

„Alter“ und „Kosten“ – Faktoren bei Therapieentscheiden am Lebensende? Eine Analyse informeller Wissensstrukturen bei Ärzten und Pflegenden¹

Einführung

Eine sinkende Geburtenzahl angesichts steigender Lebenserwartung, Jugendkult und „Ageism“, ungebremster Anstieg der Gesundheitsausgaben, Probleme der intergenerationalen Verteilungsgerechtigkeit, Versorgungsrechte [12], Unterminierung der Solidargemeinschaft, „Zwei-Klassen-Medizin“ sowie die altersabhängige Begrenzung medizinischer Leistungen – dies sind einige Stereotypen öffentlicher Debatten zur Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens. Verschiedene internationale Untersuchungen weisen darauf hin, dass „Alter“ ein Faktor bei der Verteilung medizinischer und pflegerischer Leistungen ist; dies wurde belegt für Großbritannien [4], für Neuseeland [10], für Finnland [27] und für die Schweiz, sowohl im ärztlichen [18] wie im pflegerischen Bereich². Publikationen im Themenbereich Ressourcenallokation beziehen sich hauptsächlich auf die Makro-Ebene. Fragen aus der Perspektive von Pflegefachpersonen [31] und Ärzten

mit Implikationen auf die Ressourcenverteilung am Krankenbett wurden jedoch kaum untersucht.

Es mehren sich die Zeichen einer schleichenden Verschärfung der Allokationspraxis. Einige Autoren plädieren für eine Verteilung medizinischer Leistungen nach sozialen Kriterien [6, 9, 11, 32]. Zudem ist die verdeckte, implizite Rationierung, besonders für so genannte alte Patientinnen und Patienten, bereits Realität geworden [18]. Wie viel ist uns die medizinische Versorgung bzw. die angemessene Pflege von Menschen am Lebensende wert? Sollen jüngere Patienten und Patientinnen intensiver therapiert werden als alte? Darf bei der medizinischen Behandlung und bei der Pflege von Menschen am Lebensende an Kosten gedacht werden? Sollen Entscheidungsprozesse von ethischen Prinzipien wie dem der Gerechtigkeit beeinflusst werden und wenn ja, wie? Diese Fragen sollen nicht allein nach individuellem Gewissen entschieden werden, bergen sie doch das Risiko einer Verletzung von ethischen Werten oder Grundrechten.

¹ Projekt Nr. 3200-068649/1 und Nr. 3200-068649/2, gefördert vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF)

² Vgl. „Konferenz über Rationierung von Pflege“, Institut für Pflegewissenschaften der Universität Basel, Herbst 2005; Zusammenfassung der Studienergebnisse unter: <http://pages.unibas.ch/nursing/ins/deut/news/RICH-Studie.html>

Ziel

Ziel der Studie ist es, informelle Implikationen der Aspekte „Alter“ und „Kosten“ bei therapierelevanten Entscheiden am Le-

bensende als Grundlage der ethischen Meinungsbildung zu explizieren, und zwar bei Ärzten und Pflegefachpersonen. Unter Wissensexplizierung wird die Erfassung individuellen oder gruppenspezifischen Wissens verstanden. Individuelles, erfahrungsbhängiges Wissen kann unbewusst („implizit“) Entscheidungsprozesse beeinflussen. Indem dieses Wissen implizit gespeichert, also dem Bewusstsein zunächst nicht zugänglich ist, entzieht es sich der Reflexion, damit dem Diskurs sowie der normativen Auseinandersetzung. Das Risiko für eine Verletzung ethischer Normen und Werte steigt. Durch Explizierung impliziten Wissens³ in ein vom Individuum unabhängiges, gut artikulierbares Wissen wird dieses für die Bezugsgruppe zugänglich und diskutierbar. Dieser Prozess kann den Boden eines ethischen Diskurses bereiten. Verschiedene Sichtweisen können ausgetauscht, die Ursachen unterschiedlicher Sichtweisen analysiert, verschiedene Lösungen herausgearbeitet und Regeln für den zukünftigen Umgang mit der spezifischen Fragestellung abgeleitet werden. Die vorliegende Arbeit ist Teil einer Interviewstudie „Wahrnehmung ethischer Probleme bei Therapiebegrenzung am Lebensende“; in dieser wurden keine expliziten Fragen zu „Alter“ und „Kosten“ gestellt. Diese Aspekte wurden jedoch von den interviewten Ärzten und Pflegenden relativ häufig und spontan angesprochen und sollen hier einer vertieften Analyse unterzogen werden. Die Untersuchung zielt darauf ab, Tiefenstrukturen der beiden Faktoren „Alter“ und „Kosten“ und ihrer Einflüsse auf Therapieentscheidungen herauszuarbeiten. Weitere für Therapieentscheidungen relevante Einflussgrößen wie Patientenwille, Zustandsbild und Lebensqualität werden hier nicht erörtert, sondern sind Gegenstand anderer Arbeiten.

Methoden

Begriffsklärungen

„Alter“ und „Kosten“ wurden nicht vorab definiert, sondern sämtliche Textstellen, welche die beiden Begriffe implizit oder explizit erwähnen, wurden in die Untersuchung einbezogen. „Therapieentscheid“ kann sowohl die Weiterführung als auch die Begrenzung einer Therapie bedeuten. Unter „Therapiebegrenzung“ wird eine Therapiezieländerung angesichts des nahen Lebensendes verstanden, wenn das Ziel nicht die Heilung, sondern das Lindern von Leiden ist. Der Begriff „Lebensende“ wird in der vorliegenden Arbeit weit gefasst. Er bezieht sich auf Menschen, bei denen eine progredient verlaufende Erkrankung ein baldiges Versterben wahrscheinlich macht. Die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) zur Betreuung von Patienten und Patientinnen am Lebensende fassen den Begriff enger. Sie subsumieren darunter Kranke, bei denen ein Arzt aufgrund klinischer Anzeichen zu der Überzeugung gekommen ist, dass ein Prozess begonnen hat, der innerhalb von Tagen oder einigen Wochen zum Tod führt. Als „Sterbende“ verstehen wir Patienten, die nach klinischer Einschätzung in absehbarer Zeit (in Tagen oder Stunden) versterben werden.

Befragte Personengruppen

Es wurden 52 Interviews in drei verschiedenen klinischen Bereichen, und zwar in der Akut- und Langzeitgeriatrie sowie auf einer Intensivpflegestation durchgeführt. Die Stationen gehören zu einer Universitätsklinik bzw. einem akademischen Krankenhaus mit unmittelbarem Kontakt zur Hochschulmedizin.

³ in Anlehnung an Wissensmanagement: siehe u. a. H. Mandl, <http://www.lsmadl.emp.paed.uni-muenchen.de> oder J. Wieland „Wissen als kooperative und moralische Ressource“, Workingpaper, Nr. 02/2002

Heidi Albisser Schleger, Stella Reiter-Theil

„Alter“ und „Kosten“ – Faktoren bei Therapieentscheiden am Lebensende? Eine Analyse informeller Wissensstrukturen bei Ärzten und Pflegenden

Zusammenfassung

Die qualitative Interviewstudie analysiert informelle Wissensstrukturen von Pflegenden und Ärzten hinsichtlich der beiden Einflussfaktoren „Alter“ und „Kosten“ auf Therapieentscheide am Lebensende als Grundlage ethischer Meinungsbildung. Als Auswertungsmaterial dienen *spontane* Aussagen zu „Alter“ und „Kosten“, die nicht im Kontext von Fragestellungen zu Ageism oder Rationierung erhoben wurden. Diese Aussagen wurden einer Inhaltsanalyse unterzogen, und zwar anhand von qualitativen und quantitativen Analyseschritten.

Die Studie zeigt, dass der Faktor „Alter“ wesentlich häufiger als Einflussfaktor auf Therapieentscheide am Lebensende genannt wird als der

Faktor „Kosten“. Zudem gibt es Hinweise auf mögliche Ungleichbehandlung sowie auf Überversorgung von Patienten am Lebensende. Die Befunde stützen die Annahme, dass Therapieentscheidungen eher auf informellen, nicht-institutionalisierten Prozessen beruhen. Eine stärker explizite Strukturierung des Prozesses zur Therapieentscheidung könnte die Risiken von Ungleichbehandlung und Überversorgung reduzieren und dadurch zu ethisch besser vertretbaren Ergebnissen führen.

