

Andreas U. Gerber, Antonio Bonfiglio

Behandlung um jeden Preis

Bericht vom Workshop 3 an der SFD Conference 2012 in Lausanne

Anlässlich eines Workshops haben sich Hausärztinnen und Hausärzte mit dem Thema der medizinisch-ethischen Entscheidungshilfen im ärztlichen Alltag auseinandergesetzt. Ein Thema also, bei dem es nicht einzig um «evidenzbasierte harte Endpunkte» geht. Lesen Sie in diesem Artikel, wie Sie dabei methodisch vorgehen können.

Entscheiden: eine alltägliche Herausforderung

In der Sprechstunde werden wir oft unverhofft mit Fragen konfrontiert, auf die es keine «selbstverständliche» Antwort gibt. Sind anstehende aufwendige diagnostische und therapeutische Massnahmen in der spezifischen Situation des Patienten angebracht? Sind sie in dessen Sinn? Wer ist bei einem nicht entscheidungsfähigen Patienten der Auftraggeber? Gibt es einen «richtigen» Entscheid? Nach welchen Kriterien und Methoden können wir uns dem «bestmöglichen» Entscheid annähern und sinnvoll im Interesse des Patienten handeln?

Eine schwierige Patientensituation

Frau, 1959, seit Geburt taubstumm, blind und schwerstens geistig behindert, Turner-Syndrom, Aneurysma der Aorta ascendens. Sie lebt in einem Taubblindenheim. Mit 50 erkrankt sie an einer Urosepsis als Erstmanifestation einer rapid progressiven und dialysepflichtigen Glomerulonephritis. Unter der Hämodialyse erleidet sie Komplikationen mit zweimalig tonisch-klonischem Krampfanfall infolge einer dialysebedingten Elektrolytstörung. Aktuell lebt sie klinisch stabilisiert im Taubblindenheim.

Ziel des Workshops ist es, die jetzige Situation zu verstehen und im Team proaktiv einen Plan zu entwerfen für den Fall, dass es erneut zu einer lebensbedrohlichen ressourcenaufwändigen Situation kommen sollte. Dies kann grundsätzlich nur gelingen, wenn allen Betroffenen und Beteiligten klar ist, dass es in einer solch wirklich schwierigen Situation keine beste allgemeingültige Lösung geben kann. Es geht vielmehr darum, die «am wenigsten schlechte» Lösung zu finden, zu der möglichst alle stehen können.

Die medizinisch-ethische Entscheidungsfindung

Praktisch jede Methode der strukturierten ethischen Entscheidungsfindung basiert auf einer ähnlichen Struktur, die in drei Hauptkapitel unterteilt werden kann:

- Problemdiagnose
(genügend Zeit, allenfalls mit externer moderierender Person)
- Entscheidungsfindung
- Umsetzung des Entscheides und Evaluation in der Rückschau

Problemdiagnose

Definieren eines gemeinsam anerkannten Hauptproblems: Bei unserer Patientin zeigte sich als Hauptproblem das moralische Dilemma, ob man in ihrer spezifischen Situation alles tun soll, was man medizinisch tun kann. Die Workshop-Teilnehmer fühlten sich einerseits der Patientin verpflichtet, für sie «das Beste» (noch zu

definieren) zu tun und andererseits gegenüber der Gesellschaft, mit den Ressourcen «richtig» umzugehen.

Aufspüren, analysieren und gewichten der entscheidungsrelevanten Elemente, klar getrennt in Fakten und Werthaltungen: Hier geht es darum, die hinter dem Dilemma versteckten Entscheidungselemente möglichst genau zu verstehen, sie transparent zu gewichten und zu kategorisieren. Es geht also explizit *nicht* darum, sofort nach einer vertretbaren Lösung des obgenannten Dilemmas zu suchen, sondern viel mehr darum, das Dilemma als solches zu verstehen.

Mit den *Fakten* ist es oft relativ einfach. Fakten entsprechen der Realität, welche wir zunächst als solche und mit Gültigkeit für alle Betroffenen und Beteiligten erkennen und akzeptieren müssen. Als entscheidungs-relevante Fakten haben die Workshop-Teilnehmer folgende definiert: den Krankheitszustand der oben geschilderten Patientin, deren Prognose und alle denkbaren zur Verfügung stehenden therapeutischen Interventionen.

