

# Sinnlose Behandlungen bis zum Lebensende

Medizinisches Personal in Interviews: "Übertherapien" durch Informationsdefizite, Unsicherheit, Ehrgeiz der Ärzte

Von Birgitta vom Lehn

**Basel** - Wann ist eine Behandlung als "medizinisch nutzlos" einzustufen? Laut einer Studie der Universität Basel sehen sich 76 Prozent der Ärzte und 86 Prozent des Pflegepersonals auf Geriatrie- und Intensivstationen mit dem Problem "Übertherapie" konfrontiert. Das bedeutet: Sie erleben, dass medizinische Maßnahmen getroffen werden, die eigentlich sinnlos sind, weil sie dem Patienten nicht mehr helfen. Informationsdefizite, Unsicherheit und überhöhter Ehrgeiz seitens der Ärzteschaft sind die Hauptgründe, die zu den sinnlosen Maßnahmen führen.

Die Forscher wollten in ihrer vom Schweizer Nationalfonds geförderten und in der "Zeitschrift für Palliativmedizin" veröffentlichten Studie wissen, wie Ärzte und Pflegende "medizinische Nutzlosigkeit" - im englischen Fachjargon "Futility" - wahrnehmen. Dazu führten sie 52 Einzelinterviews. Alle durchschnittlich 43 Jahre alten Interviewpartner hatten Kontakt zur Hochschulinmedizin und verfügten im Schnitt über neun Jahre Berufserfahrung: Es handelte sich also um erfahrene Pflegekräfte.

"Kennen Sie Situationen, in denen Therapieabbruch oder Therapieverzicht sinnvoll gewesen wäre, aber nicht durchgeführt wurde?" Diese Frage beantworteten 76 Prozent der Ärzte und 86 Prozent der Pflegekräfte mit Ja. Die Gründe dafür - das zeigt die Studie - liegen fast immer aufseiten der Ärzte. So wird eine Therapie zum Beispiel deshalb nicht beendet, "weil der Zeitpunkt zur Entscheidung verpasst wurde", sagte ein Geriater.

Ein anderer Grund sind mangelnde Informationen. "Da ist man in einem gewissen Zugzwang. Man hat noch nicht alle Informationen und entschließt sich dann zur Operation. Ein frisch operierter Patient ist einer, bei dem viel mehr

gemacht wird", berichtet ein Intensivmediziner. Häufig führen auch Meinungsverschiedenheiten zwischen Chirurg und Intensivmediziner zur Übertherapie. Ein Intensivmediziner: "Bei der Übergabe empfiehlt der Chirurg Maximaltherapie, obwohl wir sehen, dass die Situation hoffnungslos ist."

Das Pflegepersonal scheint schneller mitzubekommen, wann eine Therapie sinnlos ist. Eine Pflegerin: "Eine Pflegende spürt schneller, wenn es zu Ende geht. Sie ist zeitlich mehr beim Patienten und spürt, wenn etwas nicht mehr in Ordnung ist." Entscheidet der Arzt sich in dieser Situation trotzdem zur Maximaltherapie, belastet das die Pflegekräfte enorm, auch und gerade wenn die Entscheidung dem Patientenwillen widerspricht: "Das ist etwas vom Schwierigsten für uns Pflegende, wenn wir eine Behandlung nicht nachvollziehen können." Die Studienautoren schreiben hierzu: "Die Häufigkeit, mit der Pflegefachleute aussichtslose Therapien wahrnehmen, steht in einem signifikanten Zusammenhang zu emotionaler Erschöpfung, einer Hauptkomponente des Burn-outs."

Ein Geriater gesteht, "dass man Angst hat, etwas zu unterlassen. Im Endeffekt hat man damit aber zu viel gemacht." Das passiere auch deshalb, betont eine Pflegerin, "weil die Verantwortung dafür niemand übernehmen kann und will". Eine Pflegerin beschreibt die Situation einer nicht mehr urteilsfähigen Patientin im Endstadium, bei der zusammen mit den Angehörigen eine Therapiebegrenzung vereinbart worden sei. Dennoch habe der Arzt weiterbehandelt, "weil er den Therapieabbruch nicht mit seinem Gewissen vereinbaren konnte". Ein Intensivmediziner nennt auch mangelnde Berufserfahrung jüngerer Kollegen und übertriebenen Forscherdrang: "Man will forschen, etwas herausfinden, das ja dann dem Patienten zugute kommt."

Oft sind es Verwandte, die medizinisch sinnlose Maßnahmen fordern. "Es gibt Angehörige, die wollen um alles in der Welt ihre Mutter oder ihren Vater nicht sterben lassen. Das kann man nicht einfach ignorieren", schreibt ein Geriater. Auch Schuldgefühle oder "nicht für den Tod des Angehörigen verantwortlich sein wollen" spielen eine Rolle. "Wenn die Ehefrau möchte, dass weiter therapiert wird, weil das ihr Lebensinhalt ist, dann lassen wir uns zu einem gewissen Grad darauf ein."

Die Studienautoren schlagen vor, die Verantwortung zur Therapiebegrenzung auf mehrere Schultern zu verteilen, statt sie nur dem Arzt anzulasten. Es bestehe heute eine klare "Diskrepanz" zwischen Teamentscheid und Einzelverantwortung. Dem Wunsch nach "gemeinsamer Entscheidung steht die persönliche Verantwortung des ärztlichen Entscheidungsträgers gegenüber", erklärt der Intensivmediziner Professor Hans Pargger vom Universitätsspital Basel.

"Um diese Diskrepanz zu beseitigen, müsste der Teamentscheid auch formal im Sinne einer gemeinsam getragenen Verantwortung akzeptiert werden, oder das Begehren nach Beteiligung des Teams müsste sich konsequent auf den Prozess der Entscheidungsfindung beschränken." Können sich Beteiligte nicht einigen, sollten unabhängige Ethikfachleute gefragt werden.

Abbildung: Pflegerinnen und Pfleger spüren meist als Erste, wann Therapien sinnlos sind. Doch Ärzte und Angehörige drücken sich oft vor einer Entscheidung Foto: H. Schwarzbach