Schlüsselwörter

Therapiebegrenzung · Alter · Kosten · Mikroallokation · qualitative Forschung

“Age” and “Costs” – factors in treatment decisions at the end-of-life? An analysis of informal knowledge structures of doctors and nurses

Abstract

Objective: The qualitative interview study analyses informal knowledge structures of nurses and physicians regarding “age” and “cost” as factors influencing treatment decisions at the end-of-life and as a basis of forming ethical opinions.

Methods: We used *spontaneous* statements on “age” and “cost” that were not inquired in a context of studying ageism or rationing. A content analysis was carried out on these statements applying both qualitative and quantitative steps.

Results: The study shows that the factor “age” is much more frequently mentioned as being decisive in therapy decisions at the end-of-life than the factor “cost”. We found indications of poten-

tially unequal treatment and over-treatment of patients at the end-of-life. The data support the assumption that treatment decisions rely on rather informal, non-institutionalized procedures.

Conclusion: Giving the processes of treatment decisions more explicit structure might reduce the risks of unequal treatment and over-treatment and might contribute to results that are ethically better justified.

Keywords

treatment limitation · age · costs · micro-allocation · qualitative research

Tabelle 1

Soziodemographische Angaben der InterviewpartnerInnen (n = 52)

Beruf	26 Ärzte und Ärztinnen, 26 Pflegendе
Geschlecht	25 männlich, 27 weiblich
Alter	25–64 Jahre, im Durchschnitt: 42,8 Jahre
Berufserfahrung	2 Monate bis 32 Jahre, im Durchschnitt: 9,1 Jahre

Tabelle 2

Untersuchte Gruppen (n = 3)

Gruppen	Anzahl durchgeführter Interviews
Gruppe 1: Intensivmedizin	n = 17
Gruppe 2: Langzeitgeriatrie	n = 18
Gruppe 3: Akutgeriatrie	n = 17

Interviewstudie

Die qualitative Untersuchung erfolgte anhand eines halbstandardisierten Leitfadeninterviews. Mit 52 Interviews gilt die Stichprobe für eine qualitative Studie als gesättigt. Die Interviewstudie zur Wahrnehmung ethischer Probleme am Lebensende bestand aus drei Teilen. Der erste Teil wurde den ethischen Problemen bei Therapiebegrenzung allgemein gewidmet. Dabei interessierten u.a. die zur Entscheidungsfindung relevanten Kriterien. Wie erwähnt, wurden keine Fragen zu „Alter“ und „Kosten“ als mögliche Einflussfaktoren bei Therapieentscheidungen am Lebensende gestellt. Die beiden Faktoren kamen jedoch häufig, d.h. in 54% aller Interviews spontan, und zwar implizit oder explizit zur Sprache, weshalb sie vertieft analysiert werden sollten.

Das Datenmaterial ist also nicht im Rahmen von moralisch aufgeladenen Themen wie Ageism oder Rationierung erhoben worden. Daher gehen wir davon aus,

dass die Äußerungen – weil spontan – in hohem Maße unverfälscht und ehrlich sind und von Antworttendenzen oder Selektionsverzerrungen wenig beeinflusst. Diese Daten und deren Auswertung stellen ein unerwartetes Ergebnis dar, das keiner vorformulierten Hypothese entspricht. Die Resultate reflektieren die subjektive Erfahrung, Wahrnehmung und Einschätzung der interviewten Personen und haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und Generalisierbarkeit.

Datenanalyse

Die qualitative Studie ist explorativ und deskriptiv angelegt. Die regelgeleitete transkribierten Interviews wurden bei der Kodierung und Auswertung manuell bearbeitet. Die Manipulation erfolgte computerunterstützt, und zwar mittels MAXqda, einem Programm zur Analyse qualitativer Daten.

Fragestellung

Aus dem vorhandenen Datenmaterial wurde die folgende Fragestellung generiert: „Haben die Faktoren „Alter“⁴ und „Kosten“ Einfluss auf Therapieentscheide am Lebensende?“

Bildung der Hauptkategorien

„Faktor hat tendenziell Einfluss“ und

„Faktor hat tendenziell keinen Einfluss“

Die Kategorien wurden mit der Methode der induktiven Kategorienbildung in Anlehnung an das etablierte Verfahren von Mayring [20] gewonnen. Textstellen zu Lebensalter und Kosten und ihrem Einfluss auf Therapieentscheide werden im vorhandenen Datenmaterial meist nicht als bewusste, entscheidungsrelevante Größen im Sinne eines Kriteriums verwendet. Die InterviewpartnerInnen verwendeten die untersuchten Aspekte als implizite, mitbestimmende Einflussgrößen. Deshalb wurden die jeweiligen Oberkategorien für „Alter“ und „Kosten“, welche die Textstellen für und gegen den Einfluss des Faktors auf Therapieentscheide erfassen, mit dem Hinweis „tendenziell“ relativiert. Die Zuordnung eines Zitats zur Kategorie „Faktor hat tendenziell keinen Einfluss“ erfolgte dann, wenn die Textstelle oder der erweiterte Kontext darauf hinwies, dass das Merkmal „Alter“ oder „Kosten“ keinen oder keinen primären Einfluss auf Therapieentscheide am Lebensende hat. Die Zuordnung eines Zitats zur Kategorie „Faktor hat tendenziell Einfluss“ erfolgte dann, wenn die Textstelle oder der erweiterte Kontext belegen, dass das Merkmal „Alter“ oder „Kosten“ einen überwiegenden oder ausschließlichen Einfluss auf Therapieentscheide hat.

⁴ Regeln betr. Textstellen zu „Alter“: Eine Textstelle zum Merkmal „Alter“ floss in die Untersuchung ein, wenn „Alter“ explizit als Jahresanzahl oder implizit formuliert wurde. Sämtliche Aussagerichtungen wurden berücksichtigt.

Regeln betr. Textstellen zu „Kosten“: Alle implizit oder explizit formulierten Aussagen zu Kosten wurden berücksichtigt. Sämtliche Aussagerichtungen wurden berücksichtigt.

Bisweilen wurde die Weiterführung oder der Beginn einer Therapie (z. B. antibiotische Behandlung einer Pneumonie) im Zusammenhang mit Kriterien wie „hohes Lebensalter“ oder „hirnorganische Veränderungen“ in Frage gestellt⁵. Ausführungen wie diese wurden ebenfalls der Hauptkategorie „Faktor Alter hat tendenziell Einfluss“ zugeordnet, da bei jungen Patienten die Behandlung einer Pneumonie nie in Frage gestellt wurde. Bei anderen altersabhängigen Erkrankungen wie z. B. chronischen Herzkreislauferkrankungen oder Diabetes mellitus wurde ebenfalls keine zur Bedingung „Demenz“ vergleichbare Äußerung gefunden. Ob die Aussage, „Alter“ oder „Kosten“ hätten faktisch Einfluss auf Therapieentscheidungen, auch im Sinne einer Zustimmung zu „Alter“ oder „Kosten“ als eines Kriteriums mit normativem Geltungsanspruch gemeint ist, muss gesondert betrachtet werden und wird später thematisiert.

Wahl des Verfahrens

Die Ausprägungen der Hauptkategorien („Faktor hat tendenziell Einfluss auf Therapieentscheide“ bzw. „hat tendenziell keinen Einfluss“) zeigen auffällige Unterschiede, daher wurde als Auswertungsmodus ein Verfahren gewählt, das bei der Inhaltsanalyse die Kombination qualitativer und quantitativer Analyseschritte erlaubt [22].

Praktisches Vorgehen

Die Textstellen zu „Alter“ und „Kosten“ wurden nach den Auswertungsregeln paraphrasiert. Mittels induktiver Kategorienbildung wurde ein vorläufiges Kategorien-

⁵ Als ein Beispiel für die Bedingung „hohes Lebensalter“ kann das Statement eines Arztes dienen: „Wenn ein Patient sehr alt ist, stellt sich dann schon die Frage, ob die Pneumonie behandelt werden soll“ (1, 15, 7). Als Beispiel für die Bedingung „progrediente Erkrankung“ berichtet ein Berufskollege Folgendes: „Bei Patienten, die unter Demenzen leiden, ist es sehr häufig ein Thema, ob eine Therapie angefangen oder abgebrochen wird“ (1, 14, 5).

set erstellt. Bei fraglichen Textstellen wurde zusätzliches Explikationsmaterial bestimmt. Das Kategorienset bzw. die Transposition der Textstellen in das Kategorienset wurde zur Verbesserung der Inter-coder- und Intracoderreliabilität über mehrere Durchgänge angepasst. Da die Häufigkeitsausprägung der Oberkategorien auffällige Unterschiede aufweist, wurden diese in den untersuchten Kategorien ermittelt. Pro untersuchter Person und Kategorie wurde lediglich ein Zitat gezählt. Die Häufigkeitsausprägungen geben Hinweise auf die Intensität, mit der die Kategorien von unseren InterviewpartnerInnen kommuniziert werden und heben Unterschiede bzw. mögliche Tendenzen hervor, sollen jedoch keine Allgemeingültigkeit suggerieren. Dieser Prozess resultiert in einer Begründungsmatrix zur Verdeutlichung des Einflusspektrums der beiden Faktoren „Alter“ und „Kosten“, welche in **Abbildung 1** und **2** dargestellt werden.

