

Aus dem Institut für Ethik und Geschichte in der Medizin
(Prof. Dr. med. C. Wieseemann)
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

Intensivmedizin im Spannungsfeld zwischen Über- und Unterversorgung

Eine empirische Befragung von ÄrztInnen und Pflegenden
auf Intensivstationen

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät der
Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Anita Dorothea Adolph

aus

Burg

Göttingen 2021

Dekan: Prof. Dr. med. W. Brück

Betreuungsausschuss

Betreuer/in Prof. Dr. phil. A. Simon

Ko-Betreuer/in: Prof. Dr. med. O. Mörer

Prüfungskommission

Referent/in Prof. Dr. phil. A. Simon.....

Ko-Referent/in: Prof. Dr. med. O. Mörer.....

Drittreferent/in: Prof. Dr. hum. biol. M. Schön.....

Datum der mündlichen Prüfung: 20.07.2022.....

Hiermit erkläre ich, die Dissertation mit dem Titel

"Intensivmedizin im Spannungsfeld zwischen Über- und
Unterversorgung Eine empirische Befragung von ÄrztInnen
und Pflegenden auf Intensivstationen"

eigenständig angefertigt und keine anderen als die von mir
angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet zu haben.

Göttingen, den
.....
(Unterschrift)

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
1 Einleitung	1
1.1 Demografie.....	3
1.2 Alter und Gesundheit	3
1.3 Folgen für die Krankenhausversorgung	5
1.4 Gesundheit als Kosten- und Wirtschaftsfaktor.....	6
1.5 Rationierung im Gesundheitswesen.....	9
1.5.1 Begrifflichkeiten: Rationalisierung, Priorisierung, Rationierung.....	9
1.5.2 Altersrationierung	11
1.5.3 Rationierung im ärztlichen und pflegerischen Alltag	13
1.5.4 Rationierungskriterien	14
1.5.5 Was wird rationiert?	16
1.5.6 Folgen von Rationierungsentscheidungen für die Behandelnden.....	17
1.6 Überversorgung / Medizinische Sinnlosigkeit (<i>Medical Futility</i>)	18
1.6.1 Begriffsklärung: Wie wird <i>Futility</i> definiert?	18
1.6.2 Wahrnehmung von <i>Futility</i> oder Überversorgung im klinischen Alltag	21
1.6.3 Gründe für Überversorgung	21
1.6.4 Folgen von Überversorgung	22
1.6.5 Fazit.....	23
1.7 Zusammenfassung	23
1.8 Forschungsfragen.....	27
2 Material und Methoden	29
2.1 Die Stichprobe.....	29
2.2 Der Fragebogen.....	29
2.3 Versand der Fragebögen	31
2.4 Bearbeitung der Fragebögen und statistische Auswertung.....	32
3 Ergebnisse.....	33
3.1 Soziodemografische Daten	33
3.1.1 Berufliche Erfahrung.....	35
3.1.2 Alter und Geschlecht der Studienteilnehmenden	36
3.1.3 Kliniken	36
3.2 Allgemeine Aussagen zum Umgang mit Mittelknappheit in der Medizin.....	37
3.3 Begrenzung medizinischer Leistungen	40
3.3.1 Nichterbringen potenziell nützlicher Leistungen.....	40

3.3.2	Nichterbringen potenziell nützlicher Leistungen aufgrund des fortgeschrittenen PatientInnenalters.....	44
3.3.3	Persönliche Erfahrung mit dem Nichterbringen potenziell nützlicher Leistungen aufgrund des fortgeschrittenen PatientInnenalters	46
3.4	Sinnlosigkeit von Maßnahmen: <i>Medical Futility</i>	49
3.4.1	Persönliche Belastung durch als sinnlos empfundene Maßnahme	52
3.5	Wahrnehmung einer PatientIn als fortgeschritten alt.....	53
3.6	Zusammenfassung	54
4	Diskussion.....	58
4.1	Unterversorgung vs. sinnvolle Begrenzung von medizinischen Maßnahmen.....	59
4.2	Übersorgung oder die Sinnlosigkeit von medizinischen Maßnahmen (<i>Medical Futility</i>).....	62
4.3	Auswirkungen auf die Behandelnden.....	63
4.4	Welche Rolle spielt das Alter?	63
4.5	Versuch einer ethischen Annäherung	65
5	Zusammenfassung und Ausblick	70
6	Anhang	72
6.1	Fragebogen für ÄrztInnen	72
6.2	Fragebogen für Pflegende.....	77
6.3	Auszählungen.....	82
6.4	Freitextantworten ÄrztInnen	90
6.5	Freitextantworten Pflegefachkräfte	96
6.6	Zum Recall	99
7	Literaturverzeichnis	100

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Tätigkeitsjahre in der Medizin	35
Abbildung 2: Alter der Studienteilnehmenden	36
Abbildung 3: Geschlecht der Studienteilnehmenden	36
Abbildung 4: Allgemeine Aussagen zum Umgang mit Mittelknappheit in der Medizin 1.	37
Abbildung 5: Allgemeine Aussagen zum Umgang mit Mittelknappheit in der Medizin 2.	37
Abbildung 6: Allgemeine Aussagen zum Umgang mit Mittelknappheit in der Medizin 3	38
Abbildung 7: Allgemeine Aussagen zum Umgang mit Mittelknappheit in der Medizin 4	39
Abbildung 8: Alter als sinnvolles Kriterium für Leistungsbegrenzungen.....	40
Abbildung 9: Wahrnehmung von Leistungsbegrenzungen.....	40
Abbildung 10: Häufigkeit von Leistungsbegrenzungen	41
Abbildung 11: Gründe für Leistungsbegrenzungen.....	42
Abbildung 12: Häufigkeit von Leistungsbegrenzungen bei alten PatientInnen	45
Abbildung 13: Gründe für Leistungsbegrenzungen bei PatientInnen in fortgeschrittenem Alter	45
Abbildung 14: Persönliche Erfahrung mit Leistungsbegrenzungen aufgrund des Alters.....	46
Abbildung 15: Häufigkeit von Leistungsbegrenzungen aufgrund des Alters	47
Abbildung 16: Persönliche Belastung durch Leistungsbegrenzungen	47
Abbildung 17: Maßnahmen, die von ÄrztInnen vorenthalten werden.....	48
Abbildung 18: Wahrnehmung von Behandlungen als <i>futile</i>	49
Abbildung 19: Häufigkeit von als sinnlos empfundenen Maßnahmen.....	49
Abbildung 20: Gründe, Maßnahmen als sinnlos zu empfinden.....	50
Abbildung 21: <i>Futility</i> durch entgegengesprechenden PatientInnenwillen	51
Abbildung 22: Persönliche Belastung durch <i>Futility</i>	52
Abbildung 23: Unterschiedliche persönliche Belastung zwischen Männern und Frauen	52
Abbildung 24: Wahrnehmung des PatientInnenalters.....	53
Abbildung 25: Kommentare zur Wahrnehmung des Alters.....	54

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Mögliche Gründe für Maßnahmenbegrenzung.....	30
Tabelle 2: Mögliche Gründe für <i>Futility</i>	31
Tabelle 3: Soziodemografische Daten.....	34
Tabelle 4: Klinikmerkmale	35

1 Einleitung

Der ökonomische Druck im Krankenhaus erhöht sich stetig. Zunehmend sei ein Auseinanderdriften des medizinisch Machbaren und des sozial Finanzierbaren zu beobachten (Marckmann 2007). Dabei werden der demografische Wandel sowie der medizintechnische Fortschritt als Kostentreiber auf der Ausgabenseite ins Feld geführt. Demgegenüber stehen sinkende Einnahmen auf der Einnahmenseite, da sich die Abnahme der Zahl der Erwerbstätigen gegenüber den immer zahlreicher werdenden RentenbezieherInnen auch in den nächsten Jahren fortsetzen wird. Ohne grundlegende Veränderung der Finanzierung der Gesundheitsleistungen und der derzeitigen Vergütung von Krankenhausleistungen über das Fallpauschalensystem ist eine finanzielle Entlastung nicht in Sicht.

Als Konsequenz hierauf wird in der Debatte um die Verteilung von begrenzten medizinischen Ressourcen immer wieder die Unausweichlichkeit von Leistungsbeschränkungen in Form von Rationierungsmaßnahmen diskutiert. Dabei scheint der Tenor zu sein, dass es weniger darum geht, ob Rationierungsmaßnahmen notwendig sind oder nicht, sondern nur noch wie diese möglichst gerecht zu realisieren seien (Zimmermann-Acklin 2012).

Forschungsergebnisse zum Thema bestätigen, dass Rationierungsmaßnahmen längst Realität auf deutschen und ausländischen Stationen sind (Strech et al. 2009; Boldt und Schöllhorn 2008; Reifferscheid et al. 2015). Problematisch hieran ist vor allem, dass es sich um eine Form der impliziten Rationierung am Krankenbett handelt, die nicht nach einheitlichen Kriterien erfolgt, weswegen die Behandelnden keine für alle gleichermaßen geltenden Standards aufrechterhalten können. Hieraus folgt unweigerlich eine ungerechte Allokation von begrenzten medizinischen Ressourcen.

Die Intensivmedizin kann hier als Exempel dienen, weil sie zum Hochkostenbereich der Medizin gehört. Innerhalb des Krankenhauses verursacht sie 20 % der Kosten (Chalfin 1995). Sie ist zum einen besonders stark vom medizintechnischen Fortschritt betroffen, zum anderen gehören immer mehr ältere und alte PatientInnen zur behandelten Klientel (Ihra et al. 2012; Bagshaw et al. 2009). Zunehmend verschieben sich hier die Grenzen des medizinisch Machbaren und der Möglichkeit der Lebenserhaltung in einen Bereich, der nicht unweigerlich von allen Beteiligten als Segen erfahren wird. Studien konnten zeigen, dass die Wahrnehmung von teuren, aussichtslosen Behandlungen auf Intensivstationen verbreitet ist (Albisser Schleger et al. 2008; Huynh et al. 2013) und dass die Fortführung von ungewollten, aggressiven Behandlungen bei sterbenden PatientInnen unter ÄrztInnen und Pflegenden als extrem belastend beschrieben wird (Hamric und Blackhall 2007).

Aus diesen, aber auch aus Gründen der Verteilungsgerechtigkeit muss sich die Intensivmedizin einer kritischen Betrachtung über die Grenzen medizinischen Handelns unterziehen. Dabei steht der Ruf nach Leistungsbegrenzungen auf der einen Seite in deutlichem Gegensatz zu dem beschriebenen Maß an sinnlosen und teuren Behandlungen auf der anderen Seite.

In diesem Spannungsfeld ist die vorliegende Arbeit angesiedelt. Ziel war es genauer zu beleuchten, in welchem Ausmaß Über- und Unterversorgung auf Intensivstationen existieren, um eine an den klinischen Gegebenheiten orientierte ethische Einschätzung vornehmen zu können und so neue Impulse und Denkanstöße für die Rationierungsdebatte zu gewinnen. Hierzu wurde mittels Fragebogen eine deutschlandweite Befragung von auf der Intensivstation tätigen ÄrztInnen und Pflegenden durchgeführt.

Unterversorgung sollte erfasst werden, indem die Studienteilnehmenden danach gefragt wurden, ob und wenn ja, wie häufig sie schon einmal erlebt hätten, dass Maßnahmen, die sie für potenziell nützlich hielten, vorenthalten worden sind. Überversorgung hingegen sollte durch die Wahrnehmung der Befragten von Behandlungen als *futile* aufgedeckt werden. Der Fragebogen wurde so konzipiert, dass in der Interpretation der Ergebnisse herausgearbeitet werden konnte, welche Rolle das Alter einer PatientIn in Bezug auf die Wahrnehmung von Über- und Unterversorgung bei den Befragten spielte.

Die vorliegende Arbeit gibt zunächst einen Abriss über die derzeitige demografische Entwicklung in Deutschland und ihre Bedeutung für die Krankenhausversorgung. Dabei wird auf das Gesundheitssystem als Kosten- aber auch als Wirtschaftsfaktor eingegangen. In diesem Rahmen soll auch der Begriff der Mittelknappheit kurz kritisch beleuchtet werden. Die in der Allokation von medizinischen Ressourcen eine Rolle spielenden Mechanismen Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung werden erläutert, um im Folgenden darauf einzugehen, inwiefern Rationierungsentscheidungen bereits heute zum ärztlichen und pflegerischen Alltag gehören und welche Rolle das Alter in diesem Zusammenhang spielt. Überversorgung wird anhand des Begriffes *Medical Futility* erläutert und die existierenden Studienergebnisse zum Thema werden dargestellt.

Im Anschluss an die Vorstellung der Forschungsfragen wird das methodische Vorgehen erläutert und die Ergebnisse der Umfrage werden präsentiert. Der kurzen Zusammenfassung der Hauptergebnisse folgt die ausführliche Diskussion und Interpretation. Abschließend werden die zentralen Aussagen der Studie noch einmal zusammengefasst.

