bestimmten Phänomenen könnten Ausgangspunkte für eine vorwiegend quantitativ orientierte Fragebogenuntersuchung darstellen.

3.2 Soziodemographische Angaben über die interviewten Ärztinnen und Ärzte

3.2.1. Fachgebiete, Berufsgruppen und Geschlecht

Die drei Fachgebiete Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie sind in der Studie jeweils mit etwa einem Drittel der InterviewpartnerInnen repräsentiert. Wiederum zwei Drittel der Befragten sind in der dienstlichen Stellung eines Assistenten und ein Drittel als leitende Ärzte tätig. Die Geschlechter sind etwa im Verhältnis 1:3 vertreten. Die genaue Verteilung zeigt Tab.7. Aus dem Gebiet der Chirurgie sind die allgemeine -, die Kardio- und die Neuro-Chirurgie jeweils mit einer Hälfte bzw. einem Viertel der Befragten beteiligt. (Tab.8)

Berufsgruppen und Geschlecht		Internisten	Chirurgen	Anästhesisten
gesamt	100	35	34	31
Assistenten	68	25	26	17
männlich	50	17	21	12
weiblich	18	8	5	5
Oberärzte	24	6	6	12
männlich	20	6	5	9
weiblich	4	-	1	3
Chefärzte / männlich	8	4	2	2

Tabelle 7

Chirurgen differenziert	allgemeine Chirurgie	Neurochirurgie (NCH)	Kardiochirurgie (KCH)
gesamt	19	8	7
Assistenten	16	4	6
männlich	12	3	6
weiblich	4	1	-
Oberärzte	2	3	1
männlich	2	2	1
weiblich	-	1	-
Chefärzte / männlich	1	1	-

Tabelle 8

3.2.2. Alter, Berufserfahrung und persönliche Lebensumstände

Ein wichtiges Kriterium für die Auswahl der Befragten war ihre bisherige Berufserfahrung, zu der auch bereits nach Möglichkeit Erfahrung in der Arbeit auf einer Intensivstation gehören sollte. Dementsprechend ist der/ die »Durchschnittsbefragte« etwa 37 (27-60) Jahre alt, Facharzt, seit gut 9 (2-33) Jahren als Arzt tätig, nimmt am Nachtdienst teil, ist evangelisch oder fühlt sich keiner Religionsgemeinschaft zugehörig, ist verheiratet oder lebt in Partnerschaft und hat Kinder. Insgesamt repräsentieren die Interviewpartner unserer Studie 907 Berufsjahre in der Medizin! (Tab. 9/10/11/12)

Altersverteilung		Internisten	Chirurgen	Anästhesisten
gesamt		38,1 (27-58)	37,0 (28-60)	36,8 (30-55)
Assistenten	34,5 (27-44)	35,7 (27-44)	34,4 (28-44)	32,9 (30-38)
männlich	35,0 (27-44)	36,4 (27-44)	34,9 (28-44)	33,2 (30-38)
weiblich	31,5 (28-39)	34,3 (30-39)	32,6 (28-34)	32,2 (30-38)
Oberärzte	39,8 (32-53)		40,6 (34-52)	39,5 (32-53)
männlich	39,6 (32-47)	39,7 (35-47)	42,0 (37-52)	38,2 (32-45)
weiblich	41,0 (34-53)	-	34,0	43,3 (37-53)
Chefärzte / männlich	53,5 (48-55)	50,5 (48-58)	59,0 (58-60)	54,0 (53-55)

Tabelle 9

Religionszugehörigkeit	gesamt 100	Internisten	Chirurgen	Anästhesisten
röm.- katholisch	16	4	9	3
evangelisch	45	20	9	16
moslemisch	1			1
keine Angabe	38	11	16	11
Familienstand / Kinder				
ledig	27	8	13	6
verheiratet / mit PartnerIn lebend	64	25	17	22
geschieden	8	2	4	2
Kinder haben	61	23	19	19

Tabelle 10

Berufsjahre	ø (ges. Jahre)	Internisten	Chirurgen	Anästhesisten
gesamt	9,1 (907)	9,2 (323)	8,8 (300)	9,1 (284)
Assistenten	6,0 (405)	6,2 (155)	5,9 (154)	5,6 (96)
leitende Ärzte	15,7 (502)	16,8 (168)	18,3 (146)	13,4 (188)

Tabelle 11

Teilnahme am Nachtdienst	83
nur Rufbereitschaft, bzw. Hintergrunddienst	10
keine Nachtdienste	7

Tabelle 12

Die Hälfte der Befragten haben ihre Anerkennung als Facharzt, sieben von ihnen sind in ihrem Fach habilitiert. Gut jede/r Dritte hatte auch Erfahrungen und teilweise auch einen Abschluß in einem anderen Studienfach oder eine abgeschlossene Lehre. Jede/r Fünfte hatte als Mediziner/in auch im Ausland gearbeitet und jede/r Siebte hatte vor dem Studium im Pflegebereich oder im Rettungsdienst gearbeitet, Nachtwachen während des Studiums wurden nicht gesondert erhoben. (Tab.13)

(zusätzliche) Qualifikationen und Lebensstationen	Anzahl der Interviews
Fachärzte gesamt	49
davon Fachärzte in Assistentenposition	17
davon habilitiert für Humanmedizin	7
Arbeit in der Krankenpflege als Schwester/ Pfleger oder HelferIn, ZDL, ArzthelferIn, Rettungsdienst	14
Sozialwissenschaften studiert, teilw. auch abgeschlossen	9
als Ärztin/ Arzt oder Famulus im Ausland (Luxemburg, Großbritannien, Schottland, Frankreich, Finnland, USA, Canada, Neuseeland, Thailand, Indien, Iran, Südafrika, Togo, Gambia, Ägypten)	20
Teilstudien (einige auch mit Abschluß) in Biochemie, Biologie, Chemie, Pharmazie, Physik, Jura, Kunst, Philosophie, Germanistik, Theologie, Geschichte, Maschinenbau, Forst-, Land-, Milchwirtschaft, BWL + kaufm. Lehre	28

Tabelle 13

4. Ausgewählte Aspekte zur Entscheidungsproblematik

Wie im Kapitel 2 schon gezeigt wurde, sind »ärztliche Entscheidungen zum Therapieverzicht« vor einem sehr komplexen medizinisch-fachlichen, sozialen und ethischen Hintergrund zu betrachten. Es sind u.U. verschiedene klinische Berufsgruppen und immer auch Laien von diesen Entscheidungen betroffen, wenn auch nicht gleichermaßen in den eigentlichen Entscheidungsprozeß involviert. Im folgenden sollen einige Aspekte des Umfeldes der klinischen Entscheidungen zum Therapieverzicht anhand des ausgewerteten Interviewmaterials dargestellt werden. Wie auch in den einleitenden Kapiteln deutlich wurde, steht die Person der Ärztin bzw. des Arztes hier im Mittelpunkt des Entscheidungsthemas. Darum soll zunächst die Zuständigkeit - Wer entscheidet bei Therapieverzichtsfragen? (Kap. 4.1)- aufgezeigt werden. Daran schließen sich zwei Kapitel an, die über die dem medizinischen Urteil indirekt innewohnenden Haltungen und Ansichten dieser Personengruppe Aufschluß geben sollen: Wo und wie haben sie sich ihre Entscheidungskompetenzen angeeignet (Kap. 4.2) und welche persönlichen Vorstellungen vom Leben und seinen Qualitäten bilden den Hintergrund ihres Handelns? (Kap. 4.3)

Das Terrain des hier zur Diskussion stehenden Themas ist von den Unwägbarkeiten, wie sie eben Entscheidungen unter Ungewißheit mit sich bringen, bestimmt. Einen zentralen Aspekt der Entscheidungsproblematik zum Therapieverzicht stellen daher die Reaktionen auf diese Tatsache dar. Die formale Dokumentation solcher Therapieverzichtsentscheidungen in der Patientenakte (Kap. 4.4) oder auch der Verzicht darauf können ein wichtiger Hinweis auf die Umgangsformen mit dieser Thematik in einer Klinik bzw. auf einzelnen Stationen sein. Offiziell und auch in den von uns untersuchten Kliniken existieren keine Handlungsleitlinien zum Therapieverzicht, genausowenig wie es spezielle Dokumentationspflichten bezüglich dieser Entscheidungsprozesse gibt. Aus diesem Grunde haben sich hier eigene Umgangsformen entwickelt und etabliert, die vom einzelnen Arzt eine eigene Definition und Gestaltung der Situation erfordern. Die gegebenen Freiräume (Entscheidungsspielräume) (Kap. 4.5) müssen jeweils ausgestaltet werden; dies löst u.U. auch (unangenehme) Machtgefühle aus, mit denen der/die Einzelne umgehen lernen muß (Kap.4.6). An welchen persönlichen und institutionellen Hindernissen mögliche Verzichtsentscheidungen hängen bleiben oder auch scheitern können, soll das Kapitel »Halbherzigkeiten im Entscheiden und Handeln« (4.7) aufzeigen. Daß die Unterscheidung von primärem und sekundärem Therapieverzicht schon in der Theorie nicht einfach ist, wurde im Kapitel 2 bearbeitet. Hieran anknüpfend soll gezeigt werden, wie ÄrztInnen in der Praxis hier ihre Präferenzen setzen und wie sie diese begründen (Kap. 4.8). Die Zugangsvoraussetzungen der einzelnen ÄrztInnen und auch der verschiedenen Disziplinen zu den Fragen des Therapieverzichts sind sehr unterschiedlich, entsprechend sind auch Konflikte um diese Entscheidungen (Kap. 4.9) ein wichtiger Hinweis auf die Relevanz der Fragestellung. Die einzelnen Kapitel sind in sich geschlossen und ermöglichen es dem Leser bzw. der Leserin auch entsprechend der eigenen Interessenlage eine andere Reihenfolge zu wählen.

4.1 Therapieverzicht - eine Entscheidung mit verschiedenen Beteiligten

4.1.1 Übersicht

Auf die Frage, »Wer trifft in der Regel bei Ihnen auf Station Entscheidungen über Absetzen/Zurückhalten therapeutischer und diagnostischer Maßnahmen bei Schwerstkranken? Wer ist daran beteiligt?«⁹⁴, liegen Aussagen von allen 100 Ärztinnen und Ärzten vor. In den Abteilungen der verschiedenen Disziplinen werden Entscheidungen mehrheitlich gemeinsam von Stationsärzten und Oberärzten getroffen (siehe Tab.14). Der Chef ist daran eher selten beteiligt, in kleinen Häusern ist er es häufiger als in größeren. Er wird aber in bes. schwierigen Entscheidungen wohl in aller Regel informiert und nach Möglichkeit hinzugezogen. In einer der Kliniken, in denen wir Interviews führten, werden auch Psychologen und Seelsorger in die Diskussion um solche Entscheidungen einbezogen.⁹⁵ Nach der Beteiligung der Pflegenden bzw. der Angehörigen an der Entscheidungsfindung war in diesem Zusammenhang nicht explizit gefragt worden. Die Frage war absichtlich in der offenen Form, ohne Vorgabe eventuell Beteiligter gestellt worden, damit der/die Antwortende eigene Prioritäten setzen mußte. Eine direkte Einführung möglicher Beteiligter, hätte der Frage u.U. eine Ausrichtung auf sozial erwünschte Antworten gegeben. Die hier angeführten Antworten gehen also lediglich auf selbständige Bezugnahme durch den/ die InterviewpartnerInnen zurück.

Entscheidungen treffen:

	gesamt (n=100)	Internisten (n=35)	Chirurgen (n=34)	Anästhesisten (n=31)
Oberarzt/ Chef mit den beteiligten Assistenten/ Stationsärzten	80	28	23	29
letztlich Oberarzt/ Chef ⁹⁶	20 (8)	6 (3)	11 (2)	3 (3)
Pflegepersonal ist manchmal oder immer beteiligt	28	12	9	7
explizit: Pflegepersonal ist nicht beteiligt Angehörige sind manchmal beteiligt	12	5	2	5
	27	13	7	7

Tabelle 14 (Mehrfachnennungen bez. Pflegepersonal und Angehörige)

4.1.2 »Das macht man einvernehmlich unter den Ärzten...«⁹⁷

Die Form der Kooperation zwischen Stationsärzten und OA/Chef ist formal im Rahmen der Weisungsbefugnis des OA/Chefs gegenüber dem Assistenten geregelt. In der praktischen Ausgestaltung ist sie eher abhängig von: (1) den jeweiligen persönlichen Eigenschaften, dem Engagement, (2) der jeweiligen fachlichen Kompetenz und Erfahrung der beteiligten Personen, (3) dem Wunsch des OA bezüglich Einflußnahme und Steuerung der Stationsarbeit und (4) der Kooperationsbereitschaft des Stationsarztes mit seinem zuständigen Oberarzt. Alles miteinander basiert maßgeblich auf dem fachlichen und menschlichen Vertrauen dieser Personen zueinander.

⁹⁴ Frage 63 im Interviewleitfaden

⁹⁵ siehe (1bm081)

⁹⁶ Die zweite Zahl in Klammern sind die Nennungen, die beide Modelle kennen: also z.B. von der Intensivstation den Modus der gemeinsamen Entscheidungssuche her kennen und auf der Station, auf der sie tätig sind, der Chef oder der Oberarzt vorwiegend die Entscheidungen trifft.

⁹⁷ (3am039/63)

Entscheidungen zu Therapie und Therapieverzicht werden als nicht unbedingt exklusiv aber doch als primär ärztliche Aufgabe angesehen. Unter den KollegInnen gibt es hier Entscheidungsstrukturen, mit denen sich die große Mehrheit der Befragten auch zufrieden zeigt. Patienten, Angehörige und Pflegepersonal sind dabei nicht unwichtig, haben aber eindeutig eine nachgeordnete Position.

Es wird dabei unter KollegInnen i.d.R. offen über einen Therapieverzicht diskutiert; manche AssistentInnen berichten aber auch über subtile Möglichkeiten, ihren OA/Chef im Sinne der eigenen Meinung in seiner Entscheidung zu beeinflussen. Mit der Wahl der Argumentationslinie, der Art der Fragestellung und mit der Wahl des Zeitpunktes, zu dem man den OA/Chef hinzuzieht, lassen sich Entscheidungen auch »gezielt anbahnen«.⁹⁸

Ausschließlich bestimmen leitende Ärzte kaum über Therapieverzicht, sie sind aber i.d.R. »mehr oder weniger« beteiligt. Häufig sind es die StationsärztInnen, die in Rücksprache mit ihren Vorgesetzten die Entscheidungen treffen.

»In erster Linie trifft diese Entscheidung erst mal der Stationsarzt, und wenn der Stationsarzt da niemanden hinzuzieht, dann kann er diese Entscheidung zunächst bis zur nächsten Chefarztvisite oder Oberarztvisite durchziehen. Bis dahin kann natürlich auch viel passieren, in der Regel ist es aber so, daß natürlich in solchen Fällen sich abgesprochen wird, daß man z.B. sagt, ich habe den Patienten X auf der Station, der hat das und das, und ich denke, man sollte den in der und der Art behandeln. So mache ich das jedenfalls. ... Ich denke, daß es natürlich in erster Linie eine ärztliche Sache ist. ... die Ärzte überblicken, was in so einer Situation noch möglich ist und gemacht werden könnte. Und dann sollten als zweites unbedingt die Verwandten mit hinzugezogen werden. Ja gut, das sind unsere Gesprächspartner, wenn der Patient nicht selber noch gefragt werden kann, das spielt natürlich auch eine Rolle. ... Und das Pflegepersonal ist dann die dritte Stelle, ich glaube nicht, daß das so wesentlich ist. Na ja, das ist natürlich sehr subjektiv von mir, aber das ist nicht der Hauptpunkt, daß man mit dem Pflegepersonal abklärt, inwiefern da die Therapie zurückgenommen wird oder nicht. Das kann ich mir jedenfalls konkret nicht vorstellen, daß das so läuft.« (1am055/63)

»Im Prinzip ich - solange ich das kann - und wo ich nicht entscheiden möchte, dann hole ich den Chef und versichere mich da. Es ist ja nicht mehr so, daß auf den Stationen junge Hüpfherumspringer, sondern das sind ja meistens Fachärzte auf den Stationen - die entscheiden dann weitgehend selbst.« (2am093/63)

»Das ist unterschiedlich - entweder durch übergeordnete Ärzte, daß die sagen: 'Da machen wir nichts mehr', oder durch den Assistenten, der sich in der Regel rückversichert. Angehörige werden natürlich mit einbezogen, aber wenn keine da sind, geht es auch ohne.« (2am097/63)

»Man muß seine eigenen Ansichten dem OA manchmal schmackhaft machen« (1am010/63)

»OA und Chef - zumindest was die kritischen Patienten betrifft. Bei solchen Entscheidungen sichere ich mich ab, ich kann die aber auch etwas bahnen, z.B. durch die Fragen, die ich stelle und ob ich frage, da ist schon ein Stück Ermessensspielraum, wo ich frage. Ich glaube, wir haben dort doch relativ viel eigenen Spielraum - das hängt viel von einem selber ab, weil die Oberärzte die Patienten oft nicht so gut kennen wie wir.« (1aw084/63)

Oder sehr häufig werden Entscheidungen auch gemeinschaftlich erarbeitet, die dann –eher aus formalen Gründen–, noch mit Vorgesetzten kurz rückgekoppelt und damit auch rechtlich abgesichert werden:

»Beteiligt sind die Stationsärzte, Oberärzte oder Chef, je nachdem. Auf alle Fälle werden diese Dinge in der Regel diskutiert einzeln oder im Kreise der Genannten.« (1am051/63)

»Das sind Gemeinschaftsentscheidungen. In der Morgenbesprechung geht man die Schwerstkranken durch, bespricht das therapeutische Vorgehen. Wenn die sich dann morgens oder mittags verschlechtern, dann hält man Rücksprache mit dem Oberarzt oder dem Chef oder entscheidet selbständig, wenn es vom Krankheitsverlauf her klar ist - Krebserkrankung oder schlechter Allgemeinzustand. ... Das ist so die grobe Übereinkunft, es gibt Kollegen, die entscheiden eher selbständig, andere suchen in jedem Fall Rücksprache. ... Die Masse der Entscheidungen wird von der gesamten Gruppe getragen, jeder Arzt ist da ziemlich gleichberechtigt, auch als kleiner Pimpf hat man das Wort. In der Gruppe als Gremium werden alle gehört, andererseits hat auch der einzelne das Recht und die Möglichkeit eine Therapie allein zu beeinflussen. Hinterher gibt es dann eine Manöverkritik.« (1am063/63)

⁹⁸ siehe dazu auch Kapitel 4.6

Ergänzt wird diese Konstellation dann auch oft durch die Abstimmung mit den Pflegenden, manchmal auch mit den Angehörigen:

»Meist diskutieren wir so etwas auf der Intensivstation im Team mit den Ärzten und den Anästhesisten, dann steht da eben die Frage, sollen wir noch weitermachen? Über so etwas sprechen wir auf der Morgensvisite auch mit der Stationsschwester. Wir erreichen einen weitgehenden Konsens, manchmal gibt es leichte Abweichungen. Das Entscheiden ist nicht so schwierig.« (2acm018/63)

Die Entscheidungen trifft der OA bzw. die Oberärztin, in diesem Falle also häufig ich. Beteiligt sind die Diensthabenden, oft von mehreren Schichten, da werden ja auch Meinungen bei der Übergabe weitergegeben und beachtet. Die Schwestern berichten, daß sie nicht mehr absaugen können, daß alles zur Qual wird, und notfalls muß der Chef hinzu, wenn eine Entscheidung nicht vertreten werden kann.« (3bw072/63)

»Die Entscheidung treffe ich gemeinsam mit dem Chef, da findet ein Meinungs austausch statt. ... Das sind ideale Entscheidungsbedingungen.« (2am026/63a/b) »Irgendwie ist die Entscheidung immer mit den Pflegenden abgesprochen ... und sie sind i.d.R auch einverstanden ... Auf der Intensivstation ist das anders, wenn sich da die Behandlung in die Länge zieht, sind sie natürlich sauer, wenn gegen besseres Wissen weiterbehandelt wird. - Obwohl gegen besseres Wissen, das kann man wohl nicht sagen.« (2am026/24)

4.1.3 Kooperation mit den Pflegenden: bedingt ja

Unsere Frage war offen gestellt, also war es den InterviewpartnerInnen freigestellt, auf welche beteiligten Personen sie hier eingehen wollten. Es erwähnte überhaupt nur jede/r dritte Ärztin/Arzt im Zusammenhang mit der Entscheidungsfindung zum Therapieverzicht auch das Pflegepersonal. Selten wird dabei eine Beteiligung der Pflegenden an der Entscheidung explizit von den Sprechern ausgeschlossen:

»Nicht beteiligt sind das Pflegepersonal und unerfahrene Assistenten...« (3am054/63)

»Pflegepersonal ist nicht beteiligt. Das ist theoretisch ein Mangel - in der aktuellen Situation ist es aber eher erleichternd. Es sollte aber auch vom Sachverstand aus pflegerischer Sicht her entschieden werden.« (2bm094/63)

Ihre Beteiligung wird aber u.U. auch abgelehnt, mit der Begründung, sie seien dem Prozeßhaften, was z.B. eine solche Entscheidung zur Therapiebeendigung notwendigerweise beinhaltet⁹⁹, intellektuell nicht gewachsen, Pflegenden könnten nur eindeutige Anweisungen verstehen.

»...Es kommt sehr darauf an, wie gut eine Station funktioniert. Dabei ist das Vertrauen der Pflegenden in ihren Stationsarzt sehr wichtig. Bei häufigen Wechseln ist eben nur ein schlechtes Vertrauen da. Hier ist es z.Zt. sehr schlecht. Die Ärzte sollten nicht soviel vor dem Pflegepersonal diskutieren, das verunsichert die Pflegenden nur. Sie sehen dann, heut' hat der recht und morgen der, ihnen fehlen einfach die Erkenntnisse und Erfahrungen, den Prozeß des Entscheidens mitzuverfolgen. Gerade die Jungen wollen mitreden, die Älteren erfahreneren, die kennen ihre Grenzen, die sind ganz froh, nicht in die Pflicht genommen zu werden.« (3bm007/61)

Häufiger sind die Pflegenden »bedingt beteiligt oder bedingt ausgeschlossen«. Eine Rückkopplung mit KollegInnen und Vorgesetzten in Fragen des Therapieverzichts scheint für die befragten Ärztinnen und Ärzte »selbstverständlich«, auch wenn sie dies nicht jeweils auf Hierarchie und Weisungsbefugnis zurückführen; es ergibt sich für sie aus der Sachlage, daß sie hier den Austausch zur Entscheidungsfindung suchen und darin intellektuelle Bestätigung und emotionale Entlastung finden. Mit den Pflegenden ist die Kommunikation zur Entscheidungsfindung beim Therapieverzicht ausschließlich informell; es gibt hierzu keinen von der organisatorischen Struktur her vorgegebenen Rahmen. Von einzelnen ÄrztInnen wird der Austausch mit einzelnen Pflegekräften manchmal gesucht, meistens wird aber über dieses Thema gesprochen, wenn Pflegenden sich ihrerseits »einmischen«. Das Gespräch mit den Pflegenden wird akzeptiert, eventuell auch gesucht, wenn ärztlicherseits der Beziehungsaspekt positiv bewertet wird.

»Manche Schwestern, mit denen ich mich öfters darüber unterhalte, manche machen sich Gedanken, und mit denen rede ich gern darüber, und es ist dann auch ein Wunsch, darüber zu reden, mit manchen anderen geht das nicht...« (2am088/63)

⁹⁹ siehe dazu auch Kapitel 4.7

Schwestern spielen keine Rolle bei Entscheidungsfindung. »Wenn ich keinen persönlichen Bezug zu diesen Schwestern entwickeln kann, dann fällt es mir schwer, deren Meinung auch zu akzeptieren.« (3bm086/63)

Ansonsten kommt es zu Gesprächen über Therapieverzicht, wenn Pflegende darauf drängen oder mit konkreten Forderungen wie: »hört doch endlich auf, ihr quält den Patienten nur noch...« o.Ä an die Ärzte appellieren. Dann kommt es u.U. zu einer »sachlichen« Klärung, – möglichst unter vier Augen–, warum eine Therapie doch fortgesetzt wird. Man versucht dabei bewußt den häufig ausschließlich emotional und moralisch empfundenen Grundton der Schwestern und Pfleger zu ignorieren, weil man sich selbst –unter der Maßgabe der affektiven Neutralität– Gefühle in solchen Entscheidungen ausdrücklich versagt.¹⁰⁰

»Die Pflegekräfte werden eigentlich nicht direkt gefragt, aber sie können, wenn sie eine andere Meinung haben, auch dazu etwas sagen. Ich weiß schon, wie meine Schwestern denken, aber das hat keinen Einfluß auf meine Entscheidungen.« (1am060/63)

»...wir versuchen ihnen aber unsere Entscheidung verständlich zu machen. ... Es gibt genügend Patienten, bei denen hat das Pflegepersonal gesagt, daß man mit der Therapie aufhören solle und die haben sich wieder ganz gut erholt. Das Pflegepersonal trifft meistens sehr emotionale Entscheidungen, und das muß man denen auch klarmachen, dann kann man darüber reden.« (3bm006/61)

»In Therapieverzichtsfragen ist es schon häufig so, daß die Schwestern die Message verteilen, aber es dann doch noch einige Zeit dauert, bis sie gehört werden. Die älteren Ärzte müssen da dann häufig erklären, das wird auch ganz ernst genommen. Die Schwestern sagen dann häufig: Mein Gott, bis die Ärzte das kapierten! Aber es ist durchaus nicht so, daß die nicht zu Wort kommen.« (3cm034/61)

Eine internistische Assistentin steht dem Pflegepersonal in Fragen des Therapieverzichts sehr kritisch gegenüber und unterstellt ihnen hier Voreingenommenheit wegen ihrer extremen Arbeitsüberlastung:

»Meiner Erfahrung nach werden viele Schwestern im Laufe ihrer Zeit weniger Anwälte als vielmehr Gegner der Patienten. Das liegt an den Arbeitsbedingungen. Das ist nicht unbedingt ein Qualifikationsproblem, denn Pflege geht nur bei ausreichendem Personal.« (1aw073/52)

Nur wenige spontane Stimmen gibt es, die in den Informationen durch die Pflegenden einen positiven und wichtigen Beitrag zur Entscheidungsfindung sehen:

»...wenn ich die Entscheidung fälle, dann ist es nicht ohne die Information durch die Schwestern, die ja viel mehr Zeit mit den Patienten verbringen. Es ist ein wichtiger Fehler, wenn man die ausschließt. Und das gilt auch für Kollegen, die den Patienten kennen.« (2aw091/63)

...die Beteiligung der Pflegenden ist »unbedingt erforderlich, weil sie oftmals besser informiert sind als alle anderen.« (3am032/23d)

»...die Schwestern sind indirekt dran beteiligt, z.B. dadurch, wenn sie ständig drängeln. Der OA ist für die Meinung der Schwestern sehr offen. ...« (3aw071/63)

4.1.4 Die Angehörigen in der Entscheidung: emotional überfordert

Die Rolle der Angehörigen in Entscheidungen zum Therapieverzicht wird im Zusammenhang der Frage »... wer ist daran beteiligt?« nur von jedem vierten Arzt mitbenannt. Es wird mit ihnen gesprochen und ihre Zustimmung zur Entscheidung der Ärzte i.d.R. gesucht. Die Mitverantwortung für eine solche Entscheidung wird ihnen aber ausdrücklich abgesprochen. Begründet wird dieses Verhalten mit ihrer fachlichen Inkompetenz und ihrer möglichen Parteilichkeit (im Sinne des eigenen Vorteils), insbesondere aber mit der emotionalen Überforderung, vor der man die Angehörigen so sehr schützen möchte, daß man sie geradezu bevormundet:

»Daß wir es grundsätzlich so halten, daß wir eine Entscheidung nie den Angehörigen aufdrücken, nicht nach dem Motto: Es ist eine Entscheidung der Ärzte, sondern wir stellen sie nicht vor die Entscheidungssituation, wie wir es etwa bei therapeutischen Eingriffen tun, daß wir beraten und sie entscheiden - weil wir meinen daß Angehörigen damit grundsätzlich überfordert sind und sie sich evtl. Vorwürfe machen. Da können sie gerne auf uns schimpfen ..., das ist sicherlich für uns besser auszuhalten und für die Angehörigen auch.« (3am057/21)

¹⁰⁰ siehe dazu auch die Abschnitte 2.6.4.1 und 2.6.3.3

Eine Einbeziehung der Angehörigen ist nicht in jedem Einzelfall möglich, »ein solches Thema kann man manchem Angehörigen einfach auch nicht zumuten. Oder manchmal wird eine Entscheidung gefällt, z.B. nicht zu reanimieren, ohne daß man meinetwegen jetzt Pflegepersonal oder auch den Chef fragt. Bei offensichtlichen und eindeutigen Fällen ist das nicht erforderlich, das ist dann meine Entscheidung.« (1am051/63)

Ein chirurgischer Assistent meint, die Beteiligung von Laien an solchen Entscheidungen würde die fachliche Exklusivität und Glaubwürdigkeit der medizinischen Experten untergraben, es dürfe nicht jemand plötzlich Kompetenzen im Entscheidungsprozeß haben, nur weil er zufällig der Sohn der Patientin sei.

»Das ist immer wieder ein wackeliges Parkett; es wird dann heißen: medizinische Entscheidungen sind nicht wasserdicht, wenn da auch medizinische Laien mitentscheiden können.« (2am064/63b)

Bei Entscheidungen zum Therapieverzicht müssen sich Ärzte nicht mit den Angehörigen abstimmen, auch nicht, wenn der Patient selber nicht zustimmungsfähig ist. Das Verhältnis der ÄrztInnen zu den Angehörigen ist in diesen Fragen in ähnlicher Weise von Willkür geprägt wie zum Pflegepersonal. Ärzte haben immer diverse offene und verdeckte Möglichkeiten, jemanden einzubeziehen oder »außen vor zu lassen«; ein einklagbares Recht auf Beteiligung am Entscheidungsprozeß haben beide Gruppen nicht. Wenn Angehörige mit einer geplanten Therapiebeendigung nicht einverstanden sind, kann es auch passieren, daß sie vor vollendete Tatsachen gestellt werden:

»Die Angehörigen spielen schon eine Rolle - dabei ist es aber auch wichtig, ob ein persönlicher Draht vorhanden ist. Das ist manchmal nicht leicht, die Angehörigen anzunehmen - es gibt ja auch die Situation, daß ich manche Leute da nicht gut ab kann.« (3bm086/63)

»Bei Entscheidungen über KLM (keine lebensrettenden Maßnahmen) suche ich in der Regel die Zustimmung der Angehörigen, sind die aber meiner Meinungen nicht zugänglich, so entscheide ich u.U. auch sehr selbstherrlich. Das ist für mich dann rein medizinischer Sachzwang. ... Irgendwann ist der Patient dann eben verstorben, und ich setze den Angehörigen nicht mehr auseinander, daß ich auf heroische Maßnahmen verzichtet habe.« (1am004/70)

Das hier deutlich ausgesprochene Argument der exklusiven Entscheidungshoheit der medizinischen Fachleute und auch ein »selbstherrliches« Durchsetzen eines Therapieverzichts sind nicht nur als Ausdruck paternalistischer Verhaltensweisen einzelner Ärztinnen und Ärzte zu sehen. Ihre tieferen Ursachen liegen in einer verengten Wahrnehmung und in der Überzeugung, gerade etwas so Kritisches wie Therapieverzicht sei eine »rein an der medizinischen Sachlage« zu orientierende Entscheidung¹⁰¹. Sie sehen zwar die kommunikativen Anteile, werten sie aber vorwiegend negativ; dies nicht aus grundsätzlichen Erwägungen, sondern auch, weil sie sich z.B. von einer wirklichen Konsenssuche mit Angehörigen kognitiv und emotional überfordert fühlen.

¹⁰¹ siehe dazu auch Ausführungen im Kapitel 4.3

4.1.5 Entscheidungen in Kooperation mit KollegInnen anderer Disziplinen

Intensivstationen werden häufig interdisziplinär geführt, d.h. Anästhesisten arbeiten mit Chirurgen und/oder Internisten zusammen. Die gemeinsame Zuständigkeit macht eine Konsensfindung bei der Entscheidungsfindung zu Therapie oder Therapieverzicht notwendig. Nicht selten werden hierbei die sozialen Begleitumstände als schwieriger empfunden, als der Therapieverzicht selbst. Die Interdisziplinarität führt hier häufiger zu Abgrenzungen, als zu einer wirklichen Anerkennung der Eigenheiten und einem Bemühen um Gemeinsamkeiten. Leidtragend ist hier u.U. der Patient, weil sich ein Entscheidungsprozeß auf diese Art lange hinziehen kann.

»Es fehlt an Interdisziplinarität, es blüht das Spezialistentum. Anästhesisten und Operateure stimmen ihre Arbeit nicht genügend ab, so daß jeden Tag erneut das Schicksal des Patienten einzeln durchdiskutiert wird.« (3am076/86c)

Gemeinsame Entscheidungen sind auch dadurch erschwert, daß die beteiligten Disziplinen auch Eigeninteressen verfolgen, –oder ihnen das von der anderen Disziplin unterstellt wird,– die ohne Bezug zum einzelnen Patienten sind.¹⁰²

»Die typischen Konflikte bieten uns die Allgemeinchirurgen an. Das sind peritonitische Patienten mit irgendwelchen Darmgeschichten, Zustand nach Ileus, die nach 'ner Operation verbuttern, wobei diese Patienten in dem Moment, wo sie normalerweise sterben würden, von den Chirurgen noch zu uns auf die Anästhesie-Intensivstation verlegt werden, damit die eine bessere Bilanz haben, während wir den Ärger mit dem Patienten haben. Dann heißt es, die sind bei den Anästhesisten verstorben.« (3am085/21)

»Es wird früh ein Konsens zwischen Internisten, Anästhesisten und Chirurgen gesucht, das ist oft nicht einfach wegen der unterschiedlichen Kompetenzen u. Philosophien.« (3cm024/63)

Solche Entscheidungsfindungen sind auch durch ganz persönliche Wertungen aber u.U. auch Selbstüberschätzung einzelner Ärzte manchmal erschwert.

»....Gerade in der Intensivtherapie können die Kollegen von außerhalb häufig nicht einschätzen, was man dem Patienten mit der Therapie antut. Die Kollegen sind da häufig unkritisch: Gerade die Operateure denken, daß, wenn sie jemanden wieder schön zusammengeflickt haben, wir ihn auch durchbringen können und müssen.« (3bm007/49)

»Anders bei unfallchirurgischen Intensivpatienten, hier sind von Anfang an mehrere Fachrichtungen in eine Entscheidung involviert, müssen die Chirurgen mit den Anästhesisten entscheiden, hier gibt es häufig Spannungen, insbesondere, wenn der Anästhesist noch andere Konsiliarien hinzuziehen will, u. der Chirurg meint, er könne alles selber.« (2am080/21)

Die chirurgischen Kollegen für eine Verzichtsentscheidung zu gewinnen, wird von Anästhesisten immer wieder als problematisch bezeichnet. Aber auch von Chirurgen wird dies manchmal selbstkritisch so gesehen.

4.1.6 Zusammenfassung

In der Klinik drängt sich i.d.R. niemand zu solchen endgültigen Entscheidungen, eine Therapie abubrechen oder sie gar nicht erst zu beginnen. Die fachliche und emotionale Absicherung in der Hierarchie, wie auch in der Gruppe der KollegInnen, eventuell auch mit den Pflegenden und den Angehörigen wird angestrebt. Der Patient/ die Patientin ist in der Situation selber, in der ein Therapieverzicht i.d.R. erst besprochen wird, nur ganz selten noch ein ansprechbarer Partner. Frühzeitige Absprachen mit der Patientin/ dem Patienten werden ärztlicherseits nicht gesucht.

Die Hierarchie unter den ärztlichen Kollegen entspricht nur bedingt der formal ablesbaren von Assistenten - Oberärzten - Chef. Das Krankenhaus ist eine hierarchisch organisierte Einrichtung, deren Strukturen –bei dem hier verhandelten Thema der Entscheidungen über primären oder sekundären Therapieverzicht– normalerweise auch ohne direkte Kontrolle funktionieren.

¹⁰² siehe dazu auch Kapitel 4.9

ÄrztInnen sind in sehr unterschiedlichen Situationen und personellen Konstellationen entscheidungsfähig. Je nach personeller Besetzung können auch ältere AssistentInnen in Entscheidungen zum Therapieverzicht verantwortliche Positionen einnehmen. Im Notfall muß auch der junge Arzt alleine zu einer Entscheidung fähig sein. Im Zweifelsfall wird er versuchen eine Situation so zu stabilisieren, daß er kompetente Hilfe holen kann. Besonders in akuten Situationen ist eine flexible Handhabung sicherlich von Vorteil, die Entscheidungskompetenz kann dann schnell unter den gerade Anwesenden hergestellt werden:

»Auf der Station entscheiden die Oberärzte - auf der Wachstation entweder der zuständige Oberarzt oder, wenn gerade zuständig, ein entscheidungskompetenter Assistenzarzt der Wachstation. Das ist also besetzungsabhängig von der jeweiligen Schicht und Station.« (2am080/63a)

»Und in Akutfällen, da entscheidet eben der Ranghöchste, da will sich dann auch keiner vordrängeln.« (1am013/63b)

Besonders einige jüngere AssistentInnen (der Anästhesie) betonen, daß es für sie eine wichtige Entlastung ist, schwierige Entscheidungen aufs Team oder den OA/Chef »abwälzen« zu können.

Jüngere AssistentInnen –aber auch rückblickend ältere ÄrztInnen– berichten, daß sie in solchen Fragen des Therapieverzichts auch oft von ihren zuständigen Oberärzten alleingelassen gefühlt hätten: sich z.B. nachts erst einmal zwischen den eigenen Bedürfnissen nach Rücksprache und dem Wunsch des diensthabenden Oberarztes, in seiner Nachtruhe nicht gestört zu werden, hätten entscheiden müssen. Ein Teil des Problems ist dabei auch, daß es gerne gesehen wird, wenn man als AssistentIn alleine »über die Runden kommt« und es eher negativ bewertet wird, wenn man zu wenig selbständig eigenverantwortlich entscheidet. Manche Ärztinnen und Ärzte erkennen in solchen Situationen eine Diskrepanz zwischen der Notwendigkeit den Bedürfnissen des Patienten (auf welche Art sie auch immer ermittelt oder unterstellt etc. worden sind) zu entsprechen, und den eigenen Bedürfnissen nach Anerkennung und beruflichem Erfolg. In einer akuten Situation versuchen sie im Zweifelsfall die Therapie mit allen Mitteln fortzusetzen, auf diese Art eine Entscheidung hinauszuzögern und den Patienten z.B. bis zur Morgenvisite noch am Leben zu halten und dann erst mit den KollegInnen oder dem/der Vorgesetzten eine Entscheidung zu suchen. Ein solches Vorgehen ermöglicht es der jungen Assistentin einerseits, nicht entscheiden zu müssen und erlaubt ihr andererseits zu zeigen, daß sie medizinisch-technisch in der Lage ist, eine prekäre pathophysiologische Situation zu steuern. Wenn die Patientin dann stirbt, liegt es wenigstens nicht daran, daß man selbst nicht genügend gewußt oder getan hätte; man hat seine theoretischen Fähigkeiten und Handlungskompetenzen ja unter Beweis gestellt. Ein solches Verhalten wird noch durch die Tatsache gestützt, daß das Sterben eines Patienten immer auch eine emotional schwierige Situation für die MitarbeiterInnen der jeweiligen Station/Schicht und –wenn anwesend– für die Angehörigen ist, die man zu vermeiden sucht.

Auch wenn das gemeinsame Entscheiden oft nicht einfach ist¹⁰³, die Entscheidung in alleiniger Verantwortung, z.B. im Notfall, wird als Situation eher gefürchtet und in der sozialen Konstellation Krankenhaus nicht gesucht oder idealisiert.

»Außerdem trifft man hier Entscheidungen nie einsam in der Klinik. Daran bin ich sehr gewöhnt, daß ich immer jemanden fragen kann. Im ambulanten Bereich, z.B. bei den Niedergelassenen ist das nicht möglich. Wenn ich hier in der Poliklinik arbeite, da kann ich auch nicht jeden Patienten dem Oberarzt vorstellen, da muß ich schon selbst entscheiden. Das empfinde ich manchmal als recht schwierig. Häufig denke ich, daß diese Anfänger, die keinen Facharzt machen, also nur ganz kurz in der Klinik bleiben, schon ziemlich verrückt sind, wenn die dann gleich die Praxis des Vaters übernehmen...« (1aw015/65)

Auch in Notfallsituationen ist die Ärztin im Krankenhaus u.U. einsam aber nicht alleine: in ih-

¹⁰³ siehe dazu Kapitel 4.9

ren Abwägungen sind –neben ihren medizinisch-therapeutischen Überlegungen– auch die Vorgesetzten und KollegInnen mit ihren Anforderungen, Normen und Wünschen, ihrer Zustimmung und ihrer Kritik präsent. Vor ihnen hat sie die getroffene Entscheidung spätestens in der nächsten Übergabe, Visite oder Besprechung zu rechtfertigen.

Entscheidungen zum Therapieverzicht werden als unangenehme Aufgabe empfunden, die aber nur vom einzelnen zuständigen Arzt erfüllt werden kann. Nach Möglichkeit sucht er im Vorfeld einer solchen Entscheidung nach Meinungs austausch, Unterstützung und Bestätigung, oder er versucht sich eben den Erwartungen gemäß zu verhalten, so daß er die Zustimmung auch noch im Nachhinein von den KollegInnen und Vorgesetzten bekommen kann. Eine Einbeziehung der Patientin oder des Patienten, der Pflegenden und der Angehörigen in den Entscheidungsprozeß, wird von manchen Ärztinnen und Ärzten angestrebt, es besteht hierzu aber keine rechtliche Verpflichtung.

4.2 Der Erwerb von Entscheidungskompetenz

4.2.1 Überblick

Für konkrete medizinische Entscheidungen müssen das Wissen um die Diagnose, den Zustand des Patienten und die Prognose auf den –wenn auch oft nur vorläufigen– Punkt gebracht werden. Entscheidungen sind personengebunden; sie basieren auf der individuellen Urteilsfähigkeit, in unserem Falle also der Fähigkeit der Ärztin, bzw. des Arztes, die o.g. Elemente *so* zu gewichten, daß sie oder er zu einer vermittelbaren und handlungsleitenden Indikation gelangt. Wir wollten von unseren InterviewpartnerInnen wissen, wie und eventuell wo sie sich ihre diesbezüglichen Fähigkeiten angeeignet haben und stellten ihnen die Frage: »Wie haben Sie das Entscheiden gelernt?«¹⁰⁴ Diese Frage bildete den Abschluß eines ganzen Kapitels, welches sich vorwiegend mit institutionellen Umständen, medizinischen und psychosozialen Fragen und Problemen bei Therapieentscheidungen mit/für Schwerstkranke und Sterbende befaßte. Sie war aber grundsätzlicher gestellt und gemeint und zielte also nicht speziell auf das Entscheidungsverhalten in Therapieverzichtsfragen ab. In 88 der 100 Interviews war diese –zunächst für einige etwas überraschende– Frage gestellt und auch von den Interviewten beantwortet worden (Tab.15). Die Qualität der Antworten reichte von sehr differenzierten Rückblicken bis zu abwehrenden Aussagen wie: »Hach, das weiß ich nicht mehr!«, oder »Wie wollen Sie denn so was beurteilen?«

Entscheiden Lernen

	Internisten	Chirurgen	Anästhesisten
gesamt: 88 (100)	29 (35)	33 (34)	26 (31)
Assistenten	21 (25)	25 (26)	15 (17)
Oberärzte/ Chefärzte	8 (10)	8 (8)	11 (14)

Tabelle 15

Für die meisten InterviewpartnerInnen ist die Entwicklung ihrer Entscheidungsfähigkeit in ihren persönlichen und beruflichen Werdegang eingebunden. Einige konnten es auch schon »von Geburt an«, manche hatten berufliche Vorbilder, die sie beerben konnten und viele haben das klinische Entscheiden in der Konfrontation mit der (Notfall-)Situation »gelernt«. In den Antworten wird auch deutlich, ob die SprecherInnen mit »ihrem Weg« zufrieden waren/sind oder nicht. Lernen durch aktives, aber noch nicht verantwortliches Teilhaben an den Diskussionen, die die »erfahreneren« KollegInnen um Entscheidungen führen, wird dabei deutlich favorisiert.

¹⁰⁴ Frage 65 im Interviewleitfaden

Die Befragten betonen relativ häufig, Entscheiden und insbesondere Verantwortung für eigene Entscheidungen zu übernehmen, könne man nicht im klassischen Sinne »lernen« und auch nicht lehren. Das Entscheidenkönnen wird weniger auf den bewußten Erwerb einer neuen Orientierung, –also auf das eigentliche Lernen– zurückgeführt, sondern mehr als unbewußt ablaufender Sozialisierungseffekt eingestuft.

»Schöner wäre es ja, wenn das lehrbar wäre. Vorbilder gibt es vielleicht im Hinblick auf bestimmte Entscheidungen. Das Entscheiden lernt man unabhängig vom Studium. Gerade in diesen Grenzsituationen fließen so viele Faktoren ein, die kann man nicht auf einem Seminar lernen.« (1am003/61)

Nur selten werden Einzelargumente vorgebracht; die meisten Ärztinnen und Ärzte benennen gleichzeitig mehrere Quellen für die Entwicklung ihres Entscheidungsverhaltens. Entsprechend beziehen sich die im folgenden angeführten Zahlen (Tabellen 16-19) auf Mehrfachnennungen.

4.2.2 Lernen

Der Begriff »Lernen« ist ein hypothetisches Konstrukt für Vorgänge, die einer direkten Beobachtung nicht zugänglich sind, und auch nur partiell überprüfbar sind. In unserem Zusammenhang wird der Begriff mehr alltagssprachlich benutzt und bezeichnet eine Veränderung im Bereich der Verhaltensmöglichkeiten (in den Bereichen Wissen, Fertigkeiten u.ä.), die auf emotionalen, physischen und kognitiven Erfahrungen, Übung, Merkfähigkeit u.ä. beruhen. Verhaltensänderungen sind nicht unbedingt zu beobachten, darum kann man nur von Verhaltensmöglichkeiten sprechen. (Jemand muß sein »Gelerntes« nicht unbedingt einbringen, auch wenn es die Situation erfordern würde.) Frühe Erfahrungen in der Familie mit Vertrauen, Verbindlichkeit, Verantwortung, Werten, Normen, Regeln etc. kann man als latentes Lernen (unbewußte Sozialisation) bezeichnen; diese Elemente werden zu diesem Zeitpunkt oft noch gar nicht vom Kind/ Jugendlichen bewußt wahrgenommen und auch nicht angewandt. Lernen ist in diesem Bereich von allgemeinen Reifungsprozessen, insbesondere der Entwicklung der moralischen Urteilsfähigkeit, kaum sinnvoll abzugrenzen. Es sind nicht nur die beabsichtigten Prozesse, wie sie von den verschiedenen »Sozialisationsagenten« den Heranwachsenden angetragen werden, sondern es sind gerade auch die »unkontrollierten« Erfahrungen in beliebigen Lebenssituationen, die eine Entwicklung mit dem Gelernten fördern oder hemmen oder auch ein Lernen erst bedingen, weil das Erlebte z.B. nicht verstanden wurde und zu Fragen anregt. Lernen ist, weit gefaßt, ein Prozeß der Informationsverarbeitung. Die Informationen können aus Quellen unterschiedlicher Qualität und Quantität stammen und beliebigen Zeitpunkten im Lebenslauf zuzuordnen sein: Es sind emotionale, kognitive und physische Erfahrungen, die ihrerseits zum Lernen anregen, aber auch zu Barrieren (Angst, Schuldgefühle, Erwartungshaltungen) werden können. Lernprozesse finden innerhalb eines bestimmten sozialen und kulturellen Gefüges statt und sind zentraler Bestandteil aller individuellen und sozio-kulturellen Entwicklung. Parsons versteht Lernen als Prozeß der Internalisierung von Werten und Normen einer Gesellschaft, bzw. als Prozeß des Aufbaues einer sozio-kulturellen Persönlichkeit.

4.2.3 Entscheidungen treffen können als Sozialisationseffekt

Für die meisten Ärzte (Tab. 16) waren »Elternhaus« und »Schule«, also frühe Sozialisation und Bildungsweg die wichtigsten Stationen in ihrem Leben, an denen sie die Grundlagen für ihre Entscheidungsfähigkeit erworben haben.

»Wie jeder, seit meiner Kindheit, durch die Sozialisation.« (1am023/65)

»Ich habe drei Brüder!« (1am003/61)

Entscheiden Können als Sozialisationseffekt

ges. Antworten: 34 (88)	Internisten	Chirurgen	Anästhesisten
Assistenten	11 (25)	9 (26)	2 (17)
Oberärzte/ Chefärzte	3 (10)	4 (8)	5 (14)

Tabelle 16

Wie die Herausforderung durch Geschwister, wird auch die soziale Interaktion bei sportlichen Betätigungen von einigen InterviewpartnerInnen als Quelle ihrer Entscheidungsfähigkeit hervorgehoben: Entscheiden ist für sie mit Durchsetzung und Bewährung verbunden.

»Im Dienst auf mich allein gestellt, und im Leben als Segler. Hochseesegeln, größere Sachen ... da muß man in Krisensituationen für sich und die Mannschaft verantwortungsvolle Entscheidungen treffen...« (2aaw045/65)

»Beim Rudern und bei der Marine.« (2am080/65)

Einigen Interviewten war diese Fertigkeit schon »in die Wiege gelegt« worden, einige führen ihre Fähigkeit darauf zurück, daß sie schon sehr früh in ihrem Leben häufig auf sich allein gestellt gewesen seien und die Verantwortung für sich hätten tragen müssen.

»Ich konnte es von Geburt an!« (lacht) (1aw066/65)

»Ich denke, da ist die Charakterstruktur ganz wichtig. Entscheidenkönnen wird einem irgendwie in die Wiege gelegt ...« (2aam065/65)

»Hab's einfach gekonnt. Entscheiden muß man ja auch sonst in allen Lebensbereichen ...« (3bm048/65)

»... Man erwirbt es schon irgendwie im Laufe des Lebens, aber eine gewisse Anlage, die es einem ermöglicht, wirklich auch eine Entscheidung zu fällen und dazu zu stehen, die muß man schon mitbringen.« (1am003/61)

»Das ist eine autodidaktische Sache, das wird einem nicht irgendwo beigebracht. Das setzt sich zusammen aus Erfahrung, Abgucken und dem, was man mit sich vereinbaren kann. Man muß beim Entscheiden immer den rechtlichen Rahmen wahren, wozu ich sagen muß, daß mein eigener moralischer Rahmen darunter fällt.« (3am027/65)

»Ich bin eigentlich ziemlich autonom aufgewachsen - meine Eltern haben mich in weiten Teilen in Ruhe gelassen.« (3am085/65)

»... Zu Hause bin ich früh dazu gebracht worden: Wenn Du das gesagt hast, dann mach das auch. Erziehung zur Selbständigkeit war in meinem Elternhaus sehr wichtig.« (3bw019/65)

»Indem ich Entscheidungen treffen mußte. In meinem Leben und meinem Arztsein war einfach niemand anderes da, ich mußte einfach selbst entscheiden. Ich entscheide gern, ich bin sehr ungeduldig.« (1am025/65)

Diese »Schule des Lebens«, aber auch teilweise spezieller, Religion und Kirche, haben ihnen Wertvorstellungen und Lebensphilosophie als Entscheidungsgrundlagen vermittelt. Die meisten Ärzte nehmen bewußt wahr, daß ihre Entscheidungsfähigkeit und ihr Entscheidungswille – neben der Fähigkeit zur richtigen Beurteilung der medizinischen Parameter– besonders von diesen außerhalb der Klinik erworbenen sozialen und moralischen Orientierungen beeinflusst ist. Manche verbinden dies auch direkt mit einem moralisch verstandenen Verantwortungsgefühl.

»Ich bin in einem Theologen-Haus groß geworden, in dem eine offene Diskussion geführt wurde und auch in wenig dogmatischer Weise ethische Fragen viel besprochen wurden. Da wurde wirklich gefragt, 'ist es so oder anders richtig?' Ich habe da auch gelernt, daß ich für mein Leben und mein Entscheiden eine Verantwortung einnehmen muß, die mir von keinem anderen Menschen und keiner Institution abgenommen werden kann....« (1cm081/65)

»Für mich ist da auch ein gefestigtes Welt- und Menschenbild und eine große Portion christlichen Denkens wichtig. Religion und Sitte beeinflussen sehr unsere Denk- und Handlungsweisen.« Dazu gehört für ihn auch ein spezielles Medizinerethos wie z.B. das Prinzip des nil nocere. (2bm009/65)

»Gelernt habe ich es nicht, aber Entscheidungen treffen ist ein Nebenprodukt der Verantwortung, die man übernimmt.« (2bam058/65)

»Ich mußte einfach entscheiden – habe immer überlegt: welche Folgen haben meine Entscheidungen und würde ich die in Kauf nehmen?« (1aw041/65)

»... in die Wiege gelegt, aber man lernt im Laufe des Lebens dieses Geschenk zu kultivieren. Da ist natürlich auch Selbstkritik wichtig. Es geht nicht um Entscheidung um jeden Preis, sondern ich muß meine Entscheidung

auch bis zum Ende durchdenken und dazu stehen können.« (2aam065/65)

Für manche ist das Entscheidenlernen auch ganz direkt ein Teil ihres inneren Entwicklungsprozesses, zu dem sie einen Anstoß in ihrer familiären Sozialisation bekommen haben und den sie jetzt in der Alltagserfahrung realisieren und kultivieren.

»... das ist so ein Prozeß, der in der Familie angefangen hat und bei dem ich auch noch sehr am Lernen bin und wo ich in den letzten zwei Jahren im Rahmen meiner Psychotherapie(-ausbildung) mehr gelernt habe, selbständig zu entscheiden nach eigenem Gutdünken und weniger nach dem, was bestimmten Normen, also Erwartungen, wie ich entscheiden sollte, entspricht. ... ich habe da gelernt, den Absolutheitsanspruch - also zwischen wahr und falsch - zu relativieren und den Prozeß des Entscheidens als ein ausprobierendes Lernen zu sehen. Und früher war es so, daß ich das Gefühl hatte, ich muß entscheiden, nun habe ich das Gefühl, ich kann entscheiden, ich habe die Freiheit zu entscheiden.« (1aw078/65)

»... da gehört ein Stück eigene Lebensphilosophie zu, die Erfahrung, die man im Umgang mit anderen macht.« (2am026/65)

»... Man lernt es, man guckt es sich ab, das ganz Wesentliche ist, sich in den Patienten irgendwie hineinzusetzen und einfach zu überlegen, was würdest du denn jetzt da denken, wenn du da stündest. Dann muß man auch irgend etwas dazu sagen. Man muß sich der Situation stellen, man darf sich ihr nicht entziehen.« (1am004/61)

»...man wächst mit solchen Problemen, reift mit jeder Entscheidung, die zu treffen ist. Es ja gut, daß man solche Fälle nicht gleich am Anfang zu entscheiden hat, man muß erst ein Gespür dafür entwickeln.« (1am023/21)

»Das reift heran im Laufe der Jahre. ... Einiges ist einem sicherlich mitgegeben, das ist aber auch eine Frage der Mentalität, der Persönlichkeit - da gibt es so ein Raster, das die Entscheidungen immer wieder mit beeinflusst ... das bildet sich aufgrund des Resonanzfeldes, welches immer größer wird mit der Zahl der Berufsjahre.« (1cm038/65)

Manche haben ihre Einstellungen auch an »negativen Vorbildern« erarbeitet, sich überlegt, daß sie bestimmte Umgangsformen von Kollegen oder Vorgesetzten nicht übernehmen wollen.

»Ich hielt mich lange für jemanden, dem Entscheidungen schwerfallen, weil ich zu lange abwäge. Ich hab's sicher nicht in der Schule gelernt, vielleicht in der Bundeswehr, so groß der Makel daran auch ist. Dort habe ich erlebt, daß Entscheidungen allein aufgrund des Dienstgrades richtig waren, das hat mir die Augen geöffnet...« (1bm011/65)

»Einfach dadurch, daß ich es tun mußte und durch negative und positive Vorbilder im Umgang mit Patienten und Angehörigen. ...« (1am004/61)

Wer das Entscheidenkönnen als persönlich erarbeitete Entwicklung wahrnimmt, sieht in klinischen Entscheidungen weniger einen singulären Akt seiner Person, sondern eher einen Kommunikationsprozeß. Diese Kommunikation muß aber nicht unbedingt mit einem realen Gegenüber stattfinden, sie kann auch symbolisch sein.

Die beschriebene »vorberufliche« Sozialisation bezüglich der Urteils-, Entscheidungs- und Verantwortungsfähigkeit ist aber –hier retrospektiv erfragt– nicht scharf von der beruflichen Sozialisation zu trennen. Anzunehmen sind eine gegenseitige Förderung und/ oder Hemmung dieser Funktionen. Gerade für die sozial orientierten Berufe beginnt die Sozialisation *für* den Beruf häufig schon im Elternhaus.

4.2.4 Entscheiden Lernen im beruflichen Alltag

»Lernen im beruflichen Alltag« ist die häufigste und sicherlich auch typische Begründung (Tab.17) für das eigene Entscheidungslernen; sie wird von jedem zweiten Befragten angegeben.

»Lernen im beruflichen Alltag« ist im Prinzip auch das Modell, welches sich quasi »aus der Natur der Struktur« heraus anbietet: die Klinik ist immer ein Ort, an dem schon andere Ärzte länger arbeiten und dadurch mehr praktische Erfahrung und Kompetenz haben, als der/die neu Hinzukommende.

Entscheiden Lernen im beruflichen Alltag

ges. Antworten: 43 (88)	Internisten	Chirurgen	Anästhesisten
Assistenten	9 (25)	13 (26)	7 (17)
Oberärzte/ Chefärzte	2 (10)	8 (8)	4 (14)

Tabelle 17

Lernen aus der klinischen Erfahrung und in wachsender Verantwortung braucht Zeit und wird auch als persönlicher Reifungsprozeß verstanden:

»Es ist kein fester Bestandteil der Ausbildung. Das ist ein Prozeß, eine Fähigkeit, die sich im Laufe der Zeit herauskristallisiert, das fußt auf der eigenen Erfahrung.« (1am070/65)

»Medizinisches Entscheiden zu lernen, dafür hatte ich Zeit, da hineinzuwachsen.« (1bm011/65)

»In der Frage des Therapieverzichts, da lernt man immer mehr dazu. Ich würde nicht behaupten, daß ich das kann.« (2am064/65)

Lernen kann man dabei auch durch abgucken und stilles 'Probeentscheiden':

(lacht) »Im Krankenhaus! Ich habe das geübt, indem ich jedesmal für mich eine stille Entscheidung getroffen hab, wenn der Oberarzt oder ein anderer was zu entscheiden hatte. Und ich habe mir angewöhnt, dann jedesmal die zu fragen, wenn er anders entschieden hat als ich es getan hätte. Im Gegensatz zur Unfall-Chirurgie ist es in der Bauch-Chirurgie ja oft so, daß im Ablauf der Operation größere Entscheidungsspielräume da sind und man sich fragt, warum machen sie das so oder so.« (2am088/65)

Die Vorgaben, die hier durch ältere KollegInnen gemacht werden, können auch genutzt werden, um die eigenen Vorstellungen daran abzuarbeiten und die eigene Urteilsfähigkeit zu entwickeln.

