

# Ärztliche Entscheidungsfindung bei weit fortgeschrittenen Leiden – das 5-D-Modell

Steffen Eychmüller

Bericht von einem Workshop am Aroser Fortbildungskurs 2004

## Welten müssen sich unter schwierigen Umständen finden

Medizinische Entscheidungen bei weit fortgeschrittenen Leiden und/oder bei alten und sehr kranken Menschen sind immer wieder Anlass für teilweise heftige Diskussionen. Sie gipfeln heute in Anbetracht der Debatte um die Sterbehilfe häufig in Fragen um Sinn und Unsinn bzw. Wert und Unwert des Lebens. Letztlich werden Ethik-Foren zu den Trägern der Entscheidungen. Patienten und Angehörige fürchten eine Überbehandlung, auf der anderen Seite sollte alles getan werden, um zumindest das Leiden zu lindern. In den betreuenden Teams werden oft die Hausärzte und Pflegenden zu AnwältInnen der Patienten, während die Ärzte im Spital dem Ruf der sinnlosen Überbehandlung ausgesetzt sind. Bei der gemeinsamen Diskussion kam immer wieder die Informationsweitergabe zwischen Spital und Hausarztpraxis zur Diskussion, aber auch die Notwendigkeit einer wesentlich engeren Kooperation beim Thema Entscheidungsfindung. Die Beziehungen zwischen den Betroffenen und ihren Helfern können sich in der Hausarztpraxis auf eine gemeinsame Geschichte – meist über Jahre – abstützen, die Vertrauensbasis ist gut, Schwerkranksein und Sterben ist weit weniger spektakulär als in den Medien berichtet.

## Genügt das «gut feeling»?

Doch wie kommen wir als Ärzte zur Entscheidung, was wir als sinnvoll erachten? Das sogenannte «gut feeling» spielt hier laut Literatur offensichtlich eine grosse Rolle. Doch gibt es Möglichkeiten, dieses «gut feeling» mit Zahlen und Fakten zu untermauern, um noch besser beraten zu können?

Die systematischere Berücksichtigung verschiedener Fragen und Faktoren, aber auch kommunikative Hilfen könnten zu einer höheren Entscheidungssicherheit und verbesserter Kooperation führen.

## Frage 1: Was ist «kurativ», was ist «palliativ»?

Wie selbstverständlich werden diese Begriffe immer wieder benutzt, und dienen auch als grobe Richtschnur, ob viele oder wenige Register gezogen werden, wenn das Leben des Patienten bedroht ist. Doch verstehen alle dasselbe darunter?

«Kurativ» heisst: auf Heilung ausgerichtet; «palliativ» heisst: auf Leidensminderung ausgerichtet. Bei der Entscheidung, in welche Richtung es geht, steht bei «kurativ» also eher die Heilung der Grundkrankheit und bei «palliativ» die Besserung der belastenden Symptome im Vordergrund. Doch wenn dem so ist, woher nehmen wir die Gewissheit, dass unsere Einschätzung realistisch ist? Gibt es einen Punkt, den wir bestimmen können, wo die Intention von «kurativ» in «palliativ» umschlägt?

Zur Gewissheit: wenn man das Wort «kurativ» eng interpretiert, dann hiesse es *Restitutio ad integrum*. Keiner wird im Zeitalter der Molekularbiologie angesichts der bleibenden «Narben» bei einem Angriff auf die Integrität des Körpers behaupten können, dass eine *Restitutio ad integrum* möglich ist. «Kurativ» gäbe es aus dem Blickwinkel der Molekularbiologie also gar nicht mehr.

Nimmt man die WHO-Definition für Gesundheit als Richtschnur, dann gibt es durchaus die Chance für die Gewissheit, dass Heilung möglich ist: die Wiederherstellung des «körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens». Doch auch dieser Blickwinkel birgt keine Sicherheit: Es gibt in der täglichen Praxis glücklicherweise auch viele Menschen, die sich trotz einer klar palliativen Situation gemäss der WHO-Definition sehr gesund fühlen.

## Der Wechsel von «kurativ» zu «palliativ» ...

Der Umschlagpunkt von «kurativ» in «palliativ» unterstreicht einmal mehr, wie sehr die Medizin gewohnt ist, mit teilweise sehr arbiträren Umschlagpunkten («cut-off points») relativ nonchalant umzugehen. So, wie eine Transaminase von einer Zahl zur nächst höheren plötzlich ein Sternchen für «pathologisch» erhält, so wird eine Behandlungsintention von «kurativ» plötzlich «palliativ». Das Erstaunliche dabei ist, dass wir für eine Frage mit derart weitreichender Auswirkung (Einsatz von «Maximalmassnahmen», Lebenserhaltung um jeden Preis oder

nicht) keinen exakten diagnostischen Test verwenden, sondern «gut feelings», Erfahrungswerte, Glauben. Ist die wissenschaftliche Medizin nicht in der Lage, diese vielleicht wichtigste Frage zu lösen?

**Wäre es dann nicht viel anständiger, weiterhin zu gestehen: Ich weiss, dass ich gar nicht soviel weiss?**

### **... geht mit einem Wechsel des medizintheoretischen Modells einher ...**

Interessanterweise erfolgt beim Wechsel vom kurativen zum palliativen Behandlungsansatz ein Wechsel der zugrundeliegenden Medizintheorie: Alle auf Kuration ausgerichteten Ansätze folgen – bewusst oder unbewusst – überwiegend dem kartesischen Modell von meist biologischer Ursache und Wirkung, während sich die Vorgehensweise für die palliative Situation am bio-psycho-sozialen Modell orientiert: Die Berücksichtigung vieler Faktoren bzw. Dimensionen wird dringlich für die Diagnose, aber auch die Verbesserung des Leidens.