Der Titel der Arbeit wurde im Laufe der Bearbeitung des Themas verändert. Der ursprüngliche Titel lautete „Welche Auswirkungen haben Mittelknappheit und demografischer Wandel auf Entscheidungen in der Intensivmedizin?“. Er wurde fallen gelassen, da die Gründe für wahrgenommene Über- und Unterversorgung, die mittels des Fragebogens herausgearbeitet werden sollten, vielfältiger waren und nicht auf die Kriterien

demografischer Wandel und Mittelknappheit begrenzt bleiben sollten. Um der Offenheit in der Befragung eher zu entsprechen, wurde auch der Titel der Arbeit weiter gefasst.

1.1 Demografie

Die Lebenserwartung in Deutschland ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen und sie wird auch in den nächsten Jahrzehnten weiter zunehmen. Diese Zunahme ist vor allem auf einen Gewinn an Lebensjahren im hohen Alter zurückzuführen. Das Statistische Bundesamt geht in seinen Analysen davon aus, dass die veränderte Altersstruktur in Deutschland den dominanten Faktor der Bevölkerungsentwicklung in den nächsten Jahrzehnten darstellen wird. Es ist mit einer Abnahme der Personenzahl im Erwerbsalter von 61 % auf 54 % im Jahr 2030 zu rechnen sein (Statistisches Bundesamt 2011).

Dies bestätigen auch neuere Berechnungen aus dem Jahr 2019, die von einem Anteil der Erwerbstätigen zwischen 53 und 56 % im Jahr 2060 ausgehen. Zugleich werden die 65-Jährigen und Älteren immer zahlreicher. Zwischen 1990 und 2018 stieg die Zahl von 10,4 Millionen um 54 % auf 15,9 Millionen. Sie wird in den nächsten 20 Jahren weiter auf mindestens 20,9 Millionen anwachsen. Der Anteil dieser Bevölkerungsgruppe wird bis 2040 einen besonders steilen Anstieg verzeichnen und bis 2060 zwischen 24 bis 30 % betragen (2018 noch 19 %). Innerhalb dieser Altersgruppe werden insbesondere die Hochaltrigen (>80 Jahre) einen immer höheren Anteil annehmen (2060 zwischen 9 und 13 %) (Statistisches Bundesamt 2019b).

Während im Jahr 1991 24 Personen über 65 Jahre auf 100 Personen im Erwerbsalter entfielen (Statistisches Bundesamt 2011), waren es im Jahr 2018 31 Personen. Bis 2038 wird der sogenannte Altenquotient steil ansteigen und je nach Modellrechnung zwischen 44 und 49 Personen im Rentenalter auf 100 Personen im Erwerbsalter betragen. Das hieße, dass nur noch ca. zwei Personen im Erwerbsalter einer potenziellen RentenbezieherIn gegenüberstünden. Anschließend würde der Altenquotient bei moderater Entwicklung dann vorerst etwas stagnieren, um bis zum Jahr 2060 50 zu erreichen (im Modell der relativ alten Bevölkerung sogar 57) (Statistisches Bundesamt 2019b). Trotz der verbesserten medizinischen Versorgung ist gleichzeitig mit einer Zunahme an Sterbefällen in den nächsten Jahren zu rechnen. Bis Anfang der 2000er Jahre sanken die Zahlen der Sterbefälle in Deutschland. Durch die veränderte Altersstruktur der Bevölkerung zugunsten der Älteren muss in Zukunft jedoch von einem Anstieg der Sterbefälle ausgegangen werden (Statistisches Bundesamt 2011).

1.2 Alter und Gesundheit

Mit dem demografischen Wandel verschiebt sich die Altersstruktur hin zu jenen Altersgruppen, die mit höherem Risiko pflegebedürftig oder aufgrund einer Erkrankung stationär behandlungspflichtig werden. Fraglich ist jedoch welches Ausmaß dies auf die

Zahl der im Krankenhaus zu behandelnden Personen hat und haben wird. Es ist dabei durchaus umstritten, ob Menschen bei einem Anstieg der Lebenserwartung länger gesund und autonom leben oder die gewonnenen Lebensjahre vermehrt in Krankheit und Pflegebedürftigkeit verbringen werden. Für beide Annahmen existieren unterschiedliche Szenarien. Je nachdem, ob man eher der Annahme folgt, dass höheres Alter zu einer längeren Phase von Krankheit und/oder Pflegebedürftigkeit führt (sogenannte Expansionstheorie nach Gruenberg (1977)) oder diese in das höhere Lebensalter verschoben wird (sogenannte Kompressionstheorie nach Fries (1980)), fallen die erwarteten Zahlen für notwendige Krankenhausbehandlungen unterschiedlich hoch aus.

Dem Status-quo-Szenario nach wäre aufgrund der alternden Bevölkerung von einem deutlichen Anstieg der Krankenhausesfälle auszugehen. Hier werden für die Vorausberechnungen die alters- und geschlechtsspezifischen Diagnosewahrscheinlichkeiten aus den Jahren 2006 bis 2008 der vorausberechneten und der in ihrer Altersstruktur veränderten Bevölkerung zugrunde gelegt. Nach diesem Modell würde bis 2030 der Anteil der Krankenhausesfälle der 60- bis 80-Jährigen auf 42 % anwachsen (2008 35 %). Der Anteil der über 80-Jährigen in stationärer Behandlung würde dabei wahrscheinlich schon bis 2020 deutlich steigen (von 13,9 % im Jahr 2008 auf 19,5 % in 2020), jedoch danach nur noch leicht zunehmen. Demnach könnte sich die Zahl der Krankenhausesfälle bis 2030 von 17,9 Millionen um 1,4 Millionen Fälle auf 19,3 Millionen erhöhen, was einem Anstieg um ca. 8 % entspräche (Expansionstheorie). Ein anderes Modell geht von einer in Zukunft sinkenden Behandlungsquote der über 60-Jährigen aus. Danach führt eine steigende Lebenserwartung nicht zu einer Verlängerung der Phase schwerer Krankheit vor dem Tod, sondern zu einer Verschiebung des Zeitraums, in der schwere Erkrankungen auftreten (Kompressionstheorie). Berechnungen nach, die diesem Szenario folgen, fiel bis 2020 der Anstieg der Krankheitsfälle um einiges geringer aus (0,5 Millionen Fälle weniger) und bliebe dann bis 2030 annähernd konstant (Statistisches Bundesamt 2010). Seitens des statistischen Bundesamtes lagen 2020 keine aktuelleren Zahlen vor.

Es ist anzunehmen, dass die Verbesserungen in der medizinischen und öffentlichen Gesundheitsversorgung, in Bildung, Ernährung und des allgemeinen Lebensstandards nicht nur zu einer Verlängerung des Lebens führen, sondern auch die Phase der Seneszenz ins höhere Lebensalter verschieben (Vaupel 2010). In einer Alters-Studie wurden knapp Zweidrittel der noch lebenden Dänen des Geburtsjahrganges 1905 über einen Zeitraum von acht Jahren auf physische und kognitive Unabhängigkeit untersucht. Hier konnte ebenfalls nicht bestätigt werden, dass eine höhere Lebenserwartung mit höherer Wahrscheinlichkeit in Krankheit und Abhängigkeit im Alter mündet. Im Gegenteil: Die Forschungsergebnisse legten nahe, dass physische und kognitive Leistungsfähigkeit sowie der Grad der Abhängigkeit der zwischen 92- bis 100-Jährigen über den Untersuchungszeitraum stabil waren. Die Verschlechterung des Gesundheitsstatus und die Zunahme der Abhängigkeit betrafen nicht die gesamte Kohorte, sondern vollzogen sich auf dem individuellen Niveau. Die Gebrechlichsten unter den Alten, waren nicht die

Ältesten unter ihnen, sondern diejenigen mit der höchsten Wahrscheinlichkeit bald zu versterben (Christensen et al. 2008). Nicht das Alter per se korreliert mit Krankheit und Verlust von Selbstständigkeit, sondern die individuelle Nähe zum Tod.

1.3 Folgen für die Krankenhausversorgung

Nach beiden Modellen ist eine Erhöhung der Krankenhaufälle von 17,9 Millionen 2008 auf zwischen 18,3 und 19,3 Millionen Fälle 2030 zu erwarten. Trotz der berechneten Unterschiede bezüglich benötigter Krankenhauskapazitäten und ohne Berücksichtigung der Entwicklung der Krankenhausverweildauer zeigt sich die Tendenz: Der Bedarf wird steigen. Ohne das genaue Ausmaß vorhersagen zu können, ist davon auszugehen, dass der Anteil der älteren Personen an allen stationären Behandlungen zunehmen wird und dass eine höhere Behandlungsbedürftigkeit bei älteren Menschen in Verbindung mit den demografischen Veränderungen zu insgesamt mehr Krankenhausbehandlungen und damit steigenden Kosten führen wird (Statistisches Bundesamt 2010).

Trotz der oben aufgezeigten Tendenzen ist in den letzten Jahrzehnten ein Rückgang der Zahl der gesamten Krankenhausbetten zu verzeichnen, während die Intensivbetten im gleichen Zeitraum deutlich zugenommen haben. Zwischen 1991 und 2018 nahm die bundesweite Bettenkapazität um 25 % ab. Erst seit 2018 haben sich die Bettenzahlen in den Krankenhäusern wieder leicht erhöht. Die Kapazität an Intensivbetten stieg hingegen um 36 %, von 20 200 Betten im Jahr 1991 auf 27 500 im Jahr 2018 (Statistisches Bundesamt 2020b).

Untersuchungen zu Vorhaltung und Nutzung von Intensivbetten in Deutschland haben gezeigt, dass, unabhängig von der Krankenhausgröße, die Intensivkapazitäten in Deutschland in den letzten beiden Jahrzehnten kontinuierlich zugenommen haben. In der Analyse, die sich auf die Jahre 1991 bis 2009 bezieht, zeigte sich, dass trotz steigender Intensivkapazitäten auch die Auslastung zugenommen hatte. Die Auslastung lag im Untersuchungszeitraum zwischen 70 und 85 % - Tendenz steigend. Bei insgesamt erhöhten Intensivkapazitäten mit stärkerer Auslastung bei zugleich sinkender Zahl an Betten auf den Normalstationen erhöhte sich der Anteil von Intensivbelegtagen an allen Belegtagen (Thattil et al. 2012). Wie im vorherigen Abschnitt beschrieben nimmt dabei der Anteil der Älteren auf den Intensivstationen zu. Eine Studie aus Österreich zeigte, dass in den Jahren zwischen 1998 und 2008 der Anteil alter PatientInnen (> 80 Jahre), die auf die Intensivstation aufgenommen wurden, von 11,5 % auf 15,3 % zugenommen hat (bei gleichbleibendem durchschnittlichen Alter der über 80-Jährigen). Hier zeigte sich außerdem, dass die Erkrankungsschwere der aufgenommenen PatientInnen über die Jahre zugenommen und sich die durchschnittliche Intensivaufenthaltsdauer verlängert hatte. Bei den über 80-Jährigen war sie dennoch insgesamt kürzer als bei den unter 80-Jährigen. Das Risiko im Krankenhaus zu versterben war dabei für ältere PatientInnen höher als für Jüngere, wobei die risikobereinigte Mortalität („risk adjusted mortality rate“) aller

untersuchten PatientInnen über die Jahre abgenommen hatte (Ihra et al. 2012). In weiteren Ländern konnten ähnliche Zahlen ermittelt werden. Eine retrospektiv für die Jahre 2000 bis 2005 in Australien und Neuseeland durchgeführte Multicenter-Kohortenstudie ermittelte einen Anteil über 80- Jähriger von 13 %. Im Untersuchungszeitraum stieg die Aufnahme rate dieser Altersklasse um 5,6 % pro Jahr (Bagshaw et al. 2009). Inwiefern allein der objektive Bedarf an intensivmedizinischer Behandlung zugenommen hat oder dieser auf eine veränderte Indikationsstellung bei älteren und schwer kranken PatientInnen zurückgeführt werden kann, soll an dieser Stelle nicht weiter diskutiert werden.