Reliabilität, Validität

Wie bereits erwähnt, dienten als Auswertungsmaterial *spontane* Aussagen zu „Al-

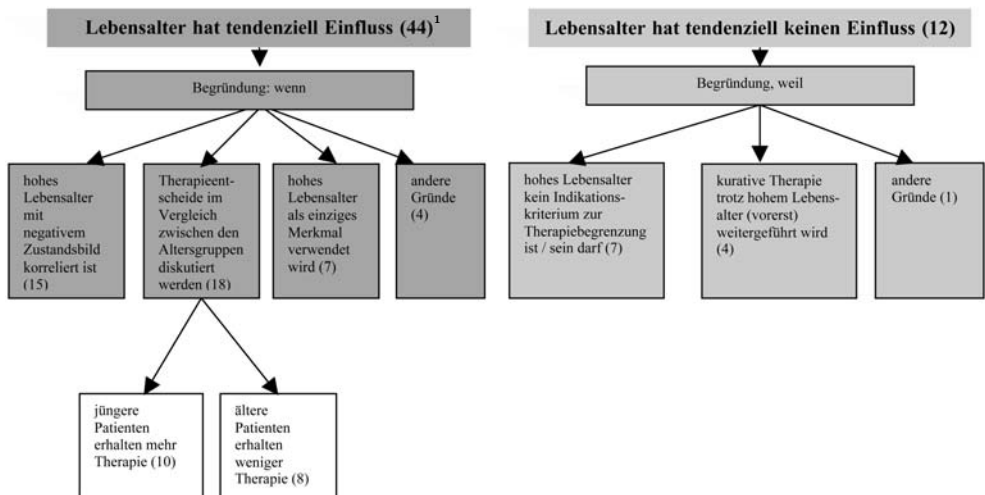
ter“ und „Kosten“, die nicht im Kontext von Ageism und Rationierung erhoben wurden. Dieses spontane Auftreten begünstigt die Validität der Daten, da dem Risiko der Reaktivität vorgebeugt wird. Zudem wurde eine kommunikative Validierung der Resultate durch die Referenzgruppe vorgenommen.

Befunde

Der Faktor „Alter“ als Einflussgröße auf Therapieentscheide am Lebensende wird weit häufiger spontan von den InterviewpartnerInnen genannt als der Faktor „Kosten“.

Faktor „Alter“ und sein Einfluss auf Therapieentscheide am Lebensende

Ungefähr drei Viertel aller spontan geäußerten Zitate zum Faktor „Alter“ besagen, dass Therapieentscheide am Lebensende tendenziell durch den Faktor „Alter“ beeinflusst werden (siehe **Abbildung 1**). Nur etwa ein Viertel der Zitate bringen das Gegenteil zum Ausdruck.



¹ = Anzahl Textstellen pro Kategorie

Abb. 1. ▲ Hat der Faktor „Alter“ Einfluss auf Therapieentscheide am Lebensende?

Faktor „Alter“ hat tendenziell Einfluss auf Therapieentscheide am Lebensende

Die in **■** **Abbildung 1** ersichtlichen vier Argumentationslinien für den Faktor „Alter hat tendenziell Einfluss auf Therapieentscheide“ sollen nun einzeln dargestellt werden.

1. Faktor „Alter“ beeinflusst Therapieentscheide am Lebensende, wenn hohes Lebensalter mit einem negativen Zustandsbild korreliert ist

Die befragten Ärzte und Pflegenden berücksichtigen „Alter“ bei Therapieentscheiden zur Therapiebegrenzung dann, wenn hohes Lebensalter mit Multimorbidität oder einer Akuterkrankung bei fortgeschrittener degenerativ-progredienter Grunderkrankung verbunden ist, bei infauster Prognose oder angesichts sozialer Einflussvariablen wie „keine Angehörige“. Ein Arzt mit langjähriger Berufserfahrung beschreibt die Situation eines geriatrischen Patienten, wegen einer Infektion hospitalisierter Patienten „wo viele eben sagen, ja, er ist dement, was wollen Sie da“ (2, 5, 12–13, Referenz im transkribierten Interview).⁶ Das Vorliegen einer demenziellen Erkrankung als Voraussetzung für Therapiebegrenzung wird von mehreren InterviewpartnerInnen angesprochen, wenn auch nicht mit dem klaren Fazit des Therapieabbruchs.

⁶ Dieser Arzt macht mit seinem Zitat eine Aussage über jene Berufskollegen, die postulieren, dass bei Vorliegen einer Demenz Therapiebegrenzung indiziert sei. Er selbst grenzt sein Handeln mit folgender Differenzierung deutlich davon ab: „Wenn keine Angehörigen da sind, die uns etwas mehr sagen können, dann würde ich sagen, behandeln wir diese Pneumonie einmal. Wenn sie sich nach einigen Tagen nicht zum Besseren wendet, sind wir auch bereit dann zu sagen, jetzt setzen wir hier die Antibiotikatherapie ab“ (2, 5, 12–13).

2. Faktor „Alter“ beeinflusst Therapieentscheide, wenn sie im Vergleich zwischen den Altersgruppen reflektiert werden

Die am stärksten ausgeprägte Unterkategorie spontaner Berichte drückt aus, dass Therapieentscheide am Lebensende in Abhängigkeit vom Lebensalter unterschiedlich erfolgen können. Eine Pflegende beschreibt die Situation einer Patientin, Ende 80, „die wohl etwas verwirrt, aber noch recht fit war“. Das plötzlich auftretende hohe Fieber mit eitrigem, vaginalem Ausfluss blieb behandlungsresistent. Die Patientin wurde in ein Kompetenzzentrum verlegt. Sie wurde nach einer Kürettage – nicht wie angenommen nach Hysterektomie – zurückverlegt. „Jetzt haben wir wieder dasselbe Problem“, so die Pflegende, „die Patientin hat wieder Fieber, es geht ihr schlechter“ ... „Ich weiß nicht, nach was für Gesichtspunkten entschieden wurde, ob diagnostisch ein Ultraschall oder eine Punktion durchgeführt wurde, aber ich habe den Eindruck, dass bei einer jüngeren Frau mehr unternommen worden wäre“ (1, 9, 40). Ein junger Assistenzarzt unterstützt diese Problemwahrnehmung: „Bei Älteren ist man eher ein bisschen defensiv – nicht bei einem 50jährigen, wo man dann alles macht und den man intensiv und aggressiv therapieren wird“ (2, 13, 41). Ähnlich ist das Statement einer Intensivpflegefachfrau: „bei einem jungen Patienten oder einem Kind, da machen wir alles. Sie haben noch nichts vom Leben gehabt. Das muss man ihnen schenken“ (3, 8, 39), und später: „bei älteren habe ich nichts dagegen“ (3, 8, 39). Ein im Vergleich zwischen den Altersgruppen unterschiedliches therapeutisches Vorgehen wird allerdings auch damit begründet, dass jüngere Patienten gegenüber den älteren günstigere Bedingungen und eine bessere Prognose aufweisen. Dieser Äußerung hält ein Intensivmediziner entgegen, „dass Alter kein Risikofaktor für das Überleben auf der Intensivstation“ darstellt (3, 9, 19).


3. Der Faktor „Alter“ beeinflusst Therapieentscheide am Lebensende, wenn „Alter“ als alleiniges Kriterium verwendet wird

Eine Ärztin: „Oft, wenn es halt wirklich fortgeschrittenes Alter ist, da sagt man, der hat halt sein Leben gehabt, so nach dem Motto“ (1, 18, 63). Hier wird das „Alter“ hinsichtlich seiner Bedeutung nicht in Abhängigkeit der Schwere der aktuellen Erkrankung oder Prognose relativiert. Dieser Befund kann ein Hinweis darauf sein, dass eher das kalendarische als das biologische Alter zum Kriterium bei Therapieentscheiden wird.

