

Das BOCHUMER INVENTAR ZUR MEDIZINISCHEN ETHIK [BIME] und die klinisch-ethischen Aspekte beim Behandlungsverzicht

Hans-Martin Sass

Mit zunehmenden Leistungen in Diagnose und Therapie steigt zugleich die Gefahr einer maximalen und intensiven Diagnose und Therapie, die sich zunehmend primär an objektiven Möglichkeiten, und nur sekundär oder gar nicht am individuellen Wohl und Interesse des einzelnen Patienten orientiert. Bundesärztekammer und medizinische Fachgesellschaften haben sich mit Leitlinien und Grundsätzen zur Begrenzung technisch möglicher Interventionen in der Orientierung am Patientenwunsch und -interesse geäußert [3;5]. In diesem Zusammenhang sind auch Fragen der Validierung und Akzeptanz des vorsorglich geäußerten Patientenwunsches im Rahmen von Patientenverfügungen und bei der Bestellung von Bevollmächtigten in Gesundheitsangelegenheiten nach § 1904 II BGB Gegenstand richterlicher Entscheidungen [4] und aktueller medizinethischer Forschung und Diskussion [11;14] geworden.

Auch für die Situation in der Bundesrepublik dürfte die Feststellung der SUPPORT Studiengruppe in den USA gelten, dass immer mehr Mitbürger 'fürchten, eines Tages die Kontrolle über ihr Leben zu verlieren, wenn sie schwer erkranken und dass ihr Sterbeprozess hinausgezögert und unpersönlich wird'[14:1591]. Für eine sich am Patientenwohl orientierende Arztethik - aegroti salus suprema lex - darf eben nicht die Leistungskraft verfügbarer medizinischer Maschinen, Medikamente oder Verfahren über deren Einsatz entscheiden, sondern allein das Wohl und Heil des Patienten ausgedrückt durch den aktuell geäußerten Willen, den mutmaßlichen Willen oder die Zustimmung der von Patienten benannten Betreuer oder Bevollmächtigten.

Eine bestimmte ärztliche oder pflegerische Aktivität zum Wohl und im Interesse des Patienten kann deshalb entweder in der Durchführung oder in der Unterlassung einer bestimmten Maßnahme oder in der Durchführung einer ganz anderen Aktivität sich konkretisieren. Die neuere rechtliche und rechtsphilosophische Diskussion zusammenfassend formuliert Roehl: 'Da zu einem Verhaltensraum regelmäßig mehr als zwei mögliche Verhaltensweisen gehören, darf man streng genommen nicht von einer Unterlassung einer Handlung reden, sondern muss den Plural verwenden und von den Unterlassungsmöglichkeiten sprechen. Die Unterlassung im Singular ist stets die Ausführung einer bestimmten alternativen Handlung' [8:603]. An anderer Stelle äußert

Roehl sich zur Garanten- und Sorgfaltspflicht, die nicht zuletzt auch für Ärzte handlungsbestimmend sein muss: 'Sorgfaltspflichten müssen immer vorsorglich erfüllt werden; es gibt kein freigestelltes Alternativverhalten. Sorgfaltspflichten begründen daher Handlungsgebote' [9:900]. Sofern also die Unterlassung einer Intervention anstelle ihrer Durchführung angezeigt ist, begründet die den Ärzten - und den Pflegenden - aufgetragene und von ihnen erwartete Sorgfaltspflicht eben diese Unterlassung und verbietet die diagnostische oder therapeutische Intervention als eines aktiven Tuns, das in anderen Fällen durchaus Ausdruck ebendieser Sorgfaltspflicht sein müsste. 'Die Verletzung eines Verbots besteht in einem positiven Tun, die Verletzung eines Gebots in einer Unterlassung. Jedes Verbot einer Handlung entspricht dem Gebot einer Unterlassung' [9:896]. Von ethischer Seite kommt Birnbacher zu einem ähnlichen Schluss, wenn er Zweifel 'an der durchgängigen Gültigkeit der normativen Handlungs-Unterlassungs-Differenzierung' anmeldet: 'Bereits das spontane moralische Urteil scheint wenig geneigt, diese Unterscheidung dogmatisch zu nehmen. Wenn sie aber nicht generell und grundsätzlich gilt, woher nimmt sie dann im einzelnen ihre Berechtigung?' [1:23]. Kielstein drückt es von klinischer Seite so aus: 'Jeder Beginn, jede Durchführung, jeder Verzicht oder jeder Abbruch einer Behandlung ist eine individuelle Entscheidung unter Berücksichtigung aller Umstände des Kranken. Diese Entscheidung sollte vor allem vom Patienten getroffen werden.' [7:183]

Im Rahmen des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Projekts ETHISCHE ANALYSE DER PROBLEMATIK UND DES MÖGLICHEN UNTERSCHIEDES VON 'TUN' UND 'UNTERLASSEN' BEIM KLINISCHEN ENTSCHEIDUNGSKONFLIKT [SA 402/4-1] gehen wir dieser Fragestellung mit unterschiedlichen Methoden in klinisch-ethischen Fallstudien nach. Innerhalb eines vorwiegend kasuistisch arbeitenden Projektes hat es jedoch sich als notwendig erwiesen, als ein zusätzliches empirisches Instrument das BOCHUMER INVENTAR FÜR MEDIZINISCHE ETHIK [BIME] zu entwickeln. In der Interaktion zwischen situationsgebundener Fallstudie und klinisch-ethischer Befragung unabhängig vom Einzelfall sind auch die Kasuistiken in der Spannung zwischen Behandlung und Behandlungsverzicht unabhängig von den jeweiligen individuellen Patientengeschichten angemessener zu evaluieren. Baberg stellt in einem ersten Beitrag die Entwicklung des BIME vor und dokumentiert die Stabilität der Reliabilitätswerte des Bogens. In einem zweiten Beitrag werden erste deskriptive Werte der Ergebnisse einer Pilotuntersuchung mit 94 Ärzten an Bochumer Kliniken vorgestellt, sowie einige wenige Analysen zu Subgruppen und spezifischen Fragestellungen skizziert. Weitere

statistische Auswertungen wurden nicht vorgenommen, weil zu diesem Zweck die Befragung ausgeweitet werden muss, auch um fachmedizinische Schwerpunktsetzungen, den Einfluss klinischer und klinisch-ethischer Intuition und anderer Einflussvarianten bei der klinischen Entscheidungsfindung zwischen Intervention und Interventionsverzicht in der Fortsetzung des Projekts klarer beschreiben und bewerten zu können. An Kliniken der Otto-von-Guericke Universität in Magdeburg werden zur Zeit umfangreichere Erhebungen mit dem BIME Fragebogen durchgeführt.

Die internationale, vor allem im amerikanischen Kulturkreis stattfindende Erhebung und Diskussion empirisch ermittelter Einstellungen von Ärzten, Pflegenden und Laien zu den Entscheidungskriterien und Entscheidungssubjekten im Umgang mit Behandlung und Behandlungsverzicht in der Klinik, wie sie von Kielstein im letzten Beitrag skizziert wird, macht die klinische und ethische Aktualität der Fragestellung deutlich, zu welcher das BIME einen Beitrag leisten will. Es war insbesondere die Wirkung der originalen Studie der SUPPORT (Study to Understand Prognosis and Preferences of Outcomes and Risks of Treatments) Forschungsgruppe [14], der in einem Zeitraum von sechs Jahren bis heute 62 Publikationen und in einem demnächst erscheinenden Supplement des Journal of American Geriatrics weitere 30 Beiträge folgen. Die Ergebnisse der ersten Phase des SUPPORT Projekts waren teilweise schockierend, aber für die klinisch-ethische Diskussion und Bewusstseinsbildung von enormer Bedeutung: Ärzte kannten den Patientenwunsch nicht oder interessierten sich nicht dafür, auch nicht für oft unerträgliche, unnötige und unakzeptable Schmerzen ihrer Patienten, von denen viele gegen ihren Willen an Maschinen angeschlossen auf Intensivstationen sterben mussten[13].

Das BIME Projekt geht ebenso wie das SUPPORT Projekt von originalen Erhebungen zur Arztethik in einer ersten Phase der Durchführung aus und wird danach eine fachmedizinische und thematische Differenzierung mit breiterem Zahlenmaterial vornehmen. Es intendiert ebenso den Transfer der Ergebnisse in Anregungen und Untersuchungen zur Änderung von Einstellungen und Verhalten bei Ärzten, Mitarbeitern und Patienten und deren Angehörigen. Im Gegensatz jedoch zur relativ engen Fragestellung des SUPPORT Projektes hat das BIME Projekt vom Ansatz her einen weiteren Fragehorizont, der das gesamte Spektrum klinischer und klinisch-ethischer Entscheidungen - nicht nur die Entscheidungskonflikte bei Schwerkranken in der letzten Lebensphase - abdeckt. Der Ansatz der BIME Fragestellung kann im weiteren Verlauf und entsprechend der Ergebnisse detaillierter Erhebungen weiter fachmedizinisch differenziert und durch Kasuistiken untermauert werden. Im Zusammenspiel mit klinisch-ethischen Fallstudien

kann die Inventarisierung spezifischer Verhaltens- und Wertungsweisen in der Arztethik, der Pflegeethik und der Patienten- und Laienethik, nicht nur in der Interaktion über die hier diskutierte Problematik des Behandlungsverzichts hinaus fruchtbar gemacht werden.

Der BOCHUMER ARBEITSBOGEN ZUR MEDIZINETHISCHEN PRAXIS vom Jahr 1987 in Form einer offenen Frageliste hat sich international durchgesetzt, ist in acht Sprachen übersetzt und erweist seine Brauchbarkeit sowohl im medizinethischen Unterricht wie auch in Klinik und Praxis [2;6;10]. DAS BOCHUMER INVENTAR FÜR MEDIZINISCHE ETHIK wird durch normativ-empirische Studien in der medizinischen Ethik wichtige Ergänzungen geben und Grundlage neuer interdisziplinärer Arbeiten sein können. Ebenso wie die SUPPORT Studie wird es in weiteren Phasen auch in der fachmedizinischen und klinisch-ethischen Weiterbildung eingesetzt werden können.

LITERATUR

1. Birnbacher D (1995) Tun und Unterlassen Stuttgart: Reclam
2. Bochumer Arbeitsbogen zur Medizinethischen Praxis, entworfen von H Viefhues und HM Sass 1987 (1999) Medizin und Ethik hg HM Sass, Stuttgart: Reclam, 371-375
3. Bundesärztekammer: Richtlinien für die Sterbehilfe, Deutsches Ärzteblatt 90, 37 (1993): 1628-1629.
4. Bundesgerichtshof: Urteil vom 13.09.1994 - 1 StR 357/94 (Zulässigkeit des Abbruchs einer ärztlichen Behandlung bei mutmaßlichem Einverständnis), Neue Juristische Wochenschrift 1995: 204-207
5. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (1996) Leitlinie zum Umfang und zur Begrenzung der ärztlichen Behandlungspflicht in der Chirurgie. Manuskript vorgelegt auf der 113. Plenarversammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1996
6. Hinrichsen KV, Sass HM (1996) 10 Jahre Zentrum für Medizinische Ethik, Bochum: ZME
7. Kielstein R (1998) Einstellung von Nephrologen zu Patientenverfügungen Nieren- und Hochdruckkrankheiten 27(4):178-183
8. Roehl KF (1999) Praktische Rechtstheorie: Die deontologischen Modalitäten Juristische Arbeitsblätter 31(7):600-605
9. Roehl KF (1999) Praktische Rechtstheorie: Die Abgrenzung von Tun und Unterlassen und das fahrlässige Unterlassungsdelikt Juristische Arbeitsblätter 31(11):895-901
10. Sass HM, Viefhues H (1992) Differentialethische Methodik in der biomedizinischen Ethik München: GSF [Forschungsberichte des Projektträgers 1/92]
11. Sass HM, Kielstein R (1999) Die Medizinische Betreuungsverfügung in der Praxis, Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik, 5. Aufl.
12. Sass HM, Veatch RM, Kimura R (1998) Advance Directives and Durable Power of Attorney in Multicultural Perspective, Baltimore: Johns Hopkins U Press
13. Schroeder Sä (1999) Editorial: The Legacy of SUPPORT Annals of Internal Medicine 131(10):780-782
14. SUPPORT Principal Investigators (1995) A Controlled Trial to Improve Care for Seriously Ill Hospitalized Patients, Journal of the American Medical Association 274(20):1591-1598

DIE ENTWICKLUNG DES BOCHUMER INVENTARS FÜR MEDIZINISCHE ETHIK (BIME)

Henning Thomas Baberg, Jürgen Barmeyer

1. VORÜBERLEGUNGEN

Bei fast allen Erkrankungen gibt es verschiedene Therapieoptionen und im Laufe der Behandlung eines Patienten wird der Arzt immer wieder eine Entscheidung zwischen diesen treffen müssen. Die Entscheidungsprozesse, die in diesen Fällen stattfinden, werden durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst.

Die teilstandardisierte Ausbildung der Ärzte an deutschen Universitäten vermittelt ein Grundwissen, welches über die Jahre ergänzt wird. Zu dieser eigenen Erfahrung kommen Empfehlungen von Kollegen aus dem eigenen, aber auch anderen Fachbereichen. Insbesondere im Krankenhaus existieren festgelegte Standards, die z.B. durch die vorhandenen Ressourcen oder Vorlieben des leitenden Arztes mitbestimmt werden.

Aktuelle Forschungsergebnisse und daraus resultierende neue Therapieempfehlungen müssen dem Arzt bekannt sein und in seine Therapieplanung einfließen. In Extremfällen können Forschungsergebnisse sogar zu Paradigmenwechseln führen, wie unlängst in der Behandlung der Herzinsuffizienz geschehen. Galten Beta-Blocker über Jahrzehnte als absolut kontraindiziert (EPSTEIN & BRAUNWALD, 1966), so sind sie heute Mittel der ersten Wahl (PACKER et. al., 1996).

Die medizinische Forschung ist aber vielerorts auch auf eine andere Art Teil des klinischen Entscheidungsprozesses: An allen Universitätskliniken und vielen größeren Krankenhäusern werden Studien durchgeführt, deren Probanden aus dem vorhandenen Patientengut rekrutiert werden. Der Einschluss in eine solche Untersuchung gibt demnach auch die weitere Diagnostik und Therapie gemäß dem Studienprotokoll vor.

In Nordamerika - aber zunehmend auch in Westeuropa - werden rechtliche Aspekte wichtiger. Therapien und diagnostische Verfahren werden teilweise nur aus „forensischen Gründen“ durchgeführt, um sich vor möglichen Klagen abzusichern. In den Vereinigten Staaten, die für ein Rechtssystem mit hohen Schmerzensgeldzahlungen an Patienten bekannt sind, werden laut einer Untersuchung erheblich mehr aggressive Therapien bei sterbenden, alten Menschen durchgeführt als in der Bundesrepublik (KOECK et. al, 1998).

In einer Zeit der Kostendiskussion im Gesundheitswesen sind ökonomische Aspekte

wichtiger geworden. Es kann nicht mehr alles gemacht werden, was möglich ist und der Trend geht in Richtung einer Beschränkung der diagnostischen und therapeutischen Verfahren zugunsten des tatsächlich Notwendigen.