Im europaweiten Vergleich hält Deutschland bereits die stärksten Intensivkapazitäten vor. Deutschland führt die Liste mit den meisten Intensiv (ITS)/ Intermediate Care (IMC)-Betten pro Kopf an. Während Portugal mit 4,2 ITS-/ IMC-Betten pro 100 000 Einwohner ausgestattet ist, stehen in Deutschland 29,2 ITS- / IMC-Betten pro 100 000 Einwohner zur Verfügung (die nicht einheitliche Definition eines Intensivbettes führt zu leichten Ungenauigkeiten der Angaben) (Rhodes et al. 2012). Im Jahr 2020 standen in Deutschland sogar 33,9 Intensivbetten pro EinwohnerIn zur Verfügung (Statistisches Bundesamt 2020c). Interessanterweise korrelieren die durchschnittlichen pro-Kopf-Bettenzahlen der verglichenen Länder kaum mit dem Brutto-Inlands-Produkt, den Gesundheitsausgaben oder dem Alten-Anteil der jeweiligen Länder (Rhodes et al. 2012). Dies bestätigen die Zahlen von Wunsch et al. (2008): Im Datenvergleich aus acht Industrienationen in Europa und Nordamerika konnte sie und ihre KollegInnen zeigen, dass mit Ausnahme der USA die Intensivbettenzahl mit denen der gesamten Krankenhausbetten korreliert (593 Krankenhausbetten pro 100 000 Einwohner in Deutschland im Vergleich zu 298/100 000 im Vereinigten Königreich, davon durchschnittlich 3,3 Intensivbetten). Darüber hinaus war eine niedrige Zahl an Intensivbetten mit einer erhöhten Krankenhausmortalität verbunden.

Fazit: Obwohl die Zahl der gesamten Krankenhausbetten in den letzten Jahren abgenommen hat, wurden gleichzeitig die Intensivkapazitäten in Deutschland erhöht. Trotzdem wird der Bedarf an Intensivbetten auch in den nächsten Jahrzehnten weiter steigen. Auf den Intensivstationen gehören schon heute immer mehr ältere und alte PatientInnen zur behandlungsbedürftigen Klientel. Dabei nimmt gleichzeitig die Erkrankungsschwere der aufgenommenen PatientInnen als auch die Auslastung der Intensivstationen zu. Im internationalen Vergleich stehen in Deutschland immer noch viele Krankenhaus- und insbesondere viele Intensivbetten Verfügung.

1.4 Gesundheit als Kosten- und Wirtschaftsfaktor

Der demografische Wandel und der damit verbundene zunehmende Bedarf an medizinischen Leistungen sowie der medizintechnische Fortschritt trieben das deutsche Gesundheitssystem stetig in die Ressourcenknappheit und Kostenexplosion

(Oduncu 2012). Es sei ein Auseinanderdriften des medizinisch Machbaren und des sozial Finanzierbaren zu beobachten (Marckmann 2007).

In Deutschland wurde 2017 mehr als ein Zehntel der Gesamtwirtschaftsleistung, das sind 375,6 Milliarden Euro, für Gesundheit ausgegeben. Verglichen zum Vorjahr 2016 wurden 16,9 Milliarden, das entspricht 4,7 %, mehr ausgegeben. Der Anteil der Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt lag bei 11,5 % (Statistisches Bundesamt 2019a). Gemessen an der Gesamtwirtschaftsleistung gab Deutschland nach Frankreich den zweithöchsten Anteil für Gesundheitsausgaben aus (Statistisches Bundesamt 2020a). Einen etwas längeren Zeitraum betrachtend stiegen die Ausgaben zwischen 1992 und 2013 um insgesamt 156 Milliarden Euro (preisbereinigt und den Einfluss der Inflation herausgerechnet ein Plus von 38,3 %). Dies entspricht in Relation zur Wirtschaftsleistung einem moderaten Anstieg von 1,8 Prozentpunkten auf 11,2 % des Bruttoinlandsproduktes im Jahr 2013. Diese Betrachtung relativiert deutlich, dass es sich bei dem Anstieg der Gesundheitsausgaben in den letzten Jahren um eine Kostenexplosion handeln soll (Lieb 2014).

Die Darstellung des Gesundheitswesens als maßgeblichen Kostenfaktor und Belastung für die Volkswirtschaft vernachlässigt außerdem die erhebliche ökonomische Bedeutung der Gesundheit als eigenen Wirtschaftszweig. Im Jahr 2018 lag die Bruttowertschöpfung im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft bei knapp 370 Milliarden Euro. Dies entsprach mehr als 12 % der Wertschöpfung der Gesamtwirtschaft desselben Jahres. Die sogenannte Gesundheitswirtschaft wuchs mit jährlich 4,1 % stärker als das Bruttoinlandsprodukt selbst. Dabei hängt die Stärke der Gesundheitswirtschaft maßgeblich von der Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen, also dem Versorgungsbedarf in der Bevölkerung, ab. Ein durch die demografische Entwicklung bedingter steigender Bedarf an Gesundheitsleistungen stärkt also gleichzeitig die Gesundheitswirtschaft. Das Bundesgesundheitsministerium selbst weist darüber hinaus darauf hin, dass die hohen Ausgaben für das Gesundheitswesen zwar eine Belastung für die Wirtschaft und die Beschäftigten seien, dass eine gute Gesundheitsversorgung über die ökonomische Bedeutung des Gesundheitssektors hinaus jedoch einen immensen volkswirtschaftlichen Nutzen hat: Es trägt nämlich im Wesentlichen dazu bei die Erwerbsfähigkeit und Produktivität der Beschäftigten zu erhalten (Bundesministerium für Gesundheit 2019b).

Innerhalb der Gesundheitsausgaben übertreffen die Ausgaben in allen ambulanten Einrichtungen die Ausgaben der stationären und teilstationären Einrichtungen. Unter letzteren dominierten 2013 die Ausgaben in den Krankenhäusern. So machten die Krankenhausaussgaben 26,1 % aller Gesundheitsausgaben aus (Robert-Koch-Institut 2015).

Im Krankenhaus selbst entfielen wiederum circa 20 % der Kosten auf die Intensivmedizin (Chalfin 1995). Die absoluten Kosten, die eine IntensivpatientIn pro Tag verursacht, variieren abhängig von den Versorgungsstufen der Krankenhäuser, in denen die Person behandelt wird, zwischen Kosten von 791 +/- 305 Euro (Haus der Grundversorgung) und 923 +/- 306 Euro (Haus der Maximalversorgung). Sie hängen dabei maßgeblich von der

Schwere der Erkrankung und der Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation ab. Die höchsten Kosten verursachen dabei PatientInnen, die beatmungspflichtig sind, eine hohe Erkrankungsschwere und/oder Sepsis aufweisen sowie PatientInnen, die den Intensivaufenthalt nicht überleben. So verursachen zum Beispiel PatientInnen mit Sepsis gegenüber PatientInnen ohne Sepsis Tageskosten von 1090 +/- 420 Euro versus 745 +/- 255 Euro, Überlebende gegenüber Nichtüberlebenden (773 +/- 291 Euro versus 914 +/- 369 Euro). Als Kostenverursacher spielen in hohem Maße die Personalkosten auf den Intensivstationen eine Rolle. Laut Analysen betragen sie über die Hälfte der Gesamtkosten (56 %), gefolgt von den Kosten für die medikamentöse Behandlung mit 18,7 % (Blutprodukte eingeschlossen). Die Ausgaben für Medikation, diagnostische und therapeutische Verfahren variieren hierbei abhängig von den zu behandelnden PatientInnen stark (Moerer et al. 2007).

Ältere und alte PatientInnen werden immer mehr zur Klientel auf Intensivstationen (siehe Abschnitt 2.3). Hierdurch wird der Anteil, der durch sie verursachten Kosten, in der Intensivmedizin ebenfalls weiter steigen. Dass alte PatientInnen per se höhere Behandlungskosten verursachen, kann bei näherer Betrachtung jedoch nicht bestätigt werden. „Gesundheitsausgaben sind dort am höchsten, wo die Sterblichkeit hoch ist, also zu Beginn und am Ende des Lebens“ (Felder 2008). Dass die Zunahme der Lebenserwartung und der demografische Wandel einen dermaßen starken Einfluss auf die Gesundheitsausgaben haben, wird zumindest von einigen Experten bezweifelt. Die steigenden Gesundheitsausgabenprofile im Laufe des Lebens spiegeln weniger das Alter wider, sondern die ins hohe Alter verdrängte Sterblichkeit. Zwar steigen die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheitsleistungen im Laufe des Lebens an, hier zeigt sich jedoch, dass die Ausgaben für Sterbende höher ausfallen als für Überlebende des gleichen Alters (Felder 2008).

Nicht das kalendarische Alter selbst stellt also den entscheidenden Faktor der Kosten einer Behandlung dar, sondern die individuelle Nähe zum Tod. Brockmann (2000) konnte zeigen, dass die Kosten, die im letzten Lebensjahr einer PatientIn verursacht werden, die Kosten aus den Jahren zuvor bei Weitem übersteigen. Er stellte aber auch fest, dass umso älter die PatientInnen in ihrem letzten Lebensjahr sind, die Kosten sogar wieder geringer ausfallen. Ein Grund dafür sei, dass alte PatientInnen an weniger teuren Krankheiten litten. Ein anderer, dass ältere und alte PatientInnen bei gleichen Erkrankungen weniger teure Behandlungen erhalten als jüngere PatientInnen, was Brockmann als Folge einer impliziten Rationierung wertet (Brockmann 2000). Die Zahl der im Krankenhaus verbrachten Tage im letzten Lebensjahr ist bei den 55- bis 64-Jährigen am höchsten und nimmt dann mit zunehmendem Alter wieder ab. Anders als bei den reinen Gesundheitsausgaben, verhält es sich bei den Pflegekosten. Betrachtet man die Gesundheitsausgaben ohne Berücksichtigung der Pflegekosten, sinken die Ausgaben mit zunehmendem Alter in den letzten fünf Jahren vor dem Tod. Die Ausgaben für Pflegekosten lassen hingegen einen weit stärkeren Bezug zum Alter feststellen als die medizinisch-kurativen Leistungen (Felder 2008).

An dieser Stelle noch wenig berücksichtigt bleibt der medizintechnische Fortschritt. Eine Schätzung für Deutschland ergab ein einprozentiges Extrawachstum (über das Sozialprodukt hinaus) der Gesundheitsausgaben pro Jahr. Berechnungen zufolge habe der medizinische Fortschritt den deutlich größeren Einfluss auf die Gesundheitsausgaben als der demografische Effekt (Breyer und Ulrich 2000 in Breyer 2013).

Fazit: Die häufig als Kostenexplosion bezeichneten gestiegenen Gesundheitsausgaben entsprachen im Zeitraum zwischen 1992 und 2013 lediglich einem moderaten Anstieg von 1,8 Prozentpunkten auf 11,2 % des deutschen Bruttoinlandproduktes. Häufig in der Debatte vernachlässigt bleibt, dass das Gesundheitswesen selbst wiederum einen umsatzstarken Wirtschaftsbereich darstellt. Im Jahr 2018 machte es über 12 % der Wertschöpfung der Gesamtwirtschaft aus. Die Krankenhausaussgaben verursachen ein Viertel der Kosten im Gesundheitswesen. Im Krankenhaus selbst werden hiervon 20 % durch die Intensivmedizin generiert. Die Aussage, dass alte PatientInnen, die zunehmend auch zur Klientel auf Intensivstationen gehören, per se höhere Kosten verursachen, trifft nicht zu. Die höchsten Behandlungskosten fallen im letzten Lebensjahr an. Dabei spielt weniger das Alter selbst als die individuelle Nähe zum Tod die entscheidende Rolle. Analysen konnten zeigen, dass mit steigendem Alter die Gesundheitsausgaben im letzten Lebensjahr sogar wieder geringer ausfallen. Einen deutlich stärkeren Einfluss als der demografische Wandel scheint der medizintechnische Fortschritt auf die in Zukunft weiter steigenden Gesundheitsausgaben zu haben.

1.5 Rationierung im Gesundheitswesen

Demografischer Wandel, technischer Fortschritt sowie das sich weiter verändernde Verhältnis von RentenbezieherInnen zu Personen im Erwerbsalter führen dazu, dass sich die Finanzierungslage des Gesundheitswesens auch in den nächsten Jahren weiter zuspitzen wird. Ob dabei der Begriff der Mittelknappheit wirklich angemessen ist oder es sich dabei, neutraler formuliert, nicht lediglich um die Begrenztheit von Ressourcen handelt, wird in der vorliegenden Arbeit immer wieder kritisch erwähnt werden. Auch weil zwischen absolut oder natürlicherweise knapp und nicht-absolut knappen Gütern unterschieden werden muss. Als polarisierenden Begriff, der innerhalb der Rationierungsdebatte verwendet wird, wurde er im Fragebogen jedoch ebenfalls aufgeführt.

Wenn die Mittel knapp bzw. die Ressourcen begrenzt sind, muss über die (möglichst gerechte) Verteilung dieser Güter nachgedacht werden. Dabei spielen im Rahmen einer Ressourcenallokation Mechanismen wie Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung eine Rolle.

1.5.1 Begrifflichkeiten: Rationalisierung, Priorisierung, Rationierung

Rationalisierung stellt in diesem Zusammenhang häufig die erstgenannte Maßnahme im Umgang mit begrenzten Ressourcen dar. Bei Rationalisierung handelt es sich um Effizienz-

und Produktivitätssteigerungen zum Beispiel durch Identifizierung und in der Folge auch Eliminierung von Prozessen und Abläufen, die weniger wirksam als alternative Maßnahmen mit gleichen Kosten oder nicht wirksamer als kostengünstigere Mittel sind. Einsparungen können hierdurch realisiert werden, ohne dass Notwendiges oder Nützliches vorenthalten werden muss (Zentrale Ethikkommission 2007).