4. Restkategorie

Ein erfahrener Arzt plädiert im Licht der Therapiebegrenzung dafür, dass „unbedingt auch der geriatrische Bereich Gedanken und Konzepte braucht wie das der Palliativpflege und der Palliativmedizin“ (1, 14, 93). Ganz anders kommentiert ein Pflegefachmann die Therapiebegrenzung am Lebensende: Er beschreibt ältere Menschen in einer Leistungsgesellschaft wie unserer als eher ausgegrenzt und daher für Benachteiligung anfälliger, weil sie nicht zur Wertschöpfung im Sinne des Bruttoinlandproduktes beitragen.

Therapieentscheide am Lebensende werden vom Faktor „Alter“ nicht primär beeinflusst

Ungefähr ein Viertel der geäußerten Zitate besagt, dass Therapieentscheide am Lebensende vom Faktor „Alter“ nicht primär oder gar nicht beeinflusst werden (siehe  **Abbildung 1**). Diese Kategorie wird auffallend seltener spontan genannt als die Kategorie „Faktor Alter hat tendenziell Einfluss“.

1. Faktor „Alter“ beeinflusst Therapieentscheide am Lebensende tendenziell nicht, weil hohes Lebensalter kein Indikationskriterium ist/sein darf

Eine Pflegefachfrau fokussiert das unabhängig vom Lebensalter gesetzlich ver-

ankerte Recht auf medizinische Behandlung: „Also jeder, unabhängig von Alter, hat das Recht, von einem Angebot zu profitieren, wenn es möglich ist“ (2, 19, 100). Ein Arzt mit langjähriger Berufserfahrung wehrt sich gegen festgelegte Altersgrenzen für bestimmte medizinische Leistungen: „das Alter kann kein Rationierungsgrund sein, irgendeine medizinische Leistung vorzuenthalten ... Wir wehren uns dagegen, irgend eine Altergrenze von uns aus festzulegen...“ (1, 3, 24). Das „Alter“ wird in dieser Kategorie bei Therapieentscheiden nicht im kalendarischen Sinne berücksichtigt, sondern eher relativ, in Abhängigkeit von der physischen und sozialen Situation. Dies belegt folgendes Zitat einer Intensivpflegefachfrau: „Also, man muss differenzieren zwischen dem Alter eines Menschen aufgrund seines Zustandes und nicht nur das Geburtsdatum betrachten...“ (3, 14, 48).

2. Kurative Therapie wird trotz hohen Lebensalters und schlechten Allgemeinzustands (vorerst) weitergeführt

„... für mein Gefühl wird manchmal extrem viel über Wochen und Monate unternommen, um jegliche schwerstkranke alte Menschen aus diesem Zustand herauszubringen, wo dann die Frage ist, was haben die hinterher noch für eine Lebensqualität“ (3, 14, 15, Intensivpflegefachfrau). Hier stellt sich die Frage nach der Begründung der Weiterführung kurativer Therapie. Werden Therapieentscheide durch das große Spektrum medizinischer Möglichkeiten erschwert? Fehlen strukturelle Rahmenbedingungen für die angemessene Entscheidung? Wurde der Zeitpunkt zur Therapieentscheidung verpasst? Ein Intensivmediziner postuliert, dass Aspekte wie „Alter“ und „Kosten“, die aus Intensivpflege resultieren, schon vor einer Operation überlegt werden müssen. „Wenn ein Mensch bereits im System drin ist, kann man ihn nicht einfach wieder lassen“ (3, 6, 36). Es ist darüber hinaus möglich, dass „Angehörige Druck machen“ und für einen hoch betagten, schwerkran-

ken Patienten weitere Therapiemaßnahmen wünschen (2, 5, 23–25, Arzt). In eine ähnliche Richtung geht auch das Zitat des Arztes: „Das hat sich verändert in den letzten fünf Jahren, dass bis ins hohe und höchste Alter von den behandelnden Ärzten und Pflegenden verlangt wird, dass eigentlich das ganze Spektrum und Angebot der medizinischen Möglichkeiten evaluiert werden“ (1, 3, 24).

3. Restkategorie

Das Beispiel eines Arztes macht deutlich, dass auch die Persönlichkeit der Patienten und Patientinnen die Therapieentscheidung beeinflussen kann. Er beschreibt eine Patientin, die als Folge einer Reanimation tetraplegisch und schwerst dement war. Als relativ junge Patientin wurde sie auf die Langzeitabteilung verlegt. „Sie hatte regelmäßig Pneumonien, und wenn es wieder zu solchen Fieberschüben gekommen ist, haben wir in Anbetracht des (jungen) Alters und weil es eine ganz nette, sonnige demente Frau war, Antibiotika gegeben...“ (1, 6, 7).

Faktor „Kosten“ und sein Einfluss auf Therapieentscheide am Lebensende

„Natürlich kann man sich nicht loslösen von der allgemeinen gesellschaftlichen Diskussion über die Kostenexplosion, das heißt, man wird überlegen, ob Geld ethisch vertretbar eingesetzt wird oder nicht“ (3, 9, 19, Arzt).

„Kosten“ werden aber im Kontext von Therapieentscheiden deutlich seltener spontan von Ärzten und Pflegenden diskutiert als der Einflussfaktor „Alter“.

„Kosten“ haben auf Therapieentscheide am Lebensende tendenziell Einfluss

Die affirmativen Zitate wurden in patientenorientierte und in strukturorientierte Aussagen gefasst, deren Häufigkeit ungefähr gleich verteilt ist.

Patientenorientierte Zitate

Die patientenorientierten Zitate können drei Unterkategorien zugeordnet werden:

1. „Kosten“ beeinflussen Therapieentscheide am Lebensende, wenn sie im Vergleich zwischen den Altersgruppen diskutiert werden

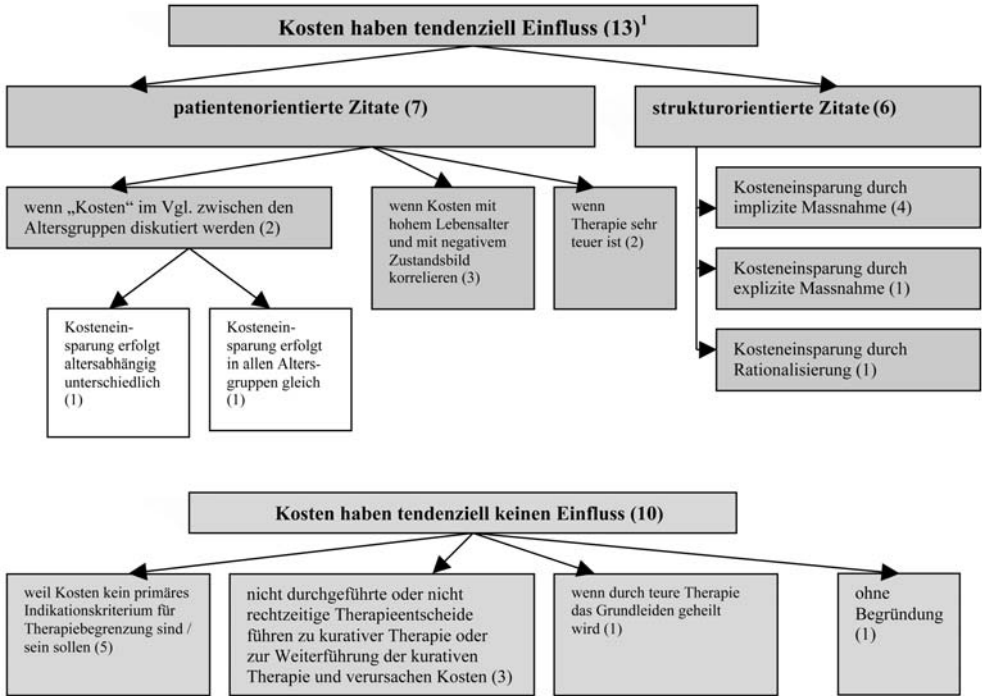
Die Zitate bringen zum Ausdruck, dass „Kosten“ im Vergleich zwischen den Altersgruppen als neutral bzw. als altersabhängig unterschiedlich berücksichtigt werden. Aus der Wahrnehmung einer Ärztin werden Sparmaßnahmen, unabhängig vom Alter, auf die gleiche Weise vorgenommen: „... die Unterscheidung zwischen einer billigen und einer teuren Maßnahme ist auf jeden Fall da, allerdings bei allen Patienten“... (3, 2, 133).