Die bisher erwähnten Faktoren wirken überwiegend auf die Entscheidungsprozesse des Arztes ein, aber auch der Patient wird in seiner Meinungsbildung und seinem Krankheitsverständnis beeinflusst. Die wichtigste Informationsquelle für Patienten ist der Hausarzt (BABERG et. al., 2000), aber besonders bei Gesunden sind die Medien ein wichtiger Faktor bei der Entscheidungsbildung. Neben wissenschaftlichen Magazinen spielen Filme und Serien mit medizinischen Handlungen eine wichtige Rolle, obwohl oder gerade weil hier eher der dramaturgische als der informationsvermittelnde Aspekt im Vordergrund steht. So sind die Erfolgsquoten von kardiopulmonalen Reanimationen in den drei weltweit meistgesehenen „Arztserien“ deutlich höher als in der Realität (DIEM et. al, 1996). Ein möglicher Grund für das geringe Wissen von Patienten um diese Techniken (THURBER, 1996).

Andere Einflussgrößen sind Erfahrungen mit Behandlungen und Tod von Familienmitgliedern, Freunden und Angehörigen sowie eigene Wertvorstellungen des Patienten.

Im Fall einer eigenen Erkrankung ist der Patient als medizinischer Laie somit auf den Rat des Arztes angewiesen und sucht diesen auch (MUTHNY et. al., 1992). Dieser muss ihm Art und Ausprägung seiner Erkrankung erklären und die verschiedenen Therapieoptionen mit Risiken, Komplikationen und Prognosen nahe bringen. Hierdurch kann der eigenverantwortliche Patient seine Meinung bilden und bei der Therapieplanung mitwirken (BARMMEYER 1993a).

Bei nicht geschäftsfähigen Patienten kommt dem Arzt die Aufgabe zu, im Sinne des Patienten zu handeln. Dies ist insbesondere bei schwer Kranken und sterbenden Patienten der Fall (FABER-LANGENDOEN, 1996). Das Vorhandensein einer Patientenverfügung für diesen Fall kann hilfreich sein, insbesondere in Deutschland sind solche Patientenverfügungen aber eher selten (SASS, 1996) und werden in der Praxis auch nur teilweise umgesetzt (SASS & KIELSTEIN, 1997). So kommt in Einzelfällen, vor allem bei nicht geschäftsfähigen Patienten, der Meinung der Angehörigen eine wichtige Bedeutung zu (PERKINS et. al., 1990).

Nicht zuletzt ist der Arzt seinem eigenen Gewissen und damit seinen selbst definierten moralischen Grundregeln verpflichtet (Barmeyer, 1993b).

Alle oben genannten Prozesse orientieren sich an verschiedenen Erfolgsparametern. Der Erfolg einer Therapie kann jedoch auf unterschiedliche Art und Weise gemessen werden. Diente in der Vergangenheit die Verlängerung des Lebens als Parameter, an dem Therapieformen gemessen wurden, so hält der Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in den letzten

Jahren zunehmend Bedeutung in der klinischen Forschung und im ärztlichen Handeln. Es wird erwartet, nicht nur die reine Lebenszeit sondern auch die Güte dieser gewonnenen Lebenszeit, gemessen an einer Reihe von allgemein gültigen Kriterien, zu berücksichtigen. Der Arzt muss somit teilweise den Konflikt zwischen längerem vs. besseren Lebens bewältigen (BULLINGER, 1997).

2. STUDIENLAGE

Die oben erwähnten Einflussgrößen spielen insbesondere in kritischen Situationen sowie bei Patienten mit infauster Prognose eine große Rolle. Bisher gibt es nur andeutungsweise Erkenntnisse über diese Entscheidungsprozesse. Vorliegende Untersuchungen zu diesem Thema haben versucht, sich am klinischen Alltag zu orientieren. Es werden meist Szenarien und Fallbeschreibungen vorgegeben und die befragten Ärzte sind angehalten, die verschiedenen Einflussgrößen **in Bezug** auf ihren Entscheidungsprozess zu definieren und gewichten (z.B. CHRISTIE et. al., 1989; PERKINS et. al. 1990; HOFFMASTER et. al., 1992, FOX & STOCKING, 1993). Solche Fallbeispiele haben den Vorteil, in einem gewissen Maß die Realität **wider**zuspiegeln, sind insgesamt gesehen jedoch häufig nur Gedankenspiele.

Zur Veranschaulichung der Situation werden zumeist Adjektive - „schwer krank“, „deutlich reduziert“ oder „stark eingeschränkt“ – verwendet, ohne dass diese durch den Befragten selber bewertet werden können. Vitalparameter, Laborwerte und Alter werden objektiv und numerisch, nicht individualisiert vorgegeben. Eine wie in der klinischen Praxis übliche Bewertung im Gesamtkontext – biologisches Alter vs. tatsächliches Alter – ist nicht möglich. Emotionale Prozesse, die sicherlich eine wichtige Rolle im ärztlichen Handeln spielen, werden ausgeblendet, obwohl die Verwendung von Fallbeispielen eigentlich diesen Aspekt betonen will. Ohne den Patienten, seinen Allgemeinzustand, seine Einstellung zur Erkrankung und seine Motivation selbst in Augenschein genommen und ohne mit den Angehörigen geredet zu haben, kann man nur sehr eingeschränkt eine Aussage zum tatsächlichen Befinden des Patienten und seiner möglichen Lebenserwartung bzw. erreichbaren Lebensqualität machen.

Die Operationalisierung mit Fallbeispielen hat neben der sehr situativen Wertung und fehlenden Erfassung von generellen Einstellungen weitere Nachteile. So ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt. Halbstandardisierte Interviews entziehen sich **statistischen** Testverfahren. Eine Übersetzung in andere Sprachen ist schwierig, da besonders für die Beschreibung des Zustandes des Patienten, der die Kernaussage der Fallbeispiele ist, Begriffe mit einem identischen sprachlichen Inhalt gefunden werden müssen. Die Möglichkeit von

internationalen Studien zu Einstellungen, Haltungen, Werten und Prinzipien sind demnach nur eingeschränkt möglich.

Aus methodologischer Sicht ergeben sich bei der Entwicklung eines Fragebogens auch eine Reihe von Anforderungen, sog. Gütekriterien, auf die im nächsten Abschnitt eingegangen wird. In den Studien, die den Autoren vorliegen, werden die verwendeten Fragensammlungen zwar als Fragebögen benannt, teilweise werden auch Scores über verschiedenen Fragen gebildet, Beschreibungen von der Entwicklung oder Daten zur Testung dieser Instrumente fehlen jedoch (z.B. VINCENT, 1990; McNEILL et. al., 1994). Einzig der sog. Ethics Environment Questionnaire (McDANIELS, 1997) wurde auf seine Gütekriterien hin untersucht, jedoch lagen bis März 2000 keine Daten vor, die mit diesem Fragebogen erhoben wurden.

Aufgrund dieser Vorüberlegungen wurde die Entwicklung eines Instrumentes, mit dem Hinweise auf klinische und klinisch-ethische Entscheidungsprozesse im ärztlichen Handeln gewonnen werden können, angestrebt.

3. GRUNDLAGEN DER MESSTHEORIEN

Den Prozess einer Fragebogen- bzw. Instrumentenentwicklung vergleichen AHLBOM und NORELL (1984) mit dem Bogenschießen. Um diesen Sport zu beherrschen, muss man zunächst lernen die Zielscheibe zu treffen. Analog hierzu verhält es sich mit der Validität und Reliabilität eines Instrumentes. Die Zuverlässigkeit (Reliabilität) eines Fragebogens würde beim Bogenschießen die Nähe der einzelnen Treffer zueinander bedeuten. Validität (Gültigkeit) bedeutet, dass das Testverfahren tatsächlich das misst, was es messen soll (LIENERT, 1969). Die Validität eines Instrumentes entspricht beim Bogenschießen der Treffgenauigkeit. Wünschenswert wäre eine Gruppe nahe beieinander liegender Treffer in der Mitte der Zielscheibe (valide und reliabel). Bei psychometrischen Tests wird zusätzlich noch gefordert, dass die Messergebnisse von der Person des Auswerters unabhängig sein müssen. Dieses Gütekriterium wird als Objektivität beschrieben.

Um die Validität eines Fragebogens zu bestimmen, sind eine Reihe von Vorschlägen gemacht worden, welche die spezifischen Grundlagen und Inhalte des jeweiligen Instrumentes berücksichtigen. So ist es möglich, den zu untersuchenden Fragebogen gegen anerkannte und bereits validierte Bögen zu testen oder die Ergebnisse mit externen Daten zu vergleichen. Dieses Vorgehen bietet sich bei Instrumenten, die einen neuen Aspekt in einem bereits untersuchten Bereich (z.B. Lebensqualität oder Schmerz) messen, bzw. bei Instrumenten, die andere oder

einfachere Messmethoden einer bereits erfassbaren Variable (z.B. Schlafstörungen) darstellen, an (z.B. BRAZIER et. al., 1993).

Schwieriger wird es bei Instrumenten, die ein Gebiet untersuchen, für das bisher kein „gold standard“ existiert. Eine empfohlene Vorgehensweise ist in diesen Fällen die inhaltliche Validierung (McDOWELL & NEWELL, 1996a). Hierbei werden Experten und Probanden gebeten, mögliche Aspekte und Fragen, die in das Instrument aufgenommen werden sollten, zu bestimmen. In einigen Fällen werden repräsentative Gruppen gebeten, Adjektivlisten zu einem Aspekt (z.B. Patientenzufriedenheit) zu erstellen, welche im Folgenden erneut durch ein „Experten-rating“ auf ihre Relevanz hin überprüft werden. Bei dieser Art des Vorgehens ist es jedoch teilweise schwierig bis unmöglich, formell zu beweisen, dass die ausgewählten Items repräsentativ für alle relevanten Bereiche sind und die Gewichtung der einzelnen Bereiche ebenfalls repräsentativ ist (SEILER, 1973).

Die Reliabilität bezieht sich auf Fehler in der Messung. Fehler werden in zufällige und systematische aufgeteilt. Durch Reliabilitätstests lassen sich zufällige Fehler bestimmen, systematische Fehler sollten in der Validitätsmessung auffallen. Wenn man einen Probanden wiederholt mit dem gleichen Instrument befragt, werden sich zufällige Fehler mit multiplen Wiederholungen ausgleichen. Vergleicht man demnach die Ergebnisse von mehreren Messungen mehrerer Patienten miteinander, so erhält man ein Maß für die Reliabilität. Problematisch ist hierbei, dass sich tatsächliche Veränderungen im Antwortverhalten der Probanden durch Änderungen der Befragungssituation oder Erlebnisse zwischen den Befragungen verändern können und als zufällige Fehler missinterpretiert werden könnten. Um dies zu vermeiden, sollten solche Moderatorvariablen kontrolliert werden und die Zeitspanne zwischen zwei Befragungen genau bestimmt werden (McDOWELL & NEWELL, 1996b). Die somit berechnete Re-Test-Reliabilität gibt das Verhältnis von wahren, gemessenen Varianzen zu beobachteten Varianzen wieder. Es gibt eine Reihe von Richtlinien, wie die berechneten Re-Test-Reliabilitäten zu werten sind. So werden zum Beispiel Werte unter 0,4 als sehr niedrig, zwischen 0,41 und 0,6 als moderate, zwischen 0,61 und 0,8 als substantielle und über 0,81 als fast perfekte Übereinstimmung gewertet (LANDIS & KOCH; 1977; ANDREWS & WITHEY; 1976).

Ein weiteres wichtiges Maß für die Reliabilität eines Fragebogens ist die innere Konsistenz. Es werden z.B. Korrelationen zwischen den Items des Instrumentes durchgeführt und das sog. Cronbach´s alpha (CRONBACH, 1951) berechnet. Ein niedriger Wert (z.B. unter 0,5) zeigt, dass die Items nicht derselben konzeptionellen Grundlage entstammen, sich also auf verschiedene Merkmale beziehen.

4. ANFORDERUNGEN AN DIE ENTWICKLUNG EINES FRAGEBOGENS

Aufgrund der Vorüberlegungen und aktuellen Datenlage wurden die folgenden Anforderungen an ein zu entwickelndes Instrument formuliert:

1. Das Instrument muss den allgemeinen Gütekriterien „Objektivität“, „Reliabilität“ und „Validität“ genügen.
2. Das Instrument soll vom Befragten selbst und ohne Beisein von z.B. einem Interviewer ausgefüllt werden und anonym sein. Hierdurch soll ein möglichst wahrheitsnahes Antwortverhalten des Befragten gewährleistet sein (COHEN, 1969, HASEMANN, 1971). Außerdem könnten sog. Untersucher- oder Probandenfehler minimiert werden (ROSENTHAL, 1966).
3. Der Umfang des Instrumentes soll eine Beantwortung in einer akzeptablen Zeit ermöglichen. In methodisch ähnlich konzipierten Studien hat sich gezeigt, dass ein durchschnittlicher Zeitaufwand von 5-10 Minuten pro Befragten nicht überschritten werden sollte, um eine hohe Rücklaufquote zu gewährleisten (z.B. BABERG et. al. 1999).
4. Die Fragestellung muss allgemein gehalten sein und keine spezifischen Fallszenarien benötigen. Allgemeine Aussagen sind zu bevorzugen, um wenig Assoziationen mit tatsächlich erlebten Fällen und deren Verläufen zu gewährleisten und um zu allgemeingültigen und vergleichbaren Ergebnissen zu kommen.
5. Der Unterschied zwischen ärztlichem Tun und ärztlichem Unterlassen soll herausgearbeitet werden.
6. Einflussgrößen wie Alter, Erfahrung, Status im hierarchischen System des Krankenhauses, Fachabteilung und Geschlecht des Befragten müssen kontrolliert werden.
7. Die Antwortmöglichkeiten sollten kategorial sein, um die Gewichtung im Antwortverhalten vergleichen zu können (POTTHOFF, 1978). Bei verschiedenen Fragestellungen sollten die gleichen Antwortmöglichkeiten vorgegeben werden.
8. Die Auswahl der Antwortkategorien muss in Voruntersuchungen bestimmt werden, die Reihenfolge der Nennung soll zufällig sein.

9. Eine deskriptive und vor allem eine statistische Auswertung erfordert eine mindestens ordinal-skalierte Antwortvorgabe (IMMICH, 1974), dies sollte bedacht werden.
10. Bei medizinpsychologischen Fragebogensystemen hat sich gezeigt, dass die Zahl der Antwortkategorien nur in Ausnahmefällen eine fünfstufige Skala überschreiten, da hierdurch keine bessere Abbildungsschärfe erreicht wird.
11. Fragestellungen und Antwortkategorien sollten sich sprachlich am medizinischen Code orientieren, die Befragten sollen ihre Sprache und Fachtermini **erkennen**, um Missverständnisse zu vermeiden.

Entsprechend dieser Forderungen wurde das **Bochumer Inventar für Medizinische Ethik (BIME)** von Mitarbeitern des DFG-Projektes „Ethische Analyse der Problematik und des möglichen Unterschiedes von `Tun´ und `Unterlassen´ beim klinischen Entscheidungskonflikt“ (SA 402/4-1) entworfen.

Der Fragebogen wurde zur Selbstbeantwortung konzipiert. Da ein Auswerter nicht notwendig ist, ist diese Anforderung an das Gütekriterium der Objektivität erfüllt.

Um die Reliabilität zu prüfen, wurden in einer Voruntersuchung 60 Ärzte und Ärztinnen einer Bochumer Klinik zwei Mal, jeweils im Abstand von drei bis sechs Tagen mit dem Bogen befragt. Die Befragten waren zwischen 25 und 58 Jahre alt (Mean 34,7; SD 6,41). Von ihnen waren 47 männlich (78,3). Insgesamt wurden 10 Ärzte im Praktikum (16,7%), 27 Assistenzärzte (45,0%), 20 Oberärzte (33,3%) und 3 Chefärzte (5,0%) befragt. Die Korrelationskoeffizienten (nach Pearson) der einzelnen Variablen lagen zwischen 0,527 und 0,944. Die genauen Werte der einzelnen Frage sind der Tabelle 1 zu entnehmen. Der Mittelwert aller Korrelationskoeffizienten lag bei 0,771.