Priorisierung im Gesundheitswesen bedeutet „die systematisch begründete Bildung von Ranglisten“ von medizinischen Interventionen. Nach welchen Kriterien oder Motivationen die Vorrangigkeit der jeweiligen Interventionen bestimmt wird, bleibt vorerst offen. Die Interventionen können nach Methoden, Krankheitsfällen, Kranken- oder Krankheitsgruppen, Versorgungszielen oder Indikationen priorisiert werden. Als logische Konsequenz einer Priorisierung ergibt sich eine Posteriorisierung, durch die bestimmte Maßnahmen auf eine nachrangige Stufe gestellt werden (Deutscher Ethikrat 2011). Die Priorisierung selbst hat noch keine Leistungsbegrenzung zur Folge, kann aber, wenn entschieden wird, dass bestimmte Maßnahmen, die sich weiter unten auf der Rangliste befinden, nicht mehr finanziert werden sollen, eine Vorbereitung hierfür darstellen.

Erst die Rationierung führt dazu, dass auf potenziell nützliche Maßnahmen verzichtet wird. Bei Rationierung handelt es sich nach Ubel und Goold (1998) in einer neutral formulierten und weit gefassten Definition um „implizite oder explizite Mechanismen, die dazu führen, dass einer Person eine nützliche Leistung im Rahmen der Gesundheitsversorgung nicht zur Verfügung steht“ (in der Übersetzung nach SAMW 2007). Die Zentrale Ethikkommission (2007) versteht Rationierung als „das (vorübergehende oder dauerhafte) Vorenthalten medizinisch notwendiger oder wenigstens nützlicher Leistungen aus Knappheitsgründen“.

In beiden Definitionen wird Rationierung nicht ausschließlich als Leistungsbegrenzung verstanden, sondern auch als Zuteilung von Rationen, die in irgendeiner Weise nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen. Sie umfasst explizite, also transparente und nach festgelegten Regeln erfolgende sowie implizite, heißt unregelmäßig im Einzelfall am Krankenbett stattfindende, Zuteilungsmechanismen. Im Gegensatz zur impliziten ermöglicht die explizite Rationierung „vorhandene Ressourcen gleichmäßig unter Sicherung vordringlicher Bedarfe zu verteilen“ (Zentrale Ethikkommission 2007).

Nach Ubel und Goold bleibt offen aus welchem Grund nützliche Leistungen nicht zur Verfügung stehen. Hier werden alle Mechanismen bzw. Entscheidungen einbezogen, die dazu führen, dass nützliche Leistungen nicht zur Verfügung stehen. Rationierung bleibt somit nicht auf gezielte Vorenthaltungen zum Beispiel aus ökonomischen Gründen beschränkt. Sie umfasst auch die Mechanismen auf höherer Ebene wie das zur Verfügung Stellen von Ressourcen. Wenn eine Ressource nur in begrenztem Umfang vorhanden ist (zum Beispiel MRT-Geräte oder Intensivbetten), dann führt unter diesen Umständen die Entscheidung diese einer Person zur Verfügung zu stellen indirekt dazu, dass einer anderen diese nicht mehr zur Verfügung steht. Deswegen beschränkt sich die Definition auch nicht auf absolut knappe Ressourcen, wie zum Beispiel zur Transplantation geeignete Organe,

sondern bezieht sich ebenfalls auf nicht-absolut knappe Ressourcen. So führt die nicht unabänderliche Vorhaltung von Gütern wie zum Beispiel Krankenhaus- oder Intensivbetten zu einer stärkeren oder weniger starken Verknappung von Gütern, was wiederum zu mehr oder weniger Rationierungsdruck führt. Weiterhin beschränken Ubel und Goold ihre Definition nicht auf notwendige Maßnahmen, sondern sprechen von nützlichen Maßnahmen (wie auch die Zentrale Ethikkommission). Zum einen weil „notwendig“ impliziert, dass sie unter allen Umständen zur Verfügung gestellt werden müssen, als ob es sich dabei um ein objektives Maß handele. Zum anderen sind die Grenzen zwischen dem, was als notwendig eingeschätzt wird und was lediglich nützlich ist, fließend und nicht klar voneinander abgrenzbar. Die Weite der Definition betont die Häufigkeit oder Alltäglichkeit, mit welcher es zu Rationierung im medizinischen Setting kommt und öffnet damit die Möglichkeit darüber nachzudenken, welche (Rationierungs-) Entscheidungen gerechtfertigt sind und welche teilweise mittelbar immense und unter Umständen ungerechte Auswirkungen haben können. Sie lädt zu einer bewussten Auseinandersetzung darüber ein, auf welche Leistungen, die jeder erhalten soll, wir uns einigen wollen (Ubel und Goold 1998).

Angesichts bestehender Grenzen bzw. Knappheit geht es nicht darum, ob Rationierung stattfinden sollte oder nicht, sondern wie der Zugang zu begrenzten Gütern und Leistungen gerecht ausgestaltet werden kann (Zimmermann-Acklin 2012). Nach dieser Definition würde es sich immer dann um Rationierung handeln, wenn eine Maßnahme nicht zur Verfügung steht und von dieser ein potenzieller Nutzen zu erwarten wäre. Bei der Bewertung hängt es folglich auch davon ab, was als (potenziell) nützlich eingeschätzt werden kann. Nach dem Deutschen Ethikrat ist, was nützlich ist, Interpretationssache. Was wirksam ist, kann hingegen durch Wirksamkeits- und Effizienzanalysen ermittelt werden (Deutscher Ethikrat 2011).

1.5.2 Altersrationierung

Bei der Frage nach möglichen Rationierungskriterien wird immer wieder das Alter als mögliche Entscheidungsgrundlage genannt. Dies hätte den Vorteil, dass ohne weitere Abwägungen eine klare Grenze bestünde, wann man PatientInnen eine bestimmte Therapie zukommen ließe und wann nicht mehr. Es existieren verschiedene Argumentationsansätze, wie man eine Altersrationierung vertreten könnte.

Ein Argument vertritt im Kern das utilitaristische Prinzip der Nutzenmaximierung. Da dieselbe Maßnahme bei jüngeren PatientInnen aufgrund der verkürzten Lebensdauer und der eventuell eingeschränkten Lebensqualität bei älteren PatientInnen nicht selten einen geringeren Gesamtnutzen hervorbringen würde, wäre hier die Altersrationierung indirekte Folge (Marckmann 2005).

Das von dem Philosophen John Harris (1995) hervorgebrachte Argument der fairen Lebenszeit geht davon aus, dass jedem Menschen eine bestimmte Anzahl von

Lebensjahren zusteht, in der man in der Lage sein kann ein „anständiges“ Leben zu bewerkstelligen. Indem jedem Menschen die Chance eingeräumt werden soll diese faire Lebenszeit zu erreichen, würde eine jüngere Person dann bevorzugt werden und nach Harris wirklich nur dann, wenn sie auf Kosten der Älteren gerettet werden könnte und die ältere Person im Gegensatz zur Jüngeren schon eine faire Lebenszeit genossen hätte (Harris 1995). Es ist schwer vorstellbar, wie dieses Prinzip im medizinischen Alltag Anwendung finden sollte, außer im Rahmen von Notfällen, in denen in Anbetracht der begrenzten Helfer Triage-Entscheidungen bereits geschehen.

Die Erörterungen von Callahan (1987) gehen in dieselbe Richtung, in ihrer Konsequenz aber noch weiter: Mit dem menschlichen Leben sei eine natürliche Länge verbunden. Diese „condition humaine“ nicht anzuerkennen führte zu unmenschlichen Behandlungen von Patienten in hohem Alter (Callahan 1987 in Zimmermann-Acklin 2012).

Norman Daniels (2003) beschreibt in seiner Argumentation wiederum das Konzept der klugen Lebensplanung. Dem wird die Annahme zugrunde gelegt, dass eine Gesellschaft unter dem Schleier des Nichtwissens knappe Ressourcen so aufteilen würde, dass Jüngere eher davon profitieren sollten, um wichtige Ziele ihrer Lebensplanung zu erreichen. Die daraus resultierende altersbedingte Ungleichverteilung würde alle in gleichem Umfang betreffen, da jede Person potenziell alle Altersstufen durchläuft. Daniels betont jedoch in seiner Argumentation, dass diese Regelung nur Ultima Ratio bei wirklicher Mittelknappheit, welche nicht durch Ergreifen anderer Maßnahmen zu überwinden sei, sein dürfte (Daniels 2003).

Die Rationierung anhand des chronologischen Lebensalters wirft weitere ethische Probleme auf. So könnte es sich dabei um einen Akt der (ungerechtfertigten) Diskriminierung von älteren Menschen handeln. Hier würde es sich um eine Missachtung der Gleichheit aller Menschen handeln, die verfassungsrechtlich durch die Menschenwürde und dem daraus abgeleiteten Diskriminierungsverbot zum Ausdruck gebracht wird (Halter 2007 in Zimmermann-Acklin 2012). Menschen im hohen Lebensalter gehören einer potenziell vulnerablen und in unserer Gesellschaft teilweise marginalisierten Gruppe an. Sie verdienen daher eher einen besonderen Schutz als eine weitere Benachteiligung (Zimmermann-Acklin 2012).

Von der praktischen Seite stellt sich außerdem die Frage, ob das Alter als prädiktiver Faktor für den Erfolg einer Maßnahme herangezogen werden kann. Dagegen spricht, dass das chronologische Alter in vielen Fällen nicht mit dem biologischen Alter übereinstimmt und so keinen verlässlichen prädiktiven Faktor für den Erfolg einer Behandlung darstellt (Simon 2011). Es hat unter der Berücksichtigung der Schwere der Erkrankung allenfalls additiven Charakter (Heppner et al. 2011). Wie oben bereits ausgeführt, korreliert nicht das Alter mit dem Gesundheitszustand und der Autonomie einer Person, sondern die individuelle Nähe zum Tod. Außerdem sind hierdurch keine nennenswerten Einsparungen zu erwarten. Die höchsten Kosten bei der Versorgung von Hochaltrigen fallen vielmehr für

die Pflege an, einem Bereich in dem Einsparungen kaum zu vertreten sein werden (Zimmermann-Acklin 2012).

Fazit: Um die Altersrationierung zu rechtfertigen stellen ihre BefürworterInnen eine grundlegende Forderung: Es muss Mittelknappheit vorliegen. Bei den meisten medizinischen Gütern und Leistungen handelt es sich jedoch nicht um natürlich bedingte Grenzen (wie z. B. bei Organen). Sie sind vielmehr aufgrund von gesellschaftlichen Umständen knapp. Sie sind Ergebnis von Budgetentscheidungen und stellen Verteilungsentscheidungen auf der Makroebene dar (Daniels 2003). Weder kann das Alter allein als prädiktiver Faktor für den Erfolg einer Behandlung herangezogen werden (Simon 2011) noch sei die Altersrationierung ohne Verstoß gegen verfassungsrechtliche Normen durchführbar (Halter 2007 in Zimmermann-Acklin 2012).

1.5.3 Rationierung im ärztlichen und pflegerischen Alltag

Weitgehend unumstritten ist, dass Rationierung bereits heute zur Realität im ärztlichen und pflegerischen Alltag gehört. Diese findet vorwiegend in Form einer impliziten Rationierung am Krankenbett statt. Nicht in allen hier vorgestellten Studien wurde der Rationierungsbegriff von Ubel und Goold angewandt. Einige beziehen sich in der Befragung speziell auf das Vorenthalten von Maßnahmen aus ökonomischen Gründen. Eine Reihe anderer Studien bezieht sich auf das Nichterbringen von nützlichen oder notwendigen Leistungen aus diversen anderen Gründen. Zur Verdeutlichung, wie und in welchem Ausmaß Rationierung im ärztlichen und pflegerischen Alltag stattfindet, werden hier vor allem Studien aus dem deutschsprachigen Raum vorgestellt, aber auch einige aus dem internationalen miteinbezogen.