2. „Kosten“ beeinflussen Therapieentscheide am Lebensende, wenn sie mit hohem Lebensalter und mit negativem Zustandsbild korrelieren

Die Kostenfrage wird dann thematisiert, wenn hohes Lebensalter mit einem ungünstigen Gesamtbild des Patienten einhergeht. So äußert ein Arzt Zweifel, ob einem hoch betagten, schwerkranken Patienten noch sehr teure Thrombozytentransfusionen verordnet würden oder nicht (2, 5, 41). In dieselbe Richtung weist folgendes Zitat einer Pflegenden: „ich habe mehr Mühe, wenn ein 70jähriger Patient, der als medizinisches Wrack daherkommt, sich operieren lässt und dann einfach noch volle Therapie gemacht wird, – dann denke ich oft auch an die Kosten“ (3, 1, 28).

3. „Kosten“ beeinflussen Therapieentscheide am Lebensende, wenn die Therapie sehr teuer ist

„Kosten“ wird zudem bei der Frage „extraordinär teure Therapie“ (3, 2, 23, Arzt) angesprochen.



¹ = Anzahl Textstellen pro Kategorie

Abb. 2 ▲ Haben „Kosten“ Einfluss auf Therapieentscheide am Lebensende?

Strukturorientierte Zitate

Die zweite Kategorie von affirmativen Aussagen enthält so genannte strukturorientierte Zitate, welche die Gründe des am Krankenbett wahrnehmbaren Kostendrucks auf der Ebene der Institution oder Gesellschaft verorten. Diese Gruppe umfasst spontane Berichte, die Kosteneinsparungen durch implizite (nicht auf Regeln gestützte Entscheidung), explizite (auf Regeln gestützte Entscheidung) oder rationalisierende (effizienzsteigernde) Maßnahmen ausdrücken. Die spontanen Interviewaussagen lassen vermuten, dass „Kosten“ im klinischen Alltag in der von uns untersuchten Stichprobe am ehesten implizit berücksichtigt werden. Als Beispiel dafür kann das Zitat einer Pflegenden dienen, die im Licht der Therapiebegrenzung am Lebensende ausführt, dass die Zeit für konsequente palliative Pflege oft fehle:

„Oft reicht uns auch die Zeit nicht dazu, dass man wirklich ganz konsequent ist. Die fehlt leider häufig“ (1, 17, 56). Ein im Bereich der Geriatrie tätiger Pflegefachmann mit vielen Jahren Berufserfahrung nimmt unterschwellige Anspielungen seitens der Gesellschaft oder der Ökonomen wahr, welche den Sinn teurer Behandlung wie etwa der Dekubitusbehandlung bei Patienten am Lebensende in Frage stellten (2, 3, 58–62). Es findet sich nur je ein Zitat, welche nicht den impliziten Modus repräsentieren, sondern auf explizite regelbasierte bzw. rationalisierende effizienzsteigernde Überlegungen hinweisen.

„Kosten“ haben keinen primären Einfluss auf Therapieentscheide am Lebensende

Dieser Zitatengruppe sind vier Unterkategorien zugeordnet:

1. „Kosten“ beeinflussen
Therapieentscheide am Lebensende
tendenziell nicht, weil sie kein primäres
Kriterium dafür sind / sein sollen

„Ich glaube nicht, dass wir auf unserer Ebene, auf der Intensivstation, primär die Kosten und das Alter betrachten sollten. Es wird sicher in die Entscheidung mit einfließen“ (3, 6, 36). „Kosten“ sind in dieser Zitate-kategorie kein oder kein primäres Indikationskriterium bei Therapieentscheidungen am Lebensende. Sie werden nicht berücksichtigt, weil „teure Medizin“, so ein Intensivmediziner, zur Verfügung stehe und sie bei alten und bei jungen Patienten in gleicher Weise eingesetzt werde (3, 4, 26).

2. Nicht oder nicht rechtzeitig erfolgende Therapieentscheide ziehen kurative Therapie oder die Weiterführung der kurativen Therapie sowie Kosten nach sich
Eine aus ethischer Sicht bedeutsame Kategorie betrifft jene Therapieentscheide, die nicht explizit getroffen werden. Eine Pfle-gende führt die aktuelle Kostendebatte auf die Intensität zurück, mit der Intensivpfle-gepatienten therapiert werden, weil möglicher-weise nicht rechtzeitig eine Alternative gefunden wurde (3, 10, 60). Eine Berufskollegin beschreibt, dass schwerstkranke, pfle-geintensive Patienten auf der Intensivstati-on über Wochen behandelt würden: Die Therapie werde immer weitergeführt, „dann hätte man es einigermäßen über den Berg geschafft, aber sie sterben dann trotzdem, einfach irgendwo anders“, und die Pfle-gende fragt sich, „ob sich das ren-tiert, ob das Sinn macht“ (3, 1, 39).

3. „Kosten“ beeinflussen Therapieentscheide am Lebensende tendenziell nicht, wenn durch teure Therapie die Grundkrankheit geheilt wird
Die Kostenfrage scheint dann weniger bedeutsam zu sein, wenn beispielsweise eine Infektion mit einer teuren Intervention geheilt werden kann (3, 2, 23, Intensivmedi-zinerin).

Strukturierung
des Therapieentscheidungsprozesses

Bei den 52 Interviews findet sich lediglich in einem der Interviews eine Aussage mit einem Hinweis auf eine gewisse explizite Strukturierung des Entscheidungsprozesses, und zwar aus der Retrospektive: Ein leitender Arzt erinnert sich, „dass früher nicht darüber diskutiert wurde, ob im Alter Therapie begrenzt werden soll.“ ... Inzwischen sei klarer geworden, welche Kriterien eine Rolle spielen sollten, wie der Ablauf sei, wer was machen solle, mit zu entscheiden habe und einzubeziehen sei (1, 14, 25).

In keinem der übrigen Interviews finden sich Aussagen, aus denen ein Rückschluss auf explizit strukturierte Entscheidungsprozesse gezogen werden könnte. Daraus ziehen wir die Folgerung, dass Therapieentscheide weitgehend auf informellen, nicht-institutionalisierten Prozessen beruhen.

Diskussion der Ergebnisse
aus ethischer Perspektive

Die Untersuchung expliziert informelle Wissensstrukturen der beiden Faktoren „Alter“ und „Kosten“ bei Pflegenden und Ärzten als Grundlage ethischer Meinungsbildung. Welche Rolle spielen die beiden Faktoren aus der Perspektive der beiden Berufsgruppen bei Therapieentscheiden am Lebensende, und wie ist dies ethisch zu bewerten?

„Alter“ als häufig genannte Einflussgröße
auf Therapieentscheide am Lebensende

Die überwiegende Mehrheit der spontanen Äußerungen zum Faktor „Alter“ weist das „Lebensalter“ als häufige Einflussgröße für Therapieentscheide am Lebensende aus. Allerdings wird das Lebensalter meist (mit Ausnahme einer einzigen Kategorie) nicht als maßgebliches Kriterium mit normativem Geltungsanspruch, sondern vorwie-