Frage	Korrelation (Pearson)
4°	0,591
4b	0,542
4c	0,631
4d	0,689
4e	0,881
4f	0,803
4g	0,846
5a	0,639
5b	0,706
5c	0,815
5d	0,783
5e	0,872
5f	0,842
5g	0,893
6a	0,790
6b	0,527
6c	0,794
6d	0,604
6e	0,761
6f	0,727
7a	0,805
7b	0,649
7c	0,745
8a	0,804
8b	0,775
8c	0,814
9a	0,664
9b	0,837
10a	0,915
10b	0,884
10c	0,748
11a	0,765
11b	0,702
11c	0,760

Frage	Korrelation (Pearson)
11d	0,837
11e	0,821
12°	0,569
12b	0,624
12c	0,621
12d	0,852
12e	0,818
12f	0,850
12g	0,922
12h	0,786
13°	0,642
13b	0,748
13c	0,804
13d	0,830
13e	0,847
13f	0,860
13g	0,961
13h	0,706
14a	0,913
14b	0,944
14c	0,567
14d	0,823
14e	0,816
14f	0,829
14g	0,563
14h	0,713
14i	0,807
14j	0,750
14k	0,896
14l	0,874
14m	0,755
14n	0,814
14o	0,882

Die innere Konsistenz des Fragebogens wurde als Cronbachs alpha berechnet und lag bei 0,821. Die Frage 14 ging aufgrund ihrer fehlenden Skalierung nicht in diese Berechnung ein.

Eine Testung auf Validität war schwierig, da bisher keine vergleichbaren validen Instrumente vorliegen und es kein definiertes Außenkriterium gibt, mit dem ein statistischer Zusammenhang festgestellt werden kann. Aus diesem Grund wurde eine inhaltliche Validierung über ein Expertenrating durchgeführt. Zwei Mitarbeiter des Zentrums für Medizinische Ethik der Ruhr-Universität Bochum, vier Ärzte des Klinikums der Ruhr-Universität Bochum „Bergmannsheil“ sowie ein Mitarbeiter des Institutes für Gesundheitswissenschaften an der TU Dresden entwickelten die Fragestellungen und gaben die Antwortkategorien vor.

5. DAS BOCHUMER INVENTAR ZUR MEDIZINISCHEN ETHIK (BIME)

Der Basisfragebogen des BIME-Projektes besteht aus zwei DIN-A4 Seiten mit insgesamt 14 Fragen, von denen 10 in bis zu sieben Teilfragen untergliedert sind. Es ergeben sich somit insgesamt 56 Einzelfragen, deren Beantwortung in der Voruntersuchung zwischen sechs und zehn Minuten in Anspruch genommen hat. Es gibt die Möglichkeit der Codierung, um bei der Dateneingabe die Abteilung/Klinik, aus der der Fragebogen zurückgesandt wurde, zu erkennen.

Zunächst werden Alter, Geschlecht und Position des Befragten erhoben. Bei der Position werden die Antwortkategorien „AIP/ÄIP“, „Assistenzarzt/ärztin“, „Oberarzt/ärztin“ und „Chefarzt/ärztin“ vorgegeben.

Es folgen die Fragen zu Entscheidungsprozessen im Allgemeinen. Frage 4 und 5 sind ähnlich konzipiert, erstere hat die Fragestellung „Wie beurteilen Sie die folgenden Kriterien bezüglich ihrer Wichtigkeit bei der Entscheidung, eine geplante Diagnostik/Therapie durchzuführen“. Bei der nächsten ist die Fragestellung ähnlich, hier wird jedoch nicht nach der „Durchführung“ sondern dem „Unterlassen“ gefragt. Die Antwortkategorien sind bei beiden Fragen identisch und lauten „Patientenwunsch“, „Abteilungs- bzw. klinischer Standard“, „Eigene klinische Erfahrung“, „Empfehlung/Erfahrung von Kollegen“, „International anerkannter Standard“, „Wissenschaftliches Interesse“ und „Kostenaspekte“. Die Befragten sind gehalten, auf einer fünfstufigen Skala mit dem Anfangs- bzw. Endpunkt „Unwichtig“ bis „Sehr wichtig“ die Antwort, die Ihrer Meinung am nächsten kommt, für jede Antwortkategorie anzukreuzen.

Die Frage 6 beschäftigt sich mit Entscheidungen „aus dem Bauch“. Es sollen Durchführung, Erfolg und Risiko solcher Entscheidungen mit Hilfe einer fünfstufigen Skala („Nie“ bis „Oft“) beurteilt werden. Der Einfluss von Erfahrung, objektiven Patientendaten und die Bedeutung des Patientenwunsches bei solchen Entscheidungen werden in den folgenden drei

Unterkategorien behandelt.

Eine allgemeine Beurteilung des Patientenwunsches, dessen Respektierung und die möglichen Versuche ihn zu modifizieren sind Inhalt der Frage 7.

Im Folgenden wird die Thematik des „mutmaßlichen Patientenwillens bei Patienten die nicht kommunikationsfähig sind (z.B. bei Intubation, Bewusstlosigkeit etc.)“ bearbeitet. Die Bestimmung durch den behandelnden Arzt, das Behandlungsteam und Angehörige sollen in drei Unterkategorien der Frage 8 einzeln bewertet werden. Ob es bei „Suizidversuch“ oder „akuter Lebensgefahr“ Situationen gibt, in denen der Befragte sich nicht am Patientenwunsch orientiert, soll Frage 9 klären.

Um eine bessere Kontrastierung zu ermöglichen, wurden bei der nächsten Frage zehnstufige Skalen verwendet. Die Fragestellung lautet: „Falls es bei nicht kommunikationsfähigen Patienten strittige Positionen über die weitere Therapie gibt, welche Gewichtung würden Sie den verschiedenen Positionen geben?“. Es sind nun drei Endpunktpaare („Meinung des Arztes“ vs. „Meinung der Angehörigen“, „Meinung des Arztes“ vs. „Patientenverfügung“ und „Patientenverfügung“ vs. „Meinung der Angehörigen“) vorgegeben. Die drei Skalen sind vertikal orientiert und übereinander angeordnet.

In Frage 11 wird der Einfluss von Außenfaktoren auf die Behandlung des Patienten beleuchtet. Diese Faktoren („Compliance“, Multimorbidität“, „Einsichtsfähigkeit“, „leichte konkurrierende Erkrankung“ und „schwere konkurrierende Erkrankung“) sollen erneut auf jeweils einer fünfstufigen Skala („Nie“ bis „Oft“) beurteilt werden.

Die nächsten beiden Fragen mit der Thematik Durchführung einer „umstrittenen Behandlung“ und kausale Therapie bei Patienten mit „infauster Prognose“ haben dann wieder die Antwortkategorien und Skalierung von Frage 4 und 5.

Bei der letzten Frage sollen Bereiche bzw. Symptome in der palliativen Behandlung „...nach Abbruch einer kausalen Therapie bei Patienten mit einer infausten Prognose...“ beurteilt werden. Es werden 15 Antwortkategorien vorgegeben („Flüssigkeitszufuhr“, „Lebensverlängerung“, „Invasive Diagnostik“, „Künstliche Ernährung“, „Reanimation“, „Freihalten der Atemwege“, „Umfassende Pflege“, „Schmerz“, „Unruhe“, „Übelkeit“, „Angst“, „Dialyse“, „Lebensqualität“, „Luftnot“ und „Intubation/Beatmung“) und die Befragten sind angewiesen, jeder Antwortkategorie eine Zahl zwischen 1 und 15 zuzuordnen, die die Wichtigkeit des Bereichs widerspiegelt. Die 1 ist mit „sehr wichtig“, die 15 mit „unwichtig“ codiert. Jede Zahl soll nur einmal vergeben werden.

Die Reihenfolge der Antwortkategorien und Zuordnungen bei den einzelnen Fragen wurde

zufällig gewählt.

Die deutsche Version des Basisfragebogen ist im Anhang enthalten, für internationale Studien wird an Übersetzungen in andere Sprachen gearbeitet.

6. MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DES FRAGEBOGENS

Der hier vorgestellte Basisfragebogen des BIME-Projektes ermöglicht es, unter Berücksichtigung der allgemeinen Gütekriterien an ein solches Instrument, größere Kollektive zu befragen. Der vergleichsweise niedrige Zeitaufwand bei der Beantwortung lässt zusammen mit der gebotenen Anonymität auf eine hohe Rücklaufquote hoffen. Da Fallbeschreibungen bewusst vermieden werden, können allgemeine Einstellungen der Befragten gezielter untersucht werden.

Die inhaltliche Trennung in die Unterbereiche: allgemeine Therapie/Diagnostik, Behandlung von bewusstlosen Patienten und Behandlung bei Patienten mit infauster Prognose sowie die Unterscheidung zwischen Tun und Unterlassen in der ärztlichen Praxis kann Einblicke in diesen wichtigen medizinethischen Bereich ermöglichen.

Verschiedene Grundkonzepte in der ärztlichen Arbeit, aber auch Nuancen im unterschiedlichen Umgang mit Patienten in verschiedenen Fachgebieten, Kliniken und Ländern, lassen sich vergleichen. Eine Übersetzung in andere Sprachen ist durch die Verwendung von internationalen Fachtermini ohne größeren Aufwand möglich.

Auch eine Befragung von z.B. Pflegepersonal und Medizinstudenten ist mit einer modifizierten Version denkbar.

Problematisch bleibt bei allen Instrumenten zur Selbstbeantwortung der mögliche Unterschied zwischen tatsächlicher Meinung und Antwortverhalten. Die Frage, ob das Instrument misst, was es messen soll, ist trotz aller Anstrengungen nicht endgültig zu klären. Hinweise auf diesen Bereich können erst nach großen Studien über eine logische Prüfung der Ergebnisse erreicht werden. Die Autoren kennen dieses Problem und werden dementsprechend kritisch mit den gewonnenen Daten umgehen.

Die Vorgabe von Antwortkategorien birgt die Gefahr, nicht die tatsächliche Meinung abzubilden, da diese möglicherweise zwischen zwei Kategorien liegt. Dieser Fehler wird bei größeren Kollektiven jedoch ausgeglichen.

Die Auswahl der Befragten muss sich an dem Inhalt des Fragebogens orientieren, Fachbereiche, die keine Erfahrungen mit der Therapie der beschriebenen Patienten haben (z.B. Radiologen) sind als Kollektiv ungeeignet.

Nicht zuletzt werden in einigen Fällen sicherlich die Fragen oder auch die

Antwortkategorien missverstanden und somit inhaltlich falsch beantwortet. Auch dieses Problem lässt sich nur durch ein großes Kollektiv ausgleichen.

Eine weitere Anwendung des BIME an einem ausreichend großen und heterogenen Kollektiv ist erforderlich, um noch offene Fragen zur Validität zu prüfen. Mit diesem Thema beschäftigt sich das folgende Kapitel.

7. LITERATUR

1. Ahlbom, A; Norell, S: Introduction to modern epidemiology. Chesnut Hill, Montana: Epidemiology Resources. 1984
2. Andrews, FM; Withey, SB: Social indicators of well-being: Americans' perception of quality of life. New York:Plenum, S.179, 1976
3. Baberg, HT; Jäger, D; Kahrman, G; deZeeuw, J; Bojara, W; Lemke, B; v.Dryander, S; Barmeyer, J; Kugler, J: Gesundheitsförderung und kardiovaskuläre Risikofaktoren. Über den Wissensstand von 510 Patienten einer kardiologischen Akutklinik. Med Klinik, 95:75-80, 2000
4. Baberg, HT; Machraoui, A; Barmeyer, J: Derzeitiger Stand der Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen in der interventionellen Kardiologie. Z Kard, 1999
5. Barmeyer, J.: Das Gespräch mit dem Patienten. In: Praktische Medizinethik. Boehringer Mannheim,46-65, 1993a
6. Barmeyer, J.: Einleitung. In: Praktische Medizinethik. Boehringer Mannheim, 11-14, 1993b
7. Brazier, J; Jones, N; Kind, P: Testing the validity of the Euroqol and comparing it with the SF-36 Health Survey questionnaire. Qual Life Res, 2:169-180. 1993
8. Bullinger, M: Entwicklung und Anwendung von Instrumenten zur Erfassung der Lebensqualität. In: Lebensqualitätsforschung, Bedeutung – Anforderung – Akzeptanz. S. 1-7. Schattauer, Stuttgart, New York, 1997
9. Christie, RJ; Freer, C; Hoffmaster, CB; Stewart, MA: Ethical decision making by British general practitioners. R Coll Gen Pract, 39(328):448-51, 1989
10. Cohen, R: Systematische Tendenzen bei Persönlichkeitsbeurteilungen. Huber, Bern, 1969
11. Cronbach, LJ: Coefficient alpha and the internal structure of test. Psychometrika, 22:293-6, 1951
12. Diem, SJ; Lantos, JD, Tulsky, JA: Cardiopulmonary resuscitation on television, Miracles and misinformation. N Engl J Med, 334(24):1578-82, 1996
13. Epstein, SE; Braunwald, E: The effect of beta adrenergic blockade on patterns of urinary sodium excretion: studies in normal subjects and in patients with heart disease. Ann Intern Med 65:20-7, 1966
14. Fox, E; Stocking, C: Ethics consultants' recommendations for life-prolonging treatment of patients in a persistent vegetative state. JAMA 270(21):2578-82, 1993
15. Hasemann, K: Verhaltensbeobachtung. Handbuch der Psychologie, Bd. 6. Psychologische Diagnostik. Hogrefe, Göttingen 3. A., 1971
16. Hoffmaster, CB; Stewart, MA, Christie, RJ: A survey method for investigating ethical decision making in family practice. Fam Med 24(6):433-8, 1992
17. Immich, H.: Medizinische Statistik. Schattauer, Stuttgart, 1974
18. Koeck, CM; Hemenway, D; Donelan, K; Lipsitz, S: Using a hypothetical case to measure differences in treatment aggressiveness among physicians in Canada, Germany and the United States. Wien Klinische Wochenschrift, 110(22):783-8, 1998
19. Landis, JR; Koch, GC: The measurement of observer agreement in categorical data. Biometrics;33:159-174, 1977
20. Lienert, GA: Testaufbau und Testanalyse. Beltz, Weinheim, 1967, 3.A. 1969.
21. McDaniel, C: Development and psychometric properties of the ethics environment questionnaire. Med Care, 35(9):901-14, 1997
22. McDowell, I; Newell, C.: Assessing Reliability. In : Measuring Health. Oxford University Press, New York, Oxford; S. 37-42, 1996b
23. McDowell, I; Newell, C.: Assessing Validity. In : Measuring Health. Oxford University Press, New York, Oxford; S. 30-37, 1996a

24. McNeill, PM; Walters, JD; Webster, IW: Ethics decision-making in Australian hospitals. Med J Aust, 161(8):487-8,1994
25. Muthny, FA; Bechtel, M; Spaete, M: [Lay etiologic theories and coping with illness in severe physical diseases. An empirical comparative study on female myocardial infarct, cancer, dialysis and multiple sclerosis patients] Psychother Psychosom Me Psychol, 42(2):41-53, 1992
26. Packer, M; Bristow, MR; Cohn, JN; Colucci, WS; Fowler, MB et. Al.: The effects of carvedilol on morbidity and mortality in patients with chronic heart failure. N Engl J Med 334: 1349-55, 1996
27. Perkins, HS; Bauer, RL; Hazuda, HP; Schoolfield, JD: Impact of leagal liability, family wishes and other „external factors“ on physicians´ life-support decision. Am J Med, 89(2): 185-94, 1990
28. Potthoff, P: Verhaltensmessung und systematische Verhaltensbeurteilung. In: Rosemeier, HP (Hrsg.): Medizinische Psychologie, Enke, Stuttgart, S.344-87, 1978
29. Rosenthal, R: Experimental effects in behavioral reserarch. Appelton-Century-Crofts, New-York 1966.
30. Sass, HM: Regulierungsbedarf bei Patientenverfügungen und klinisch-ethischen Entscheidungsprozessen? In: Jahrbuch für Recht und Ethik, Byrd, BS; Hruschka, J; Joerden, JC (Hrsg.), Dunckner und Humbolt, Berlin. Band 4, S 329-335, 1996
31. Sass, HM; Kielstein, R: Die medizinische Betreuungsverfügung in der Praxis. Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik, Heft 111, 5.Aufl., 1999
32. Seiler, LH: The 22-item scale used in field studies of mental illness: a question of method, a question of substance, and a question of theory. J Health Soc Behav, 14:252-264, 1973
33. Thurber, CF: Public Awareness of the nature of CPR: A Case for values-centered advyance directives. J Clin Ethics, 7(1): 55-9, 1996
34. Vincent, JL: European attitudes towards ethical problems in intensive care medicine: results of an ethical questionnaire. Intensive Care Med,16:256-64, 1990

8. DANKSAGUNG

Wir danken allen Ärztinnen und Ärzten, die bei der Testung des Fragebogens mitgeholfen und viel Geduld bewiesen haben. Unser Dank gilt außerdem Herrn Dr. Arnd May für seine Hilfe bei der Umsetzung dieser Studie und Frau Julia Baberg für die Korrekturen.