»Das ist ein kontinuierlicher Prozeß, man ist nicht plötzlich in der Lage zu entscheiden. Man lernt das mit dem Wachsen der Verantwortung. Als Assistent habe ich schon auch versucht, eine Entscheidung vorzubereiten. Ich habe meine Option mitgegeben, also gleich gesagt, ich würde operieren oder nicht. Also, mit anderen Worten: Ich habe meine Hausaufgaben gemacht und sie prüfen lassen. Ich gelte als entscheidungsfreudig, aber Entscheidungen selbst sind oft schrecklich, die haben nichts mit Freude zu tun.« (2abm012/65)

Manche Befragte beschreiben ihr Hineinwachsen genauer dahingehend, daß sie zunächst quasi verantwortungsfrei an Diskussionen teilhaben und Entscheidungssituationen miterleben konnten, bevor sie selber diese Aufgaben übernehmen mußten.

»... ich habe vieles gelernt durch Miteinbezogenwerden und ... durch die permanente Konfrontation mit den Tatsachen, als ich bei dem Internisten in der Onkologie war. Bei diesem Kollegen - war das ein ganz bewußtes Miteinbeziehen und Lernen.« (2aw091/65)

»Als Anfänger hat man auch die Möglichkeit, sich zurückzuziehen und zu sagen, der andere ist erfahren und der entscheidet. ... Ich bin als Anfänger auch nicht allein gelassen worden mit solchen Entscheidungen. Die sind immer mitgetragen worden, sind von oben getroffen worden, ich mußte sie nicht entscheiden. Ich bin nie im Regen stehengelassen worden bei solchen Sachen.« (3am054/81)

»Man lernt durch das Miterleben solcher Situationen, durch die Teilnahme an Diskussionen, durch den Austausch mit Erfahreneren. Man muß in solche Entscheidungen reinwachsen.« (2am020/65)

»Indem man in die Situation reinkommt und sie nachher diskutiert. Ein Problem tritt auf, wird entschieden und der Verlauf wird kontrolliert und diskutiert. Mit der Zeit hat man einen ziemlichen Erfahrungsschatz und auch einiges Selbstvertrauen. Es ist wichtig, viel an Entscheidungen teilzunehmen, dann hat man immer schon einmal die Möglichkeit gehabt, etwas gesehen zu haben, bevor man es selber entscheiden muß.« (1am013/65)

»Mit Entscheidungen bin ich erst in der Assistenzzeit konfrontiert worden, anfangs werden einem die Therapie-richtlinien vorgegeben. Ich habe auch als Diensthabender immer nachgefragt und noch nicht viel über solche Fragen nachgedacht. Erfahrene Leute wissen um die Chancen usw., das ist für einen jungen Arzt oft nicht so nachvollziehbar, da kommt für mich so etwas zueinander wie ›klinische Erfahrung‹ plus ›Instinkt‹.« (2aam036/22)

»...Die jungen Kollegen werden mich in kritischen Situationen beobachten und ihren Schluß ziehen, sie werden nachfragen, und ich werde nach den oberen oder nach den älteren Kollegen gucken und nach deren Meinung und Erfahrung fragen. Das ist immer von Fall zu Fall zu entscheiden.« (2bam099/87)

»Beschleunigt wird das dann, wenn man Verantwortung übernehmen muß, nach einer gewissen Lehrzeit muß das auch sein. Und dann wird sichs erweisen, ob man gut präpariert ist oder nicht.« (2abm044/65)

Aus der Sicht eines leitenden Arztes kann ein solcher Prozeß etwa wie folgt aussehen:

»...da kommen solche Sachen wie Erfahrung und gelerntes Wissen zusammen, und darauf bauen sich Resonanzmuster auf. ... Das verändert sich in einer gewissen Weise mit jeder neuen Entscheidungssituation... da ergeben sich irgendwie andere Schaltungen, ob ich nach gelerntem Wissen oder eben mit Erfahrungen der gelebten Situationen an eine Entscheidung herangehe. Ich habe da manchmal Argumentationsschwierigkeiten gegenüber den jungen Assistenten. Die jungen Kollegen haben so ein Muster aus Literaturstellen im Kopf, wenn sie über etwas nachdenken, so setzen sie ihre Raster in Bewegung und können damit manchmal besser argumentieren. Ich habe dann ein Erfahrungsbild dagegenzusetzen und komme da dann trotzdem zu dem Schluß: Wir können das so und so machen. Da sind die manchmal überrascht. Es ist nicht nur eine Konfrontation zwischen gelerntem Wissen versus Erfahrung, ich versuche ja auch immer, das neue Wissen mit hineinzunehmen. Das ist ein Prozeß täglicher Diskussionen, ein gegenseitiges Befruchten. Ich bin da offen. Ich muß nicht aus Prinzip die letzte Instanz sein. Ich bin auch nicht der Meinung, daß man nur alles aus eigener Erfahrung machen sollte, aber eine Entscheidung ist eine Synthese aus Sachwissen und Erfahrungen. Ich frage die jungen Kollegen auch, was wir tun sollen, ich will mit ihnen gemeinsam nachdenken.« (1cm038/75i)

Gerade die Möglichkeit, zunächst teilnehmende/r BeobachterIn in alltäglichen und in kritischen Entscheidungssituationen zu sein, wurde von den InterviewpartnerInnen als sehr positive Form des Lernens gewürdigt. Sie betonen, daß sie zu nichts gedrängt würden/ wurden, sondern Zeit und Gelegenheit (gehabt) hätten, ihre Gedanken zu äußern und so aktiv, aber eben noch nicht in verantwortlicher Funktion, am Entscheidungsprozeß teilzunehmen. Dazu gehört es auch, sich in manchen Fragen noch an den älteren Kollegen zu orientieren, während man schon in anderen Dingen von den Jüngeren gefordert wird. Eine solche Lernform ist wahrscheinlich nur dort möglich, wo auch das Entscheiden als wichtiger Teil der medizinischen Tätigkeit kultiviert wird.

4.2.5 Entscheiden in der Konfrontation mit der Situation

Eine größere Gruppe der befragten Ärzte (Tab.18) hat sich das Entscheiden in der Konfrontation mit der Situation erarbeiten müssen. Dies ist auch eine Form des »Lernens im beruflichen Alltag«, aber eine gefährliche für Patienten und Ärzte, und diese Erlebnisse sind bei den ÄrztInnen nicht selten auch mit dem Gefühl verbunden, unter dem Druck der Umstände über die eigenen Grenzen des Wissens und Könnens hinausgegangen zu sein.

»Einfach dadurch, daß ich es tun mußte...« (1am004/61)

»..wenn ich muß, dann kann ich entscheiden - der Druck im Beruf da habe ich gelernt, in vielen Situationen von eben bis jetzt zu entscheiden, in kleinen Dingen. Das trainiert, aber irgendwie werden diese Entscheidungen auch immer unter dem Zwang des Entscheidenmüssens getroffen.« (2aw021/65)

»Bei den Grenzfällen mußt du einfach lernen, dich zu entscheiden, –im Anblick des Todes 'ne Entscheidung zu fällen.« (2aw082/41a)

»Ich sehr spät - im täglichen Leben, in der Klinik, da gab es irgendwann einfach mal eine Situation, wo ein Pfleger daneben stand und mich fragte: 'Was soll ich machen?' Ich wurde einfach gezwungen, eine klare Entscheidung zu treffen. Das lerne ich aber noch.« (3aw031/65)

»... Subkutan spielt sich das aber auch ab, wenn Kollegen gedrängt werden, nach dem Motto, man wird vorge-schickt und es heißt: 'Mach mal!« (2aw091/65)

»Auf die Medizin bezogen, da lernt man es nicht, ... mit Muß-Entscheidungen wächst man da fließend hinein.« (3am032/65)

»...das wird einem nicht beigebracht. Irgendwann steht man als behandelnder Arzt vor der Situation, und dann muß man entscheiden.« (3am040/63)

»Über den Rettungsdienst, also durch die Tat, man wird ins kalte Wasser geworfen und mit der Zeit lernt man, zu seinen Entscheidungen zu stehen.« (3am076/65)

Entscheiden unter dem Zwang der Situation

ges. Antworten: 22 (88)	Internisten	Chirurgen	Anästhesisten
Assistenten	7 (25)	4 (26)	4 (17)
Oberärzte/ Chefärzte	4 (10)	1 (8)	- (14)

Tabelle 18

Mit den ersten Erfahrungen sind auch starke Gefühle von Hilflosigkeit verbunden, die sie dann, in der Entscheidungssituation selbst, zunächst überwinden mußten. Sie fühlten sich »ins kalte Wasser gestürzt« und der Situation unvorbereitet ausgesetzt, –sie *mußten* entscheiden mit dem Rücken an der Wand,– es war kein erfahrener älterer Kollege da, der ihnen hätte helfen können; für einige war auch kein Oberarzt da, der hätte helfen wollen.

»Man wird irgendwie in die Situation gesetzt, die dann eine Entscheidung erfordert, da gibt's dann einen Sachzwang, da konnte ich dann nicht mehr anders. Ich glaube, man lernt das schon in der Auseinandersetzung mit der Kritik, die man für seine Entscheidung bekommt. Man wird da in kaltes Wasser gestürzt, ich glaube, sogar recht planmäßig. Da kommen sehr junge, unerfahrene Kollegen direkt auf die Intensivstation, haben keine Ahnung und brauchen Anleitung vom Pflegepersonal. So mit dem Rücken zur Wand Entscheidungen treffen zu müssen, das ist didaktisch sicher nicht die Methode der Wahl. Ich hatte da persönlich Vorteile, weil ich ja Krankenpflegeerfahrung hatte.« (2am005/65)

»Mit Beginn der Stationsarbeit hatte ich einen älteren Kollegen, der nur als Schiedsstelle zur Verfügung stand, ansonsten war der im Labor, das war ziemlich ein Sprung ins kalte Wasser, ich habe aber frühzeitig gelernt, selbständig zu werden, der wollte nicht von mir belästigt werden.« (1bm011/65)

»Wenn ich nachts Entscheidungsschwierigkeiten habe, kann ich natürlich auch immer den Hintergrunddienst anrufen, aber das sollte man auch nicht zu oft tun, dann denken die, man könnte nichts. Die freuen sich, wenn man entscheiden kann, obwohl sie ja letztendlich die Verantwortung tragen.« (1am062/62)

»Dadurch, daß ich keinen Oberarzt hatte zum Reden. Oder es gab Anweisungen, wo ich den Eindruck hatte, die sind von so wenig Sachkenntnis getrübt, daß ich es lieber lasse. Ich erlebe meinen Oberarzt als eine Katastrophe. Auf meiner Station dürfen Anordnungen des Oberarztes nur nach Gegenzeichnung durch uns befolgt werden.« (2am096/65)

»Indem ich als ganz junger Assistent auf die chirurgische Intensivstation gesteckt wurde. Ich konnte mich da an meinen Oberarzt nicht wenden. Ich kam dann immer mit einem Sack voller Bücher zum Dienst angerückt und konnte viel nachlesen. Ansonsten bin ich da hineingewachsen - oder auch, weil ich einen Großteil der Entscheidungen an mich gezogen habe. Also, ich habe relativ früh selbst entschieden. Man wächst da rein - schon - auch viel durch Lesen.« (2bm094/65)

Eine solche Lernform kann dann auch zunächst sehr chaotisch ablaufen, und man braucht einige Zeit und u.U. auch »Verluste«, bis man auf diesem Wege eine Entscheidungssouveränität erlangt hat - also zu angemessenen Entscheidungen gelangen kann.

»Einmal dadurch, daß ich in Situationen reingekommen bin, in denen ich nicht selbst entschieden habe, das aber im Nachhinein überdacht habe, was war da nicht optimal. Als ich bei meiner ersten Reanimation draußen war, da habe ich mit dem Rettungssanitäter draußen gestanden, da sind Impulse von jeder Seite gekommen, optimal ist das sicher nicht gelaufen. Das habe ich denn überdacht, genauso beim nächsten Einsatz. Heute ist es so, wenn ich mit unerfahrenen Kräften rausfahre, treffe ich die Entscheidungen. Das andere ist, Erfahrungen sammeln, Beobachtungen machen, sich z.B. über bestimmte Medikamente mit Kollegen unterhalten, zu sehen, wie sind die Erfahrungen damit, der Erfolg gibt einem dann Recht. So lernt man, Entscheidungen zu treffen.« (1am063/65)

»Eher durch Zwang, am Anfang nach dem Staatsexamen, da konnte ich das noch nicht, und da sind mir die Patienten und die Schwestern auf dem Kopf herumgetanzt. Es ist wirklich notwendig, entscheiden zu lernen. Ich habe gesehen, so kann ich nicht arbeiten, du mußt klare Entscheidungen treffen. Mein Mann hat mir da auch viel geholfen, ich bin oft abends mit ihm die Patienten durchgegangen, der ist auch Mediziner.« (1aw056/65)

Strukturelle Bedingungen, aber auch ganz deutliche personelle Unzulänglichkeiten sind die Ursache für diese zweithäufigste Form der Erklärung, wie man sich seine Entscheidungsfähigkeit angeeignet habe, bzw. habe aneignen müssen. In diesen Aussagen schwingen gleichzeitig ein Bedauern, daß man sich in solchen Situationen von sehr alleingelassen gefühlt habe, aber auch der Stolz mit, es »irgendwie« geschafft zu haben, sich hindurchgearbeitet zu haben und nun dadurch eine gewisse Souveränität erlangt zu haben. Manche haben dies zunächst auch als an-

genehme Herausforderung empfunden und angenommen, und sich erst später über ihren »Anfängermut« Gedanken gemacht.

»Früher war ich viel entscheidungsfreudiger und sicherer - glaubte, sicherer zu entscheiden. ... In den ersten Jahren, in der Zeit, wo ich noch nicht entscheiden durfte. Und es war auch ganz gern gesehen, wenn ich den Hintergründärzten sagte, das muß man so und so machen. Das war mir damals nicht bewußt - das ist mir heute bewußt. Und ich hätte damals in bestimmten Situationen ganz anders entschieden als heute.« (2abw047/65)

»So was hat ganz viele Bauteile - für mich hat es eine Faszination gehabt zu sehen, daß man da Sachen in Gang bringen kann. Ich glaube, ich war oft der Macher - bin es vielleicht immer noch. Ich habe es gelernt, weil kein anderer über mich entschieden hat und viele Leute von mir Entscheidungen erwartet haben. Und viele Entscheidungen räumen ja auch auf - machen Platz - sind für alle irgendwie erleichternd.« (1am092/65)

»Ich denke, oftmals dadurch, daß ich alleine bestimmte Dinge durchsetzen mußte oder vor eine Situation gestellt wurde, die eine Entscheidung verlangt hat.« (1bm050/65)

Wer so auf sich gestellt Entscheidungen treffen muß, lernt schnell auch mit der eigenen Unzulänglichkeit umzugehen. Bei einer Entscheidung unter Druck kann man oft nicht alle relevanten Fakten bedenken und bewerten, muß eventuelle Lücken mit persönlicher Verantwortung überbrücken.

»Bei der Übernahme von Verantwortung weiß ich von meiner eigenen Unzulänglichkeit und von meinen Möglichkeiten und von Entscheidungen, die nicht unbedingt die Zustimmung anderer sachkompetenter Menschen finden. Ich versuche nach bestem Wissen und Gewissen zu entscheiden, –meine Unzulänglichkeiten auszuhalten– und ich vermag dies aus einer religiösen Bindung heraus.« (1cm081/65)

Auf sich und in eine Situation gestellt, die ihnen (anscheinend) keine andere Wahl ließ, –fast als einen Akt der Notwehr–; so erlebt jeder vierte Arzt seinen Weg in die klinische Entscheidungsfähigkeit. Manche haben diese Herausforderung auch nicht ungerne angenommen.

4.2.6 Lernen durch Erfolg und Mißerfolg

Erfolge und Mißerfolge sind ein sehr wichtiges Lernfeld in einer praktischen Wissenschaft und gehören zum beruflichen Alltag der befragten ÄrztInnen.

»...Man lernt an den Beispielen, die man erlebt, wo mal sinnvoll, mal nicht sinnvoll entschieden wurde.« (2abm044/65)

»Immerhin haben wir mehrere verloren geglaubte Patienten hier schon durchgebracht, und wenn man mehr als einmal so einen Patienten durchbringt, dann lernt man eben von da her. Das rechtfertigt dann schon intensive medizinische Maßnahmen - auch wenn vom Standpunkt der Schwestern das oft als sehr hart empfunden wird.« (2bam069/24)

Bei den einen sind es die hart erkämpften Erfolge, bei den meisten sind es aber eher die Fehlentscheidungen, die sie zum Nachteil eines Patienten getroffen haben, die sich nachhaltig einprägen.

»Das ist reine Erfahrungssache, und man muß nach jeder Entscheidung, auch wenn man sie falsch getroffen hat, anschließend nachdenken. Habe ich richtig entschieden? - wenn nicht, was habe ich falsch gemacht? Um dieses Prinzip habe ich mich von Anfang an bemüht. Ich habe einen Chef gehabt, der hat gesagt: Eine Kuh bekommt einen Schlag am elektrischen Zaun und geht nie wieder da hin, der Homo sapiens macht immer wieder die gleichen Fehler. Das habe ich mir sehr gut gemerkt. Dieser Chef hat sich auch immer, wenn ein Patient unerwartet verstorben ist, die Kurve mitgenommen und sie genau studiert und ggf. dann Rücksprache mit den zuständigen Ärzten gehalten. Im Anfang habe ich das hier auch so gemacht, jetzt mache ich das ab und zu, zu Ausbildungszwecken mit den Assistenten. Auch wenn unverhofft jemand stirbt, frage ich genau nach. Aber meistens sind es bei uns doch glücklicherweise aussichtslose Fälle, die dann auch sterben.« (2cm037/65)

»Das Problem ist, wenn man irgendwo zugerufen wird, entweder akut im Nachtdienst im Krankenhaus auf die Intensivstation oder auch draußen, ... da kann man eher mal entscheiden: Dieser Mensch darf sterben. Es gibt immer wieder verzweifelte Versuche, und wenn man deren Ausgang mitgekriegt hat, dann weiß man, daß es auch andere Möglichkeiten gibt. Als junger Kollege reanimiert man auf Teufel komm raus, aber wenn dann der Patient doch nur noch dahinsiecht, man das einige Male gesehen hat, dann wird man schon zurückhaltender. Bei einer ausgelutschten Herzinsuffizienz, wo der Mensch nicht mehr in der Lage sein wird, ein aktives Leben zu führen, da tut man dem auch keinen Gefallen mit einer Reanimation.« (2am064/65)

»Der Fall der Motorradfahrerin, den ich am Anfang geschildert habe, das ist nun zehn Jahre her, der sitzt immer noch im Kopf, möglicherweise, weil ich so heftig kritisiert worden bin. Ich frage mich immer noch, ob ich mich da richtig verhalten habe. Sonst fällt mir dazu aber nichts ein.« (3bm042/75f)

Die Folgen von Fehlern kann man meist direkt wahrnehmen, u.U. braucht man aber auch Jahre dazu, um erkennen zu können, daß man ganz falschen Prämissen gefolgt war. Die kritische Revision der eigenen Vorstellungen wird von diesen Sprechern als ein wichtiger Teil des Entscheidenlernens wahrgenommen.

»... immer in Konfliktsituationen, ich bin als Berufsanfänger auf dem Rettungswagen mitgefahren, da lagen z.T. Leute und waren blitzblau, die haben wir reanimiert und auch wiedergekriegt. Da bin ich aus dem Krankenhaus gegangen und habe gedacht, »Donnerwetter«. Inzwischen denke ich, man hätte die Leute doch manchmal eher sterben lassen sollen, heute habe ich da eine andere Grundeinstellung gewonnen, ich sage eher mal als die Kollegen, »da machen wir nichts mehr«. Bei einer Hirnblutung muß man jemanden auch sterben lassen können.« (1am063/81)

« ...meine Entscheidungsrichtlinien haben sich verändert. Anfangs war ich sehr viel zurückhaltender bei lebensrettenden oder lebensverlängernden Maßnahmen. Ich habe da im Laufe der Zeit durch Entscheidungen von Chefs und Oberärzten Korrekturen erfahren. Ich habe erfahren, daß es doch Möglichkeiten gibt, habe die Macht der Medizin anfangs unterschätzt, zum Teil aus Unkenntnis und auch aus mangelnder Qualifikation.« (1am074/65)

»...als junger Mensch war ich mehr vom Machbaren überzeugt als heute und habe auch entsprechende Sachen gemacht. (N: Kann man diese Erfahrung weitergeben?) Noch nicht mal als Vater seinen Kindern, sonst wären wir ja schon etwas weiter. Subjektive Erfahrungen kann man nur schwer weitergeben, medizinisches Wissen schon.« (2acm018/65)

»Lernen kann man nur durch Erfolg und Mißerfolg. Und es ist sicher oft so gewesen, daß ich auch oft Mißerfolge produziert habe oder daß meine Entscheidungen im Nachhinein nicht adäquat waren. Aber ich denke, einen Erfahrungsschatz kann man sich nur so aufbauen, daß man auch Mißerfolge einkalkuliert. Das ist natürlich dann, wenn man es mit Menschen zu tun hat und die Therapie von Menschen begleitet oder verantworten muß, ein folgenschwerer Ausgang manchmal. Insofern macht das den Umgang mit Medizin auch so schwierig. Aber auf der anderen Seite ist das Problem nicht zu lösen, wenn jemand immer nur in jeder Entscheidungssituation sich absichert, kann das möglicherweise für den Patienten schlimme Folgen minimieren, aber derjenige wird im Grunde nie in die Lage versetzt werden, eine Entscheidung eigenständig zu verantworten und auch mal zu treffen. Man muß da so einen Mittelweg gehen.« (1bm050/65)

Ideale und Einstellungen müssen mit den praktischen Erfahrungen und den damit verbundenen wirklichen, den zweifelhaften Erfolgen und den Mißerfolgen kognitiv verbunden und ausgewertet werden. Auch dies sind für die Befragten wichtiger Stufen, um die persönliche und die klinische Urteilsfähigkeit zu entwickeln.

Es werden hier zwei Entwicklungslinien im Entscheidenlernen deutlich: Die einen sind zu Beginn ihrer praktischen Arbeit in medizinischen Grenzsituationen eher vorsichtig in ihren Prognosen für die Patienten und entwickeln erst über gegenteilige Erfahrungen einen therapeutischen Optimismus. Die anderen beginnen mit großem Enthusiasmus und medizinischen Omnipotenzgefühlen und lernen dann langsam über die Mißerfolge und insbesondere die »fraglichen Erfolge« –wenn sie miterlebt haben, wie sich manche reanimierte Patienten nur noch einige Wochen auf der Intensivstation quälten– die Grenzen des Handelns kennen und akzeptieren. Und bei manchen wechseln solche Phasen auch im Laufe ihrer beruflichen Entwicklung:

»Nach einer anfänglichen Phase des Fürchtens und des Respekts hatte ich eine Omnipotenzphase, glaubte, alles sei machbar. Jetzt, nach acht Jahren überlegt ich oft mehrmals, ob ich mich z.B. für eine invasive Diagnostik entscheide. Das ist ein Lernprozeß, heute habe ich mehr Skrupel.« (3am076/22)

4.2.7 Persönliche Vorbilder in der Ausbildung

Imitation und Identifikation sind in der individuellen Entwicklung sehr frühe und wichtige Lernformen für das Verhalten in komplexen Situationen und haben anscheinend in der MedizinerInnenausbildung heute kaum noch eine Bedeutung. Persönliche Vorbilder aus der Ausbildung (Tab.19) noch für sich in Anspruch nehmen zu können, scheint ein Privileg der Älteren zu sein.

»Mein alter Chef hat es immer sehr forciert, einen Behandlungsplan zu machen. Das ist mir auch wichtig, die wesentlichen Gedanken muß man sich vor der OP machen. Prognosestellung und Beurteilung sollen nicht akut sein.« (3bm007/74)

»Das hat viele Väter und Mütter. Mein Chef war sehr sachlich, emotionslos, wenn er Entscheidungen getroffen hat. Aber es gehört da auch der eigene Charakter, die eigene Erfahrung mit hinein.« (2acm018/65)

»Dann habe ich lange auf Privatstationen gearbeitet, da gab's insgesamt 60 Minuten Chefvisite am Tag. Den Rest machte man dann als Stationsarzt selbst. Man will keine Lücken hinterlassen und überprüft sich ständig selbst vor dem medizinischen Standard und dem verinnerlichten Auge des Chefs. Darüber bekommt man auch allmählich ein Selbstbewußtsein, darauf kann man sich fortentwickeln. ... Das hat mir doch einiges Rüstzeug gegeben, eigenverantwortlich Entscheidungen zu treffen. Medizinisches Entscheiden zu lernen, dafür hatte ich Zeit, da hineinzuwachsen.« (1bm011/65)

»... Ich habe persönlich mich bemüht, soweit man das noch kann, mir meine medizinischen Lehrer auch nach menschlichen Qualitäten, nicht nur nach technischen auszusuchen. ... Im Beruf ist der chirurgische Lehrer in seinen Entscheidungen der Maßstab. Das ist mindestens so wichtig, wie daß er ein guter Operateur ist. ... Ich habe einen solchen Lehrer gehabt.« (2bm009/65)

»Erfahrungen machen, aber für mich war auch ganz wichtig »abgucken«. Mein wichtigster Lehrer, das war mein Vorgesetzter, der hatte wirklich einen guten Stil, eine gute Methode.« (3bm007/65)

Entscheiden Lernen durch Vorbilder in der Ausbildung

ges. Antworten: 10 (88)	Internisten	Chirurgen	Anästhesisten
Assistenten	1 (25)	0 (26)	0 (17)
Oberärzte/ Chefärzte	1 (10)	3 (8)	3 (14)

Tabelle 19

Zur Interpretation dieses Umstandes bieten sich verschiedene Möglichkeiten an: (1) Vorbilder könnten eine Entdeckung der geistigen Rückschau auf eigene Entwicklungsprozesse und darum den älteren Ärzten vorbehalten sein. Sie können auch das gewünschte Fremdbild des Sprechers darstellen: man hält die Vorbildfunktion in diesen Angelegenheiten für wichtig und möchte sie für die jüngeren KollegInnen haben (was aber von diesen allerdings nicht bestätigt wurde). (2) Es gibt in der klinischen Ausbildung keine Ärzte mehr, die sich mit ihrem persönlichen Engagement in Fragen der ärztlichen Entscheidungsfindung als identifikationsfähige Vorbilder anbieten. (3) Die Ausbildung ist heute weniger an der Person des Chefs, sondern eher an der Gruppe der KollegInnen orientiert. Wertbildung wird mehr als autonomer Prozeß wahrgenommen, Werte werden eventuell stärker differenziert und weniger »im Set« der Identifikation übernommen.

»In meiner Generation, da hat man noch vieles abgucken können bei seinen Lehrern, bei den älteren Kollegen, beim Famulieren. ... Ich halte es heute für das große Manko, daß in diesem Massenbetrieb Uni nur schwer etwas abzugucken ist, daß ich nicht mehr sehe, wie einer entscheidet, wie einer begründet und erklärt, wie er seine Entscheidung durchsichtig macht. Man sollte mehr versuchen, dies in kleinen Gruppen einzuüben.« (3bw059/65)

(4) Ärzte erwerben heute nicht mehr den klassischen »professionellen Habitus« als funktionale spezifische Fähigkeit im Verbund mit einer Orientierung des Lehrlings an der Persönlichkeit des Meisters, sondern absolvieren eine berufliche Ausbildung, d.h. sie erlernen explizierbare Kenntnisse und Fähigkeiten, die in einem Curriculum inklusive Prüfungsordnung und Staatsexamen vorgeschrieben sind. Durch die Art der Ausbildungsorganisation und die hohen Studentenzahlen ist es in Deutschland zu einer starken Funktionalisierung der Lehr- und Lernverhältnisse gekommen, die nur noch wenig Raum für z.B. für ein identifikatorisches Lernen läßt.

»Entscheiden habe ich durch Erfahrung gelernt und von sympathischen Kollegen abgeguckt, deren Urteile ich akzeptiere; fehlt als Unifach, dringend nötig, vieles andere im Studium ist vergleichsweise überflüssig.« (1am051/65)

Für diese kleine Gruppe älterer Ärzte ist das Entscheiden ein deutlicher und anscheinend auch praktisch vermittelbarer Lernstoff. Dabei bezieht sich für sie das Entscheiden weniger auf einen Entscheidungsgegenstand, sondern mehr auf die Person des Entscheiders und seine/ihre indivi-

duellen Qualitäten, mit denen er/sie die anstehende Fragestellung angeht.

4.2.8 Zusammenfassung

Im klinischen Entscheiden war keine/r unserer InterviewpartnerInnen im Rahmen der theoretischen und/ oder praktischen Ausbildung, also der bewußten beruflichen Sozialisation, systematisch unterrichtet worden. Nur wenige (8 Nennungen)¹⁰⁵ können sich auf Vorbilder in der praktischen Ausbildung berufen, viele (22 Nennungen) haben sich »irgendwie«, mehr oder weniger unvorbereitet durch die (plötzlichen) Anforderungen der Praxis hindurchgearbeitet und die meisten haben sich ihr Rüstzeug dazu von außerhalb der Klinik (Familie, Schule, Kirche/ Religion, Bundeswehr und Sport) (34 Nennungen) aus ihrer vorberuflichen Sozialisation mitgebracht. Trotzdem: die meisten Lernanstöße zur Entscheidungsfindung bei klinischen Fragestellungen erhielten die befragten Ärztinnen und Ärzte aber in ihrem beruflichen Alltag (43 Nennungen). Und 19 dieser InterviewpartnerInnen zeigten sich vorwiegend zufrieden mit der Art, wie sie an klinische Entscheidungen herangeführt worden waren, man hatte sie zunächst teilnehmen lassen an Entscheidungsfindungen und sie hatten die Möglichkeit bekommen, sich langsam in die Materie hineinarbeiten zu können, bevor sie persönlich gefordert wurden und Verantwortung für Entscheidungen zu übernehmen hatten. Entscheidungsfähigkeit ist eine der (formalen) Schlüsselqualifikationen für leitende Berufe; dies trifft sicher auch für den Arztberuf zu. Eine systematische Ausbildung wird in diesem Bereich hierzulande aber weder im Studium noch in der beruflichen Ausbildung angeboten.

4.3 Vorstellungen / Wünsche von Ärztinnen und Ärzten über ihre eigene Lebensqualität

4.3.1 Lebensqualität als Thema in der Medizin

Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Medizin gewinnt erst in den letzten Jahren auch bei uns thematisch eine größere Relevanz. Untersuchungen mit Patienten zu dieser Fragestellung gibt es jedoch schon seit den 50er Jahren, sie wurden in der Onkologie und Hämatologie entwickelt, um z.B. auch die Nebenwirkungen verschiedener Zytostatika besser beurteilen und vergleichen zu können. Inzwischen werden solche Untersuchungen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität auch in der Chirurgie, der Transplantationsmedizin, der Psychiatrie und anderen Bereichen durchgeführt. Das Ziel ist, die traditionelle Bewertung von Behandlungserfolgen (Letalitäts- und Komplikationsraten), um die (systematisch erhobene) subjektive Beurteilung durch die Patienten zu erweitern. In den USA finden in den Überlegungen zur Therapiebegrenzung, z.B. bei permanent komatösen Patienten, auch Lebensqualitätsargumente zunehmend Berücksichtigung.

Lebensqualität ist heute im Bereich Umwelt, Soziales und insbesondere in der Werbung ein viel benutzter Begriff, um verschiedenste schwer zu beschreibende Inhalte mit leichter Hand zu transportieren. In der Medizin bleibt es ein schwieriger Begriff. Das liegt zum einen ganz praktisch an der mangelhaften Operationalisierbarkeit; auch wenn man sich bescheidet und ausdrücklich von »health related quality of life« spricht. Zum anderen liegt es in Deutschland aber sicherlich auch an der sich einstellenden gedanklichen Assoziationskette von »Lebensqualität« zu »Wert«, hin zum »lebens(un)werten Leben«. Diese Verbindung stellt sich gerade auch im Zusammenhang mit Fragen des Therapieverzichts u.U. schnell ein und rührt an die schweren Verfehlungen rassistisch orientierter MedizinerInnen, die während der NS-Zeit mit dem Etikett

¹⁰⁵ die Zahlen beziehen sich auf Mehrfachnennungen

›lebensunwertes Leben‹ kranke Kinder und Erwachsene zur Tötung innerhalb der sog. Euthanasieprogramme bestimmten, brutale Menschenversuche im Namen der medizinischen Forschung durchführten, oder an der Rampe der Konzentrationslager darüber urteilten, welches der dort eintreffenden Menschenleben ein sofort-, oder welches ein langsam zu vernichtendes sei, je nach »körperlicher Verfassung«. Die Tatsache, daß diese Taten, ihre geistige Unterstützung wie auch ihre stille Duldung nach 1945 weitestgehend ohne strafrechtliche Konsequenzen und lange ohne Aufarbeitung blieben, hat sich hier fatal ausgewirkt. Quasi im Rückschlag wurden jegliche Qualitätsurteile gebannt, auch der Patient selber war nicht dazu autorisiert. Am-Leben-Sein selber ist die einzig zugelassene Qualität. Dies hat auch eine Logik, denn lebendig sein ist nun mal die notwendige Voraussetzung, über die Qualität des Lebens überhaupt nachdenken und -fühlen zu können.

4.3.2 »Lebensqualität« als Frage an MedizinerInnen

Die Diskussion um Lebensqualität ist auch eine Möglichkeit bei klinisch und pflegerisch Tätigen, bisher vernachlässigte Dimensionen ihrer Entscheidungen und auch Effekte ihres Handelns dem Bewußtsein besser zugänglich zu machen. Die letzte von sechs Fragen zum Thema Relevanz und Einbeziehung von Lebensqualität in die Entscheidungsfindung lautete: *Welches Verständnis haben Sie von Lebensqualität, unter welchen Umständen würden Sie nicht mehr leben wollen?*¹⁰⁶ Die Idee dazu war, das naive Verständnis vom »guten« oder auch »schlechten« Leben, also die positiven und negativen Endpunkte dieser »inneren Skala« bei unseren InterviewpartnerInnen zu erfragen. Unsere Vermutung war, daß bei Menschen, die in ihrem Alltag intensiv mit schwierigen Lebensumständen und viel körperlichem und seelischem Leiden konfrontiert sind, sich dies auch in den privaten Ansichten vom Leben widerspiegelt, und diese Vorstellungen auch z.B. wieder ihre Therapieentscheidungen prägen.

81 der InterviewpartnerInnen war die Frage gestellt worden, direkt thematisch verwertbare Antworten erhielten wir von 74. Einer der Gefragten ließ sich überhaupt nicht erst aufs Thema ein, sechs weitere lehnten speziell eine Antwort bezüglich der eigenen Vorstellung von Lebensqualität ab.

(Pbn. schüttelt den Kopf, überlegt- Pause- stöhnt) »Also ich könnte jetzt dazu nichts nennen!« (2aw091/50d)

(Pb. überlegt lange) »Das geht mir zu weit, ich lehne ja auch das Patienten-Testament ab, um diese Antwort habe ich mich vorhin schon gedrückt, ich möchte diese Frage auslassen.« (1cm038/50d)

»Das ist das, was ich träume, das gehört nicht hierher. Was ist Lebensqualität? Das ist schwierig.« [Er gibt aber dann doch eine Antwort] (3am077/50d)

Wenn man solche Antworten auch nicht überinterpretieren sollte, so zeigen sie doch zumindest an, daß es für die Befragten nicht einfach war, sich plötzlich gedanklich umstellen zu müssen, weg von abstrakten Anschauungen darüber, was angemessenes und eventuell gutes Handeln in Bezug auf Andere ist, hin zu den ganz persönlichen Aspekten des gleichen Themas. Bilder von leidenden Menschen plötzlich auf die eigene Person projizieren zu müssen, hat (auch) für MedizinerInnen und Pflegende etwas sehr Bedrohliches. Dies machen auch die 15 weiteren InterviewpartnerInnen deutlich, die einräumen, daß sie über diese Frage nicht gerne nachdenken würden.

»... ich stelle mir nicht vor, daß ich an etwas leide, was ich bei anderen sehe. Meine Auseinandersetzung mit Tod und Sterben verquicke ich nie mit Kranksein.« (2am017/50d)

»Puh *(Pause)*, oh Gott, habe ich mir noch keine Gedanken drüber gemacht, muß ich sagen. ... Ich meine, das ist ja das, was Ärzte meistens verdrängen, gerade wenn sie mit solchen Patienten zu tun haben.« (3aw049/50d)

Atmosphärisch wurde diese Problematik, daß man hier ein sehr heikles Thema angesprochen

¹⁰⁶ Frage 50d im Interviewleitfaden

habe, sicherlich auch ganz subtil zwischen Befragtem und Befrager verhandelt, so daß sehr häufig der zweite Teil der Frage, –»unter welchen Umständen würden Sie nicht mehr leben wollen?«– nicht noch einmal gestellt wurde, wenn sie vom Gegenüber im ersten Anlauf ignoriert worden war.

4.3.3 Erwartungen an das Leben und seine Qualitäten: positive und negative Abgrenzungen

Die große Mehrheit der Befragten ließ sich auf eine Antwort ein und es ergibt sich daraus ein deutliches Bild: Gesund, frei von Beschwerden und Restriktionen, möchten die Meisten ein Leben mit körperlicher und geistiger Aktivität im Austausch mit ihrer sozialen Umwelt erleben und gestalten können.¹⁰⁷ Darüber hinaus können Ärzte auch oft relativ genau angeben, was sie nicht erleben möchten: starke Schmerzen, die Folgen einer hohen Querschnittslähmung (Bereich Halswirbelsäule), ein Apallisches Syndrom, Abhängigkeit, soziale Hilflosigkeit und emotionale Isolation.

»...das ist eine schwere Sache. Es gibt sicherlich Gemütszustände, die weitgehend von Trauer geprägt sind, und trotzdem ist ein Lebenswille da. Schlimm wäre für mich eine Depression, motorische Hilflosigkeit und Angst und Schmerzen. In einer solchen Situation wäre für mich der Tod der einzige Möglichkeit, dann ist Lebensqualität für mich erloschen. Lebensqualität ist Hoffnung, Freude, aber da kann auch Trauer zugehören, die hat auch Lebensqualität und Hilflosigkeit, so im sozialen Sinne, das wäre für mich auch noch sehr schlimm, also, wenn niemand da wär, ich völlig isoliert wäre oder mir nur Anteilnahme vorgegaukelt würde. Also, wenn mich keiner mehr will, das ist schon eine schlimme Sache.« (1am062/50d)

»So eine Minimalforderung an Lebensqualität wäre für mich, etwas vom Leben mitbekommen... Ich glaube, bei Lähmungen wie Querschnitt, da würde ich nicht mehr weiterleben wollen. Geistige Verwirrung, das wäre für mich auch sehr schlimm, wenn man selber alles mitbekommt, was man nicht mehr koordinieren kann.« (1am010/50a/d)

»Ich möchte in der Lage sein, mich über Dinge freuen zu können, dann ist es egal, ob ich blind bin oder laufen kann. Wenn das aber weg ist, keine Gefühle mehr da sind, dann möchte ich auch sterben. Man kann sich das aber so immer nicht vorstellen. Ich kann mir zwar vorstellen, zu sterben, auch wenn ich Familie habe, Kinder habe, die mich faszinieren. Ich habe nicht den Anspruch unbedingt zu sehen, wie was wird. Umgekehrt kann man bestimmte Dinge auch unter beschissenen Umständen machen, z.B. Musik hören, wenn man nicht mehr sehen kann. Krebs bedeutet natürlich immer eine Begrenzung, das ist etwas Schlimmes, was man sich eigentlich nicht vorstellen kann. Ich weiß nicht, ob das Leben dann sinnlos wird. Bestimmte Dinge findet man vielleicht immer noch toll und lebenswert.« (1am063/50d)

Die Antworten waren teilweise auch sehr komplex; die Gedanken der SprecherInnen verbanden sehr viele Aspekte des Themas, hielten Rückschau auf die Entwicklung der eigenen Haltung gegenüber ihren Lebensansprüchen und entwickelten Szenarien ihrer sehr unterschiedlichen, aber teilweise letztlich auch sehr gleichwertigen Vorstellungen von körperlichem, seelischem und sozialem Leiden:

»Das verdränge ich, Krankheit ist immer für die anderen, ich will das nicht auf mich beziehen. Ich will auch nicht darüber sprechen. Ich bin jetzt knapp 40, da habe ich schon hohe Ansprüche an die Lebensqualität, wenn ich mich da mit den Patienten vergleiche, da habe ich schon ziemliche Luxusforderungen. ...Schmerzen, nur mit Schläuchen leben zu müssen, mich nicht mehr bewegen zu können - das finde ich schwierig, kann ich aber jetzt nicht beurteilen. Ganz schlimm finde ich den Verlust der geistigen Leistung, wenn man das als ehemals denkender Mensch miterleben muß, das ist ja nicht therapierbar. Ich könnte mir aber auch vorstellen, daß ich, wenn ich Angehörige verlieren würde, ich meinem Leben in einer überschießenden Trauerreaktion auch ein Ende setzen könnte oder bei zu großen Umweltproblemen.« (1am013/50d)

»Ich weiß nicht, ob ich im Rollstuhl leben wollte, wahrscheinlich ja, wenn's soweit ist. Oder, wie ich die letzten Tage meines Lebens hinter mich bringen will. Früher hat man immer gesagt: 'Ich würde kündigen und Urlaub machen, nochmal reisen' oder so, wahrscheinlich würde ich weiterarbeiten, ich weiß es nicht. Theoretisch kann man das nicht sagen.« (041/50) »Hmm, Gott oh Gott, ich will eigentlich leben, ich kann mir gar nicht vorstel-

¹⁰⁷ Die Autorin hatte in einem anderen Forschungsprojekt die Möglichkeit, 45 Patienten mit terminaler Leberinsuffizienz u.A. die Frage zu stellen, was sie mit dem Begriff Lebensqualität verbinden würden. Die Vorstellungen dieser schwerkranken Menschen unterschieden sich nur unwesentlich von den hier bei den Ärzten gefundenen Ansichten.

len unter welchen Umständen nicht. Früher hab' ich immer gesagt: »Wenn ich ein Bronchialkarzinom mit Hirnmetastasen habe, erschieß ich mich,« mittlerweile frage ich mich, wie man sich mit Hirnmetastasen überhaupt fühlt. Schlimm stelle ich mir eigentlich nur vor, im Leiden allein gelassen zu sein, das wäre wirklich so ein Punkt, der Lebensqualität stark reduziert oder entzieht. Wenn ich mir vorstelle, daß ich sterbenskrank wäre und niemand hätte auf der Welt, der mir beisteht, könnte ich mir denken, daß ich nicht mehr leben wollte –oder bei unerträglichen Schmerzen.« (1aw041/50d)

Die Zahlen im Überblick (Tab.20) geben die Häufigkeiten für die wichtigsten Themen an, von denen meist mehrere jeweils von den Sprechern genannt wurden. Sie zeigen auch, daß es keine markanten Schwerpunkte in der Verteilung der Antworten zwischen den Disziplinen gibt.¹⁰⁸ Weitere wichtige Themen sind die Ablehnung weiterer Chemotherapie beim ersten Rezidiv einer Tumorerkrankung oder Ablehnung eines chirurgischen Eingriffs bei Tumorerkrankungen mit kurzfristig infauster Prognose (z.B. Pankreaskopf-Carcinom) (9 Nennungen). Wenige Nennungen (4) beziehen sich auch konkret auf die Alzheimersche Erkrankung, fortgeschrittene Multiple Sklerose und Hirntumor mit infauster Prognose.

»Mit einem Alzheimer würde ich z.B. nicht leben wollen oder auch mit einer aussichtslosen schweren Krebserkrankung. Wenn ich weiß, daß eine Therapie nur das Leiden verlängert, dann will ich sie nicht. Bei einer aussichtslosen Erkrankung würde ich auch eine Chemotherapie ablehnen, die hat so viel Nebenwirkungen, die beeinflussen die Lebensqualität doch erheblich. Darauf würde ich für mich, für meinen Körper verzichten wollen.« (2cm037/50d)

»Hochsitzender Querschnitt, absolute Pflegebedürftigkeit, Halbseitenlähmung rechts mit Sprechlähmung, nicht sprechen können, das, finde ich, ist das Schlimmste, da ist das Menschsein abgeschnitten. Mit einer linksseitigen Lähmung könnte ich leben« (2abm012/50d)

»Schmerzbedingt medikamentenabhängig zu sein und verwirrt - so kopfmäßig - das wäre für mich sehr schlimm. Das klingt jetzt etwas wüst, aber aktives Handeln muß nicht unbedingt sein, ich muß meinen Kopf noch gebrauchen können, wenn ich nur noch reden kann, ist es auch o.k. Wir haben als Kinder manchmal überlegt, auf was wir wohl verzichten könnten. Auf die Hände, die Augen oder die Sprache. Und ich wollte immer die Sprache behalten.« (3bw019/50d)

«... daß ich im Medizinischen viel mitmachen würde. Ich kenne diese Diskussion auch aus dem eigenen Hause, meine Frau hält z.B. Chemotherapie für völlig indiskutabel. Aber wenn man Familie hat, wird man aus Gründen der Familienfürsorge viel mehr auf sich nehmen. Lebensqualität ist dann schon ein Synonym für Leben um jeder Preis....« (1bm011/50d)

Lebensqualitätsvorstellungen von ÄrztInnen

	Internisten	Chirurgen	Anästhesisten
Antworten gesamt	81 (100)	26 (35)	27 (31)
(+) geistige Leistung ¹⁰⁹	21	7	9
(+) Kommunikationsfähigkeit	14	6	5
(+) Selbständigkeit (-) Abhängigkeit/ Hilflosigkeit	19	3	9
(-) starke Schmerzen	18	7	8
(-) hohe Querschnittslähmung	23	10	8
(-) Apallisches Syndrom	7	3	3
... weiß nicht, wie es dann in der Situation ist, was ich dann denken und fühlen werde..	21	9	5
das Thema verdränge ich	14	3	3
Option Freitod	18	7	8

Tabelle 20 (Mehrfachnennungen)

Es wird aber nicht nur für den Krankheitsfall negativ und positiv abgegrenzt, von einigen ÄrztInnen werden auch ihre Lebensentwürfe, ihre Erwartungen an ein erfülltes und erfolgreiches Leben formuliert und manchmal dabei auch die Diskrepanzen festgestellt, die zwischen Vorstellungen und gelebtem Alltag liegen:

»Wichtig ist, zufrieden zu sein mit dem, was ich mache; genügend Zeit für Dinge, die ich gerne machen möchte.

¹⁰⁸ Eine Untersuchung hinsichtlich einer Verteilung bezüglich Geschlecht und berufliche Funktion ergab auch keine Besonderheiten.

¹⁰⁹ (+) entspricht positiven Erwartungen und (-) sind die Ereignisse und Zustände, die man nicht erleben möchte.

Allerdings beansprucht der Beruf einfach zuviel Zeit, ich möchte gerne Zeit auch für andere Dinge haben, für die Familie, Reisen und andere Sachen. Ich bin voll berufstätig, meine Frau auch, wir haben drei Kinder, das läßt sich nicht befriedigend lösen. Wichtig ist die Zufriedenheit mit dem Leben.« (3bm042/50)

»Leben heißt für mich 'Arbeit und Liebe' und das soll schon spannend und interessant sein, ich möchte eine Aufgabe haben, eine Partnerin, soziale Kontakte, ich denke, das sind die Grundlagen für jeden. Und dann kommt da eben noch die besondere Creme hinzu: Besonderer Erfolg im Beruf und persönlicher Luxus und Kultur....« (2aam036/50)

»Das kann nicht genug sein. Das ist mein Problem - da bin ich sehr unersättlich. Deshalb habe ich viel Angst, daß es nicht hinkommt. Im Kern geht es darum: Frei zu sein von Zwängen von außen und denen man sich von innen her fügt.« (3bm079/50d)

»...Das Leben genießen, selbst sich fortbewegen können, es muß aber nicht auf den eigenen Beinen sein. Zusammenhänge begreifen, differenzieren, abstrahieren, jeder nach seinem Horizont.« (3am076/50d)

»Für mich schätze ich Bewegung sehr hoch ein, weiß aber nicht, ob das für andere auch so ist. In unserem Alter ist natürlich auch die Sexualfunktion ganz wichtig, geistige Fähigkeiten sind für mich auch ein Stück Lebensqualität, obwohl ich weiß, daß Irre auch glücklich sein können. Das Aussehen ist für mich auch sehr wichtig, also, wenn ich dann nach einer OP ganz entstellt aussehen würde, das wäre für mich auch schlimm.« (2aam035/50d)

»Lebensqualität ist für mich: Im Prinzip das machen können, was ich will, wenn ich selbst entscheiden kann, frei von der Meinung anderer...« (2aw021/50d)

»Lebensqualität ist für mich dann gegeben, wenn ich weiß, daß ich meine eigenen Vorstellungen in Hinsicht auf Freizeitgestaltung aber auch im beruflichen Bereich erfüllen kann... daß ich Zeit genug habe, mich mit diesem sozialen Umfeld auseinander zu setzen. Wenn ich merke, daß ich z.B. nur noch unter der Verfügungsgewalt von bestimmten Terminen stehe, von bestimmten Sachzwängen, dann bedeutet das schon eine Minimierung von Lebensqualität.« (1bm050/50d)

»(LQ bedeutet für mich) die Auseinandersetzung mit mir selbst, mit meiner Umwelt, das Erleben der Natur, meine Eltern, meine Freundin, meine Hunde, die Möglichkeit mich zu bewegen, zu lesen und vieles mehr.« (1am025/50d)

Zeit haben, Leben und Freuden mit anderen teilen können, beruflichen Erfolg haben, menschliche Nähe und Anerkennung genießen und geben können, in körperlicher und geistiger Bewegung sein, unabhängig sein, über sich selbst bestimmen können, Welt im sozialen und auch im materiell-funktionalen Sinne gestalten können, aber auch Leidensfähigkeit für ein soziales Ziel sind die positiven Setzungen zum Thema Lebensqualität bei den befragten Ärztinnen und Ärzten. Darin entsprechen sie ganz den allgemeinen Vorstellungen: »In modernen Gesellschaften umfaßt somit Lebensqualität zwei Dimensionen: (1) Aktive Teilhabe an der 'Sozialwelt' durch befriedigendes Ausfüllen der angebotenen Rollen - funktionale Dimension. (2) Aktive Selbstgestaltung der 'Eigenwelt' durch befriedigende Du-Beziehungen und Selbstverwirklichung - empathische Dimension.«¹¹⁰ Weitere von VIEFHUIS (1990) genannte Dimensionen sind: Ästhetik und Selbstdarstellung/ Selbsta Ausdruck, Genuß- und Leistungsfähigkeit. Die Basis für diese westlichen Vorstellungen sind Lebensstandard, d.h. befriedigende Absicherung/ -sättigung der (materiellen) Grundbedürfnisse (ease, comfort & security). Wie selbstverständlich diese vorausgesetzt wird, wird auch drin deutlich, daß im Zusammenhang mit Lebensqualität die materielle Grundsicherung nur von einem einzelnen Interviewten angesprochen wurde.

110 Viefhuis, H. (1990) Zur Mentalitätsgeschichte der "Lebensqualität". in: Schölmerich, P., & Thews, G. (Eds.) "Lebensqualität" als Bewertungskriterium in der Medizin. Stuttgart, New York: G. Fischer Verlag. S.13-22

4.3.4 In der Krisensituation ist vielleicht alles anders...

22 der Befragten betonten, daß sie jetzt nur Spekulationen über die Grenzen ihrer Belastbarkeit formulieren könnten, und, wenn sie wirklich einer ähnlichen Situation ausgesetzt wären, sie vielleicht ganz anders fühlen, denken, wünschen, entscheiden und handeln würden. Dahinter steht eine wichtige Erfahrung aus dem medizinischen Alltag: Immer wieder erleben Ärzte Menschen, die sich gesundheitlich in einer objektiv schwer eingeschränkten Lage befinden und doch leben wollen und auch eine Zufriedenheit in diesem eingeschränkten Leben finden. Und sie erleben Menschen, die für die Chance, weiterleben zu können, den Strohalm einer anstrengenden und quälenden Therapie ergreifen, wohl wissend, daß es auch am Ende nur eine Verlängerung des Leidens gewesen sein kann.

»...Aber, wenn es dann so weit sein wird, werden sich sicher auch meine Maßstäbe verändern, wie ich das ja auch bei vielen Patienten sehe.« (3bm007/50d)

»...Ich weiß nicht, ob das Leben dann sinnlos wird. Bestimmte Dinge findet man vielleicht immer noch toll und lebenswert.« (1am063/50d)

»...Man kann sich das häufig gar nicht vorstellen, wenn ich z.B. Patienten mit Knochenmarks - Transplantation sehe und was das für ein Schlauch ist, dann sage ich oft, daß ich so etwas nicht mit mir machen lassen würde, weiß aber nicht, wie es ist, wenn ich dran bin.« (1aw015/50d)

»...Ich glaube einfach, man kämpft letztlich doch viel mehr am Ende, als man es als gesunder Mensch wahrhaben will.« (1bm016/50d)

»...kann mir derzeit als gesunder Mensch nicht vorstellen, wie ich mich in einer solchen Situation fühle und wie ich damit umgehen kann.« (2aaw045/50d)

Vielleicht sind es diese Erfahrungen mit solchen Patienten und dieses Wissen um die eigene Unsicherheit über den Grad der »Anhänglichkeit ans Leben«, die dazu führen können, daß Arzt und Patient in großer Realtätsferne noch Therapien planen und auch durchführen, während außenstehende KollegInnen, Pflegende und Angehörige u.U. schon lange keine realistische Chance mehr in diesem Unternehmen sehen können.

4.3.5 Option Freitod

Einige InterviewpartnerInnen (11) halten für sich ebenfalls die Option offen, eine für sie unerträgliche Lebenssituation auch aktiv zu beenden.

»Mit meiner Frau habe ich mir in die Hand versprochen, daß wir uns gegenseitig nichts vormachen, wenn der andere schwer erkrankt ist. ...heute würde ich schon mir auch vorbehalten, den Prozeß frühzeitig abzubrechen, die Leidenszeit abzukürzen, ich weiß aber nicht, wie es ist dann, wenn es mich betrifft.« (2acm018/25)(*Pb hat Erfahrung mit eigener schwerer Erkrankung*)

»...wenn ich unerträgliche Schmerzen erleiden muß, dann würde ich nicht einsehen wollen, daß ich dieses Leben jetzt fortsetzen muß, wenn ich weiß, daß das, was mir Schmerzen zufügt, sowieso mein Tod sein wird. Dann würde ich versuchen, auch nicht so lange zu leiden...« (3am054/50d)

»...aber vielleicht würde ich dann doch so einen Punkt suchen, wo ich mit Würde abtreten könnte. Lebensqualität wird für mich aber nicht nur durch schwere Krankheit gemindert, sondern auch durch elementare existentielle Bedrohung...« (2aam036/50d)

»...Lebensqualität ist hin, wenn ich daliege und beatmet werde, wenn ich nicht mehr selbst entscheiden kann. ... Eine hohe Querschnittslähmung, z.B.vom Nacken abwärts. Vorher hätte ich immer noch die Chance, mein Leben selbst zu beenden. Ich habe darüber mit jemandem gesprochen und das soweit geklärt. Für mir nahestehende Personen würde ich das machen, ich hoffe mich auch darauf verlassen zu können. Als Arzt würde ich das sicher nicht tun...« (2aw021/50d)

»...Ich möchte selbst die Entscheidung treffen können, wann und wie zu sterben.« (2am026/50d)

»...Für mich gibt es da nur die Vorstellung Freitod oder eben mein Leben erlischt ganz einfach.« (2am017/50d)

»...Aber ganz konkret, bei einem hohen Querschnitt, da würde ich mir schon wünschen, daß es jemanden gibt, der mir dann wirklich helfen würde...« (1bm011/50d)

»...Wenn ich mit solchen Leuten konfrontiert bin, da sage ich zwar zu ihnen, daß ihr Leben einen Sinn hat, auch

wenn ich in ihrer Situation Selbstmord begehen würde. Diese Diskrepanz sehe ich.« (2aam035/50d)

Unter Schmerzen zu sterben und völlige Hilflosigkeit bei vollem Bewußtsein ertragen zu müssen sind die schlimmsten Vorstellungen. In einer solchen Situation sich selbst in den Tod zu retten oder auch die Hilfe von einem Freund zu bekommen - dafür haben manche auch schon konkrete Vorkehrungen getroffen, daß es dann jemanden gibt, der oder die auch bereit ist, ihnen beim Sterben zu helfen. Vielleicht ist diese Art der Zusicherung für diese Ärztinnen und Ärzte wichtig, weil sie sonst die realen Belastungen die sie mit den PatientInnen in vergleichbaren Situationen erleben, nicht aushalten könnten. Ob diese Ärzte in ähnlicher Situation einer Patientenbitte um aktive Sterbehilfe eher nachkommen würden, als andere Kollegen, kann aus unserem Material nicht beantwortet werden.

4.3.6 Zusammenfassung

Totale physische Abhängigkeit von der Hilfe und Pflege anderer und soziale Hilflosigkeit sind die Situationen, die die befragten Ärztinnen und Ärzte am meisten fürchten und denen sie eine so geringe Lebensqualität zusprechen, daß sie sich vorstellen können, in einer solchen Situation lieber nicht mehr leben zu wollen. Konkret verbinden sie damit am häufigsten das Krankheitsbild der hohen Querschnittslähmung, –die also eine Bewegung der Arme und eine Fortbewegung mit dem Rollstuhl nicht mehr zuläßt,– und den damit einhergehenden Verlust der Selbstbestimmung.

Obwohl ja auch viele schöne und lustbetonte Lebens(qualitäts)bilder gezeichnet werden, sagen doch auch viele Ärztinnen und Ärzte, daß ihnen dieses Thema unbehaglich ist, daß sie lieber nicht darüber nachdenken und sprechen möchten.

Die Vorstellungen von Lebensqualität, soweit sie sich aus den Antworten rekonstruieren lassen, sind relativ homogen und beziehen sich auf eine soziale und persönliche Ausgestaltung von Leben. Eine wichtige Grundlage dafür ist: Bewegung und Kommunikationsfähigkeit. Nur ein Arzt betont, daß er für sich aus religiöser Überzeugung keine Grenzen sieht:

»Da kann ich mir keine Situation vorstellen (in der ich nicht mehr leben möchte). Ich würde mein Leben auch nicht dahingehend aktiv beeinflussen wollen, da vertraue ich auf einen anderen.... der Herrgott hat uns auf diese Welt gesetzt und er wird uns auch irgendwann wieder abberufen. Ich finde, da muß man nicht eingreifen.« (3bm006/50d)

4.4 Dokumentation von Entscheidungen zum Therapieverzicht

4.4.1 Überblick

Entscheidungen, Therapien nicht fortzusetzen, nicht neu anzusetzen etc. werden in jeder von uns untersuchten Klinik getroffen. Wir fragten unsere InterviewpartnerInnen danach, wie häufig Therapieverzichtsentscheidungen schriftlich und wie häufig sie eher mündlich weitergegeben werden; ob die schriftlichen Dokumentationen –wo sie vorkämen– auch Begründungen enthielten; ob es bei Therapieverzichtsentscheidungen zu Übermittlungsfehlern käme und welcher Art diese ggf. wären.¹¹¹

In der Praxis wird die Weitergabe dieser Entscheidungen sehr unterschiedlich gehandhabt. Von den befragten Ärzten werden in diesem Zusammenhang auch immer wieder Unsicherheiten berichtet, da es für die Dokumentation solcher Entscheidungen keine rechtlichen Vorschriften gibt. So haben sich in diesem Bereich mehrere Formen der Handhabung etablieren können, wobei gelegentlich identische Begründungen für entgegengesetztes Handeln angeführt werden.