gend als impliziter, mitbestimmender Faktor verstanden, welcher neben anderen Faktoren die Entscheidungsfindung beeinflusst. Dieser Befund bestätigt die Ergebnisse nordamerikanischer Untersuchungen zum Phänomen des Ageism [24, 16, 17]. Demnach ist die Unterscheidung zwischen „Alter“ als einem wirksamen Faktor einerseits und „Alter“ als einem Kriterium mit normativem Geltungsanspruch von großer Bedeutung: Man kann den Wirkungszusammenhang (Faktor „Alter“ und Rationierung) deskriptiv-empirisch erkennen, den Geltungsanspruch auf ethische Richtigkeit jedoch verneinen, etwa, weil man es nicht richtig findet, das „Alter“ zum Kriterium für Benachteiligung zu machen [24, 26]. Der Faktor „Alter“ beeinflusst Therapieentscheide am Lebensende entsprechend unseren Ergebnissen dann, wenn 1.) „*hohes Lebensalter*“ und *negatives Gesamtbild* der PatientInnen korreliert, oder wenn 2.) *Therapieentscheide im Vergleich zwischen den Altersgruppen* reflektiert werden, oder wenn 3.) „Alter“ im *kalendarischen Sinn* als einziges Merkmal in Therapieentscheide einfließt. Der 2. Befund (Therapieentscheide im Vergleich zwischen den Altersgruppen) korrespondiert mit neueren Daten aus Großbritannien [13]; diese Studie vergleicht das Behandlungsmanagement von alten und jüngeren Patienten bei akutem Koronarsyndrom (ACS) ohne Bezug auf das Lebensende. Sie gelangt zu dem Ergebnis, dass alte Patienten mit ACS weniger intensiv als junge Patienten behandelt werden und dies mit drei Rechtfertigungen: 1. alte Patienten können von einer Behandlung zu wenig profitieren, 2. alte Patienten wollen die Behandlung von sich aus nicht mehr, und 3. bei knappen Ressourcen sollen junge Patienten den alten vorgezogen werden. Andere Studien aus Großbritannien [4] oder Nordamerika [30] geben ebenfalls Hinweise auf die Ungleichbehandlung alter und jüngerer Patienten. Eine quantitative Untersuchung des Max Planck-Instituts für demographische Forschung konnte nachweisen, dass die ältes-

ten der alten Patienten für dieselbe Erkrankung weniger teure Behandlung erhalten als jüngere [7]. Die Autorin interpretiert diesen Befund als informelle Altersrationierung. Der 3. Befund („Alter“ im kalendarischen Sinn als einziges Merkmal) gibt Hinweise, dass „Alter“ als maßgebliches Merkmal Therapiebegrenzungsentscheide beeinflusst. Reiter-Theil [26] argumentiert in Einklang mit anderen Autoren, dass „Alter“ ethisch betrachtet als alleiniges Kriterium für Zuteilung oder Vorenthaltung einer lebenserhaltenden Maßnahme nicht geeignet sei; das „Alter“ solle nur indirekt herangezogen werden, wenn es in die Prognostik der „ability to benefit“ eingeht, wenn eine Maßnahme also nur innerhalb empirisch ermittelter Altersgrenzen Erfolg verspreche. Auch Giordano [15] schließt aus ihren Analysen, dass altersbezogene Rationierung nicht mit universellen ethischen Prinzipien zu vereinbaren sei. Die drei Befunde deuten auf ein mögliches Risiko für Ungleichbehandlung: So thematisieren laut 1. Befund mehrere InterviewpartnerInnen das Vorliegen einer demenziellen Erkrankung als Bedingung für eine Therapiebegrenzung. Demnach würde die *Diskriminierung über den Krankheitstyp* erfolgen. Im 2. Befund wird deutlich, dass Therapieentscheide, *je nach Lebensalter, unterschiedlich* erfolgen können. Gemäß diesen Äußerungen gibt es Hinweise dafür, dass jüngeren Patienten mehr, älteren dagegen weniger Therapie zuteil werden kann. Mit dem 3. Befund wird das *kalendarische Lebensalter* im Gegensatz zum biologischen als Einflussgröße auf Therapieentscheide objektiviert. Die Diskriminierung erfolgt bei Befund 2 und 3 tendenziell über das „Alter“. Diese beiden Resultate korrespondieren mit den Befunden der nordamerikanischen SUPPORT Study [16,17]. Dies führt zu der Frage, ob Ungleichbehandlung aus ethischer und rechtlicher Sicht zulässig ist.

Ungleichbehandlung aus ethischer und rechtlicher Perspektive

Die Achtung der Menschenwürde ist ein weltweit anerkannter Grundsatz staatlicher Ordnungen und heute in vielen Verfassungen und internationalen Übereinkommen ausdrücklich garantiert. Dies gilt z. B. für Art. 1 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union, Art. 7 der Schweizerischen Bundesverfassung⁷; Art. 1 des Deutschen Grundgesetzes, die Menschenrechte in der UNO-Deklaration u.v.a.m. Eine zentrale Bedeutung des Begriffs „Menschenwürde“ zielt auf Universalität. Alle Menschen besitzen demzufolge einen einzigartigen, unbedingten Wert aus dem alleinigen Grund, Teil der Menschheit zu sein. Menschenwürde ist unabhängig von Merkmalen wie Alter, Gesundheitszustand, mentalem Status, ethnischer oder religiöser Zugehörigkeit. Menschenwürde kann weder erworben werden noch verloren gehen, hat also intrinsischen Wert im Gegensatz zu einem instrumentellen Wert, der in Leistungsgesellschaften v. a. als Funktion des Nutzens und der Wertschöpfung bezüglich des Bruttosozialproduktes definiert wird. Diese Tendenz birgt die Gefahr, Individuen mit einer geringen Wertschöpfung zu benachteiligen. Die Schweizerische Bundesverfassung enthält in Art. 8 Abs. 2 ein Diskriminierungsverbot. Entsprechend diesem Artikel darf niemand namentlich wegen Rasse, Geschlecht, Alter, ... oder wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung benachteiligt werden.

Was bedeuten der Schutz der Menschenwürde bzw. das Diskriminierungsverbot für die Beurteilung der ethischen Zulässigkeit von Ungleichbehandlungen? Auf der einen Seite stehen die Grundrechte der betroffenen Patienten auf adäquate Behandlung, auf der anderen Seite die oft notwendigen Entscheide, Therapien aus

guten Gründen auch zu begrenzen, abzubauen oder vorzuenthalten. Sowohl die Garantie der Menschenwürde wie auch das Verbot der Diskriminierung nach Art. 8 Abs. 2 BV schließen eine Ungleichbehandlung aus dem *alleinigen Grund* des Krankheitstyps oder des Lebensalters aus. Ein Eingriff in diese Grundrechte ist – wenn überhaupt – nur dann zulässig, wenn er durch qualifizierte Gründe gerechtfertigt ist. Hier werden also erhöhte Anforderungen an die Begründung eines Entscheides gestellt; es wird versucht, eine über das übliche Maß hinausgehende Sorgfalt in der Rechtfertigung zu erzwingen, um möglicher Benachteiligung vorzubeugen. Diese Argumentation widerspricht jenen Autoren, die eine Verteilung medizinischer Leistungen nach sozialen Kriterien durchaus verteidigen [9, 11, 32, 6]. Deren Postulate sind auf der Grundlage der aktuell gültigen Schweizerischen Rechtsordnungen nicht zu rechtfertigen. Deshalb sind implizite Beschränkungen rechtlich problematisch.⁸ Das Deutsche Grundgesetz kennt demgegenüber kein ausdrückliches Diskriminierungsverbot wegen des Alters. Jedoch wird im allgemeinen Gleichheitssatz des Artikels 3, Absatz 1 generell die Gleichheit aller Menschen vor dem Gesetz als Grundrecht festgeschrieben.

„Alter“ ist keine oder keine primäre Einflussgröße bei Therapieentscheiden am Lebensende

Etwa ein Viertel der aufgefundenen Textstellen zum Faktor „Alter“ drücken aus, dass Therapieentscheide am Lebensende vom Lebensalter tendenziell unbeeinflusst *sind* oder aber nicht beeinflusst werden *sollten*. Dies wurde von den befragten Pflegenden und Ärzten oder Ärztinnen wie folgt begründet: weil 1.) *hohes Lebensalter kein Indikationskriterium* zur Thera-

⁷ Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV)

⁸ Interdisziplinäres Symposium an der Universität und am Kantonsspital Luzern (2005) „Rationierung im Gesundheitswesen“. Stellungnahmen zur Rationierung als Lösung des Problems der Kostenentwicklung aus Sicht verschiedener Disziplinen. Kommentar von Prof. Dr. Thomas Gächter, Rechtswissenschaftler, Universität Luzern.

piebegrenzung ist, sondern relativ, in Abhängigkeit von der physischen und sozialen Situation, berücksichtigt wird, weil 2.) *kurative Therapie vorerst weitergeführt wird*, ungeachtet des hohen Lebensalters. Der 2. Befund zeigt auch Situationen an, in denen Entscheide zur Therapiebegrenzung nicht oder nicht rechtzeitig getroffen werden. Anstelle der Leidenslinderung entsteht dann die Gefahr individueller Leidensverlängerung, anstelle des medizinischen Nutzens belastet das Erleben von Nutz- und Sinnlosigkeit im Sinne von „Futility“. Dies birgt die Gefahr, dass das hochrangige ethische Prinzip der Schadensvermeidung ausgehöhlt wird.