In einer deutschlandweiten Fragebogenstudie gaben dreiviertel der befragten KardiologInnen und IntensivmedizinerInnen an, dass sie PatientInnen schon einmal nützliche Leistungen aus Kostengründen vorenthalten hätten. Obwohl ein Großteil der Antwortenden die Frage nach der persönlichen Erfahrung mit Rationierung bejahte, schien es sich dabei nicht um ein häufiges Phänomen zu handeln. Nur 13 % der ÄrztInnen gaben an einmal pro Woche zu rationieren. Die Mehrheit gab mit 64 % an, selten zu rationieren, 23 % unter ihnen nahmen eigenen Angaben zufolge nie Rationierungsentscheidungen vor (Strech et al. 2009). In einer Studie von Boldt und Schöllhorn (2008), die sich ausschließlich an die Leiter von Intensivstationen wandte, waren 67 % der Befragten sicher, dass Rationierung im Bereich der Intensivmedizin stattfindet. Hier sahen 32 % der Teilnehmenden ihre therapeutischen Entscheidungen gelegentlich, 9 % sogar häufig durch ökonomische Umstände beeinflusst. Von den Studienteilnehmenden antworteten 59 %, dass ökonomische Umstände noch nie ihre therapeutischen Entscheidungen beeinflusst hätten (Boldt und Schöllhorn 2008). Im Jahr 2015 veröffentlichten Reifferscheid et al. Ergebnisse einer Befragung von Leitungspersonal deutscher Kliniken. Auch hier zeigte sich, dass Rationierung in allen Fachbereichen verbreitet ist. So gaben 50 % der befragten

ChefärztInnen an, dass aufgrund der ökonomischen Rahmenbedingungen in ihrem Krankenhaus nicht alle nützlichen medizinischen Leistungen erbracht werden könnten. Von den ChefärztInnen gaben 46 % ganz konkret an, in den letzten sechs Monaten nützliche medizinische Maßnahmen vorenthalten zu haben oder durch weniger effektive, aber kostengünstigere Alternativen ersetzt zu haben. Auch hier zeigte sich, dass es sich dabei zwar um ein verbreitetes, nicht aber um ein häufiges Phänomen handelte. Von den Befragten rationierten 6 % der ChefärztInnen wöchentlich und weitere 15 % monatlich. Reifferscheid und seine KollegInnen konnten ebenfalls zeigen, dass Rationierung nicht ausschließlich im Hochkostenbereich stattfindet. Zwischen den verschiedenen Fachabteilungen der Inneren Medizin, der Gynäkologie und Geburtshilfe, der Allgemeinen Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie, der Anästhesie, Kardiologie und der Intensivmedizin bestanden kaum Unterschiede bzgl. der wahrgenommenen Häufigkeit von Rationierung (Reifferscheid et al. 2015). Dass Rationierung kein Phänomen ist, das allein in Deutschland auftritt, zeigt der Blick auf eine Schweizer Studie, in der herausgearbeitet werden konnte, dass 30 % der ÄrztInnen über begrenzten Zugang zu Intensivstationen, (teuren) Medikamenten oder anderen Ressourcen innerhalb des Krankenhauses klagten (Santos-Eggimann 2005).

In einer deutschlandweiten Studie aus dem Jahr 2014 berichteten 92,6 % der 1511 befragten Pflegefachkräfte, dass sie von 13 zur Auswahl stehenden Tätigkeiten mindestens eine in ihrer letzten Schicht vernachlässigen mussten. Durchschnittlich wurden fünf Pflegetätigkeiten rationiert (Zander et al. 2014). Im internationalen Vergleich wurden 3,9 Pflegetätigkeiten rationiert, sodass sich hier zeigte, dass in Deutschland überdurchschnittlich viel rationiert wird (Ausserhofer et al. 2014).

1.5.4 Rationierungskriterien

Darauf, dass als Faktor für Rationierung die Trägerschaft des Krankenhauses relevant ist, gab es in den meisten hier betrachteten Studien keinen Hinweis (Strech et al. 2009; Reifferscheid et al. 2015; nicht jedoch bei Esslinger et al. 2011). Die Größe der Einrichtung schien in den unterschiedlichen Befragungen mal mit einer stärkeren Tendenz zur Wahrnehmung von Rationierung (Esslinger et al. 2011), mal mit einer geringer ausgeprägten Wahrnehmung von Rationierung zu korrelieren (Kerkemeyer et al. 2016). Bei den Pflegenden konnte vor allem die Personalbesetzung sowie die Organisationsstruktur und Arbeitskultur als Einflussfaktoren für Rationierungsentscheidungen herausgearbeitet werden, wobei ein Großteil der erklärten Varianz der Ergebnisse auf der Individualebene lag. So schienen Pflegekräfte mit einem hohen Maß an emotionaler Erschöpfung deutlich eher zu rationieren als KollegInnen der Kontrollgruppe (Zander et al. 2014). Wobei emotionale Erschöpfung und Unzufriedenheit im Job wiederum selbst häufig Folge von ungünstigen Arbeitsstrukturen zu sein schien. Pflegenden vernachlässigen pflegerische Tätigkeiten am ehesten dort, wo ein schlechter Personalschlüssel herrscht plus eine hohe Last an nicht- pflegerischen Tätigkeiten miterledigt werden muss (Ausserhofer et al. 2014).

In einer systematischen Auswertung von internationalen qualitativen Studien zum Thema Rationierung konnten Strech, Synofzik und Marckmann (2008) herausarbeiten, dass Rationierungsentscheidungen von einer Reihe von Faktoren beeinflusst werden. Insgesamt nannten die InterviewpartnerInnen viele verschiedene, heterogene Priorisierungs- und Rationierungskriterien für die Allokation knapper Gesundheitsgüter: z.B. Kosteneffektivität, Gleichheit, Fairness, Bedürfnis der PatientIn oder deren finanzielle Ressourcen. Es wurden auch Kriterien genannt, die in der Literatur eher kontrovers diskutiert werden, wie zum Beispiel das Alter einer PatientIn oder deren gesellschaftlicher Beitrag. Die Autoren stellten Bedingungen heraus, die sie in kontext-, ärztInnen- oder patientInnenbezogen unterschieden. Eine entscheidende Rolle, ob und wie Rationierungsentscheidungen getroffen werden, schienen dabei die Eigenschaften und Einstellungen der ÄrztInnen dem Thema gegenüber zu spielen (ärztInnenbezogene Faktoren). Dabei schienen diese weder intra- noch interindividuell konsistente Standards aufrecht erhalten zu können. Kontextbezogene Faktoren betrafen die Verfügbarkeit von bestimmten Ressourcen (Budget, Bettenanzahl, etc.) oder auch die ganz zufällige Situation, in welcher die ÄrztIn sich momentan befand (Freitagnachmittag, wenig verbleibende Zeit). Als patientInnenbezogene Faktoren wurden von den Befragten die Fähigkeit der PatientIn ihre Wünsche zu artikulieren oder fordernd gegenüber der ÄrztIn aufzutreten und so Druck auf diese auszuüben genannt. Auch die Einschätzung einer PatientIn als „gute“ oder „schlechte LeistungserbringerIn“ (gesellschaftlicher Beitrag) durch die ÄrztInnen beeinflussten individuelle Rationierungsentscheidungen (Strech et al. 2008b).

Rationierung aufgrund des Alters: Unter patientInnenbezogenen Faktoren könnte man auch medizinische Kriterien subsumieren. Als häufige Rationierungskriterien führten ÄrztInnen in einer vergleichenden Studie zwischen vier europäischen Ländern einen geringen erwarteten Nutzen für die PatientIn (82,3 %), geringe Aussichten auf Erfolg einer Maßnahme (79,8 %) und die Lebensverlängerung bei als gering eingestufte Lebensqualität (70,6 %) an. Das Alter nannten 70 % der Befragten als häufiges Kriterium (Hurst et al. 2006). Dass das Verständnis von Alter bei klinisch Tätigen durchaus nicht eindimensional auf das numerische Alter beschränkt blieb, sondern in Zusammenschau das biologische Alter, das Ausmaß der akuten Erkrankung sowie das Vorliegen von Begleiterkrankungen von den Entscheidenden betrachtet wurde, konnte im Rahmen qualitativer Studien ermittelt werden (Strech et al. 2008a). Gleichzeitig nahmen ÄrztInnen in einer Befragung von deutschen und österreichischen GeriaterInnen Rationierung umso eher wahr, je höher das Alter der PatientIn war (Esslinger et al. 2011). In einer Befragung unter LeserInnen des deutschen Ärzteblatts von 1999 konnten die Befragten Kriterien nennen, die zugrunde gelegt werden sollten, wenn es je zu einer Rationierung von Gesundheitsleistungen kommen sollte. An dritter Stelle nach Wirksamkeitsnachweis (18,2 %) sowie medizinischer Notwendigkeit einer Maßnahme (12,8 %) wurde von 11,3 % Personen das Alter angegeben, gefolgt von Prognose (9,3 %) (Kern et al. 1999). In einer in der Schweiz durchgeführten Interviewstudie zum Thema Therapieentscheide am Lebensende tauchten

in circa Dreiviertel aller Interviews spontane Äußerungen zum Faktor „Alter“ auf, die besagten, „dass Therapieentscheide am Lebensende tendenziell durch den Faktor ‚Alter‘ beeinflusst werden“. Dabei wird das Lebensalter meist nicht als maßgebliches Kriterium sondern vielmehr „als impliziter, mitbestimmender Faktor verstanden, welcher neben anderen Faktoren die Entscheidungsfindung beeinflusst“ (Albisser Schleger und Reiter-Theil 2007). Das Entscheidungskriterium Alter scheint vor allem indirekt über die Berücksichtigung der Prognose einer PatientIn oder „als Ergebnis einer auf die Maximierung des medizinischen Nutzens ausgerichtete Selektion“ einzufließen (Schultheiss 2004). Eine Auswertung von Krankenkassendaten konnte darüber hinaus zeigen, dass alte PatientInnen in Deutschland weniger teure Behandlungen erhalten als jüngere PatientInnen mit gleicher Erkrankung, was vom Autor als Ergebnis von Rationierung auf der Grundlage des Alters interpretiert wurde (Brockmann 2000).

Weitere patientInnenbezogene Kriterien: Neben fortgeschrittenem Alter spielen weitere, teilweise soziale Merkmale wie Geschlecht, sozioökonomischer Status und ethnische Zugehörigkeit eine Rolle bei der Verteilung von medizinischen Ressourcen. Ob eine PatientIn alleinstehend ist oder Angehörige hat, die den ärztlichen Entscheidungsprozess beeinflussen können, wurde ebenfalls als Kriterium untersucht. Als krankheitsspezifische Merkmale konnten außerdem chronische Krankheit, Multimorbidität, hohe Pflegeintensität, Urteilsfähigkeit, psychische Krankheit, Demenz oder terminale Erkrankung als Allokationskriterien beschrieben werden (Albisser Schleger et al. 2012; Santos-Eggimann 2005).

Kostenfaktor: In der oben bereits erwähnten Interviewstudie aus der Schweiz, wurden spontane Äußerungen zu Therapieentscheiden am Lebensende auf die Implikationen des Faktors „Kosten“ untersucht. Hier zeigte sich, dass der Kostenfaktor wesentlich seltener als der Faktor „Alter“ genannt wurde. Die Autorin leitete hieraus ab, dass der Einfluss von Kosten tendenziell eher tabuisiert würde und eher impliziten Einfluss auf Entscheidungsprozesse ausübt (Albisser Schleger und Reiter-Theil 2007). Dafür spricht, dass der Kostenfaktor mittelbar alle strukturellen Umstände (Vorhaltung von Betten, Material, Medikamenten, Personalausstattung) unter denen Rationierungsentscheidungen getroffen werden, mitbestimmt. Ihn isoliert zu betrachten ist somit durchaus mit Schwierigkeiten verbunden. Dass die unmittelbaren Kosten einer Maßnahme einen gegenwärtigen, wenn jedoch nicht immer häufigen Grund darstellen, nützliche Maßnahmen nicht durchzuführen, wurde in den weiter oben vorgestellten Studien bereits deutlich (Strech et al. 2009; Boldt und Schöllhorn 2008, Reifferscheid et al. 2015).

1.5.5 Was wird rationiert?

Rationierungsentscheidungen können ganz unterschiedliche Maßnahmen betreffen: diagnostische oder therapeutische Interventionen, die Zeit, die ÄrztInnen für ihre PatientInnen aufbringen (Hurst et al. 2006), teure Medikamente (Santos-Eggimann 2005)

sowie die pflegerische Versorgung (Schultheiss 2004). Bei den Pflegenden standen die rationierten Pflegetätigkeiten am häufigsten in Zusammenhang mit psychosozialer Versorgung, Pflegeplanung und Dokumentation, dafür weniger häufig mit Behandlungen und Prozeduren wie Schmerzmanagement oder zeitgerechte Medikation (Zander et al 2014; Ausserhofer et al. 2014). Rationierungsentscheidungen können auch den Zugang zu Intensivbetten betreffen (Strech et al. 2008b; Schultheiss 2004; Santos-Eggimann 2005). Hier scheint der Bedarf größer als das Angebot zu sein, was zwangsläufig in einer Beschränkung für einige PatientInnen münden muss. Bei Bettenknappheit, zeigte sich die PatientInnenklientel, die auf der Intensivstation aufgenommen wird, dann insgesamt akuter krank und mit erhöhter Mortalität, wenn die Knappheit an Intensivbetten zu ungeplanten, verfrühten, vor allem nächtlichen Verlegungen von IntensivpatientInnen zurück auf die Normalstation führte. PatientInnen wurde der Zugang zur Intensivstation vor allem dann verwehrt, wenn man sich für sie nur einen geringen Nutzen von intensivmedizinischen Maßnahmen versprach. Kriterien, die mit einer Ablehnung von PatientInnen auf die Intensivstation verbunden waren, waren Alter über 65 Jahre, schlechter Allgemeinzustand, maligne Grunderkrankung (assoziiert mit multiplem Organversagen oder metastasiertem Zustandsbild) und chronisches respiratorisches oder kardiales Versagen. Diese PatientInnen hatten ein dreimal höheres Risiko im Krankenhaus zu versterben (Sinuff et al. 2004). Auf der Intensivstation selbst seien laut Gretenkort Rationierungsentscheidungen an der Tagesordnung und beträfen neben Aufnahme- auch Therapiebeschränkungen sowie die Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen und „spielen in unterschiedlichen Gesundheitssystemen weltweit eine vergleichbare Rolle“ (Ewans et al. 2011 in Gretenkort 2014).