4.4.2 Schriftliche Dokumentation von Therapieverzichtsentscheidungen

Schriftliche Dokumentation von Therapieverzichtsentscheidungen sind insgesamt in anästhesiologischen und internistischen Abteilungen häufiger (jeweils etwa 60%) anzutreffen, als in den chirurgischen Abteilungen (40%). Insgesamt gut die Hälfte der befragten Ärzte berichten über schriftliche Dokumentationen, dabei wird mit Abstand am häufigsten nur ein schriftlicher Vermerk (meisten gut sichtbar/ rot) in, oder selten auf der Krankenakte/ Kurve angebracht. Dafür werden verschiedenste Kürzel und Symbole verwendet:

KR (oder ein durchgestrichenes R) = keine Reanimation
KLM = keine lebensrettenden Maßnahmen
keine CPR oder **Ø CPR** = keine cardiopulmonale Reanimation
»Therapia minima«
Hinweise: **»keine Intensivstation«** oder
»Ø+Stationsbezeichnung der Intensivstation«
Anbringen von Zetteln oder besonderen Reitern an der Patientenakte/ Kurve, die dann nicht mit archiviert werden (selten)

Eine Begründung zu dieser Entscheidung wird den Kollegen und dem Pflegepersonal jeweils *mündlich* weitergegeben.

Daß es üblich sei, die Dokumentation des Verzichtsbescheides *mit* einer schriftlichen Begründung zu versehen, wird nur von 10 Ärzten angegeben.

4.4.3 Mündliche Weitergabe von Therapieverzichtsentscheidungen

In den Abteilungen, in denen keine schriftlichen Vermerke zum Therapieverzicht in die Akte eingetragen werden, gibt es uneinheitliche Verfahren: es steht im Belieben des einzelnen Arztes, eine Entscheidung zu dokumentieren oder dies zu unterlassen, in den meisten Fällen wird hier aber ein Verzichtsbeschluß *nur* mündlich in den Übergaben weitergegeben (indirekte Version).

¹¹¹ Fragen 70-73 im Interviewleitfaden

4.4.4 Handhabung in ausgewählten Kliniken

Von einigen Abteilungen konnten wir jeweils mehrere ÄrztInnen (≥ 4) befragen. Für diese Kliniken soll im folgenden jeweils die Handhabung der Dokumentation von Therapieverzichtsentscheidungen kurz beschrieben werden.

*Klinik 1 - allgemeinchirurgische Abteilung:*¹¹² Auf der Intensivstation wird in der Regel dokumentiert (KR). Auf den Stationen herrscht eine uneinheitliche Handhabung, manche Ärzte machen keine Eintragung, es wird aber zunehmend dokumentiert. Es werden keine Übermittlungsprobleme (daß z.B. ein Patient doch reanimiert wurde, obwohl man Gegenteiliges beschlossen hatte) berichtet.

Klinik 8 - neurochirurgische Abteilung: Es gibt nur mündliche Absprache; auf der Intensivstation wird jedoch genau dokumentiert, welche Medikamente abgesetzt sind: »So, wie jede Therapieänderung dokumentiert wird.« (044). Diese Handhabung wird begründet mit der Angst vor juristischen Konsequenzen und der Sorge, es könne sich jemand streng an den Beschluß halten, auch wenn sich der Patient verbessere. Insgesamt gäbe es aber keine Übermittlungsprobleme.

Klinik 13 - kardiochirurgische Abteilung: Es gibt mündliche Absprachen bei der Übergabe auf der Wachstation. Notfalls ist dort auch immer ein diensthabender Oberarzt zu erreichen, mit dem Rücksprache genommen werden kann. Das System funktioniere gut, manchmal gebe es auch einen KR-Vermerk auf der Kurve. Der Therapieverzicht sei ersichtlich aus dem Therapieplan: »Wenn bei Patienten in schlechtem Zustand die Katecholamine reduziert sind, dann weiß jeder Kollege, daß keine Maximaltherapie mehr gemacht wird«. (068) (Keine Angaben für den Bereich Normalstation.)

Klinik 1 - größere inneren Abteilung: Es gäbe häufiger Probleme wegen einer uneinheitlichen Dokumentation (teilweise mündlich, teilweise schriftlich). Obwohl die beiden von uns interviewten Oberärzte ausdrücklich eine Dokumentation für wichtig halten und dies auch in ihrem Bereich durchführen, werden auf anderen Stationen wieder wegen rechtlicher Unsicherheiten teilweise die Beschlüsse nur mündlich weitergegeben, auf einer Station sogar: »Nur dünn mit Bleistift eingetragen, damit sie notfalls ausradiert werden können« (070).

Klinik 19 - größere innere Abteilung: Es wird im Verlaufsbogen der Therapieverzicht dokumentiert und insbesondere auf der Intensivstation diese Entscheidung auch kurz schriftlich begründet und gegengezeichnet. Es wird auch meistens dokumentiert, wenn mit dem Patienten bzw. den Angehörigen über Therapieverzicht gesprochen wurde und sie damit einverstanden sind. Interessant ist hier die Begründung für die Ausführlichkeit der Dokumentation: »Das muß, unser Chef ist in juristischen Dingen sehr pingelig« (011). Die Dokumentationspraxis scheint jedoch nicht ganz einheitlich zu sein, denn einer der von uns interviewten Oberärzte weigert sich, solche Entscheidungen in der Kurve zu fixieren. Dies allerdings nicht wegen rechtlicher Vorbehalte, sondern weil er der Meinung ist, man müsse jeweils in der Situation sehen, welche Intensivmaßnahmen für diese Patienten noch sinnvoll seien. (016)

Über irgendwelche rechtlichen Probleme, die aus einer solch genauen Dokumentation erwachsen wären, wird von keinem Arzt hier berichtet, im Gegenteil, es wird eher Zufriedenheit geäußert, daß man sich so gut im Notfall informieren könne und auch das Pflegepersonal jeweils sehr gut Bescheid wisse und sich entsprechend verhalte.

Klinik 11 - kleinere anästhesiologisch geführte Intensivstation (10 Betten): Es werden, auch wegen des Schichtbetriebs, und weil nachts keine Anästhesisten im Hause sind, KR-Beschlüsse genau dokumentiert, sie seien aber auch zusätzlich ersichtlich aus dem Verord-

¹¹² Weitere Angaben zu den einzelnen Kliniken im Kapitel 3.1.1/Tabelle 2

nungsplan. Nur bei »fraglichen Sachen wird das für eine Nacht auch schon mal mündlich geregelt...« (059).

Klinik 1 - anästhesiologische Intensiv: Diese Station handhabt das Problem in ähnlicher Weise wie Klinik 11. Es wird in etwa so dokumentiert: »Nach Rücksprache mit den Angehörigen, mit dem Arzt ..., unter Berücksichtigung der Situation ..., der Geschichte usw. erfolgt der Entschluß zu dieser oder jener Therapie. Das wird dann vom Oberarzt gezeichnet.« (077)

Klinik 2 - großes Stadtkrankenhaus: Es wird nur auf der Intensivstation dokumentiert; auf den Normalstationen meistens nur mündlich ein Therapie- bzw. Reanimationsverzicht besprochen. Diese Form wird oft gewählt, wenn eine Absprache mit Angehörigen und Patienten unterblieben ist.

Klinik 10 - große anästhesiologische Intensivabteilung: Es werden Beschlüsse zum Therapieverzicht ausdrücklich (auf Anweisung des Chefs) nur mündlich weitergegeben. Teilweise werden hierfür Sorgen vor juristischen Konsequenzen angegeben, teilweise versucht man, durch diese »spurenlose Handhabung« auch mangelnde Absprache über Therapieverzicht mit Patienten und Angehörigen zu kaschieren, aber: »Auch wenn wir uns anstrengen, die Angehörigen kriegen so etwas manchmal doch mit ..., die sind schlau...« (031)

4.4.5 Zusammenfassung

Von den ÄrztInnen (etwa 50%), die Therapieverzichtsentscheidungen nur mündlich weitergeben, wird meistens Angst vor möglichen juristischen Konsequenzen durch eine Dokumentation angegeben, gleichzeitig aber auch häufiger von Reanimationen berichtet, die aufgrund schlechter Absprache zustande gekommen waren und eigentlich nicht mehr hätten stattfinden sollen. Wirkliche Kritik wurde an dieser Umgangsform nicht geübt. Nur ein Arzt berichtet über eine allgemeinchirurgische Intensivstation –auf der er allerdings nicht mehr arbeitet–, daß dort jeweils erst in der Krisensituation nach einer Entscheidung gesucht werden mußte.

Eine Studie von LIPTON (1989)¹¹³ zeigt die Dokumentationsproblematik für eine Klinik mittlerer Größe in San Francisco in ganz ähnlicher Weise. Dazu ist vorab anzumerken, daß die DNRO-Diskussion und in folge auch die rechtlich abgesicherte Institutionalisierung entsprechender Entscheidungen und Vermerke in der Patientenakte schon seit Beginn der 80er Jahre im Gange ist, also als relativ fortgeschritten zu bezeichnen wäre. Im Rahmen dieser o.g. Studie wurden alle Akten von 333 Patienten analysiert, für die in einem bestimmten Zeitraum eine entsprechende Entscheidung getroffen wurde und die einen schriftlichen DNR-Eintrag in ihre Akte bekamen. Ebenfalls studierte man das Verhalten der 108 Ärzte, die an diesen Entscheidungen beteiligt gewesen waren. Nur 55% der Akten gaben überhaupt Auskunft darüber, welche Personen an der DNR-Entscheidung beteiligt gewesen waren. Von diesen vollständig dokumentierten Fällen waren in 38% der Fälle auch die betroffenen Patienten in die Entscheidung einbezogen gewesen, in allen übrigen (62%) war die Entscheidung mit den Angehörigen bzw. einem Stellvertreter/ Betreuer getroffen worden. Insgesamt waren DNRO's häufiger von Onkologen, Neurologen, Gastroenterologen und Pulmologen und seltener von Chirurgen, Kardiologen oder Allgemeinärzten dokumentiert worden.

Therapieverzicht ist oft mit Schuldgefühlen verbunden.¹¹⁴ Man hat die Macht, entsprechend zu handeln, ist auch bereit dafür die Verantwortung zu übernehmen, aber nicht definitiv, in dem man es auch für alle sichtbar dokumentiert. Für die Insider wird der Therapieverzicht auch aus

¹¹³ Lipton, H. L. (1989) Physicians' do-not-resuscitate decisions and documentation in a community hospital. *Qrb Qual Rev Bull* 15 (4) : 108-13.

¹¹⁴ Ausführlicher dazu im Kapitel 4.5

dem Therapieplan ersichtlich: hier sind dann die Verordnungen jeweils deutlich gestrichen oder es ist ein klares Zeichen für »Medikament abgesetzt« eingefügt. Wenn dies bei einem Schwerstkranken dann jeweils lebenserhaltende Medikamente betrifft, dann weiß man, »was man davon zu halten hat«. Diese Art der Absprache scheint in der Regel zu funktionieren.

Aus den Abteilungen und Stationen, wo dokumentiert und insbesondere dort, wo auch schriftlich begründet wird, wurden keinerlei rechtliche Nachteile/Folgen berichtet, im Gegenteil, mit der Dokumentation wurde auch angestrebt, eine Entscheidung zum Therapieverzicht ggf. bei juristischen Nachfragen in ihrer Entwicklung korrekt und nachvollziehbar vorzeigen zu können.

4.5 Ärztliche »Entscheidungsspielräume« bei Entscheidungen zu Therapie und Therapieverzicht

4.5.1 Überblick

*»Wenn Sie Sterbeverläufe und darauf gerichtete Entscheidungen überdenken, haben Sie da persönliche Entscheidungsspielräume?« (Und als Nachfrage wurde hinzugefügt: »Fühlen Sie sich in solchen Situationen manchmal als Herr über Leben und Tod?«)*¹¹⁵

Die Hypothese für diese Frage war, daß dort, wo keine fixierten Regelungen den Arzt oder die Ärztin in ihrem Handeln in Bezug auf eine bestimmte Situation oder ein bestimmtes Ereignis binden, Entscheidungsspielräume auftreten, die vom einzelnen Arzt in Art und Umfang unterschiedlich wahrgenommen und ausgestaltet werden. Bei der Analyse der Antworten wird zunächst deutlich, daß die Formulierung »Entscheidungsspielräume« inhaltlich so wenig einzugrenzen war, wie schon formal das Wort »Spielraum« signalisiert. Entsprechend waren auch die Interpretationen, Bewertungen und Ausführungen der InterviewpartnerInnen dazu nicht einheitlich:

»Der Behandlungsspielraum ist eigentlich relativ klein. Er besteht im wesentlichen darin, daß man einige Medikamente absetzt oder was anderes dazunimmt. Das kommt immer auf die Bewertung an, ob das große oder kleine Spielräume sind.« (2am022/62)

Trotz einer gewissen Uneindeutigkeit in der Formulierung der Frage, wird dem Wort von den InterviewpartnerInnen doch, ohne Schwierigkeiten, ein Sinn zugeordnet und von 68 Interviewten wird die Frage positiv beantwortet, nur sechs von ihnen können für sich keinen Entscheidungsspielraum sehen. In 26 Interviews waren hier die Frage entweder nicht explizit gestellt worden (überwiegend), oder die Interviewten hatten zu diesem Teil der Frage nicht eindeutig Stellung genommen (selten). (siehe Tab.21)

Unterschiede gibt es in der Ausführlichkeit der Antworten: neben einer einfachen Zustimmung oder Ablehnung gibt es auch Beschreibungen von Situationen und Umständen, in denen man mehr oder weniger Entscheidungsspielraum habe. Am häufigsten wird hier z.B. der Notfall benannt, als Situation, in der ein Arzt unter Zeitdruck allein eine Entscheidung über eine Reanimation sowie Umfang und Dauer seiner Bemühungen zu treffen hat.

¹¹⁵ Frage 62 im Interviewleitfaden; die Nachfrage wird im nächsten Abschnitt behandelt.

eigene Entscheidungs-Spielräume bei Therapie(verzichts)entscheidungen haben:

	gesamt (n=100)	Internisten (n=35)	Chirurgen (n=34)	Anästhesisten (n=31)
ja	68	20	23	25
nein	6	1	3	2
k.A.	26	14	8	4

Tabelle 21

4.5.2 Inhaltliche und formale Differenzierung von »Entscheidungsspielraum«

Wichtig ist zunächst, daß die konstatierten Entscheidungsspielräume i.d.R. als *»klein, eng, gering oder minimal«* beurteilt werden. Darüberhinaus wird oft *nach den äußeren Umständen unterschieden* in (größere) Freiräume bei Notfallentscheidungen/ akuten Situationen und/oder als diensthabender Arzt und (kleinere) Freiräume im allgemeinen stationären Ablauf, der eher von kollegial abgesicherten Entscheidungen geprägt ist. Für die Alltagssituation (Stationsarbeit auf Intensiv- oder Normalstation) wird von den meisten ein eher kleiner Entscheidungsspielraum eingeräumt.

»Das ist unterschiedlich - je nachdem, ob es sich um ganz akute Situationen oder langsam ablaufende Prozesse handelt. In der akuten Situation wird die Entscheidung bestimmt durch das, was passiert - beim Prozeß hast du eher die Möglichkeit, mit Überlegungen und Diskussionen im Hintergrund zu entscheiden.« (1am070/62)

»Klar habe ich auch eigene persönliche Entscheidungsspielräume, hauptsächlich in Notfallsituationen oder im Rahmen meiner Dienste, wo halt keine Kollegen da sind, die auf diese Entscheidung Einfluß nehmen könnten, jetzt im Akutfall.« (3am052/62)

Individuelle Entscheidungsspielräume werden bei den jüngeren Assistenten auch deutlich durch das *Prinzip der hierarchischen Absicherung* eingegrenzt. Dieser organisierte Entscheidungsvorbehalt¹¹⁶ hat in der gegebenen Konstellation eine doppelte Wirkung: faktisch wird mit diesem Vorbehalt eine Risikobegrenzung angestrebt, gleichzeitig dient er aber auch der Erhaltung der hierarchischen Struktur in den Arbeitszusammenhängen.

»Entscheidungsspielräume hat man eigentlich nur im Rahmen der festgelegten Marschrichtung. Also, es ist nicht so, daß einer der Diensthabenden die Therapie einstellen oder einfach ändern kann, ohne Rücksprache zu nehmen mit dem jeweiligen Oberarzt bzw. mit dem Chef und denjenigen, die die Richtung festgelegt haben, also ohne Besprechung...« (2bam069/62)

»Ja, ich habe schon Entscheidungsspielräume insbesondere für die Akut-Situationen, aber ich habe meine Entscheidungen im Rahmen der Klinikshierarchie zu vertreten. Ich kann entscheiden über Schmerzmittel oder auch über das Einstellen von Maßnahmen, aber alles, was nicht akut zu entscheiden ist, da wird abgesichert und mit allen Beteiligten gesprochen.« (2am005/62)

»Bei unserem Ausbildungsstand haben wir eigentlich keine Spielräume, arbeiten nur auf Anweisung von oben.« (2bam029/62)

Daß der Ausbildungsstand und der i.d.R. damit verbundene *Stand in der Hierarchie wichtig sind für daß jeweilige Maß der Entscheidungskompetenzen*, bestätigt z.B. auch ein internistischer Chefarzt:

»Es gibt Verläufe, da kann man den Verlauf nicht beeinflussen, aber es gibt auch Verläufe, da kann man ihn verlängern oder verkürzen. Das hängt aber sicherlich auch mit der beruflichen Stellung in einer Abteilung zusammen.« (1cm038/62)

Anästhesisten müssen sich oft auch in *Arbeitsbereichen* bewegen, die ihnen unterschiedliche Grade von Entscheidungskompetenz abverlangen, bzw. zugestehen:

»Ja, aber es ist abhängig vom Arbeitsplatz... Auf der Intensivstation sehr viel, im OP-Saal überhaupt nicht.«

¹¹⁶ siehe dazu auch Kapitel 4.1

(3am030/62)

Entscheidungsspielräume können auch abhängig von *Erkrankungsart und -stadium des jeweiligen Patienten* sein:

»...ich versuche, die Behandlung immer mit den mitbehandelnden Ärzten abzuklären, in Konsens zu setzen. Bei terminalen Karzinompatienten mit großen Schmerzen bin ich praktisch alleinbehandelnder Arzt, habe ich praktisch absoluten Spielraum.« (3cm024/62)

4.5.3 Aktive Gestaltung und Formen der Eingrenzung des »Entscheidungsspielraumes«

Entscheidungsspielräume bei Entscheidungen zu Therapie und Therapieverzicht geben fast alle der dazu befragten Ärzte für sich an. Vielen ist es an dieser Stelle aber gleichzeitig wichtig, zu betonen, daß sie diesen Raum zum einen als sehr eng betrachten und auch eine Begrenzung des ›Spielraumes‹ aktiv in der Absprache mit den Kollegen suchen. Wie schon oben angedeutet geht es also in solchen Fragen um eine inhaltliche Absicherung (sind alle medizinisch-therapeutischen Optionen richtig erkannt, bewertet und ggf. ausgeschöpft?) und um soziale Akzeptanz der gewählten Handlung.

»...wenn ich diensthabender Arzt auf Station bin, habe ich auch die Entscheidungskompetenz, eine Therapie fortzusetzen. Das darf aber nicht als alleinige Entscheidung gewertet werden, das ist immer in Absprache mit den Kollegen. Ich bin da nicht Herrgott. Also, wenn abzusehen ist, daß jemand stirbt, und es kommt im Verlauf noch zu Komplikationen oben drauf, habe ich die Kompetenz zu sagen: jetzt ist gut.« (3bm043/62)

»..einen gewissen Spielraum habe ich, der ist aber im wesentlichen dadurch eingeengt, daß ich mich mit den anderen abstimmen muß. Ich möchte das auch gar nicht alleine entscheiden.« (3bm006/60)

»Ich habe persönliche Entscheidungsspielräume. Wobei das so ist, daß mein Chef Wert darauf legt, daß solche Dinge angesprochen werden - der Chef übernimmt dann die Verantwortung - er sagt, da machen wir nichts mehr. Das wird dann auch in der Kurve festgehalten ...« (2bm094/62)

Entscheidungsspielräume müssen nicht immer direkt in einem selbständigen Handeln umgesetzt werden, auch im *Steuern einer Entscheidungsfindung* finden z.B. zwei chirurgische Assistentinnen ihren Freiraum:

»Meine Entscheidungsspielräume sind eher gering, denn die Entscheidungen liegen ja bei OA und Chef. Aber ich trage die Entscheidungen ja aktiv mit. Ich darf nichts Neues anordnen. Natürlich ist es einfacher, wenn ich etwas ausführen muß, was auch meiner Meinung entspricht. Man kann aber auch Entscheidungen so rauszögern, daß man seine eigene Meinung durchsetzen kann.« (2aw008/62/63)

»..als Stationsärztin habe ich insofern entscheidenden Einfluß auf Therapie und Diagnostik, einfach, indem ich etwas bahne. Im Gespräch mit den Angehörigen und Patienten kann ich bestimmte Sachen vorbringen, andere nicht.« (2aw021/62)

Entscheidungsspielräume können auch durch ein problematisches Umfeld eingeschränkt sein, nämlich dann, wenn es nicht mehr um die richtige Entscheidung geht, sondern primär darum, *wer* sie zu treffen hat:

»Ich habe da persönliche Entscheidungsspielräume, -es sei denn, die Chefs streiten sich.« (2am097/62)

Über eine solche Situation, in der es eigentlich nur noch sekundär um eine für den Patienten adäquate Therapie, bzw. ihre Einstellung ging, und primär um einen Machtkampf zwischen einem Chef und seinem Oberarzt ging, berichtet nur ein einzelner Arzt. Man kann (aufgrund eigener Erfahrungen) vorsichtig vermuten, daß wahrscheinlich mehrere InterviewpartnerInnen ähnliche Erfahrungen haben, sie aber nicht berichteten. Hier zeigt sich sicherlich ein spezifischer methodischer Nachteil von Interviewverfahren: besondere moralische und fachliche Verfehlungen, die, z.B. wie hier, auch das Selbstverständnis des Sprechers beschädigen, werden auch in anonymen Interviews, die aber doch einen offiziellen Charakter (universitäres Forschungsprojekt) haben, ausgeklammert.

4.5.4 Schwierige Ortsbestimmung zwischen (abgelehnter) Macht und (eingestandener) Ohnmacht

Einigen SprecherInnen ist es ein Anliegen, gedanklich genau zu differenzieren zwischen grundsätzlichen *Entscheidungen zwischen Leben und Tod* und der Möglichkeit, den *Sterbezeitpunkt* (um Stunden, u.U. auch Tage) bzw. die direkten *Sterbeumstände* (Schmerzen, Bewußtsein) zu beeinflussen. Ersteres wurde deutlich abgelehnt, letzteres akzeptiert. Man entscheide nicht, *ob* jemand stirbt, sondern höchstens *wie* und *wann*, wobei sich eben dieses *wann* auf einen sehr überschaubaren Zeitraum bei bereits finalen Patienten beziehe. Daß dies ein Gedankenspiel ist, welches sich im beobachtbaren Handeln nicht so ordentlich trennen läßt, wurde manchen InterviewpartnerInnen auch in ihren Formulierungsversuchen deutlich.

»Spielräume meine ich zwischendurch schon zu haben. Ich fühle mich da aber nicht als Herrscher über Leben und Tod, (aber ich weiß, daß meine Entscheidungen schon mal dazu führen können), daß jemand meinerwegen ein paar Tage oder vielleicht mal Wochen eher verstirbt. ... Dann sind es aber Fälle, wo jemand sterbenskrank ist und wo ich mit meinen Maßnahmen nur mehr das Sterben als das Leben verlängere. Und dann bin ich kein Herrscher über Leben und Tod, sondern dann entscheide ich nur, in welcher Form jetzt jemand stirbt ... ich versuche dann eben, richtig zu entscheiden, daß ich jemand nicht leiden lasse und daß ich nicht Sterben verlängere.« (3am054/62)

»Ja, Spielräume hab ich schon, aber das geht nur den Zeitverlauf an. Es geht also um die Frage nur, stirbt er heute oder morgen. Dann auch noch, wie er stirbt. Nicht? - na ja, -da ist das Mördergefühl, du setzt die Minute fest, wo du ein Leben beendest, z.B. setzt du Katecholamine ab, der Blutdruck fällt ab, in den nächsten 2 Stunden ist es dann aus. Dann ist es sehr kühl in mir.« (3bw072/62)

»Also, im großen Rahmen Entscheidungsspielräume empfinde ich auch nicht - weil ich z.T. weisungsgebunden bin durch den Chef - das ist die Frage, wie wichtig das ist, was man da macht. ... Irgendwann sterben die Leute dann ja auch mit der Therapie - das sind mehr Fragen von Aufschieben - das sind keine Ja- versus Nein-Entscheidungen.« (1aw084/62)

»Also, ich denke, ich habe sehr große Entscheidungsspielräume - und das ist de facto so, daß man Herr ist über Leben und Tod. Und das ist nicht gerade angenehm. (N: Worin besteht diese Herrschaft?) Also, letztlich glaube ich ja, daß man das nicht ist. Ob ich reanimiere oder Dopamin gebe, ... und wenn dann jemand trotz aller Maßnahmen wie Intubation, Medikamentengabe, externer Schrittmacher, Operation usw. nicht kommt - dann habe ich doch letztlich selbst das nicht zu entscheiden. Dann ist das eben das Leben. Ich entscheide, ob ich ein total volles Programm fahre oder ein halbes - das entscheide ich. Aber ob das greift, ob das wirkt, das steckt in dem Menschen, in dessen biochemischen und auch psychischen Abläufen.« (1aw066/62)

Gerade im letzten Zitat der internistischen Assistentin wird auch eine häufig anzutreffende Ambivalenz, -wie sie auch besonders (s.u.) in der Nachfrage zu Gefühlen, Herr über Leben und Tod zu sein, deutlich wird-, eindrücklich bezeugt: Sie hat Macht, aber Macht haben und ausüben können empfindet sie nicht als angenehm, eventuell, weil Machtausüben im sozialen Kontext der Krankenversorgung eine nicht gerade positiv besetzte Qualität ist. De facto weiß sie, daß sie doch keine oder nur begrenzte Macht hat, weil sie es letztlich ja nicht vollständig beeinflussen kann, ob ihre Bemühungen auch zum Ziel (hier z.B. Lebensrettung) führen. Eigentlich, so ihre Erfahrung, entscheidet ja »das Leben«, also der Umfang der biochemischen und psychischen Ressourcen, die ein Patient noch in einer prekären Situation mit ärztlicher Unterstützung (re)aktivieren kann. Aber, und hier kehrt sie dann wieder in den eigenen Machtbereich zurück, *wie weit* sie sich in diesem Prozeß engagiert, das entscheidet sie allein. Die beschriebenen Aspekte wie die bewußte Ablehnung von Macht –wegen der damit wahrscheinlich gedanklich verbundenen Gefahr der Willkür–, die kognitive Einsicht in eine faktisch bedingte Ohnmacht, wegen der endlichen Reserven des Patienten, und dem Bewußtsein, daß man als entscheidende/r Ärztin/ Arzt doch eben einen entscheidenden Einfluß auf die weiteren Abläufe nehmen kann, indem man das Maß seines Engagements bestimmt, bleiben aber anscheinend gedanklich eher unvermittelt nebeneinander stehen.

Nur ein anästhesistischer Oberarzt gesteht freimütig ein, ihm gefalle das, er brauche ein gewisses Maß an »entscheidenden Entscheidungen« (3bm086/62), er suche das Setting der akuten

Entscheidungen und Maßnahmen in der Intensivmedizin.

Nur selten wurden extreme Ansichten bez. der eigenen Entscheidungsfreiheiten formuliert. Extrem in der Hinsicht, als daß sie nun als bedrohlich groß (von zwei Anästhesisten) bezeichnet,

»Entscheidungsspielräume? -Ja - bis zu massiven Fehlern.« (3bw019/23)

»...im Rettungsdienst ist der Entscheidungsspielraum manchmal grotesk groß...« (3am076/62)

oder als nicht vorhanden, bzw. reine Illusion (von zwei erfahrenen Chirurgen, einem Oberarzt und einem Assistenten/ Facharzt) eingestuft wurden:

»Nur vermeintliche Spielräume... Wenn ich Kardiaka usw. absetze, meine ich, eine Entscheidung getroffen zu haben, aber das sind nur Momentaufnahmen, denn ich weiß gar nicht, ob das auch Einfluß hat. Ich glaube, man macht sich da etwas vor, es ist die Illusion einer Entscheidung.« (2am017/62)

Entscheidungsspielräume: »Nee - kategorisch nein! Ich gehe grundsätzlich davon aus, daß wir nur in extrem seltenen Fällen Lebensverlängerungen wirklich machen. ...« (3bm079/62)

4.5.5 Entscheidungsspielräume gestalten

Hier gab es eigentlich nur ein Beispiel von einer anästhesistischen Oberärztin, die bewußt ihren Freiraum bez. Entscheidungen zum Therapieverzicht auch für seine Durchführung nutzt und darüber berichtet. Sie nutzt hier ihren Freiraum, nicht nur zu entscheiden, sondern auch dafür, die Verantwortung für die Konsequenzen einer solchen (unangenehmen) Entscheidung mitzutragen und auch den Angehörigen gegenüber zu vertreten.

»Wenn eine Entscheidung gefallen ist hinsichtlich Therapieminimierung, und es ist Wochenende, aber nicht genau vorausszusehen, wann es soweit ist, dann kommt es schon vor, daß ich das Beatmungsgerät umdrehe auf 21% Sauerstoff, um eine Entscheidung noch vor der Nacht zu erreichen. Damit erspare ich dem Pflegepersonal, dem Patienten und mir eine quälende Nacht. Ich gehe nicht gern nach Haus und lasse da einen Studenten stehen. Wenn die Angehörigen da waren, dann sagen wir schon, wir machen jetzt ein Ende, ein weiteres Leiden wollen wir nicht antun, weder dem Patienten, dem Pflegepersonal, noch den Angehörigen und auch nicht mir. Man kann dann wissen, es ist in der nächsten halben Stunde vorbei, ich gehe dann nicht weg. Ich möchte da auf Nummer Sicher gehen, falls es da noch Restformen von Empfindungen gibt. Ich möchte in der Situation auch nicht allein sein, ich denke, daß ist ein Minimalbedürfnis jedes Menschen.« (3bw059/62)

Es ist sehr wahrscheinlich, daß andere Ärzte ähnlich handeln, wie auch aus den von ihnen an anderen Stellen des Interviews angeführten Fallbeispielen teilweise deutlich wird. Sie vermitteln jedoch nicht wie diese Oberärztin hier, daß sie ein solches Setting auch bewußt gestalten.

Um die Weite der Entscheidungsräume und eventuell damit verbundene Machtgefühle inhaltlich noch etwas ab- und einzugrenzen, stellten wir noch die bereits o.g. Nachfrage zum -»Herrn über Leben und Tod«-, sie soll im folgenden Abschnitt behandelt werden.

4.6 »Entscheidungsspielräume« und das Gefühl, HerrIn über Leben und Tod zu sein

4.6.1 Zur Fragestellung

»Fühlen Sie sich in solchen Situationen manchmal als 'Herr/in über Leben und Tod'?« war die etwas provokante Zuspitzung der zuvor behandelten Frage. Es war uns bei der Konstruktion der Frage klar, daß wir hier möglicherweise auf »ein billiges Klischee« von ärztlicher Omnipotenz anspielten. Trotzdem hielten wir dieses Bild für wirkungsvoll genug, eine Stellungnahme zu den eigenen Machtvorstellungen und -phantasien bzw. den Grenzen der Einflußnahme auf Krankheitsverläufe, bei unseren InterviewpartnerInnen hervorzulocken. Andererseits war das Bild auch so abgegriffen und unattraktiv, vielleicht auch manchmal peinlich, daß es in jedem dritten Interview anscheinend der Zensur der InterviewerInnen zum Opfer fiel; ob dies nun vorwiegend aus inhaltlichen und/ oder zeitlichen Gründen geschah, muß an dieser Stelle offen bleiben. Festzuhalten bleibt nur, daß dies bei Internisten und Chirurgen -im Gegensatz zu den befragten Anästhesisten- fast doppelt so häufig vorkam.

Insgesamt 67 der befragten Ärztinnen und Ärzte gaben Auskunft zu der Frage »Fühlen Sie sich in solchen Situationen manchmal als 'Herr/in über Leben und Tod'?« (Verteilung siehe Tab. 22)

Gefühl, in den eigenen Entscheidungen auch HerrIn über Leben und Tod zu sein

	gesamt	Internisten (n=35)	Chirurgen (n=34)	Anästhesisten (n=31)
ja	33	13	10	10
nein	34	8	12	14
k.A.	33	14	12	7

Tabelle 22

Die hier vorgenommene Einteilung der Antworten in ein einfaches Ja - Nein - Schema, also Zustimmung zum Statement oder seine Ablehnung, kann nur einen ersten Überblick über die Tendenz der Antworten geben. Denn nur zwei der Antwortenden gaben eine einfache glatte Zustimmung, alle anderen (65) erläuterten ihre Zustimmung oder Ablehnung meist relativ ausführlich. Dabei waren die Zustimmungen kein glattes »Ja plus Erklärung«, sondern fast ausschließlich ein relativierendes »Ja, aber«, und dies nicht gefolgt von einer Erklärung des »ja«, sondern einer Erläuterung des »aber«. Ebenfalls war das »Nein«, man fühle sich nicht als Herr/in über Leben und Tod, von einer Erklärung begleitet.

Fünf der Befragten äußerten sich in ihrer Antwort auch ablehnend über die Formulierung »Herr/in über Leben und Tod«, in dem Sinne, daß sie »unpassend« sei, ein »Schlagwort, daß der Situation nicht gerecht« werde, man diesen »Omnipotenzschmalz ablehne«, oder es eine Formulierung sei, mit der man sich »nicht identifizieren« könne. Daß dies so explizit nicht häufiger vorkam, wird möglicherweise in der Tatsache begründet liegen, daß die Formulierung bereits von den InterviewerInnen mit einer gewissen kritischen Distanz benutzt wurde, entsprechend dem Interviewleitfaden, wo sie von uns in Anführungszeichen gesetzt war. Insofern war hier bereits stimmungsmäßig durch den/ die InterviewerIn vermittelt: diese Formulierung eines Bildes ist zwar nicht so ganz treffend, aber vielleicht können Sie ja doch etwas dazu assoziieren.

4.6.2 Wann und wo ist man 'HerrIn über Leben und Tod'?

Die *Situationen* in denen solche Gefühle auftauchen werden von zehn Antwortenden näher beschrieben: Es sind die Akut- und Reanimationssituationen im Rettungsdienst und während der Nachtdienste, also die Situationen, in denen man sich weitestgehend auf sich allein gestellt fühlt.

Herr über Leben und Tod: »... in gewisser Weise im Rettungsdienst, hier ist der Entscheidungsspielraum manchmal grotesk groß. Weniger auf der Intensivstat., weil hier die Entscheidungsstrukturen nach hierarchischen Gesichtspunkten organisiert sind.« (3am076/62)

»In der Herzchirurgie ... da kamen die Patienten direkt von der Reanimation rein in den OP, dann bist du in den nächsten zehn Minuten, derjenige, der über ein Leben entscheidet.« (2am026/62)

»Es gibt manche Situationen in der Nachtschicht, da hab ich mich so gefühlt. Auch bezügl. der Freiheit ‚nein‘ sagen zu können.« (3aw089/62)

»... als Herrin über Leben und Tod habe ich mich nur in Situationen gefühlt, wo ich zu akuten Situationen gerufen wurde und zwischen ja und nein entscheiden mußte, also ob reanimiert werden soll oder nicht. ... « (1aw078/62)

Machtgefühle können aber auch erst ein Produkt der Reflexion sein:

»... In der Akutsituation nicht. Hinterher kommt mir so die Überlegung, daß es eigentlich ganz schön pervers ist, was ich da machen kann. Also das ist schon so ein Gedanke, der mir da häufig kommt, daß ich jetzt jemand bin, der da entschieden hat, was nun weiter passiert.« (3am052/62)

Aus den Antworten ließen sich zwei Argumentgruppen identifizieren: Ein »Nein« in Form einer begründeten Ablehnung und ein »Ja« mit einer eingeschränkten Zustimmung. Sie sollen im folgenden ausführlicher dargestellt werden.

4.6.3 »Nein, so fühle ich mich nicht, weil...«

Zunächst geben gerade die ablehnenden Formulierungen interessante Aufschlüsse über die Konnotationen der Formulierung »Herr/in über Leben und Tod«. Vorrangig geht es dabei um persönliche Willkürakte wie Apparate abschalten und andere Menschen willentlich um Jahre ihres Lebens berauben, also um große unkontrollierte Entscheidungs- und Handlungsspielräume, die keiner rationalen Kontrolle unterliegen (weder extern, noch intern durch eigene moralische Gefühle) und deren Nutzung auch lustbetonte, sadistische Elemente hat. Das Bild »Herr über Leben und Tod« ist auch verknüpft mit der kühlen Geste des Imperators, der nach Belieben den Daumen nach oben oder unten wendet. Solche Entscheidungsspielräume werden abgelehnt oder auch als nicht vorhanden bezeichnet. Im letzteren Falle werden die eigenen Möglichkeiten des Eingreifens als sehr gering beschrieben, insbesondere bezüglich der unerwünschten Form, nämlich den Tod des Patienten eventuell zu verursachen oder zu beschleunigen. Diese Argumente führen u.U. bis zur *Verleugnung der eigenen Handlungspotentiale*, können sich aber auch höchst ambivalent darstellen, zum Beispiel in die Vorstellung münden, daß man ja nur sehr kleine Schritte mache, die sehr unwesentlich für den Fortgang des Ganzen seien:

»Eigentlich nicht, denn so entscheidend sind die kleinen Schritte nicht, ich habe noch nie Schicksal gespielt.« (2aw021/63)

Herr über Leben und Tod: »... es geht um den Zeitpunkt. Ich habe auch schon durch medizinische Maßnahmen unmittelbar einen Tod herbeigeführt, darf man das Herrschaft nennen? Aber warum ich sage: Ich fühle mich nicht so, ich versuche, das nicht willkürlich zu machen, sondern versuche es, an ganz, ganz vielen Situationen festzumachen. Ganz einfaches Beispiel: Ich könnte jetzt mit Ihnen runtergehen auf Intensivstation und dort entscheiden: Bei dem und dem Patienten wird jetzt überhaupt nichts mehr gemacht. Und innerhalb von 2 Stunden wäre dieser Patient tot. Da könnte keiner etwas gegen tun, das wäre meine alleinige Entscheidung. Wahrscheinlich würden sie sich etwas wundern, weil ich das sonst nicht tue. Ich hätte es nie getan, aber ich könnte es.« (3bm048/62)

Dieser Oberarzt betont, daß nicht die Macht als solche, sondern die Kontrolle über die Macht das Entscheidende in seinem Handeln ist, um dann allerdings das Bild einer völlig unkontrol-

lierten Machtentfaltung vorzuführen: Niemand (auf der Intensivstation) würde sich ihm entgegenstellen, »...die würden sich nur etwas wundern«, wenn er plötzlich willkürliche Anordnungen treffen würde.

»Ich fühle mich nicht als Herr über Leben und Tod - ... mehr als ein Rädchen ... wenn auch nicht so ganz unwichtig - aber da ist eher eine Erleichterung, eine Situation gut bewältigt zu haben. Es könnte eine Besonderheit der Internisten sein, weil Eingriffe bei uns nicht so dramatisch sind.« (1am083/62)

Der internistische Assistent projiziert seine Machtphantasien (wahrscheinlich) auf die chirurgischen Kollegen, denen er dramatischere Heldentaten unterstellt, während er selbst nur ein Rad im Lauf der Dinge ist, allerdings eines, welches weiß, wie groß es ist, und daß es auch blockieren kann.

»Ich sehe mich nicht als Herr über Leben und Tod - es ist ja doch im Grunde ein natürlicher Verlauf, den ich nicht wesentlich aufhalten will und kann. Umgekehrt würde ich aber einem Apalliker nicht die Maschine abstellen.« (2am088/62)

Dieser Assistent verbirgt seine Machtgefühle hinter der noch mächtigeren Natur, aber er ist sich dessen bewußt, daß er entscheidet, ob er sie aufhalten will, er kann nicht entscheiden, ob er sie auch aufhalten kann.

Überlagert ist das Aufkommen von Herrschaftsgefühlen auch von der *Angst*, Fehlentscheidungen zu treffen und/ oder *fehlerhaft zum Nachteil des Patienten zu handeln*, also den eigenen Verpflichtungen nicht gerecht zu werden.

»Herr über Leben und Tod, - nein, ich habe nur Angst, daß ich das Falsche tue.« (1am010/62)

Dementsprechend werden *keine Triumphgefühle, sondern Gefühle der Erleichterung* wahrgenommen, wenn man sich dann endlich in einer sehr schwierigen Situation zu einer Entscheidung/ einem Handeln durchgerungen hat, und sich die Situation dann auch erwartungsgemäß entwickelt hat. Die Machtgefühle sind deutlich überformt von der als Bürde empfundenen Verantwortung.

»Um Gottes willen! Sie fragen ja Sachen! Ich denke da viel eher: 'Oh Gott, jetzt hängt alles an mir, jetzt darf ich nichts falsch machen'. Natürlich bin ich stolz, freue mich, wenn's gut gelaufen ist.« (1aw015/62)

Beschrieben wird in diesem Zusammenhang auch die *eigene Bewertung der ärztlichen Aufgaben*: man habe eben letztlich keine Macht über Leben oder Sterben zu entscheiden, und wenn ein Mensch sterben würde, könne man vielleicht bezüglich des Sterbezeitpunktes noch über ein »jetzt oder später« mitbestimmen - oder dies zumindest versuchen -, aber im Prinzip habe man doch nur die Möglichkeit, das Sterben erträglicher zu machen.¹¹⁷

»Nein.... Diese Formulierung ist überhaupt nicht gut, denn es geht hier nicht um die Frage von Leben und Tod, ... sondern um ein »jetzt« oder »später« - um human sterben oder quälend sterben.« (3am030/62)

»Ich sage nein, ..., denn, wenn wir eine Therapie nicht verlängern, sind sozusagen die Würfel schon früher gefallen. Ich bin höchstens Herr über den Zeitpunkt des Todes, nicht über Leben und Tod.« (3bm043/62a)

Alles andere seien in diesen *terminalen Situationen* doch nur vermeintliche Einflüsse, die Grenzen auf die man treffe, seien die Grenzen, die die Natur dem Menschen setzt und dies sind spätestens auch die Grenzen der Medizin und ihre Eingriffsmöglichkeiten. Man mache eher die *Erfahrungen mit der Insuffizienz und nicht mit der Omnipotenz der Mittel*.

»Das würde ich nicht so sehen, daß man sich als Herr über Leben und Tod fühlt, sondern, daß man auf Grenzen der Medizin trifft, wo man durch Apparate und Medikamente Leben aufrechterhalten kann oder nicht.« (2am022/62)

»Herr über Leben und Tod« würde sehr weite Entscheidungsspielräume voraussetzen, die real nicht vorhanden sind.« (2am080/62)

»Nee - kategorisch nein! Ich gehe grundsätzlich davon aus, daß wir nur in extrem seltenen Fällen Lebensverlänge-

117 s.a. Abschnitt 4.5.4

rungen wirklich machen. Es sterben uns einfach zu viele Leute, und nicht umgekehrt. Wir sind häufig insuffizient, von den Kenntnissen her, unfähig zur Verlängerung. Die Kernfrage ist doch die: 'Warum haben wir es nicht geschafft, den Menschen zurückzuholen ins erlebbare Leben und gleichzeitig das Leben angenehm zu machen?' Von wegen Herr über Leben und Tod!« (3bm079/62)

Das Ideal, von dem, was Medizin können sollte, geht bei diesem Oberarzt weit über sein reales Bild der Medizin hinaus.

»Nee, auch sonst nicht. Vieles, von dem wir meinen, liegt gar nicht in unserer Hand. Was wir uns da manchmal zugute halten, da wäre mancher Patient auch sonst gesund geworden.« (3bw059/62)

Und hier bei einer anderen Oberärztin der Anästhesie das gleichermaßen untertreibende Gegenbild: Die Medizin ist ganz klein und kann ihre Wirkungen noch nicht einmal richtig kontrollieren.

»Nein, Herr über Leben und Tod, habe ich mich nie gefühlt, im Gegenteil, ich habe vielmehr das Gefühl, daß wir sehr klein sind und nur menschliche Entscheidungen treffen können. Ich sage schon mal zu Patienten: 'Vor Ihrer Situation komme ich mir vor wie ein Kind, wir müssen gemeinsam eine Entscheidung finden. Ich kann nicht entscheiden.'« (2cm037/61)

Ein sehr persönliches Statement, er sucht die gemeinsame Entscheidung mit dem Patienten. Er macht sich in dem Moment, wo die Medizin nicht mehr greifen kann, als Arzt ganz klein (»...wie ein Kind«), eventuell auch eine Möglichkeit, die übernommene Verantwortung dem Patienten auch wieder zurückzugeben.

»Nein -ich fühle mich nicht als »Herrchen über Leben und Tod«. (N: Was begrenzt denn Ihre Entscheidungsspielräume?) Ich weiß es nicht - die Natur - oder der Mensch selber - oder irgendwas außerhalb von mir. (N: Ist das eine spezifische Moral?) Ich denke, ich kann auch Gott für Vater halten -ich finds aber ganz gut mit der Begrenzung. Vielleicht liegen die Grundlagen auch bei mir und meinem Gewissen. Zu den Regeln der Kunst gehört auch die Kenntnis der Grenzen der Kunst. Das ist wie ein Mosaikbild. Ich glaub jedenfalls nicht an die unendlichen Möglichkeiten der Medizin. Zur Kunst gehört auch das Überschaun des Machbaren - der eigenen Fähigkeiten und was sinnvoll ist, ohne den Patienten über Gebühren zu strapazieren.« (1aw073/62)

4.6.4 »Ja, ich fühle mich schon manchmal so, aber...«

Positive Beschreibungen der eigenen Machtpotentiale sind rar:

»... natürlich habe ich in der Hand, mit welchen Medikamenten ich einen Patienten entweder nur seine Schmerzen nehme oder ihn in die Atemdepression bringe - und weil ich auch die Zeit bestimmen kann.« (1am051/62)

»... Ich denke auch, daß ich OP-Entscheidungen schon beeinflussen kann und daß damit durchaus auch in vielen Fällen nicht nur das Sterben beeinflußt wird, sondern das Sterben auch zunächstmal abgewendet wird.« (2am090/62)

Therapeutische und teilweise diagnostische Interventionen haben ein doppeltes Potential, sie können ihr helfendes Ziel erreichen oder auch verfehlen. Verfehlen sie es und der Patient stirbt, oder erleidet schwere Komplikationen mit bleibenden Folgen, so hätte er ohne die ärztliche Intervention mit dem Spontanverlauf seiner Erkrankung unter Umständen noch länger oder besser leben können. In dieser Gefahr steht das ärztliche Handeln gerade an der Grenze des medizinisch Möglichen sehr häufig.

»Herr über Leben und Tod fühle ich mich weniger, naja, schon etwas, ich gehe das Risiko ein, für jemanden etwas lebensverkürzend zu sein. (*Überlegt/ Pause*) Nein, bin ich eigentlich doch. In der NCH werden uns aus anderen Kliniken Patienten vorgestellt, da rufe ich dann noch nicht einmal mehr den Hintergrunddienst an, da entscheide ich, daß der stirbt. Nach außen sieht das so aus, obwohl ich eigentlich nur entscheide, daß man nichts mehr operieren kann.« (2aam035/62)

Dieser junge Neurochirurg definiert für sich, daß seine Möglichkeiten, Herr über Leben und Tod zu sein, darin besteht, falsch zu handeln (falsche Indikation, fehlerhafte Ausführung) oder gar nicht zu handeln (keine Indikation zum Handeln zu stellen). Letzteres, da er es alleine verantworten kann und keine absichernde Rücksprache mit Vorgesetzten zu nehmen hat, birgt für ihn emotional die Gefahr der Willkür, die er allerdings gebannt sieht, weil er nur den Lauf (oder

die Vorgaben) der Natur bestätigt. Aber dies macht er allein verantwortlich und definitiv - zumindest für seine Klinik.

InterviewpartnerInnen, die eine zustimmende Antwort formulierten, schlossen hier oft eine Beschreibung der Situation (s.o. Notfall/ lebensrettende Maßnahmen), in der sie solche *Gefühle* hätten, und fast immer auch eine relativierende Erklärung an. Dabei wird betont, daß man diese Rolle gewiß nicht suche und lieber gemeinsam mit Kollegen entscheide. Auch, daß man sich in der Situation selbst oder anschließend sehr unwohl fühle, es einem unheimlich zu Mute sei und man sich insgesamt durch solche Situationen und Erlebnisse eher belastet fühle.

»Denk ich ja, - nur es ist häufig das Gefühl negativ, wo es um Tod geht.« (3am046/62)

»... Ich empfinde es eher belastend in einer solchen Situation, Entscheidungen dieser Art allein treffen zu müssen, ohne darüber vorher ein Gespräch mit Kollegen führen zu können.« (3bm053/62)

»'Herr über Leben und Tod' ... ein sehr ungutes Gefühl ...« (1am051/62)

»'Herr über Leben und Tod' - ja - im negativen Sinne, eher so ein unheimlicher Beigeschmack in einer solchen Situation.« (1cm038/62)

Nur eine Oberärztin formuliert:

»Ja, man fühlt sich so, aber man ist es ja nicht...« (2abw047/62)

alle anderen behaupten tendenziell, »ich bin es manchmal, aber ich fühle mich nicht so«, bzw. wenn, dann nur mit einem »unheimlichen Beigeschmack« oder einem unwohligen Gefühl dabei. Trotz der faktischen Zustimmung wird auch hier emotionale Ablehnung formuliert. Die Begründungen sind den oben behandelten Ablehnungen (siehe Abschnitt 4.6.3) sehr ähnlich. Oft werden die Machtgefühle erst in der kognitiven und emotionalen Retrospektive deutlich, in der Akutsituation werden sie verdrängt. Dies ist eine wichtige und angemessene Verdrängungsleistung, um überhaupt handlungsfähig zu sein.

»... In der Akutsituation nicht. Hinterher kommt mir so die Überlegung, daß es eigentlich ganz schön pervers ist, was ich da machen kann. Also das ist schon so ein Gedanke, der mir da häufig kommt, daß ich jetzt jemand bin, der da entschieden hat, was nun weiter passiert.« (3am052/62)

»Eher hinterher, wenn ich mich frage, ob ich richtig gehandelt habe.« (3am027/62)

»Ja - so ist es schon manchmal - das kommt mir manchmal auch komisch vor. ... daß man diese Entscheidung in der Hand hat - das war früher noch mehr so. Das ist manchmal schon sehr merkwürdig - als Zivilist gilt man nichts, aber wenn man dann im weißen Kittel ins Zimmer kommt, dann bestimmt man bei einem 80-jährigen, der zwei Weltkriege überlebt hat, was zu tun ist und was nicht. Das ist schon eigenartig.« (2am096/62)

Dieser junge Chirurg verbindet in seiner Phantasie seine ärztliche Entscheidungsbefugnis mit aggressiven kriegerischen Bildern: Sein weißer Kittel ist eine Militäruniform (Gegenbild: »Zivilist«), und seine Statusmacht ist so groß, daß sie einen (tapferen) Veteranen zweier Weltkriege zum Tode bestimmen kann. Dieses Bild ist ihm aber selbst auch sehr suspekt.

Auch hier bei denen, die eine Entscheidungsmacht zugestehen, sind die Angst, Fehler zu machen und der empfundene *Verantwortungsdruck* wichtige Erfahrungen, die einen möglichen Lustgewinn in diesen Entscheidungssituationen verhindern:

»Ich habe überhaupt keine Freude und keinen persönlichen Lustgewinn daran, mich in so einer Situation so zu empfinden. Wenngleich es oft leider so ist, daß ich eben entscheiden muß, in einer kritischen Situation als Hintergrund habender Oberarzt, machen wir weiter oder wie sollen wir uns verhalten. Da sind eben manchmal wirklich auch Minutenentscheidungen gefragt.« (1bm050/62)

»Ja- das ist aber eher ein unangenehmes Gefühl. Das ist eher Angst, was gemacht zu haben, eingegriffen zu haben und evtl. verkürzt zu haben mit falscher Entscheidung oder Handeln. Bei mir macht sich das dann häufiger mit Einschlafstörungen bemerkbar. Ganz schlimm ist es auch bei Nachtdiensten, wenn man da hundert Mal rausgeklingelt wird, ich weiß nicht, ob das Gehirn da noch kritisch genug ist. Manchmal bin ich auch schlecht ausgeschlafen, weil ich auf einer Fete war oder Ärger zu Hause hatte. ...« (1am062/62)

»Eigentlich nein, manchmal aber doch, jedenfalls wenn es um meine iatrogenen Fehler geht. ... nicht so sehr Herr über Leben und Tod, aber doch Knecht des Todes.« (3am077/62)

»Unangenehm ja. Es ist mir unangenehm, die Entscheidung zu treffen: jemand wird sterben. Es besteht ja rein theoretisch immer die Möglichkeit, daß man sich täuscht. Deswegen bin ich froh um jede Situation, wo ich diese Entscheidung nicht zu treffen brauche.« (3am040/62)

Eine Lösung wird im Delegieren oder im Teilen der Verantwortung gesucht.

4.6.5 Zusammenfassung

Als HerrscherIn über Leben und Tod im plakativen Sinne, wie ein römischer Imperator o.ä. fühlt sich - wie zu vermuten war - keine/r der befragten Ärzte und Ärztinnen und diese Konnotation des Bildes wird klar abgelehnt. Die Antworten verdeutlichen eher ein differenziertes Bewußtsein um die Problematik der Willkür und einen reflektierten Umgang mit den eigenen Entscheidungen und Handlungsmöglichkeiten.

Als wichtige »Herrschaftsinstrumente« lassen sich aus den Antworten das detaillierte *Wissen um den Faktor Zeit und um die Macht der Zuteilung von personellen und materiellen Ressourcen* erkennen. Zeit ist ein mächtiger Faktor in der Medizin und im ärztlichen Handeln oder Nicht-handeln ist sie ein echter Machtfaktor. Zeit ist (nicht nur) in der Hand des Mediziners ein Instrument des Handelns (genauso wie vielleicht eine Spritze, ein Skalpell oder seine Hände etc.), nur ist sie als eigentliches Machtinstrument –oft sogar für sie oder ihn selbst– schwer zu erkennen. Die Verführung, die Macht der Zeit zu übersehen, liegt in ihrer Universalität und gleichsam Neutralität begründet. Sie ist in der Medizin immer schon als Faktor gegeben, begründet in der Endlichkeit des menschlichen Organismus. In der Situation der Lebensrettung (z.B. Reanimation) ist sie den ÄrztInnen »als Gegner« deutlich (»der Kampf gegen die Zeit«); weniger klar ist ihnen die Macht des Faktors Zeit in solchen Situationen, wenn sie ihn z.B. benutzen, ihren eigenen Einsatz zu limitieren (z.B. hier reanimiere ich nur noch fünf Minuten, wenn der Patient dann »nicht kommt«, höre ich auf ...), Entscheidungen und damit verknüpftes Handeln oder Nichthandeln hinauszuzögern, zu vertagen oder auch zu forcieren.

Ähnliches trifft auch für die Zuteilung von Ressourcen und Leistungen zu: Diagnosen und Statusbeschreibungen (Erkrankungsstadium) sind die Voraussetzung, bestimmte Leistungen zu veranlassen oder auch ihren Einsatz zu verweigern.

Die Differenz zwischen »begründeter Ablehnung« und »bedingter Zustimmung« zum Statement »Herr/in über Leben und Tod in Entscheidungssituationen zu sein«, ist eher eine formale und betrifft das Argumentationsmuster. Inhaltlich ist eine solche Ja-Nein-Polarisierung nicht aufrechtzuerhalten. Das 'begründete Nein' der ersten Gruppe ist ein »emotional gewolltes Nein«, welches aber in der Argumentation kaum schlüssig mit Fakten belegt wird. Sie geben auf das Statement eine indirekte Zustimmung, bestreiten aber das von ihnen emotional und politisch negativ besetzte Machtgefühl. Auch diejenigen, die sich ihre Machtgefühle offen eingestehen, tun dies mit einer kritischen emotionalen Distanz.

4.7 Halbherzigkeiten in den Therapieentscheidungen und im Handeln

4.7.1 Überblick

Entscheidungen zum Therapieverzicht sind mit dem Risiko der Fehlentscheidung zum Nachteil eines Menschen(lebens) behaftet. Gegenüber Entscheidungen mit möglicherweise negativen Folgen für einen Anderen, für die man erkennbar verantwortlich ist, besteht ein starke Ausweichtendenz (*omission bias*). Eine Form eines solchen Ausweichens sind auch halbherzige Entscheidungen für Therapie oder auch zum Verzicht darauf. Wir fragten unsere InterviewpartnerInnen: »Kennen Sie das Phänomen halbherziger Entscheidungen beim Therapieverzicht?

Wie häufig und wann wird das gemacht?». ¹¹⁸ Etwa ein Drittel (ges. Antworten: 94/ 6 k.A.) bestätigten dies und begründeten ihr Verhalten mit der Angst vor der Verantwortung, die sie für eine solche definitive Entscheidung zum Therapieverzicht dann auch übernehmen müßten. Sie wollen diese Verantwortung nicht tragen, oder sie glauben, emotional damit überfordert zu sein. Die Angst vor der Unumkehrbarkeit einer solchen Entscheidung, wird als als Hauptursache für –wie es die interviewten ÄrztInnen in ihren Worten sehr treffend beschrieben– »halbherzige Therapie«, »Alibitherapie«, »Abwartendes Hintergehen«, oder »einfach ein bißchen Weitermachen«, genannt. (Tab. 23)

Kaum seltener als Angst, wird als Begründung für halbherzige Entscheidungen auch die Unsicherheit über die ausreichende diagnostische Abklärung und besonders über die Prognose der Erkrankung beim jeweiligen Patienten angeführt. Mit medizinisch faktischer Ungewißheit argumentiert jeder dritte Assistent und auch noch jeder vierte leitende Arzt. Von einem leitenden Arzt wurde dies auch sehr grundsätzlich formuliert: »Vieles in der Intensivmedizin ist probatorisch, Sie können es auch *halbherzig* nennen.« (3cm034)

Nur eine kleine Gruppe (9 Pers.) gibt an, daß halbherzige Entscheidungen beim Therapieverzicht in ihrem Arbeitsbereich nicht vorkommen. Die, die ihre Ablehnung hier erläutern, betonen den Zwang: entschieden wird, weil entschieden werden muß.