„Kosten“ haben tendenziell Einfluss auf Therapieentscheide am Lebensende

„Kosten“ werden weit weniger häufig spontan als Einflussgröße auf Therapieentscheidungsprozesse genannt als der Faktor „Alter“. Diese vergleichsweise geringe Ausprägung des Kostenfaktors korrespondiert mit Resultaten einer quantitativen Ärztebefragung [1]. Unsere untersuchten Textstellen ergeben keine konkreten Rückschlüsse auf die Gründe der geringen Häufigkeit. Die Vermutung liegt nahe, dass der explizite Einfluss von „Kosten“ auf den Therapieentscheid tabuisiert ist und deshalb eher implizit, z. B. über plafonierte Stellenpläne, einfließt.

Die Befunde lassen sich in patientenorientierte und strukturorientierte Kategorien fassen. Entsprechend den Aussagen unserer InterviewpartnerInnen (Kategorie „patientenorientierte Zitate“) können „Kosten“ Therapieentscheide am Lebensende dann beeinflussen, wenn 1.) *„Kosten“ im Vergleich zwischen den Altersgruppen reflektiert werden*, oder wenn 2.) *hohes Lebensalter mit einem negativen Zustandsbild korreliert*, oder wenn 3.) *eine Therapie sehr teuer ist*. Die Kategorie „strukturorientierte Zitate“ zeigt, dass der Modus der Kosteneinsparung am ehesten implizit, d. h. ohne auf Regeln gestützte Entscheidungsfindung, beispielsweise über knappe

Stellenpläne oder kurze Hospitalisationsdauer erfolgt. Dieser Befund deckt sich mit neuesten Forschungsergebnissen zur Krankenpflege (vgl. Fußnote 2) und zum ärztlichen Bereich [18]. Wie bereits erwähnt, sind implizite Einschränkungen auch rechtlich problematisch.

Palliative Betreuung trotz knapper Mittel

Die SAMW-Richtlinien zur Betreuung von Menschen am Lebensende empfehlen den Verantwortlichen des Gesundheitswesens, mit ihrer Politik allen Patienten am Lebensende eine palliative Betreuung im Sinne der Richtlinien zu gewährleisten.

Eine konsequente palliative Betreuung angesichts des nahenden Lebensendes kann als Beitrag zur Verwirklichung von zentralen Aspekten der Menschenwürde betrachtet werden. Eine Pflegendende mit langjähriger Berufserfahrung bemerkt, dass die Zeit oft nicht reiche, palliative Pflege konsequent durchzuführen. Dies dürfte an den durch Spardruck knappen Stellenplänen liegen, insbesondere in der Pflege. „Wissen, was richtig ist, es aber nicht tun zu können“⁹ kann zu moralischem Distress bei klinisch Tätigen führen. Mehrere aus unterschiedlichen Perspektiven durchgeführte Untersuchungen objektivieren das Phänomen des moralischen Distress, vor allem für die Pflege [23, 14]. Nur wenige Studien untersuchten moralischen Distress bei Ärztinnen und Ärzten. Befunde von Oberle [25] zeigen, dass auch Ärzte Entscheide am Lebensende belastend empfinden. Hurst et al. [19] belegen, dass Ärzte ein breites Spektrum an ethischen Schwierigkeiten wahrnehmen, das von Sterbebegleitung bis zur Kostendeckung reicht. Ursachen für moralischen Distress können in einer unzureichenden ethischen Orientierung der Institution liegen, an der Unterminierung von Arbeitsstrukturen, was wiederum ethisch vertretbares Handeln am Krankenbett erschweren

⁹ Internationale Pflegefachtagung 2005: Pflegeethik – Luxus oder Notwendigkeit? Referat von Verena Tschudin, RN, PhD

oder unmöglich machen kann. Ohne institutions- und gesellschaftsethische Rahmenbedingungen kann Ethik am Krankenbett zur leeren Formel verkommen.

„Kosten“ haben keinen oder keinen primären Einfluss auf Therapieentscheide am Lebensende

Fast die Hälfte der Textstellen zum Faktor „Kosten“ sprechen sich tendenziell gegen eine primäre Beteiligung des Faktors bei Therapieentscheiden am Lebensende aus, weil 1.) *„Kosten“ keine primäre Indikation für eine Therapiebegrenzung sind bzw. sein sollen*, 2.) *kurative Therapien fortgeführt werden und „Kosten“ verursachen*, wenn Therapieentscheide zu spät oder gar nicht getroffen werden, wenn 3.) *durch teure Therapie ein Grundleiden geheilt werden kann*. Der 2. Befund enthält das Risiko der Überversorgung und ist damit von ethischer und zugleich ökonomischer Relevanz. Die ökonomische Frage bezieht sich auf den Einsatz der Mittel. Die Bestimmung der Ziele dagegen ist eine ethische Aufgabe [8]. Burchardi fordert, dass Ziele – und damit auch die Begrenzung von Therapien – aus einer medizinisch-ethischen Perspektive formuliert werden sollen. Er kann dem ökonomischen Druck sogar Positives abgewinnen, nämlich den Arzt von falschem Aktionismus abzuhalten und ihn zu zwingen, seine Maßnahmen durch tragfähige ethische Argumente zu begründen. Birnbacher schätzt Überdiagnostik, Überversorgung, defensive oder ineffiziente Medizin als ökonomisch und ethisch problematisch ein, weil sie Ressourcen verbrauchen, die anderweitig besser eingesetzt werden könnten [3]. Zweifel et al. betonen [33], dass der steile Kostenanstieg nicht primär eine Funktion des Faktors „Alter“, sondern der Todesnähe sei. Schneiderman et al. [28] konnten einen signifikant reduzierten Ressourcenverbrauch bei Patienten nachweisen, die auf der Intensivstation verstarben, wenn zuvor eine klinisch-ethische Beratung erfolgt war. Marckmann [20] zieht daraus das Fazit, dass wir möglicherweise eine

bessere ethische Entscheidungsgrundlage brauchen, um am Lebensende eine – auch ökonomisch – sinnvolle Ressourcenallokation zu erzielen. Dennoch ist es noch zu früh, beim aktuellen Stand der Entwicklung der klinischen Ethikkonsultation und ihrer Begleitforschung zu beurteilen, ob diese eine Kosten senkende Wirkung hätte, zudem bedarf es einer eigenen Untersuchung der Frage, ob und unter welchen Rahmenbedingungen dies tatsächlich wünschenswert wäre.

Strukturierung des Therapieentscheidungsprozesses

Die Befunde legen die Vermutung nahe, dass Therapieentscheide eher auf informellen als auf formellen, institutionalisierten Prozessen beruhen. Es wäre die Annahme zu prüfen, dass eine stärkere Strukturierung des Prozesses von Therapieentscheidungen durch die systematische Einbeziehung relevanter Daten – klinische, ethische, rechtliche und ökonomische Aspekte – zu ethisch besser vertretbaren Ergebnissen führen würde. Dies gilt auch für ethische Richtlinien, die noch wenig dokumentierten Niederschlag in Entscheidungsprozessen finden [2].

Reichweite der Studie

Die qualitative Untersuchung stützt sich auf spontan erfolgte Äußerungen von Pflegenden und ÄrztInnen, die Tabus enthalten. Neben den Vorzügen der Spontaneität und Authentizität haben qualitative Ansätze den Nachteil, dass sich die Befunde nicht generalisieren lassen; sie können jedoch auf mögliche vergleichbare Tendenzen bei analogen Stichproben verweisen. Wir haben die Möglichkeiten einer methodisch rigorosen qualitativen Forschung ausgeschöpft, indem wir eine Kombination qualitativer und quantitativer Analyseschritte bei der qualitativen Inhaltsanalyse durchgeführt haben, um die Unterschiede in der Ausprägung der Hauptkategorien zu verdeutlichen sowie die Da-

tenstruktur darzulegen. Während die Interviews in drei unterschiedlichen klinischen Abteilungen durchgeführt wurden, haben wir die Datenanalyse nicht gruppenspezifisch vorgenommen. Bei den größeren Häufigkeiten z. B. in den Unterkategorien „jüngere Patienten erhalten mehr Therapie als alte“ durch Intensivpflegefachpersonen und IntensivmedizinerInnen ist zu berücksichtigen, dass diese Gruppe auch mit jungen und jüngeren Patienten konfrontiert ist – anders die KollegInnen in der Geriatrie. Dies mag ein Grund dafür sein, dass die in der Intensivmedizin Tätigen darauf häufiger *spontan* verweisen. Hätten wir den Themenbereich explizit erfragt, statt die spontan geäußerten Textstellen zu untersuchen, wäre ein gruppenspezifischer Auswertungsmodus das Mittel der Wahl gewesen. Zur Differenzierung nach Berufszugehörigkeit (Ärzte – Pflegende) sind weitere Auswertungen in Vorbereitung.