EINE PILOTUNTERSUCHUNG MIT DEM BOCHUMER INVENTAR ZUR MEDIZINISCHEN ETHIK

Henning Thomas Baberg

1. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG

Die Problematik und die verschiedenen Einflussgrößen auf die Entscheidungsprozesse im klinischen Alltag wurden bereits im vorhergehenden Kapitel besprochen. Hieraus leitete sich die Entwicklung und Testung eines Fragebogens, des Bochumer Inventars zur Medizinischen Ethik (BIME), ab. Inhalt dieses Abschnittes ist eine Untersuchung, welche neben einer Erfahrungssammlung mit diesem Instrument auch erste Daten zu ethisch-klinischen Fragestellungen liefern sollte.

Das BIME erfasst verschiedene Aspekte von klinischen Entscheidungsprozessen. Ziel der Datenerhebung war es, Unterschiede zwischen den Einflussfaktoren auf das „Tun“ und „Unterlassen“ bei diesen Entscheidungsprozessen zu untersuchen, den Bereich der intuitiven Entscheidung und die Beeinflussung dieser durch verschiedene Faktoren sowie die Einstellung zum Patientenwunsch und Behandlung Schwerstkranker zu untersuchen.

2. METHODIK

Befragt wurden Ärzte in Kliniken des Bochumer Modells. Die Abteilungen wurden nicht repräsentativ ermittelt, sondern ergaben sich durch die Teilnahme der jeweiligen Leiter an dem Projekt „Ethische Analyse der Problematik und des möglichen Unterschiedes von `Tun´ und `Unterlassen´ beim klinischen Entscheidungskonflikt“ (SA 402/4-1). Die einzelnen Fachbereiche und die jeweilige Zahl der befragten Ärzte sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Die Fragebögen wurden als Sets an **die** Leiter der jeweiligen Abteilungen geschickt. Diese waren gehalten, jeweils ein Set an jeden Mitarbeiter zu verteilen. Nach dem Ausfüllen wurden die Fragebögen in einem beiliegenden neutralen Umschlag zurückgesandt. Dieses Vorgehen sollte die Anonymität des Befragten sicherstellen und eine hohe Rücklaufquote fördern. Die Befragung fand zwischen April und Dezember 1999 statt.

Fachbereich	Befragte Mitarbeiter	Zahl der Fragebögen	Rücklauf-Quote
Innere	52	32	61,5 %
Chirurgie	23	23	100 %
Neurologie	15	9	60 %
Urologie	18	10	55,6 %
Anästhesie	42	20	47,6 %
	150	94	64,9 %

Tabelle 1: Zahl der befragten Mitarbeiter und Anzahl der zurückgesandten Fragebögen aus den verschiedenen Abteilungen

Insgesamt wurden 94 ausgefüllte Fragebögen zurückgesandt. Dies entspricht bei einer Gesamtmitarbeiterzahl von 150 einer Rücklaufquote von 64,9 Prozent. Die demographischen Daten der Befragten sind der Tabelle 2 zu entnehmen.

Kategorie	Anzahl	Prozent	Alter (Jahre)
Weiblich	20	21,3	34,6
Männlich	74	78,7	35,7
AIP	15	16,0	27,9
Assistenzarzt	48	51,1	33,2
Oberarzt	25	26,6	40,1
Chefarzt	6	6,4	54,5
Gesamt	94		35,5; SD 7,68 Range 25-63

Tabelle 2: Epidemiologische Angaben und Berufsstand der befragten Ärzte

3. ERGEBNISSE

Die Beurteilung der Wichtigkeit verschiedener Kriterien für die Entscheidung, eine Diagnostik/Therapie durchzuführen bzw. zu unterlassen sind in Abbildung 1 dargestellt. Der Patientenwunsch wird als wichtigster Aspekt, insbesondere bei der Unterlassung gewertet, Internationale Standards und eigene Erfahrung rangieren dahinter. Auffällig ist, dass die Wichtigkeit aller Bereiche, außer dem Patientenwunsch, beim „Unterlassen“ niedriger als beim

„Durchführen“ eingestuft wird.

Die Beurteilung der einzelnen Einflussfaktoren hängt jedoch auch von der Position in der Abteilung ab. Das Antwortverhalten von Ärzten im Praktikum (AiP), Assistenzärzten, Ober- und Chefärzten unterscheidet sich in mehreren Bereichen (Abbildung 2). Erwartungsgemäß spielt die eigene Erfahrung bei Ober- und Chefärzten eine größere Rolle, die Erfahrung von anderen Kollegen eine eher geringere im Vergleich zu Assistenzärzten und Ärzten im Praktikum. Der Patientenwunsch als Einflussgröße wird jedoch von Chefärzten deutlich höher angesehen als von den anderen Gruppen.

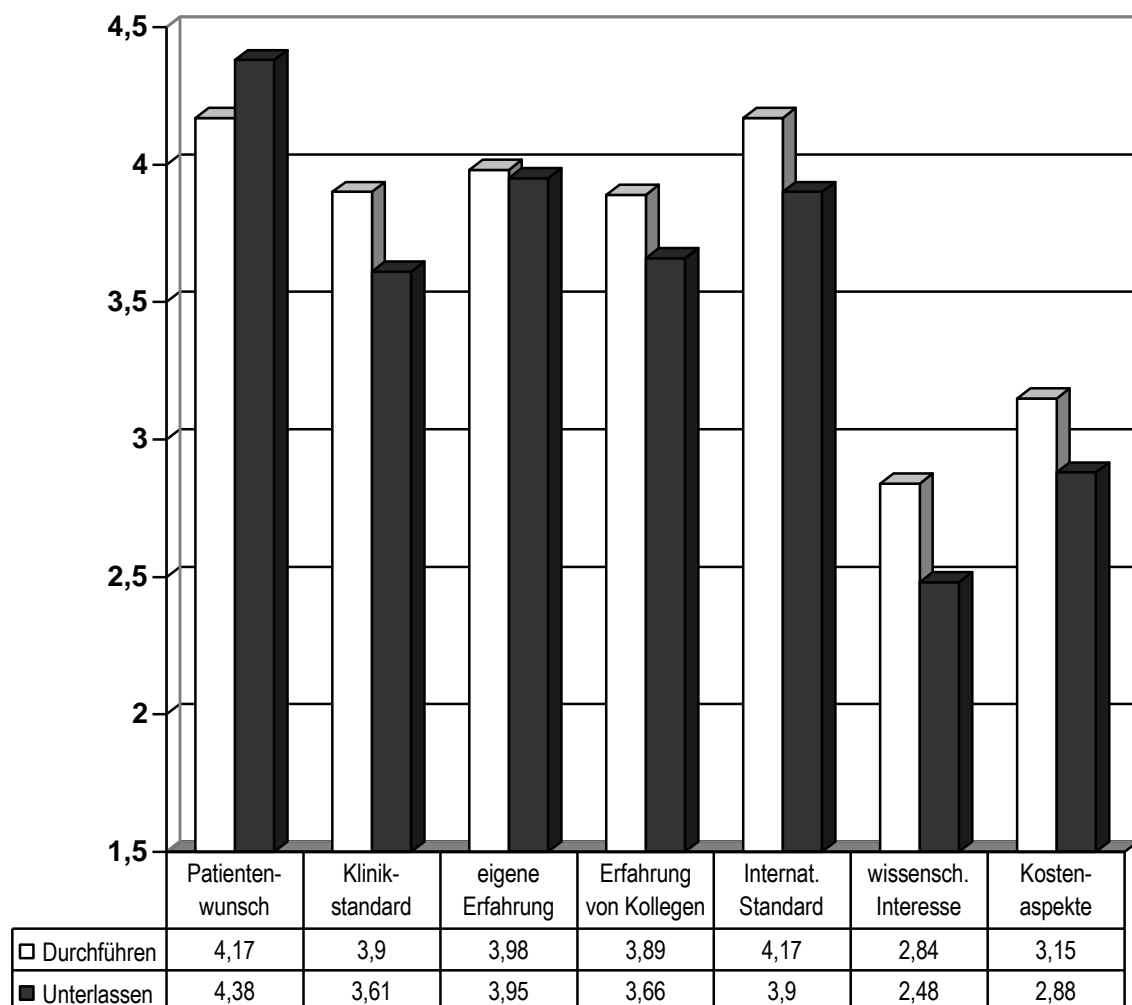


Abbildung 1: „Wie beurteilen Sie die folgenden Kriterien bezüglich ihrer Wichtigkeit bei der Entscheidung, eine geplante Diagnostik/Therapie durchzuführen (weiße Säulen) bzw. zu unterlassen (schwarze Säulen)“. 1 bedeutet „unwichtig“, 5 bedeutet „sehr wichtig“. Mittelwerte der Antworten zu den einzelnen Kategorien.

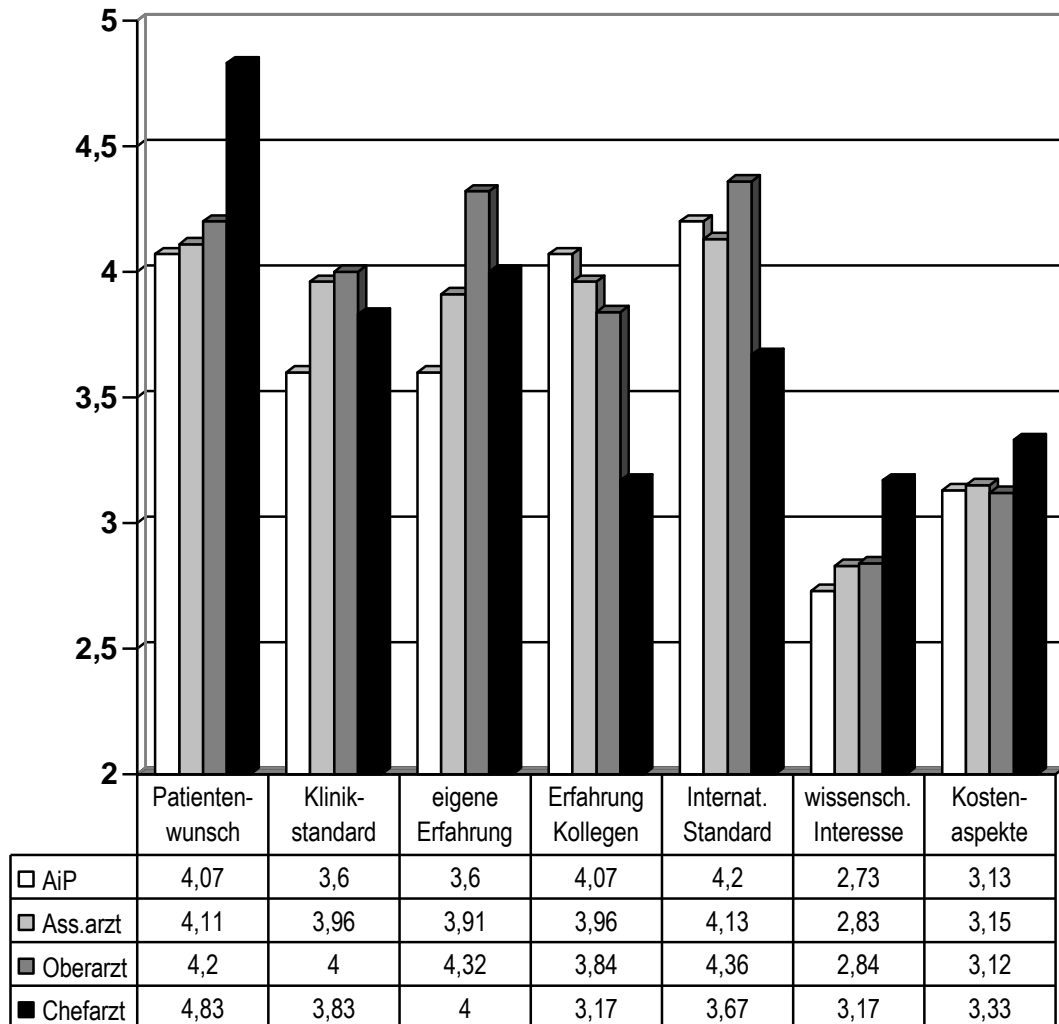


Abbildung 2: Antwortverhalten der verschiedenen Statusgruppen auf die Frage nach der Wichtigkeit vorgegebener Kriterien bei der Entscheidung, eine geplante Diagnostik/Therapie durchzuführen. Mittelwerte der angegebenen Antworten.

Im Falle von umstrittenen Behandlungen und bei der Beendigung einer kausalen Therapie bei Patienten mit einer infausten Prognose ist der Wunsch des Patienten mit Abstand der wichtigste Einflussfaktor auf die Entscheidungsfindung. Neben diesem werden die anderen angebotenen Bereiche als deutlich unwichtiger eingestuft (Abbildung 3).

Charaktereigenschaften und Comorbidität der Patienten wurden ebenfalls als Einflussgrößen auf die klinische Entscheidung untersucht. Die Befragten sollten für jeden vorgegebenen Bereich auf einer Skala von 1 (nie) bis 5 (oft) angeben, ob es Situationen gibt, bei denen sie die Behandlung wegen des Vorliegens eines der Bereiche unterlassen. Die angegebenen Werte sind insgesamt niedrig, schwere konkurrierende Erkrankungen (Mean 3,62), Multimorbidität (3,40) und fehlende Compliance (3,43) waren die wichtigsten Gründe, eine Therapie zu unterlassen, während eine fehlende Einsichtsfähigkeit (3,04) und leichte konkurrierende Erkrankungen (2,15) eine untergeordnete Rolle spielten.