»...als Chirurg habe ich gelernt, keine halbherzigen Entscheidungen zu treffen... man wird ja geschult, um Entscheidungen zu treffen.« (2cm037/64)

»So ist es in der Klinik eigentlich nicht zugelassen. Da ist immer einer, der meint, zack, es muß entschieden werden. Solche gibt es in jeder Klinik.« (1am074 /64)

Halbherzigkeiten beim Therapieverzicht:

	gesamt: 94	Internisten	Chirurgen	Anästhesisten
gibt es, kommen vor	85 (94)	29 (35)	31 (34)	25 (31)
Assistenten (Anzahl)	61 (68)	22 (25)	25 (26)	14 (17)
Oberärzte/ Chefs (Anzahl)	24 (32)	7 (10)	6 (8)	11 (14)
gibt es nicht, kommen nicht vor	9	3	3	3
Assistenten	6	2	2	2
Oberärzte/ Chefs	3	1	1	1

Tabelle 23

Die Gründe für halbherzige Therapie liegen bei den ÄrztInnen nur zum Teil auf einer medizinisch-fachlichen Ebene; vorwiegend werden Gründe angegeben, die sie in ihrer Persönlichkeit, im eigenen Verhältnis zu den Möglichkeiten der Medizin und in der Beziehung zum Patienten und seinen Angehörigen sehen. Unsicherheit, Zaghaftigkeit und zeitliches Verzögern sind hier seltener Probleme der theoretischen Kompetenz als vielmehr solche der Umsetzung ins Faktische; sie haben das Problem, die erkannten logischen Konsequenzen in ein praktisches Handeln umzusetzen.

Der Hauptpunkt, um den sich dann alle Rechtfertigungen halbherziger Therapiefortsetzung gruppieren, ist die Schwierigkeit, den Übergang des Patienten *zum Sterben* zu bestimmen, ihn zu einem Sterbenden zu erklären. Halbherziges Therapieren ist hier auch der Versuch, –mit Kompromissen– Schonfristen für die Überlebenden einzubauen. Die faktischen Uneindeutigkeiten werden auch benutzt (vorgeschoben), um mit der eigenen Angst vor einer vermeintlichen fachlichen Unzulänglichkeit und/ oder emotional vor dem Verlassenwerden fertig zu werden. Vom Patienten und seinen Wünschen wird in diesem Zusammenhang nur einmal gesprochen.

Die Entscheidung als solche, keine weiteren Therapieversuche mehr zu unternehmen, bzw. das Leben des Patienten nicht mehr mit medizinischen Mitteln zu verlängern, ist auch öfters von

¹¹⁸ Frage 64 im Interviewleitfaden

Schuldgefühlen -»weil ich nichts mehr zu geben habe«-, dem Patienten, den Angehörigen, sich selbst, den Kollegen und auch der medizinischen Wissenschaft gegenüber, begleitet.

4.7.2 Erscheinungsformen

Halbherzige Therapieentscheidungen sind in der Praxis unterschiedlich, sie manifestieren sich in folgenden Erscheinungsformen:

Entscheidungen werden hinausgezögert, (1) bis sich physiologische Fakten (trotz Therapie) einstellen, die eine weitere Therapie erübrigen, (2) indem man z.B. strategisch die Entscheidung vertagt, und (3) möglichst kleine (1-3 Tage) Beobachtungszeiträume wählt, und schaut, ob sich der Patient in bestimmten pathophysiologischen Werten noch verändert.

»Halbherzige Entscheidungen sind hier manchmal so Zeitverschiebungen: heute abend guckt man bis Freitag, am Freitag bis Montag usw..« (3am040/64)

(4) Werden der Einsatz von Reanimationsmaßnahmen (bei einem -nächsten- Herzstillstand) oder ein eventuell notwendiges Nierenersatzverfahren ausgeschlossen, bei ansonsten voll weiterlaufender Intensivbehandlung. Es werden also keine Maßnahmen eingestellt, aber bei massiver Verschlechterung des Zustandes ist eine weitere Eskalation der Mittel nicht mehr vorgesehen.

»...so Zwischenwege, wo man sagen würde, man würde ihm kein Nierenersatzverfahren zukommen lassen, aber man behandelt ihn durchaus so weiter. Das ist dann schon halbherzig ... Das wird dann gemacht, wenn man z.B. aktiv eine Behandlung nicht beenden will, aber der Patient von seinem ganzen Verlauf her eigentlich stagniert und keinerlei Tendenz zur Verbesserung zeigt oder gar eine Tendenz zur Verschlechterung.« (3bm006/64)

(5) In der Situation des Notfalls wird nicht auf eine Reanimation verzichtet, sondern doch noch »ein bißchen reanimiert«. So wird z.B. bei einem Kammerflimmern nur noch ein präkordialer Faustschlag probiert, wenn der ohne Erfolg bleibt aber eine Reanimation mit Defibrillation nicht mehr begonnen. Oder, es wird nur noch eine begrenzte Zeit (5 Minuten) reanimiert, –u.U. obwohl man sich Gegenteiliges vorgenommen hatte. (6) Auch im Notarzteinsatz gibt es Situationen, in denen es schwer fällt, z.B. den umstehenden Angehörigen zu sagen, daß Reanimationsbemühungen aussichtslos sind, daß man nicht mehr helfen kann, und statt dessen doch noch aktiv wird, um den Anschein der Bemühung zu wahren.

»Ja, wo man sagt, der wird nicht reanimiert, aber er wird weiterbeatmet und kriegt Katecholamine. Das gibt es häufiger.... Das ist eine gewisse Unsicherheit, man weiß eben nicht, wie sich der weitere Verlauf eines Patienten entwickeln wird.« (2bam100/64)

»...aber unsicher ist, beginnt, .. und schon bei den ersten Ansätzen der Reanimation bemerkt, du hattest dir ja eigentlich vorgenommen, daß das jemand ist, den du sterben lassen willst. Und jetzt bist du am rumturnen. .. die Reanimation dann doch nicht voll durchziehst...« (3am054/64)

(7) Ist die Therapie an ein Ende gekommen, wird dieses nicht benannt, sondern noch weiter Diagnostik angeordnet, noch eine OP geplant, Therapie fortgesetzt, obwohl u.U. Arzt und Patient um die Vergeblichkeit dieses Tuns schon wissen. Es ist die Illusion, daß über das Diagnostizieren und Planen noch etwas weitergeht, die Illusion, daß das Warten auf ein Untersuchungsergebnis das Fortschreiten der Erkrankung aufhält.

4.7.3 Begründungen für halbherzige Therapie(verzichts)entscheidungen

In den vorliegenden Antworten werden öfters mehrere Aspekte des Phänomens Halbherzigkeit gleichzeitig von einem Sprecher benannt. Dies begrenzt die Möglichkeiten, die Aussagen zu systematisieren. Ähnliche Argumente und ihre Kombinationen werden z.B. von jungen Medizern mehr mit fachlicher Unsicherheit wegen Unerfahrenheit begründet, während Ältere mit ganz ähnlichen Argumenten z.B. eine persönliche medizinphilosophische Einsicht formulieren.

4.7.3.1 Die Unsicherheit

Halbherzige Therapie wird gemacht, weil *Unsicherheiten bez. der Richtigkeit der Prognose*, oder der *eigenen Kompetenz sie zu stellen*, oder auch Unsicherheit bezüglich der *rechtlichen Situation* und/oder der *Wünsche des Patienten* bestehen. Unsicherheit bestimmt die Entscheidungen solange es noch offene Fragen bezüglich der weiteren Entwicklung gibt.¹¹⁹ Diese bleiben im Prinzip bestehen, solange es einen Krankheitsverlauf gibt, und den gibt es solange es Leben gibt, also das Kriterium Hirn- oder Herztod nicht erfüllt ist und eine Einstellung der Therapiebemühungen erfordert.

»Hm! Also, wenn ich nicht wüßte, daß Sie alles mitschreiben, würde ich sagen: Fast immer! Wenn Sie nicht die Wahrheit wissen, ... *Vieles in der Intensivmedizin ist probatorisch, und das können Sie auch halbherzig nennen.* Mich stört etwas der negative Touch, der da mit dieser Formulierung reinkommt, ... es gibt einfach Situationen, da sagt der eine, daß er noch etwas tun will und ist auch voller guter Überzeugung, und das nennt der andere dann schon Halbherzigkeiten.« (3cm034/64)

»...Digitalis absetzen, aber Antibiotika geben wir noch. Ich glaube, das ist ganz erklärlich, die Entscheidungen fallen ja nicht einfach 'plumps', sondern die wachsen so ganz allmählich. So etwas ist Ausdruck einer Situation, wo man eigentlich sagt, das ist gelaufen, aber eben doch noch nicht so ganz sicher ist mit seiner Entscheidung.« (2am093/64)

»Ja, die meisten Entscheidungen sind eigentlich halbherzig, weil nämlich immer ein Rest an Zweifel bleibt, ob die Maßnahme auch richtig ist.« (1am061/64)

»... Da spielt die eigene Unsicherheit eine große Rolle, auch Unerfahrenheit, sich das zuzugestehen, tatsächlich NEIN zu sagen, ... daß es sinnlos ist und nicht im Sinne des Patienten liegt. Das dient letztlich der eigenen und der allgemeinen Absicherung.« (1am070/64)

»... aus Unsicherheit darüber, wie der spontane Verlauf wäre und welche Chancen bestehen. Und aus einer Art juristischer Unsicherheit. Ist durch die ganze Situation bedingt.« (1aw073/64)

Halbherzigkeit wird der Handlungsmotivation zugeordnet, nicht der Ausführung der Handlung selber. Darüber hinaus gibt es in der Medizin auch *uneindeutige Verläufe*: die Prognose ist schlecht, aber der Zustand des Patienten verbessert sich z.B. geringfügig nach Absetzen der Therapie und man entschließt sich doch wieder die Maximaltherapie fortzusetzen. Mit einer solchen »Schaukeltherapie« versucht man alles Definitive zu umgehen. »Uneindeutigkeit« ist hier ein variabler Begriff, er kann die medizinische Sachlage betreffen, er kann aber auch die Erkenntnisfähigkeit, bzw. den Erkenntniswillen der Entscheidungsträger kennzeichnen. Besonders in der Neurochirurgie und in der Intensivmedizin sind solche Verläufe bekannt und prägen nachhaltig die Erfahrung:

»...nach dem Motto: Diagnose und Prognose sind sehr schlecht, aber Patient bessert sich, und am nächsten Tag fahren wir dann Maximaltherapie. Das ist so eine Art Schaukeltherapie, da kriegt man doch einige Zweifel an der Kompetenz der Entscheidenden. Ich nenne das immer ein 'abwartendes Hintergehen', man läßt die Therapie eben einfach weiterlaufen.« (3bw019/64)

»...bei Patienten auf Intensiv, die eine infauste Prognose haben. Wenn wir bei denen die Therapie absetzen, dann geht es denen manchmal wieder besser, dann bekommen wir wieder Zweifel, sammeln neue Befunde für die klinischen Änderungen, und dann fängt man doch wieder ein bißchen an zu therapieren, den Blutzucker zu bestimmen, Antibiotika zu geben, und plötzlich ist man doch wieder tiefer drin als man wollte. ...Dieser Zustand von Hilflosigkeit hält länger an und beim Pflegepersonal kommt Unmut auf und die interdisziplinäre Zusammenarbeit leidet darunter.« (2aam036/64)

»Und was ich schwierig finde, es gibt hin und wieder mal überraschende Verläufe, wenn ein Patient, der jahrelang bewußtlos war, hier mit der Mutter in die Ambulanz kommt. ... Wir hatten schon mal einen Patienten da, der zur Nierenexplantation anstand, der nach einem halben Jahr zur Tür rausging, ein Türke, wo die Angehörigen Tag und Nacht immer und immer wieder da waren und wir sagten, der ist hirntot, wir können nichts mehr machen.« (2abw047/54b)

»...medikamentöse Therapie wird um bestimmte Bestandteile zurückgenommen, um andere nicht. .. Unsicherheit, ... dem Vorwurf unterlassener Hilfeleistung gegenüber zu stehen, Angst, den Patienten vital zu gefährden.«

¹¹⁹ siehe auch Kapitel 2.6

(1bm050/64)

»Ja, wo man sagt, der wird nicht reanimiert, aber er wird weiterbeatmet und kriegt Katecholamine. Das gibt es häufiger... Das ist eine gewisse Unsicherheit, man weiß eben nicht, wie sich der weitere Verlauf eines Patienten entwickeln wird.« (2bam100/64)

»Das ist sehr unbefriedigend. Und andererseits spiegelt es aber auch die typische Situation in der Medizin und gerade auch in der inneren Medizin wieder, wo eben kaum einmal wirklich ein Fall eindeutig ist. Und vielleicht ist es auch deswegen durchaus legitim oder zumindestens nachvollziehbar, daß eben auch halbherzige Entscheidungen getroffen werden...« (1am051/64)

Halbherzigkeit aus Unsicherheit

	34 Nennungen	Internisten	Chirurgen	Anästhesisten
Assistenten	26	8	12	6
Oberärzte/ Chefs	8	2	1	5

Tabelle 24

4.7.3.2 Die Last der Verantwortung/ psychologische Gründe

Halbherzige Entscheidungen haben auch psychologische Ursachen, die in der Persönlichkeit der ärztlich Tätigen und der Angehörigen, seltener in der des Patienten oder der Patientin liegen. Am häufigsten ist es die Angst vor der Verantwortungsübernahme, die mit Entscheidungen verbunden ist und der man sich entziehen möchte.

»... häufig ... einfach aus Angst, eine Verantwortung übernehmen zu müssen, die man nicht mag, oder mit der man nicht umgehen kann, und dann lieber einfach ein bißchen weitermacht... Nach dem Motto, ich mache ja noch was, aber im Prinzip ist es auch nichts Richtiges mehr. Es fehlt der Mut zu sagen, jetzt passiert nichts mehr ... halbherzige Therapie hat nur noch Alibifunktion.« (3am052/64)

»...das hat mehrere Aspekte: Angst vor einer Entscheidung, die man trifft, vor der man Angst hat, daß ein anderer sie mal selbst über einen trifft. Das hängt auch mit der eigenen Persönlichkeit zusammen, da braucht man gar nicht besonders heroisch zu sein. Ich glaube, die Minute der Entscheidung ist nicht mehr als eine Zwischensumme von vielen Dingen.« (2am017/64)

»Weil man vor diesen weitreichenden Entscheidungen Angst hat, Angst, nicht kompetent genug zu sein für die Entscheidungen, aber auch Angst vor juristischen Konsequenzen und auch Angst, diese Entscheidung persönlich verarbeiten zu können. Daraus ergibt sich dann auch häufig ein weiteres Problem, die nutzlosen Reanimationen, man war zwar in dem Moment konsequent, aber man hat dem Patienten Leiden zugefügt wegen seiner eigenen Angst vor einer falschen Entscheidung.« (2am005/64)

Geschildert wird die *Angst, überhaupt zu entscheiden*, aus Angst davor, dann nichts mehr zu tun, d.h. dem Patienten keine medizinische Hilfe mehr zu geben. Man hat Angst vor Ohnmachts- und Hilflosigkeitsgefühlen, also vermeidet man bereits den Gedanken, weil mit ihm auch die Konsequenzen, z.B. einen Patienten um den man »lange gekämpft hat, aufzugeben«, verbunden sind:

»Es gibt Fälle, da findet sich nicht immer einer, der die moralische Verantwortung trägt,... z.B. bei Patienten mit Hirnverletzungen, die operiert wurden, lange Verläufe hinter sich haben und vorwiegend komatös sind mit Phasen von geringen Bewußtseinsäußerungen.« (2aam036/64)

In der Folge solcher Entscheidungsvermeidung kommt es zu eigentlich medizinisch wirkungslosen »Therapien«, deren Funktion dann nur noch die Selbstberuhigung, doch noch etwas zu tun, ist. Man wartet ab, beobachtet, was geschieht, und läßt sich die Entscheidung durch den Verlauf, –der Patient verstirbt auch irgendwann *mit* Therapie–, abnehmen.

»...ein schlechtes Gewissen. Der Charakter, daß man einen Patienten aufgegeben hat, daß er nur noch zum Sterben daliegt, wenn man ihn schon nicht gesundmachen kann, dann stützt man wenigstens noch das Herz oder so.« (1am025/6)

»... rührt daher, daß die Kollegen sich gerne drücken wollen, manchmal sind aber auch die Fälle, die es zu entscheiden gilt, nicht eindeutig ... Es kommen dann solche faulen Kompromisse raus wie, wir machen eine medikamentöse Reanimation, aber keine mechanische mehr. Oder reanimieren sie nur fünf Minuten, wenn es dann nicht mehr kommt, dann bleibt es dabei. Das ist sehr unbefriedigend.« (1am051/64)

Angst vor der Verantwortung:

	32 Nennungen	Internisten	Chirurgen	Anästhesisten
Assistenten	23	8	12	3
Oberärzte/ Chefs	9	3	2	4

Tabelle 25

Angst vor der Übernahme von Verantwortung ist der häufigst genannte Grund für halbherzige Entscheidungen zu Therapie(verzicht), es gibt aber auch noch weitere persönliche Motive, eine Entscheidung nicht zu suchen: Mit der Therapie aufhören wird als Aufgeben der ursprünglich medizinisch kurativen Absichten empfunden und als solches mit Gefühlen der Enttäuschung und Kränkung und des persönlichen, fachlichen Versagens verbunden. Besonders, wenn über lange therapeutische Bemühungen eine persönliche Beziehung zum Patienten besteht, ist *Versagen* in beiden Bedeutungen zu verstehen: persönlich nicht zu genügen (ich bin ein Versager) und dem Patienten etwas nicht zu geben, ihm etwas zu versagen, was man ihm gerne hätte zukommen lassen. Und manchmal sind es auch »reine Sentimentalitäten«, vielleicht die Ähnlichkeit eines jungen Verletzten mit dem eigenen Sohn o.Ä., die die eigene fachliche Entscheidungsfähigkeit für einige Zeit blockieren. Um einem solchen Dilemma zu entgehen, verschließt man in einem solchen Moment die Augen vor der anstehenden Entscheidung. (9 Nennungen)

»Dann ist bei uns natürlich noch eine Besonderheit da, wir haben ja viele Patienten, die an Lungenerkrankung sterben, und das ist grauenvoll. Da gibt es ganz akute Probleme, aber wir fürchten uns, die Leute vom Respirator abzuhängen. Da werden die Grenzen der Verlogenheit erreicht, da ist 'ne Menge Selbstbetrug. Zum Beispiel die Katecholamine, damit halten wir die Leute in einer totalen Kunstsituation, und vor der Atmung haben wir irgendwie mehr Hochachtung, das ist aber wirklich alles verlogen. Wir wollen der Wahrheit dann nicht ins Auge sehen. (*Zauberlehrlinge?*) Ja - das Schlimmste ist, gegen sich selber zu kämpfen, -das Abstellen als Vorwurf gegen sich selber. Ich hab's wirklich nie geschafft. Und dann kommt da natürlich gleich der öffentliche Vorwurf: Wir mißtrauen Euch in Eurer Selbstverliebtheit - Helfen heißt aber auch schützen vor sich selbst.« (3cm034/66g)

Der Patient und seine (möglichen) Interessen rücken bei solchen intrapsychischen Konflikten, wenn das Versagen der medizinischen Therapie als persönliches Versagen eingestuft wird, in den Hintergrund. Die Gefahr, dann den Patienten aus dem Auge zu verlieren und nur noch an für den Gesamtverlauf irrelevanten Details »herumzudoktern« wird durchaus kritisch wahrgenommen:

»... bei Patienten, die lange hier sind, da ist das Hauptproblem, zu sagen, jetzt hören wir auf. Da ist man verstrickt ins eigene Tun. Vor lauter Änderungen der Details ist man in Gefahr, die grobe Richtung ganz aus den Augen zu verlieren. Das ist schlimm. Sinnlosigkeit zu erkennen, das ist das Schlimmste. Es ist so eine Art sportlicher Wettkampf, dafür gibt es keine Statistik.« (1am010/77)

»... Weniger bei Verzicht, als bei Noch-Therapie. Zum Beispiel bei einem Patienten mit einem Aneurysma und einer Massenblutung, da hat es eigentlich keinen Sinn mehr, aber vielleicht hat er blonde Locken und ist jung, da kann es schon zu halbherzigen Entscheidungen kommen, obwohl sie sinnlos sind. Die Psychologie spielt einem manchmal einen Streich. Die Entscheidung, nichts zu machen, ist schwerer als noch etwas zu tun.« (2acm018/64)

Es ist schwer von Maximal- auf Minimaltherapie zu reduzieren, das volle Engagement zurückzunehmen und bei einer so radikal und irreversibel empfundenen Entscheidung dann auch im Handeln konsequent zu bleiben und eben nicht halbherzig zu sein. Ein ärztlicher Ausweg sind hier »*Sowohl-als-auch-Entscheidungen*«. Man läßt die Intensivtherapie weiterlaufen, schließt aber z.B. ein Nierenersatzverfahren aus. Oder im Reanimationsfall will man »noch 5 Minuten reanimieren«, oder, »wenn der Patient Herzrhythmusstörungen hat, wird er defibrilliert, wenn er einen Schrittmacher braucht, bekommt er ihn, aber er wird z.B. nicht mehr intubiert und beatmet.« (1am055/64) Es geht dann mehr darum, noch etwas *zur eigenen Beruhigung* oder /und etwas zur Besänftigung potentieller Kläger (Angehörige) zu tun. (14 Nennungen), als darum, etwas im Sinne des Patienten zu unternehmen.

»weil man Angst hat vor rechtlichen Angriffen. Und es könnte ja doch was dran sein am 'Prinzip Hoffnung' -

man beruhigt sich, man kann sich sagen, man hat was gemacht, manchmal stehe ich auch hinter diesen sogenannten halbherzigen Entscheidungen, es gibt schon Situationen, wo das angemessen ist.« (1am083/64)

Psychologisch bedingte Halbherzigkeit ist es auch, wenn man dem *Reflex des Rettens* nachgibt, obwohl man weiß, daß es vergeblich ist, und man sich vorgenommen hat, es nicht zu tun und den Patienten sterben zu lassen.

»Ich habe auch schon mal jemand reanimiert, wo abgesprochen war, daß er nicht reanimiert wird. Das sind dann diese halbherzigen Sachen, wo man reflexartig eine bestimmte Therapie angefangen hat und dann nachher merkt, daß man das ja eigentlich gar nicht machen wollte.« (3am054/70c)

Halbherzigkeit im Handeln kann auch als eine *psychologische Schonfrist, für die betroffenen Angehörigen* wirken, wenn die Ärzte eine Therapie langsam auslaufen lassen. Auch z.B. bei Notarzt-Einsätzen, in Situationen, in denen der Arzt überzeugt ist, daß eine Reanimation unsinnig ist, auf Drängen der Angehörigen hin aber damit beginnt, um währenddessen dann mit ihnen zu sprechen und »sie langsam darauf vorzubereiten, daß es nichts mehr wird.« (3am032/40) Dieses Vorgehen kann auch gleichzeitig der eigenen emotionalen Entlastung dienen. (3 Nennungen)

»eine Entscheidung betrifft ja nicht nur den Patienten, sondern man ist auch selbst davon betroffen ... und manchmal ist man auch persönlich gerade nicht in der Verfassung eine Entscheidung zu treffen und konsequent zu sein.« (3bw059)

»... dienen eher so der Gewissensbereinigung meist gegenüber den Angehörigen, der Patient bleibt da meistens außen vor.« (1am060/64)

».. häufig, das ist der übliche Kompromiß, auch den Angehörigen gegenüber, z.B. Flüssigkeit immer, aber keine Antibiotika, es ist aber nicht diskutiert, ob es schlimmer ist, nicht dialysiert zu werden. Es gibt also nur so Merksätze, an die man sich hält, mangels besserer Vorschläge: So wird ein Patient z.B. nicht mehr beatmet, aber bei einem Kammerflimmern noch einmal defibriert. Kompromisse sind allgegenwärtig und sie sind auch verhaßt, sie sind aber auch Ausdruck der individuellen Möglichkeiten. Der Kompromiß ist hier die negative Seite eines eigentlich positiven Sachverhalts.« (1am013/64)

Halbherzigkeiten im Handeln entstehen auch, wenn sich Ärzte *von Angehörigen unter Druck gesetzt fühlen* und *Angst vor deren möglichen juristischen Regressansprüchen* haben. (3 Nennungen)

»...wenn die Angehörigen Druck ausüben, wenn sie den Anspruch haben, genau zu wissen, was der Patient will, sei es nun der Partner oder die erwachsenen Kinder, die für den Patienten entscheiden wollen. Es kommt vor, daß ich mich unter diesem Druck anders verhalte bezüglich bestimmter Therapiemaßnahmen. ... Wenn irgendetwas nicht so läuft, wie es laufen soll, da befürchtet man schon Konsequenzen von Seiten der Angehörigen. Das macht sicher den Hauptanteil dieser (halbherzigen) Entscheidungen aus.« (2aw021/64)

Mit halbherzigen Anordnungen kann man auch *eine unerfreuliche, aber anstehende Entscheidung hinauszögern*, indem man z.B. dem Patienten eine weitere Untersuchung vorschlägt.

»Mit denen kann man sich so vor Entscheidungen drücken, man ordnet noch eine Untersuchung an, anstatt sich für oder gegen eine Therapie zu entscheiden. Ich kenne diese Situation z.B. auch aus der Ambulanz, da fragt ein Patient, ob er operiert werden soll, und dann entscheide ich das nicht, dann sage ich: Wir machen noch eine Kernspintomographie, und man denkt, das geht irgendwie weiter, auch für den Patienten, auch wenn diese Untersuchung gar nichts für ihn ändert.« (2aam035/64)

Halbherzig kann auch oft schon der *Einstieg in eine Therapie* sein: man weigert sich bestimmte Einsichten (z.B. das Vorliegen einer schweren Grunderkrankung im Endstadium) auch konsequent zu Ende zu denken. (6 Nennungen):

»Häufiger ist es aber eher eine halbherzige Therapie. Es wird dann auch möglichst bei uns diskutiert: Machen wir das oder hören wir auf? Und dann geht es in der Regel doch seinen Gang. Nach dem Motto: Bei einer Pneumonie und erhöhter Temperatur, dann hängt man zunächst eine Infusion (Antibiotika) dran. Dann sagt man: Eigentlich ist es gut - hängt Wasser dran, aber im Prinzip ist es ja Schwachsinn. Es ist dann ein halbherziger Beginn einer Therapie.« (2am064/64)

Mit ein Bißchen-Therapie »fängt Therapie auf Intensiv eigentlich an, die Komplikationen kommen dann von selbst. Man entscheidet sich lieber, nichts wegzunehmen und stattdessen nichts Neues anzusetzen.« (2aw008/64)

Bei älteren Patienten mit Krebs oder schwerer Grunderkrankung, z.B. Peritonitis, stellt sich Frage, »ob reanimiert werden sollte, was z.T. festgehalten und besprochen wird, und andererseits gibt es bei diesen Patienten Diskussionen darüber, ob noch weitere chirurgische therapeutische Schritte unternommen werden sollten.« (2am080/21)

4.7.3.3 *Warten auf Hilfe von außen/ »moralische« Gründe*

Halbherzigkeiten entstehen auch, weil man gerne eine Entscheidung »der Natur überlassen« möchte, sie einem aber nicht zu Hilfe kommt. Diese Begründungen sind der Flucht aus der Verantwortung sehr ähnlich, haben aber in der praktischen Umsetzung ein anderes Niveau: Man will sich (moralisch) heraushalten, benutzt aber sein medizinisches Wissen, um die Bedingungen für ein Sterben des Patienten zu schaffen. (3 Nennungen)

»...durchaus auch diese Opiate auch als limitierende Faktoren einzusetzen und andere Kollegen dann so für mein Gefühl eher kleckern statt klotzen; sich da so rumschleichen um die Verantwortung und wahrscheinlich auf so eine Art Gottesurteil warten oder die sog. schicksalshaften Verläufe. Und das sind Dinge, die ich nicht gutheißen kann.« (1am051/60b)

Auch rechtliche Unsicherheit und die Angst vor (vermuteter) aktiver Sterbehilfe können dazu führen, daß man keine klare Entscheidung trifft, sondern sich stattdessen Schritt für Schritt aus einer Therapie -die eigentlich schon keine mehr ist- zurückzieht (2 Nennungen). Selbstverständlich steckt in diesem Verhalten auch eine Entscheidung, sie wird aber quasi von einer primären (moralischen) Entscheidung überformt. Das praktische Vorgehen wird dem Ziel untergeordnet, die definitive Entscheidung nicht nach außen deutlich werden zu lassen.

»In gewisser Weise ist jede Entscheidung mehr oder weniger halbherzig- zB drehen wir die assistierenden Geräteschrittweise ab, das ist so ein Prozeß über 2-3 Tage. Erst sagt man keine Reanimation mehr, dann nimmt man die Antibiotika raus, senkt die Katecholamingabe auf den Normalbereich, und dann wartet man zu, wie er sich da hält, ..wartet bis er hämodynamisch einbricht- und dann wird (der Respirator) erst auf Raumluft umgestellt.« (2bbm068/64)

»... bei Therapieverzicht bei einen beatmeten Patienten: kreislaufwirksame Medikamente absetzen, Sauerstoff auf 21%, bis auf NaCl Infusionen abstellen, nicht einmal Kalium, dann stirbt er nach 4 Stunden. Das ist halbherzig, wenn ich einem zuvor 100% Sauerstoff gegeben habe. Das ist die Frage der aktiven Euthanasie...« (3bm043/64)

4.7.3.4 *»Institutionelle« Gründe und Auswirkungen*

Halbherzigkeiten sind oft weniger in der Entscheidungsfähigkeit Einzelner begründet, sondern ergeben sich auch aus einer (interdisziplinären) *Teamkonstellation*: wenn z.B. wichtige Entscheidungsträger nicht bereit sind, eine klare Entscheidung zu treffen, verliert sich eine Entscheidung auch zwischen den Zuständigkeiten. (4 Nennungen)

»Halbherzige Entscheidungen nützen dem Patienten nie, schaden aber häufig, in dem sie den Leidensweg, wenn es sich um Sterbende handelt, verlängern. Es kommt dabei aufs Team an, wieviele dabei sind, die keine klaren Entscheidungen treffen, und welche Stellung die innerhalb des Teams haben.« (3bm053/64)

»Natürlich kenne ich das Phänomen, es wird auch relativ häufig gemacht, dadurch, daß - meine Güte - hier intensivmedizinische Betreuung interdisziplinär mit verschiedenen Abteilungen gemacht wird...« (2abm044/65)

Halbherzigkeiten entstehen auch *als Form der Konfliktlösung*: z.B. bei Anästhesisten, wenn sie mit den Zielen der Chirurgen nicht übereinstimmen können:

»Auch wenn wir fremdbestimmt sind, z.B. in Konflikten mit den Chirurgen, können wir auch halbherzig sein, weil, wenn wir das Ziel nicht kennen und sehen können, dann arbeiten wir auch nicht mit voller Kraft.« (3cm034/64)

Ähnlich auch bei den Chirurgen selbst: eine OP auf Anordnung des Chefs, von deren Nutzen man selbst nicht überzeugt ist, wird nicht konsequent durchgeführt.

»Halbherzigkeiten gibt es aus Unsicherheit, aus mir selbst und aus dem Team heraus, z.B., wenn ich eine OP auf Befehl des Chefs machen muß, dann stehe ich nicht richtig dahinter, dann wird auch z.B. nicht radikal genug operiert.« (2abm012/64)

Das *Pflegepersonal* deckt häufig halbherzige Konzepte und Anordnungen auf und kann ein

wichtiges Regulativ für das ärztliche Handeln sein, wenn sich Ärzte diese Kritik zum Anlaß nehmen, ihre Anordnungen neu zu überdenken. Auch *Kollegen*, z.B. im Schichtdienst, haben hier eine wichtige Kontrollfunktion. (3 Nennungen)

»Weil man sich zu nichts durchringen kann. Wenn ich merke, die Entscheidung wird halbherzig, dann bespreche ich das, um zu einer klareren Entscheidung zu kommen. Manchmal genügt es, daß die Schwestern darauf hinweisen und dann überlege ich mir das nochmal, warum machst du das, das genügt dann, daß ich das dann noch einmal revidiere.« (2am088/64)

»Es gibt schon auch Gefahren im Wachsen der Entscheidung, es gibt Situationen, da geht es um Alternativ-Therapien, dann ändert man z.B. die Antibiotika-Konfiguration, da gibt es schon Halbherzigkeiten, wenn man doch das Gefühl hat, daß die Dinge ihren Lauf nehmen und die Richtung nicht mehr zu ändern ist. Kollegen sind da schon wichtig als Kontrolle und Ausgleich.« (2bm009/64)

Halbherzigkeit ist eher bei jungen unerfahrenen Ärzten anzutreffen, wenn sie in komplexen Situationen zu wenig Rücksprache mit erfahrenen Kollegen suchen: (4 Nennungen)

»Da war z.B. eine Oma mit einem leichten Infarkt, die war aber ganz schlecht im Allgemeinzustand und hatte auch viele Vorerkrankungen. Ich wollte der noch ein bißchen Katecholamine geben, so ganz halbherzig eben nach Gefühl, und ein Kritiker sagt dann eben: Entweder alles ja - oder nein, aber nicht so ängstlich einfach durchzuwurschteln.« (1am062/64)

ÄrztInnen im Krankenhaus haben einen Behandlungsauftrag, mit dem sie sich auch identifizieren. Unter diesen Vorzeichen sind Unterlassungen schwer zu begründen. Wenn man in einer prekären Situation auf lebensrettende Maßnahmen verzichtet, gerät man schnell in den Verdacht, seinen Arbeitsauftrag nicht sorgfältig zu erfüllen, also den fachlichen und persönlichen Anforderungen nicht zu genügen. (2 Nennungen)

»Meistens wird mit vollem Elan gearbeitet, also zuerstmal wird alles eingesetzt, dann, wenn es nicht so recht vorangeht, kommen die Bedenken. Unterlassungen sind schon schwerer zu begründen - das sieht auch nach nachlässiger Arbeit aus. Es herrscht also ein gewisser Erfolgsdruck. Jeder will eine optimale Therapie machen, solange nicht darüber diskutiert wurde.« (3aw071/64)

»...das hat mehrere Gründe. Da ist einmal der rechtliche Charakter, die Latte vom Medikamentabsetzen und das alles, da kommt immer die Vorstellung vom Zusammenbrechen des medizinischen Systems.« (1am025/64)

4.7.4 Zusammenfassung

»Halbherziges Handeln« hat in der Medizin einen berechtigten Platz, es entspringt der prinzipiellen Unzulänglichkeit des Wissens, insbesondere dort, wo es um irreversible Handlungen geht, die den Tod des Patienten direkt herbeiführen oder beschleunigen können. Wo Handlungsentscheidungen unter der Maßgabe der Unsicherheit zu treffen sind, sind »Strategien des mittleren Weges«, also Strategien die den größten anzunehmenden negativen Ausgang mit der höchst möglichen Wahrscheinlichkeit ausschließen, angemessen. Unsicherheit entspricht hier einer realitätsgerechten Bewußtmachung von Informationsdefiziten. Im Alltag wirken solche risikoaversiven Strategien u.U. wie Halbherzigkeiten im Handeln. Diese Art wohlbegründeter Halbherzigkeit betrifft aber wohl nur einen geringen Prozentsatz der Entscheidungen zu Therapie(verzicht) bei Schwerstkranken.

Wirklich *halbherziges Entscheiden* ist dort anzutreffen, wo es primär den unterschiedlichen sozialen Strukturen und Bedürfnissen der Betroffenen im Klinikalltag als –wenn auch zeitlich begrenzte– (Schein)Lösung entgegen kommt. Es wird zu einem Stilmittel in der intra- und interpersonellen Auseinandersetzung um einen akzeptables Ziel: –*darf* dieser Patient sterben oder nicht?–, bzw. auch um einen annehmbaren Weg –wie soll ggf. sein Sterben ermöglicht werden, bzw. wie soll es verhindert werden, welche Belastungen sind ihm, bzw. auch den anderen Beteiligten, (noch) zuzumuten–?

Halbherzigkeiten in den Entscheidungen bzw. im Handeln dienen auch der ärztlichen Psychohygiene: Sie wirken als Puffer und ermöglichen es –in einem gewissen Umfang–die Ge-

schehnisse (einen Sterbeverlauf) dem eigenen und/oder dem Tempo des Patienten bzw. dem seiner Angehörigen anzupassen, zumindest anzunähern. Diese Verzögerungen ermöglichen es, den Verlauf noch in einem geringen Umfang zu kontrollieren, um ihn verarbeiten und akzeptieren zu können. Sie schützen das eigene Selbstwertgefühl und mildern das Ohnmachtsgefühl. Eine Adaptation an die Ereignisse wird möglich. Dies betrifft eher Patienten mit akuten Krankheitsverläufen, in die medizinischerseits aufgrund einer positiven Prognose hoch investiert wurde und bei denen auch Angehörige große Probleme haben, einen ihnen wichtigen Menschen plötzlich loslassen zu müssen (z.B. junge Unfallpatienten).

Als zweitwichtigste Begründung für halbherziges Handeln wird die Angst vor der Verantwortung genannt. Verantwortungsübernahme hat in kritischen Entscheidungen eine Art Brückenfunktion und wird immer dann relevant, wenn Unsicherheit in einer Entscheidung zum Handeln überbrückt werden muß. Für therapeutische Entscheidungen trifft dies oft zu. Persönliche Verantwortungsübernahme hat auch eine unsicherheitsabsorbierende Funktion; sie kann diese aber nur erfüllen, wenn sie für den/die Betreffende/n sichtbar und tragbar ist, - d.h., die möglichen Schadensfolgen müssen antizipierbar bleiben; man will sich als EntscheidungsträgerIn nicht unangenehm überraschen, aber auch nicht enttäuschen lassen. Übersteigt die Unsicherheit als ein bestimmender Faktor der anstehenden Entscheidungsfindung und der daraus folgenden Handlung die Kapazität des/der Einzelnen zur Verantwortungsübernahme, so wird er/sie versuchen, sie zu umgehen oder anderen zuzuschieben. Ist man sich der Problematik gewahr, daß einem die Unsicherheit zu groß ist, kann man auch gezielt die Verantwortung mit anderen KollegInnen, dem Patienten/ der Patientin und/oder den Angehörigen teilen und Entlastung erfahren. Letzteres bedarf allerdings einer Übereinkunft im Handlungsziel. Die Tatsache, daß es sich im gegebenen Falle um das Sterben eines Menschen handelt, erschwert bereits die notwendige Diskussion über diese Zielbestimmung, die, wenn sie denn stattfindet, oftmals nur halbherzig geführt wird.

Halbherzigkeiten im Entscheiden sind auch Ausdruck einer defensiven Medizin. Sicherungs- und Vermeidungshandlungen, z.B. überdimensionierte Diagnostik, haben ihren Ansatz nicht nur in der Angst vor möglichem juristischen Regress, sondern dienen oft auch zur Selbstbestätigung, zum Ausräumen von Ungewißheit. Insbesondere bei sehr ungünstigen Ergebnissen sucht man nach Bestätigung auf mehreren Ebenen, will wenigstens sicher sein, keinem zufälligen Einzelergebnis (einem technischen Meßfehler, oder einer Normabweichung ohne Konsequenz) aufzusitzen. Stabilisierung und Verlaufsbeobachtung sind dann ein logisch notwendiger Teil des Sich-Versicherns.

Die Grenzen zwischen einer adäquaten Verlaufsbeobachtung mit den dazugehörigen Versuchen in die Entwicklung praktisch zu intervenieren und der Einsicht, daß dieses Handeln keine (oder sogar -zumindest subjektiv- nachteilige) Effekte für den Patienten hat, werden im praktischen Handeln häufig mit sog. Halbherzigkeiten verwischt. Die Gründe dafür liegen in der Struktur des medizinischen Wissens, Denkens und Handelns und in der Tatsache, daß dieses i.d.R. von mehreren Menschen (Ärzten/ Pflegenden) und in Bezug auf Menschen (Patienten) umgesetzt wird. In diesem Prozeß sind Bedächtigkeit, Vorsicht und Absicherung wichtige Tugenden, deren Verwirklichung aber auch leicht zu Zaghaftigkeit, Inkonsequenz, Angst vor Verantwortung und auch zum Selbstzweck mutieren können.

Halbherzigkeiten im Handeln können faktischer oder sozialer Natur sein, werden aber argumentativ oft nicht richtig getrennt. Es entsteht Verwirrung: so wird u.U. soziale Unsicherheit (z.B. wegen Unstimmigkeiten in der Zielbestimmung oder in der personellen Zuständigkeit) mit faktischer Ungewißheit (weil sie das objektiv stärkere Argument ist) überdeckt und umgekehrt, medizinisch-fachliche Unsicherheit wird mit sozialer Absicherung (z.B. Vertrauen auf das Wort

des/ der Vorgesetzten) überwunden.

4.8 Präferenzen beim Therapieverzicht: primäres »Nichtbeginnen« oder sekundäres »Abbrechen«

4.8.1 Überblick

Wie schon im Kapitel 2.2/2.4 eingeführt, kann Therapieverzicht (bei Schwerstkranken) auf wenigstens zwei verschiedene Arten durchgeführt werden: (1) Man kann gleich zu Beginn auf noch mögliche medizinische Maßnahmen verzichten, also z.B. bei einem Herz-Kreislaufstillstand nicht (wieder) reanimieren, bei einem zusätzlich auftretenden Nierenversagen keine Dialyse mehr beginnen, bei Atemproblemen einen Patienten nicht mehr an den Respirator anschließen oder einen operativen Eingriff nicht mehr vornehmen oder auch einen Patienten trotz lebensbedrohlicher Störung seiner vitalen Organfunktionen nicht erst auf einer Intensivstation aufzunehmen. Dies wäre ein *primärer Therapieverzicht (withholding life-sustaining treatment)*. (2) Die andere Möglichkeit besteht darin, begonnene und nun laufende (aggressive) Therapien zu reduzieren oder ganz zu beenden, wenn man¹²⁰ zu der Überzeugung gelangt ist, daß sie keinen Vorteil mehr für den Patienten bringen. Dies bedeutet z.B. eine Reanimation, bzw. einen Reanimationsversuch nicht fortzusetzen, eine begonnene Operation nicht durchzuführen, sondern gleich wieder zu beenden oder einen Patienten vom Beatmungsgerät abzunehmen¹²¹, wenn es deutlich wird, daß er nie wieder ohne dieses Gerät leben können. Dies ist ein *sekundärer Therapieverzicht (withdrawing life-sustaining treatment)* in Form von Therapiereduktion oder -abbruch.

Im klinischen Alltag kommen beide Formen vor; uns interessierte es, ob die ÄrztInnen hier für ihre Entscheidungen bestimmte Präferenzen haben oder nicht, ob sie z.B. eine Möglichkeit gegenüber der anderen bevorzugen, wenn ja, welche und mit welcher Begründung. Ausgehend von der Tatsache, daß es für die meisten ein qualitativer Unterschied ist, ob sie darauf verzichten, lebensrettende Maßnahmen einzuleiten oder solche abzubrechen oder zurückzunehmen, ist es natürlich auch von Interesse, die Argumente derer zu untersuchen, die hier keinen Unterschied machen. Unsere Frage lautete: »*Macht es für Sie einen Unterschied, ob Sie eine Maßnahme nicht erst beginnen oder sich entscheiden würden sie abzubrechen? Warum? Unterscheiden Sie sich da von den Kollegen?*«¹²²

Beide Formen bergen grundsätzliche Probleme, die mit den begrenzten Erkenntnismöglichkeiten zusammenhängen. So kann z.B. das Nichteinleiten gezielt lebensrettender Maßnahmen adäquat für den betroffenen Patienten sein, weil er/sie es wünscht oder weil keine Aussicht auf ein erlebbares Leben mehr für ihn/sie besteht¹²³; dem Patienten kann so eventuell zusätzliches Leiden erspart und ein friedvolleres Sterben ermöglicht werden. Es kann aber auch eine Fehleinschätzung der Prognose oder eine falsche Einschätzung seiner Wünsche vorliegen, und in diesem Falle kann der primäre Therapieverzicht eine Unterversorgung des Patienten darstellen,

120 Dies sollten Ärzte i.d.R. gemeinsam mit (dem Patienten), den Angehörigen, Kollegen und auch Pflegenden besprechen.

121 *Terminal weaning*, meist als Versuch, den Patienten von der Beatmung abzutrainieren. Etwa 70% der Patienten versterben dabei innerhalb von 24 Stunden, die anderen innerhalb von 4 Tagen. Field, B.E., L.E. Devich, and R.W. Carlson. (1990) Experience with terminal weaning in an acute care setting. *Crit. Care Med.* Vol.18 (No.4 Suppl.): S254

122 Frage 57 im Interviewleitfaden

123 Dies betrifft primär die Selbstbestimmung des Patienten und gestaltet sich je nach dem, ob er/sie zum Zeitpunkt entscheidungsfähig ist oder nicht, bzw., ob für den letzteren Fall eine Willensbekundung (z.B. Patiententestament oder berechtigte StellvertreterIn) vorliegt, oder nicht. Für unsere Fragestellung ist das im Moment von untergeordneter Bedeutung.

weil medizinisch-therapeutische Möglichkeiten ungenutzt bleiben. Im anderen Falle der begonnenen Therapie, die dann abgebrochen oder beendet wird, haben die Ärzte die (verfügbaren und/oder indizierten) medizinischen Möglichkeiten ausgeschöpft, wenn auch ohne (längerfristigen) Erfolg. Sie und die Angehörigen, eventuell auch der Patient, können sich i.d.R. relativ sicher sein, »alles Mögliche« versucht zu haben. Trotzdem können auch sie falsch gehandelt haben, wenn der Patient oder die Patientin einen solchen Therapieversuch abgelehnt hatte, oder aufgrund der medizinischen Sachlage keine ausreichende Erfolgschance für eine Intervention vorhanden war. Im letzteren Fall hätte man mit seinem Eingreifen die Leiden des Patienten verlängert. Wenn hier vom Nichtbeginnen oder Beenden einer Therapie gesprochen wird, dann ist damit nicht gemeint, einen Sterbenden einfach seinem Schicksal zu überlassen und wegzulassen, oder ihn bei einer Therapiebeendigung zu quälen¹²⁴. Alle Hilfen¹²⁵, ihm seinen Zustand mit Schmerzmitteln und menschlichem Beistand zu erleichtern, sind obligatorisch und stehen nicht zur Disposition; wenn auch der Beistand im Sterben, gerade seitens der Ärzte in den Krankenhäusern, von unseren InterviewpartnerInnen noch als sehr verbesserungswürdig beschrieben wurde.¹²⁶

Unsere Hypothese war, daß, unabhängig vom angenommenen gleichen Ausgang –der Patient stirbt– kognitiv und emotional ein Unterschied für die behandelnde Ärztin und den Arzt besteht, ob sie oder er sich nun dazu entschließt, in einer persönlich als »aussichtslos« eingestuften Situation einen Therapieversuch nicht erst zu beginnen oder doch zu beginnen, auf die Gefahr hin, das Begonnene (u.U. unter Schwierigkeiten) wieder beenden zu müssen. Dabei gingen wir davon aus, daß unsere GesprächspartnerInnen mit beiden Formen des Therapieverzichts Erfahrungen haben.

SLOMKA¹²⁷ (1992) z.B. bestätigt die o.g. Annahme, daß es einfacher ist, therapeutische Maßnahmen vorzuenthalten und vermutet, daß ÄrztInnen die eine Therapiebemühung beenden und daraufhin den Todeseintritt beobachten müssen, ihr Handeln als aktives Herbeiführen des Todes erleben und die moralische Verantwortung dafür dem eigenen Handeln, also der eigenen Person zuschreiben. In der Situation des Nichtbeginns z.B. einer Reanimation, verhindert man hingegen lediglich sein Eintreten nicht. Mit der Einleitung therapeutischer Maßnahmen verbinden die meisten ÄrztInnen auch eine subjektive (moralische) Verantwortungsübernahme¹²⁸ für die weitere gesundheitliche Entwicklung des Patienten und damit auch für sein Sterben. Im Falle des primären Therapieverzichts verbleibt diese (moralische) Verantwortung für das Sterben beim Patienten. Es ist in diesem Moment sein physiologischer Status, der darüber bestimmt, ob er lebt oder stirbt.

Ein etwas anderes Bild zeigt eine große Studie des Ethics Committee der SOCIETY OF CRITICAL

¹²⁴ siehe dazu auch Kapitel 2.2/2.3

¹²⁵ Palliative Therapie, *therapia minima* oder Minimaltherapie werden hier synonym verwendet. Über den Umfang supportiver Maßnahmen herrscht teilweise ein deutlicher Dissens unter Medizinern und auch zwischen Medizinern und Ethikern. Außer Frage stehen alle Maßnahmen zur Analgesie und Anxiolyse, sehr diskutiert werden hingegen die Versorgung mit Flüssigkeit und Nahrung. Über Sonde verabreicht werden sie von manchen als Teil der obligatorischen Grundversorgung angesehen, als parenterale Ernährung, also in Form einer Infusion, hingegen gilt sie als medizinische Intervention. Dies wird z.B. auch explizit als Dissens in einem Consensuspapier amerikanischer Intensivmediziner formuliert. Siehe dazu:

Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine. (1990) Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatment in the critically ill. *Crit Care Med* Vol.18(No.12) : 1435-9

¹²⁶ Der Umgang mit Sterben und Sterbenden ist für das Thema Entscheidungen zum Therapieverzicht von großer Bedeutung, wurde auch im Rahmen der Studie ausführlich thematisiert, kann aber hier in Anbetracht des Umfangs nicht dargestellt werden.

¹²⁷ Slomka, J. (1992) The negotiation of death: clinical decision making at the end of life. *Soc Sci Med* 35 (3) : 251-9.

¹²⁸ Eine subjektive, eventuell auch moralische Verantwortung soll hier von der objektiven Verantwortung unterschieden werden, letztere bezieht sich auf den fachgerechten Einsatz von Therapie. Insofern therapeutisches Handeln sich immer auf Menschen bezieht, ist aber eine solche Trennung vielleicht auch nicht angebracht.

CARE MEDICINE¹²⁹ (1992). Sie führten 1988 eine große Fragebogenuntersuchung zu Fragen der Einstellung zum Therapieverzicht unter den 1148 TeilnehmerInnen des Jahreskongresses ihrer Gesellschaft durch (Rücklauf 52%, n=600). 46% der Antwortenden konstatierten, es gäbe für sie *keinen* Unterschied zwischen withholding und withdrawing, 43% sahen im Vorenthalten (withholding) die akzeptablere Form des Therapieverzichts und für 6% war dies umgekehrt, sekundärer Therapieverzicht (withdrawing) war für sie die angemessenere Form. Wichtig ist hier noch anzumerken, daß fast 68% der Antwortenden auch in ihrem Alltag verantwortlich für Entscheidungen zum Therapieverzicht sind.

Auf die Frage, ob sie im Falle des Therapieverzichts eher das primäre Nichtbeginnen oder das sekundäre Aufhören oder Abbrechen bevorzugen, liegen von 83 der 100 befragten Ärztinnen und Ärzte verwertbare Antworten vor (k.A.:11). Sechs weitere Antworten müssen als »unklar« eingestuft werden: Es wurde vom Interviewpartner lediglich konstatiert, es sei ein Unterschied; die in diesem Falle unerläßliche Nachfrage, warum dem so sei, war seitens des Interviewers nicht erfolgt.

Von fast allen Ärzten (89 /nur für einen ist es egal) wird also ein Unterschied gesehen und dieser mehrheitlich zugunsten des Nichtbeginns bewertet. Im folgenden wird dieses Argument »Nichtbeginnen« genannt. Etwa ein Drittel der Antwortenden bewertet das Beenden oder Aufhören als die *bessere* Form des Therapieverzichts. Für sie ist es wichtiger, eine Intervention angefangen und ausprobiert zu haben und sicher sein zu können, auch alles medizinisch Mögliche getan zu haben. (Argument »Aufhören«)

Eine kleine Gruppe (5 Ärzte/1 Ärztin) hat beide Argumente in ihrer Antwort: Sie nennen spontan das Argument »Nichtbeginnen«, reflektieren dies aber dann in ihren Ausführungen und schließen letztlich das Argument »Aufhören« für bestimmte Situationen nicht mehr aus. Sie werden als »beide Argumente« gesondert aufgeführt, sind aber tendenziell der Gruppe »Aufhören« zuzuordnen. (Übersicht siehe Tab. 26) Die Zuordnung zur jeweiligen Argumentgruppe erfolgte über den ersten Teil der Antwort, wo direkt eine Wahl formuliert wurde, z.B. »Nicht mit einer Therapie anzufangen ist für mich schwieriger, weil...« Oder: »Lieber gar nicht erst anfangen, weil...« Im folgenden wird auf eine wörtliche Wiedergabe dieses Teils der Antwort verzichtet, es werden nur die Begründungen für die jeweilige Präferenz aufgeführt.

Präferenzen beim Therapieverzicht

	ges. 100	Internisten	Chirurgen	Anästhesisten
Argument »Nichtbeginnen«	60	23	17	20
Argument »Aufhören« (davon »beide Argumente«)	23 (6)	2 (1)	14 (2)	7 (3)
unklar, aber Unterschied	6	4	1	1
k.A.	11	6	2	3

Tabelle 26

Die zweite Nachfrage, ob sich der/die InterviewpartnerIn in seiner/ihrer Ansicht mit den KollegInnen in Übereinstimmung befinde, ist nicht in allen Interviews gleichermaßen gestellt worden. Die Mehrheit wähnt sich aber in Übereinstimmung, was auch in der Verteilung der Antworten Bestätigung findet.

Betrachtet man die Zahlen unter den Merkmalen Geschlecht und berufliche Funktion, zeigt sich, daß Argument »Aufhören« ausschließlich von männlichen Assistenten (nur ein leitender Arzt) vertreten wird. Dabei sind die Neuro- und die Kardiochirurgen besonders stark vertreten.

¹²⁹ The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. (1992) Attitudes of critical care medicine professionals concerning forgoing life-sustaining treatment. Crit. Care Med. Vol.20 (No.3) : 320-6.

4.8.2 Begonnene Therapie abbrechen ist schwerer als nicht anfangen... (Argument »Nichtbeginnen«)

In ihrer Argumentation erläuterten die befragten ÄrztInnen auch die situativen Umstände und formulierten psychologische Ergänzungen, warum für sie das Nichtbeginnen die erstrebenswertere Variante im Handeln beim Therapieverzicht darstellt. In den Erläuterungen werden unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt: es geht um die Entscheidungssituation als solche, die zeitlichen Bedingungen, die direkten Umstände, die Qualität der kollegialen Zusammenarbeit und seltener um die Arzt-Patient-Interaktion. Argumentativ miteinbezogen wird ebenfalls die jeweils vorausgegangene Indikation (warum und mit welchem Ziel wurde die Therapie ursprünglich begonnen?), sowie die medizinische Konstellation im Moment des Beendens (einer Therapie, einer Beatmung..) selber. Es ist also das Thema Entscheidungsprozesse, hier im Mikrokosmos des Vergleichs und der Präferenzsetzung zwischen primärem und sekundärem Therapieverzicht. Die meisten Erläuterungen beziehen sich auf aktiv/ passiv- Abgrenzungen im praktischen Handeln, entsprechende Bewertungen, eventuell daran gebundene Schuldgefühle und/oder Gefühle der persönlichen Niederlage, wenn man Therapie beenden muß. Für die eigene Option »Nichtbeginnen« wird meist mit Negativbildern bzw. -erfahrungen argumentiert, die die SprecherInnen vom Beenden der therapeutischen Bemühungen haben. Positive Formulierungen, wie etwa: »ich verzichte auf lebensrettende Maßnahmen, wenn bestimmte Bedingungen erfüllt sind, weil ich daß z.B. angenehmer für den Patienten empfinde« o.ä., sind kaum zu finden. Die häufige Verwendung der inversen Begründung wirkt etwas verwirrend, ihr geht aber jeweils ein eindeutiges Votum für den primären Therapieverzicht voraus (dies wird hier nicht jeweils wörtlich zitiert). Im folgenden sollen die Argumente in dieser Gruppe entsprechend der o.g. Schwerpunkte eingeordnet werden.

4.8.2.1 Situationsbezogene Aspekte

Die Entscheidung zum Nichts-Tun muß in der akuten Reanimationssituation u.U. sehr schnell unter Zeitdruck getroffen werden und ist nicht mehr revidierbar, darum ist es besser, wenn man schon zuvor (etwa bei einem chronischen Krankheitsverlauf) den Umfang der möglichen Interventionen abgesteckt hat.

»...Es ist natürlich schwer in der jeweiligen Situation, man muß sich schnell klarmachen, was man erreichen will. Wenn ich denke, der hat keine Chance, dann intubiere ich nicht. Es fällt mir wesentlich schwerer, bei einer stattfindenden Reanimation nach einer Viertelstunde zu sage: »Wir hören auf« als (schon vorher festzulegen) »Es wird nicht mehr reanimiert.« (2am088/57)

Im Moment des Aufhörens selbst ist es ist sehr schwer, gute Gründe zu finden, den scheinbar so perfekten Funktionsablauf einer Beatmungsmaschine zu unterbrechen, die Therapie –die schon zu diesem Zeitpunkt eigentlich keine mehr ist– droht sich zu verselbständigen.

»Wenn du Maßnahmen angefangen hast, ist es schwerer zu begründen, sie wieder abzubrechen ... wenn der Respi- rator in Betrieb ist, warum soll es dann in dieser oder jener Sekunde plötzlich nicht mehr richtig sein, den in Betrieb zu haben?« (2aw082/57)

»...Beatmungstherapie.... darf man nicht ... einfach abstellen, wenn schon, dann muß man die Leute vom Beat- mungsgerät langsam abgewöhnen. Was begonnen worden ist, sollte man auch lassen ... man sollte den Men- schen nicht diese Möglichkeiten nehmen.« ... (Ich unterscheide mich da) »speziell vom Chef, der den Respi- rator auf 21% Sauerstoffgehalt zurückschaltet oder nur noch Wasser gibt, da stehe ich nicht hinter.« (3am027/57)

»...Wenn ich aber anfangen und ihn reanimiere und die Beatmung dann läuft, dann steht da die Frage, warum soll ich jetzt abbrechen, was hat sich denn geändert, also das ist schwieriger. Wenn jemand z.B. eine künstliche Herz- klappe bekommt, dann muß man auch erstmal alles machen - einfacher ist es, auf die OP ganz zu verzichten, weil keine Chance besteht oder die Chance zu gering ist. Vielleicht stimmt das auch nicht.« (3aw089/57)

Trotz differenzierter Erfahrungen mit Therapieabbrüchen, bleiben die SprecherInnen bei ihrer persönlichen Präferenz, daß sie eine Therapie, die sie eventuell später wegen ausbleibendem

Erfolg abbrechen müssen, lieber nicht erst beginnen.

4.8.2.2 Interaktionelle Aspekte

Ähnlich ist es auch, wenn das soziale Ambiente als ein wichtiger Teil der Präferenz dargestellt wird: Z.B. kann die Angst vor einer späteren Bloßstellung vor den KollegInnen wegen einer ›unzulänglichen‹ Diagnosestellung und Prognosebeurteilung dazu führen, daß man lieber gleich auf einen Therapieversuch verzichtet.