1.5.6 Folgen von Rationierungsentscheidungen für die Behandelnden

Neben potenzieller Ungleichbehandlung und Diskriminierung von besonders vulnerablen PatientInnen, ergeben sich für die Behandelnden zahlreiche Probleme: In einer Auswertung internationaler Studien beschrieben ÄrztInnen als Folge von Rationierungsentscheidungen Rollenkonflikte, wenn sie auf der einen Seite als AnwältIn der PatientIn aufträten und gleichzeitig die begrenzten Ressourcen des Krankenhauses im Blick behalten müssten (Strech et al. 2008b). Daneben erfahren ÄrztInnen und Pflegende emotionalen Stress, Frustrationen sowie Gefühle der Überforderung, die insbesondere bei den Pflegenden zu Burnout und Jobwechsel führen können (Strech et al. 2008a; Ausserhofer et al. 2014). In zahlreichen Studien wurde belegt, dass das Vorenthalten von nützlichen Leistungen, wenn es Folge von strukturellen Engpässen oder ökonomischen Erwägungen ist, die Arbeitszufriedenheit der Betroffenen beeinträchtigt (Schnoor et al. 2017; Kerkemeyer et al. 2016).

1.6 Überversorgung / Medizinische Sinnlosigkeit (*Medical Futility*)

Nicht nur aus Gründen der materiellen Knappheit kann über eine Begrenzung von medizinischen Maßnahmen nachgedacht werden. Auch die Frage nach Sinn und Vergeblichkeit einer Behandlung kann eine Begrenzung oder gar Rücknahme von Therapiemaßnahmen nahelegen. Die Beurteilung der Sinnhaftigkeit einer medizinischen (Be-)Handlung hängt dabei von multiplen Faktoren ab und stellt keine wertfreie und objektive Entscheidung dar, sondern ist immer eine individuelle, auf den Einzelfall bezogene Einschätzung, die nicht unabhängig vom (mutmaßlichen) PatientInnenwillen getroffen werden kann und weder allein von den behandelnden ÄrztInnen noch allein von der PatientIn entschieden werden kann. Der *Futility*-Begriff verdeutlicht, dass ärztliches Handeln nicht nur das Einverständnis der PatientIn benötigt, sondern auch den medizinethischen Prinzipien Fürsorge, Schadensvermeidung, Autonomie und Gerechtigkeit verpflichtet ist (Becker und Blum 2004).

1.6.1 Begriffsklärung: Wie wird *Futility* definiert?

Das Phänomen der Überversorgung wird in der Fachliteratur auch unter dem englischen Begriff der *Medical Futility* diskutiert. *Futile* bedeutet im wörtlichen Sinn: vergeblich, sinnlos, zwecklos, aussichtslos. Die Reichweite der *Medical Futility* ist dabei nicht auf den Bereich von Therapieentscheidungen am Lebensende beschränkt, sondern kann auch diagnostische oder therapeutische Maßnahmen in nicht-terminalen Situationen betreffen. Es herrscht kein Konsens über eine einheitliche Definition des Begriffes *Futility*.

Eine Annäherung an das Konzept *Medical Futility* besteht in dem Verständnis wie Schneidermann (1990/ 2011) es vertritt. Er geht davon aus, dass *Medical Futility* eine quantitative als auch eine qualitative Komponente beinhaltet. Im quantitativen Sinne wäre eine Maßnahme dann *futile* bzw. vergeblich, wenn sie mit hoher Wahrscheinlichkeit (auf der Grundlage der Evidence Based Medicine) einen erzielten Effekt nicht erreichen wird.

Im qualitativen Sinne läge *Futility* dann vor, wenn es unwahrscheinlich ist, dass die betreffende PatientIn einen angestrebten Effekt als Nutzen empfinden würde. Dies hängt maßgeblich von den Vorstellungen der Behandelnden und vor allem dem (potenziellen) PatientInnenwillen ab. Nicht allein die Möglichkeit mit einer Behandlung einen physiologischen Effekt zu erzielen, wie weiterhin Blut durch den Körper zu pumpen, Luft durch die Atemwege zu ventilieren oder Abfallprodukte des Stoffwechsels durch eine Dialyse zu eliminieren, macht aus einer medizinischen Behandlung per se eine sinnvolle. Wenn eine Behandlung allein dazu dient physiologische Funktionen einer dauerhaft bewusstlosen PatientIn aufrechtzuerhalten oder keine Aussicht darauf besteht, ein Leben außerhalb der Intensivstation mit einer akzeptablen Lebensqualität führen zu können, dann ist eine solche Behandlung sinnlos oder *futile* (Schneidermann 2011).

Neben diesem Verständnis von *Futility* existieren viele weitere. Gemein ist ihnen, dass sie die Aussicht auf Erfolg einer Maßnahme und deren Wert in Bezug auf die zu erwartende

Lebensqualität beinhalten. Nach der Literaturanalyse von Aghabarary und Nayeri (2016) fußen die verschiedenen existierenden Konzepte von *Medical Futility* auf folgenden Grundpfeilern: Die Aussicht auf Erreichen eines physiologischen Effektes sowie eines vorher definierten Therapiezieles durch eine bestimmte Maßnahme, das Ausmaß von Nutzen (*Benefit*) und Nützlichkeit (*Utility*) der beabsichtigten Maßnahme für die PatientIn, die Überlebensrate/ -wahrscheinlichkeit sowie die zu erwartenden Lebensqualität nach der beabsichtigten Maßnahme sowie ihre Kosteneffektivität.

So bestehen die Hauptkomponenten zur Beurteilung der Sinnhaftigkeit einer Behandlung in Ziel, Effekt, Nutzen und Wert einer Maßnahme. Das Therapieziel einer Behandlung kann dabei von völliger Heilung einer PatientIn, über Lebensverlängerung, Erleichterung von Symptomen wie Schmerzen und psychischen Belastungen bis hin zur Sterbebegleitung in einen friedlichen Tod reichen (Aghabarary und Nayeri 2016). Voraussetzung dafür ist, mit jeder medizinischen Maßnahme ein vorher bestimmtes Therapieziel zu verfolgen und das Erreichen dieses Therapiezieles durch die eingeleitete medizinische Maßnahme für wahrscheinlich oder zumindest nicht ausgeschlossen zu halten (Schneidermann 2011). Die Therapieziele können sich im Laufe der Behandlung ändern und müssen ggf. an die klinische Situation sowie die damit einhergehenden sich ändernden Einstellungen und Bedürfnisse einer PatientIn angepasst werden. Als Effekt wird die alleinige Möglichkeit mit einer angestrebten Behandlung einen physiologischen Effekt zu bewirken beschrieben und muss für sich allein genommen nicht unbedingt von Nutzen für die PatientIn sein. Der Nutzen einer Maßnahme wiederum kann einerseits aus den Perspektiven der PatientIn (PatientInnenwille) beurteilt werden, aber auch aus der Sicht der Angehörigen oder darüber hinaus. So kann die Aufrechterhaltung von lebenserhaltenden Maßnahmen bei einer hirntoten PatientIn zum Zweck der Organtransplantation sinnvoll sein oder Angehörigen die Zeit geben sich mit deren Tod auseinanderzusetzen und sich zu verabschieden (Aghabarary und Nayeri 2016). Um den Wert einer Behandlung zu ermitteln, sollte der Umfang des Nutzens gegen den potenziellen Schaden abgewogen werden („Benefit-Harm-Ratio“). Auf der anderen Seite bedarf es dem Blick auf die (mutmaßlichen) Vorstellungen, Wünsche und Präferenzen der PatientIn. Dies setzt die umfassende Informiertheit der PatientIn bzw. der Angehörigen über Prognose, Erfolgsaussichten und mögliche Folgen einer medizinischen Maßnahme voraus (Winkler et al. 2012). Diese Vorstellungen, Wünsche und Präferenzen sind wiederum geprägt von den persönlichen, kulturellen, sozioökonomischen und religiösen Prägungen der Betroffenen. Sie sind subjektiv und individuell und spielen auf der Seite der PatientInnen und deren Angehörigen wie auch auf der Seite der Behandelnden eine Rolle. Die Beurteilung der Sinnhaftigkeit einer Maßnahme kann folglich nur auf den Einzelfall bezogen sein und ist in erheblichem Ausmaß von den Prägungen und vom Wertesystem der Entscheidenden abhängig. Sie ist nicht wertfrei.

Andere Autoren stehen dem Konzept von *Medical Futility* kritischer gegenüber. Sie reduzieren *futile care* auf Interventionen, die gar nicht erst in der Lage sind ein beabsichtigtes physiologisches Ziel zu erreichen und sprechen bei Maßnahmen, die zwar eine Chance

haben ein bestimmtes Ziel zu erreichen, denen aber konkurrierende ethische Erwägungen entgegen stehen, von potenziell unangemessenen Maßnahmen (*potentially inappropriate*) (Bosslet et al. 2015). Aufgrund der Kontroversen und dem fehlenden Konsens um die Definition von *Futility* schlagen Nates et al. (2016) vor den Begriff *nonbeneficial treatment* zu verwenden. Sie empfehlen den Begriff *futile* nicht zu verwenden, solange nicht wirklich klar ist, auf welche klinischen Situationen er anwendbar ist (Nates et al. 2016).

Eine abschließende Definition von *Futility* ist jedoch gar nicht nötig, wenn es darum geht in einer individuellen Situation zu einer akzeptablen Entscheidung(sfindung) zu kommen. Zu diskutieren, ob eine Maßnahme als *futile* zu bezeichnen ist, stellt nur einen Schritt dar, um zu beurteilen, ob die Vornahme oder das Unterlassen einer Maßnahme gerechtfertigt ist oder nicht (Löfmark und Nilstun 2002). Vielmehr braucht es einen prozeduralen Ansatz, der die klinische Entscheidungsfindung unterstützt und der hilft zwischen den divergierenden Ansichten der Parteien (PatientIn, Behandlungsteam, Angehörige) zu vermitteln (Winkler et al. 2012). Auf diese Weise kann man zu akzeptablen Entscheidungen über die Durchführung oder Einschränkung von medizinischen Maßnahmen kommen und vergebliche beziehungsweise sinnlose Behandlungen vermeiden.

Futility stellt dabei nicht die andere Seite der Rationierung dar. Wenn eine Maßnahme *futile* ist oder als *futile* wahrgenommen wird, dann deshalb, weil man davon ausgeht, dass von einer Maßnahme kein potenzieller Nutzen beziehungsweise Wert mehr für die entsprechende Person ausgeht. Dies beinhaltet die Akzeptanz der Grenzen der Medizin, aber auch, dass nicht jeder mögliche, erreichbare Effekt, den die moderne Medizin in der Lage ist zu erreichen, ein erstrebenswerter ist (Schneidermann 2011). Andersherum besteht jedoch die Gefahr, dass die angebliche Sinnlosigkeit einer Behandlung im Umgang mit knappen Ressourcen instrumentalisiert wird, „wenn die medizinische Effektivität einer Maßnahme unter dem Blickwinkel der Kostenminimierung zu pessimistisch eingeschätzt wird“ (Becker und Blum 2004 in Albisser Schleger et al. 2012).

Fazit: Zusammenfassend könnte man Albisser Schleger und ihren KollegInnen folgen und den Begriff *Futility* für eine dem gegenwärtigen Wissensstand nach mit aller Voraussicht nicht zielführende medizinische, pflegerische oder therapeutische Intervention verwenden. Wobei der Begriff *Futility* nicht als „wertfreies, objektives Kriterium von Fakten und Prognosen“ verstanden werden sollte (Albisser et al. 2012; Fleming 2005). Vielmehr dient der Begriff der professionellen Einschätzung und dem subjektiven Werturteil im Rahmen einer ethisch relevanten Entscheidungsfindung im klinischen Alltag. Da der Begriff nicht abschließend definiert werden konnte, nicht frei von Werturteilen ist und keine Einigkeit besteht, auf welche klinischen Situationen er anwendbar ist, empfehlen andere Autoren den Begriff nicht zu verwenden und bevorzugen die Umschreibungen *potentially inappropriate* (Bosslet et al. 2015) oder *nonbeneficial treatment* (Nates et al. 2016).