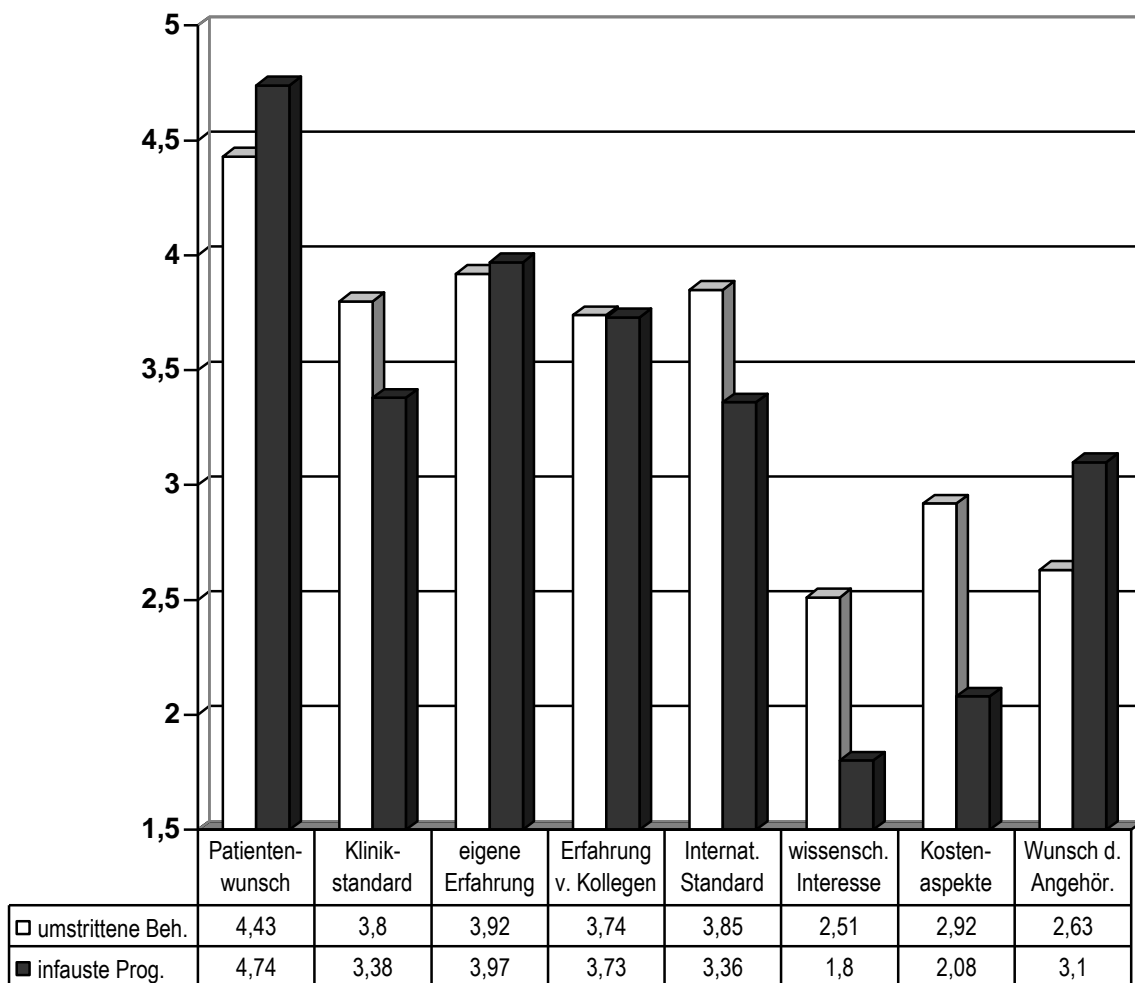


Abbildung 3: „In Fällen, in denen Sie eine umstrittene Behandlung durchführen, wie wichtig sind folgende Aspekte in Ihrer Entscheidungsfindung?“ (schwarze Säulen). „Welche Aspekte beeinflussen Ihre Entscheidung, eine kausale Therapie bei Patienten mit einer infausten Prognose zu beenden?“ (graue Säulen). 1 bedeutet „unwichtig“, 5 bedeutet „sehr wichtig“. Mittelwerte der Antworten zu den einzelnen Kategorien.

Die Beurteilung des Patientenwunsches wurde im allgemeinen als sehr wichtig angesehen. Auf einer fünfstufigen Skala mit den Endwerten 1 (unwichtig) bis 5 (sehr wichtig) gaben mehr als die Hälfte der Ärzte den Wert 5 an (55,3%), weitere 35,1% den Wert 4. Ähnlich bei der Respektierung des Patientenwunsches (1=nie, 5=oft), bei dieser Frage gaben 57,4% den Wert 5, 35,1% den Wert 4 und 7,4% den Wert 3 an. Die meisten der Befragten versuchen jedoch den Patientenwunsch zu modifizieren, die Werte 3 (36,2%), 4 (38,3%) und 5 (17,0%) wurden von der Mehrheit angegeben.

Auf die Frage, wie mit dem mutmaßlichen Patientenwillen bei Patienten, die nicht kommunikationsfähig sind, verfahren wird, wurde das meiste Gewicht der Meinung des gesamten Behandlungsteams (Ärzte und Schwestern) beigemessen (Mean 3,57, SD 1,18). Der Meinung des einzelnen Arztes (Mean 3,41, SD 1,32) und der Meinung der Angehörigen (Mean 3,32, SD 1,07) wird etwas weniger Bedeutung beigemessen. Gegen den Patientenwunsch würden jedoch viele Ärzte im Falle eines Suizidversuches (Mean 4,53, SD 0,97) und bei akuter Lebensgefahr (Mean 4,34, SD 1,05) handeln.

Um die Gewichtung verschiedener Positionen bei der Behandlung eines nicht kommunikationsfähigen Patienten zu beurteilen, sollten die Befragten auf drei zehnstufigen Skalen mit den Endpunkten Arzt-Angehörige, Arzt-Patientenverfügung und Patientenverfügung-Angehörige festlegen, wie wichtig diese im Fall von strittigen Entscheidungen sind (Abbildung 4). Hier hat die Patientenverfügung deutlich mehr Gewicht als die Meinung des Arztes und die Meinung der Angehörigen. Letztere spielt bei strittigen Fragen eine eher untergeordnete Rolle.

Intuitive Entscheidungen spielen nur bei einigen der Befragten eine Rolle. Auf die Frage, ob sie Entscheidungen aus dem Bauch treffen gaben die meisten Ärzte auf einer Skala von 1 (nie) bis 5 (oft) den Wert 2 an (40,4%), etwa ein Drittel kreuzte den Wert 3 an (33,0%). Die Werte 4 (17,0%) und 5 (6,4%) wurden nur von wenigen genannt. Wenn solche intuitiven Entscheidungen getroffen werden, so sind sie oft erfolgreich, die meisten Befragten gaben den Wert 4 an (47,9%), gefolgt von den Werten 3 (35,1%) und 5 (8,5%). Die intuitiven Entscheidungen waren nach Meinung der Befragten nur selten riskant, 43,6% gaben den Wert 2 an, 30,9% den Wert 3 und 10,6% den Wert 1. In Abbildung 5 sind die Antworten auf die Einflussgrößen auf intuitiven Entscheidungen dargestellt.

Der Status des Befragten scheint einen Einfluss auf die Durchführung von intuitiven Entscheidungen zu spielen. Chefarzte hatten bei dieser Frage höhere Werte (Mean 3,0) als Ärzte im Praktikum (Mean 2,47), sie treffen also tendenziell häufiger Entscheidungen aus dem Bauch. Ähnliches gilt für Ärztinnen, sie geben höhere Werte (Mean 3,15) als ihre männlichen Kollegen

(Mean 2,74) an.

Auf die Frage, welche Bereiche bzw. Symptome bei Patienten, die mit einer infausten Prognose palliativ behandelt werden, im Vordergrund stehen, gab es bei vielen der Befragten Probleme mit den Antworten. Alle Befragten waren gehalten, fünfzehn vorgegebene Bereiche und Symptome bezüglich ihrer Wertigkeit zu beurteilen. Sie sollten hierzu die Zahlen 1 (sehr wichtig) bis 15 (unwichtig) zuordnen. Jede Zahl sollte nur einmal verwendet werden. Tabelle 2 gibt die Mittelwerte und Standardabweichungen der genannten Werte für die einzelnen Bereiche wieder. Als am wichtigsten werden die Behandlung bzw. Vermeidung von Schmerz und Angst sowie eine Verbesserung der Lebensqualität eingestuft. Invasive Diagnostik und Reanimation werden als am wenigsten wichtig beurteilt.

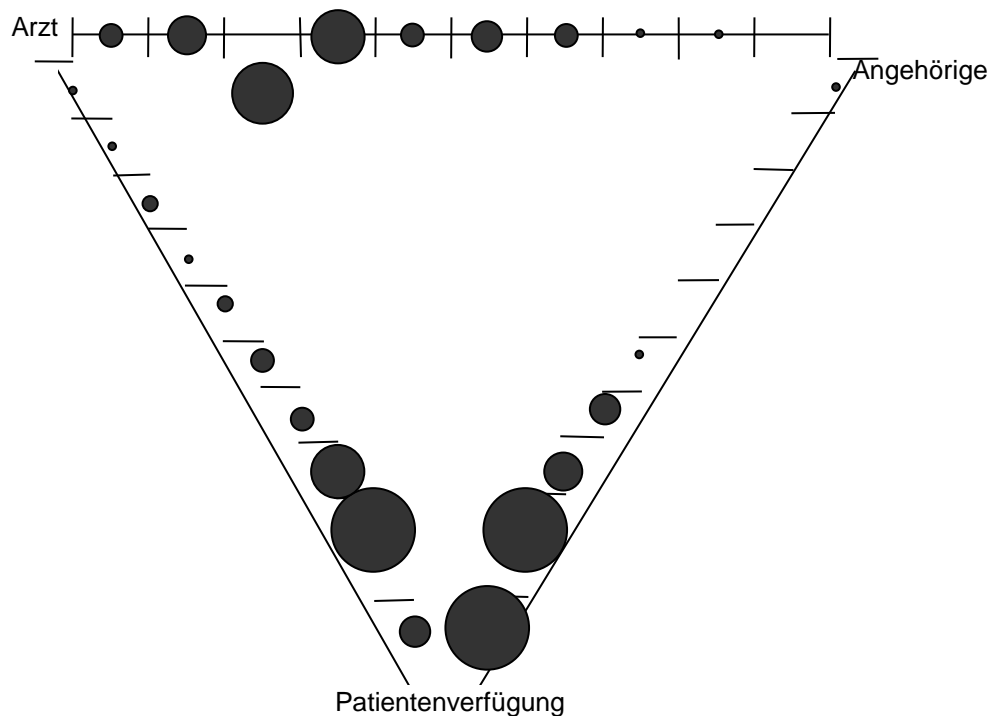


Abbildung 4: „Falls es bei nicht kommunikationsfähigen Patienten strittige Positionen über die weitere Therapie gibt, welche Gewichtung würden Sie den verschiedenen Positionen geben?“ . Alle drei vorgegebenen Skalen werden zusammen dargestellt. Die Größe der dunklen Kreise entspricht der Nennungshäufigkeit des einzelnen Wertes.

Knapp die Hälfte der Befragten (43,5%) wich jedoch von dieser Anweisung ab und vergab eine Zahl mehrfach (z.B. vier Mal die Zahl 1, fünf Mal die 5, vier Mal die 10 und vier Mal die 15). Vor allem unerfahrenereen Ärzten im Praktikum fiel es schwer, eine klare Entscheidung zu treffen, sie vergaben häufiger die gleiche Zahl als Oberärzte (53,8% vs. 28,0%). Ärztinnen hingegen konnten sich häufiger klar entscheiden als ihre männlichen Kollegen (65,0% vs. 54,2%).

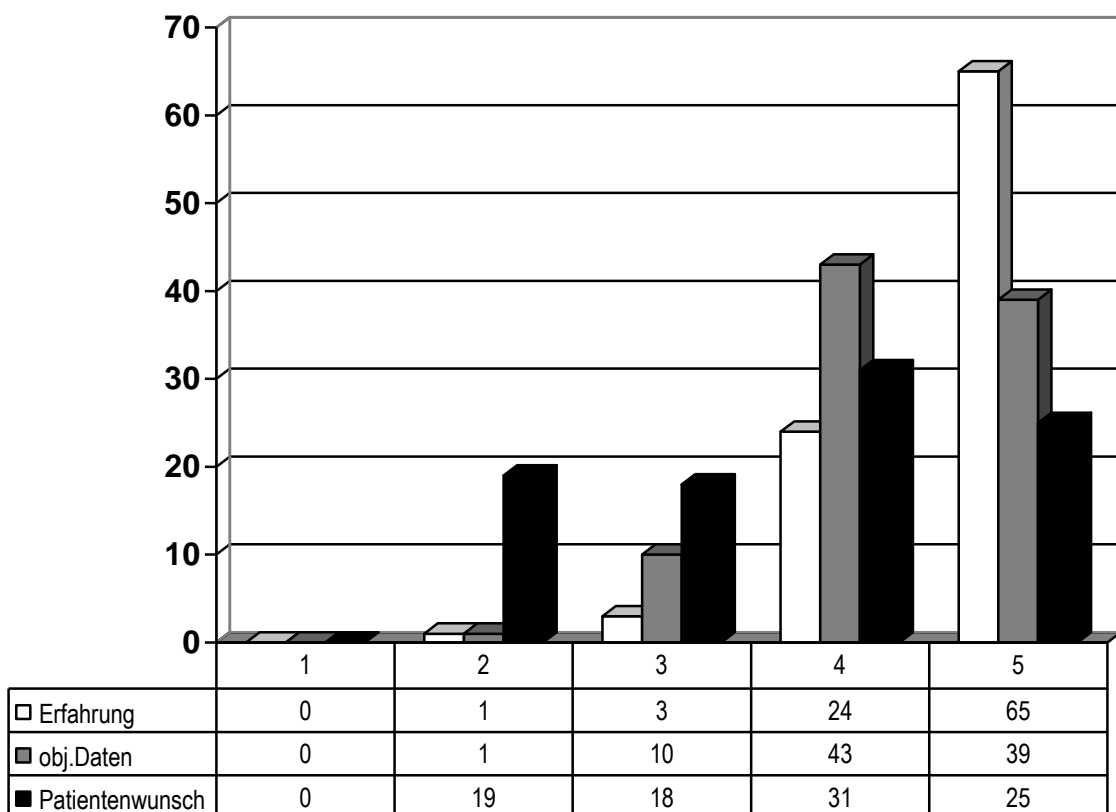


Abbildung 5: „Wie wichtig ist der Einfluss der Erfahrung / von objektiven Patientendaten / des Patientenwunsches auf eine Entscheidung „aus dem Bauch““. Angezeigt sind die Häufigkeiten der Nennung der einzelnen Antwortkategorien (1=unwichtig, 5= sehr wichtig).

Bereich	Mean	SD
Schmerz	2,33	3,06
Angst	3,35	3,01
Lebensqualität	3,43	3,44
Luftnot	3,76	3,78
Umfassende Pflege	4,63	3,20
Flüssigkeitszufuhr	4,63	3,40
Übelkeit	4,90	3,21
Unruhe	4,99	2,93
Freihalten der Atemwege	5,08	3,73
Künstliche Ernährung	7,97	3,82
Dialyse	11,65	2,93
Lebensverlängerung	11,65	3,78
Intubation/Beatmung	11,95	3,25
Invasive Diagnostik	12,95	2,85
Reanimation	13,55	3,36

Tabelle 3: Mittelwerte und Standardabweichungen der Antworten auf die Frage nach der Reihenfolge der Bereiche bzw. Symptome, die nach Abbruch der kausalen Therapie bei Patienten mit einer infausten Prognose im Vordergrund stehen. 1=sehr wichtig, 15=unwichtig.

4. DISKUSSION UND AUSBLICK

Problematisch bei dieser Untersuchung war die nicht repräsentative Auswahl der teilnehmenden Abteilungen. Aus diesem Grund lassen sich Rückschlüsse auf die allgemeinen Entscheidungsprozesse in der Medizin nur bedingt ziehen. Da jedoch sowohl die Teilnehmerzahl als auch die Rücklaufquote vergleichsweise hoch lagen, können die hier vorgestellten Daten zumindest Trends aufzeigen. Es darf auch nicht vergessen werden, dass zwischen dem Wissen um klinisch-ethische Fragen und dem tatsächlichen Handeln in der täglichen Routine ein großer Unterschied besteht (VINCENT, 1999; SUPPORT, 1995, 1996).