»... die Situation, einen Patienten intubiert zu haben und dann aber sehr schnell die Respiratorbeatmung abzustellen, ist sicherlich unglücklich zu werten und deutet auch vor aller Augen auf eine gewisse Unsicherheit in Therapie und im medizinischem Verständnis hin. Da ist eine Entscheidung, einen Patienten gar nicht erst zu intubieren, sicherlich souveräner und deutet daraufhin, daß der Kollege eben entsprechend auch einen Erfahrungshintergrund hat, der ihn befähigt, so eine Entscheidung im Vornherein zu treffen. Also es macht für mich dann schon einen Unterschied und ist sicherlich begründbar mit Unerfahrenheit oder Angst vor Folgen. ...« (1bm050/57)

»Einen schon beatmeten Patienten von der Maschine wegzunehmen, mag ich nur nach Abstimmung in einem Team und nur wirklich als ultima ratio. Es fällt leichter, sich zu entscheiden, eine Maßnahme von vornherein zu unterlassen.« (1cm081/57)

In kritischen Situationen fühlen sich ÄrztInnen nicht unbedingt von der Solidarität der KollegInnen getragen, sondern mehr ihrer kritischen Beurteilung wegen mangelnder medizinischer Kompetenz ausgesetzt. Um jedoch eine begonnene Beatmung zu beenden, ist für sie eine emotionale und moralische Unterstützung durch das Team wichtig.

Eine von KollegInnen begonnene Therapie abzubrechen ist schwierig, weil man zusätzlich verunsichert ist: hat der Kollege etwas anderes (entscheidend Wichtiges) gesehen und erkenne ich es nicht oder haben sich die pathophysiologischen Bedingungen bei dem Patienten so verändert, daß ich vor einer neuen Situation stehe und neu entscheiden muß? Die Kollegin, die eine Maßnahme begonnen hat, bleibt gewissermaßen in der neuen Entscheidung präsent.

»Ich strebe es an, daß es keinen Unterschied macht, aber die Entscheidung, eine begonnene Therapie abzubrechen, ist schwerer. Eine selbst begonnene Therapie zu unterbrechen, fällt mir leicht, und wenn die Therapie von jemand anderem begonnen wurde, dann möchte ich zumindest mit ihm gesprochen haben und seine Meinung erfahren.« (2abw047/57)

4.8.2.3 Präferenz für »Nichtbeginnen« als Aspekt der Arzt-Patient-Beziehung

Wenige ÄrztInnen argumentieren für ihre Präferenz des »Nichtbeginns« auch aus der Patientenperspektive: Eine eingeleitete Maßnahme, die sich als ineffektiv erweise, bringe nicht nur keinen Vorteil, sondern bedeute für die Patientin auch noch Nachteil –ihr wird zusätzliches Leid zugemutet.

»...Aus meinem Verständnis heraus ist dem Patienten auch in der Unterlassung einer Diagnostik oder Therapie, wenn es auf den gleichen Effekt nacher rauskommt, eher gedient, als wenn eine belastende Maßnahme erst eingeleitet wird und dann nachher abgebrochen wird.« (1bm050/57)

»...wenn man von vornherein sagt, hier kommt eine Intubation nicht infrage, dann ist die Chance, daß es auch dabei bleibt und daß dann ein Patient in Ruhe versterben kann, wesentlich größer als wenn man jetzt sagt, wir beatmen erst mal und gucken, wie das jetzt weiter geht. Denn den Respirator abstellen tut eh keiner...« (3am052/57)

Wenn eine risikoreiche Therapie mit guter Prognose, hohem persönlichem (und finanziellem) Einsatz begonnen worden ist, –z.B. eine Transplantation als elektiver Eingriff,– kommt im Falle späterer postoperativer Komplikationen die Erkenntnis der Vergeblichkeit erst sehr spät und es ist auch dann noch für die Beteiligten sehr schwer, einen Verzicht auf weitere Maßnahmen oder ihre Einstellung in die Tat umzusetzen. Es sind also u.U. auch die sozialen Umstände der Indikationsstellung, die noch in terminalen Therapie(verzichts)entscheidungen, bzw. ihrer

Verzögerung, eine wichtige Rolle spielen.¹³⁰

»Das ist ein psychologischer Punkt. Es ist immer schwieriger, sich von einer begonnen Behandlung zurückziehen als umgekehrt, z.B. hatten wir eine Patientin mit einer schweren Pankreatitis nach einer Nierentransplantation. Sie war schon älter und hatte im Grunde genommen keine Chance mehr. Aber wenn man eine Transplantation macht, dann macht man auch weiter. In diesem Falle war da die Immunsuppression - eines zieht das andere nach sich - also wer A sagt, muß auch B sagen. Es ist so, daß man das dann auch durchziehen muß.« (1bm087/57)

»...ich beginne ja nur, wenn ich was erhoffe, und dann habe ich auch eine größere Hemmschwelle, es wieder abzusetzen. Dazu kommt die quälende Frage, warum hat sich der Patient so verschlechtert? Habe ich zu spät gehandelt, habe ich falsch dosiert oder gab es einen iatrogenen Grund? Habe ich die richtige Indikation gestellt?« (1aw015/57)

Auch hier ist es wieder das Bild der (möglichen) Schwierigkeiten, die ein sekundärer Therapieverzicht für die SprecherInnen mit sich bringt, weswegen sie sich für das »Nichtbeginnen« entscheiden.

4.8.2.4 Moralische Aspekte beim »Nichtbeginnen«

Manche ÄrztInnen verbinden sekundären Therapieverzicht mit der Übertretung des moralischen Gebotes, daß man einmal Gegebenes nicht wieder wegzunehmen hat; das macht es für sie schwierig, eine begonnene Therapie wieder aufzuhören, so daß sie lieber gar nicht erst damit beginnen.

»...es ist immer leichter, eine Maßnahme gar nicht erst zu beginnen, als einem Patienten etwas wegzunehmen. Deswegen überlegen wir uns auch bei jedem Patienten, ob ein Organersatzverfahren sinnvoll ist.« (3bm006/43)

»...Wenn ich nicht intubiert habe, dann kann ich auch dem natürlichen Verlauf trauen, wie vor 100 Jahren. Wenn ich jemandem etwas wegnehme, dann ist das nichts Halbes und nichts Ganzes. Den würde ich auch wieder an die Beatmung anschließen, weil ich Angst hätte, weil ich was bewirkt habe, weil ich maßgeblich aktiven Einfluß genommen habe durch das An- und Abschalten.« (1am062/57)

Jede/r Dritte aus dieser Gruppe, für die Nichtbeginnen einfacher ist als Aufhören, argumentiert auch mit der Behauptung, daß man beim Nichtbeginnen einer Therapie eher passiv/ »inaktiv« am Tode des Patienten beteiligt sei, beim Aufhören aber aktiv zu diesem Sterben beitragen würde.

»Das macht einen Unterschied, das eine ist aktiv, das andere ist passiv, das ist klar.« (2am090/57)

»...Weil der Abbruch aktives Handeln bedeutet, und das Nichtanfangen ein passives Handeln darstellt.« (2aw045/57)

»Das ist sehr viel schwieriger, auch ethisch - das ist ein ganz wichtiger Unterschied. Ich fühle mich sicherer, nichts zu tun, als abzuschalten.« (2bm094/57)

»... Es ist einfach die Tatsache, die Therapie aktiv zu beenden oder inaktiv nicht zu beginnen.« (3am039/57)

Deutlich wird hier zum einen wieder die auch im Kapitel »Halbherzigkeiten« beschriebene Ausweichtendenz bei persönlich zuzurechnender Verantwortung für Entscheidungen, die für einen Anderen nachteilig sind. Sterben wird in der Medizin als Nachteil, Leben als Vorteil definiert.¹³¹

»...Es ist so, daß ich nicht unmittelbar den Tod auslösen möchte durch eine Maßnahme, und wenn ich was abstelle, ist das auch eine Maßnahme.« (1am074/57)

Diese Einteilung in aktives Handeln und passives Nichthandeln spiegelt auch den Stand der Diskussion zu diesem Thema wieder: Nichthandeln, –obwohl dazu in der Medizin die gleiche

¹³⁰ Anders wird z.B. die Situation bei einem Notfall (z.B. akutes Leberversagen) bewertet, wenn die Transplantation nur noch eine ultima ratio darstellt. Hier sind sich die Behandelnden von Anfang an klar darüber, daß die Chancen des Patienten auf Genesung weit geringer sind, entsprechend werden hier die Grenzen der therapeutischen Bemühungen schon von Anfang an kritisch mitbedacht.

¹³¹ Eine Umkehr dieses Prinzips stellt sich meist erst *nach* dem Tod des Patienten ein und wird deutlich in Formulierungen wie: »jetzt geht es ihm besser« oder »jetzt ist sie erlöst«.

Art aktiver Entscheidung gehört wie zum Handeln, nämlich die Grundüberlegung, ob eine Maßnahme indiziert ist oder nicht– wird mit Passivität gleichgesetzt. Wer also die Hände in den Schoß legt und nichts tut, bleibt in dieser Vorstellung unschuldig, läßt nur der Natur ihren Lauf. Daß auch das aus juristischer Sicht »aktive Sterbehilfe«, zumindest unterlassene Hilfeleistung sein kann, nämlich dann, wenn man auf eigentlich sinnvolle, technisch mögliche und prognostisch aussichtsreiche Maßnahmen verzichtet, wird hier in diesem Zusammenhang von den InterviewpartnerInnen nicht angeführt. »Aktiv« wird gerne umschrieben mit den Bildern »Respirator abschalten«, »Hebel umlegen« oder »an der Schraube drehen« oder dem Extubieren; unsererseits waren hier im Interview keine Vorgaben gemacht worden. Nichtbeginnen hingegen ist mit einem »passiven Miterleben« des Sterbens verbunden, man hat »nicht mehr geholfen, eben weil man nicht mehr helfen konnte« - das ist »leichter zu ertragen«.

»...das Ausschalten ist für mich irgendwie aktiver als das Weglassen, da gibt es eine ganz kleine Grenzlinie an dieser Stelle... Das ist rein gefühlsmäßig und das kann man sowieso nur im Einzelfall entscheiden.« (1cm038/57/43)

»... abstellen, das ist ein sehr aktiver Eingriff, weil man jemandem ein Ende bereitet... man durch eine eigene aktive Behandlung ein Leben beendet - daß man einen Hebel umdreht und jemand stirbt. (N: Haben Sie das schon mal machen müssen?) Nein.« (2am097/57)

»Juristisch auf jeden Fall (ein Unterschied). Ansonsten ist es im Fall einer Beatmung viel schwieriger, jemanden zu extubieren –man muß dann so tun, als würde er es schaffen–, als erst gar keine Beatmung anzufangen. Wenn er dann stirbt, ist die Entscheidung nichts zu unternehmen leichter als irgend etwas abzurechnen, was man schon begonnen hat.« (2am064/57)

Dieser chirurgische Assistent kann seine Schuldgefühle beim Abschalten eines Respirators nur mit Selbstbetrug überwinden; er muß sich einreden, der Patient hätte eine Überlebenschance.

»...Ich glaube, das sind Schuldgefühle, die da eine Rolle spielen. Einen Respirator abzustellen - da beendest du aktiv ein Leben. In einem anderen Fall stirbt der Mensch, das ist leichter zu ertragen.« (3bw072/57)

»...das ist eine ganz aktive Verkürzung seines Lebens. Wenn ich die Respiratorbehandlung nicht anfangen, ist das mehr ein passives Miterleben, daß der jetzt stirbt, und ... ich habe ihm nicht geholfen, eben weil ich ihm nicht helfen kann. ... ich glaube, das sehen die meisten anderen auch so.« (3am054/57)

Wer sich »der Natur in den Weg stellt« und dann erst bemerkt, daß es dazu bereits zu früherem Zeitpunkt keinen oder einen nicht ausreichenden Anlaß gegeben hat, der ist nach dieser Vorstellung in seinem Aufhören aktiv und wird schuldig am Tod des Patienten.¹³² Manche gehen sogar so weit, von (verbotener) aktiver Sterbehilfe/ Euthanasie, und sogar von Mord zu sprechen, wenn man z.B. eine Respiratorbehandlung beendet.

»...weil weitere Maßnahmen beenden, ist für mich aktive Sterbehilfe. Ja, ich glaube, ich unterscheide mich da von Kollegen. Kollegen würden wohl auch entscheiden, Maßnahmen abzurechnen.« (1am061/57)

»Es ist viel leichter, etwas nicht anzufangen... -aber wenn ich auf etwas verzichte, kann ich nicht sehen, ob es Erfolg hat oder haben könnte oder nicht. Es ist letzten Endes eine Frage der aktiven gegenüber der passiven Euthanasie. Aktive Euthanasie ist ganz einfach verboten.« (3am032/57)

»... das Abstellen des Respirators ist eine aktive Maßnahme, ... die eine aktive Sterbehilfe darstellt, bzw. teilweise könnte man sogar so weit gehen zu sagen, das ist Mord. Während die Unterlassung einer jeweiligen Therapie allenfalls passive Sterbehilfe darstellen kann. Insofern sind das schon zwei völlig unterschiedliche Qualitäten. Nichtsdestotrotz würde ich mit Ausnahme des Abstellens des Respirators und der Unterlassung von Flüssigkeitszufuhr alle anderen Maßnahmen unterlassen, das heißt z.B. keine Medikamente mehr geben, wenn sich die Prognose dementsprechend schlecht bzw. infaust darstellt.« (3bm053/57)

»Bei aussichtsloser Prognose ist das anders, nichts zu machen, als wenn ein Kollege eine Beatmung begonnen hat. Ich kann eine laufende Beatmung nicht abschalten, das geht nur dann, wenn ein Patient zu einer ausreichenden Eigenatmung nicht mehr in der Lage ist und bewußtlos ist oder beim dissoziierten Hirntod. Sonst wäre es

¹³² Dies wird von einem Oberarzt der Anästhesie durchaus auch im strafrechtlichen Sinne verstanden. Entsprechende Regelungen gibt es aber nicht im StGB. (Neue Regelungen sind aber jetzt in Folge des sog. Kemptener Urteils bzw. der entsprechenden richterlichen Begründungen in Richtung auf eine ausdrückliche Zulässigkeit sekundären Therapieverzichts zu erwarten.)

aktive Sterbehilfe. Wobei ich weiß, daß manche Juristen auch sagen: »Auch, wenn Sie etwas unterlassen, ist das aktive Sterbehilfe.« Das empfinde ich als sehr verunsichernd. Ich meine, ich hätte dazu auch etwas im Ärzteblatt gelesen. Es gibt auf diesem Gebiet sicher eine Menge Unsicherheit und Tabus. Ich bin mir aber sicher, daß ein Verbot besteht, ohne Nachweis des dissoziierten Hirntods so eine Maschine abzustellen. Ich halte das für gerechtfertigt, also mit dem Ziel, daß ausreichende Analgesie noch gegeben wird. Es geht nicht darum, das Leben zu verkürzen.« (3bm098/57)

Sehr interessant ist auch, daß vielen Sprechern, während sie ihre Begründungen formulieren, klar wird, daß es im Falle des Therapieverzichts keine logisch zwingende Abgrenzung zwischen aktiv und passiv gibt; sie bleiben aber dann doch bei ihrem Urteil und fügen hinzu, daß das eben »gefühlsmäßig« so für sie sei. Eine begonnene lebenserhaltende therapeutische Maßnahme zu beenden verletze ihre moralischen Gefühle und belaste ihr Gewissen. Deutlich werden in diesen Aussagen auch die bestehenden definitiven Lücken und Uneindeutigkeiten, die die InterviewpartnerInnen oft erst in ihren Formulierungsbemühungen entdeckten.

»Gefühlsmäßig macht es einen Unterschied... weil das Extubieren irgendwie mehr hat von diesem aktiven Vorgang, ihn jetzt dem Sterben anheim zu geben. Das ist ... wenn ich das tiefer reflektieren würde, vielleicht auch gar kein richtig echter Widerspruch insich, aber rein gefühlsmäßig ist es für mich ein Widerspruch...«

»Ich hätte erheblich Probleme, eine angefangene Therapie abubrechen... Ja -aber warum eigentlich- das hab ich schon häufig überlegt, ist irrational, jedenfalls ganz wesentlich. ... vielleicht... Schuldgefühle, weil ich es als aktiver erlebe - als ein Nichtstun... die Kollegen sind da ähnlich empfindlich.« (1am070/44)

»...Für mich macht es einen qualitativen Unterschied, ob ich eine Reanimation nicht einleite, also nicht alles Medizinische ausschöpfe, passiv dem Leiden seinen Lauf lasse oder ob ich eine Therapie abbreche, was im Endeffekt freilich das gleiche Ergebnis bringt.« (2am080/57)

»... ich muß sehr sicher sein, festzustellen, wann die Intubation sich nicht lohnt. Abstellen ist ein längerer Prozeß, da ist Zeit zum Überlegen.... Das ist verrückt. Im Prinzip ist der Unterschied wohl gering ... Ich laß' der Natur ihren Lauf - beim Abbrechen bin ich eher schuldig.« (3am077/57)

»Da spielt ein Bedürfnis nach Klarheit eine Rolle ..., einen Respirator abstellen ist eine erhebliche Maßnahme - einmal hat man aktiv etwas nicht durchgeführt - beim Beenden - ich merke, daß es eine emotionale Sache ist. Das ist eine Sache der Formulierung. Es ist wohl einer der Grundsätze, die sich herausgebildet haben - ich finde es insgesamt günstiger, sich das vor dem Anfangen der Reanimation zu überlegen.« (1am083/57)

4.8.2.5 Psychologische Aspekte

Abbrechen einer eingeleiteten Maßnahme ist bei manchen auch mit Gefühlen der persönlichen Niederlage und des unangemessenen Einsatzes von Ressourcen verbunden. Diese ÄrztInnen verdeutlichen, wie schwer es ihnen ganz persönlich fällt, mit der realen Enttäuschung ihrer hochgesteckten Erwartungen an ihre eigenen beruflichen Fähigkeiten, –nämlich effektiv helfen, sogar Leben retten zu können– fertig zu werden, besonders, wenn dies auch im sozialen Kontext sichtbar und damit bewertbar wird für die Anderen. Da ist für sie das Nichtanfangen als die unsichtbare, »leise Resignation«, die nicht auch noch sozial auffällig wird, leichter zu ertragen, sie dringt nicht so kränkend in ihr Bewußtsein. Im Falle des Abbrechens muß man seine Indikationsstellung kritisch in Frage stellen. Eine laufende Behandlung bringt immer auch persönliche Nähe zum Patienten und eine Beatmung zu beenden heißt dann auch, von ihm Abschied nehmen zu müssen. Es löst bei ihnen Gefühle der persönlichen Niederlage und eine Infragestellung der eigenen fachlichen Kompetenzen aus, wenn sich eine ergriffene Maßnahme als ineffektiv erweist und nur Kosten aber keinen Nutzen gebracht hat. In unserem Sample wird dies relativ häufiger von Ärztinnen geäußert, allerdings ist die Gesamtzahl in dieser Untergruppe zu klein für weitergehende Interpretationen.

»Ich sage häufig, daß es keinen Unterschied macht, aber es fällt schon schwerer.... Abbruch, ist mehr ein Gefühl des Aufgebens,... irgendwie ein Negativerlebnis. Häufig hat man Hoffnungen daran verknüpft. ...« (3aw031/57)

»Ja, ein angefangener Weg, da ist es ein Rückschritt, wenn man aufhört. Da macht man dann eher länger weiter und verschiebt seine Bewußtmachung, ich glaube, das muß hinterfragt werden.« (3bw019/57)

»...Das Abbrechen von Maßnahmen ist 'ne bewußtere Niederlage, würd' ich mal sagen ... irgendwie sichtbar, daß

man resignieren muß.« (1aw041/57)

»...Wenn etwas Angefangenes nicht funktioniert, dann versucht man zunächst, eine Zeit lang das aufrechtzuerhalten.« (2am064/57)

»Wenn ich im Vorfeld alles entscheide, wenn ich einem was zumute und behandle, ist es schwer, davon wieder wegzugehen, denn dann muß ich eingestehen, daß meine Maßnahmen u.U. sinnlos oder problematisch waren.« (1aw078/57)

».. wenn ich eine Maßnahme gar nicht erst beginne, dann habe ich das ja schon in der Vorphase entschieden, dann ist das o.k. Andernfalls bin ich ja in der unangenehmen Situation, daß ich meine Entscheidung revidieren muß.« (1bm011/57)

»Es sollte nicht sein, man sollte auch eine Maßnahme abbrechen können und sich einen Irrtum eingestehen können. Andererseits, sich einzugestehen, daß man Ressourcen unglücklich eingesetzt hat oder sich einfach geirrt hat mit einem erheblichen Aufwand, ... und ich müßte es wieder abbrechen, dann würde ich mich auch ärgern. ...« (1cm095/56)

»Ja - wenn ich was angefangen habe und mich zu etwas durchgerungen habe, dann möchte ich es schon zu Ende machen.« (2am093/57)

»... Man muß sich dann ja der Frage stellen, daß die Medizin vielleicht schon von Anfang an sinnlos war. Schwieriger ist es auch, wenn die Beatmeten schon eine Zeit lang vom Pflegepersonal betreut worden sind. Es ist schwerer, weil so ein Patient weniger anonym ist, weil ein ganz anderer Zugang zu ihm besteht.« (2aw091/57)

Therapie beenden ist für viele ein moralisches Dilemma und mit einer großen emotionalen Belastung verbunden. Einige ÄrztInnen formulieren aus dieser Sicht auch ihren Ansatz, diesem Problem mit »Voraussicht« vorzuzukommen. Sie bemühen sich bereits in der Therapieplanung auch die Grenzen ihres Einsatzes zu berücksichtigen. Nur so kann man, ihrer Meinung nach, den Automatismen der Medizin wirkungsvoll begegnen.

»...Vor dem Einsetzen von Maßnahmen muß man sich Gedanken über deren Folgen machen, weil wenn man anfängt, dann läuft die ganze Maschinerie ab.« (1am023/57)

»Wenn ich etwas nicht beginne, dann mache ich mir im Vorfeld klar, daß nur Minimaltherapie gemacht wird.« (1am025/57)

»...Und wenn ich einen Patienten gut kenne, den ich längere Zeit betreue, und der wird jetzt z.B. ateminsuffizient, und ich habe mir vorher schon zurecht gelegt, daß ich ihn nicht reanimieren werde und auch nicht beatmen werde, wenn diese Situation eintritt, dann kann ich mich in der konkreten Situation leichter dazu bereit finden, ihn eben nicht zu intubieren und zu beatmen, als wenn ein Kollege, der ihn nicht kennt und aus Versehen intubiert hat, - ihm dann den Tubus wieder rauszuziehen, das fällt mir schwerer...«

»...Wenn ich etwas abbrechen muß, dann habe ich ja möglicherweise etwas Falsches entschieden. Aber gerade in der NCH, besonders in der Intensivmedizin, da ist uns häufig alles im Fluß. Da kann ein Patient liegen, bei dem wir uns eigentlich für Null-Therapie entschieden haben, weil er mit einer massiven Hirnblutung gekommen ist, und plötzlich fängt er doch an, sich zu regen. Und dann entscheiden wir uns doch anders und setzen alles auf Maximaltherapie.« (2abm012/57)

Trotzdem, auch gute Planung hat ihre Grenzen; es wird in der individuellen Therapie immer Entwicklungen geben, die nicht vorauszusehen waren oder deren Risiko man eingegangen ist um eine mehr oder weniger große Überlebens- oder auch Heilungschance zu nutzen. Bleiben diese Bemühungen ohne Erfolg, ist Therapiebeendigung der angemessene Weg. Eine unüberwindbare Abneigung gegenüber einem sekundären Therapieverzicht kann schwierige Folgen für die betroffenen PatientInnen und alle anderen Beteiligten haben; Therapie würde bis zum bitteren Ende fortgesetzt, bis der Patient oder die Patientin trotz Therapie sterben. Die Taktik des »Nichtbeginns« ist jedoch nicht nur im Rahmen »spektakulärer« Entscheidungen wie Reanimationsverzicht oder Verzicht auf initiale Dialysebehandlung u.ä. wirksam, sie kann sich auch auf weniger eindrucksvolle Schritte, wie z.B. den Verzicht auf eine Erhöhung der Katecholamine beziehen. In dieser Form ist sie aber kaum noch vom sekundären »Aufhören« zu unterscheiden. Primärer Verzicht ist eine wichtige und wirkungsvolle Möglichkeit, medizinisches Engagement in kurativer Absicht zu beenden indem man nichts neues (mehr) beginnt, um so das Sterben des Patienten zu ermöglichen. Als ausschließliche Form des Therapieverzichts kann sie

aber u.U. in aussichtslose Situationen führen wie z.B. die, daß eine Patientin ohne die Beatmungstherapie nicht leben, und mit der Therapie nicht sterben kann.

4.8.3 Besser erst anfangen, aufhören kann man immer noch... (Argument »Aufhören«)

Wer dieses Argument wählte, setzte prinzipiell andere Präferenzen: Optionen zum Beobachten und Handeln erhalten und die Sicherheit gewinnen, auch wirklich alle medizinischen Möglichkeiten ausgeschöpft zu haben, sind hier maßgeblich.

InterviewpartnerInnen, die ihre Ausführungen zunächst mit dem Argument »Nichtbeginnen« eröffneten, dann aber auch die Möglichkeit des »Aufhörens« akzeptabel fanden, sind hier in dieser Gruppe »Aufhören« mitberücksichtigt.

»Die Entscheidung, abzubrechen ist einfacher, man hat mit der Therapie eingesetzt, aber eben keinen Erfolg erreicht.« (2am026/57)

»... Es gibt aber auch Ausnahmen. Manchmal kann man schon guten Gewissens abbrechen - nach dem Motto: Wir haben es jedenfalls versucht und alles getan. Ich glaube, daß viele Intensivmaßnahmen abgebrochen werden zu einem Zeitpunkt, wo der Patient sein Leben längst eingestellt hat. Wir laufen ja doch Tag ein Tag aus abgefahrenen Zügen hinterher.« (1am092/57)

»...Wenn ich bei einer Entscheidung von vornherein nee sage, dann gebe ich auch keine Alternative frei. Wenn ich einen Respirator abschalte, dann weiß ich, diese Möglichkeit hat keinen Zweck gehabt, ich habe die Alternative ausprobiert. Im anderen Fall habe ich es im vornherein festgelegt.« (1am063/57)

»Nein, denn ich kann nur das tun, was sinnvoll ist, da fällt mir ein Behandlungsabbruch nicht schwerer.« (2am065/57)

Die »Aufhörer« geben ihrerseits wieder interessante Aufschlüsse über die Schwierigkeiten des »Nichtbeginns«: Mit einer Entscheidung zum Nichteingreifen exponiert man sich, dies erfordert Zivilcourage, weil man sich in solchen Entscheidungen nicht unbedingt auf die solidarische Unterstützung der KollegInnen verlassen kann, der man aber gerade in diesen Momenten besonders bedarf. Ohne ausreichende Unterstützung durch die Hierarchieebenen sind solche Entscheidungen nicht zu treffen.

»Das ist ein sehr großer Unterschied. Es erfordert sehr viel Zivilcourage, Mut u. differenziertes Nachdenken, um Maßnahmen nicht einzuleiten (zB eine Dialyse), im Gegensatz zum Absetzen solcher Maßnahmen. Im Rahmen der Akutmedizin ist mehr Mut erforderlich, etwas nicht durchzuführen. Wobei man moralisch stets als schlechter Arzt dasteht, wenn man nichts tut. Wir haben da junge Draufgänger und reifere Ärzte, die eher abwartend sind. Letztere stehen oft moralisch schlechter da. Da zeigen sich die Führungsqualitäten von Oberärzten und Chefs. Das erfordert eine gewaltige menschliche Größe.« (3am076/57)

In prekären Situationen hat die Entscheidung gegen lebensrettende Maßnahmen i.d.R. einen ultimativen Charakter. Wenn man erst einmal mit lebensrettenden Maßnahmen begonnen hat, gewinnt man Zeit und neue Einsichten, auch kann man KollegInnen hinzuziehen und ist einer Alleinentscheidung enthoben. Solange man handelt, sind Entscheidungen verfügbar und revidierbar.

»... Wenn man was anfängt, dann schafft man sich längere Entscheidungszeiten. ... Dann sagt man sich, warten wir erstmal ab, nach dem Motto: Beenden kann man ja immer noch«. (2am096/57)

»Wenn man einmal eine Entscheidung getroffen hat, dann hat man einen Impuls in eine Richtung und kann erstmal gucken, was dann passiert. Wenn man gar nicht anfängt, ist die Entscheidung unwiederbringlich. Nichts zu tun ist schwerer. Eine OP versuchen - ist o.k.« (2am036/57)

Wer handelt, steht (moralisch) besser da, vor den Angehörigen und den KollegInnen: Es bleiben keine Fragen mehr offen, man ist mit den medizinischen Möglichkeiten bis zum Letzten gegangen, hat die allgemein in die Medizin gesetzten Erwartungen, nämlich in einen Erkrankungsverlauf einzugreifen, erfüllt. Auch die Angst vor Fehlentscheidungen ist ein wichtiges Motiv für das Argument »Aufhören«; erst der nicht mehr erfolgreiche Therapieversuch hat eine ausreichende Beweiskraft und gibt Schutz vor etwaigen Klagen.

»Ja, wenn sie begonnen haben ..., also wenn sie eine Maßnahme nicht einsetzen, wissen sie auch nicht, ob sie auch nichts bringt. Es ist häufig ein Umfeldproblem, die Entscheidung über ein Nichteinsetzen einer Maßnahme den Angehörigen zu vermitteln. Wenn ich eine angewandte Maßnahme absetze, wenn sie nichts mehr bringt, dann ist das für alle Beteiligten einfacher nachzuvollziehen: »Es bringt nichts, also weg damit«. Ich habe dann keine Beweislast. Für mich ist das heute eigentlich gleich. Wenn ich eine Maßnahme selbst angesetzt habe, dann ist es im Prinzip einfacher, sie auch wieder abzusetzen, als wenn sie von jemand anderem angeordnet war. Aber als Älterer habe ich auch die Möglichkeit, den Jungen da etwas zu sagen.« (2am017/57)

Der Patient als Person ist für diese SprecherInnen in der Situation des sekundären Therapieverzichts von nachrangiger Bedeutung, er ist hier sowieso i.d.R nicht bei Bewußtsein. Im Mittelpunkt steht für sie die pathophysiologische Beurteilung seines körperlichen Zustandes. Sie sehen ihre Entscheidungen in Verantwortung zum Medizinsystem und sind stärker an der kritischen Umgebung (KollegInnen und Angehörige) orientiert. Entscheidungen in prekären Situationen mit hoher Ungewißheit bezüglich der weiteren Entwicklung werden als Entscheidungen zu einem probabilistischen Handeln gesehen; es sind immer nur Entscheidungen bis sich neue Situationen einstellen, die dann neue Entscheidungen erfordern und die sich dann auch gegen die ursprüngliche Intention wenden können. Diese mehr pragmatische Haltung ermöglicht eine relativ große Flexibilität im medizinischen Handeln: nicht eine einmalige große Entscheidung wird getroffen, sondern immer wieder neue Entscheidungen, die sich jeweils an der aktuellen Entwicklung orientieren.

»Als Mediziner bekomme ich eingebleut, wenn ich etwas anfangen, muß ich es auch zu Ende machen. Dazu muß man natürlich einschränkend sagen, in jeder neuen Situation kann man auch neu entscheiden. Eine Reanimation abbrechen ist nicht so schwer, das ist sogar relativ häufig in der NCH, da kommt ein Patient mit einseitig lichtstarrer Pupille, man untersucht ihn und 20 Min. später ist eine neue Situation, wenn beide Pupillen lichtstarr sind, dann kann man getrost alle Maßnahmen einstellen.« (2aam035/57)

Jede Situation wird als prinzipiell offen betrachtet, durch eine erneute Einschätzung der Lage kann man sich jeweils in beide Richtungen, zum Weitermachen oder zum Aufhören entscheiden.

»...wenn ich eine Maßnahme treffe, dann überlege ich sehr viel, und wenn ich eine Entscheidung nicht treffen kann, dann verschiebe ich sie noch einmal um 24 Stunden, setze mich hin und studiere die Kurve und spreche noch einmal mit den Angehörigen. Offen ist eigentlich nur die chirurgische Entscheidung, und wenn ich mich dafür einmal entschieden habe, dann bringe ich es auch zum Ende. Wenn ich aber auf der Mitte merke, daß ich mich vertan habe oder die Angehörigen es doch anders wollen, dann bin ich nicht zu feige, es auch zu unterbrechen. Wenn ich alles gewissenhaft überprüft habe, dann habe ich auch keine Schwierigkeiten, dann mache ich mir auch keine Vorwürfe, wenn ich etwas abbreche... es gibt eben auch Entscheidungen, die ich erst am OP-Tisch treffen kann.« (2cm037/57)

»...im Grunde kein Unterschied. Nur man muß manchmal auch eine Entscheidung revidieren, und was heute richtig ist, muß morgen nicht unbedingt richtig bleiben, da unterscheidet man sich auch manchmal von Kollegen.« (2abm044/57)

»Das kann ich nicht sagen, weil häufig Entscheidungsprozesse, die durch ein neu auftretendes Faktum plötzlich umgeworfen werden, revidiert werden. Die Patienten sind ja keine mechanischen Werkzeuge, die eindeutig auf Entscheidungen antworten. Am nächsten Tag sind sie plötzlich besser und man macht plötzlich wieder Maximaltherapie oder umgekehrt.« (3bm079/57)

Man kann sich aber auch nach einer Entscheidung zum Einsatz von Therapie zurückziehen und sich den (eskalierenden) Einsatz der Mittel von der physiologischen Entwicklung des Patienten »diktieren« lassen (Automatismen in der Medizin).

»...Wenn ich mich für die Behandlung entscheide, tue ich alles, was nötig ist, auch bei u.U. schlechten Aussichten. Das andere, die Entscheidung auf Behandlungsabbruch, da muß ich überprüfen, ob meine Einschätzung richtig ist, sie ist unwiderruflich. Ansonsten behandelt man auf das Prinzip Hoffnung hin.... Wenn Behandlungen laufen, ... (dann) wartet (man) auf den Erfolg, trifft an dieser Stelle keine persönlichen Entscheidungen mehr. Es gibt eine Kausalkette von Maßnahmen, das ist ein Prozeß, den man nicht unterbricht.« (2am020/55a/57)

4.8.4 Zusammenfassung

Die Frage der Präferenz von »nicht mit (lebenserhaltenden) Therapiemaßnahmen beginnen« bzw. »Beginnen, auch auf die Gefahr des späteren Aufhörenmüssens«, wird von den InterviewpartnerInnen unserer Studie mit deutlicher Mehrheit zugunsten des Nichtbeginns beantwortet. In ihren Argumenten erfahren wir interessanterweise viel über die Probleme des Aufhörens und wenig über die Vorzüge des Nichtbeginns. Hauptgrund für diese Haltung ist die allgemeine Furcht vor der praktischen Durchführung der Therapiebeendigung. Was ist wie zu tun? Die Argumente beziehen sich vorwiegend auf die eigenen Nöte der ÄrztInnen, der Patient und die Patientin als Personen mit eigenen Präferenzen stehen im Hintergrund, ihr körperlicher Zustand und die Prognose treten dafür um so schärfer hervor.

Die Therapiebeendigung wird gefürchtet, weil sie als aktives Handeln zum Nachteil des Patienten interpretiert wird, während das Vorenthalten oder das Zurückhalten (lebensrettender bzw. -erhaltender Maßnahmen) als passiv und damit als moralisch zulässig empfunden wird. Die Ergebnisse für diese Gruppe (Argument »Nichtbeginnen«) bestätigen weitgehend den Ansatz von SLOMKA¹³³ (1992), wonach es hier um eine mit Schuldzuschreibungen verbundene moralische Verantwortung geht. Wer handelt, zieht Verantwortung an sich, wer eine mögliche Handlung unterläßt, glaubt u.U. daß er/sie damit auch nicht in eine verantwortliche Rolle kommt, folglich auch nicht schuldig werden kann. Die Angst vor einem Regress wegen unterlassener Hilfeleistung tritt in solchen Momenten in den Hintergrund.

Der Natur, d.h. der vorgegebenen Endlichkeit des Lebens, Raum zu lassen, indem man nicht eingreift, oder ihr Raum zu geben, indem man Maßnahmen zurücknimmt, kann auch als ein nur sehr geringer Unterschied erfahren werden:

»...Da hat man mehr das Gefühl, aktiver Unterbrechung, das Gefühl, stärker in den natürlichen Vorgang des Sterbens einzugreifen, das ist etwas anderes als wenn ich mich entschieße, nicht weiter einzugreifen. Subjektiv ist es das Gefühl, der Natur ihren Lauf zu lassen.« (N.: Was heißt das, der Natur den Lauf lassen?) »Das ist das ethische Grundprinzip Leben, dafür läßt es sich immer leichter entscheiden. Das Paradigma Leben hat noch keinen Wandel erfahren. (Pause) Es ist auch eigentlich aktiv die Schraube (der Sauerstoffzufuhr) nicht aufzudrehen, die Hand in der Tasche zu halten. (Pause) Es geht darum, dem Leben zu dienen, aber auch dem Sterben seinen Raum zu geben. Das Sterben bekommt seinen Raum, wenn ich überschauen kann, daß mein Bemühen zu Ende ist. Wenn ich eine Lebertransplantation mit Erfolgsaussichten mache, dann pfuschen wir der Natur auch ins Handwerk. Ich muß mir also über Risiko und Prognosen im klaren sein. Meine Entscheidungen werden eben auch durch die Gesamtsituation bestimmt, die kann sehr extrem sein. Eine 95jährige Frau mit Metastasen versus ein akutes Leberkoma einer 20jährigen durch einen Anästhesiezwischenfall.« (2bm009/57)

Nur eine kleinere Gruppe argumentiert, daß für sie auch Therapiebeendigung zu ihrer Arbeit gehöre, wenn das, was man mit dem Beginnen der medizinischen Maßnahmen angestrebt habe, sich nicht als Erfolg einstelle. Sie betonen, daß sie sich sicherer fühlen, wenn sie alle medizinischen Möglichkeiten ausprobiert haben. Es sind vorwiegend Ärzte in dieser Gruppe, bei denen auch solche Entscheidungen relativ häufig in ihren Alltag gehören, weil bei ihnen Therapien mit hohen Risiken (Kardio- und Neurochirurgie und Anästhesie) häufiger vorkommen. Dieses Ergebnis ist vereinbar mit den Angaben aus der Befragung der Intensivmediziner durch das Ethics Committee der SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE¹³⁴, die einen sehr großen Anteil an MedizinerInnen hatte, die auch in ihrem Alltag verantwortlich für Therapieverzichtsentscheidungen waren.

Insgesamt wird aus diesen Antworten sehr viel Verunsicherung zum Therapieverzicht deutlich. Dabei ist *nicht* davon auszugehen, daß all diejenigen, die bei geringen Erfolgsaussichten auf einen Therapiebeginn verzichten wollen, dies in ihrem Alltag auch so konsequent handhaben.

¹³³ Slomka, J. (1992) a.a.O.

¹³⁴ siehe dazu Abschnitt 4.8.1

Es ist sehr fraglich, ob sie in ihrem Alltag auch die zitierte Entscheidungssouveränität haben oder ob sie »im Zweifelsfall« doch beginnen und sich dann schlechten Gewissens »irgendwie« aus der Therapie »herausschleichen«.

Die Zahl derer, die sich hier mit gezielter Therapieplanung (inklusive Grenzen der Therapie) den Rücken frei halten, ist sehr klein, obwohl dies in der Mehrzahl der Fälle möglich ist, da Patienten heute überwiegend an den Folgen chronischer Erkrankungen versterben, also ihrem Sterben schon ein längerer Kontakt zur Medizin und zu ÄrztInnen vorausgeht.

Beide Formen, das »Nichtbeginnen« wie auch das »Aufhören« können nicht jeweils exklusiv gehandhabt werden: Wo »Nichtbeginnen« möglich ist, weil die Chancen des Patienten einschätzbar, die Krankheitsentwicklung absehbar und unter den Beteiligten ein Konsens aushandelbar ist, stellt sie eine wichtige Form des Therapieverzichts dar. In allen anderen Fällen hat das »Aufhören« einen gleichgewichtigen Stellenwert.

Deutlich wird, daß hier noch großer Klärungs- und Handlungsbedarf besteht: Grenzsituationen der Medizin müssen stärker thematisiert werden, und zwar nicht ausschließlich in die Richtung, was noch getan und versucht werden kann, sondern auch in die Richtung, was unter welchen Umständen unterlassen werden soll und darf.

4.9 Konflikte um Therapie(verzichts)entscheidungen

4.9.1. Überblick

Entscheidungen zum Therapieverzicht sind schwierig, da die physiologische Situation des Patienten zumeist nicht mit absoluter Eindeutigkeit zu bestimmen ist (Ungewißheit) und immer Personen (ÄrztInnen, Pflegepersonal und Laien) mit unterschiedlich verfügbarem Wissens- und Informationsstand, Erfahrungshintergrund, Hierarchiestatus, Wert- und Zielvorstellungen etc. darin involviert sind. Stoff für intra- und interindividuelle Konflikte ist hier also reichlich gegeben.

An verschiedenen Stellen des Interviews wurde von den ÄrztInnen teilweise spontan von solchen Konflikten berichtet, es wurde jedoch auch gezielt danach gefragt: *»Haben Sie in solchen Fragen bei Entscheidungen über Einsatz bzw. Absetzen medizinischer Maßnahmen schon Konflikte mit Kollegen und Vorgesetzten erlebt? Wenn ja, welche Form nehmen sie an, um welche Inhalte geht es dabei und bei welcher Art von Fällen? Wie gehen sie ggf. damit um?«* und *»Haben Sie entsprechende Konflikte mit Pflegekräften erlebt?«* (Form, Inhalte, bei welcher Art von Fällen, Umgang)¹³⁵

Insgesamt wurde über Konflikte eher moderat berichtet. Die Ursache dafür liegt vermutlich in einem Intervieweffekt: Außenstehenden werden Kritik an KollegInnen und inter-personelle Konflikte, die im Rahmen einer Institution auftreten, nicht mitgeteilt. Wenn darüber berichtet wird, dann ist die Tendenz eher verharmlosend. Wer in einer Institution arbeitet, die er/sie ja auch erwählt hat (fast alle interviewten ÄrztInnen waren mindestens im Assistentenstatus), wird aus Gründen der persönlichen Identifikation zumindest eine loyale Außendarstellung dieser Einrichtung abgeben. Hinzukommt, daß das Berichten über Probleme, in die man selber involviert ist oder war, immer auch bedeutet, über die eigene Konfliktfähigkeit etwas sagen zu müssen und so selber in die Kritik zu geraten, zumindest wird durch das Aussprechen das eigene Handeln hinterfragbar. Auch die Wahrnehmung und das Verständnis von »Konflikt« können sehr unterschiedlich sein. Für diese drei Ärzte beispielsweise, scheint ein Konflikt –wenn sie

135 Fragen 60/61 im Interviewleitfaden

ihn überhaupt wahrnehmen können und wollen– erst viel später zu beginnen:

»Konflikte mit Kollegen? Nein, es gibt häufig Situationen, wo man denkt, oh Gott, das hat überhaupt keinen Sinn, - aber Konflikte nicht.... auch nicht mit dem Pflegepersonal, nur kleine Reibereien, ... um die Fortsetzung einer Behandlung, wenn die Pflegenden sagen: 'was bringt das noch?« (3am032/60/61)

»...die Pflegekräfte halten sich an die Anordnungen, keine Konflikte, höchstens skeptische Begleitkommentare.« (3bm043/61)

»Es gibt aber keine offenen Konflikte um Therapieverzicht, eher Auseinandersetzungen in Einzelgesprächen. Konflikte eher unterschwellig, die werden nicht ausgetragen.« und später: »es läuft alles ganz friedlich und vernünftig bei uns« (2am022/61)

Von den 95 dazu befragten Ärzten berichten 49 vorwiegend über Meinungsverschiedenheiten und Diskussionen und nur selten über heftigere Auseinandersetzungen oder massive, langanhaltende Konflikte über Therapieverzichtsfragen mit KollegInnen und/ oder Vorgesetzten. Entsprechende Konflikte mit Pflegenden werden dagegen häufiger, von 63 Interviewten, berichtet. Vorwiegend geht es dabei um den Wunsch –teilweise auch die Forderung– der Pflegenden, daß eine laufende Therapie eingestellt werden soll, damit der Patient in Frieden sterben könne, während ÄrztInnen noch weitertherapieren wollen. Die Gründe für ihr Weiterbehandeln können

medizinisch-fachlicher, moralischer, emotionaler, opportunistischer etc. Natur sein.¹³⁶

Anästhesisten berichten etwas häufiger über Konflikte um Therapieverzichtsfragen mit KollegInnen und auch mit Pflegenden. Chirurgen berichten über Konflikte untereinander relativ seltener und häufiger über Konflikte mit den Pflegenden. Dabei geht es dann jedoch bei ihnen wiederum seltener um Fragen des Therapieverzichts.

Konflikte um Therapieverzicht gibt es:

	gesamt Antw. 95	Internisten (n=33)	Chirurgen (n=33)	Anästhesisten (n=29)
ja, mit KollegInnen und Vorgesetzten	49	14	17	18
ja, mit Pflegepersonal	63	19	23	21
davon ausdrücklich, weil Pflegende weniger Therapie wollen	40	13	12	15

Tabelle 27

Im folgenden sollen die Inhalte der Konflikte der ÄrztInnen und die Formen ihrer Bewältigung anhand des Interviewmaterials vorgestellt werden. Konflikte um Therapieverzicht stellen sich in den einzelnen Disziplinen etwas unterschiedlich dar. Neben den medizinisch-fachlichen Anlässen für Konflikte gibt es auch direkte persönlich orientierte Auseinandersetzungen unter den KollegInnen, die bei den Anästhesisten auch bei den Konfliktlösungen eine größere Variationsbreite zeigen, als in den anderen Disziplinen.

4.9.2 Inhaltliche Anlässe für Kontroversen mit KollegInnen/ Vorgesetzten über Therapie(-verzichts)entscheidungen

4.9.2.1 Anästhesisten

Die geschilderten Kontroversen betreffen immer wieder die Art und das Maß an Therapie und/oder Diagnostik, welches man dem Patienten –je nach Sichtweise der Fakten– noch ange-deihen lassen oder zumuten will. Es geht also im jeweiligen Fall um die unterschiedliche Beurteilung der Prognose und die mit ihr zu rechtfertigenden Therapiemaßnahmen nebst der dazugehörigen Belastungen für den Patienten. Dabei sind der prognostische Stellenwert des Alters des Patienten und die spezielle Prognose der Grunderkrankung häufige Streitpunkte. Sehr treffend beschreibt das ganz allgemein z.B. eine Anästhesistin:

»Wie lange setze ich die Therapie fort, Maximaltherapie ja oder nein, was alles an Diagnostik und ständigem Monitoring nötig ist, ob Blut gegeben werden soll, ob irgendwelche Medikamente gegeben werden sollen, um alles wird eigentlich eine Auseinandersetzung geführt - alle miteinander - Vorgesetzte untereinander, Vorgesetzte gegen Oberärzte, Oberärzte untereinander, Oberärzte gegen Assistenten, Assistenten untereinander, Assistenten gegen Schwestern, Schwestern untereinander usw.« (3aw089/60) (1aw084/60 äußert sich ähnlich über ihre Zeit in der Anästhesie)

Die Konflikte um Therapie(verzicht) in einem Team können ebenfalls intra-individuellen Ursprungs sein. Diese Art von Konflikten wird durch eine als uneindeutig empfundene rechtliche Situation unterstützt, die dem Einzelnen keine Klärung, keine Leitlinien für sein Handeln gibt, ihn aber für die Folgen letztlich persönlich haftbar macht:

»Das Quantum Unsicherheit, welches jede ärztliche Entscheidung in sich birgt, ist für manche Kollegen nur schwer auszuhalten und Ursache für Auseinandersetzungen. Verstärkt werden diese Gefühle dann noch durch diffuse Ängste vor sog. juristischen Konsequenzen.« (3bw072/60b)

Andere KollegInnen beschreiben die Anlässe für Konflikte ähnlich:

»... manchmal Meinungsunterschiede über Prognosen und darausfolgende Therapiemaßnahmen...« (3am040/60) (3bm006/60) (3bm043/60)

¹³⁶ Das Thema Konflikte mit Pflegenden wird hier nicht ausführlich dargestellt.

»Es geht fast ausschließlich um Sinn und _Unsinn einer Therapie und wie weit man sie noch fortführen sollte bzw. eine Diagnostik. ...bei Problempatienten.. wo eigentlich jeder aufgrund der Erfahrung oder einfach aufgrund der objektiv meßbaren Sachen weiß, daß da jetzt das Ganze limitiert ist.« (3am052/60)

»Streit um Therapiebegrenzung bei alten Menschen: z.B. 90-jähr. Patient der nach OP Komplikationen und Lungenentzündung entwickelt.« (3aw031/60)

»...Solche Diskussionen gibt es täglich z.B. um das sehr schmerzhaft invasive aggressive Legen von Pulmonalkathetern, was für viele Kollegen schon eine Routinemaßnahme ist und besonders die Draufgänger die sich profilieren wollen sind da ohne Nachdenken zu bereit, auch nachts um 3 Uhr.« (3am076/60) (3aw071/60b)

»Das geht dann häufig sogar um grundsätzliche Probleme, insbesondere auch im Nachtdienst. Da wird dann vom Arzt gesagt, 'wir müssen dies und das tun', weil er schon einmal Erfolge bei ähnlichen Maßnahmen gesehen hat. Dann müssen oft sehr viele leiden, nur weil es einer geschafft hat.... « (3aw071/61)

Auseinandersetzungen um den richtigen Kurs in der Diagnostik, in der Therapie, bzw. auch den Verzicht darauf, also allgemein um Therapieziele und -grenzen, scheinen zur Alltagserfahrung in der Intensivmedizin zu gehören. Dabei reicht die Palette von fachlich orientierten Meinungsverschiedenheiten mit Diskussionen bis hin zum Streit um den diagnostischen und therapeutischen Wert bestimmter Maßnahmen beim jeweiligen Patienten. Daß von den Intensivmedizinern (zumeist vertreten durch die Anästhesisten) die Not in diesen Fragen dringlicher empfunden wird, als in den anderen Disziplinen, ist auch in der Fachliteratur belegt; sie sind es, die das Thema Therapieverzicht vorwiegend von ärztlicher Seite thematisieren.

4.9.2.1.2 Konflikte mit anderen Disziplinen

Anästhesisten haben in ihrer Arbeit sehr engen Kontakt zu anderen Disziplinen (Chirurgie und Innere Medizin), auch hier erfahren sie spezifische Konflikte um das Therapiemaß; dabei geht es häufig um die Erwartungshaltungen: was kann oder soll die Intensivmedizin mit ihren Mitteln erreichen?

»Konflikte zwischen Anästhesieabteilung... und den Chirurgen, die manchmal andere, auch häufig weitergehende Maßnahmen für indiziert halten. Weil sie einfach nur das Organ sehen oder irgend einen Körperteil sehen, daß sie wieder in Ordnung bringen könnten, aber... vergessen, was das eigentlich für ein Patient ist: in schlechtem Zustand oder eben verwirrt und gibt keine Operationseinwilligung.« (3am054/60a/b)

»...mit den Operateuren, sie denken, wenn sie jemanden wieder schön zusammengeflickt haben, daß man ihn dann auch auf der Intensiv durchbringen kann u. muß.« Konflikte besonders auch bei der prognostischen Einschätzung bei malignen Grunderkrankungen u. hier auch um die Bewertung von Statistiken. (3bm007/60)

Häufig ist es in Konfliktsituationen mit KollegInnen anderer Disziplinen gerade für die Anästhesisten schwierig, objektiv medizinische und persönlich/ institutionelle Gründe zu trennen. Als Spezialisten für die Behandlung vital gefährdeter PatientInnen sind sie oft die Endstation, der man »Problempatienten« zuführt. Bei diesen Einweisungen ist die vitale Notsituation des Patienten zwar gegeben, da sie aber auch mit den Mitteln der Intensivmedizin nicht mehr zu korrigieren ist, wird sie auf der Intensivstation lediglich als medizinischer Vorwand für die Verlegung (>Abschiebung<) gewertet (s.a: 3aw089/72), hinter dem sich das institutionelle Interesse der zuweisenden Chirurgen oder Internisten (oder auch anderer Fächer) verbirgt, die eigene Sterbestatistik zahlenmäßig gering zu halten. Sicherlich steht dahinter auch deren Unfähigkeit, die Limitierung der eigenen medizinisch therapeutischen Möglichkeiten –das Leben des Patienten »zu retten«– zu akzeptieren und dies auch gegenüber den Angehörigen zu vertreten:

»Die typischen Konflikte sind die, die uns die Allgemeinchirurgen anbieten. Das sind peritonitische Patienten mit irgendwelchen Darmgeschichten, Zustand nach Ileus, die nach 'ner Operation verbuttern, wobei diese Patienten in dem Moment, wo sie normalerweise sterben würden, von den Chirurgen noch zu uns auf die Anästhesie-Intensivstation verlegt werden, damit die eine bessere Bilanz haben, während wir den Ärger mit dem Patienten haben. Dann heißt es, die sind bei den Anästhesisten verstorben.« (3am085/21)

Solche »Zumutungen« z.B. der Chirurgen werden gerade dann als besonders hart empfunden, wenn die Intensivstation personell unterbesetzt ist und man sich sowieso schon sehr bemühen muß, die vorhandenen Ressourcen optimal einzusetzen.

»Dazu kommt sicherlich das Problem, daß das Pflegepersonal ohnehin knapp ist, überlastet ist und dann auch schon mal die Frage auftaucht, warum man sich jetzt noch die Beine ausreißen muß für einen Fall, der von vornherein eigentlich aussichtslos ist. Eine richtige Auseinandersetzung erfolgt eigentlich da genauso wenig, wie sie zwischen Anästhesie und operativen Fächern erfolgt, einfach deshalb, weil vernünftige Gespräche, die über eine längere Zeit sachlich geführt werden können, kaum möglich sind.« (3bm053/24)

Schwierigkeiten bereiten den IntensivmedizinerInnen auch Notfalleinweisungen (aus dem Hause) von Patienten, bei denen ein primärer Therapieverzicht indiziert gewesen wäre. Dem einzelnen Arzt, der die Reanimation gemacht und die Verlegung veranlaßt hat, ist hier nicht unbedingt ein Vorwurf zu machen, er ist oft selber Opfer der Tatsache, daß einfach im Vorfeld des (absehbaren) akuten Ereignisses sich niemand auf der Station ernsthaft Gedanken über die zu ergreifenden, bzw. die zu unterlassenden Maßnahmen gemacht hat. Ähnliches betrifft auch Notarzteinsätze außerhalb der Klinik.

Mit Chirurgen und Internisten gibt es Konflikte »um das Einleiten von Maßnahmen (z.B. Beatmung), ohne daß das im Vorfeld wirklich in seiner Konsequenz abgeklärt ist. Dann werden die Patienten auf die Intensiv gekarrt, wo man nun etwas, was nicht hätte begonnen werden sollen, noch optimieren soll. ... Wir werden da zu einem Handeln gezwungen, was unnötig und nicht im Sinne des Patienten ist. ... Es gibt da aber keinen Lernprozeß, ... Newcomer bleiben sich regelmäßig selbst überlassen.« (3cm024/60)

Auch eine Chirurgin, die derzeit auf der Intensivstation arbeitet, hat:

»Streit mit den Operateuren, weil sie so sehr an ihren so schön operierten Patienten hängen« und Diskussionen um eine Therapieeinstellung nicht zugänglich sind. (2aw008/60)

Besonders schwierig ist es manchmal für die Anästhesisten als IntensivmedizinerInnen die chirurgischen KollegInnen mit ihrer mehr organbezogenen Sichtweise, eine systemische Sichtweise der medizinischen Situation und Prognose des Patienten zu vermitteln, wenn sie auf eine gemeinsame Beschlußfassung zum Therapieverzicht angewiesen sind, weil diese beispielsweise postoperativen Patienten zwar unter ihrer Obhut stehen, aber in einem vertraglich zur chirurgischen Abteilung gehörenden Bett liegen.

Eine selbstkritische Einschätzung in bezug auf Konflikte mit den anästhesistischen KollegInnen gibt ein einzelner Chirurg, ansonsten scheinen die Chirurgen diesbezüglich ihre Zusammenarbeit mit den Anästhesisten weniger konflikthaft zu erleben:

»Bei unfallchirurgischen Intensivpatienten ... sind z.B. Anästhesisten mit dabei, da gibt es auch Konflikte, wenn beispielsweise der Anästhesist einen Dritten hinzurufen will und der Chirurg meint: Das könne er selber.« (2am080/21)

4.9.2.1.3 Konflikte um das Treffen von Entscheidungen

Daß es zu Konflikten kommt, weil anstehende Probleme nicht zu einer Klärung gebracht werden, wird eher selten berichtet, ist aber sicherlich eine wichtige Ursache für ihre Entstehung. Ausdruck findet diese Situation dann in der Tatsache, daß die Entwicklungen des Patienten weitgehend ignoriert werden, die anstehende Analyse und Beurteilung seiner Gesamtsituation nicht geleistet wird und stattdessen abgewartet wird, daß er trotz Therapie irgendwann stirbt. Ähnliche Auswirkungen können (moralische) Pattsituationen im Team haben, wenn man sich auf keine Linie verständigen kann, die Idee bzw. Notwendigkeit des Konsens aber aufrechterhält und die anstehenden Fragen nicht ausdiskutiert. »Aussitzen« ist auch bei Therapieentscheidungen ein wirksames Mittel, allerdings wird es wohl mehr den Bedürfnissen der ärztlichen EntscheidungsträgerInnen entgegenkommen, als denen der Patientin.

»...wenn man nichts mehr tun soll, dann gibt es manchmal Streit. Einige wollen dann lieber weitermachen, bis es irgendwie zum Ende kommt.« (3bw019/60)

»Der Prozeß, bis bei Therapieverzicht eine Übereinstimmung im Behandlungsteam hergestellt ist, dauert zu lange.« (3bm053/56)

Solange die Situation des Patienten nicht eindeutig medizinisch-prognostisch *und* sozial definiert wird, besteht Unsicherheit und Spannung im Team. Sozial muß seine Situation in Hinblick

auf die anstehenden Entscheidungen mit ihm, respektive seinen Angehörigen und im Team geklärt werden. Stehen dem Team hierfür keine akzeptierten und verlässlichen Strukturen zur Verfügung, wird dieser Prozeß u.U. nicht initiiert, oder er zieht sich für alle Beteiligten über einen zu langen und damit quälenden Zeitraum hin, und wird so zur Quelle von Frustrationen und offener oder unterschwelliger Konflikte.

4.9.2.2 Chirurgen

4.9.2.2.1 Interne fachbezogene Konflikte

Die Konfliktpunkte in der chirurgischen Disziplin sind im Prinzip ähnlicher Natur, thematisch aber etwas schärfer eingrenzbar: es geht um die Indikationsstellung zur OP und die Art ihrer Durchführung, in Relation zur Prognose des Patienten. Dissens gibt es mitunter auch um die Schmerztherapie.

Zu Meinungsverschiedenheiten über die Indikationsstellung zur OP kommt es bei insgesamt schlechten Prognosen: »Wenn man 2 Monate Lebensverlängerung auf Kosten von 3 Monaten Kranksein gewinnt, dann ist das schon zu überlegen.« (2am020/60c)

»Verbale Konflikte z. T. um die Zweckmäßigkeit der vorgeschlagenen Therapieformen und die Konsequenz ihrer Durchführung...« (2am080/60)

Schmerztherapie: »Es hat z.B. über ein halbes Jahr gedauert, bis ich eine bestimmte analgetische und sedierende Mixtur durchgesetzt hatte - das war ein Eier-Tanz!« (2am080/60) (2aw021/60c)

4.9.2.2.2 Konflikte um die moralische Zulässigkeit verschiedener Handlungsalternativen

Konflikte gibt es zum einen um die Angemessenheit einer medizinisch-therapeutischen Option; darüber hinaus aber auch um die Frage, ob das, was in dieser Richtung noch möglich scheint, auch rechtlich erlaubt und dem Patienten zumutbar ist, oder ob psychosoziale Kriterien (z.B. der Patient lehnt eine Fortführung der Therapie ab) dies eventuell verbieten.