Fazit

Die Studie zeigt, dass „Alter“ wesentlich häufiger *spontan* als Einflussfaktor bei Therapieentscheiden am Lebensende genannt wird als „Kosten“. Zudem gibt es Hinweise auf mögliche Ungleichbehandlung sowie auf Überversorgung von Patienten am Lebensende. Die Befunde stützen auch die Annahme, dass Therapieentscheidungen eher auf informellen, denn auf formellen, institutionalisierten Prozessen beruhen. Diesen Ergebnissen sollte man gezielt in komplementär angelegten Studien weiter nachgehen. Es wäre die Annahme zu prüfen, dass eine formelle, institutionalisierte Strukturierung des Therapieentscheidungsprozesses im Sinne einer Leitlinie die Risiken von Ungleichbehandlung und Überversorgung reduzieren und dadurch zu ethisch besser vertretbaren Ergebnissen beitragen könnte. Sinnvoll erscheint es bereits beim jetzigen Forschungsstand, klinisches Personal gezielt in der Reflexion von impliziten Faktoren wie „Alter“ hinsichtlich ethisch kontroverser Auswirkungen auf Therapieentscheidungen zu unterstützen und auch zu beachten, dass konfliktbehaftete Praxisformen auf Dauer moralischen Distress auslösen dürften.

Wir danken sehr herzlich unseren klinischen Kooperationspartnern und allen Interviewern für Engagement und Vertrauen (aus Gründen garantierter Anonymität möchten wir keine Namen aufführen), dem Schweizerischen Nationalfonds für die großzügige Förderung und Katrin Nussbaumel (Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Juristischen Fakultät der Universität Basel) für ihre wertvollen Anregungen.

Interessenkonflikte: keine

Anschrift

Heidi Albisser Schleger, MSc

Institut für Angewandte Ethik und Medizinethik
Universität Basel
Missionsstraße 21
4055 Basel, Schweiz
E-Mail: heidi.albisser@unibas.ch

Literatur

1. Baberg HT, Kielstein R, de Zeeuw J, Sass HM (2002) Behandlungsgebot und Behandlungsbegrenzung: Einflussfaktoren klinischer Entscheidungsprozesse. Dtsch Med Wochenschr. 2002 Aug 2;127 (31/32):1633–1637
2. Bartels S, Parker M, Hope T, Reiter-Theil S (2005) Wie hilfreich sind „ethische Richtlinien“ am Einzelfall. Eine vergleichende kasuistische Analyse der Deutschen Grundsätze. Britischen Guidelines und Schweizerischen Richtlinien zur Sterbebegleitung. Ethik Med 17:191–205
3. Birnbacher D (1997) Editorial. Ethik Med 9:175
4. Bowlind A, Jacobson B, Southgate I (1993) Health services priorities. Social Science & Medicine 37:851–857
5. Bowlind A, Bond M, Mc Kee D et al (2001) Equity in access to exercise tolerance testing, coronary angiography, and coronary artery bypass grafting by age, sex and clinical indications. Heart 85:680–686
6. Breyer F (2005) Rationierung von GKV-Leistungen nach dem Alter? Pro. Dtsch Med Wochenschr 130:349–350
7. Brockmann H (2000) Why is health treatment for the elderly less expensive than for the rest of the population? Health care rationing in Germany. MPIDR Working paper WP 2000-001. <http://www.demogr.mpg.de>
8. Burchardi H (2004) Begrenzung oder Beendigung der Behandlung. In: Sass HM, May AT (Hrsg) Behandlungsgebot oder Behandlungsverzicht: Klinisch-ethische Epikrisen zu ärztlichen Entscheidungskonflikten. Lit, Münster, S 333–348
9. Callahan D (1996) Aging and the Allocation of Resources. In: Oberender P (Hrsg) Alter und Gesundheit. Nomos, Baden-Baden, S 83–92
10. Coney S (1995) NZ health minister's disclosure of patient data. The Lancet 345:310–311

11. Daniels N (2003) Das Argument der Altersrationierung im Ansatz kluger Lebensplanung. In: Marckmann G (Hrsg) Gesundheitsversorgung im Alter. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischem Zwang. Schattauer, Stuttgart New York, S 151–169
12. Dietrich F, Imhoff M, Kliemt H (2003) Mikroallokation medizinischer Ressourcen. Medizinische, medizinethische und gesundheitsökonomische Aspekte der Knappheit medizinischer Ressourcen. Schattauer, Stuttgart
13. Elder AT (2005) Which benchmarks for age discrimination in acute coronary syndromes? *Age and Aging* 34 (1):4–5
14. Elpern EH, Covert B et al (2005) Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *Am J Crit Care* 14(6): 523–530
15. Giordano S (2005) Respect for Equality and the Treatment of the Elderly: Declaration of Human Rights and Age-Based Rationing. *Quarterly of Healthcare Ethics* 14:83–92, Cambridge University Press
16. Hamel MB et al (1999a) Patient Age and Decisions To Withhold Life-Sustaining Treatments from Seriously Ill, Hospitalized Adults. *Annals of Internal Medicine* 130:116–125
17. Hamel MB et al (1999b) Older Age, Aggressiveness of Care, and Survival for Seriously Ill, Hospitalized Adults. *Annals of Internal Medicine* 131:721–728
18. Hurst S, Slowther A, Forde R, Pegoraro R, Reiter-Theil S et al (in press/2006) Prevalence and Determinants of Physician Bedside Rationing in Four European Countries. *Journal of General Internal Medicine*
19. Hurst S, Perrier A, Pegoraro R, Reiter-Theil S, Forde R, Slowther A, Garrett-Mayer E, Danis M (in press/2006) European Physicians' Experience with Ethical Difficulties in Clinical Practice. *J Med Ethics*
20. Marckmann G (2005) Alter als Verteilungskriterium in der Gesundheitsvorsorge? – Contra. *Dtsch Med Wochenschr* 130(7):351–352
21. Mayring P (2000) Qualitative Inhaltsanalyse. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [Online Journal]* 1(2). Abrufbar über: <http://qualitative-research.net/fqs/fqs-d/2-00inhalt-d.htm>
22. Mayring P (2001) Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [Online Journal]* 2(1). Verfügbar über: <http://qualitative-research.net/fqs/fqs.htm>
23. Meltzer LS, Huckabay LM (2004) Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *Am J Crit Care* 13(3):202–208
24. Nuckton TJ, List ND (1995) Age as a Factor in Critical Care Unit Admissions. *Arch Intern Med* 155:1087–1092
25. Oberle K, Hughes D (2001) Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *J Adv Nurs* 33(6):707–715
26. Reiter-Theil S (2003) Ethics of End-of-life Decisions in the Elderly. *Deliberations from the ECOPE Study. Ballière's Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 17(2):273–287
27. Ryyänänen OP, Myllykangas M, Takala J (1996) Random paired scenarios – a method for investigating attitudes for investigating to prioritisation in medicine. *J Med Ethics* 22:238–242
28. Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD, Dugan DO, Blustein J, Cranford R et al (2003) Effects of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 290:1166–1172
29. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2004) Richtlinie zur Betreuung von Patienten und Patientinnen am Lebensende. www.samw.de
30. Shahi CN, Rathore SS, Wang Y et al (2001) Quality of care among elderly patients hospitalized with unstable angina. *Am Heart J* 142:142–163
31. Simmen N (2005) An interpretative phenomenological study of the meaning of resource allocation experienced by nurses working on a palliative care unit in Switzerland. Unveröffentlichte Arbeit, European Institute of Health and Medical Sciences, University of Surrey, England, www.palliativtherapie.ch
32. Williams A (1997) Intergenerational Equity: An exploration of the "Fair innings" Argument. *Health Economics* 6: 117–132
33. Zweifel P, Felder S, Werblow A (2004) Population ageing and health care expenditure: New evidence on the 'red herring'. *Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice* 29 (4):653–667