Der Patientenwunsch ist die wichtigste Einflussgröße in klinischen Entscheidungsprozessen. Diese Ergebnisse bestätigen Untersuchungen aus dem ambulanten Bereich (BOILLAT et. al., 1997). Sowohl bei der Entscheidung, eine Therapie durchzuführen als auch beim Unterlassen wurde dieser Faktor von den Befragten als sehr wichtig eingestuft. Insbesondere beim

„Tun“ spielen aber auch vorgegebene, klinikinterne wie internationale **Standards** eine große Rolle. Der Patientenwunsch wird respektiert, man folgt ihm, wenn auch nach einer möglichen Modifikation, z.B. im Gespräch.

Bei Problemfällen, wo unterschiedliche Meinungen zur Therapie eines nicht kommunikationsfähigen Patienten auftreten, wird der Inhalt einer Patientenverfügung sogar deutlich höher bewertet als die Meinung des Arztes. Dies trifft jedoch nicht für einen Suizidversuch zu. **In** diesen Fällen verlassen sich die befragten Ärzte auf ihre eigene Meinung, möglicherweise auch wegen der rechtlichen Konsequenzen.

Die intuitive Entscheidung fällt den Befragten schwer, obwohl sie diese als eher erfolgreich und seltener **als** riskant einstufen. Hier scheint die berufliche Erfahrung und möglicherweise auch die Entscheidungsgewalt durch einen höheren Status in der Hierarchie eine Rolle zu spielen.

Schwerstranke werden im Sinne des Patientenwunsches behandelt, hier ist die eigene Erfahrung wichtig und die Befragten sind sich über die Bedeutung einer guten symptomatischen, schmerzstillenden und angstvermeidenden Therapie bewusst.

Die erhobenen Daten sind schlüssig und umfassen größtenteils die Bandbreite der Antwortmöglichkeiten. Bereits die ersten Versuche Subgruppen zu unterscheiden zeigen eine Trennschärfe des Instrumentes, welche bei größeren Kollektiven auch statistische Testverfahren möglich erscheinen lässt. Inhaltlich ist das BIME auch nach diesen Daten valide.

Es bleibt zu untersuchen, ob und welche Unterschiede sich im Handeln von Ärzten verschiedener Fachdisziplinen finden. Auch der Einfluss der Erfahrung und der damit verbundenen Stellung im hierarchischen System sollten weiter untersucht werden. Um hierzu weitere Aussagen machen zu können, bedarf es jedoch aufgrund der Anzahl dieser Einflussvariablen einer größeren Stichprobe. Diese sollte auch Ärzte aus Nicht-Universitätskliniken und aus anderen Regionen umfassen.

Anspruchsvoll von der Umsetzung aber sehr interessant wäre ein Vergleich von Ärzten aus verschiedenen Kulturkreisen mit unterschiedlichen Auffassungen und verschiedenen Gesundheitssystemen. Dies ist jedoch nur durch internationale multizentrische Studien zu erreichen.

5. LITERATUR

1. Vincent JL: Forgoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. Crit Care Med, 27:1626-33,1999
2. The Support Principal Investigators: A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalised patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). JAMA 274(20):1591-8, 1995
3. The Support Principal Investigators: A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalised patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT).erratum appeared in JAMA 275(16):1232, 1996
4. Boillat, ME; Gee, D; Bellavance, F: Ethical conflicts in home care. Patient autonomy and physician advocacy. Can Fam Physician, 43(9804):2136-42, 1997

6. DANKSAGUNG

Wir danken den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten der Universitätskliniken im Bochumer Modell für Ihre Hilfe bei dieser Untersuchung. Unser Dank gilt insbesondere den leitenden Ärzten bzw. Direktoren der Abteilungen und Kliniken, Prof. Dr. Barmeyer, Prof. Dr. Gehlen, Prof. Dr. Hohlbach, Prof. Dr. Laubenthal, Prof. Dr. May, PD Dr. Mumme, Prof. Dr. Neumann, Prof. Dr. Puchstein, Prof. Dr. Schultze-Werninghaus, Prof. Dr. Schmiegel, Prof. Dr. Senge und Prof. Dr. Wehr für ihre Mitarbeit und freundliche Unterstützung. Dipl.-Theol. Sven Fröhlich hat bei der Datenerfassung und –eingabe sehr geholfen, ihm gilt genauso unser herzlicher Dank wie Frau Julia Baberg für die Korrekturen.

KLINISCHE UND ETHISCHE ASPEKTE DES BEHANDLUNGSVERZICHTS

Rita Kielstein

BEHANDLUNGSVERZICHT IN BINDUNG AN DEN PATIENTENWILLEN

Der Arztberuf steht unter dem ethischen Imperativ des Helfens und Heilens und ist insofern ein auf Handlung und Aktivität angelegter Beruf. Das aegroti salus suprema lex prägt deshalb auch die Aktivitäten der klinischen Praxis in der diagnostischen und der therapeutischen Intervention. Unterlassen von Handeln ist eher die Ausnahme und bedarf auch klinisch wie ethisch einer ausdrücklichen Rechtfertigung. Moderne Diagnostik und hochleistungsfähige Therapie orientieren sich routinemäßig an standardisierten Interventionsnormen der 'evidence based medicine' der medizinischen Fachgesellschaften und an objektiven Abrechnungsschemata. Nur allzu oft bleiben dabei die Patienten als individuell in ihrem Wert- und Erwartungsprofil unterschiedliche Personen im wahrsten Sinne des Wortes 'auf der Strecke', wenn die Regeln der good clinical practice die Beachtung des Patientenwunsches und die ärztliche Pflicht zur individualisierten patientenorientierten Intervention (oder Interventionsunterlassung) unterlassen werden.

Zunehmend mehren sich deshalb kritische Stimmen innerhalb der Klinik, aber auch in der breiteren Öffentlichkeit und vor allem in der medizinethischen Literatur, die nachfragen, ob das Unterlassen technisch möglicher medizinischer Interventionen im individuellen Fall nicht eher im Interesse und zum Wohl des Patienten ist als die routinemäßige Intervention. Entscheidend für den Behandlungsverzicht ist immer der geäußerte oder mutmaßliche Wunsch des Patienten, nur nachgeordnet und wenn derselbe nicht feststellbar ist, die paternalistische Vermutung auf das 'beste Interesse' und den 'mutmaßlichen Willen' des Patienten [22;23;24].

Natürlich gibt es klassische Szenarien der Vitalindikation zur Akutintervention, bei denen allein ärztliche Expertise und ärztliches Ethos entscheidungsleitend sind. Für den chirurgischen Eingriff bei einem polytraumatisierten Patienten nach Verkehrs- oder Arbeitsunfall oder bei einem hochbetagten multimorbiden Patienten mit akuter Appendizitis besteht vor und außerhalb des Modells der partnerschaftlichen Entscheidung und der Orientierung am Patientenwunsch eine vitale ethische und medizinische Indikation zum Eingriff. Ob aber bei malignen Tumoren im Endstadium auf eine weitere kausale Therapie oder auf invasive diagnostische Interventionen wie Herzkathederuntersuchung, Gastroskopie oder Arteriographie verzichtet wird oder nicht, oder auf therapeutische Interventionen bei komplizierten Begleiterkrankungen wie Herzrhythmusstörungen

(Herzschrittmacher), Urämie (Hämodialyse) oder Leberversagen (Plasmaseparation), dazu sind Bewertungskriterien nötig, die nicht ausschließlich in der klassischen paternalistischen Arztethik allein abgewogen werden können und bei denen der Patientenwunsch handlungsleitend sein muss. Das gilt auch im Fall der Unterlassung einer technisch durchaus möglichen und im Regelfall wohl auch gebotenen Intervention.

Der Bundesgerichtshof hat eindeutig ausgeführt, dass bei jeder medizinischen Intervention - und analog damit auch beim Verzicht auf Intervention - die Orientierung am Patientenwunsch bindend ist. Und sowohl für die präfinale wie für die finale Phase, in denen Patienten nicht mehr aktuell entscheidungsfähig sind, hat der BGH die Bindungswirkung früherer Festlegungen unterstrichen und gefordert. Medizinische Patientenverfügungen repräsentieren nicht etwa bloß den mutmaßlichen Willen des Patienten, sondern sind Ausdruck des tatsächlichen und aktuellen Willens, der ja jederzeit durch Änderung oder Vernichtung der Patientenverfügung oder den Widerruf einer Bevollmächtigung hätte geändert werden können. Nach dem Urteil des Bundesgerichtshofes sind entscheidungsleitend bei der Feststellung des 'mutmaßlichen Willens des Patienten': 'frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen des Kranken, ... seine religiöse Überzeugung, ... seine altersbedingte Lebenserwartung oder das Erleiden von Schmerzen'. Demgegenüber haben 'objektive Kriterien, insbesondere die Beurteilung einer Maßnahme als gemeinhin "vernünftig" oder "normal" sowie den Interessen eines verständigen Patienten üblicherweise entsprechend, ... keine eigenständige Bedeutung; sie können nur Anhaltspunkte für die Ermittlung des individuellen hypothetischen Willens sein [3:11]. Zur Sicherung einer patientenorientierten Behandlung warnt der Bundesgerichtshof ausdrücklich davor, auf 'allgemeine' Wertvorstellungen zurückzugreifen; diese sollen nur dann beigezogen werden, wenn sich auch 'bei der gebotenen sorgfältigen Prüfung konkrete Umstände für die Feststellung des individuellen mutmaßlichen Willens des Kranken nicht finden' [3:11].

Die Bundesärztekammer erinnert daran, dass unterschiedliche medizinische und ärztliche Verantwortungen und Aufgaben im Einzelfall jeweils neu zu bestimmen sind und dass es zwischen Akutintervention, Intensivmedizin, der Verzicht auf Intervention, die Pflicht zur Leidensmilderung und die Pflicht zum Beistand im Sterben als unterschiedlichen Handlungsalternativen abzuwägen gilt. Jede dieser Aufgaben kann im konkreten Einzelfall berufsethisch und berufsrechtlich zur gebotenen Pflicht werden: 'Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tode beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht jedoch nicht unter allen

Umständen. Es gibt Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr indiziert sind, sondern Begrenzung geboten sein kann. Dann tritt palliativmedizinische Versorgung in den Vordergrund.[2; vgl. 25] Die Bundesärztekammer sieht also mit Recht den Verzicht auf bestimmte diagnostische und therapeutische Interventionen nicht etwa als 'Nichtstun' an, sondern als eine andere Art von aktivem Tun, das in diesem konkreten Einzelfall von den unterschiedlichen Alternativen die klinisch und ethisch gebotene Tun ist.

Die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Fragen der Therapiebegrenzung und des Therapieverzichts führt Situationen auf, bei denen eine Therapiebegrenzung in individuellen Fällen in Betracht kommt und ein Verzicht auf eine Abwägung unärztlich wäre. Einige dieser Situationen ergeben sich innerhalb der intensivmedizinischen Behandlung, andere nicht. Es werden fünf sehr unterschiedliche Szenarien vorgestellt: (1) Patienten, die sich im Sterbeprozess befinden: im Altersmarasmus des 'natürlichen' Sterbens, im Endstadium einer langfristigen progredienten kardialen Insuffizienz, eines Malignomleidens oder bei rezidivierenden zerebrovaskulären Insulten. (2) Schwerkranke Patienten mit hinreichend sicher feststellbarer infauster Prognose: progredientes (Multi-) Organversagen vor allem auch bei zusätzlichen Komplikationen, (3) schwere und potentiell letale Komplikationen bei einer Grunderkrankung mit infauster Prognose durch Infektionen oder andere interkurrente Komplikationen beispielsweise nach ausschließlich aus palliativen Erwägungen erfolgter Tumoroperation, (4) akute Erkrankungen mit statistisch minimaler oder geringer Überlebenschance und hochgradiger Wahrscheinlichkeit schwerer Folgezustände wie schweres Polytrauma mit erheblicher zerebraler Beteiligung, irreversibler hoher Querschnittsverletzung mit initialer Reanimierungsnotwendigkeit, ruptiertes Aortenaneurysma mit Reanimationspflicht in hohem Alter, Myokard-Reinfarkt mit schwerem hämodynamischen Schock, zerebrale Massenblutung mit Respirationspflichtigkeit oder nicht erfolgreich behandelbare drittgradige Verbrennungen großen Ausmaßes[5].

Der für arztethische und arztrechtliche Fragen zuständige Ausschuss der American Medical Association empfiehlt, den Begriff utility eng an den Willen oder den mutmaßlichen Willen des Patienten zu binden und nicht primär von klinischen Daten her zu bestimmen. Zu diesem Zweck wird ein gestuftes Verfahren vorgeschlagen, ethische Probleme des Behandlungsverzichts entsprechend dem Prinzip Fairness unter Vermeidung der Einschaltung gerichtlicher Instanzen durch institutionsinterne Regelungen zur Bestimmung von utility im Einzelfall konsensfähig zu machen. Als Hilfe wird das Modell eines Entscheidungsbaumes vorgestellt, der ausgehend von Kommunikation und Kooperation mit Patienten oder deren

Stellvertretern auch die Einschaltung von Ethikkommissionen, Ethikberatern, aber auch die Verlegung in andere Institutionen vorsieht: "The fair process approach that the Council proposes insists on giving priority to patients or proxy assessments of worthwhile outcome. It can accommodate community and institutional standards, and the perspectives offered by the quantitative, functional, and interest approaches that involved parties may bring"[1:940; vgl 17].

Wir haben in einer von der VW-Stiftung geförderten Studie japanische, amerikanische und deutsche Ärzte nach Alternativen bei der Behandlung einer multimorbiden Patientin mit stark fortgeschrittener Demenz befragt. Japaner entschieden sich zu 96% für eine Maximaltherapie, Amerikaner zu 55%, Deutsche zu 67%; Japaner wollten die Familie mit 86% [Patienten nur 68%] an der Entscheidung beteiligen, Amerikaner den Patienten mit 85%, in Deutschland mit 71%. Die Leitfrage 'what is best for the patient' war für 94% der amerikanischen Ärzte und für 86% der deutschen Ärzte 'sehr wichtig'[21:373-379]. In einem parallelen Projekt befragten wir Nephrologen in den USA, Japan und der Bundesrepublik nach der Rolle, die der Patientenwunsch oder eine Patientenverfügung bei den Entscheidungen für den Beginn oder für die Beendigung der Dialysebehandlung spielt. Eine chronische Dialysetherapie wurde von 4,6% der amerikanischen, 1,7% der deutschen und 1,5% der japanischen Kollegen nicht begonnen wegen bestehender Multimorbidität, Tumorerkrankung oder Demenz. Ein Abbruch der Dialyse erfolgte in den USA zu 63% entsprechend einer Festlegung in einer Patientenverfügung, in Deutschland nur zu 7% und in Japan zu 5%; allerdings wird in Deutschland und mehr noch in Japan das Instrument der Patientenverfügung zur Zeit noch seltener benutzt als in den USA, wo 30% aller Dialysepatienten eine solche Verfügung haben. In Japan finden Entscheidungen zum Dialyseabbruch in der Regel in Abstimmung mit der Familie (nicht mit den Patienten) statt. In allen drei Ländern besteht eine hohe Bereitschaft zum Abbruch, wenn Patient und Familie es wünschen; wünscht nur der Patient einen Abbruch, nicht aber die Familie, so geht die Bereitschaft zum Abbruch erheblich zurück, am deutlichsten in Japan [26;13].