»Grundproblem ist nicht die Prognose, sondern man ist sich uneinig über die ethische Vertretbarkeit der Entscheidung ... und dann ist da eben immer auch die erhebliche Unsicherheit ... es gibt auch Kontroversen um juristische und medizinische Fragen. Bei den ethische Fragen geht es um die "ärztliche Grundeinstellung" mit der sich ein bestimmtes Handeln nun vereinbaren läßt oder nicht.« (*leider nicht näher spezifiziert*) (2am005/60)

Die Unsicherheit darüber, welches Handeln dem ärztlichen Auftrag entspricht und welches ihm zuwider läuft, ist Anlaß für Konflikte unter den KollegInnen.

4.9.2.3 Internisten

4.9.2.3.1 Interne fachbezogene Konflikte

Das Konfliktspektrum der Internisten ist dem der Anästhesisten ähnlicher: Gegenstand ist die Prognose für die Patientin in Hinblick auf ihr Alter, die Bewertung der klinischen Beobachtungen und der daraus abzuleitenden Therapiechancen. Auch um den Umfang der diagnostischen Maßnahmen und die Relevanz der Ergebnisse für das weitere Vorgehen gibt es in diesem Zusammenhang Auseinandersetzungen.

»...über Therapiechancen, besonders bei Patienten, wo eigentlich schon alles ausgereizt ist. Eine mehrheitsfähige Entscheidung wird angestrebt.« (1am023/60) (1bm087/60) (1cm095/60)

»... um das Abwägen von sinnvollen therapeutischen Maßnahmen« ... und dann muß man sich den Anordnungen der Vorgesetzten fügen.« Dabei geht es »auf der Intensivstation um vital gefährdete Patienten oder um Konflikte bei Sterbenden, wobei das biologische Alter und die Schwere der Erkrankung sehr entscheidend ist.« (1am061/60)

»...gelegentlich Konflikte mit dem Chef bei Karzinompatienten, wenn der Chef mehr Diagnostik/ Therapie will als der Patient und ich...« (1am051/60)

»...häufig ... es wird viel diskutiert über den Einsatz von Medikamenten (z.B. um die Wahl des richtigen Antiarrhythmikums oder Diuretikums oder ob man beim Lungenödem Morphin einsetzen kann)... Und von daher kennt man das eigentlich gar nicht anders, als daß man das auch immer rechtfertigen muß, was man tut.« (1am055/60a)

Dabei geht es auch um fachübergreifende Fragen: beispielsweise muß entschieden werden, ob ein Patient mit einem Ileus im Finalstadium einer Krebserkrankung noch den Chirurgen für eine OP vorgestellt, oder diesbezüglich ausschließlich palliativ analgetisch versorgt werden soll.

»... bei Patienten mit infauster Prognose: »z.B. ob eine Operation noch sinnvoll ist, ob diagnostische Eingriffe Konsequenzen hätten, oder ein Patient es ablehnt.« (1aw041/60)

»Inhalte sind im Prinzip eben Verbesserung oder Verschlechterung (also Bewertung der klinischen Beobachtungen), für den Patienten Sinn oder Nichtsinn von Therapie oder Diagnostik oder Notwendigkeit für den weiteren Erkenntnisprozeß... -ist es z.B. erforderlich bei einem unbekanntem Primärtumor, der aber schon zu Metastasierung an verschiedenen Organen geführt hat und damit auch schon seine Unbehandelbarkeit unter Beweis gestellt hat, ist es da noch erforderlich, einen Patienten von Kopf bis Fuß durchzudiagnostizieren hinsichtlich des Primärtumors ... oder reicht es, den Patienten einfach palliativ zu behandeln, sich mit dem jetzigen Kenntnisstand zu begnügen und ihm eine Schmerz- oder sonstige symptomatische Therapie angedeihen zu lassen, ohne daß man ihn einem belastenden Diagnostikprogramm unterwirft?« (1bm050/60) (1am092/38b)

Wie in den anderen Fächern auch, führen Fehlentscheidungen, mitunter auch nicht abgesprochene Entscheidungen zu Konflikten:

»Schwierigkeiten gibt es (bes. nachts) in der Einschätzung, ob jemand reanimiert werden soll oder nicht, wobei dies ja meistens vorher besprochen wird, auch mit dem Pflegepersonal. Trotzdem - bei manchen Leuten passiert halt was, wo du noch keine Stellungnahme (zB Entscheidung über Therapieverzicht) zu hast. Da wird dann nicht diskutiert, da wird erstmal was gemacht, was du als Arzt dann halt willst - das kann aber auch mal eine Mißstimmung auslösen.« (1aw078/62b)

»...ein Patient mit einem schwersten Infarkt, der war morgens tot, weil der Nachtdienst meinte, er müßte nicht reanimiert werden. Das war aber nicht abgesprochen. Es war nur seine eigene Einschätzung.« (3bw072/71)

Den wichtigsten Anlaß für inhaltliche Konflikte im Rahmen von Therapieverzicht stellen die medizinisch-therapeutischen Grundfragen zur Indikation, also zur Angemessenheit (Qualität und zeitliche Dauer) von Maßnahmen bezogen auf Alter, Erkrankungsursache und -stadium und die damit verbundene Prognose für den Patienten dar. Solche Auseinandersetzungen können in der fachlichen Unsicherheit (aufgrund von faktischer Ungewißheit) der Einzelnen begründet sein und sich in einem Team, wie auch zwischen den jeweils involvierten Disziplinen ereignen. Diese Diskussionen gehören notwendig in den medizinischen Alltag. Kompliziert werden sie jedoch insbesondere dann, wenn sie von patientenfremden Absichten überlagert sind. Dabei geht es dann beispielsweise um nicht mehr gerechtfertigte Verlegungen vital gefährdeter Patienten auf eine Intensivstation, um Fehlentscheidungen oder um von den Zuständigen nicht rechtzeitig veranlaßte Entscheidungen bezüglich Therapie, bzw. den primären oder sekundären Verzicht darauf.

4.9.3 Formen der persönlichen Kontroverse mit KollegInnen / Vorgesetzten

Welches Ausmaß ein Konflikt annimmt und in welcher Form er ausgetragen wird, hängt immer von den direkt –teilweise auch den indirekt– involvierten Personen ab: Der Dienstrang und das Temperament des Gegenüber markieren im Rahmen des Krankenhauses die Eichstriche für den Grad der Auseinandersetzung zwischen AssistentInnen und leitenden ÄrztInnen und der Leitenden untereinander. Die Dominanz der leitenden ÄrztInnen ist durch die Weisungsbefugnis und Verantwortungsübernahme des Chefarztes / der Chefärztin rechtlich abgesichert und gefordert. Dieses System wird von den ÄrztInnen weitgehend akzeptiert, da es eine inhaltliche Berechtigung (Erfahrungsvorsprung) hat und ihnen nach außen rechtliche Absicherung bietet. Diese hierarchische Ordnung prägt auch den Diskussionsrahmen innerhalb der Institution: Leitende ÄrztInnen haben das Recht anzuordnen; damit bestimmen sie auch wie weit sie Diskussionen um (Therapie-)Ziele und ihre Verwirklichung zulassen oder unterbinden wollen. Sie können einen Diskussions- und Aushandlungsprozeß z.B. um Therapie(verzicht) jederzeit initiieren und/oder abbrechen. Konflikte, die über diesen jeweils »erlaubten« Rahmen –der, je nach Situation und personeller Konstellation sehr weit oder eng sein kann– hinausgehen, werden in-

nerhalb der Institution von AssistentInnen gegenüber Vorgesetzten (anscheinend) kaum ausge- tragen. In Fragen der Festlegung der Therapieleitlinie, –incl. Verzicht auf Therapie– erwarten die leitenden ÄrztInnen von den AssistentInnen Anpassungsbereitschaft, notfalls auch Unter- ordnung. Dies zu erreichen stehen ihnen sehr wirkungsvolle Sanktionen zu Verfügung. Feh- ler¹³⁷ können beispielsweise im Einzelgespräch geklärt werden, oder vor der Abteilungskonfe- renz¹³⁸. Direkte Formen der Bestrafung (außer der Kündigung, bzw. der Nichtverlängerung des Vertrages) gibt es zwar nicht, aber es gibt subtile »Karrierestrafen« wie Abkommandieren zu wenig interessanten Tätigkeiten¹³⁹ oder das gezielte Vorenthalten von praktischen Lernmöglich- keiten¹⁴⁰, ohne deren Nachweis die Facharztprüfung nicht abgelegt werden kann. Auch Ober- ärztInnen können von solchen Karrierebehinderungen betroffen sein. I.d.R. sehen sich Assi- stentInnen, die mit diesem System Probleme haben, dazu genötigt, sich zum »Durchtauchen« oder zum Wechseln der Klinik bzw. zum »Aussteigen« zu entschließen. Den Möglichkeiten, eigene Vorstellungen offen zu diskutieren oder durchzusetzen sind durch Interesse und/oder Duldung oder Ablehnung seitens der Klinikleitung klare Grenzen gesetzt. Ein jüngerer Assi- stent in der Anästhesie beschreibt dies so:

»Konflikte gibt es häufig, die Form ist unterschiedlich, je nachdem mit wem ich diese Auseinandersetzung führe. Das heißt, mit Kollegen nimmt das sicherlich auch schon mal etwas härtere Formen an. Mit Vorgesetzten, da werden Konflikte zwar angesprochen, so, daß man damit nicht so ganz einverstanden ist, aber im Prinzip wird das letztendlich nicht ausdiskutiert...« (3am052/60)

4.9.3.1 Anästhesisten

4.9.3.1.1 Vorwürfe statt Auseinandersetzung

Entscheidungsprobleme um Therapieverzicht werden auch individualisiert und als Konflikte mit einzelnen KollegInnen, Pflegenden oder Angehörigen wahrgenommen. Zwei junge Assistenten ärgern sich darüber, weil ihnen diese Art der Auseinandersetzung zu wenig an der Situation des Patienten orientiert ist. Dabei scheint gerade das System der Maximalmedizin nur schwer in Frage zu stellen zu sein: Statt Diskussion um Situationen und therapeutische Ziele gäbe es schnell pauschalisierende moralische Disqualifizierungen für den, der auf eine Begrenzung des maximlen Einsatzes drängt.

»Ich ärgere mich ... sowohl über meine eigene Unfähigkeit so einen Konflikt dann gegenüber Vorgesetzten oder Kollegen anderer Abteilungen zu führen oder durchzusetzen. Und ich ärgere mich auch über meine Kollegen ... da ist ganz wenig Bereitschaft, sich damit auseinanderzusetzen, da kommen so Floskeln: 'das kannst du aber nicht machen, jemand so sterben zu lassen'. Und das ist es dann. Oder es kommt da der Spruch: 'Ich kann das nicht.' Was ich noch eher verstehen kann, wenn das jemand sagt...« (3am052/60)

»Sehr schnell steht man als der moralisch Schlechtere da und als der fachlich Unqualifiziertere, wenn man etwas nicht macht.« (zB zurückhaltender bei invasiven diagnostischen Eingriffen ist) (3am076/60)

Natürlich gibt es auch sehr persönlich bedingte Inkompatibilitäten, wie z.B. Chefs, mit denen nicht zu diskutieren ist, weil sie nicht die Souveränität haben, eine Fragestellung als solche zu akzeptieren und mit Untergebenen argumentativ auszutragen, sondern sich gleich persönlich, ihre Autorität und Weisungsbefugnis in Frage gestellt sehen.¹⁴¹

137 unterhalb der strafrechtlich relevanten Ebene

138 die u.U. eine wichtige Lernmöglichkeit für alle Kollegen sind

139 dh: wenig interessant aus der Sicht eines lernenden Assistenten in der Schulmedizin

140 der Assistent wird im OP-Plan für bestimmte OPs nicht als Ausführender berücksichtigt, in kompliziertere Diagno- setechniken nicht eingewiesen uÄ.

141 s.a. (3am027) (3bm086)

4.9.3.1.2 Wohl des Patienten versus Eigeninteressen

Sehr schwierig werden Diskussionen um Art und Umfang von Diagnostik und Therapie, wenn der Kollegin oder dem Kollegen –berechtigt oder unberechtigterweise– unterstellt wird, sie/er handele nicht im Interesse –zum Wohle– der Patientin, sondern aus eigennützigen Motiven.

»... zB das Legen von Pulmonalkathetern, was für viele Kollegen schon eine Routinemaßnahme ist und besonders die Draufgänger die sich profilieren wollen sind da ohne Nachdenken zu bereit, auch nachts um 3 Uhr...« Die Konflikte nehmen »manchmal groteske Formen an - insbesondere weil die Reiferen hier nur mit Erfahrung argumentieren können und nicht mit Zahlen. Wenn dann einer von 8 Ärzten eine Profilneurose hat, kann das gräßlich werden, da wird bei jedem Patienten gestritten. Die Profilneurotiker setzen sich aber zu oft durch, weil sie auf einer anerkannten Schiene fahren.« (3am076/60)

Es bedarf immer einer besonderen Selbstdisziplin, darauf zu achten, daß der Patient das Ziel bleibt, und nicht zum Zweck der Intervention wird. Dies ist oft nicht einfach durchzuhalten, da ja auch den Anforderungen der Ausbildungsordnung¹⁴² zu genügen ist, oder Forschungsinteressen zu berücksichtigen sind.

So wie etwa ehrgeizige Ausbildungs- und/oder Forschungsinteressen in diagnostischen und therapeutischen »Übereifer« ausarten können, kann Arbeitsüberlastung das Gegenteil bewirken: das medizinisch-sachliche Urteil bekommt u.U. eine Schiefelage, weil sich jemand physisch/psychisch nicht (mehr) in der Lage sieht, eine umfangreichere therapeutische Maßnahme noch durchzuführen. Da wahrscheinlich jede/r Streß-Situationen (z.B. in personell schlecht besetzten Diensten) kennt, in denen sie/er zumindest innerlich aufgestöhnt hat ("oh nein, daß jetzt nicht auch noch!"), kennt sie/er diese Ursache der möglichen Unter- bzw. auch falschen Versorgung von PatientInnen und projiziert sie mitunter auch auf die KollegInnen und die Pflegenden.

»Häufig sind auch sehr irrationale Prozesse zugange. Das erlebe ich auch bei jungen Assistenten oder Schwestern, daß die keine Lust haben, zu behandeln, z.B. über 70-Jährige und andere Schwerkranke. Da heißt es dann bei der Visite: 'Den willst Du doch wohl nicht etwa beatmen?'« (3bw072/74)

4.9.3.2 Chirurgen

4.9.3.2.1 Konflikte um Kompetenzen

Entsprechend dem Hauptkonfliktpunkt »Indikationsstellung« kommt es in der Chirurgie an dieser Stelle auch besonders zu persönlichen Auseinandersetzungen um die faktischen, die vermuteten oder die dem Gegenüber unterstellten Grenzen der operativen Fertigkeiten. Gerade in den Grenzbereichen einer Indikation spielen diese Fertigkeiten eine wichtige Rolle in der fallbezogenen (personalen) Indikationsstellung. Sehr direkt geht es dabei auch um die Übernahme, bzw. die Ablehnung von Verantwortung.

Konflikte über Therapieverzicht kommen vor: »mit besonders operationsfreudigen Kollegen. Wenn der Kollege erfahrener ist als ich, sage ich meine Meinung entschieden, aber ich ordne mich unter. Ich verweigerte aber schon immer Operationen, die ich nicht für indiziert hielt, selbst zu machen und bin damit auch schon in Konflikt mit Kollegen geraten, weil ich der Meinung bin, derjenige, der es befürwortet, soll's machen. Ansonsten kann man solche Konflikte durch Diskussionen lösen.« (2abw047/60)

Auch zwischen verschiedenen chirurgischen Disziplinen kann es zu sehr grundsätzlichen Auseinandersetzungen um die richtige Indikation kommen. In dem hier geschilderten Fall wurde die Diskussion um die geeigneten therapeutischen Maßnahmen völlig von Strukturfragen (Welche eigenständigen Spezialabteilungen braucht die Klinik?) überlagert. Das Patientenschicksal wurde hier zur Beweisführung für eine Strukturdebatte mißbraucht, die Patientin in die Rolle eines Statisten verwiesen.

»Da war vor wenigen Monaten bei mir auf Station eine Patientin - so Ende 70 - hatte eine akuten arterielle Embolie ins Bein bekommen. Die war geistig vollkommen klar - man konnte sich richtig über alle Themen mit ihr

¹⁴² sie enthält u.a. Vorgaben über die Häufigkeit der Durchführung bestimmter Diagnostiken, Operationen etc.

unterhalten. Bei ihr wurde eine Embolektomie gemacht - aber am nächsten Tag passierte das gleiche - sie wurde wieder operiert - und dann kam es zum dritten Verschuß mit einem mächtigen Gangrän - aszendierend. Bei dieser Patientin gab es Konflikte zwischen dem Chef und dem neuen OA, einem Gefäßchirurgen, der eigentlich auf 'ne eigene Abteilung hinaus will, und der Chef will natürlich die Oberherrschaft behalten. Zwischen denen gibt es häufig Meinungsverschiedenheiten. Der Chef wollte angesichts der schlimmen Situation so schnell wie möglich eine Amputation durchführen - der OA hat sich für einen Erhaltungsversuch entschieden - er hat dann noch einen Bypass eingebaut, trotz der Gangrän. Nach der zweiten Embolektomie war die Patientin eigentlich nicht mehr zugänglich - sie war verwirrt, desorientiert, toxisch geworden - und so schlichen halt alle um sie rum - das war eine richtig ekelhafte Situation. Das war ein Machtkampf über das Leben eines anderen Menschen hinweg - wo der Chef in Gegenwart von allen anderen über den Oberarzt herzog und umgekehrt. Der Patientin ging es dabei zusehends schlechter. Der OA wollte nicht amputieren - der wollte unbedingt recht behalten. Die Angehörigen waren dabei sehr liebevoll zu ihrer Patientin - sie waren stets im Zimmer. Die Frau selbst hat nie mehr ein klares Bewußtsein erreicht. Es kam zur Unterschenkelamputation und später zur Oberschenkelamputation - bis sie dann nach 6-8 Wochen tatsächlich verstorben ist. Das Schlimmste daran ist, daß man sich in keiner Weise am vermutlichen Willen der Patientin orientiert hat, da sie eben nicht ansprechbar war. Sie hat nachts gestöhnt und geschrien, hat sich den Katheter rausgezogen, sie hat bestimmt sehr gelitten unter dieser langen Therapie. (*Warum erwähnen Sie gerade dieses Beispiel?*) Das steckt mir noch in den Knochen - das habe ich hautnah erlebt. Ich bin dauernd zwischen dem OA und dem Chef aufgerieben worden. Mit dem Chef war ich für eine frühere Amputation - ich wollte ihm aber nicht helfen, den OA loszuwerden. (*Wie typisch ist denn ein solcher Fall?*) Das ist ausgesprochen ungewöhnlich, außergewöhnlich ungewöhnlich. (*Wie ging es Ihnen in dieser Situation?*) Das war ganz schwierig - ich habe viele Gespräche mit den Angehörigen geführt - die waren total verunsichert von den Gesprächen mit dem OA und mit dem Chef. Als es wirklich klar war, daß sie sterben wird, da habe ich das beeinflusst, daß sie nur noch Flüssigkeit bekam und ich habe die Medikamente abgesetzt. Wir haben keine Intensivmedizin mehr gemacht.« (2am097/22)

Die Vermischung der Ebenen –Patientenwohl und Eigeninteressen– findet auch bei dem berichtenden Assistenten selber statt: Aus patientenfremden taktischen Gründen hält er sich bedeckt, steht nicht zu seiner therapeutischen Option: »Mit dem Chef war ich für eine frühere Amputation - ich wollte ihm aber nicht helfen, den OA loszuwerden.« Beide Lösungen, die gefäßchirurgische wie die radikalchirurgische, sind für ihn unüberwindbar mit seinem Loyalitätskonflikt verbunden. Seinem OA fühlt er sich persönlich verbunden, lehnt aber dessen Lösung ab. Er favorisiert die Lösung des Chefs, lehnt diesen aber als Person ab, bzw. will ihn zumindest durch eine inhaltliche Zustimmung nicht in seiner Position stärken. Eventuell hat er mit seinem Stillhalten, seine Chance, als Stationsarzt eine der beiden Optionen zu wählen und damit zu unterstützen, zum Nachteil der Patientin und letztlich auch zum eigenen Nachteil (er wurde in dieser Situation aufgerieben), verpaßt. Erst als die Patientin dann über diesen Streit letztlich doch stirbt und der Elan der Kontrahenten versiegt, wird er aktiv und sorgt dafür, daß ihr nicht noch weitere Maßnahmen zugemutet werden. Auch dieser Fall verdeutlicht –ebenso wie die Konflikte, die aus Übereifer oder Überforderung entstehen–, daß wohl nur die bewußte und konsequente Orientierung an den medizinischen Gegebenheiten und den Wünschen des Patienten, solche fatalen Verquickungen verhindern können.

4.9.3.2 Konflikte als Folge unterschiedlicher Ausgangssituationen

Wer sich persönlich für ein hohes Risiko entscheidet, die Zweifel der Ungewißheit, den eigenen Entscheidungskonflikt überwunden hat, neigt in diesem Moment und in der Folge sehr stark dazu, die gewählte Variante zu verabsolutieren und sich ausschließlich auf ihr Gelingen zu konzentrieren. Das ist prinzipiell notwendig, verführt aber auch dazu, zuwiderlaufende Entwicklungen zu ignorieren oder falsch zu bewerten. Zwei Seiten einer Medaille. Wer sich entschieden hat, ein hohes Risiko einzugehen, steht in diesem Moment mit seiner ganzen Person zu dieser Entscheidung, damit aber u.U. einer adäquaten Wahrnehmung der Wirklichkeit im Wege.

»Häufig erfolgt von oben eine Fehleinschätzung oder auch Verleugnung der Tatsachen. Es sind meistens die Operateure, die die Patienten nicht verlieren wollen. Wenn dann der Chef oder der Oberarzt gesagt hat, 'weitermachen', dann ist das für uns eine Anordnung, dann heißt es einfach auch weitermachen.« (2bam029/24)

»In der Allgemeinchirurgie tritt die Problematik wahrscheinlich häufiger auf als das diskutiert wird. Das hängt sicher damit zusammen, daß bei sehr gravierenden Erkrankungen Operationen mit recht hohem Risiko getätigt werden und der letale Ausgang nicht nur ein Problem der Erkrankung, sondern auch der Therapie darstellt. Und weil sich Therapie hier sehr stark personalisiert - der entscheidende Punkt ist dabei doch die Operation, zum Teil mit einer Letalität von 30-50 %. In solchen Fällen konzentriert sich also alles auf die OP und den Operateur - somit ist auch die persönliche Färbung der Entscheidungen sehr stark. Da gibt es sicher eine Reihe von Irrationalismen mit im Spiel, wobei in bezug auf die Irrtumswahrscheinlichkeit die Maßnahmen unerheblich sind. Die Leute sterben letztlich sowieso - es geht dann hier um die Frage des 'wie'.« (2am080/21)

»Bei Patienten die sich nach einer Herz-OP nicht mehr erholten sondern sich nur mit Komplikationen quälten und alles Medizinische weiter gemacht wurde. Da war dann das Pflegepersonal sauer. Das betrifft aber auch sonst die Intensiv, wenn sich Therapien in die Länge ziehen.« (2am026/61)

In der Chirurgie und in der Intensivmedizin kommen solche Risikoentscheidungen häufiger vor. Für Außenstehende –andere (chirurgische) KollegInnen und Pflegepersonal– sind entsprechende Phänomene dann schwer nachvollziehbar. Sie haben sich in diesem Fall nicht mit einer Risikoentscheidung gebunden, sind also frei, die Situation und die Veränderungen kritisch zu beurteilen. Konstellationen, in die die Beteiligten divergierende Vorleistungen und Erwartungen hineinragen, führen notwendigerweise zu Konflikten.

4.9.3.3 Internisten

4.9.3.3.1 Konflikte wegen patientenfernen Entscheidungskriterien

Die Meinungsverschiedenheiten unter Internisten sind ebenfalls häufig nicht nur bestimmt durch die Diskussion um den besten medizinisch-therapeutischen Weg für den Patienten, sondern auch überschattet von Positionskämpfen in der Hierarchie. Fragen um die richtigen therapeutischen Entscheidungen sind in solchen Fällen nur noch der willkommenen thematische Anlaß zur Klärung der Frage, wer bekommt, bzw. wer behält recht. Die Hauptfrage ist nicht, was ist das Beste für das Wohl des Patienten, sondern *wer* hat es zu bestimmen!

Unter Kollegen gibt es manchmal »Positionskämpfe, sich zu profilieren, oder Profil zu wahren, aber wir haben einen sehr souveränen, sachlichen Chef.« (1bm011/60)

»Ich erlebe häufig eine doppelte Front. Einmal Konflikte gegen die Oberärzte - die wollen häufig eine Therapieverlängerung. Und dann Konflikte gegen die Schwestern - gegen die muß ich dann bestimmte Maßnahmen der Diagnostik und der Therapie durchsetzen...« (1am083/55)

Von einem internistischen Assistenten wurden zwei Konfliktkonstellationen berichtet, die eine war für ihn und die Patientin problematisch, die andere schildert, wie ein der betroffenen Patientin fernes Ereignis aus der jüngsten Vergangenheit ganz direkt eine Therapieentscheidung mit beeinflußt. Der Wunsch der Patientin, sterben zu dürfen, wird vom verantwortlichen Chefarzt ignoriert zugunsten des Angehörigenwunsches, sie noch einmal zu sehen. Für die Patientin bedeutete dies die Zumutung zusätzlicher Leiden.

Streit zB um Einzelentscheidungen des Chefs: 80-jährige Patientin mit metastasierendem Tumor nach langer

Krankheitskarriere im Finalstadium und Sickerblutung im Magen. Gegen ihren klar geäußerten Willen daß sie sterben möchte, wird sie sediert und über 3 Tage auftransfundiert, damit »sie überhaupt entscheidungsfähig ist« und von weiter anreisende Angehörige sie noch sehen können. Sie bekommt (Tumor)- Fieber, Antibiotika auf Anordnung des Chefs -und im weiteren Verlauf eine Thrombose mit starken Schmerzen. Nach dem Besuch der Angehörigen werden die Transfusionen eingestellt, ihr aber weiterhin Antibiotika u. Wasser gegeben. »Der Chirurg hätte gerne operiert ... aber das wollten die Internisten nicht, weil vor kurzem eine Frau nach einem solchen Eingriff ganz schnell mit Fieber verstorben war.« (1am062/22) (*gekürztes Zitat*)

Der berichtende Assistent selber war mit der Durchführung der Maßnahmen beauftragt und im Konflikt, weil er die Patientin, ihrem Wunsch entsprechend, gerne ausschließlich palliativ versorgt hätte. Sein Bericht enthält leider keine Stellungnahme bezüglich seiner eigenen Bemühungen, den Wünschen der Patientin Geltung zu verschaffen. Vielleicht gab es die auch nicht, weil er sich den Anordnungen seines Chefs nach außen hin widerspruchslos untergeordnet hatte.

4.9.3.3.2 Probleme um die Rechtfertigung von Entscheidungen

Während sie in der Chirurgie mehr im Vorfeld einer Entscheidung (z.B. um die Indikation zur OP) auftreten, sind Konflikte in der Innerern Medizin öfters in der Folge von Entscheidungen zu beobachten, wenn sich eine Therapieentscheidung (eines Einzelnen) als unzureichend oder als falsch erwiesen hat und die Patientin verstorben ist.

»Manchmal, wenn das mit einem letalen Ausgang verbunden ist, dann kann so eine Diskussion auch schon schwierig werden. ..., das muß man dann auch erst mal verarbeiten. Wenn dann Vorwürfe kommen und man überzeugt ist, daß man doch das Richtige getan hat,.. es von den anderen aber nicht akzeptiert wird. ... Das muß dann jeder für sich irgendwie verarbeiten und muß sich dann auch für das nächste Mal überlegen, ob er dabei bleiben will, das so zu machen, was er wahrscheinlich nicht tun wird. Oder ob er seine Einstellung dazu ändern will.« In einem Fall wurde er massiv kritisiert, weil er einen Patienten »verloren« hat. »Das ging alles ziemlich rasant, ... einen Darmverschluß und gleichzeitig eine Lungenembolie. Das ist quasi auch nicht mehr zu behandeln gewesen. Das war so schwierig, diese beiden Erkrankungen gleichzeitig zu behandeln, weil sich die Maßnahmen teilweise gegenseitig ausschließen, so daß ich da in ziemlichen Konflikten war.« Die Kritik richtete sich dagegen, daß er Flüssigkeit nicht weitergegeben hat, was beim Ileus schwierig ist. (1am055/60a)

Es gibt oft erhebliche Konflikte, »besonders wegen Patienten von anderen Stationen. Die nimmt man dann z.B. nachts auf die Intensiv und morgens hat man dann da einen wütenden Kollegen - warum man diesen Patienten nicht in die Uni verlegt habe. Die Chefs sind da schon etwas zurückhaltender, die bemerken dann aber doch auch mal: 'Ja, da hätte man noch was machen können.' « (1am062/60)

»Mir ist mal ein Patient gestorben und mir wurden dann Vorwürfe gemacht ..: was hast du denn da gemacht? Warum hast du das so und so gemacht und nicht anders gemacht? Solche Auseinandersetzungen kenne ich auch. Im Prinzip kann ich mir beides vorstellen...« (Konflikte um zu viel oder zu wenig Therapie).« (1am055/24)

In solchen Situationen sind KollegInnen/ leitende Ärzte wichtig, die eine in der Sache klärende, aber nicht verurteilende Position einnehmen.

»Konflikte im Team gibt es weniger um die richtige Entscheidung, als manchmal um die Bewältigung der Folgen, die einfach Zeit braucht.« (1cm081/57)

4.9.3.3.4 Antizipierte Konflikte

Auch offene Entscheidungen Einzelner zum Therapieverzicht können zu Konflikten um die Zulässigkeit des Handelns führen. Da diese Schwierigkeiten aber antizipiert werden können, geht der/die Einzelne hier nicht unvorbereitet in die Auseinandersetzung.

»Meist gab es keine größeren Auseinandersetzungen - es gab halt einen Streit, aber man hat's doch wieder gemacht, hat's in Kauf genommen, daß das mißbilligt wurde. Ich erinnere mich an einen Patienten, den ich aber nicht behandelt habe, der hatte eine COLD¹⁴³, bekam eine Pneumonie, der war schon älter... wollte keine Beatmung, die Frau war einverstanden- der wurde dann von dem Kollegen nicht beatmet und kam bald zum Exitus- da gab's dann Probleme. Seitens Oberarzt und Chef wurde öffentlich festgestellt, daß es so nicht korrekt gewesen sei- es blieb aber sonst ohne Konsequenz. ...Von einigen Kollegen wurde gemeint, das hätte juristische Probleme

143 Chronical Obstructive Lung Disease: Ist diese Erkrankung in einem fortgeschrittenen Stadium, d.h. die Ventilationsstörung bereits weit ausgeprägt, so ist bei einer künstlichen Beatmung die Chance, daß der Patient jemals wieder ohne Maschine wird atmen können, äußerst gering.

haben können, wir (die Kollegen) waren in dieser Frage gespalten - Chef und Oberarzt hielten das jedenfalls für inkorrekt.« (1am070/60)

Anscheinend werden diese Konflikte seitens der leitenden Ärzte hier eher »pro forma« ausgetragen, weil sie einerseits die Entscheidung als folgerichtig akzeptieren (man hätte dem Patienten gegen seinen Willen eine maschinelle Dauerbeatmung aufgezwungen, ohne Chance, daß er wieder ohne Respirator leben könnte), andererseits aber rechtlich keine Absicherung für diese Entscheidung gegen das Einsetzen lebensrettende Maßnahmen geben wollen. Sie sprechen eine Mißbilligung aus, deuten aber gleichzeitig an, daß die/der Betreffende keine Konsequenzen zu befürchten hat. Eine solche offensichtliche Doppelstrategie ist eine taktische Behelfskonstruktion, um die Uneindeutigkeit in der bestehenden Rechtlage bei Therapieverzichtsentscheidungen zu überbrücken.

4.9.4. Formen des Umgangs mit Konflikten

4.9.4.1 Anästhesisten

4.9.4.1.1 Im Zweifelsfall: mehr Informationen und Therapie

Bei Konflikten innerhalb von Institutionen können die Lösungen unterschiedlich sein, das ist abhängig von der Natur des Problems, der institutionellen Stellung der Beteiligten sowie ihrer individuellen Konfliktfähigkeit.

»Im OP ist das mit dem Entscheiden einfacher, weil hier immer eine klare Hierarchie vorliegt. Im Endeffekt entscheidet man nach Rang. ... Viel zu entscheiden gab es bisher für mich nicht. Ich akzeptiere das schon als Anfänger. Bei Kandidaten gleichen Kalibers wie ich setze ich mich auch durch. Ich muß noch lernen, meinen Unmut besser zu äußern.« (3am077/60a-d)

Bei Therapie(verzichts)fragen geht es häufig um Meinungsverschiedenheiten bezüglich der Ziele diagnostischer/ therapeutischer Interventionen, bzw. bezüglich einer moralischen und/ oder rechtlichen Zulässigkeit des Verzichts darauf. Als Hauptkonfliktpunkt wird immer wieder die Beurteilung der medizinischen Lage und der jeweiligen Prognose des Patienten genannt. Bei Schwerstkranken ist der Verlauf relativ genau in eine Richtung vorgezeichnet: wenn der Patient sich *mit* der Therapie nicht erholt, stirbt er¹⁴⁴ trotz aller Bemühungen. Auf dieser schmalen Plattform werden dann Auseinandersetzungen um *die* richtige Therapie geführt. Der Patient selbst ist in diesem Stadium in der Intensivmedizin meist nicht mehr verhandlungsfähig. Auf dem Hintergrund »Ungewißheit« (z.B. bez. Erkrankungsursache, Prognose und eventueller Patientenwünsche) scheint die Entscheidung, mit »mehr Diagnostik, und mehr Therapie« Gewißheit zu schaffen, dann häufig so etwas wie der kleinste gemeinsame Nenner der Verständigung zu sein. »... die Entwicklung löst meist das Problem, dann zeigt sich, wer vielleicht ein bißchen mehr recht gehabt hat...«¹⁴⁵ Unterstützt ist diese Haltung durch den Grundsatz: »nur solange der Patient lebt, hat er auch eine Chance«. Sein unter diesen Umständen künstlich verlängertes Leiden wird dafür dann billigend in Kauf genommen.

»Bei deutlichem Dissens wird eher mehr Therapie gemacht...« (3am030/60)

»...wenn keine Einigung möglich ist, bemüht man sich noch um zusätzliche Informationen und Diagnostik« (3bm006/60)

Eine Lösung des Problems ist das noch nicht, sondern eher der Versuch, eine breitere Basis für eine Lösung zu schaffen. Dieser Weg des »bedingten Weiterbehandelns« bei äußerst fraglicher Prognose, hat für den Patienten die unangenehme Nebenwirkung der Leidensverlängerung; nur

¹⁴⁴ In der Intensivmedizin gibt es auch die Beobachtung, daß sich der Patient nach dem Einstellen der Therapiemaßnahmen erholt. Dies ist mit ein Grund, warum i.d.R. auch bei allgemeinem Therapieverzicht die Basisversorgung mit Wasser/ Ernährung beibehalten wird.

in sehr seltenen Fällen wird er genesen. Die Nebenwirkungen für die ÄrztInnen sind auch bei äußerem Mißerfolg meist ein medizinischer Erkenntnisgewinn und das Gefühl, das Therapiegebot nicht verletzt zu haben. Angehörige leiden u.U. unter einer sich so hinziehenden Therapie, häufig trösten sie sich aber damit, daß auf diese Art alle medizinischen Möglichkeiten für die Patientin ausgeschöpft worden seien. Kompliziert sind die Auswirkungen dieses Weges für die Pflegenden, die an den Entscheidungen i.d.R. nicht beteiligt sind, das Leiden der Patienten aber ganz nahe miterleben müssen und dann häufig ihren Arbeitseinsatz als sinnlos erleben. Die Frustrationen verstärken sich, wenn sie schon längere Zeit zuvor die Diskussion um Therapieverzicht angeregt hatten.

"Das geht dann häufig sogar um grundsätzliche Probleme, insbesondere auch im Nachtdienst. Da wird dann vom Arzt gesagt, 'wir müssen dies und das tun', weil er schon einmal Erfolge bei ähnlichen Maßnahmen gesehen hat. Dann müssen oft sehr viele leiden, nur weil es einer geschafft hat. Die Schwestern müssen dann Dinge tun, deren Sinn sie nicht einsehen, die müssen sich auch viel dichter mit den Patienten auseinandersetzen als wir. Von manchem haben die einfach die Schnauze voll. Ich kann das aber nicht akzeptieren - weil man nicht wichtige Entscheidungen vom Frust der Schwestern abhängig machen kann. Ich habe es nie anders herum erlebt, daß sie mal gesagt haben 'mach mehr'." (3aw071/61)

4.9.4.1.2 In kleinen Schritten zum Konsens

Auch wenn mehr Informationen vorliegen –und der Patient über diese Suche noch nicht gestorben ist– muß unter den ärztlichen Kollegen eine Konsensfindung einsetzen. Der Weg dazu ist u.U. sehr pragmatisch. Mit zeitlich und/ oder inhaltlich limitierten Aktionen, –meist initiiert durch einen leitenden Arzt– versucht man therapeutisch flexibel zu bleiben und gleichzeitig prognostische Gewißheit zu erlangen: z.B. 'Versuchen wir dieses Medikament etc. noch bis morgen, wenn sich dann keine entsprechende Wirkung zeigt, dann sehen wir weiter... '. Therapeutische Mißerfolge sind in diesem Falle eine Form der Beweisführung; sie dienen zur Stützung einer negativen Prognose und ermöglichen dann auch eine Entscheidung zum Verzicht auf weitere Maßnahmen.

Vorläufigkeit von Entscheidungen: »...wir kommen aber häufig zu einem gemeinsamen Ergebnis. ... Wenn die Lage des Patienten sich am nächsten Tag ändert, dann wird man die Entscheidung revidieren.« (3am046/60)

»... aber im Prinzip wird das letztendlich nicht ausdiskutiert, sondern ganz häufig wird dann gesagt, nun machen wir das erst mal so, und dann macht man das halt so.« (3am052/60)

»Das sind aber meistens ganz sachliche Diskussionen, also man schreit sich da nicht an. Man versucht es auch zu klären, und häufig sind es auch Kompromisse, daß dann doch irgend eine operative Maßnahme durchgeführt wird, die aber möglichst klein gehalten wird.« (3am054/60a/b)

In manchen Abteilungen werden (ärztliche) Teamentscheidungen in diesen Fragen angestrebt, das bedeutet aber auch für Einzelne, daß sie die Entscheidung zumindest nach außen hin mitvertreten müssen.

»...wenn aber die Entscheidung im Team so gefallen ist, dann akzeptiere ich die so.« (3am039/60)

»... schwierig, versuche, es ausdiskutieren. Manchmal bedeutet es eben, daß man etwas tun muß was man eigentlich nicht möchte.« (3am040/60)

Die hier dargestellten Ansätze entsprechen am ehesten den »technischen Lösungen«, wenn allen Beteiligten das Ziel deutlich ist, aber noch Sicherheit in der Begründung angestrebt wird. Folgt hieraus ein Therapieverzicht, so ist er Schritt für Schritt erarbeitet (und von der Patientin u.U. erlitten) und weniger die Folge einer »heroischen« Entscheidung. Kompromisse in der Sache sind bei Therapieverzichtentscheidungen eigentlich nicht möglich, auch wenn Halbherzigkeiten in der Therapiegestaltung diesen Anschein haben können, sind sie 'nur' Kompromisse von und für Personen.¹⁴⁶

145 (3cm034)

146 siehe dazu auch das Kapitel 4.7

4.9.4.1.4 Verordnete Lösungen: Hierarchie

Die Positionen bei Konflikten um Therapieverzicht sind oft nicht so eindeutig. Es gibt Fälle, in denen auch das 'ärztliche Lager' gespalten ist und AssistentInnen in Koalition mit den Pflegenden für Therapieminderung oder -verzicht eintreten. Es wird auch deutlich, daß ein Oberarzt durchaus die Macht haben kann, eine Therapie gegen den Willen von Angehörigen, Assistenten und Pflegepersonal durchzusetzen.

(Konflikte um das Therapiemaß) »Wobei meist der OA das (mehr Therapie) befürwortet und unter uns Assistenten die Skepsis überwiegt - und unter dem Pflegepersonal die Skepsis noch größer ist. ... Das sind unangenehme Diskussionen. Letztlich ordnet dann der OA an, wir führen aus und stehen zwischen den Fronten, und das Pflegepersonal ... auch, zwischen den Ärzten und Angehörigen.« (3am085/60)

Diskussionen werden zwar häufiger z.B. während der Visite begonnen, aber u.U. erst im Gespräch unter vier Augen von den Vorgesetzten beendet, nachdem sie zweifelnde KollegInnen unter Hinweis auf das gemeinsame Ziel zum Akzeptieren überredet haben.

Kritik an Therapie: »Ich nehme ihn (Assistenten) dann an die Seite und rede mit ihm oder mit der Schwester. Ich möchte das nicht laut öffentlich kundtun, ich denke aber schon, sie sollen es offen sagen, nur akzeptieren kann ich es dann nicht. (3bw072/74)

Konflikte werden nach Möglichkeit individualisiert und bearbeitet. Wenn alle Systeme zur Regulation von Streitigkeiten versagen gibt es noch immer in der Hierarchie auch eine Schiedsstelle, auf die man zurückgreifen kann:

»Streit wird im Stations- oder Arztzimmer ausgetragen, ... zur Not muß der Chef entscheiden.« (3bw072/60a)

»Konflikte sind relativ häufig. Bei der Visite wird das meistens ausdiskutiert. idR wird die Meinung des OA akzeptiert.« (3bm079/60)

Auch Oberärzte haben es u.U. nicht leicht mit ihrem Chef und geraten in eine ähnliche Pufferfunktion wie die AssistentInnen zum Pflegepersonal.

»Der Chef trifft auch Entscheidungen gegen den Willen der Kollegen, ich muß ihn dann manchmal wieder umstimmen.« (3bm007/60)

Die hierarchische Organisation ermöglicht es dem/der Einzelnen auch, sich aus der Verantwortung zurückzuziehen, nur strikt nach Anweisung zu handeln und damit zumindest intra-individuelle Konflikte zu beschwichtigen.

»Ich habe ihm (dem Chef) meine anderslautende Meinung gesagt, versucht mit ihm zu diskutieren, das geht aber nicht. Bei Sachen, bei denen ich nicht dahinter stehe, habe ich ihn den Therapieplan allein schreiben lassen, ich muß mich dem beugen, er hat ein Weisungsrecht.« (3am027/60)

Nicht unproblematisch ist das Gegenmodell »Spielwiese« (anything goes). Der Chef läßt die KollegInnen gewähren, einzelne Patienten und ihr Schicksal scheinen als bloße abstrakte Größe zu existieren, bei Entscheidungen um Therapieverzicht sieht und interessieren ihn nur noch die 'Strukturen eines Regulationsprozesses'. Lediglich im Falle massiver Fehler behält er sich vor, selber ins Geschehen einzugreifen:

»Ich hüte mich in Konflikten von übergeordneter Weise Entscheidungen zu forcieren. Wenn es Unstimmigkeiten gibt, dann werden die doch letztendlich nicht mit logischen Argumenten geregelt, aber die Entwicklung löst meist das Problem, dann zeigt sich, wer vielleicht ein bißchen mehr recht gehabt hat. Es müssen nicht alle Konflikte gelöst werden. Aber Konflikte machen wach für ein Dilemma.... Es gilt immer noch das Motto: Du kannst alles tun, Du mußt es nur begründen können. Kochrezepte behindern das Denken. Jeder, der eine vertretbare Entscheidung trifft, muß auch respektiert werden. Wenn seine Entscheidung falsch ist, kriegt er was auf den Hut.... « (3cm034/60)

4.9.4.2 Chirurgen

4.9.4.2.1 In der Diskussion zum Konsens

Die Äußerungen der befragten Chirurgen zum Thema Konfliktlösungen sind vergleichsweise weniger ergiebig:

»Es kommt auch zu Diskussionen im OP am offenen Bauch. ... Probelaparotomie: Aufmachen - Zumachen, das ist für den Patienten immer eine Belastung, häufig überstehen sie es gut, aber in manchen Fällen bedeutet es auch Abbruch. Ärzte neigen wohl eher dazu zu sagen, wir wollen gucken, ob man noch was holen kann. Meinung äußern ist leicht, die Entscheidung zu treffen verdammt schwer. Es ist schwer diese vor sich selbst und anderen zu verantworten.« (2am020/24)

»Diskutieren, Argumente ernstnehmen, auch mal Nachgeben und eine Therapie weiterlaufen lassen, wenn der Assistent das will.« (2acm018/60)

Konflikte? »Eigentlich nicht. Wenn es einmal so weit ist, daß wir aufhören, dann ist das auch für alle einsichtig.« (2am064/60)

Konflikte um Therapieverzicht enden in der Klinik i.d.R. vor der Türe des Patientenzimmers. Auch die Angehörigen bleiben meist von Streitigkeiten ausgeschlossen. Man will hier keine Zweifel zeigen und damit eine mögliche Angriffsfläche bieten.

»Sollte aber im Arztzimmer und nicht im Patientenzimmer erörtert werden. Untereinander darf man dissonant bleiben, der gefundene Konsens muß aber nach außen gemeinsam vertreten werden.« (2am017/60)

Wenn Uneinigkeiten bez. Therapieverzicht im Team bestehen und die nach außen getragen werden, »kann es zu Mißverständnissen kommen. Sogar dazu, daß Angehörige uns anklagen.« (2abw047/71)

Eine selten geäußerte Meinung vertritt ein Oberarzt: er beschreibt Konflikte um Therapieverzicht als wichtiges Regulativ im Entscheidungsprozeß und unterscheidet hier auch nicht zwischen Pflegepersonal und Kollegen.

»Es gibt so Grenzbereiche, wo man mit erfahrenen Schwestern und auch Kollegen schon Auseinandersetzungen bekommt. Ich seh das aber als positiv an, weil man dadurch angehalten wird, den Fall genauestens zu prüfen. Das finde ich im Grunde gut, daß es in diesen Grenzsituationen Meinungsverschiedenheiten gibt und daß die auch ausgetragen werden.« (2bam099/60/61)

Die Anerkennung, daß die Ziele in der Versorgung Schwerstkranker heterogen sind, oder zumindest sein dürfen, ist der erste Schritt zu einer ernsthaften Konsenssuche unter allen Beteiligten.

4.9.4.3 Internisten

4.9.4.3.1 Hierarchie und klärende Gespräche/ Überreden

Auch bei den Internisten halten sich die Angaben über Konfliktlösungsstrategien in ähnlich engem Rahmen wie bei den Chirurgen: Entweder vertraut man auf die »Überzeugungskraft der Hierarchie«, oder es wird ein klärendes Gespräch, mit dem Ziel, sein Gegenüber zu überreden und somit sein Konfliktpotential zu binden, gesucht.

»..mit Kollegen gibt es Diskussionen, je höher die Hierarchie ist, dann geht es eben per Dekret. ... Anordnungen von höherer Stelle habe ich befolgt, aber das gibt es auch nur in schwer abzuwägenden Fällen, nie bei klaren Fällen. Die sind weisungsberechtigt, daran habe ich mich zu halten.« (1am013/60)

»Wie ich damit umgehe? Widertoben! Beweise geben, und notfalls eben auch miteinander zum Chef gehen. Diese Auseinandersetzungen muß man immer wieder führen.« (1am062/60a-d)

Wenn er gegen eine Anordnung (zB Reanimationsverzicht) ist, versucht er das mit dem, der das angeordnet hat, zu besprechen. (1am055/70c)

»Ich versuche in solchen Situationen laut nachzudenken und mache das von den Argumenten der anderen abhängig ... bemühe mich, vitale Entscheidungen von anderen mittragen zu lassen.« (1cm038/60)

»... mit Konfliktsituationen gehe ich heute sehr viel gelassener um als früher. Wenn ich nicht Recht habe, dann greift mich das persönlich nicht an, sondern ich denke im Zweifelsfall, ich habe möglicherweise mich geirrt oder was dazu gelernt, aber ich fühl mich in keiner Weise infrage gestellt oder angegriffen. Das hat sicherlich auch mit

meiner jetzigen Position und Stellung zu tun. « (1bm050/60)

Dieser Oberarzt gibt auch Auskunft darüber, wie er versucht, Konflikte, die in einer Verquickung von Therapieentscheidungen mit patientenfernen Beweggründen begründet sind, durch konsequente Rückbesinnung auf die eigentliche Fragestellung, nämlich die Situation des Patienten, zu lösen:

»Die Form dieser Konflikte ist erfreulicherweise bei uns sehr sachlich. Es gibt einige wenige Ausnahmen, wo das mal mit emotionalen oder etwas hinterhältigen Argumenten dann ausgefochten wird. In der Regel ist das schon an einer gewissen sachlichen medizinischen Notwendigkeit und Fragestellung orientiert.« (1bm050/60)

4.9.5 Zusammenfassung

Bei den Anästhesisten scheint es mehr Anlässe für Konflikte, mehr Formen der Konfliktlösung aber auch mehr Konfliktabwehr zu geben als in chirurgischen und internistischen Abteilungen: Das hängt vermutlich auch mit den sehr viel dichteren Arbeitsstrukturen (zeitlich, räumlich und personell) in anästhesiologischen Abteilungen, ibs. auf der Intensivstation zusammen. Ist das Klima zwischen ÄrztInnen und Pflegenden aber erst einmal gründlich verdorben, so scheint ein Aufeinanderzugehen nur noch mit größter Anstrengung möglich zu sein. Dabei sind die Hauptkritikpunkte der Pflegenden dem hier zitierten Assistenten durchaus deutlich:

»Ob die Pflegenden eine andere Einstellung haben, da bin ich mir nicht sicher. Da wird sicher auf unserer Station auch zu wenig drüber geredet und wenn, dann würde ich mir wünschen, daß solche Gespräche auch überwacht (sic!) würden, daß man unter Anleitung solche Gespräche führt. Weil da so viel Konfliktstoff ist, der normalerweise auch gar nicht verarbeitet wird. Und so eine angeleitete Sache, eine richtige Gesprächsreihe oder überhaupt so ein Klönabend zu machen, wo man solche Sachen bespricht, das findet eben bei uns nicht statt. ... nur in ganz seltenen Fällen auf Intensivstation, viel zu selten. Die Pflegenden haben sicher auch deshalb eine andere Einschätzung in Einzelfällen, weil sie noch mehr mit den Patienten Kontakt haben. Ich mache das häufig mehr aus der Rolle eines Beobachters als die. Die sind viel näher dran und würden vielleicht auch schon aus dem Grund einige Entscheidungen anders treffen. ... Einige vom Pflegepersonal können sich damit nicht anfreunden. Die wollen klare Entscheidungen sehen, die sollen auch dann so stehen bleiben.« (3am054/24)

Der Anlaß für Konflikte wird mitunter auch exklusiv bei den anderen Disziplinen gesehen: Anästhesisten verweisen z.B. auf die Konflikte zwischen sich und den Chirurgen oder den Pflegenden und den Chirurgen.

»Konflikte gelegentlich ... und seltsamerweise nie mit Kollegen aus meiner Abteilung, sondern immer mit anderen.« (3bm048/60)

Konflikte um Therapieverzicht werden beispielsweise auch gezielt umgangen, indem sie aus der direkten Interaktion mit den Pflegenden als Thema ausgeklammert werden. AssistentInnen entziehen sich dann einer Auseinandersetzung um Sinn und Zweck einer Maßnahme etwa mit dem Hinweis: »diese Entscheidung wurde auf höherer Ebene gefällt!« Sie ziehen sich auf eine Position als Ausführende (ähnlich der der Pflegenden) zurück; sie können oder wollen die Verantwortung für die ärztlichen Entscheidungen z.B. zur Therapie(fortsetzung) nicht mittragen (3aw031). Auch leitende ÄrztInnen können sich notfalls unter diesen Schild (Verantwortung liegt beim Chef) zurückziehen.:

»Unterschiedliche Einschätzungen gibt es, ja, Konflikte nicht. Ich würde dann immer den Chef miteinbeziehen, seine Entscheidung auch mittragen. Vielleicht ist die im Einzelfall anders, aber weicht nie so grob ab. Ich denke, er ist auch der Chef, hat eine höhere Verantwortung und auch das Recht, seiner Entscheidung mehr Gewicht zu geben.« (3bw059/60)

Insgesamt berichteten die ärztlichen InterviewpartnerInnen eher moderat über Konflikte um Therapieverzichtsfragen. Eine Ursache dafür kann auch in den unterschiedlichen Wahrnehmungsschwellen für Konflikte liegen. Inhalt der Auseinandersetzungen unter ärztlichen KollegInnen im eigenen Team oder mit den KollegInnen anderer Abteilungen ist vorwiegend die Indikation zur Diagnostik, Therapie und OP (Art und Umfang), unter Berücksichtigung der phy-

biologischen Parameter und ihrer Entwicklung, auf dem Hintergrund der Grunderkrankung, sowie des Alters und der daraus abzuleitenden Prognose. Die Uneindeutigkeit der rechtlichen Situation zum Therapieverzicht verstärkt die Spannungen. Für die IntensivmedizinerInnen führen ebenfalls häufiger die falschen, d.h. zu hohen Erwartungen an ihre Fähigkeiten, sowie entsprechend die Abwehr von Fehlbelegungen zu Streitigkeiten mit den KollegInnen anderer Disziplinen, manchmal auch mit den einweisenden Notärzten.

Spannungen entstehen auch in einem Team, wenn ein drängendes Problem –hier ein Patient, bei dem Sinn und Ziel weiterer therapeutischer Maßnahmen (nicht der palliativen) geklärt werden muß– nicht angegangen wird, wenn also der Schluß der Therapie nicht thematisiert werden kann. Ebenso führen Fehlentscheidungen zu Therapie oder Therapieverzicht zu Konflikten.

Die Art der Austragung dieser Streitigkeiten ist bestimmt durch den Platz (jeweils mit spezifischen Weisungsbefugnissen ausgestattet) der KontrahentInnen in der Hierarchie der Institution. Damit ist der offizielle Diskussionsrahmen klar abgesteckt; wenn Überzeugungsversuche nicht greifen, werden Anpassung und Unterordnung von AssistentInnen, notfalls auch von leitenden ÄrztInnen eingefordert. Darüberhinaus sind es häufig Mängel in der kommunikativen Kompetenz Einzelner, die zu Konflikten führen. Meinungsverschiedenheiten werden nicht immer adäquat auf den verschiedenen Ebenen ausdiskutiert, sondern auch mitunter mit moralisch orientierten Disqualifikationen abgewürgt. Das weist darauf hin, daß die Diskussion um Therapieverzicht nicht in das Alltagsrepertoire der ÄrztInnen gehört, sondern zunächst häufig erst geklärt werden muß, ob überhaupt darüber gesprochen werden darf.

Der Verzicht auf Maximalmedizin ist immer in besonderer Weise begründungspflichtig, während ein unangemessen hoher Einsatz invasiver Diagnostik und Therapie geduldet, zumindest aber mit Nachsicht geahndet wird. Um es etwas pointierter auszudrücken: einem schwerstkranken Patienten ohne plausible Erfolgsaussichten eine diagnostisch/ therapeutische Maßnahme zuzumuten ist akzeptabel, sie ihm aus guten Gründen, eben weil sie keinen Erfolg versprechen, vorzuenthalten, wird beargwöhnt und ist sehr genau zu rechtfertigen. Diese Praxis spiegelt den therapeutischen Imperativ: er verpflichtet auf praktisches Handeln, nicht zu handeln ist die erklärte Ausnahme.

Wird in Indikationsdiskussionen das Ziel »Patientenwohl« nicht eindeutig von Eigeninteressen (Forschungsambitionen, Selbstschutz wg. Überforderung, Strukturfragen und Loyalitätskonflikten in der Hierarchie etc.) getrennt, führt dies zu erheblichen Spannungen zwischen KollegInnen, innerhalb einer Abteilung und/oder zwischen den beteiligten Disziplinen.

Antizipierbare Konflikte um Therapieverzicht werden zwar als unangenehm, aber nicht als problematisch empfunden. Konflikte müssen zunächst als solche erkannt und akzeptiert werden, damit sie gelöst werden können. Bei Therapieverzichtsfragen kommt es, –weil dieses Thema mangels Akzeptanz oft nicht frontal angegangen wird,– mitunter erst über Sekundärkonflikte (z.B. diffuse Spannungen im Team), zur Aufklärung des eigentlichen Anlasses; beispielsweise die nicht definierte Situation eines (oder mehrerer) schwerstkranker Patienten. Konflikte können längere Zeit schwelen, wenn niemand bereit ist, sie zu benennen, um eine gemeinsam getragene Lösung zu erarbeiten. Konflikte um Therapieverzicht haben aber leider auch eine fatale Eigenschaft: Sie lösen sich irgendwann von selber, d.h. der Patient stirbt trotz Therapie. Dann sind zwar viele erleichtert (Endlich hat er es geschafft!), man zieht aber keine Konsequenzen, überlegt nicht, ob man das Sterben bei anderen Schwerstkranken auch so lange hinziehen muß. Die »Zaghafteigkeit« basiert hier häufig auf der rechtlichen Unsicherheit der Einzelnen: Man schweigt und wartet ab, weil man sich mit dem Ansprechen des Therapieverzichts nicht ins moralische und/oder therapeutische Abseits begeben möchte. Solche Konstellationen führen zur künstlichen Verlängerung von Therapieversuchen und diagnostischen Bemühungen, unter de-

nen alle Beteiligten leiden. Bemerkenswert ist noch, daß von den befragten ÄrztInnen nicht der Patient, nicht die Angehörigen, nicht er/sie selber, sondern ausschließlich die Pflegenden in einem solchen Prozeß als die Leidenden identifiziert werden.

Der Logik der Medizin scheint dieses Vorgehen, im Zweifelsfalle mehr zu diagnostizieren und zu therapieren, nicht zu widersprechen; Erkenntnisse lassen sich immer gewinnen. Insofern wird eine solche Form der »Konfliktlösung« nicht als dissonant erlebt, sondern als Fortschreibung des Auftrages, mehr Wissen zu sammeln und dieses nach Möglichkeiten anderen Patienten zugute kommen zu lassen.

Wird wirklich konkret Therapieverzicht bei einer Patientin oder einem Patienten thematisiert, so ist Konsens unter den beteiligten ÄrztInnen, nach Möglichkeit auch mit dem Pflegepersonal angestrebt. Es wird wohl berichtet, daß Therapien gegen die Einwände von Pflegenden fortgesetzt werden, es gibt aber keinen Hinweis darauf, daß sie gegen ihren geäußerten Wunsch eingestellt oder nicht begonnen würden. In Konflikten, die über die Mittel der Hierarchie qua Dienst-anweisung oder auch durch Überreden geregelt werden, scheint es sich i.d.R. um Therapiefortsetzung und nicht um Verzicht auf Therapie zu handeln. Konflikte um Therapieverzicht führen mehr zu Spannungen im Umfeld, wenn auf Anweisung oder mangels Einsicht weitertherapiert wird und der primäre oder sekundäre Verzicht nicht thematisiert werden, oder ein Entscheidungsprozeß zu lange hingezogen wird.