### **... und weist oft eine fluktuierende Grenze auf**

Deshalb liegt die Hypothese nahe, dass die Frage, ob «kurativ» oder «palliativ»

- nie mit Gewissheit beantwortet werden kann;
- abhängig ist vom individuellen Wertemasstab des Betroffenen, was für sie oder ihn «heil, gesund» oder «Leiden, krank» bedeutet;
- nicht zuletzt abhängig ist vom theoretischen Medizin-Modell, in dem wir «auf Heilung ausgerichtet» oder «auf Leiden lindernd» ausgerichtet definieren.

Nimmt man das bio-psycho-soziale Modell, so kann eine medizinisch klar «kurative Situation» bereits auch wesentliche palliative Ziele verfolgen: Die psychische Lage bei einem Hodenkrebs hinterlässt unter Umständen so tiefe Spuren, dass sich eine lange Depression einstellt, die man maximal lindern, aber nicht heilen kann, der krankmachende Arbeitsplatzverlust bei einem lang dauernden Schmerzleiden, das nicht heilbar ist, kann unter Umständen durch eine neue berufliche Tätigkeit den Betroffenen wieder gesunden lassen.

## **Frage 2: Wie gut sind Ärzte beim Prognostizieren als Grundlage jeder Entscheidung, und nach welchen Kriterien werden Entscheidungen gefällt?**

Ärzte sind bekanntermassen schlecht im Prognostizieren, mehrheitlich mit einem ausgeprägt überoptimistischen «Bias», was das Schätzen der Überlebenszeit betrifft («schlecht kalibriert»). Ärzte sind aber «gut im Diskriminieren», was die Einordnung in prognostische Gruppen anbelangt: Ob jemand kurz, mittel oder lange überleben wird, kann gut beurteilt werden. Ob damit aber Tage, Wochen oder Monate gemeint sind (Kalibrierung), entzieht sich der Kenntnis.

### **Überlebenszeit oder was man damit anfangen kann?**

Überwiegend wird in der Literatur die Länge des Überlebens, also allein die zeitliche Dimension der Prognose, als Endpunkt für den Nutzen einer Therapie angesehen. Besonders deutlich ist dies in der Onkologie (mit einer Vielzahl an zum Teil auch verwirrenden zeitlichen Endpunkten, z.B. «slowing of progression»). Die Betroffenen interessiert aber nicht nur die Zeit, die einem bleibt, und selbstverständlich entscheidet die Art, wie man über diese Frage spricht und auch darüber, ob das Gespräch hilfreich oder eher belastend ist.

### **Das 5-D-Modell als kommunikative Entscheidungsfindungshilfe**

- *Wie lange habe ich noch zu leben?* – Dies ist wichtig, und mit statistischen Mitteln der Literatur zu entnehmen, mit allem Für und Wider derartiger Angaben.
- *Was geschieht, wenn ich keine Therapie machen lasse?* – Diese Frage kann heute fast nicht mehr beantwortet werden. In der Literatur ist der «natural course of the disease» nur noch in antiquarischen Ausgaben aufzufinden.
- *Was geschieht, wenn ich mich behandeln lasse?* – Diese Frage hat insbesondere die Lebensqualität als Hintergrund: Wie wird sich meine Autonomie verändern, das Ausmass meiner «bio-psycho-sozialen» Aktivität?
- *Unter welchen Nebenwirkungen werde ich zu leiden haben?* – In welchem Umfang und mit welchen konkreten Problemen muss ich für die Hoffnung auf Besserung zunächst mit einer Verschlechterung rechnen?
- Und nicht zuletzt: *Was muss ich «bezahlen», wenn ich mich behandeln lasse – oder nicht?* – Was kostet das, wird es von der Kasse bezahlt? Aber auch: Muss ich mit einem langen Aufenthalt im Spital eine mögliche Besserung «bezahlen»?

Prognostische Informationen für die Entscheidungsfindung umfassen sehr viel mehr als nur die zeitliche Dimension. Das oben beschriebene modifizierte «5-D-Modell» – *Death, Disease, Discomfort/Disability, (Drug)-Toxicity, Dollars* – könnte bei der praktischen Entscheidungsfindung helfen. Es könnte auch dazu beitragen, verhindern zu helfen, dass zunehmend viele Entscheidungen zu einem «ethischen Problem» werden, obwohl sie eigentlich ein Wissens- und Kommunikationsproblem sind.

Wir diskutierten im Workshop die Limite all dieser schönen Modelle und theoretischen Konstrukte, stimmten aber auch weitgehend darin überein, dass derartige Ansätze (Faktoren, Scores usw.) uns dabei helfen könnten, die Prognose schrittweise wieder besser zu diagnostizieren und uns dabei sicherer zu

fühlen. Die Zukunft wird Hausärzte wahrscheinlich noch mehr als früher damit konfrontieren, zu beurteilen, welche Behandlung bei welchem Patienten «noch Sinn macht». Da ist es gut, etwas prognostisches Handwerkszeug zu eigen zu haben.

#### Literatur

- 1 Christakis N. *Death foretold*. The University of Chicago Press; 1999.

---

Dr. med. Steffen Eychmüller  
Palliativstation Kantonsspital  
CH-9007 St. Gallen  
steffen.eychmueller@kssg.ch