Die vorliegende Arbeit verwendet den *Futility*-Begriff und nutzt dessen Offenheit, um die ethische Einschätzung der Studienergebnisse nicht schon vorweg, sondern erst nach ihrer Auswertung und Interpretation vorzunehmen.

1.6.2 Wahrnehmung von *Futility* oder Überversorgung im klinischen Alltag

Im klinischen Alltag ist die Wahrnehmung von Überversorgung stark verbreitet. Einer quantitativen Studie aus Kanada zufolge, nahmen 87 % der ÄrztInnen und 95 % der Pflegenden Überversorgung in ihrem beruflichen Alltag auf der Intensivstation wahr (Palda et al. 2005). In einer Schweizer Interviewstudie, die sich an Pflegende und ÄrztInnen auf Intensivstationen und Geriatrischen Stationen wandte, bejahten die Befragten mehrheitlich Situationen zu kennen, in denen eine Therapiebegrenzung am Lebensende ihrer professionellen Einschätzung nach sinnvoll gewesen wäre, jedoch nicht erfolgt war (ÄrztInnen: 76 %, Pflegefachpersonen: 86 %). InterviewpartnerInnen der Intensivstationen drückten hier mit 93 % am häufigsten eine Wahrnehmung von medizinischer Nutzlosigkeit aus (Albisser Schleger et al. 2008). In einer amerikanischen Studie wiederum wurden ÄrztInnen drei Monate lang gebeten täglich einen Fragebogen bezüglich der wahrgenommenen Behandlung als sinnlos (*futile*) zu jeder ihrer versorgten PatientInnen auszufüllen. Von 6916 Fragebogenbewertungen von insgesamt 1136 PatientInnen erhielten 123 PatientInnen (11 %) eine als sinnlos eingeschätzte medizinische Behandlung. Von allen Behandlungstagen dieser PatientInnen wurden 6,7 % als *futile* bewertet. Die Mortalitätsrate bei ihnen lag innerhalb von sechs Monaten bei 85 %. Bei weiteren 8,6 % der PatientInnen wurde die Behandlung als wahrscheinlich sinnlos bewertet (Huynh et al. 2013).

1.6.3 Gründe für Überversorgung

In der oben bereits angeführten Interviewstudie aus der Schweiz wurden die Gründe für Situationen, in denen ein Therapieabbruch oder Therapieverzicht sinnvoll gewesen wäre, aber nicht erfolgt war, drei Gruppen zugeordnet: Gründe in Bezug auf PatientInnen, Gründe in Bezug auf ÄrztInnen und in Bezug auf Angehörige. Am weitaus größten stellte sich hierbei die Kategorie der ärztInnenbezogenen Gründe heraus. Hier wurden Gründe genannt wie verpasster Zeitpunkt für eine Entscheidung, unvollständige Informationsgrundlage, Dissens zwischen den ÄrztInnen, ob ein Therapieentscheid als nutzlos oder zielführend eingeschätzt wurde oder interprofessioneller Dissens. Auch die Angst vor Unterlassung und Unsicherheit, die Verantwortung für eine Entscheidung zur Therapiebegrenzung zu übernehmen, spielten laut der Befragten aufseiten der ÄrztInnen eine Rolle. ÄrztInnen hätten darüber hinaus Mühe, den Tod zu akzeptieren und je nach behandelnder ÄrztIn beeinflussten Berufserfahrung oder (falscher) Ehrgeiz Entscheidungen zur Therapiebegrenzung am Lebensende. Gründe aufseiten der Angehörigen oder PatientInnen wurden ebenfalls genannt: So könne die Forderung nach der Weiterführung (kurativer) Therapie durch die Angehörigen oder auch die PatientIn selbst dazu führen, dass bezüglich der weiterführenden Maßnahmen kein Konsens

gefunden wurde und medizinische Behandlungen fortgeführt wurden, die dem behandelnden Team sinnlos erschienen (Albisser Schleger et al. 2008). In der quantitativ angelegten Studie von Palda et al. (2005) wurden als die am häufigsten berichteten Gründe für das Durchführen von sinnlosen Maßnahmen der Wunsch von Angehörigen (91 %) und der Wunsch der betreuenden ÄrztInnen (von 87 % der Pflegenden und von 91 % der ÄrztInnen) genannt. Die Befragten gaben an, dass ÄrztInnen vor allem aufgrund von prognostischen Unsicherheiten und rechtlichem Druck als sinnlos wahrgenommene medizinische Maßnahmen durchführten (Palda et al. 2005). Laut Huynh et al. (2013) war mit 58 % der verbreitetste Grund aufseiten der IntensivpatientInnen eine Maßnahme als *futile* einzuordnen, dass die Belastung durch die Maßnahme den Nutzen bei Weitem überwiege; gefolgt von der Einschätzung, dass die Behandlung niemals die Ziele der PatientIn erreichen würde (50 %). Weitere Gründe waren: unmittelbar bevorstehender Tod der PatientIn (von 37 % genannt), mangelnde Aussicht darauf, ein Leben außerhalb der Intensivstation führen zu können (36 %) sowie die permanente Bewusstlosigkeit der PatientIn (30 %). In der Regel erfüllten die PatientInnen gleich mehrere dieser Voraussetzungen, um aus Sicht der ÄrztInnen die durchgeführte Therapie als sinnlos einzustufen. Im Vergleich zu den PatientInnen, die keine, aus Sicht der ÄrztInnen, sinnlose Therapien erfuhren, waren jene, die welche erfuhren, älter, hatten längere Intensivaufenthalte, schwerere Diagnosen und die höhere 6-Monatsmortalitätsrate. Das PatientInnenalter stellte dabei den stärksten Prädiktor für die Wahrnehmung der Behandlung als *futile* dar. In dieser Studie bestimmten die PatientInnenfaktoren die Einschätzung einer medizinischen Maßnahme deutlich stärker als die ÄrztInnenfaktoren (Huynh et al. 2013).

1.6.4 Folgen von Überversorgung

Belastung: Die Wahrnehmung medizinischer Nutzlosigkeit kann bei allen Beteiligten des behandelnden Teams moralischen Distress verursachen. Die Weiterführung ungewollter, aggressiver Behandlung bei sterbenden PatientInnen auf der Intensivstation wird unter ÄrztInnen und Pflegenden als extrem belastend beschrieben. Pflegende scheinen dabei stärker als ÄrztInnen unter moralisch belastenden Situationen zu leiden (Hamric und Blackhall 2007). Dabei steht die Häufigkeit, mit der Pflegende Situationen erleben, die sie als sinn- oder nutzlos wahrnehmen, in signifikantem Zusammenhang zu emotionaler Erschöpfung bei den Beteiligten (Meltzer und Huckabay 2014). Als besonders belastend werden dabei Entscheidungen erlebt, die nur einseitig von den ÄrztInnen gefällt wurden, mit denen sich die Pflegenden jedoch nicht identifizieren konnten (Albisser Schleger et al. 2008).

Kosten: Erwähnenswert im Zusammenhang mit den Folgen von Überversorgung sind auch die hierdurch entstehenden Kosten. Laut Huynh et al. (2013) seien die Kosten, die durch sinnlose Behandlungen auf Intensivstationen entstehen, trotz ihres relativ geringen Anteils an den Gesamtkosten der Ausgaben für Intensivmedizin, beträchtlich. Im

Gegensatz hierzu relativieren Luce und Rubenfeld (2002) die Aussage, dass durch die Vermeidung von *futile care* große Kosteneinsparungen möglich seien. Ihnen zufolge handelt es sich bei diesen vermeidbaren intensivmedizinischen Behandlungen lediglich um die Spitze des Eisbergs (Luce und Rubenfeld 2002 in Curtis et al. 2012). Die meisten Kosten auf der Intensivstationen stellen Fixkosten (inklusive Personalkosten) dar. Wenn man die Kosten für die Intensivmedizin senken wollte, müsste man Personal entlassen und die Bettenzahl reduzieren, also insgesamt Intensivkapazitäten abbauen (Luce und Rubenfeld 2002). Wenn man davon ausgeht, dass der Bedarf an Intensivbetten weiter steigen wird, könnte die Vermeidung beziehungsweise Reduzierung von ungewollten und ungerechtfertigten Aufnahmen und Behandlungen langfristig jedoch immerhin eine wichtige Möglichkeit darstellen, die steigenden Kosten zumindest zu begrenzen (Curtis et al. 2012).

Überversorgung kann die Missachtung des Nicht-Schadens- und des Wohlergehensprinzips bedeuten. Die Perspektive der PatientInnen und ihrer Angehörigen soll an dieser Stelle nur erwähnt, nicht jedoch weiter vertieft werden, da sie nicht Bestandteil dieser Forschungsarbeit ist.

1.6.5 Fazit

Die Wahrnehmung von medizinischer Nutz- und Sinnlosigkeit bedeutet nicht, dass diese tatsächlich vorliegt. Sie kann jedoch Indiz dafür sein, dass ein ethisches Problem vorliegt, das artikuliert und geklärt werden muss (Albisser Schleger et al. 2008). So ist eine einheitliche Definition für *Medical Futility* beziehungsweise dafür, was als vergebliche oder sinnlose Behandlung einer PatientIn bezeichnet werden kann, vielleicht gar nicht nötig. Vielmehr kann die Wahrnehmung von sinnlosen Behandlungen und die offene Artikulierung dieser dazu dienen einen prozeduralen Entscheidungsprozess in Gang zu setzen, der die Perspektiven möglichst aller Beteiligten miteinbezieht und zwischen den divergierenden Ansichten vermittelt. Dies eröffnet die Möglichkeit zu akzeptableren Entscheidungen über die Durchführung oder Einschränkung von medizinischen Maßnahmen zu kommen und so Leid für PatientInnen und deren Angehörige sowie für das gesamte Behandlungsteam zu vermeiden beziehungsweise zu minimieren.

Darüber hinaus könnte eine verbesserte ethische Entscheidungsfindung auch ökonomisch zu einer sinnvolleren Ressourcenallokation beitragen (Marckmann 2005). So konnten Schneidermann et al. (2003) auf Intensivstationen, die klinisch-ethische Beratungen durchführten, einen signifikant geringeren Ressourcenverbrauch nachweisen als für Stationen, die keine durchführten.

1.7 Zusammenfassung

Die Lebenserwartung in Deutschland ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Auch in den nächsten Jahrzehnten wird die demografische Entwicklung weiterhin von

einer Zunahme an Lebensjahren im hohen Alter geprägt sein. Die über 65-Jährigen und insbesondere die Hochaltrigen werden immer zahlreicher werden (Statistisches Bundesamt 2019b), sodass der Anteil älterer Personen an allen stationären Behandlungen steigen wird und gleichzeitig mit einer Zunahme an Sterbefällen zu rechnen ist.

Trotz dieser Tendenz wurde die Zahl der gesamten Krankenhausbetten in Deutschland in den letzten Jahren reduziert. Zur gleichen Zeit wurden die Intensivkapazitäten hingegen erhöht. Dabei wird der Bedarf an Intensivbetten auch in den nächsten Jahrzehnten weiter steigen. Schon heute gehören immer mehr ältere und alte PatientInnen hier zur behandlungsbedürftigen Klientel, wobei gleichzeitig die Erkrankungsschwere der aufgenommenen PatientInnen als auch die Auslastung der Intensivstationen zugenommen hat. Dabei stehen im internationalen Vergleich immer noch überdurchschnittlich viele Krankenhaus- und insbesondere viele Intensivbetten in Deutschland zur Verfügung (Thattil et al. 2012).

Die höhere Behandlungsbedürftigkeit bei älteren Menschen in Verbindung mit den demografischen Veränderungen wird zu insgesamt mehr Krankenhausbehandlungen und damit steigenden Kosten führen (Statistisches Bundesamt 2010). Gleichzeitig ist mit einer Abnahme der Personenzahl im Erwerbsalter zu rechnen (Statistisches Bundesamt 2019b), sodass von abnehmenden finanziellen Mitteln auf der Einnahmenseite ausgegangen werden muss.