5. Zusammenfassung und Diskussion

5.1 Therapieverzicht im Kontext: Individuelle, gesellschaftliche und ökonomische Aspekte

In den letzten drei bis vier Jahrzehnten hat die moderne westlichen Medizin eine große Anzahl technischer Neuerungen geschaffen und/oder weiterentwickelt, die es erlauben, auf viele Erkrankungen auch noch in weit fortgeschrittenen Stadien, wenn auch hier eher selten kurativ, so doch immer häufiger lebensverlängernd, einzuwirken.¹⁴⁷ Mit differenzierter Beobachtung und apparativ unterstützter Kontrolle der vitalen Funktionen, Reanimationstechnik, respiratorunterstützter Beatmungstherapie, parenteraler Ernährung, Haemodialyse, entsprechenden Pharmaka etc. erreichen die MedizinerInnen oft das gewünschte Ziel; manchmal aber auch ein unerwünschtes: Ein Patient überlebt eine u.U. zum Tode führende Krise, seine Hirnfunktionen bleiben aber z.B. wegen einer Sauerstoffunterversorgung schwer geschädigt. Oder, ein Patient mit fortgeschrittener Lungenerkrankung kann nicht mehr ohne den Respirator, an den er angeschlossen ist, leben, aber mit ihm auch nicht in Frieden sterben.

Es können aber auch nach außen hin viel weniger dramatische Entwicklungen sein, die zur Frage nach lebenserhaltender Therapie oder dem Verzicht darauf führen können: Eine seit Jahren demente 75jährige Patientin wird von den beiden sie pflegenden Angehörigen mit einer Pneumonie ins Krankenhaus gebracht. Sie bitten um eine ausschließlich palliative Betreuung. Soll die Patientin mit Antibiotika behandelt werden, oder verzichtet man darauf, pflegt sie, versorgt sie mit Schmerzmitteln und läßt sie sterben?¹⁴⁸

Ähnlich stellt sich die Frage, ob Patienten mit fortgeschrittenen chronischen Erkrankungen, die eine mögliche weitere Therapie ablehnen und sterben möchten, nun einfach in der Klinik palliativ versorgt werden können, oder ob man sie zu einer Fortsetzung der Therapie drängen soll. Hinter diesen Beispielen stehen Probleme grundsätzlicher Art, von denen hier nur einige genannt sein sollen: Gibt es eine ärztliche Verpflichtung zum Lebenserhalt um jeden Preis? Wie wird dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten im Krankenhaus Geltung verschafft? Wie läßt sich jeweils die Urteils- und Entscheidungsfähigkeit des Patienten bestimmen? Sind Luft, Wasser und Nahrung ein Teil der unverzichtbaren Basisversorgung, oder darf auf sie ggf. auch verzichtet werden?

Nachdem die technischen und pharmakologischen Fortschritte der Medizin viele Jahre relativ vorbehaltlos gewürdigt worden sind, sind wir jetzt in eine Phase eingetreten, in der aus sehr verschiedenen Richtungen angemahnt wird, die etablierten Einsatzformen maximaler Medizin am Lebensende neu zu überdenken. Zum einen geht die Infragestellung von den unmittelbar betroffenen PatientInnen und ihren Angehörigen, sowie den mittelbar beteiligten ÄrztInnen und Pflegenden aus. Zum anderen sehen auch Gesundheitsökonominnen und -politiker mit Blick auf die demographischen Veränderungen in der Gesellschaft und die rapide steigenden Kosten im Gesundheitsbereich hier einen Handlungsbedarf. Eine Medizin mit allen technischen Raffineszen bis zum letzten Atemzug scheint in der bisherigen Form auf Dauer nicht finanzierbar zu sein. Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für das letzte Lebensjahr eines Versicherten sind mit Abstand die höchsten, bezogen auf seine gesamte Versicherungs-

¹⁴⁷ Überdeutlich wird das Phänomen in der sog. Konditionierung von potentiellen Organspendern: Obwohl mit dem Hirntod die zentrale Steuerung der körperlichen Abläufe ausgefallen ist, ist es technisch möglich, die Organe für eine Transplantation funktionsfähig zu erhalten. Die Austragung von Schwangerschaften durch hirntote Frauen zeigt, daß komplexe körperliche Vorgänge anscheinend auch über mehrere Monate technisch beherrschbar sind.

¹⁴⁸ Ein Fallbeispiel aus der Vignettensammlung die den ÄrztInnen und Pflegenden im Vorfeld unseres Interviews zur

zeit.¹⁴⁹ Die finanziellen Ressourcen im Gesundheitsbereich sind erschöpflich und es stellt sich die Frage, welchen Anteil des Bruttosozialproduktes die Gesellschaft¹⁵⁰ für die gesundheitliche Versorgung ihrer Mitglieder aufwenden will und kann und ob ggf. Prioritäten für bestimmte Leistungen (Art und Umfang) gesetzt werden sollen oder müssen. Gesundheits- und VersicherungsökonomInnen drängen zunehmend auf den Nachweis von Effektivität und Effizienz auch für maximaltherapeutische Maßnahmen. Einen rationalen Einsatz der Ressourcen in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem zu fordern ist politisch und ökonomisch notwendig zur Wahrung von Chancengleichheit und Verteilungsgerechtigkeit. Ein rationaler Einsatz von Ressourcen widerspricht grundsätzlich nicht den Interessen der (potentiellen) Patienten, die wahrscheinlich am ehesten eine ihren jeweiligen Bedürfnissen »angemessene«, eine optimale Versorgung, d.h. weder eine technisch-therapeutische Überversorgung, noch eine psychosoziale Unterversorgung wünschen, –aber auch nicht umgekehrt.

Ökonomische Aspekte sind nicht Thema dieser Arbeit, die mehr auf den praktischen Blickwinkel der MedizinerInnen fokussiert. Es soll jedoch nicht übersehen werden, daß hier ein ursprünglich sehr individualistisches Interesse an Selbstbestimmung –auch in der Sterbephase,– wie es sich beispielsweise in Patiententestamenten (Patient Self-Determination Act¹⁵¹, Advance Directives, Living-Will-Declaration) manifestiert, gleichermaßen sozialpolitische Aufmerksamkeit bei den Gesundheits- und VersicherungsökonomInnen gefunden hat, deren Interessen auf einen optimalen Einsatz der Ressourcen im Gesundheitsbereich abzielen. Auch wenn es in der aktuellen gesundheitspolitischen Struktur- und Spardebatte bisher noch heißt, Rationalisieren gehe vor Rationieren, so muß man bei genauem Hinsehen konstatieren, daß der Begriff der Rationierung längst nicht mehr nur als abschreckende Alternative gehandelt wird.¹⁵² Das empirische Material für die vorliegende Arbeit entstand noch weitgehend am Beginn der Umbruchphase, als im Bereich der öffentlich finanzierten Krankenhäuser der Begriff »Einsparen« noch Aufforderungscharakter hatte und entsprechende Konzepte noch nicht konkret in allen Bereichen umgesetzt wurden.

5.2 Theoretische Grundlagen

Gedanklicher Ausgangspunkt für die vorliegende Arbeit ist der individuelle Ansatz¹⁵³ und die angloamerikanische und deutschsprachige medizin-ethische Diskussion, die sich diese Problematik zu eigen gemacht hat.¹⁵⁴ Dabei geht es hier weniger um grundsätzliche Argumentationslinien, sondern um ein im praktischen klinischen Alltag häufig erlebtes Problem: Die Möglich-

schriftlichen Bearbeitung und Entscheidung vorgelegt wurden.

149 Gesundheitsökonomisch bedeutet das, daß hier (direkte und indirekte) Kosten entstehen, deren Gegenwert – gewonnene Lebensjahre mit guter Lebensqualität– gering ist.

150 Steuern und Beitragszahlungen zur Sozial- und Krankenversicherung

151 Patient Self-Determination Act, seit 1.12.91 in den USA gesetzlich akzeptiert, zur Implementierung siehe auch: Practicing the PSDA. Special Supplement, Hastings Center Report 21,no.5 (1991)

152 Die Prioritisierungs-/ Rationierungsdebatte hat inzwischen begonnen, in England werden hinsichtlich der Durchsetzbarkeit auch schon ganz praktische Forschungsprojekte durchgeführt, siehe dazu z.B.:Bowie, C. and A. Richardson and W. Sykes (1995) Consulting the Public about Health Service Priorities. BMJ,Vol. 311: 1155-1158 s.a. Dear Mr. Dobson... Open letter to the secretary of state for health (1997) BMJ, Vol 315: 147

153 Ein größerer Teil der medizinethischen Argumentation zum Thema Therapieverzicht bezieht sich auf Fragestellungen zur Zustimmungsfähigkeit von schwerkranken/ komatösen Patienten, bzw. Überlegungen, wer hier stellvertretend für sie Willensbekundungen abgeben darf. Die amerikanische Öffentlichkeit nahm großen Anteil an den von Angehörigen jahrelang komatöser Patienten angestregten Gerichtsverfahren um das Recht, die Behandlung einstellen zu dürfen. In Einzelfallentscheidungen konnten sie ihr Begehren teilweise durchsetzen. Diese Verfahren haben die amerikanische Gesellschaft nachhaltig mit den Dilemmata der modernen Medizin vertraut gemacht und deutlich gemacht, daß man in diesen Dingen eigene Vorsorge treffen muß und diese Entscheidungen nicht irgendeinem Arzt aufbürden kann.

154 siehe dazu auch Schöne-Seifert, B. (1989) a.a.O.

keiten der Medizin, Art und Umfang/ Dauer ihres Einsatzes entsprechen nicht automatisch dem, was sich ein Mensch am Ende seines Lebens wünscht. Verhandlungen darüber sind aus sehr unterschiedlichen Gründen schwierig, insbesondere, da die jeweiligen ›Verhandlungspartner‹ sehr ungleiche Ausgangspositionen und Einflußbereiche haben.

In den theoretischen Vorarbeiten wurden zunächst die für das Thema ›Entscheidungen zum Therapieverzicht‹ zentralen Termini vorgestellt.

(1) **Therapie:** Therapie ist ein Leitkonzept medizinischen Handelns. Es beinhaltet den Gedanken der Reversibilität mit den Kenngrößen therapeutische Wirksamkeit (*efficacy*) und therapeutischer Nutzen für den Patienten (*effectiveness*). Das Gegenstück dazu ist die therapeutische Nutzlosigkeit (*futility*); eine therapeutische Ineffektivität (Wirkungslosigkeit) gibt es im strengen Sinne nicht, ein Effekt stellt sich immer ein, nur ist er mitunter eben nicht der gewünschte.

Akuten und chronischen Erkrankungen ist gemeinsam, daß sie ab einem bestimmten Stadium nicht mehr ›sinnvoll‹ therapeutisch beeinflussbar sind. Im Begriff ›Stadium‹ werden in der Praxis zwei sehr unterschiedliche Aspekte vereint: Das ›Erkrankungsstadium‹ beschreibt lehrbuchgemäß zunächst die individuelle Konstitution –Alter und Komorbidität bezogen auf die Grunderkrankung– des Patienten. Es zu bestimmen ist eine Aufgabe der Diagnostik. Ein Bindeglied zwischen Diagnostik und Therapie ist die Indikation. (s.u., zur Durchführung invasiver diagnostischer Maßnahmen ist bereits die Stellung einer Indikation notwendig.) Was –entsprechend der Indikation– jeweils als therapeutisch ›sinnvoll‹ angesehen und akzeptiert wird, hat kein absolutes Maß, sondern ist in der Praxis eher eine Schnittmenge aus der individuellen Konstitution und einer entsprechenden Prognose, sowie dem Stand des verfügbaren medizinischen Wissens, der entsprechenden Handlungskompetenz und der zur Durchführung notwendigen technischen und personellen Ressourcen. Die Einschätzung und Bestimmung der individuellen Reserven des Patienten, sowie die aktuelle Zuteilung personeller und technischer Ressourcen sind genuin ärztliche Aufgaben.¹⁵⁵

In der modernen Medizin sind die Zuschreibungen ›krank‹ ›schwerstkrank‹ also relativer Art und unterliegen einer spezifischen Dynamik.¹⁵⁶ Sie stehen nicht nur jeweils in einem Verhältnis zu den vorhandenen Ressourcen; für die an der medizinischen Forschung Beteiligten haben sie auch den Charakter einer interessanten Herausforderung. Letztere anzunehmen ist für ÄrztInnen i.d.R. mit Gratifikationen auf verschiedenen Ebenen verbunden: subjektive Befriedigung, Anerkennung, Karriere etc.

(2) **Indikation:** Der Behandlungsauftrag der Kliniken ist zunächst sehr allgemein und fordert Ärzte und Pflegende auf, Leben zu erhalten und dem Patienten nicht zu schaden. In der ›Indikation‹ wird der Behandlungsauftrag vor dem Hintergrund von Diagnose und Prognose spezifiziert und eine Leitlinie für therapeutisches/ pflegerisches Handeln konkretisiert. Das macht die Indikation im Prinzip zu *dem* ärztlichen ›Instrument‹, gerade in Entscheidungen über Therapie und/oder Therapieverzicht: Wenn ›keine Indikation für eine bestimmte Therapie besteht‹, dann bedeutet diese Formulierung, daß eine avisierte therapeutische Maßnahme nicht anzuwenden sei, weil sie im positiven Sinne überflüssig ist,¹⁵⁷ oder weil sie unter den gegebenen Umständen (Diagnose, Stadium, Prognose) keinen, bzw. nicht den erwarteten Erfolg haben würde.¹⁵⁸ Prinzipiell müßte die Auseinandersetzung/ Abstimmung um die Indikation alle

¹⁵⁵ Dabei kann ein Arzt selbstverständlich nur über solche Möglichkeiten verfügen, die aufgrund politischer Vorgaben vorhanden und aktuell einsetzbar bzw. erreichbar sind.

¹⁵⁶ Die wissenschaftliche Entwicklung in der Medizin finden auch in der praktischen Anwendung statt, der kontrollierte Einsatz von Verfahren und Medikamenten bei Schwerkranken ist ein Teil davon..

¹⁵⁷ also beispielsweise die der Therapie-/ Medikamentenwirkung zugeordnete Erkrankung nicht besteht....

¹⁵⁸ also die bestehende Erkrankung nicht (mehr) mit der zur Diskussion stehenden Therapie zu beeinflussen ist.

Fragen des vollständigen Therapieverzichts mit abdecken, denn es besteht kein Unterschied: eine Therapie ist indiziert, wenn sie berechtigte Aussicht auf einen beabsichtigten Erfolg hat, trifft dies nicht zu, gilt sie als kontraindiziert und soll nicht zur Anwendung kommen. Linderung, Pflege und menschliche Zuwendung sind grundsätzlich therapeutische Aufgaben und darum im Therapiebegriff enthalten; sie sollen hier aber als unverzichtbare humanitäre Grundleistungen außerhalb der Argumentation stehen, für sie kann es im engeren Sinne keine medizinische Indikation geben, sie sind obligatorisch. Würde man diese Leistungen aus dem Therapiebegriff herauslösen, wäre für die Diskussion viel gewonnen, da für den medizinisch-therapeutischen Bereich eine eindeutige Zuordnung von Einsatz, Wirkung und Nutzen möglich wäre.

(2) *Unsicherheit aufgrund von Ungewißheit bezüglich Fakten und Prognose*: Konstituierend für ärztliches Handeln ist der Umgang mit Unsicherheit (*uncertainty*) hinsichtlich der Bewertung der physiologischen Situation und der davon abhängigen Prognose, sowie u.U. auch der Wirkungsweise einer Therapie. In der vorliegenden Arbeit wurde der Begriff Ungewißheit gewählt, um ihn besser von der persönlichen Unsicherheit, z.B. im sozialen Auftreten, abzugrenzen. Ein bewußter Umgang mit Ungewißheit würde die ärztliche Urteilsbildung auch z.B. hinsichtlich einer rationalen Bewertung von Risiken (z.B. unter Rückgriff auf statistische Anhaltzahlen) besser erschließen. Ungewißheit wird vom einzelnen Mediziner nicht nur als Störfaktor oder auch persönliche Verunsicherung erfahren, sondern auch als interessante Herausforderung. Sie wird ebenfalls als Stilmittel in der Kommunikation mit Patienten/ Angehörigen in der Ablehnung z.B. von deren Wünschen zu Therapieverzicht benutzt. Häufigste Umgangsform mit Ungewißheit ist in der Praxis eine Entscheidung zur ›Strategie des mittleren Weges‹. Irreversible Entscheidungen werden vermieden, Rückzugsmöglichkeiten werden offen gehalten.

(3) *Therapieverzicht*: Ausführlich wurde der Begriff ›Therapieverzicht‹ dargestellt, gegen die Begriffe ›passive Sterbehilfe‹ sowie ›palliative Therapie‹ abgegrenzt und in seinen beiden Anwendungsformen als ›primärer-‹ und ›sekundärer Therapieverzicht‹ erklärt. Primärer Therapieverzicht ist eine Adaptation an den in amerikanischen Kliniken gebräuchlichen Begriff des Vorenthaltens: *withholding (of life support)*. Entsprechend steht die Bezeichnung des sekundären Therapieverzichts für *withdrawal (of life support)*, also ein Zurücknehmen begonnener therapeutischer Maßnahmen. Therapieverzicht wird als Oberbegriff benutzt; er ist geeignet, da er konkret das ärztliche Handeln in der Praxis beschreibt und unscharfe Konnotationen, wie sie der Begriff ›passive Sterbehilfe‹ birgt, ausschließt. Implizit berücksichtigt der Begriff des Therapieverzichts auch das ärztliche Interventionsgebot, allerdings eben im Gegenbild des Verzichts

auf (aggressiv-) therapeutisch orientierte Interventionen.¹⁵⁹ Eine DNRO ist eine Form der Absprache bezüglich eines primären Therapieverzichts. Für den sekundären Therapieverzicht gibt es verschiedene Präferenzen unter den ÄrztInnen; dabei werden zunächst i.d.R. solche Maßnahmen zum Absetzen ausgewählt, die dem Anschein nach zu einem ›natürlichen Tod‹ führen, also eine Verursachung durch den Arzt nicht direkt sichtbar und spürbar ist. (siehe dazu auch die Übersicht im Abschnitt 2.4.4)

(4) **Entscheidung als ein Aspekt des sozialen Handelns:** Entscheiden ist ein Aspekt des sozialen Handelns. M. Weber definiert soziales Handeln (Handeln im Bezug auf andere) unter dem Ergebnisaspekt; es ist für ihn von sekundärer Bedeutung, aufgrund welcher psychosozialen Konstellation (bewußt, unbewußt, geduldet, erduldet etc.) ein Handeln zustande gekommen ist. Im Handeln werden verschiedene Komponenten sozialen Seins wirksam.

Die vorliegende Arbeit versucht einerseits bestehende Umgangsformen mit Therapieverzicht bei Schwerstkranken zu beschreiben, darüber hinaus aber auch Ansätze aufzuzeigen, wie und wo, anders, und eventuell erfolgreicher mit diesen Fragestellungen umgegangen wird. Dafür schien es sinnvoll, sich dem Entscheidungsthema auch unter individuellen, psychologischen Aspekten anzunähern und aufzuzeigen, welche Elemente in einem Entscheidungsprozeß wirksam werden: Informations- und Erfahrungsstand, Risikoabschätzung, Definition der Situation, affektive Bewertungen, Neubewertungen, Einschätzung der Realisierbarkeit, Bewertung von Störfaktoren, Vorteilswahrung etc. Hinsichtlich der Verzichtsproblematik ist es ebenfalls notwendig, die Konsequenzen von Nicht-Handeln –im Sinne von Nicht-Wahrnehmen einer angebotenen Option– zu untersuchen. Wer sich für oder gegen etwas entscheidet, versucht die Folgesituation und die eigene Person im Umgang mit diesen Konsequenzen zu antizipieren. Sind diese Folgen irreversibel und als solche negativ attribuiert, so hat das spezifische Auswirkungen auf die Empfindungen des Entscheiders, was beispielsweise im antizipierten Entscheidungsbedauern wirksam werden kann. Ähnliches betrifft auch Personen, die Entscheidungen in Bezug auf andere treffen sollen: werden die Folgen als nachteilig für den Anderen eingeschätzt, neigt man dazu, solche Entscheidungen zu umgehen (*omission bias*). Nicht zuletzt ist das Entscheidungsthema in der philosophischen (existentialistischen) Betrachtung von Bedeutung: Der Einzelne hat die Möglichkeit (Freiheit) und damit die Aufgabe (Notwendigkeit) sich in Bezug auf etwas und/oder andere zu verhalten. Er kann sich nicht nicht verhalten, auch wenn er dies eventuell wünscht. Eine Untersuchung der Entscheidungsverhaltens ermöglicht es, die traditionellen Verhaltensweisen zwischen Arzt und Patient (Angehörigen) kritisch zu überprüfen und eventuell andere Umgangsformen hinsichtlich des Therapieverzichts zu erarbeiten (pädagogischer Ansatz). Das traditionelle Rollenverständnis des Arztes als Heiler bietet wenig Ansatzpunkte für einen bewußten Wechsel in die Position eines Sterbebegleiters (s.o.). Dieser Prozeß wird häufig eher auf institutioneller Ebene vollzogen, –PatientInnen werden dann ›zum Sterben‹ auf eine andere Station, nach Hause, in ein Pflegeheim oder in ein Hospiz verlegt,–er fällt aber als intra-individueller Wechsel sehr schwer. Therapieverzicht erfordert eine Distanzierung zum medizinisch-therapeutischen Handeln (in kurativer Absicht) bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung, –eventuell sogar Intensivierung,– der persönlichen Nähe. ÄrztInnen haben eine geringe Rollendistanz, –sie erleben ihr Handeln als einen ›Komplex von Selbstverständlichkeiten‹,– ein solcher Perspektivenwechsel ist ihnen daher eher fremd. Medizinisches Handeln konkretisiert sich vorwiegend im therapeutischen Handeln. Diese Kongruenz von praktischem Handeln (therapieren) und Selbstverständnis der Handelnden als Therapeuten erschwert die Distanzierung zum Handeln, wie sie für den Therapieverzicht notwendig ist, erheblich. Therapeutisches Selbstverständnis und Therapieverzicht scheinen so gesehen ein Paradoxon zu sein, es verdeut-

159 gemeint ist nicht der Verzicht auf palliative Maßnahmen, menschlichen Beistand etc.

licht die Notwendigkeit eines Paradigmenwechsel in diesem Bereich der Medizin.

(6) **Konflikte um Therapie(verzichts)-Entscheidungen:** Konflikte um Entscheidungen können intra-individueller Natur sein (Ungewißheit, individuelle Unsicherheit), sich z.B. auf den Mangel (auch moralisch) akzeptabler Alternativen und ähnliche Gründe beziehen. Inter-individuelle Konflikte resultieren vor allem aus einer divergierenden Bewertung der Fakten und der unterschiedlichen Chance des/der Einzelnen, an Entscheidungsprozessen teilzunehmen. Konflikte in der Institution Krankenhaus werden selten auf technischem Wege gelöst, das würde bedeuten, man sucht nach einer Lösung, die den gemeinsamen Maßstäben genügt; Voraussetzung dazu wäre eine Übereinstimmung in der Definition der Situation. Häufiger werden im Krankenhaus Konflikte durch ›Überreden‹ gelöst, letzteres ermöglicht u.U. Veränderungen, ohne jedoch das bestehende Machtgefüge in Frage zu stellen.

(7) Abschließend wurden, bezogen auf die Therapie(verzichts)-Problematik zwei Modelle von **Entscheidungsverhalten**, bzw. Entscheidungsverständnis dargestellt: Ein vorwiegend an der exklusiven ärztlichen Autorität und Verantwortung ausgerichtetes Selbstverständnis wurde einem stärker an multilateraler Kommunikation und Aushandlungsprozessen mit PatientInnen, Angehörigen, KollegInnen und Pflegenden orientiertes Konzept gegenübergestellt. Beiden Ansätzen gemein ist, daß die Macht, die Situation zu definieren und entsprechende Allokationsentscheidungen auf der Mikroebene (Material und personelle Ressourcen) zu treffen, den ÄrztInnen vorbehalten ist.

5.3 Methode und Ergebnisse der empirischen Untersuchung

Die Tatsache, daß für den Themenkreis ›Therapieverzicht‹ (oder auch für die in diesem Zusammenhang teilweise benutzte Bezeichnung ›Passive Sterbehilfe‹) weder verbindliche Definitionen zur Wortwahl noch geeignete Operationalisierungen zum Sachverhalt zur Verfügung stehen, wirkte sich hinderlich auf die Erörterung der Fragestellung im Interview aus. Das Thema konnte aus diesem Grunde nicht frontal angegangen werden, sondern mußte von seinen Begleitphänomenen her erschlossen werden. Die Interviewarbeit bestand vorwiegend darin, das Thema einzukreisen, indem man nach Situationen und Fakten in seinem Umfeld fragte: Erfahrungen mit Sterbenden, Aufklärungsgespräche mit PatientInnen und Angehörigen, Ansichten zu möglichen Formen der Willensbekundung (schriftlich oder über einen Stellvertreter) von schwerkranken PatientInnen, Arbeitszusammenhänge in der Klinik und Prozesse der Entscheidungsfindung zum Einsetzen, zur Fortsetzung oder zum Verzicht auf Therapie bei Schwerstkranken. Ein interessanter Begleiteffekt für viele InterviewpartnerInnen war, daß sie mit den Leitfragen des Interviews das Thema Therapieverzicht und seine Begleitumstände auch mit persönlichem Erkenntnisgewinn bearbeiten konnten.

Es gibt in den von uns untersuchten Kliniken keine verbindlichen Leitlinien für solche Situationen in denen keine therapeutischen Erfolge mehr zu erzielen sind und es gibt keinen aktiven Diskurs zu diesen Fragen von Seiten der betroffenen Klinikärzte. Das legt die Vermutung nahe, es könne sich vielleicht nur um ein akademisches Problem handeln, es sei also ohne Relevanz für die Praxis. Die Erfahrungen, die wir bei der Rekrutierung unserer InterviewpartnerInnen machten, spricht allerdings dagegen: Neun von zehn zufällig ausgewählten ÄrztInnen¹⁶⁰ waren nach kurzer mündlicher Erörterung des Themas bereit, sich für drei bis vierstündige Interviews (die häufig auch länger dauerten) zu diesen Fragen zur Verfügung zu stellen. Viele

¹⁶⁰ Der ›Durchschnittsbefragte‹ war etwa 37 (27-60) Jahre alt, Facharzt, seit 9 (2-23) Jahren klinisch tätig, hatte Erfahrung in der Arbeit auf einer Intensivstation und nahm regelmäßig am Nachtdienst teil. Insgesamt repräsentieren die für diese Studie befragten ÄrztInnen 907 Berufsjahre in der Medizin. Es wurde für die Interviews keine Aufwandsentschädigung gezahlt, die ÄrztInnen konnten sie jedoch als Arbeitszeit abrechnen. Siehe dazu auch Kapitel 3

dieser ÄrztInnen fühlen Unbehagen im Umgang mit Schwerstkranken, weil sie sehen, daß sie häufig zu viel und zu lange therapieren und damit den Bedürfnissen der Sterbenden nicht gerecht werden. Wenn überhaupt, werden nur stationsintern oder unter KollegInnen in Einzelfällen persönliche Auseinandersetzungen um solche PatientInnen geführt. Bei den ÄrztInnen scheint diese Tatsache der leiderzeugenden Übertherapie ein diffuses Leiden hervorzurufen, ein grundsätzliches Bewußtsein für die Ursachen und eventuelle Vorstellungen oder persönliche Bemühungen für eine Überwindung der Problematik ist nur bei wenigen vorhanden. Die Gründe für dieses Verhalten sind sehr unterschiedlicher historischer, struktureller und individueller Genese, haben aber auch soziale Wurzeln in der Besonderheit der Arzt-Patient-Beziehung.

Aus dem umfangreichen Interviewmaterial (Protokolle aus knapp 400 Interviewstunden) wurde in der hier vorliegenden Auswertung auf den zentralen Aspekt der Entscheidungsproblematik bei Therapieverzicht fokussiert.

(1) Es wurde zunächst die Frage der **Zuständigkeit für Therapieverzichtsentscheidungen** (ÄrztInnen) bzw. der bedingten Zuständigkeit (PatientInnen, Angehörige, Pflegepersonal) geklärt. Entscheidungen zum Therapieverzicht finden im Krankenhaus de facto statt. Für diese Aufgabe fühlen sich ÄrztInnen explizit und zumeist exklusiv zuständig. Über verbindliche Konzepte zur Entscheidungsfindung und zur Durchführung von Therapieverzicht wurde uns in den Interviews nichts berichtet. Es haben sich in der Praxis verschiedene Umgangsformen mit Therapieverzicht entwickelt. Gemeinsam ist ihnen, daß sie auf der strukturellen Ebene die Führungsposition der ÄrztInnen bestätigen (exklusive Entscheidungsbefugnisse). Auf der Prozessebene in der Alltagspraxis führen sie häufig zu intra-individuellen Unsicherheiten und Spannungen bei den einzelnen ärztlichen MitarbeiterInnen, aber auch zu Unstimmigkeiten mit KollegInnen sowie mit den zumeist ›passiv beteiligten‹ Pflegenden.

Die untersuchten Kliniken und Abteilungen verfügen über klare Entscheidungsstrukturen. Entlang der Hierarchie können alle therapiebezogenen Entscheidungen (über Einsetzen, Fortsetzen, Intensivieren oder Verzichten etc.) getroffen werden, sie werden aber gerade beim Therapieverzicht vorwiegend auch kollegial abgesichert. Dafür gibt es keine Vorgabe, dieses Verhalten scheint mehr einem Bedürfnis der Einzelnen zu erwachsen, in diesen Fragen fachlich abgesichert zu sein, und eine soziale, eventuell auch emotionale Deckung bei den ärztlichen KollegInnen zu haben. Größere Entscheidungsspielräume haben ÄrztInnen meistens in Notfallentscheidungen, kleinere innerhalb der allgemeinen stationären Routine. Die Entscheidungskompetenz wächst i.d.R. mit dem Stand in der Hierarchie (Ausbildungsstand, Dienstalter) und wechselt teilweise auch mit dem Arbeitsplatz.¹⁶¹

Es gibt Konstellationen (Notfälle, Nachtdienst) in denen jeder Arzt ad hoc alleine Entscheidungen treffen können muß. Bei jüngeren ÄrztInnen ist in solchen Situationen der Gedanke, sich nachher vor der Runde der KollegInnen und dem Chef für sein Handeln rechtfertigen zu müssen, zumeist Anlaß, keine finalen Verzichtsentscheidungen zu treffen, sondern ›irgendwie‹ den Patienten noch zu stabilisieren, bis man weitere Meinungen einholen kann. Die Grenzen der eigenen Kompetenz genau zu kennen wird vom Arzt verlangt, sie werden aber auch i.d.R. akzeptiert, weil sie zugleich auch Absicherung geben und u.U. den Anfänger vor irreversiblen Fehlern schützen. Häufig sind PatientInnen in solchen Situationen allerdings eben keine interventionsbedürftigen Notfälle, sondern beistandsbedürftige Sterbefälle.

In einer akuten Situation versuchen AssistentInnen im Zweifelsfall die Therapie mit allen Mitteln fortzusetzen, auf diese Art eine Entscheidung hinauszuzögern und den Patienten z.B. bis zur Morgenvisite noch am Leben zu halten und dann erst mit den KollegInnen oder dem/der Vorge-

¹⁶¹ Gerade Anästhesisten erleben hier sehr unterschiedliche Kompetenzen, je nach dem, ob sie im OP, auf der Intensiv-

setzen eine Entscheidung zu suchen. Ein solches Vorgehen ermöglicht es der jungen Assistentin einerseits, nicht entscheiden zu müssen und erlaubt ihr andererseits zu zeigen, daß sie medizinisch-technisch in der Lage ist, eine prekäre pathophysiologische Situation zu steuern. Wenn die Patientin dann stirbt, liegt es wenigstens nicht daran, daß man selbst nicht genügend gewußt oder getan hätte; man hat seine theoretischen Fähigkeiten und Handlungskompetenzen ja unter Beweis gestellt. Ein solches Verhalten wird noch durch die Tatsache gestützt, daß das Sterben eines Patienten immer auch eine emotional schwierige Situation für die MitarbeiterInnen der jeweiligen Station/Schicht und –wenn anwesend– für die Angehörigen ist, die man zu vermeiden sucht.

Auch wenn das gemeinsame Entscheiden oft nicht einfach ist,¹⁶² wird doch die Entscheidung in alleiniger Verantwortung, z.B. im Notfall, als Situation eher gefürchtet und in der sozialen Konstellation Krankenhaus nicht gesucht oder idealisiert. Entscheidungen zum Therapieverzicht werden als unangenehme Aufgabe empfunden, die aber nur vom einzelnen zuständigen Arzt erfüllt werden kann. Nach Möglichkeit sucht er im Vorfeld einer solchen Entscheidung nach Meinungsaustausch, Unterstützung und Bestätigung, oder er versucht sich eben den Erwartungen gemäß zu verhalten, so daß er die Zustimmung auch noch im Nachhinein von den KollegInnen und Vorgesetzten bekommen kann. Eine Einbeziehung der Patientin oder des Patienten, der Pflegenden und der Angehörigen in den Entscheidungsprozeß, wird von manchen Ärztinnen und Ärzten angestrebt, es besteht hierzu aber keine rechtliche Verpflichtung.

(2) Wo und wie haben ÄrztInnen diese besondere **Entscheidungskompetenz erlernt?**

Im klinischen Entscheiden war keine/r unserer InterviewpartnerInnen im Rahmen der theoretischen und/ oder praktischen Ausbildung, also der bewußten beruflichen Sozialisation, systematisch unterrichtet worden. Nur wenige können sich auf Vorbilder in der praktischen Ausbildung berufen, viele haben sich ›irgendwie‹, mehr oder weniger unvorbereitet durch die (plötzlichen) Anforderungen der Praxis hindurchgearbeitet und die meisten haben sich ihr Rüstzeug dazu von außerhalb der Klinik (Familie, Schule, Kirche/ Religion, Bundeswehr und Sport) aus ihrer vorberuflichen Sozialisation mitgebracht. Trotzdem: die meisten Lernanstöße zur Entscheidungsfindung bei klinischen Fragestellungen erhielten die befragten Ärztinnen und Ärzte aber in ihrem beruflichen Alltag. Viele InterviewpartnerInnen zeigten sich vorwiegend zufrieden mit der Art, wie sie an klinische Entscheidungen herangeführt worden waren, man hatte sie zunächst teilnehmen lassen an Entscheidungsfindungen und sie hatten die Möglichkeit bekommen, sich langsam in die Materie hineinarbeiten zu können, bevor sie persönlich gefordert wurden und Verantwortung für Entscheidungen zu übernehmen hatten. Entscheidungsfähigkeit ist eine der (formalen) Schlüsselqualifikationen für leitende Berufe; dies trifft sicher auch für den Arztberuf zu. Eine systematische Ausbildung wird in diesem Bereich hierzulande aber weder im Studium noch in der beruflichen Ausbildung angeboten. Manche ÄrztInnen sind auch der Meinung, daß die Fähigkeit in diesen klinisch und menschlich schwierigen Situationen Entscheidungen zu treffen, nicht erlernbar sei.

(3) Welche **eigenen Anteile (z.B. Lebensqualitätsvorstellungen)** gehen in solche Entscheidungen mit ein?

In den Vorstellungen vom ›guten‹ (selbstbestimmt, gesund und in Kontakt zur Mitwelt) und vom ›nicht mehr guten Leben‹ (in totaler physischer Abhängigkeit und/oder sozialer Hilflosigkeit) unterscheiden sich ÄrztInnen nur unwesentlich von den Vorstellungen der Laien. Schwerkranken Menschen verbinden ganz ähnliche Wünsche und Ängste mit dem Begriff ›Lebensqualität‹ wie ÄrztInnen. Obwohl auch viele schöne und lustbetonte Lebens(qua-

station oder im Rettungsdienst arbeiten.

litäts)bilder gezeichnet werden, sagen doch auch viele Ärztinnen und Ärzte, daß ihnen dieses Thema unbehaglich ist, daß sie lieber nicht darüber nachdenken und sprechen möchten. Die Vorstellungen von Lebensqualität, soweit sie sich aus den Antworten rekonstruieren lassen, sind relativ homogen und beziehen sich auf eine soziale und persönliche Ausgestaltung des Lebens. Eine wichtige Grundlage dafür ist: Bewegung und Kommunikationsfähigkeit.

(4) Besondere Aufmerksamkeit wurde darauf verwendet, die ›Zwischenwelten‹ im Entscheidungsprozeß genauer zu beleuchten. Wer hat **Entscheidungsspielräume**, wie werden sie ggf. gestaltet, wie geht der/die Einzelne mit der Verfügungsgewalt um?

Die Antworten der ÄrztInnen verdeutlichen ein differenziertes Bewußtsein um die Problematik der Willkür und einen reflektierten Umgang mit den eigenen Entscheidungen und Handlungsmöglichkeiten.

Als wichtige ›Herrschaftsinstrumente‹ lassen sich aus den Antworten das detaillierte Wissen um den Faktor Zeit und um die Macht der Zuteilung von personellen und materiellen Ressourcen erkennen. Zeit ist ein mächtiger Faktor in der Medizin und im ärztlichen Handeln oder Nicht-Handeln. Zeit ist (nicht nur) in der Hand des Mediziners ein Instrument des Handelns (genauso wie vielleicht eine Spritze, ein Skalpell oder seine Hände etc.), als eigentliches Machtinstrument ist sie jedoch –oft sogar für sie oder ihn selbst– nur schwer zu erkennen. Die Verführung, die Macht der Zeit zu übersehen, liegt in ihrer Universalität und gleichsam Neutralität begründet. Sie ist in der Medizin immer schon als Faktor gegeben, begründet in der Endlichkeit des menschlichen Organismus. Ähnliches trifft auch für die Zuteilung von Ressourcen und Leistungen zu: Diagnosen und Statusbeschreibungen (Erkrankungsstadium) sind die Voraussetzung, bestimmte Leistungen (Diagnostik, Therapie, Aufnahme in einer Intensivstation etc.) zu veranlassen oder auch ihren Einsatz zu verweigern.

Die Differenz zwischen »begründeter Ablehnung« und »bedingter Zustimmung« zum Statement »Herr/in über Leben und Tod in Entscheidungssituationen zu sein«, ist eher eine formale und betrifft das Argumentationsmuster. Inhaltlich ist eine solche Ja-Nein-Polarisierung nicht aufrechtzuerhalten. Das ›begründete Nein‹ der ersten Gruppe ist ein »emotional gewolltes Nein«, welches aber in der Argumentation kaum schlüssig mit Fakten belegt wird. Sie bestätigen das Statement indirekt, bestreiten aber das von ihnen emotional und politisch negativ besetzte Machtgefühl. Auch diejenigen, die sich ihre Machtgefühle offen eingestehen, tun dies mit einer kritischen emotionalen Distanz.

(5) Welche Funktion hat die sogenannte ›**Halbherzigkeit**‹ im individuellen ärztlichen Handeln, bzw. im Handeln in Bezug auf KollegInnen, PatientInnen und Angehörige?

›Halbherzigkeiten‹ sind ein typisches Phänomen in Therapieentscheidungen, wenn man hinsichtlich entscheidungsrelevanter Aspekte Informationsdefizite hat. Im Bewußtsein der Ungewißheit ist ein sog. ›halbherziges Handeln‹, ein vorsichtiges Herantasten mit Rückzugsgedanken, mitunter eine durchaus realitätsgerechte Reaktion (Strategie des mittleren Weges). Neben dieser Art medizinisch-sachlich wohlbegründeter Halbherzigkeit gibt es eine individuell und sozial begründete Halbherzigkeit, deren Funktion im Zusammenhang mit unserem Thema mehr Bedeutung hat: Unter den gegebenen Rahmenbedingungen –eben auf keine klaren Strukturen zurückgreifen zu können– ist therapeutische Halbherzigkeit bei Schwerstkranken ein Stilmittel der intra- und interpersonellen Auseinandersetzung um die therapeutischen Ziele, bzw. um den von manchen als notwendig erkannten und von anderen (noch) nicht erkannten oder (noch) abgelehnten Zielwechsel in der Therapie. Halbherzigkeit wirkt gewissermaßen als sozialer Puffer und hilft so einigen maßgeblich Beteiligten –der Patient gehört oft nicht in diese Gruppe–

den schnellen tödlichen Verlauf einer Erkrankung/ Verletzung dem eigenen emotionalen und dem institutionellen Verarbeitungstempo etwas anzupassen. Halbherzigkeiten in den therapeutischen Entscheidungen beruhen darüber hinaus oft auf dem Versuch, ärztlicherseits eine Verantwortungsübernahme hinauszuzögern oder ganz zu vermeiden, und sind somit auch Ausdruck einer defensiven Medizin. Halbherzigkeiten aufgrund von faktischer Ungewißheit werden häufig argumentativ mit Unsicherheiten sozialen Ursprungs vermischt, was natürlich die wirkliche Problemidentifikation erheblich erschwert.

(6) Welche **Konflikte** entstehen in der Situation des Therapieverzichts in den verschiedenen Fächern Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie?

Wo Menschen arbeiten, deren spezifische medizinisch- pflegerische Leistung sich auch noch auf kranke Menschen bezieht, bzw. diese Leistungen sogar i.d.R. nur in Zusammenarbeit mit diesen Patienten und den KollegInnen herzustellen sind, da können Konflikte kaum ausbleiben. Konflikte gibt es im Krankenhaus um Diagnostik, Therapie, Ort, Zeitpunkt, Umfang und Dauer, Art der Durchführung, beteiligte und nicht beteiligte oder auch um von der Beteiligung ausgeschlossene Personen, überzogene oder falsche Erwartungen an die therapeutischen Möglichkeiten der Intensivmedizin etc. Eine ungeklärte therapeutische Situation einzelner PatientInnen, deren Gesundheitszustand sehr schlecht ist und die offensichtlich auch leiden, löst nachhaltige Spannungen im Team aus. Gerade die Pflegenden, die zeitlich und räumlich besonders dicht mit diesen Patienten befaßt sind, stellen die ärztliche Planung dann in Frage. Manche ÄrztInnen nehmen dies als wichtigen Indikator, grundsätzlich über die Therapieziele bei (und vielleicht sogar mit) diesem Patienten nachzudenken, oft werden die Nachfragen und Beschwerden der Pflegenden aber lediglich als ›bloß emotional‹, störend und kontraproduktiv abgetan.

Insgesamt berichteten die ärztlichen InterviewpartnerInnen eher moderat über Konflikte um Therapieverzichtsfragen. Eine Ursache dafür kann auch in den unterschiedlichen Wahrnehmungsschwellen für Konflikte liegen. Inhalt der Auseinandersetzungen unter ärztlichen KollegInnen im eigenen Team oder mit den KollegInnen anderer Abteilungen ist vorwiegend die Indikation zur Diagnostik, Therapie und OP (Art und Umfang), unter Berücksichtigung der physiologischen Parameter und ihrer Entwicklung auf dem Hintergrund der Grunderkrankung, sowie des Alters und der daraus abzuleitenden Prognose. Die Uneindeutigkeit der rechtlichen Situation zum Therapieverzicht verstärkt die Spannungen. Für die IntensivmedizinerInnen führen ebenfalls häufiger die falschen, d.h. zu hohen Erwartungen an ihre Fähigkeiten, sowie entsprechend die Abwehr von Fehlbelegungen zu Streitigkeiten mit den KollegInnen anderer Disziplinen, manchmal auch mit den einweisenden Notärzten.

Spannungen entstehen auch in einem Team, wenn ein drängender Problemfall –hier ein Patient, bei dem Sinn und Ziel weiterer therapeutischer Maßnahmen (nicht der palliativen) geklärt werden müssen– nicht angegangen wird, wenn also der Schluß der Therapie nicht thematisiert werden kann. Ebenso führen Fehlentscheidungen zu Therapie oder Therapieverzicht zu Konflikten.

Die Art der Austragung dieser Streitigkeiten ist bestimmt durch den Platz (jeweils mit spezifischen Weisungsbefugnissen ausgestattet) der KontrahentInnen in der Hierarchie der Institution. Damit ist der offizielle Diskussionsrahmen klar abgesteckt; wenn Überzeugungsversuche (›Überreden‹) nicht greifen, werden Anpassung und Unterordnung von AssistentInnen, notfalls auch von leitenden ÄrztInnen eingefordert. Darüber hinaus sind es häufig Mängel in der kommunikativen Kompetenz Einzelner, die zu Konflikten führen. Meinungsverschiedenheiten werden nicht immer adäquat auf den verschiedenen Ebenen ausdiskutiert, sondern auch mitunter mit moralisch orientierten Disqualifikationen erstickt. Das weist darauf hin, daß die Diskussion um Therapieverzicht nicht in das Alltagsrepertoire der ÄrztInnen gehört, sondern zunächst häufig erst noch geklärt werden muß, ob überhaupt darüber gesprochen werden darf.

Der Verzicht auf Maximalmedizin ist immer in besonderer Weise begründungspflichtig, während ein unangemessen hoher Einsatz invasiver Diagnostik und Therapie geduldet, zumindest aber mit Nachsicht geahndet wird. Um es etwas pointierter auszudrücken: einem schwerstkranken Patienten ohne plausible Erfolgsaussichten eine diagnostisch/therapeutische Maßnahme zuzumuten ist akzeptabel, sie ihm aus guten Gründen, eben weil sie keinen Erfolg versprechen, vorzuenthalten, wird beargwöhnt und ist sehr genau zu rechtfertigen. Diese Praxis spiegelt den therapeutischen Imperativ: er verpflichtet auf praktisches Handeln, nicht zu handeln ist die erklärte Ausnahme.

Wird in der Diskussion um die Indikation das Ziel »Patientenwohl« nicht eindeutig von Eigeninteressen (Forschungsambitionen, Selbstschutz wg. Überforderung, Strukturfragen und Loyalitätskonflikten in der Hierarchie etc.) getrennt, führt dies zu erheblichen Spannungen zwischen KollegInnen, innerhalb einer Abteilung und/oder zwischen den beteiligten Disziplinen.

Antizipierbare Konflikte um Therapieverzicht werden zwar als unangenehm, aber nicht als problematisch empfunden. Konflikte müssen jedoch zunächst als solche erkannt und akzeptiert werden, damit sie gelöst werden können. Bei Therapieverzichtsfragen kommt es, –weil dieses Thema mangels Akzeptanz oft nicht frontal angegangen wird,– mitunter erst über Sekundärkonflikte (z.B. diffuse Spannungen im Team), zur Aufklärung des eigentlichen Anlasses; beispielsweise die nicht definierte Situation eines (oder mehrerer) schwerstkranken Patienten auf der Station. Konflikte können längere Zeit schwelen, wenn niemand bereit ist, sie zu benennen. Gerade Konflikte um Therapieverzicht haben leider auch die fatale Eigenschaft, sich irgendwann von selber »aufzulösen«, d.h. der Patient stirbt trotz Therapie. Dann sind zwar viele erleichtert (»Endlich hat er es geschafft!«), man zieht aber keine Konsequenzen, überlegt nicht, ob man das Sterben bei anderen Schwerstkranken auch so lange hinziehen muß. Die »Zaghaftheit« basiert hier häufig auf der rechtlichen Unsicherheit der Einzelnen: Man schweigt und wartet ab, weil man sich mit dem Ansprechen des Therapieverzichts nicht ins moralische und/oder therapeutische Abseits begeben möchte. Solche Konstellationen führen zur künstlichen Verlängerung von Therapieversuchen und diagnostischen Bemühungen, unter denen alle Beteiligten leiden. Bemerkenswert ist noch, daß von den befragten ÄrztInnen nicht der Patient, nicht die Angehörigen, nicht er/sie selber, sondern ausschließlich die Pflegenden in einem solchen Prozeß als die Leidenden identifiziert werden. Der Logik der Medizin scheint dieses Vorgehen, im Zweifelsfalle mehr zu diagnostizieren und zu therapieren, nicht zu widersprechen; Erkenntnisse lassen sich immer gewinnen. Insofern wird eine solche Form der »Konfliktlösung« unter medizinisch-wissenschaftlichem Standpunkt nicht als dissonant erlebt, sondern als Fortschreibung des Auftrages, mehr Wissen zu sammeln. Dafür hat man auch eine moralische Absicherung parat: Die neuen Erkenntnisse sollen ja anderen Patienten zu gute kommen.

Wird wirklich konkret Therapieverzicht bei einer Patientin oder einem Patienten thematisiert, so ist Konsens unter den beteiligten ÄrztInnen, nach Möglichkeit auch mit dem Pflegepersonal angestrebt. Es wird wohl berichtet, daß Therapien gegen die Einwände von Pflegenden fortgesetzt werden, es gibt aber keinen Hinweis darauf, daß sie gegen ihren geäußerten Wunsch eingestellt oder nicht begonnen würden. Bei Konflikten, die über die Mittel der Hierarchie qua Dienstanweisung oder auch durch Überreden geregelt werden, scheint es sich i.d.R. um Therapiefortsetzung und nicht um Verzicht auf Therapie zu handeln. Wenn auf Anweisung oder mangels Einsicht weiter therapiert wird und der primäre oder sekundäre Verzicht nicht thematisiert werden, oder ein Entscheidungsprozeß zu lange hinausgezögert wird, führt dies meist zu Spannungen im Arbeitsumfeld.

(7) Als Indikator für den »Entwicklungsgrad« einer Abteilung hinsichtlich Therapieverzichts-

Entscheidungen wurde die **Dokumentationspraxis** für einige Abteilungen untersucht.

In allen von uns untersuchten Kliniken gibt es Therapieverzichtsentscheidungen. In einer großen Institution mit einem 24-Stunden-Betrieb scheint es unerlässlich, in den Krankenunterlagen Entscheidungen zum Therapieverzicht gleichermaßen sorgfältig zu dokumentieren, wie jede andere Veränderung im Therapieschema, beispielsweise die Dosisveränderung für Insulingaben. Während Letzteres sicherlich deutlich für alle MitarbeiterInnen im Verordnungsplan gekennzeichnet und für jeden späteren Leser der Akte nachvollziehbar ist, und wahrscheinlich auch die Patientin über diese Veränderung informiert ist –und eventuell bei Personalwechsel auch selber noch einmal auf die Veränderung hinweisen wird–, ist die Kommunikation über Therapieverzicht sehr uneinheitlich und wirkt mitunter geradezu konspirativ. Von den ÄrztInnen (etwa 50%), die Therapieverzichtsentscheidungen nur mündlich weitergeben, wird meistens Angst vor möglichen juristischen Konsequenzen bei einer Dokumentation angegeben, gleichzeitig aber auch häufiger von Reanimationen berichtet, die aufgrund schlechter Absprache zustande gekommen waren und eigentlich nicht mehr hätten stattfinden sollen. Wirkliche Kritik wurde an dieser Umgangsform nicht geübt. Die Kürzel in den Akten entsprechen zumeist nur haus-, teilweise sogar nur stationsinternen Regelungen. Therapieverzicht ist oft mit Schuldgefühlen verbunden. Man hat die Macht, entsprechend zu handeln, ist u.U. auch bereit dafür persönliche Verantwortung zu übernehmen, aber nicht definitiv indem man es auch für alle sichtbar dokumentiert. Für die Insider wird der Therapieverzicht oft auch aus dem Therapieplan ersichtlich: hier sind dann die Verordnungen jeweils deutlich gestrichen oder es ist ein klares Zeichen für »Medikament abgesetzt« eingefügt. Wenn dies bei einem Schwerstkranken dann jeweils lebenserhaltende Medikamente betrifft, dann weiß man, »was man davon zu halten hat«. Diese Art der Absprache scheint in der Regel zu funktionieren. Begründungen werden nur in ganz seltenen Fällen schriftlich dokumentiert, nur in einer der von uns untersuchten Abteilungen wurde eine schriftliche Begründung in der Patientenakte seitens des Chefs ausdrücklich gewünscht.

(8) Um die emotionalen Barrieren der ÄrztInnen hinsichtlich Therapieverzichts- Entscheidungen besser verstehen zu lernen, wurde ihre Argumentation hinsichtlich ihrer **Präferenzen zum >primären- und >sekundären Therapieverzicht<** analysiert.

ÄrztInnen haben oft Angst vor der praktischen Durchführung von primärem, besonders aber von sekundärem Therapieverzicht, weil es für sie von Schuldgefühlen begleitet ist. Die Unterlassung, das Nichteinsetzen medizinisch-therapeutischer Optionen, empfinden sie als Mitwirken am Tod, oder gar als Herbeiführung des Todes des Patienten. Dieser starke kognitive Eindruck läßt sich anscheinend nicht durch logische Argumente (>den Patienten physiologisch auf das zurückführen, was er kann<, >das Sterben nicht länger behindern< u.ä.) beschwichtigen. Solange die Situation und die Anwendung von Therapieverzicht nicht verbindlich geklärt ist, ist dieses Empfinden vielleicht auch ein gutes und wichtiges Regulativ und schützt vor Willkür und Anmaßung.

Die Frage der Präferenz von »nicht mit (lebenserhaltenden) Therapiemaßnahmen beginnen« bzw. »Beginnen, auch auf die Gefahr des späteren Aufhörenmüssens«, wird von den InterviewpartnerInnen unserer Studie mit deutlicher Mehrheit zugunsten des Nichtbeginns beantwortet. In ihren Argumenten erfahren wir interessanterweise viel über die Probleme des Aufhörens und wenig über die Vorzüge des Nichtbeginns. Hauptgrund für diese Haltung ist die allgemeine Furcht vor der praktischen Durchführung der Therapiebeendigung. Die Argumente beziehen sich vorwiegend auf die eigenen Nöte der ÄrztInnen, der Patient und die Patientin als Personen mit eigenen Präferenzen stehen im Hintergrund, ihr körperlicher Zustand und die Prognose treten dafür um so schärfer hervor. Die Therapiebeendigung wird gefürchtet, weil sie

als aktives Handeln zum Nachteil des Patienten interpretiert wird, während das Vorenthalten oder das Zurückhalten (lebensrettender bzw. -erhaltender Maßnahmen) als passiv und damit als moralisch zulässig empfunden wird. Wer handelt, zieht Verantwortung an sich, wer eine mögliche Handlung unterläßt, glaubt u.U. daß er/sie damit auch nicht in eine verantwortliche Rolle kommt, folglich auch nicht schuldig werden kann. Der Natur, d.h. der vorgegebenen Endlichkeit des Lebens, Raum zu lassen, indem man nicht eingreift, oder ihr Raum zu geben, indem man Maßnahmen zurücknimmt, kann auch als ein nur sehr geringer Unterschied erfahren werden. Nur eine kleinere Gruppe argumentiert, daß für sie auch Therapiebeendigung zu ihrer Arbeit gehöre, wenn das, was man mit dem Beginnen der medizinischen Maßnahmen angestrebt habe, sich nicht als Erfolg einstelle. Sie betonen, daß sie sich sicherer fühlen, wenn sie alle medizinischen Möglichkeiten ausprobiert haben. Es sind vorwiegend Ärzte in dieser Gruppe, bei denen auch solche Entscheidungen relativ häufig in ihren Alltag gehören, weil bei ihnen Therapien mit hohen Risiken (Kardio- und Neurochirurgie und Anästhesie/ Intensivmedizin) häufiger vorkommen.

Insgesamt wird aus diesen Antworten sehr viel Verunsicherung zum Therapieverzicht deutlich. Dabei ist *nicht* davon auszugehen, daß all diejenigen, die bei geringen Erfolgsaussichten auf einen Therapiebeginn verzichten wollen, dies in ihrem Alltag auch so konsequent handhaben. Es ist sehr fraglich, ob sie in ihrem Alltag auch die zitierte Entscheidungssouveränität haben oder ob sie »im Zweifelsfall« lieber doch beginnen und sich dann schlechten Gewissens »halbherzig« aus der Therapie »herausschleichen«. Die Zahl derer, die sich hier mit gezielter Therapieplanung (inklusive Grenzen der Therapie) den Rücken frei halten, ist sehr klein, obwohl dies in der Mehrzahl der Fälle möglich ist, da Patienten heute überwiegend an den Folgen chronischer Erkrankungen versterben, also ihrem Sterben schon ein längerer Kontakt zur Medizin und zu ÄrztInnen vorausgeht. Beide Formen, das »Nichtbeginnen« wie auch das »Aufhören« können nicht jeweils exklusiv gehandhabt werden: Wo »Nichtbeginnen« möglich ist, weil die Chancen des Patienten einschätzbar, die Krankheitsentwicklung absehbar und unter den Beteiligten ein Konsens aushandelbar ist, stellt sie eine wichtige Form des Therapieverzichts dar. In allen anderen Fällen hat das »Aufhören« einen gleichgewichtigen Stellenwert.

5.4 Diskussion und Ausblick

Medizin »bis zum bitteren Ende« kann zu einer inhumanen Medizin werden. Therapeutische Wirksamkeit und im besonderen therapeutischer Nutzen sind Definitionen, die jeweils von außen an die Medizin herangetragen werden (müssen). Eine sich als Naturwissenschaft verstehende Medizin kennt keine Schwellenwerte für Ineffektivität. Medizin kann erst durch einen bewußten Einsatz der Mittel zu einer humanen Medizin werden.

Die Ausgestaltung der besonderen Situation, daß bei einem Schwerstkranken in Hinblick auf seine Prognose keine Indikation zur Therapie mehr besteht –obwohl sich noch dieser oder jener physiologische Wert medizinisch beeinflussen läßt–, also in der Praxis auf das Beginnen oder Fortsetzen von Therapie (in kurativer und/oder stabilisierender Absicht) verzichtet werden kann, bereitet große Probleme: Der Behandlungsauftrag gibt in den hier untersuchten Kliniken für diese Situation keine Differenzierung vor und dementsprechend findet auch für ÄrztInnen und Pflegende kein Training in Hinblick auf das Erkennen und Bewältigen (z.B. kommunikative Kompetenz) solcher Umstände statt. Es gibt in bundesdeutschen Kliniken keine verbindlichen Konzepte für diese, –sollte man meinen– Standardsituation. Sterbende, Therapieverzicht und die praktischen Folgen, nämlich die Sterbebegleitung, stellen im Kontext der Klinik einen »nicht definierten Rest« in der ärztlichen/ pflegerischen Tätigkeit dar. Diese Leistungen zu erbringen wird im klinischen Arbeitszusammenhang entsprechend mehr auf einem Niveau von

Freiwilligkeit, denn als Teil der professionellen Aufgaben abgehandelt. So wundert es kaum, daß es für Sterbebegleitung (incl. Angehörigenbetreuung) unter den ärztlichen KollegInnen oder seitens der Vorgesetzten wenig oder gar keine soziale Unterstützung und/oder Anerkennung gibt.

Für Situationen in denen über Therapieverzicht nachgedacht werden muß, können formulierte Leitlinien, die die Situation selber, die Beteiligten, ihre Rechte und Pflichten, sowie das Verfahren zur Entscheidungsfindung beschreiben, als soziale und normative Vorgabe dienen und so für *alle* Beteiligte eine soziale Sicherheit bieten, die für einen solchen Prozeß notwendig erscheint. Für die Ärzte zeigen sie auf, welche Schritte ihrerseits zu berücksichtigen sind, z.B. in Form einer Checkliste. Die Patientin/ der Patient ist durch eine solche Konzeption zu einer eigenen Stellungnahme (respektive der Bestimmung eines Stellvertreters) aufgefordert. Die Kommunikation wird in diesen Fällen immer eher schwierig sein, eine verbindliche Struktur könnte aber z.B. Mißverständnisse vermeiden helfen.