Bei der *moralischen Werthaltung* (worauf legen die individuellen Entscheidungsträger in der vorliegenden Situation besonders Wert?) geht das Spektrum weit auseinander. Grundsätzlich geht es dabei um die *Hintergründe* der Frage, was man tun *sollte resp. nicht tun sollte* von alledem, das man medizinisch tun könnte (Dialyse etc.). Dabei muss uns bewusst werden, dass sich unsere individuellen moralischen Werthaltungen durch Erziehung, soziale, kulturelle, religiöse und spirituelle Prägung sowie durch individuelle Lebenserfahrungen entwickelt haben und dass sich ein moralisches «Richtig» oder «Falsch» nicht beweisen lässt. Somit kann das auf individuellen Werthaltungen basierende «Sollen» niemals universelle, sondern immer nur individuelle Gültigkeit haben.

Medizinisch-ethische Entscheidungsfindung

Weil für die moralischen Werte und das Sollen ein allgemein gültiger Massstab für «richtig» und «falsch» fehlt, wird die Qualität eines komplexen Entscheides bestimmt durch die *Nachvollziehbarkeit* des Entscheides und die *Transparenz* des Entscheidungsprozesses.

Darauf wird erarbeitet und festgehalten, wie entschieden werden *könnte*, bevor erarbeitet wird, wie entschieden werden *soll*.

Eine *breite Palette von denkbaren Handlungsvarianten* erweist sich für den Entscheidungsprozess als wesentlich wertvoller, als nur zwei «sich aufdrängende», sich gegenseitig ausschliessende Alternativen. Es sollen deshalb, wie bei einem Brainstorm, möglichst viele auch unrealistische Ideen eingebracht werden. Alles, was man tun könnte, vorerst sogar ohne Begründung. Anschliessend werden die Ideen auf einer Tabelle hierarchisch gelistet. Am Ende kommt jener Entscheid zustande, welcher mit der kollektiven Sicht dieses spezifischen Teams möglichst gut übereinstimmt.

Schlussgedanken eines teilnehmenden Hausarztes

Die Komplexität unserer Arbeit stellt unser Dasein als «Einzelkämpfer» immer mehr in Frage. Wir neigen dazu, nach unseren persönlichen moralischen Werthaltungen zu entscheiden, die wir

mangels Dialog leicht für allgemeingültig halten könnten. Das Unterscheiden von Fakten und moralischen Werthaltungen bereitet mehr Mühe, als man denken würde. Dieser für die Entscheidungsfindung hilfreiche Unterschied ist mir erst im Workshop wirklich klar und bewusst geworden. Die Zeit für eine strukturierte ethische Entscheidungsfindung ist im Alltag nicht leicht zu finden. Im TARMED ist diese Arbeit nicht vorgesehen, geschweige die Kostenabdeckung für eine externe Moderationsperson. Für Extremsituationen wird man sich diese Zeit jedoch nehmen und dabei ganz bestimmt unbezahlbare Qualität und Befriedigung gewinnen. Für «alltägliche» Situationen reicht auch weiterhin das Gespräch mit Kollegen im Qualitätszirkel. Methoden der strukturierten medizinisch-ethischen Entscheidungsfindung können aber ein interessantes Thema für Qualitätszirkel sein. Seit wenigen Jahren sind sie Inhalt des Medizinstudiums. Dies ist bestimmt ein grosser Fortschritt.

Das längere Originalprotokoll dieses Artikels (ELPS) ist auf der Website von PrimaryCare publiziert:
www.primary-care.ch > Für Leser > Archiv > Heft 09/2013

Korrespondenz:

Dr. med. Antonio Bonfiglio
Mitglied des Lenkungsausschusses und Kassier der Initiative
«Ja zur Hausarztmedizin»
Heuackerstrasse 3
8035 Langnau am Albis
[bonfiglio\[at\]bluewin.ch](mailto:bonfiglio[at]bluewin.ch)