WAS PATIENTEN (UND ÄRZTE ALS PATIENTEN) WÜNSCHEN

Das Faktum, dass Patienten und Gesunde fürchten, am Ende ihres Lebens gegen ihren Willen und entgegen ihrem Verständnis von Lebensqualität und Lebensziel behandelt zu werden, ist in der Literatur eindrucksvoll dokumentiert [4;8;9;14;16;22;24;29]. Die Frage, wovor Patienten Angst haben und was sie wünschen, wollen und hoffen, lässt sich immer nur im Einzelfall beantworten. Wir wissen aber aus Umfragen, welche Kriterien dabei eine Rolle spielen und im individuellen Fall berücksichtigt werden müssen: [a] ich möchte solange leben wie

möglich; [b] ich möchte ohne Schmerzen sein; [c] ich bitte, sich an meinen Wertungen zu orientieren. Wir haben diese und andere Fragen an 650 Personen in den USA, Japan und Deutschland gestellt: Studierende der Medizin und anderer Disziplinen, Patienten, Angehörige, Ärzte und Pflegepersonal. Die Frage nach der maximalen Lebenslänge wurde von 2/3 der Befragten unverbindlich beantwortet; nur die Gruppe der Gesunden unter 50 Jahren antworteten bejahend mit 45%; 80% der Ärzte und 100% des Pflegepersonals wollten es der Situation überlassen; wurde jedoch nach zusätzlichen Kriterien gefragt wie Abhängigkeit von Anderen, infauster Prognose und schwerer Demenz, dann waren die Antworten bestimmter und zunehmend verneinend. Schmerzfreiheit war für alle Befragten fast 100% sehr wichtig; 20% von Studierenden der Geisteswissenschaft und 10% von Dialysepatienten waren sich bezüglich ihrer Wünsche nach Schmerzfreiheit nicht sicher. Was die prospektive Festlegung betrifft, so legten sich 70% der Ärzte, 40% des Pflegepersonal unbedingt fest; beide Gruppen lehnten unverbindliche Festlegungen ab; die anderen Personengruppen wollten es mit 20-50% der Situation überlassen. Sterben ohne Leiden hatte für alle Personengruppen eine hohe Priorität. Wichtigkeit und Verbindlichkeit der Orientierung am Patientenwunsch war für 100% der Ärzte wichtig, nur 20% wollten es prospektiv der Situation überlassen [14].

Noch eindrucksvoller ist die Befragung von Ärzten durch Hillier, in der gefragt wurde, ob sie für sich selbst (nicht für ihre Patienten oder ihre Familienangehörigen) im angenommenen Alter von 40, 60 oder 80 Jahren eine Reanimation wünschen würden; bei Gelenkrheuma waren die bejahenden Antworten 80%, 50%, 15%; bei chronischem Nierenversagen 63%, 20%, 3%; bei Hirnschlag oder kardialer Gefäßverengung 43%, 10%, 10%; bei AIDS, Leberzirrhose, Pflegebedürftigkeit 30%, 15%, 6%; bei Darmkrebs 25%, 8%, 1%; beim Morbus Alzheimer 12%, 1%, 0%. Wie sehr individuelle Wünsche nach Behandlung und Behandlungsverzicht gerade auch bei Ärzten sich unterscheiden, macht deutlich, dass immerhin noch 3% der 80-jährigen Ärzte bei bestehendem chronischen Nierenversagen eine Reanimation wünschten, ein 80-jähriger auch noch bei bestehendem Darmkrebs; das sind generell schwierig nachvollziehbare Entscheidungen, aber aus dem individuellen Wunsch- und Wertbild heraus durchaus verstehbar. Nur ein Drittel der 40-jährigen Ärzte wollte eine Reanimation bei bestehender Leberzirrhose oder bei Pflegebedürftigkeit, und nur einer unter vier 40-jährigen wünschte eine Wiederbelebung bei bestehendem Darmkrebs: individuelle Entscheidungen sind bei alleiniger Berücksichtigung klinischer Daten nicht prognostizierbar und mit den Evaluationsschemata objektivierender 'evidence based medicine' auch nur schwierig nachvollziehbar [10; vgl. 9].

Pearlman hat Leicht- und Schwerkranke befragt, was sie mehr fürchteten als den Tod; die

Antworten waren: 96% ein Leben mit infauster Prognose und kurzer Lebenserwartung, 82% starke Einschränkung von Körperfunktionen und Diagnosen wie AIDS, Schlaganfall, Krebs oder Alzheimer, 80% Angstzustände oder den Verlust der Lebensfreude [16]. Durchgehend haben verschiedene Studienarme der SUPPORT Gruppe entweder mangelndes Verständnis für oder mangelnde Rücksichtnahme auf Wünsche und Ängste ihrer Patienten bei Kollegen in den USA belegt [28;11;12]. Tunzi und Croughan-Minihane konfrontierten Nichtkranke im Alter zwischen 20 und 60 Jahren mit dem Fall eines Krebspatienten, der eine prognostische Lebenserwartung von sechs bis zwölf Monaten hatte. Wenn sie selbst in dieser Situation gewesen wären, hätten die Befragten zu 15% eine Reanimation und nachfolgende mechanische Ventilation, zu 28% künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, zu 43% intravenöse Medikation und zu 63% Schmerzmedikation gewünscht; die Ablehnungen für diese Interventionen waren 61%, 49%, 34% und 16% [31:139]. Der klinische Alltag sieht anders aus als diese eindrucksvollen Informationen über Patientenwünsche. Die Autoren schlagen vor, dass schon frühzeitig Nichtkranke sich mit den Problemen von Behandlungsverzicht und Behandlungsalternativen befassen. Sie empfehlen, dass gesunde Laien sich vor dem Eintritt akuter Entscheidungsprobleme mit Vorbereitungsmaterial zur Abfassung von Patientenverfügungen beschäftigen; unter den an die Befragten verteiltem Vorbereitungsmaterial befanden sich auch Narrationen und Fragelisten, die in einem von der DFG geförderten interdisziplinären Kooperationsprojekt zwischen den Universitäten Bochum und Magdeburg erarbeitet wurden [24].

ÄRZTLICHE VERANTWORTUNG UND ARZTETHIK BEIM BEHANDLUNGSVERZICHT

Die klinischen und klinisch-ethischen Probleme beim Behandlungsverzicht sind nicht schon gelöst durch die Respektierung des aktuell geäußerten oder in einer Patientenverfügung vorweg festgelegten Patientenwillens oder ersatzweise in der sorgfältigen Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens. Es geht auch um die arztethische Verantwortung, den Behandlungsverzicht oder Behandlungsmodifikationen als mögliche Alternativen der Behandlung in die Diskussion zu bringen und konsensfähig zu machen [1]. Nach einer Umfrage von Reckling ist es fast ausschließlich der Arzt, der die Initiative zur Diskussion eines möglichen Verzichtes auf lebensverlängernde Maßnahmen im Gespräch mit Angehörigen ergreift. Erst nach der ärztlichen Initiative sprachen auch die Pflegekräfte mit der Familie und den Ärzten über Verzicht oder Beenden von lebensverlängernden Interventionen. Pflegende verhielten sich generell zurückhaltend bei der Initiierung von Gesprächen über Behandlungsverzicht. Auch in ihrer anfänglichen Kritik an einer nicht hinreichenden palliativen Versorgung wichen sie (leider) vor

dem ärztlichen Argument zurück, dass eine höhere Dosierung von Schmerzmitteln den Blutdruck verringern würde [18:43].

Im Gegensatz zu der auf schmalen Datenmaterial beruhenden Ergebnissen von Reckling ergibt sich aus den SUPPORT Studien, dass Ärzte eher die Gespräche nicht initiieren und auch nach Modellversuchen, in denen sie zu intensiveren Patientengesprächen motiviert wurden, dennoch solchen Diskussionen aus dem Wege gingen [28]. Wie stark Ärzte versuchen, Gespräche mit Patienten und deren Angehörigen über Fragen des Behandlungsverzichts und andere medizinische Entscheidungen am Lebensende zu vermeiden, ist in der Literatur wohl dokumentiert [15;20;21]. Demgegenüber konnten die SUPPORT Studien deutlich machen, wie sehr die Einbeziehung der Pflegenden in Gespräche mit Familienangehörigen über Aussichtslosigkeit von Behandlung und Behandlungsverzicht dazu beitragen kann, den Prozess der Entscheidungsfindung zu verbessern und für die Beteiligten zu erleichtern [11:128]. 23 Fallbeispiele machen deutlich, wie individuell und situativ unterschiedliche Entscheidungen gefällt und unterschiedliche Entscheidungswege gegangen werden.

Eine europäische Studie über Verhaltensweisen von Ärzten und Schwestern durch Richter u.a. bestätigt die Rolle von Pflegenden vor allem bei der Auslegung von Betreuungsverfügungen und bei Entscheidungen gegen die Reanimation: 'Die befragten Personen beider Gruppen (Ärzte, Schwestern) verbalisieren, dass neben ethischen Faktoren die Wünsche der Patienten in ihrer Wertigkeit am höchsten eingeschätzt werden. Mit zunehmendem Informationsgrad bezüglich des Patientenwillens steigt auch die Compliance hinsichtlich der Entscheidung über Wiederbelebungsversuche im Falle eines akuten Herzversagens. Diese Compliance ist aber bei den Schwestern höher und zeigt sich bei ihnen auch in der Wahl des Behandlungsniveaus. Scheinbar wird der Patientenwunsch nur bei den Schwestern wirklich akzeptiert und verhaltenswirksam, was sich in den diesbezüglichen statistisch signifikanten Zusammenhängen zwischen Wertung und Entscheidungen widerspiegelt.' [20:137]

In einer Ergebnisse der SUPPORT Studien wertenden Untersuchung fordern Terry und Korzick: 'End-of-life decisions are important aspects of the care of patients. Whenever possible, patient's preferences should be directly elicited. Physicians should be primarily responsible for initiating and guiding these conversations. They should receive training in end-of-life decision-making skills that begin in medical schools throughout their careers. Nurses should take a more active role in facilitating these discussions when they know their patients desire them and the opportunity for discussion has not been created by the physician. Except in rare circumstances, the patient's wishes regarding end-of-life decisions supersede all other considerations and should

be respected' [30:48f]. Über den schon erwähnten vom Council on Ethical and Judicial Affairs der American Medical Association Entscheidungsbaum [1] hat kürzlich auch Rautenstrauch in der DMW berichtet [17]. Karlawish u.a. stellen - quasi zur narrativen Erläuterung der Entscheidungs- und Konsensfindung - in einer schrittweise vorgehenden Fallstudie die möglichen Führungsleistungen von Ärzten im Gespräch mit Mitarbeitern, Patienten und Familienangehörigen und im Ausgleich zwischen unterschiedlichen klinisch-ethischen Prinzipien vor [12].

Scores zur Ermittlung der statistischen Lebenserwartung sind auch in der Bundesrepublik teilweise emotional als ein weiterer Eingriff von Maschinen- und Computerherrschaft in die klinischen Entscheidungskonflikte beschrieben worden. Sulmasy und Marx berichten aus einer Evaluierungsstudie, in der ein computergestütztes Informationssystem zum Für und Wider der Reanimation (DNR Orders) nach entsprechendem Training bei Pflegenden und Ärzten zu einer Qualitätsverbesserung in der Behandlung führen könnte, insbesondere wenn Begleiterkrankungen [concurrent care concerns, CCC] und deren Verlauf in das System einbezogen werden [27].

Jeder Beginn, jede Durchführung, jeder Verzicht auf eine Behandlung ist eine einmalige situative Entscheidung zum Wohl des Patienten. Entscheidungen sowohl für wie auch gegen eine Behandlung dürfen - Situationen der nicht aufschiebbaren Lebensrettung ausgenommen - nicht gegen den Wunsch von Patienten getroffen werden, weil diese am besten in der Lage sind, entsprechend ihrem Verständnis von Lebensqualitäten, Lebenswerten und Lebenszielen die Verantwortung für solche Entscheidungen übernehmen zu können. Die Initiierung des Patientengesprächs über den Behandlungsverzicht oder -abbruch ist eine wichtige ärztliche Aufgabe, die sich aus der hierarchischen Gliederung und den Strukturen der Verantwortung in der Klinik ergibt und die den Erwartungen entspricht, welche Patienten und ihre Familien als medizinische Laien an Ärzte stellen. Untersuchungen aus den SUPPORT Studien belegen die zentrale Rolle ärztlicher Einstellung und Ethik in der Kommunikation mit Patienten und deren Angehörigen gerade in den Situationen terminaler Krankheit. Sie fordern von den Ärzten mehr Zeit und mehr Empathie in der Kommunikation und schlagen vor, diese nicht genügend vorhandenen Kompetenzen auch zum Gegenstand von Fortbildungsprogrammen zu machen [7;11;28].

Weitere und detailliertere empirische Erhebungen zu klinischen und klinisch-ethischen Entscheidungskonflikten und arztethischem Verantwortungsverständnis sind erforderlich und könnten auf einer auch fachmedizinisch breiter abgestützten Information, zusammen mit Erhebungen unter Pflegenden, Patienten und deren Familien und Betreuern, zu einer genaueren

Kenntnis und Bewertung ärztlicher Einstellungen bei Konflikten in klinischen Entscheidungen - nicht nur beim Behandlungsverzicht - beitragen. Im Moment findet eine erste Befragung von Kollegen der Otto-von-Guericke Universität nach der Frageliste des BIME statt. Nicht zuletzt auch für den medizinethischen Unterricht und das Selbstverständnis der medizinischen Einrichtungen ist die Kenntnis der zu erwartenden Ergebnisse wichtig.