Beim Thema Therapieverzicht wäre eine breitere Entscheidungskultur von Vorteil: Sie könnte weit offensiver bestimmte Probleme, insbesondere die Notwendigkeit, mit Ungewißheit in den Entscheidungen umzugehen, angehen. Entscheidungsfähigkeit gilt als eine Schlüsselqualifikation für leitende Berufe, sie sollte gezielt und fundiert bei den Ärzten gefördert werden, allerdings auf einem veränderten Niveau. Im Studium trägt die Anwendung von Algorithmen (Entscheidungsbäumen) zu einer Systematisierung des Denkens bei. Algorithmen zeigen möglichst viele/alle Variablen eines Prozesses, sie helfen, Komplexität zu strukturieren und zu verstehen. In der Ausbildung kann ein solches Handwerkszeug vermittelt werden, um Situationen in denen Ungewißheit die maßgebliche Variable darstellt, möglichst rational zu bewältigen und auch sozial zu bestehen. Dazu gehört auch ein Training im bewußten Umgang mit Statistiken und Eintrittswahrscheinlichkeiten.¹⁶³ Ziel eines solchen Trainings kann es sein, Ungewißheit zu entmystifizieren um sie einerseits rational eingrenzen zu können, sie andererseits aber auch KollegInnen und Laien vermitteln zu können, ohne Angst vor Gesichtsverlust zu haben. In ein solches Training gehören auch Techniken des persönlichen Stressmanagements.

In der klinischen Praxis wäre es dann wichtig, typische Fälle/ Situationen in der Klinik gemeinsam mit älteren KollegInnen durchzuarbeiten, Fehler aufzuzeigen, ihren Ursprung zu analysieren und Alternativen zu entwickeln. Insbesondere in Kliniken mit Aus- und Weiterbildungsauftrag sollten ältere KollegInnen mit Jüngeren auch Einzelfallentscheidungen in Rückblick/ Hinblick auf vergangene/ zukünftige Entscheidungen diskutieren. (Orte dafür wären die klassische Balintgruppe, aber auch ein Qualitätszirkel im Rahmen eines kliniksinternen Qualitätssicherungsprogrammes). Ein so auf den Umgang mit Ungewißheit trainierter Arzt ist hierdurch nur bedingt faktisch wissender oder sicherer geworden, aber er muß das Faktum Ungewißheit nicht länger umgehen, sondern kann offensiv und mit weniger Angst mit KollegInnen, Pflegenden, PatientInnen und Angehörigen die von der Ungewißheit ausgehende Verunsicherung teilen. In der praktischen Anwendung steckt allerdings auch die wichtige Chance, wirklich mehr patientenbezogenes Wissen zu erwerben, weil auf diese Art mehr Fakten, Bezüge und Erfahrungen zusammengetragen werden, wie sie für eine fundierte Therapie(verzichts)entscheidung notwendig sind. Voraussetzung für eine solche Entwicklung, die auch die Alternative des Verzichts gedanklich mit einschließt, wäre eine qualitativ andere Patientenorientierung; also weniger exklusiv Erkrankungen, sondern wieder mehr Kranke zu therapieren. Letzteres eröffnet alle Optionen, die konkreten Patientenwünsche bezüglich Therapie (Art, Umfang, Dauer) in ein Thera-

¹⁶³ siehe dazu z.B. die mit breitem Aufwand (n=4301, Kosten: 28 Mio \$) durchgeführte Feldstudie SUPPORT: Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. (1990) J Clin Epidemiol Vol.43, Suppl.: 1S-124S

piekonzept zu integrieren und im Falle eines primären oder sekundären Verzichts auf Therapie, nicht in Verlegenheit zu geraten, weil man glaubt, nun ›nichts mehr für ihn tun zu können‹. Sind die Ziele geklärt, kann in dieser Situation ganz bewußt palliativer Beistand geleistet werden.¹⁶⁴

Das Thema Therapieverzicht und insbesondere auch die Durchführungspraxis gehören in die ärztliche Fortbildung. ÄrztInnen haben häufig Angst davor, eine Therapieverzicht durchzuführen, weil sie oft nicht wissen, welche einzelnen Maßnahmen geeignet sind, unangenehme Begleiterscheinungen für den Patienten/ die Patientin zu minimieren oder ganz zu vermeiden.¹⁶⁵

Die weitere Entwicklung im Bereich Therapieverzicht sollte kommunikative Qualitäten durch klare Strukturen einfordern, stützen und schützen. Therapieverzicht als intersubjektives Ereignis¹⁶⁶ hat eindeutig andere Qualitäten, als die bloße Durchführung an sich. Das kommunikative Gewicht schützt ÄrztInnen vor (unreflektierter) mechanischer Anwendung des Therapieverzichts¹⁶⁷ und PatientInnen/ Angehörige müssen nicht argwöhnen, ÄrztInnen würden u.U. willkürliche Entscheidungen über ihr Leben und Sterben treffen. Die Aussagekraft physiologischer Parameter wird hier nicht in ihrer logischen Substanz relativiert, sondern lediglich hinsichtlich ihrer praktischen Konsequenz kultiviert. Diese Vermittlung im Handeln ist ein notwendiger Schritt für alle Beteiligte.

Aufarbeiten der eigenen Vorstellungen zur Lebensqualität könnte den ÄrztInnen die Kommunikation mit Schwerstkranken erleichtern. In den grundsätzlichen Vorstellungen gibt es viele Übereinstimmungen, sie können eine gute Grundlage für gemeinsame Gespräche über die Wünsche des Patienten sein; sie sollten nicht zu dem Schnellschluß verleiten, daß das, was man eventuell selber in der Situation des Patienten für sich wünschen würde, auch für den Patienten die richtige Option sei und man also nun schon wisse, ›was für ihn gut sei‹.

Das Thema ›Begrenzung medizinisch therapeutischer Bemühungen am Lebensende‹ bzw. ›Therapieverzicht‹ kann sich nicht eigenständig als Diskurs unter Medizinern, Philosophen, Theologen, Juristen und einigen Interessierten entwickeln, er kann nur von dieser Seite initiiert und unterstützt werden. Damit entsprechende Konzepte auch mit den betroffenen PatientInnen und Familien verhandelbar werden, müßten beispielsweise die Erwartungshaltungen der Einzelnen an die Medizin in der Öffentlichkeit kritisch beleuchtet werden. Erst wenn die Option ›Therapieverzicht‹ ein von allen Beteiligten grundsätzlich akzeptiertes Thema ist, kann sie offen verhandelt werden, ohne daß Ängste und Projektionen die Kommunikation beherrschen. Eine

¹⁶⁴ Als eine externe Antwort auf die beschriebene Problematik im Krankenhaus, können die ambulanten und stationären Betreuungsangebote der Hospizbewegung angesehen werden. Hospize stellen auf der strukturellen Ebene eine sehr wichtige Ergänzung des Betreuungsangebotes für Schwerstkranke dar. Für Hospizpatienten ist sichergestellt, daß sie rein palliativ versorgt werden. Das Modell zeigt, daß hier von den Betroffenen gemeinsam mit den Betreuenden geeignete Formen der Absprache gefunden werden können. Hospize gibt es bisher nur in den großstädtischen Zentren, ihre Betreuungskapazität ist relativ gering. Da alle Ebenen der direkten gesundheitlichen Versorgung (ambulant und stationär) auch mit Schwerstkranken konfrontiert sind, wird es wichtig sein, auch hier eine eigenständige Antwort zu finden und eine für alle nachvollziehbare Dokumentationsform zu etablieren.

¹⁶⁵ siehe dazu z.B. Brody, H. and M.L. Campbell, K. Faber-Langendoen, K.S. Ogle (1997) *Withdrawing Intensive Life-Sustaining Treatment - Recommendations for Compassionate Clinical Management*. NEJM, Vol 336, No. 9: 652-7

¹⁶⁶ ÄrztInnen, die Therapieverzicht (oder auch die absichtliche Verabreichung hochdosierter Sedativa und Analgetika) in eindeutiger Übereinstimmung mit dem Patienten und seinen Angehörigen durchführen berichten nicht über negative Gefühle. Die sozial vermittelte Sicherheit (eine absolute Sicherheit haben sie auch nicht), einem Menschen seinem Wunsch gemäß, große Qualen im Sterben mit den Kenntnissen und Möglichkeiten der Medizin abgekürzt zu haben, läßt eher Zufriedenheit, denn Schuldgefühle aufkommen. Dieser intersubjektive Aspekt, die soziale Interaktion allein scheint die kognitive Erfahrung des Tötens durch Unterlassung, Entzug oder auch Übermedikation, emotional so zu überformen, daß sie nur noch nachrangige Qualitäten hat. (Eventuell ein Regulativ von nicht zu unterschätzendem Wert.)

¹⁶⁷ Z.B. von der Art: Wenn spezifische physiologischen Parameter eine bestimmte Grenze über- oder unterschreiten,

unreflektierte Delegation dieser Aufgaben an die MedizinerInnen scheint –nicht nur aufgrund veränderter Rahmenbedingungen– eine nicht mehr zeitgemäße Lösung zu sein. Würden Überlegungen zum Therapieverzicht gleichermaßen sozial anerkannt, wie die Überlegungen zur geeigneten Therapie, würde dies die sog. Halbherzigkeiten aufgrund von Ungewißheit nicht reduzieren, wohl aber würde Halbherzigkeit seltener in ihrer sozialen Funktion auftreten. Damit wäre zunächst PatientInnen geholfen, die nicht selten ungerechtfertigt lange leiden müssen. Gleichzeitig wären im klinischen Alltag damit erhebliche Reibungsverluste zu vermeiden. Die Umgangsformen mit sterbenden Patienten sind ein wichtiger Indikator für die Atmosphäre einer Station/ Abteilung und wirken sich beispielsweise deutlich auf die personelle Fluktuation beim Pflegepersonal aus.

Ein Konzept zur Begrenzung therapeutischer Bemühungen bei terminal Kranken wäre strategisch orientiert: Nicht taktisch interventionsorientiertes, sondern strategisch zielorientiertes Verhalten würde den Patienten/ die Patientin als sterbenden Menschen ins Zentrum der ärztlichen und pflegerischen Überlegungen und Handlungen stellen. Ist das der Fokus, müssen *seine /ihre* Ziele und Wünsche herausgefunden werden, die projizierten Wünsche von ÄrztInnen, Pflegenden und/oder Angehörigen sind da nicht hinreichend. Gerade bei chronisch Kranken würden sich gut Wege und Möglichkeiten finden lassen, sie rechtzeitig nach ihren Optionen zu befragen.

Der einzelne Arzt oder die Ärztin sind mit dieser Absicherung dann weder die Nachvollzieher »sich selbst treffender Entscheidungen«¹⁶⁸, noch reine Dienstleister für einen wie auch immer gerade gelagerten Patientenwillen: Ihre wichtige Position werden sie in dieser Situation als kundige und handlungsfähige Vermittler zwischen dem medizinisch Möglichen und den Patientenbedürfnissen haben. Primärer oder sekundärer Therapieverzicht können dann unter Berücksichtigung aller Möglichkeiten rationaler Erkenntnis (Diagnose, Prognose) und subjektiver Bewertungen durch den betroffenen Patienten, ggf. seine Angehörigen, eines von ihm designierten Stellvertreters, und/oder einer klinischen Ethikkommission diskutiert und konsensfähig gestaltet werden. Die gesellschaftliche Anerkennung der Option Therapieverzicht kann den Weg zu einer offenen Kommunikation in Respekt zum Patienten/ zur Patientin und in Anerkennung der ärztlichen/ pflegerischen Leistungen ebnen.

Dieser Weg wird erarbeitet werden müssen. Einige der ÄrztInnen machten in den Interviews, in denen wir sie mit unseren Fragen lediglich durch dieses Thema geführt haben, schon diesbezüglich wichtige Erfahrungen:

»Nach 27 Jahren Arztsein habe ich erstmals so konzentriert ausformuliert, was sonst immer nur in Bruchstücken übergekommen ist.« (3cm024/87)

»Die Studie finde ich schon sehr wichtig. Man muß darüber nachdenken. Immer wieder muß man daran erinnert werden, an den Umgang mit den Patienten.« (3aw071/87)

»Es würde mich interessieren, was bei der Studie rauskommt, welche Möglichkeiten es da gibt. Ich denke, diesbezüglich ist schon einiges verbesserungswürdig. Unsere Medizin ist gut, aber unser ärztliches Handeln kommt zu kurz.« (2acm018/87)

dann sind die Geräte abzuschalten.

¹⁶⁸ siehe S. Schellong, Abschnitt 2.5.2

Literaturverzeichnis

- ACCP/ SCCM Consensus Panel (1989) Ethical and moral Guidelines for the Initiation and Continuation, and Withdrawal of Intensive Care. CHEST /97 /4/ April 1990 : 949-57
- AE-Sterbehilfe (1986) Baumann, J. et al Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe, Stuttgart, New York (S13)
- American Heart Association (1992) Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care. Emergency Cardiac Care Committee and Subcommittees. (Part I-IX) Part VIII: Ethical considerations in resuscitation. JAMA 268 : 2135-2295.
- Aristoteles. Die Nikomachische Ethik (Drittes Buch). übersetzt und herausgegeben v. Olof Gigon, München dtv 1975
- Beresford, E.B. (1991) Uncertainty and the Shaping of Medical Decisions. The Hastings Center Report, July-August 1991 : 6-11
- Buchborn, E. (1993) Ärztlicher Standard: Begriff - Entwicklung - Anwendung. MedR Heft 9: 328-33
- Christakis, N. A., & D. A. Asch (1993) Biases in how physicians choose to withdraw life support. Lancet 342 (8872) : 642-6.
- Das ICU-Buch - Praktische Intensivmedizin, P.L. Marino (Ed.) (1991) aus dem amerikanischen, deutsche Bearbeitung von K. Taeger et.al (1994), München, Urban & Schwarzenberg, S.369f
- Eser, A. (1995) Möglichkeiten und Grenzen der Sterbehilfe aus der Sicht eines Juristen. In: Jens, W. & Küng, W. (Eds.) Menschenwürdig sterben - Ein Plädoyer für Selbstverantwortung. München, Zürich, Piper-Verlag
- Executive Committee of the European Society of Intensive Care Medicine: Guidelines for the utilisation of intensive care units (veröffentlicht in: Intensive Care Med (1994) 20:163-164 und in Intensivmed (1994) 31:145-146)
- Faber-Langendoen, K. & D. M. Bartels. (1992) Process of forgoing life-sustaining treatment in a university hospital: an empirical study. Crit Care Med 20 (5):570-7.
- Fox, R.C. (1959) Experiment perilous. Physicians and patients facing the unknown. University of Pennsylvania Press, Philadelphia (paperback ed., published 1974)
- Freidson, E. (1975) Dominanz der Experten. Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung. München, Berlin, Wien 1975
- Koch, K. A., H. D. Rodeffer, and R. L. Wears. (1994) Changing patterns of terminal care management in an intensive care unit. Crit Care Med 22 (2) : 233-43.
- Kutzer, K. (1994) Das Recht auf den eigenen Tod. in: Student, J.-Ch. (ed) Das Recht auf den eigenen Tod. Düsseldorf, Patmos-Verlag S.44-57 (Klaus Kutzer ist Richter am BGH, Karlsruhe)
- Leist, A. (Hg.) (1990) Um Leben und Tod. Moralische Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung, Euthanasie und Selbstmord. Frankfurt/ Main, Stw 846
- Lipton, H. L. (1989) Physicians' do-not-resuscitate decisions and documentation in a community hospital. Qrb Qual Rev Bull 15 (4) : 108-13.
- Menzel, H. (1976) Kriterien für einen Behandlungsabbau. In: Suizid und Euthanasie. Edited by A. Eser. Stuttgart: Enke. S.143-149
- Nightingale, S. D., and M. Grant. (1988) Risk preference and decision making in critical care situations. Chest 93 (4): 684-7.
- Noll, P. (1982) Diktate über Sterben und Tod. Zürich: Pendo-Verlag
- Parsons, T. (1951) The Social System. Chapter X: Social structure and dynamic process: The case of modern medical practice. Routledge, London, 2nd edition 1991
- Pines, A. et al (1990) Ausgebrannt. Vom Überdruß zur Selbstentfaltung. 5. Aufl. Stuttgart, Klett-Cotta
- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment: Ethical, Medical and Legal Issues in Treatment Decisions. Washington, DC: U.S. Government Printing Office. (1983)
- Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch. 256. Aufl., Berlin, New York 1990
- Raspe, H. (1994) Indikation und Bedarf. in: Nagel, E.& C. Fuchs. (eds) (1994) Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen am Beispiel der Transplantationsmedizin. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- Raven, U. (1988) Professionelle Sozialisation und Moralentwicklung - Zum Berufsethos von Medizinern. Wiesbaden, Deutscher Universitätsverlag: S.13
- Richtlinien der Bundesärztekammer für die ärztliche Sterbebegleitung (1993) DÄB 90 (37) : 1628-9

- Salomon, F. (1987) Entscheidung in Verantwortung - Eine Orientierungshilfe an den Grenzen intensivmedizinischen Handelns. *Anaesthesist* 36 (3) : 97-101.
- Schara, J. (1993) Indikationen und Grenzen der Intensivtherapie. In: Benzer, H., H. Burchardi, R. Larsen & P. M. Suter, Lehrbuch der Anästhesiologie und Intensivmedizin 2. Berlin, Heidelberg: S. 23-7.
- Schellong, S. (1990) Künstliche Beatmung. Strukturgeschichte eines ethischen Dilemmas. Stuttgart, New York, S. 131f
- Schneider, M. et al. (1993) Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Ausgabe 1992. BASYS, Augsburg
- Schöne-Seifert, B. (1989) Verzicht auf Lebenserhalt: offene Fragen. *Ethik Med* 1 (1) : 143-61
- Schöne-Seifert, B. (1995) Risk. In: Reich, W. & J.F. Childress (Eds.) *The Encyclopedia of Bioethics*. Mac Millan, 1995 in press
- Schuster, H.-P. & W. Dick (1994) Scoresysteme in der Notfallmedizin? *Anaesthesist* 43: 30-35.
- Schuster, H.P. (1990) Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Intensivmedizin. In: Schölmerich, P. und Thews, G. (Hrsg.) "Lebensqualität" als Bewertungskriterium in der Medizin. Stuttgart, S.193-212
- Slomka, J. (1992) The negotiation of death: clinical decision making at the end of life. *Soc Sci Med* 35 (3) : 251-9.
- Slomka, J. (1992) The negotiation of death: clinical decision making at the end of life. *Soc Sci Med* 35 (3) : 251-9.
- Smedira, N.G., H.E. Bradley, L.S. Grais, and N.H. Cohen et. al. (1990) Withholding and Withdrawing of Life Support from the Critically Ill. *NEJM* 322 (5): 309-15
- Sudnow, D. (1973) Organisiertes Sterben. Eine soziologische Untersuchung. Frankfurt/ Main
- Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine. (1990) Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatment in the critically ill. *Crit Care Med* Vol.18 (No.12) : 1435-9.
- The Hastings Center. (1987) *Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and the Care of the Dying*. New York: Indiana University Press.
- The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. (1992) Attitudes of critical care medicine professionals concerning forgoing life-sustaining treatment. *Crit. Care Med*. Vol.20 (No.3) : 320-6.
- Tymstra, T. (1989) The imperative character of medical technology and the meaning of „anticipated decision regret“. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 5, 207-13
- Veatch, R.M. (1993) From Forgoing Life Support to Aid-in-Dying. *Hastings Center Report* 23 (6 Special Supplement) : S7-8.
- Wawersick, J. (1995) Wie entstehen medizinische Standards (Regeln der ärztlichen Kunst)? *Anästhesiol. Intensivmed. Notfallmed. Schmerzther.* 30: 43-48
- Weber, M. *Soziologische Grundbegriffe*, 6. Aufl., Tübingen: J.C.B. Mohr 1984.
- Weingarten, E. (1984) Bemerkungen zur sozialen Organisation des Sterbens im Krankenhaus. in: Winau, R. & H.P. Rosemeier (Hrsg.) *Tod un Sterben*. Berlin, New York: de Gruyter
- Weir, R.F. (1989) *Abating Treatment with Critically Ill Patients. Ethical and Legal Limits to the Medical Prolongation of Life*. Oxford, New York: Oxford University Press. : S.9/10
- Youngner, S.J., W. Lewandowski, D.K. McClish, and B.W. Juknialis et.al. (1986) 'Do not resuscitate' orders: incidence and implications in a medical intensive care unit. *JAMA* 253 : 54-7.
- Zimmerman, J.E., W.A. Knaus, S.M. Sharpe, and A.S. Anderson et.al. (1986) The use and implications of do not resuscitate orders in intensive care units. *JAMA* 255 : 531-6.

Anhang A

Interviewleitfaden für Ärztinnen u. Ärzte (August 1990)

Projekt: "Ärztliche Entscheidungen in Konfliktsituationen" Einstiegsfragen

Kommentar und Ergänzungen zu den Fallbeispielen

21 In den Fallbeispielen wurden Sie mit Entscheidungssituationen über Einsatz, Fortsetzung oder Abbruch therapeutischer Maßnahmen bei Sterbenskranken konfrontiert.

- Möchten Sie zu den Fällen insgesamt oder zu einzelnen Aspekten noch Stellung nehmen? Wie sind Sie damit klargekommen? (inhaltlich, formal und gefühlsmäßig)
- Kennen Sie vergleichbare Situationen?
- Wie häufig erleben Sie ähnlich schwierig zu entscheidende Situationen in Ihrem Alltag?

Schlüsselerlebnisse im Umgang mit Sterben und Tod

22 Können Sie mir einen oder einige für Sie besonders wichtige und eindrucksvolle Erfahrungen mit Sterbenden bzw. mit dem Sterben in Ihrer ärztlichen Praxis schildern? Also: was passierte? Wie haben Sie die Situation und auch sich selbst darin wahrgenommen?

- Können Sie sich daran erinnern, wie Sie das erste Mal ein Sterben miterlebt haben? Welche Gefühle hatten Sie da? Wie haben Sie diese Erfahrung verarbeitet? Waren Sie in dieser Situation alleine?
- Warum erinnern Sie sich so besonders daran?

Sterben und Leiden im Rahmen der jetzigen Arbeitswelt

23 Können Sie bitte schildern, wie Ihre jetzige Arbeit mit Schwerstkranken aussieht und welchen Raum dabei insbesondere Sterbende einnehmen?

- a) Mit welchen Patienten haben Sie zu tun?
- b) Wie häufig sind Sie mit Tod und Sterben konfrontiert?
- c) Wieviele Ihrer Patienten sind moribund? (Verhältnis 1:..... /oder....%)
- d) Wie sind Sie involviert und welche Aufgaben haben Sie dabei?

24 Welche Aufgaben haben dagegen Schwestern und Pfleger? Haben diese eine andere Haltung gegenüber Sterbenden und Sterbenskranken als Ärzte?

- Glauben Sie, daß Schwestern und Pfleger die ärztlichen Leistungen im Umgang mit diesen Patienten richtig sehen und beurteilen? Was sehen sie? Was sehen sie nicht? Warum ist das so?

Gespräche und Aufklärung mit dem Patienten/ der Patientin und den Angehörigen

25 Das Gespräch ist oft das Verbindende zwischen Arzt und Patient. Worüber sprechen Sie mit Sterbenskranken und Sterbenden, worüber wird zumeist NICHT gesprochen? Was macht die Gespräche mit diesen Patienten so schwer?

26 Ein Teil solcher Gespräche ist die Aufklärung über die Erkrankung, die Behandlungsmöglichkeiten und die Prognose.

- a) Wie handhaben Sie solche Aufklärungen? Was ist wichtig, was schwierig? (Beispiele)
- b) Gerade wenn es nicht mehr um Zustimmung zu einer vielleicht aussichtsreichen Behandlung geht, sondern um reine Diagnose- und Prognoseaufklärung, gehen die Meinungen über das richtige Maß an Information für den Patienten sehr auseinander. Wie ist hierbei Ihre eigene Haltung? Wie gehen Sie vor; warum? (Beispiel)

27 Gibt es in Ihrem Haus eine bestimmte Aufklärungs"politik"?

- a) Wird über solche Fragen unter den Kollegen/mit den Pflegekräften gesprochen?
- b) Gibt es irgendeine Art von Kontrolle, ob und wie ein Patient aufgeklärt ist?
- c) Inwiefern gäbe es hier etwas zu verbessern?

28 Sprechen Sie bei der Aufklärung über eine schlechte Prognose vorwiegend mit den Angehörigen oder mit den Patienten? Welche Rolle spielen die Angehörigen bei der Mitteilung der Diagnosen und Prognosen? Mit wem

sprechen Sie zuerst?

29 Gibt es zum Kapitel "Gespräch und Aufklärung" mit Schwerstkranken" noch etwas, was jetzt nicht zur Sprache gekommen ist, Ihnen aber noch wichtig ist?

Vorausverfügungen

30 Manche Patienten treffen schriftliche Vorkehrungen gegen den Einsatz intensivmedizinischer Maßnahmen, für den Fall, daß sie in einen Zustand geraten, in dem sie selbst entscheidungsunfähig sind.

a) Ist Ihnen das schon begegnet?

b) Wie gehen Sie (würden Sie) mit solchen "Patiententestamenten" um(gehen); welchen Stellenwert haben (hätten) sie für Ihre Entscheidungen?

31 Worin sehen Sie den Sinn, wo die praktischen oder grundsätzlichen Probleme/ Schwachpunkte mit solchen Testamenten?

a) Wie könnte man sie ggf. verbessern?

b) Wie wäre es, wenn mehr Patienten von ihnen Gebrauch machten?

32 Neben solchen schriftlichen Dokumenten gibt es ja auch noch andere mögliche Hinweise auf den früheren Willen eines entscheidungsunfähigen Patienten: z.B. Äußerungen vor Dritten oder eine aktive Zugehörigkeit zu bestimmten Religionsgemeinschaften. Sind sie von Bedeutung?

- Sollte der Hausarzt bereits im Vorfeld gerade mit seinen chronisch kranken Patienten über Therapiebegrenzung sprechen?

33 In vielen Staaten der USA hat jeder die Möglichkeit, sozusagen noch in gesunden Tagen einen "Stellvertreter am Krankenbett", zu bestimmen, der dann im Falle eigener späterer Entscheidungsunfähigkeit anstelle des Patienten für oder gegen dessen Weiterbehandlung entscheiden soll. Dabei kann es sich sowohl um nähere oder entferntere Angehörige handeln, als auch um einen Freund, den Hausarzt etc.

a) Sehen Sie in einer solchen Möglichkeit Vorteile evt. gegenüber einem Patiententestament?

b) Würden Sie das in Deutschland begrüßen, und halten Sie es hier für durchführbar?

35 Können Sie sich vorstellen, daß Sie bei einem Verwandten auf eine Art von Vorausverfügung drängen oder für sich selbst eine tätigen würden?

36 Ein häufig geäußerter Vorbehalt ist der, daß wir Menschen im allgemeinen in gesunden Tagen vollkommen andere Wünsche und Anschauungen über unsere Behandlung als Schwerstkranke hätten, als letztlich im Akutfall. Wenn das Leben zu Ende ginge, würden wir auch noch nach dem allerletzten Strohalm greifen. Entspricht das Ihrer Erfahrung? (Inwiefern ist es wichtig für das Problem der Vorausverfügungen?)

Einflußnahme des entscheidungsfähigen Patienten auf Therapie und Verlauf

38 Es gibt Patienten, die zwar sterbenskrank sind, aber noch nicht im Sterben liegen und weitere diagnostische und therapeutische Maßnahmen ablehnen (Bsp. Fortsetzung von Chemo- oder Hormontherapie, palliative OP bei Ileus, Antibiotika bei Infektionen) etc.

a) Wie häufig erleben Sie solche Situationen?

b) Wie gehen Sie bzw. Ihre Station mit solchen Patienten um?

c) Haben Sie Fälle erlebt, in denen Sie gegen den erklärten Willen von Patienten diese versorgt haben, die Ihnen das später vorwarfen? Oder dankten?

39 Gelegentlich verweigern PatientInnen, die bei Bewußtsein, aber alt oder schwerstkrank sind, auch die orale Aufnahme von Flüssigkeit und / oder Nahrung.

a) Wie häufig haben Sie das erlebt?

b) Wie gehen Sie damit um? Warum?

40 Und wie ist es mit dem umgekehrten Fall, daß Schwerstkranke auf Behandlungen bestehen, die Sie aus ärztlicher Sicht nicht mehr vertreten würden? Kommt das häufiger vor, wie verhalten Sie sich dann?

41 Bei derartigen Schwierigkeiten ist es ja im Prinzip von Bedeutung, ob der Patient überhaupt urteils- und entscheidungsfähig ist.

a) Spielt diese Überlegung in der Praxis eine Rolle?

b) Nach welchen Kriterien wird "Entscheidungsfähigkeit" bestimmt? Ist diese Bestimmung problematisch?

c) Konsultiert man dazu Kollegen (ggf. Psychiater)? Fragen Sie dazu auch das Pflegepersonal?

42 Wenn Sie sich in Ihrem Haus umsehen: wird eine aktive Mitentscheidung Schwerkranker (für oder gegen Therapie) eher gesucht -oder geht man in der Regel von deren Zustimmung aus? Welche Rolle spielt hierbei der "Tenor" der Aufklärung?

Zurücknehmen und Zurückhalten medizinischer Maßnahmen ohne vorliegenden Patientenwillen

43 Wenn wir über das Zurücknehmen bzw. Zurückhalten medizinischer Maßnahmen sprechen, müssen wir uns über die einzelnen Maßnahmen verständigen (s. Blatt B).

a) Welche Maßnahmen halten Sie im Prinzip, für verzichtbar und welche keinesfalls? (ankreuzen) Warum und warum nicht? (event. unter welchen Umständen)

45 Bei wie vielen Sterbenskranken kommt es in Ihrem Hause noch kurz vor dem Tod zum Einsatz intensivmedizinischer Maßnahmen (grobe Schätzung/ %)?

48 Wie ist es in diesem Zusammenhang mit der Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung:

a) Kann das Absetzen manchmal richtig sein?

b) Hängt das von der Art der Zufuhr ab? (IV-Katheter, Gastrostoma, Magensonde, Löffel)

c) Leiden Patienten, wenn sie an Dehydrierung sterben?

49 Spielen bei den Entscheidungen Alter, Geisteszustand (z.B. Alzheimer oder senile Demenz), psychosoziale Faktoren, HIV-Infektion, Alkoholabusus etc. eine Rolle? Was ist sonst wichtig? (event. individuell u. Stil des Hauses)

50 In die Entscheidungen, über die wir eben sprachen, gehen wohl auch Mutmaßungen über "Lebensqualität" mit ein.

a) Auf welcher Grundlage bewegen sich solche Mutmaßungen?

b) Wer, wenn überhaupt, sollte diese Mutmaßungen anstellen?

c) Wieweit dürfen bzw. sollten sie in die Behandlungsentscheidung eingehen? Gibt es Mißbrauchsgefahren, kann man ihnen begegnen?

e) Welche Bedeutung hat der Lebenswille des Patienten?

d) Welches Verständnis haben Sie von Lebensqualität, unter welchen Umständen würden Sie nicht mehr leben wollen? (Schlüsselerlebnis?)

51 In den USA wird von verschiedenen Stellen empfohlen, für jeden schwerkranken Patienten, der nicht für sich selbst entscheiden kann, obligatorisch einen "Obmann" mit in den Entscheidungsprozeß einzubeziehen. Wenn vorhanden, wäre das ein "Stellvertreter am Krankenbett", über den wir vorhin gesprochen haben, sonst Angehörige in festgelegter Reihenfolge, im Notfall ein dazu bestimmter Fremder. Was halten Sie davon? (Fremder: ein KH hat einen Pool von qualifizierten Leuten von denen einer von den behandelnden Ärzten für diese Aufgabe bestimmt wird.)

52 Welche Rolle spielen Ihrer Erfahrung nach überhaupt Angehörige von solchen Patienten:

a) Wie sind sie am Entscheidungsprozeß beteiligt?

b) Sind sie eher therapiefreundlich oder -feindlich? Entscheiden sie vernünftig?

c) Muß man oft Eigeninteressen unterstellen? Kann man das merken?

d) Was geschieht in Konfliktfällen?

e) Haben Sie selbst schon für eigene schwerstkranke Angehörige mitentscheiden müssen? Wie war das?

54 Kommen wir nochmal zur Behandlung von irreversibel Bewußtlosen; damit meinen wir nicht Hirntote, sondern Patienten mit Restfunktionen des Hirnstammes, aber Dauerverlust aller kognitiven Funktionen, also Apalliker oder permanent Komatöse. (event. Bsp. Quinlan)

a) Kennen Sie solche Patienten aus eigener Erfahrung? Gibt es sie häufig?

b) Wo sehen Sie die Probleme bei deren Behandlung?

c) Welche Rolle spielen hier Erwartungen und Wünsche von Angehörigen?

55 Die Medizin erhebt einen Humanitäts- und Fürsorgeanspruch; Kritiker behaupten, gemessen daran würde bei uns zu lange und zu viel behandelt.

a) Ist das richtig und wenn ja, womit hängt es zusammen?

b) Gilt das auch für Diagnostik?

c) Geht es hierbei auch um eine rechtliche Absicherung?

56 Häufig kann man ein Weiterbehandeln oder -diagnostizieren wider besseren Wissens und Urteilens beobachten. Spielen hier die Rechtsunsicherheit über die Zulässigkeit von Therapieverzicht und / oder die Erfordernisse des Wissenschaftsbetriebes eine Rolle? Gibt es noch weitere Faktoren?

57 Machte es für Sie einen Unterschied, ob Sie eine Maßnahme gar nicht erst beginnen oder sich entscheiden würden, sie abubrechen? (Beispiel: Magensonde nicht legen oder Magensonde ziehen; nicht intubieren oder Respiратор abstellen?) Warum? Unterscheiden Sie sich da von Kollegen?

58 Palliative Maßnahmen, insbesondere bei der Analgesie, können zur Lebensverkürzung führen.

a) Halten Sie es für zulässig, das inkaufzunehmen?

b) Wie häufig gibt es solche Situationen?

c) Kennen Sie die Rechtslage dazu?

59 Halten Sie die Schmerzbehandlung in Ihrem Haus für überwiegend zufriedenstellend? Erleben Sie häufig Fälle unbeherrschbarer Schmerzen?

60 Haben Sie in solchen Fragen bei Entscheidungen über Einsatz bzw. Absetzen med. Maßnahmen schon Konflikte mit KollegInnen und Vorgesetzten erlebt?

a) Welche Form nehmen sie an ?

b) Um welche Inhalte geht es bei diesen Meinungsverschiedenheiten?

c) Bei welcher Art von Fällen?

d) Wie gehen Sie damit um?

61 Haben Sie entsprechend schon Konflikte mit Pflegekräften erlebt?

a) Form?

b) Inhalte?

c) Bei welcher Art von Fällen?

d) Wie gehen Sie damit um?

Sterbeverläufe und Entscheidungen

62 Wenn Sie Sterbeverläufe und darauf gerichtete Entscheidungen überdenken, haben Sie da persönliche Entscheidungsspielräume?

• Fühlen Sie sich in solchen Situationen manchmal als "Herr über Leben und Tod"?

• Es gibt ja auch überraschendes Sterben (Herz-/Atemstillstand). Was passiert in so einem Notfall (auf Station auf Intensiv)? Wer reanimiert da? (Was ist die Regel, was ist die Ausnahme, gibt es da Schwierigkeiten?)

63 Wer trifft in der Regel bei Ihnen auf Station Entscheidungen über Absetzen/ Zurückhalten therapeutischer und diagnostischer Maßnahmen bei Schwerstkranken? Wer ist daran beteiligt? Und wie

a) Wie ist es auf anderen Stationen?

b) Wie würde für Sie die "ideale" Entscheidungskonstellation aussehen? Wer würde wie daran teilnehmen?

c) Warum unterscheidet sich die Realität von Ihren Vorstellungen?

64 Kennen Sie das Phänomen "halbherziger" Entscheidungen beim Therapieverzicht? Wie häufig und warum wird das gemacht?

65 Es klingt vielleicht eigenartig, aber: Wie haben Sie das Entscheiden gelernt?

Exkurs: medizinische Statistik

66 Wir haben viel von Krankheitsverläufen und Behandlungsaussichten Schwerstkranker geredet. Nun hat man ja aber hinsichtlich der Diagosen und Prognosen oft keine völlige Gewissheit, sondern Wahrscheinlichkeitswissen. Unsere moderne Medizin zeichnet sich auch dadurch aus, daß sie mehr und mehr Zahlen zu Prognosechancen und Therapiebewertungen produziert.

a) Was sagen Sie zu dieser Entwicklung?

b) Trauen Sie im Prinzip den Statistiken, ihrem Zustandekommen?

c) Welche Rolle spielen Wahrscheinlichkeitszahlen für Therapieentscheidungen, insbesondere im Verhältnis zur persönlichen Erfahrung als Arzt?

- d) Wie findet da eigentlich die Urteilsbildung darüber statt, wieviel-prozentig die Chance auf Heilung, Besserung, Verschlechterung oder Tod sein muß, um eine Entscheidung zu begründen?
- e) Sehen Sie in diesem Bereich einen Bedarf an mehr Ausbildung in Statistik oder in Theorie über "richtiges Entscheiden"?
- f) Wann teilen Sie Patienten Wahrscheinlichkeitszahlen mit, und wie wird dann mit dieser Information umgegangen?
- g) Wäre es sinnvoll und vertretbar, für bestimmte Entscheidungsfälle allgemeine Richtschwellen festzulegen- etwa "keine Therapie X für Fälle mit einer Erfolgchance $< Y$ " ?

Kommunikationsprobleme bei der Entscheidungsfindung und Übermittlung // Dokumentation / Leitlinien

70 Werden Therapie-Verzichts-Anordnungen überwiegend dokumentiert oder eher mündlich weitergegeben?

- a) Wie?
- b) Wie häufig wird schriftlich dokumentiert, event. auch begründet?
- c) Werden Anordnungen und Absprachen auch befolgt?

72 Haben Sie Situationen erlebt, in denen Ihnen für die Entscheidungsfindung wichtige Informationen fehlten, was Sie gleich entdeckten oder erst nachträglich? Wie kam es dazu? An was fehlte es dabei?

71 Führt die Übermittlung von Entscheidungen / Anordnungen über die Zurückhaltung lebenserhaltender Maßnahmen zu problematischen Situationen? Wenn ja, warum?

73 Gibt es in Ihrem Hause formelle oder informelle Leitlinien zu Reanimationsverzicht und Therapiereduktion? (Wenn möglich, bitte aushändigen lassen!)

Ressourcen

69 Gibt es Situationen, in denen grundlegende med. Entscheidungen bei Sterbenskranken anders ausfallen würden, wenn die Ihnen zur Verfügung stehenden Mittel unbegrenzt wären? Also werden solche Entscheidungen durch Mangel an Personal, Betten, Ausstattung oder Sonstigem beeinflusst? Oder durch Überfluß? (freie Betten)?

74 Haben wir noch etwas Wichtiges übersehen

Arbeitsfeld, Sterbesituationen und Belastungen

75 In einem Wechsel des Blickwinkels wäre es für uns wichtig, zu erfahren, wie sich diese Teilarbeit, (die Betreuung Sterbender), und Ihre Gesamtarbeit zueinander verhalten. Könnten Sie bitte zunächst einmal ihre Arbeit im Zusammenhang schildern und sie im Rahmen des gesamten Krankenhauses betrachten.

(Aufgaben / Arbeitsbedingungen u. -verläufe / Arbeitsteiligkeit u. -organisation).

Was ist planbar und wo sind Sie abhängig von Ereignissen, Organisationsstrukturen und Menschen in Ihrem Arbeitsumfeld?

(Kontingenzen, Störungen, Tätigkeits- u. Prioritätskonflikte, Stationswechsel etc)

Gibt es Rückzugsräume in der Arbeit?

Wenn Sie an Ihre Arbeit denken:

- a) Was ist dabei für Sie besonders wichtig? (Station, Haus, Chef)
- b) Was tun Sie besonders gern, was ungern (Neigung, Eignung, Interesse)
- c) Was ist für Sie in der täglichen Arbeit besonders schwierig und was fällt Ihnen leicht?
- d) Jede Arbeit hat ihre Licht und Schattenseiten. Wie ist das bei Ihnen? Was ist für Sie besonders erfreulich, bzw. unerfreulich, - was bedrückt Sie, was stört?
- e) Was sind für Sie in Ihrer Arbeit Erfolge und was Mißerfolge?
- f) Welche Bedeutung haben Versäumnisse und Fehler für Sie, für die Klinik, für den Chef?

Sind Ihnen schon einmal Fehler unterlaufen? Wie geht man dann mit Ihnen und Ihren Kollegen um? Welche Fehler werden nicht verziehen? (Entdeckung, Kritik, Reaktionen, Sanktionen)

g) Was halten Sie im Hinblick auf Ihre Gesamtsituation für belastend? (Ausprägung, Gründe)

h) Gibt es Situationen, in denen Sie Angst verspüren? Wovor?

i) Wenn Sie von Ihrem heutigen Empfinden zurückblicken: Was hat sich in Ihnen und an Ihnen verändert, auch bezogen auf Ihre Arbeit?

j) Alles in allem: Wie sehen Sie den Wechselbezug zwischen der Betreuung Sterbender und Ihrer Arbeit insgesamt? Wie fügt sie sich in den zeitlichen Rahmen und in den Gesamtverlauf ein, nach Priorität, Interesse, Schwierigkeit und Anforderung, –und umgekehrt, wie erleben Sie aus einer Gesamtsicht die Arbeit mit Sterbenskranken?

k) Sind Sie gern in Ihrem Beruf tätig? Haben Sie schon einmal ans Aussteigen gedacht? Würden Sie wieder Arzt/Ärztin werden wollen?

l) Als Ärztin/Arzt im Krankenhaus sind Sie immer auch auf die Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal angewiesen. Wie ist die Kooperation? (Qualität der Zusammenarbeit, Qualifikation des PP, Schwierigkeiten persönlicher und struktureller Art im Umgang miteinander.)

76 Jede Klinik, Abteilung und u.U. auch Station hat ihren eigenen "Stil", der die gesamte Atmosphäre, Arbeitsstimmung, den Umgangsstil zwischen KollegInnen und Vorgesetzten und letztlich auch den Umgang mit den PatientInnen prägt. Wie würden Sie diesen Stil -vielleicht im Kontrast zu anderen Häusern/Abteilungen- charakterisieren?

Nachfragen: Wie erleben Sie Stil und Atmosphäre für sich selbst? (also: arbeiten Sie gern hier? Was stört Sie? Was würden Sie gern anders haben?)

Gibt es auch hinsichtlich des Umgangs mit Sterbenskranken einen spezifischen Stil?

77 Wenn Sie an Ihre schwerstkranken und sterbenden PatientInnen denken, was ist da für Sie besonders schwierig, was fällt Ihnen nicht so schwer, was tun Sie gern, was ungerne? M.a.W. was ist für Sie belastend (emotional, gedanklich, arbeitsmäßig) und wo gewinnen Sie bei dieser Auseinandersetzung mit Sterben und Tod ? (alternativ; was erscheint Ihnen wertvoll, was entschädigt Sie für Ihre Mühen?)

78 Wie werden Sie überhaupt mit den emotionalen und gedanklichen Belastungen durch die Sterbenskranken fertig? Wie schützen Sie sich? Wie erholen Sie sich? Fühlen Sie sich hierbei durch die Mitarbeiter und Strukturen der Klinik unterstützt, oder ist das eher eine private Angelegenheit?

79 Wie glauben Sie, erleben Sterbende Ihre Klinik? Glauben Sie, daß Sterbende hier genügend Raum, Ruhe und Begleitung für existentielle Auseinandersetzungen haben?

80 Haben Sie gelegentlich Gewissenskonflikte über Sinn und Wert durchgeführter Maßnahmen bei Sterbenskranken? Oder eher wegen Unterlassungen? Sprechen Sie dann mit KollegInnen oder dem Pflegepersonal manchmal über die fachliche, moralische oder rechtliche Legitimität Ihrer bzw. der hausüblichen medizinischen Praxis? Wenn ja, in welchem Rahmen?

Aus- u. Fortbildung

81 Wurden Sie in Ihrer Ausbildung und während Ihrer Berufstätigkeit (Studium, Facharztzeit) auf solche Grenzsituationen in der med. Behandlung vorbereitet? Oder mußten Sie sich das selbst erarbeiten? Wie erging es Ihnen da als Anfänger? Erinnern Sie sich hier wichtiger Hilfestellungen durch (ältere) Kollegen und/oder Schwestern/ Pfleger?

Nachfrage: Gibt/gab es neben der offenen Ausbildung versteckte Formen der Erziehung und Gewöhnung? Wie sieht das auf Ihrer jetzigen Station für "Anfänger" und Studenten aus? Wie bewerten Sie diese Formen?

82 Haben Sie Fortbildungen oder Veranstaltungen besucht zum Themenkreis "Begleitung von Sterbenden" bzw. Entscheidungsfindung in med. Grenzsituationen"? Wenn ja: Was hat Ihnen das bedeutet / gebracht?

Nachfrage: Bietet Ihr Haus soetwas an? Wird die Teilnahme daran empfohlen, erwünscht, behindert, verhindert? (Haben Sie sich um derartige Veranstaltungen bemüht?)

Abschlußfragen

83 Wie sehen Sie heute Ihren persönlichen Auftrag als Ärztin / Arzt? Wie geht dieser Anspruch ein in Ihre ärztlichen Entscheidungen, in Ihr Verhalten gegenüber Sterbenskranken und Ihr Verhältnis zu intensivmed. Behandlungsmethoden? Welche Ziele setzen Sie sich, bzw. haben Sie sich gesetzt? Hat sich da seit Beginn Ihrer ärztlichen Tätigkeit etwas geändert?

84 Wenn Sie noch einmal zurückdenken: Woher haben Sie die Standpunkte, Werte und Orientierungen Ihrer ärztlichen Tätigkeit, insbesondere auch hinsichtlich der Behandlung Schwerstkranker und Sterbender, gewonnen? Was gibt Ihnen Halt und Sicherheit?

85 Kritiker werfen der Medizin häufig vor, daß im Zuge ihrer Entwicklung die Forschung, das technisch Mach-

bare und wirtschaftliche Gesichtspunkte -die Berücksichtigung des menschlich Notwendigen zunehmend mehr in den Hintergrund dränge. Umgekehrt scheint aus der med. Praxis auch eine Selbstbegrenzung ärztlichen Tuns zu erwachsen. Wie erleben Sie diese Problematik?

86 Wir haben über die Situation von Sterbenden, deren Sterben, die Bedingungen ärztl. Entscheidens und die Bedingungen ärztlich-pflegerischen Handelns gesprochen.

a) Glauben Sie, daß in diesem gesamten Feld Verbesserungen erforderlich sind?

b) Wenn ja, wie sollten diese aussehen?

c) Wer wäre ggf. fachlich oder institutionell dafür zuständig?

d) Was steht ihrer Verwirklichung im Wege?

e) Haben Sie den Eindruck, daß sich in der Zeit, die Sie persönlich überblicken, hinsichtlich der Situation Sterbender im Krankenhaus etwas geändert hat?

87 Könnten Sie zum Abschluß einige Regeln formulieren, die Sie aus Ihrer Erfahrung im Umgang mit Sterbenden gewonnen haben?

Angenommen, Sie wären Mentor von neuen KollegInnen: Was würden Sie denen diesbezüglich mitgeben wollen? Was raten? Wovon abraten? Was wünschen?

Was würden Sie auch bei sich selbst im Nachhinein anders machen, was verbessern wollen?

Erwarten Sie etwas von unserer Studie? Hat das Nachdenken über dieses Thema neue Aspekte für Sie gebracht?

ZUSATZBLATT B zu Frage 43

43 Das gerechtfertigte Zurücknehmen oder Zurückhalten von medizinischen Maßnahmen kann FÜR MICH unter Umständen umfassen:

- a) Verzicht auf cardiopulmonale Reanimation
- b) Abstellen des Respirators
- c) Verz. auf bilanzierte Versorgung mit Nahrung u. Flüssigkeit
- d) Verzicht auf Legen eines ZVK
- e) Verzicht auf Antibiotika
- f) Verzicht auf Kardiaka
- g) Verzicht auf Chemotherapie
- h) Verzicht auf Radiatio
- i) Verzicht auf Diurese
- j) Verzicht auf Insulin
- k) Verzicht auf Intensivstation
- l) Verzicht auf Dauerhospitalisation
- m) Verzicht auf invasive/belastende Diagnostik
- n) Verzicht auf Routinediagnostik (Blut,Urin etc)
- o) Reduktion belastender/ aufwendiger Pflegemaßnahmen
- p) Verzicht auf Hydrierung
- q) Verzicht auf Kalorienzufuhr

DATENBLATT A / ÄrztInnen

- 01 lfd Nr. _____
- 02 Datum Erstkontakt: _____/Fallbeisp ausgeh.: _____
- 03 Datum Interview: _____
- 04 Dauer: von bis:.....
- 05 Ort des Interviews:
- 06 Klinik: A) Unikl. B) KH.d.Maximalvers. C) Kreis-KH. D) konf.Haus
- 07 Bereich/Station: 1) Innere 2) Chirurgie 3) Anästhesie 4) Sonstiges
- 08 Bettenzahl: Klinik: _____ Abteilung: _____ Station: _____
- 09 Tätig in dieser Klink seit: _____
- 10 Arbeitsbereich / Station: _____ tätig seit: _____
- 11 berufliche Funktion: A) Stationsarzt B) Oberarzt C) Chefarzt D) AiP
- 12 Fachrichtung: _____
- 13 Teilnahme am Nachtdienst: ja / nein
- 14 Geschlecht: 1) weibl. 2) männl.
- 15 Alter: _____ Jahre
- 16 Familienstand: led. / Partn.- Ehe / gesch. /verw.
Kinder: nein / ja/ Anzahl: _____
- 17 Religionszugehörigkeit: nein / ja: evang. / kath. / andere (fühlen Sie sich einer Religion zugehörig?)
- 18 abgelegte Examina: Approbation: 19....
andere:
- 19 angestrebte Examina: Facharzt /Promotion
/Habil. /sonst.
- 20 Ausbildungs u. Berufsetappen: mit Jahr u. Ort
Abitur: 19...../in:
Med.- Studium: 19..... bis 19...../
19..... bis 19...../
andere Stud.:
Praktisches Jahr:
berufsbezogene Tätigkeiten: (In- u.Ausland)
Studien- u. Forschungsaufenthalte im Ausland:
Besonderheiten / Unterbrechungen / Gründe
Berufsziel:
Beruf der Eltern (wenn Ärzte, Klinik/ Praxis):

Anhang B

Register: Übersicht zu den InterviewpartnerInnen

(Legende am Schluß der Tabellen)

Fach	Funk-tion	Geschl.	000	Klinik- -Typ	Arbeitsbereich	Alter	Berufs-jahre	Relig-ion	Famili-enstand	Kin-der
1	a	m	003	A	Ambulanz	35	10	ev	verh	2
1	a	m	004	A	Gastro./ F	36	10	N	verh	2
1	a	m	010	A	Int./Kardio	34	7	rk	verh	1
1	a	m	013	A	Kard/ Häm	39	6	N	verh	3
1	a	m	014	A	Gastro	36	6	ev	led	-
1	a	m	023	C	NSt	31	3	ev	verh	1
1	a	m	025	C	NSt	27	1	ev	led	-
1	a	m	051	C	NSt?	33	7	ev,n	verh	2
1	a	m	055	C	-	32	3	N	verh	2
1	a	m	060	D	NSt	28	2	rk	verh	-
1	a	m	061	D	Ambulanz	32	7	ev	Partn	1
1	a	m	062	D	Nst/Int.	38	1	N	verh	1
1	a	m	063	C	Int./Nst	36	4	ev	verh	2
1	a	m	070	B	Int.	35	10	ev	led	-
1	a	m	074	D	Kardio	44	15	ev	verh	2
1	a	m	083	B	Innere	32	4	N	led	-
1	a	m	092	B	Int.	35	7	rk,n	verh	3
1	a	w	002	D	NSt Gyn	30	4	N	verh	-
1	a	w	015	A	Int./Endo	39	13	ev	led	-
1	a	w	041	D	NSt	34	2	-	gesch	-
1	a	w	056	D	NSt	33	5	ev	verh	-
1	a	w	066	B	Nst	37	9	ev	led	-
1	a	w	073	B	Gastro	39	11	N	gesch	1
1	a	w	078	D	Hämat/Onkol	32	5	ev	Partn	1
1	a	w	084	B	Innere/Chir	30	3	ev	led	-
1	b	m	001	D	NSt	39	11	N	verh	-
1	b	m	011	A	Amb/St/F	38	9	N	verh	3
1	b	m	016	A	Hämat/Onkol	42	14	N	verh	2
1	b	m	050	C	Amb/NSt	35	10	rk	led	-
1	b	m	067	B	Hämat/Onkol	47	19	ev	verh	2
1	b	m	087	B	Dialyse	37	9	ev	verh	2
1	c	m	033	P	Ltg./Rufb	58	33	ev	verh	4
1	c	m	038	D	-	48	21	ev	verh	2
1	c	m	081	D	Hämat/Onkol	48	20	ev	verh	2
1	c	m	095	C	Nephrologie	48	22	ev	verh	2

Tabelle 30

Fach	Funk-tion	Geschl	000	Klinik-Typ	Arbeitsbereich	Alter	Berufs-jahre	Relig-ion	Familie-nstand	Kin-der
2	a	m	005	A	Poliklinik	36	5	ev	verh	2
2	a	m	017	A	ACh/UCh	42?	10?	N	led	kA
2	a	m	020	D	NSt/ACh	36	8	N	verh	2
2	a	m	022	D	NSt/ACh	42	13	ev	verh	4
2	a	m	026	C	NSt	39	14	N	verh	1
2	a	m	064	C	ACh/Nst	36	5	N	gesch	1
2	a	m	080	B	ACh(UCh)	44	14	N	verh	2
2	a	m	088	B	UCh	33	7	kA	led	-
2	a	m	090	B	ACh	33	5	N	led	-
2	a	m	093	B	UCh	40	12	N	gesch	3
2	a	m	096	D	ACh	37	7	ev	verh	2
2	a	m	097	C	GefäßCh	36	5	N	led	1
2	a	w	008	A	Int..	34	3	rk	led	-
2	a	w	021	D	NSt/ACh	33	1	ev	verh	-
2	a	w	082	B	-	34	6	ev	led	-
2	a	w	091	B	UCh	34	6	rk	led	-
2	b	m	009	A	Int./Transpl	37	12	rk	verh	3
2	b	m	094	B	ACh	40	13	N	led	1
2	c	m	037	D	ACh	58	32	rk	verh	3
2a	a	m	035	B	Ambulanz	29	3	ev	led	-
2a	a	m	036	B	NSt	33	7	N	led	-
2a	a	m	065	B	Nst	34	7	rk	verh	1
2a	a	w	045	B	Int.	28	2	ev	verh	-
2a	b	m	012	B	Int./OP	52	25	N	gesch	2
2a	b	m	044	B	Int./OP	43	14	N	verh	2
2a	b	w	047	B	Int./OP	34	8	ev	gesch	2
2a	c	m	018	B	-	60	32	N	verh	2
2b	a	m	028	A	Int./Nst	31	1	rk	led	-
2b	a	m	029	A	Int./Nst	28	3	rk	verh	-
2b	a	m	058	A	Int./Nst	28	2	N	verh	-
2b	a	m	069	A	OP/Int.	36	5	rk	verh	2
2b	a	m	099	A	Int./NSt	29	1	rk	led	-
2b	a	m	100	A	Int./Nst	30	2	ev	led	-
2b	b	m	068	A	OP/Int.	38	10	N	verh	1

Tabelle 31

Fach	Funk-tion	Geschl	000	Klinik-Typ	Arbeitsbereich	Alter	Berufs-jahre	Reli-gion	Famili-enstand	Kin-der
3	a	m	027	C	Int.	31	2	ev	verh	2
3	a	m	030	A	OP (Anästh.)	33	5	ev	verh	2
3	a	m	032	A	OP (Anästh.)	38	8	ev	verh	2
3	a	m	039	A	Int./THG	31	4	ev	led	-
3	a	m	040	D	Int.	30	3	ev	led	-
3	a	m	046	B	Int./OP (Anästh.)	35	6	mo	Partn	-
3	a	m	052	C	Int. (operativ)	31	3	ev	led	-
3	a	m	054	C	Int.	33	8	N	verh	-
3	a	m	057	A	OP (Anästh.)	37	11	N	verh	2
3	a	m	076	B	Int.	34	8	N	verh	2
3	a	m	077	B	OP (Anästh.)	30	3	N	led	-
3	a	m	085	B	OP(Anä)/ Notarzt	36	7	N	verh	2
3	a	w	031	A	OP (Anästh.)/Int.	30	3	ev	led	-
3	a	w	049	A	Int./NCh	38	7	rk	gesch	1
3	a	w	071	B	Anästh.	30	5	N	led	-
3	a	w	075	B	Int.	32	8	N	verh	1
3	a	w	089	B	Int.	31	5	ev	Partn	-
3	b	m	006	A	Int..	33	9	rk	verh	-
3	b	m	007	A	Int..	39	11	N	verh	-
3	b	m	042	D	Int./OP (Anästh.)	40	11	ev	verh	3
3	b	m	043	D	OP (Anästh.)/Int.	38	12	ev	verh	3
3	b	m	048	B	Int.	36	10	ev	verh	2
3	b	m	053	C	Rufbereit.	39	11	N	verh	2
3	b	m	079	B	Anästh.	45	15	ev	gesch	2
3	b	m	086	B	Int.	32	7	rk	verh	1
3	b	m	098	B	Neuro/Int.	42	15	ev	Partn	2
3	b	w	059	D	Int.	53	13	ev	verh	2
3	b	w	019	B	Int./OP (Anästh.)	40	10	ev	verh	3
3	b	w	072	B	Anästh.	37	11	N	Partn	-
3	c	m	024	C	Int.	55	25	ev	verh	-
3	c	m	034	A	Ltg./Int.	53	28	N	verh	2

Tabelle 32

Legende

Fach		Arbeitsbereiche		Familienstand	
1	Innere Medizin	Amb.	Ambulanz	led.	ledig
2	allgem.Chirurgie (ACH)	Endo.	Endoskopie	verh.	verheiratet
2a	Neurochirurgie (NCH)	F	Funktionen	Partn.	lebt mit PartnerIn
2b	Kardiochirurgie (KCH)	Gastro.	Gastroenterologie	gesch.	geschieden
3	Anästhesiologie	gyn.	Gynäkologie	verw.	verwitwet
Funktion		Häm.	Hämatologie	Religion	
a	Assistent	Int.	Intensivstation	ev	evangelisch
b	Oberarzt	Kard.	Kardiologie	rk	röm. katholisch
c	Chefarzt	Ltg.	Leitungsfunktion	mo	moslemisch
Kliniks-Typ		NSt./ St	Normalstation	,n	aber nicht religiös
A	Universitätsklinik	OP	Operationsaal	N	keine Kirche
B	Maximalversorgung	UCH	Unfallchirurgie		
C	Kreis Krankenhaus				
D	dito/ konfessionell				