LITERATUR

1. American Medical Association (1999) Medical Futility in End-of-Life Care. Report of the Council on Medical Ethics JAMA 281(10):937-941
2. Bundesärztekammer (1998) Ärztliche Sterbebegleitung. Grundsätze der Bundesärztekammer Deutsches Ärzteblatt 76:A2366-2367
3. Bundesgerichtshof: Urteil vom 13.09.1994 - 1 StR 357/94 (Zulässigkeit des Abbruchs einer ärztlichen Behandlung bei mutmaßlichem Einverständnis), Neue Juristische Wochenschrift 1995:204-207
4. Deber RB, Kraetschmer N, Irvine J (1996) What Role do Patients wish to play in Treatment Decision Making? Archives of Internal Medicine 156:1414-1420
5. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (1996) Leitlinie zum Umfang und zur Begrenzung der ärztlichen Behandlungspflicht in der Chirurgie. Manuskript vorgelegt auf der 113. Plenarversammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1996
6. Donner B, Zenz M (1994) Medikamentöse Schmerztherapie Deutsches Ärzteblatt 91(24):A1703-1708
7. Emanuel EJ, Fairclough DL, Slutsman J, Emanuel LL (2000) Understanding Economic and other Burdens of Terminal Illness: the Experience of Patients and their Caregivers Annals of Internal Medicine 132:451-459
8. Everhart MA, Pearlman RA (1990) Stability of Patient's Preferences regarding Life-Sustaining Treatment Chest 97:159-164
9. Gillick MR, Ilesse K, Mazzapica N (1993) Medical Technology at the End of Life. What would Physicians and Nurses want for Themselves? Arch Intern Med 153:2542-2547
10. Hiller TA, Patterson JR, Hodges MO, Rosenberg MR (1995) Physicians as Patients. Choices regarding their own Resuscitation Archives of Internal Medicine 155:1289-1293
11. Hiltunen EF, Medich C, Chase S, Peterson, Forrow L (1999) Family Decision Making for End-of-Life Treatment: The SUPPORT Nurse Narratives The Journal of Clinical Ethics 10:126-134
12. Karlawish JHT, Quill T, Meier DE (1999) A consensus-based Approach to providing Palliative Care to Patients who lack Decision-Making Capacity Annals of Internal Medicine 130:835-840
13. Kielstein R (1998) Einstellung von Nephrologen zu Patientenverfügungen Nieren- und Hochdruckkrankheiten 27(4):178-183
14. May A, Gawrich S, Stiegel K (1997) Empirische Erfahrungen mit wertanamnestischen Betreuungsverfügungen, Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik
15. Morrison RS, Glickmann EW (1994) Physician's Reluctance to discuss Advance Directives Archives of Internal Medicine 154:2311-2318
16. Pearlman RA, Cain KC, Patrick DL et al (1993) Insights pertaining to Patient's Assessment of States worse than Death, Journal of Clinical Ethics 4(1):33-41
17. Rautenstrauch J (1999) Die schwierige Entscheidung zum Therapieverzicht - Konfliktlösung auf amerikanisch Deutsche Medizinische Wochenschrift 124(36):A8-9
18. Reckling JB (1997) Who plays what Role in Decisions about Withholding and Withdrawing Life-Sustaining Treatment? The Journal of Clinical Ethics 8(1):39-45
19. Reilly BM et al. (1994) Can we talk? Inpatient Discussions about Advance Directives in a Community Hospital Archives of Internal Medicine 154:2299-2308
20. Richter J, Eisemann M, Bauer B, Kreibeck H (1999) Entscheidungen und Einstellungen bei der Behandlung inkompetenter chronisch kranker, alter Menschen. Ein Vergleich zwischen Krankenschwestern und Ärzten - oder: warum fragt keiner die Krankenschwester? Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 32:131-138

21. Rothenberg LS, Merz JF, Wenger NS, Kagawa-Singer M, Macer DRJ, Tanabe N, Fukuhara, Kurokawa K, Fuenzalidas-Puelma HL, Meran JG, Bernat E, Hosaka T, Marshall GN (1996) The Relationship of Clinical Perspectives regarding Medical Treatment Decision-Making in four Cultures Jahrbuch für Recht und Ethik / Annual Review of Law and Ethics 4:335-379
22. Sass HM (1996) Regelungsbedarf bei Patientenverfügungen und klinischen Entscheidungen Jahrbuch für Recht und Ethik / Annual Review of Law and Ethics 4:329-333
23. Sass HM, Veatch RM, Kimura R (1998) Advance Directives and Durable Power of Attorney in Multicultural Perspective, Baltimore: Johns Hopkins U Press
24. Sass HM, Kielstein R (1999) Die medizinische Betreuungsverfügung in der Praxis, Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik 1996; 5. überarbeitete Aufl. 1999
25. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (1995) Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten Schweizerische Ärztezeitung 76:1223ff
26. Sehgal AR, Weisheit C, Miura Y, Butzlaff M, Kielstein R, Taguchi Y (1996) Advance Directives and Withdrawal of Dialysis in the United States, Germany, and Japan, JAMA 276:1652-1656
27. Sulmasy DP et al (1998) The Accuracy of Substituted Judgment in Patients with Terminal Diagnosis Annals of Internal Medicine 128:621-629
28. Sulmasy DP, Marx ES (1997) A computerized System for entering Orders to limit Treatment: Implementation and Evaluation The Journal of Clinical Ethics 8:258-263
29. SUPPORT Principal Investigators (1995) A controlled Trial to improve Care for seriously ill hospitalized Patients, Journal of the American Medical Association 274(20):1591-1598
30. Teno JM, Nelson HL, Lynn J (1994) Advance Care Planning: Priorities for ethical and empirical Research. The Hastings Center Report. 24 (6): S32-S36.2
31. Terry PB, Korzick KA (1997) Thought about the End-of-Life Decision-Making Process The Journal of Clinical Ethics 8(1):46-59
32. Tunzi M, Croghan-Minihane M (1999) Community Assessment and Education in Preventive Clinical Ethics The Journal of Clinical Ethics 10:135-141

BOCHUMER ARBEITSBOGEN ZUR MEDIZINETHISCHEN PRAXIS

Wissenschaftliche und ethische Analyse zur Behandlung eines medizinischen Falles

Hans-Martin Sass, Herbert Viefhues

Feststellung der medizinisch-wissenschaftlichen Befunde:

Die Grundlage für die Befunderhebung erfolgt nach den anerkannten und bewährten Prinzipien wissenschaftlicher Diagnostik:

Allgemeine Überlegungen:

Wie lautet die Diagnose des Patienten und wie ist seine Prognose?

Welche Behandlung kann aus medizinischer Sicht angesichts dieser Diagnostik und Prognostik vorgeschlagen werden?

Welche Therapiealternativen können angeboten werden?

Welches sind die allgemeinen Erfolgsaussichten der vorgeschlagenen Therapiemöglichkeiten? Welche Prognose besteht ohne die vorgeschlagenen Behandlungen?

Spezielle Überlegungen:

Wird die ins Auge gefasste Behandlung dem Patienten medizinisch nutzen?

Wird sie die allgemeine Prognose im speziellen Fall günstig beeinflussen?

Zu welchem Grade?

Könnte sie dem Patienten in Bezug auf seine Heilung oder sein Wohlbefinden schaden?

In welchem Ausmaß?

Wie wägen sich Nutzen und Schäden gegeneinander ab?

Ärztliches Handeln:

Liegen adäquate Behandlungsvoraussetzungen vor: Personelle? Team? technisch-apparative? Berücksichtigung des Standes der medizinischen Forschung und ärztlichen Erfahrung?

Welche wichtigen Fakten sind unbekannt?

Sind die benutzten medizinischen Schlüsselbegriffe hinreichend klar?

Zusammenfassung:

Welche Behandlung wäre optimal angesichts des medizinisch-wissenschaftlichen Befundes?

Feststellung der medizinethischen Befunde

Die Grundlage für die Befunderhebung ist eine Bewertung nach den folgenden drei Prinzipien:

Gesundheit und Wohlbefinden des Patienten:

Welche Schäden können bei den einzelnen alternativen Therapieweisen auftreten?
(Verschlechterung des Wohlbefindens, Schmerzen, Lebensverkürzung?
Körperliche oder geistige Beeinträchtigung des Patienten? Angst?)

Selbstbestimmung des Patienten:

Was ist über das Wertesystem des Patienten bekannt? Welche Einstellung hat der Patient intensivmedizinischen, palliativen oder reanimierenden Behandlungsformen gegenüber?

Ist der Patient über Diagnose, Prognose und Therapie hinreichend informiert?

Wie weit kann der Patient in die Bewertung einbezogen werden oder inwieweit kann sie ihm ganz überlassen werden? Wer kann sonst stellvertretende Entscheidungen für den Patienten fällen?

Stimmt der Patient der Therapie zu?

Ärztliche Verantwortung:

Gibt es Konflikte zwischen der ethischen Beurteilung des Arztes, des Patienten, des Pflorgeteams oder der Familie? Kann ein solcher Konflikt durch eine bestimmte Behandlungsoption gemildert oder beseitigt werden? Wie wird sichergestellt, daß insbesondere auch die folgenden Prinzipien nicht verletzt werden: das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt, das Prinzip der Wahrhaftigkeit und Glaubwürdigkeit und die ärztliche Schweigepflicht? Welche wichtigen Fakten sind unbekannt? Sind die benutzten ethischen Schlüsselbegriffe und ihr Verhältnis zueinander hinreichend klar?

Zusammenfassung:

Welche Behandlung wäre optimal angesichts des medizinethischen Befundes?

Behandlung des Falles

Welche Optionen (alternative Lösungsmöglichkeiten) bieten sich angesichts eines möglichen Konfliktes zwischen medizinisch-wissenschaftlichen und medizinethischen Befunden an? Welche der vorgenannten wissenschaftlichen und ethischen Kriterien sind von diesen alternativen Optionen betroffen?

Welche Optionen würden im Wertprofil des Patienten am angemessensten sein?

Wer könnte oder sollte als Berater hinzugezogen werden?

Ist eine Überweisung des Falles aus medizinischen oder ethischen Gründen an andere angezeigt?

Was sind die konkreten Verpflichtungen des Arztes bei der gewählten Behandlung?

Was sind die Verpflichtungen des Patienten, des Pflegepersonals, der Familie, des Gesundheitswesens?

Gibt es Argumente gegen die Entscheidung?

Wie ist diesen Argumenten zu begegnen? Ist die Entscheidung ethisch konsensfähig? Für wen? Warum?

Wurde sie mit dem Patienten diskutiert und seine Zustimmung erreicht?

Revision der Entscheidung?

Zusammenfassung:

Welche Entscheidung wurde angesichts des Verbundes zwischen den medizinisch-wissenschaftlichen und den medizinethischen Befunden und der vorgenommene Güterabwägung getroffen?

Wie lassen sich die medizinethischen Entscheidungen und die vorgenommenen Güterabwägungen klar und kurz zusammenfassen?

Zusätzliche Fragen zur ethischen Bewertung

1. Bei Fällen von langdauernder Behandlung:

Wird die eingeschlagene medizinische Behandlung und ihre ethische Bewertung routinemäßig überprüft?

Ist die Behandlung flexibel genug, um sich ändernden medizinisch-wissenschaftlichen und medizinethischen Befunden anzupassen?

Was ist bei unvorhergesehenem Auftreten medizinisch-wissenschaftlicher oder medizinethischer völlig neuer Befunde am Behandlungsgesamt zu ändern?

Wie steht der Patient zur Änderung der Behandlungsstrategie?

Erfolgt bei infauster Prognose eine Abwägung zwischen intensivmedizinischen und palliativen Therapiemaßnahmen?

Ist sichergestellt, dass hierbei der explizite oder mutmaßliche Wille des Patienten berücksichtigt wird?

2. Bei Fällen von erheblicher sozialer Relevanz:

Welche familiären, emotionalen, lebensstilrelevanten, beruflichen oder ökonomischen Folgekosten entstehen?

Können diese Folgekosten vom Patienten, seinen Angehörigen oder der Solidargemeinschaft getragen werden?

Wird die soziale Integration des Patienten, seine Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung gefördert?

Welche Bedeutung hat die Beantwortung dieser Fragen für die medizinwissenschaftliche und die medizinethische Güterabwägung?

3. Bei Fällen therapeutischer oder nichttherapeutischer Forschung:

Ist die Versuchsanordnung angesichts der medizinethischen Aspekte optimal?

Ist die Forschung notwendig? Hat der Proband/Patient nach Aufklärung seine Zustimmung gegeben?

Welche Gründe könnte es dafür geben, dass die Aufklärung nicht vollständig war oder nicht voll verstanden wurde?

Welche Gründe könnte es dafür geben, dass der Proband/Patient nicht völlig freiwillig seine Zustimmung erteilt hat?

Ist sichergestellt, dass bei der Auswahl der Patienten diese nicht gegenüber anderen Patienten bevorzugt oder benachteiligt werden?

Hat der Proband/Patient das Recht, jederzeit die Teilnahme am Versuch zu beenden, und ist ihm dies hinreichend und in verständlicher Form mitgeteilt worden?

Heft 124

**DER BEHANDLUNGSVERZICHT IM BLICK DES
BOCHUMER INVENTARS ZUR MEDIZINISCHEN ETHIK [BIME]**

herausgegeben von
Henning T. Baberg
Rita Kielstein
Hans-Martin Sass

April 2000

Die Arbeiten sind Teil der Studie ETHISCHE ANALYSE DER PROBLEMATIK UND DES MÖGLICHEN UNTERSCHIEDES VON TUN UND UNTERLASSEN BEIM KLINISCHEN ENTSCHEIDUNGSKONFLIKT, gefördert durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft [SA 402/4-1].

Dr. med. Henning T. Baberg ist in der Abteilung für Kardiologie und Angiologie (Leitung Prof. Dr. med. J. Barmeyer) der Berufsgenossenschaftlichen Kliniken Bergmannsheil, Klinikum der Ruhr-Universität, 44789 Bochum, tätig.

Prof. Dr. med. J. Barmeyer ist Leiter der Abteilung für Kardiologie und Angiologie der Berufsgenossenschaftlichen Kliniken Bergmannsheil, Klinikum der Ruhr-Universität, 44789 Bochum.

Prof. Dr. med. Rita Kielstein ist Oberärztin in der Klinik für Nephrologie des Zentrums für Innere Medizin (Leitung Prof. Dr. med. K. H. Neumann) der Otto-von-Guericke Universität, 39120 Magdeburg.

Prof. Dr. phil. Hans-Martin Sass, Institut für Philosophie der Ruhr-Universität, 44780 Bochum, ist Mitglied des Bochumer Zentrums für Medizinische Ethik und Senior Research Scholar am Kennedy Institute of Ethics der Georgetown Universität, Washington DC 20057.

INHALT

Hans-Martin Sass DAS BOCHUMER INVENTAR ZUR MEDIZINISCHEN ETHIK UND DIE KLINISCH-ETHISCHEN ASPEKTE BEIM BEHANDLUNGSVERZICHT	1
Henning T. Baberg, Jürgen Barmeyer DIE ENTWICKLUNG DES BOCHUMER INVENTARS FÜR MEDIZINISCHE ETHIK [BIME]	6
BOCHUMER INVENTAR ZUR MEDIZINISCHEN ETHIK [BIME]	20
Henning T. Baberg ERGEBNISSE EINER UNTERSUCHUNG MIT DEM BOCHUMER INVENTAR ZUR MEDIZINISCHEN ETHIK	25
Rita Kielstein KLINISCHE UND ETHISCHE ASPEKTE DES BEHANDLUNGSVERZICHTS	37
Hans-Martin Sass, Herbert Viefhues BOCHUMER ARBEITSBOGEN ZUR MEDIZINETHISCHEN PRAXIS	48

Herausgeber:

Prof. Dr. phil. Hans-Martin Sass

Prof. Dr. med. Herbert Viefhues

Prof. Dr. med. Michael Zenz

Zentrum für Medizinische Ethik Bochum

Ruhr-Universität

Gebäude GA 3/53

44780 Bochum

TEL (0234) 32 22750/49

FAX +49 234 3214 598

Email: Med.Ethics@ruhr-uni-bochum.de

Internet: <http://www.ruhr-uni-bochum.de/zme/>

Der Inhalt der veröffentlichten Beiträge deckt sich nicht immer mit der Auffassung des ZENTRUMS FÜR MEDIZINISCHE ETHIK BOCHUM. Er wird allein von den Autoren verantwortet.

Schutzgebühr: DM 10,00

Bankverbindung: Sparkasse Bochum
Kto.Nr. 133 189 035
BLZ: 430 500 01

ISBN 3-931993-05-1

ZUSAMMENFASSUNG:

Die Autoren diskutieren die Bedeutung empirischer Untersuchungen zu normativen Fragestellungen in der klinischen Praxis und klinischen Ethik. Sie stellen das BOCHUMER INVENTAR ZUR MEDIZINISCHEN ETHIK [BIME] als ein zuverlässiges Instrument zur weiteren Analyse von Verhalten und Wertungen von Ärzten beim Behandlungsverzicht vor und skizzieren vergleichend den Stand der Forschung auf diesem Gebiet.

ABSTRACT:

Baberg, Barmeyer, Kielstein, and Sass discuss the relevance of empirical studies in clinical practice and clinical ethics. They present the BOCHUM INVENTAR FOR MEDICAL ETHICS [BIME] as a reliable instrument for further analysis of attitudes and evaluations of physicians regarding withholding or withdrawing treatment; they briefly summarize recent research findings and discussions.

ISBN 3-931993-05-1

Tabelle 1. Korrelationskoeffizienten der einzelnen Fragen des Bochumer Inventars zur medizinischen Ethik (BIME) in der Re-Test-Reliabilitätsanalyse