Der Aussage, dass alte PatientInnen per se höhere Kosten verursachen, muss in diesem Zusammenhang dennoch widersprochen werden. Die höchsten Behandlungskosten fallen im letzten Lebensjahr an. Dabei spielt weniger das Alter selbst, als vielmehr die individuelle Nähe zum Tod die entscheidende Rolle. Analysen konnten zeigen, dass mit steigendem Alter die Gesundheitsausgaben im letzten Lebensjahr sogar wieder geringer ausfallen (Felder 2008). Einen deutlich stärkeren Einfluss als der demografische Wandel scheint der medizinische Fortschritt auf die Gesundheitsausgaben zu haben (Breyer & Ulrich 2000 in Breyer 2013). Die häufig als Kostenexplosion bezeichneten, gestiegenen Gesundheitsausgaben müssen in diesem Zusammenhang jedenfalls relativiert werden. Sie entsprachen im Zeitraum zwischen 1992 und 2013 lediglich einem moderaten Anstieg von 1,8 Prozentpunkten auf 11,2 % des deutschen Bruttoinlandsprodukts (Lieb 2014). Häufig in der Debatte vernachlässigt bleibt auch, dass das Gesundheitswesen selbst wiederum einen umsatzstarken Wirtschaftsbereich darstellt. Im Jahr 2018 machte es über 12 % der Wertschöpfung der Gesamtwirtschaft aus (Bundesministerium für Gesundheit 2019).

Auch wenn es sich nicht um eine Kostenexplosion der Gesundheitsausgaben handelt, stehen steigende Kosten auf der Ausgabenseite potenziell sinkenden Einnahmen auf der Einnahmenseite gegenüber, was zu einer Zuspitzung der Finanzierungslage im deutschen Gesundheitswesen führt. Dabei ist fraglich, ob der Begriff der Mittelknappheit angemessen ist oder nicht neutraler von der Begrenztheit der Ressourcen gesprochen werden sollte, da es sich hier nicht um absolut knappe Ressourcen handelt.

Wenn die (medizinischen) Ressourcen begrenzt sind, muss über die möglichst gerechte Allokation dieser nachgedacht werden. Hierbei spielen Effizienzsteigerung durch Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven (Rationalisierung), Priorisierung oder Rationierungsmaßnahmen eine Rolle.

Die hier vorgestellte Arbeit folgt der weit gefassten Definition von Ubel und Goold (1998), die Rationierung als „implizite oder explizite Mechanismen, die dazu führen, dass einer Person eine nützliche Leistung im Rahmen der Gesundheitsversorgung nicht zur Verfügung steht“ betrachtet. Dies ermöglicht weniger über das „ob“, als vielmehr über das „wie“ von Rationierungsentscheidungen zu diskutieren und zwischen gerechter und ungerechter Rationierung zu unterscheiden.

Rationierungsentscheidungen anhand des chronologischen Alters vorzunehmen, wird in diesem Zusammenhang immer wieder diskutiert. Wobei selbst die Befürworter anerkennen, dass Altersrationierung nur unter Umständen einer echten Knappheit zu rechtfertigen wäre. Die meisten medizinischen Güter sind jedoch nicht natürlicherweise knapp, sondern sind Folge von gesellschaftlichen Umständen und ökonomischen Entscheidungen auf der Meso- oder Makroebene (Daniels 2003). Überdies wirft die Altersrationierung weitere ethische und rechtliche Probleme, wie die Missachtung des Gleichheitsgebotes auf und würde einem Verstoß gegen die Menschenwürde und dem sich hieraus ableitenden Diskriminierungsverbot entsprechen (Halter 2007 in Zimmermann-Acklin 2012).

Weitgehend unumstritten ist, dass Rationierung bereits heute zum Alltag von Pflegenden und ÄrztInnen gehört. Diese findet vorwiegend in Form einer impliziten Rationierung am Krankenbett statt. Die überwiegende Mehrheit der in Studien zum Thema Befragten bejahte potenziell nützliche Maßnahmen schon einmal unterlassen zu haben. Hierfür waren sowohl Kostenerwägungen, aber auch zahlreiche andere Gründe ausschlaggebend. So konnten in Studien unterschiedliche Rationierungskriterien herausgearbeitet werden, die sich in kontext-, ärztInnen- und patientInnenbezogene Kriterien unterscheiden lassen. Das Alter von PatientInnen scheint dabei Rationierungsentscheidungen maßgeblich mit zu beeinflussen. Alte PatientInnen erhalten weniger teure Behandlungen als jüngere mit gleicher Erkrankung, was unter anderem als Folge von Rationierung bei alten PatientInnen gewertet wird (Brockmann 2000). Hierbei scheint das Verständnis von Alter bei klinisch Tätigen aber durchaus nicht eindimensional auf das numerische Alter beschränkt zu bleiben, sondern in Zusammenschau mit dem biologischen Alter, dem Ausmaß der akuten Erkrankung sowie dem Vorliegen von Begleiterkrankungen betrachtet zu werden (Strech et al. 2008a).

Problematisch an einer Form der impliziten Rationierung ist, dass auf diese Weise keine konsistenten Standards in der Verteilung begrenzter, medizinischer Ressourcen eingehalten werden, was Ungleichheit und Ungerechtigkeit zur Folge hat.

Bei den Pflegenden standen die rationierten Tätigkeiten am häufigsten in Zusammenhang mit psychosozialer Versorgung, Pflegeplanung und Dokumentation, dafür weniger häufig mit Behandlungen und Prozeduren wie Schmerzmanagement oder zeitgerechter Medikation (Zander et al 2014; Ausserhofer et al. 2014). Rationierungsentscheidungen können auch den Zugang zu Intensivbetten betreffen (Strech et al. 2008b; Schultheiss 2004; Santos-Eggimann 2005). Hier scheint der Bedarf größer als das Angebot zu sein, was zwangsläufig zu einer Beschränkung für einige PatientInnen führen muss. Aber auch auf der Intensivstation selbst scheinen Rationierungsentscheidungen an der Tagesordnung zu sein und Therapiebeschränkungen wie die Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen zu betreffen (Ewans et al. 2011 in Gretenkort 2014). Einigkeit scheint darüber zu herrschen, dass Rationierungsentscheidungen die Arbeitszufriedenheit mindern und bei den Entscheidenden zu Rollenkonflikten, Frustration und emotionaler Erschöpfung führen (Strech et al. 2008a; Ausserhofer et al. 2014; Schnoor et al. 2017; Kerkemeyer et al. 2016).

Nicht nur aus Gründen der materiellen Knappheit kann über eine Begrenzung von medizinischen Maßnahmen nachgedacht werden. Auch die Frage nach Sinn und Vergeblichkeit einer Behandlung kann eine Begrenzung oder gar Rücknahme von Therapiemaßnahmen nahelegen. Die Beurteilung der Sinnhaftigkeit einer medizinischen (Be-)Handlung hängt dabei von multiplen Faktoren ab und stellt keine wertfreie und objektive Entscheidung dar, sondern ist immer eine auf den Einzelfall bezogene Einschätzung, die nicht unabhängig vom (mutmaßlichen) PatientInnenwillen getroffen werden kann. Hier kann der, aus der US-amerikanischen Diskussion stammende, *Futility*-Begriff herangezogen werden. Er verdeutlicht, dass ärztliches Handeln nicht nur das Einverständnis der PatientIn benötigt, sondern auch den medizinethischen Prinzipien Fürsorge, Schadensvermeidung und Gerechtigkeit verpflichtet ist (Becker und Blum 2004). Eine einheitliche Definition existiert jedoch nicht. Stark verkürzt könnte man von *Futility* sprechen, wenn eine medizinische, pflegerische oder therapeutische Intervention dem gegenwärtigen Wissensstand nach mit aller Voraussicht nicht zielführend ist (Albisser et al. 2012; Fleming 2005) und es darüber hinaus unwahrscheinlich ist, dass die betreffende PatientIn einen angestrebten Effekt als Nutzen empfinden würde (Schneidermann 2011).

Insbesondere auf Intensivstationen ist die Wahrnehmung von als sinnlos empfundenen (Be-)Handlungen verbreitet. InterviewpartnerInnen aus der Intensivmedizin drückten hier mit 93 % am häufigsten aus, dass sie regelmäßig Behandlungen wahrnahmen, die sie als sinnlos einschätzten (Albisser Schleger et al. 2008). Auch hierfür gibt es Gründe, die aufseiten des Behandlungsteams liegen, aber auch zahlreiche auf PatientInnenseite. Zu Letzteren gehören die erwartete Belastung einer Maßnahme für die PatientIn, mangelnde Erfolgsaussichten oder die mit hoher Wahrscheinlichkeit deutlich eingeschränkte Lebensqualität nach Durchführung einer Maßnahme. Das Alter von PatientInnen stellte dabei den stärksten Prädiktor für die Wahrnehmung einer Behandlung als *futile* dar (Huynh et al. 2013). Die Weiterführung ungewollter, aggressiver Behandlungen bei sterbenden PatientInnen auf der Intensivstation wird unter ÄrztInnen und Pflegenden als extrem

belastend beschrieben. Pflegende scheinen dabei stärker als ÄrztInnen unter moralisch belastenden Situationen zu leiden (Hamric und Blackhall 2007). Dabei steht die Häufigkeit, mit der Pflegende Situationen erleben, die sie als sinn- oder nutzlos wahrnehmen, in signifikantem Zusammenhang zu emotionaler Erschöpfung bei den Beteiligten (Meltzer und Huckabay 2014).

Hervorzuheben bleibt, dass die Wahrnehmung von medizinischer Nutz- oder Sinnlosigkeit nicht bedeutet, dass diese auch tatsächlich vorliegt. Sie kann jedoch Indiz dafür sein, dass ein ethisches Problem besteht, das artikuliert und geklärt werden muss (Albisser Schleger et al. 2008). So kann die Wahrnehmung von sinnlosen Behandlungen und die offene Artikulierung dieser dazu dienen einen Entscheidungsprozess in Gang zu setzen, der die Perspektiven möglichst aller Beteiligten miteinbezieht und zwischen den divergierenden Ansichten vermittelt, um so zu akzeptableren Entscheidungen über die Durchführung oder Einschränkung von medizinischen Maßnahmen zu kommen.

Darüber hinaus könnte eine verbesserte ethische Entscheidungsfindung auch ökonomisch zu einer sinnvolleren Ressourcenallokation beitragen (Marckmann 2005).

1.8 Forschungsfragen

Die Intensivmedizin gehört zum Hochkostenbereich im Gesundheitswesen. Insbesondere hier macht sich der demografische Wandel und der medizintechnische Fortschritt bemerkbar. Selbst wenn man die wahrscheinliche weitere Zuspitzung der Finanzierungsproblematik im Gesundheitswesens ignorierte, sind die medizinischen Ressourcen bereits heute begrenzt, sodass darüber nachgedacht werden muss, wie diese gerecht zu verteilen sind.

Dabei ist die Begrenzung von nützlichen medizinischen und pflegerischen Maßnahmen bereits Alltag von ÄrztInnen und Pflegenden. Sie findet jedoch zum größten Teil implizit auf individueller Ebene am Krankenbett statt. Demgegenüber kommt es häufig dazu, dass die insbesondere in der Intensivmedizin Tätigen, Behandlungen wahrnehmen, die sie als sinnlos (*futile*) empfinden. Hierin könnte man eine potenzielle Verschwendung von Ressourcen sehen, sodass sich die Frage ergibt, ob und inwiefern Rationierungsentscheidungen gerechtfertigt sind, wenn gleichzeitig ein vermeidbares Ausmaß an sinnlosen Behandlungen besteht.

In diesem Spannungsfeld, zwischen Rationierungsentscheidungen und damit potenzieller Unterversorgung einerseits und als vergeblich wahrgenommenen, medizinischen Handlungen, also potenzieller Überversorgung andererseits, ist die vorliegende Studie angelegt. Eine Befragung, die sich auf den Bereich Intensivmedizin bezieht und dabei beide Phänomene abdeckt, existierte zum Zeitpunkt der Erstellung des Fragebogens bisher nicht. Ziel war es, genauer zu beleuchten, in welchem Ausmaß Über- und Unterversorgung von ÄrztInnen und Pflegenden auf Intensivstationen wahrgenommen wird, um eine an den

klinischen Gegebenheiten orientierte ethische Einschätzung vornehmen zu können. Unterversorgung sollte erfasst werden, indem die Studienteilnehmenden danach gefragt werden, ob und wie häufig sie schon einmal erlebt hätten, dass Maßnahmen, die sie für potenziell nützlich gehalten hatten, vorenthalten worden sind. Überversorgung hingegen sollte durch die Wahrnehmung der Befragten von Behandlungen als *futile* aufgedeckt werden. Weiterhin sollte herausgearbeitet werden, welche Gründe beziehungsweise Kriterien die Befragten hierfür angeben. Dabei sollte ein besonderes Augenmerk darauf gelegt werden, inwiefern fortgeschrittenes Alter der PatientInnen Leistungsbegrenzungen beeinflusst. Um mögliche Unterschiede in der Wahrnehmung von Über- und Unterversorgung herausarbeiten zu können, wurden sowohl ÄrztInnen als auch Pflegende befragt.

Eine ethische Einschätzung mit Orientierung an den medizinethischen Prinzipien Wohlergehen, Nicht-Schaden, Autonomie und Gerechtigkeit sollte im Anschluss an die Auswertung der Ergebnisse vorgenommen werden.

Konkret sollten im Rahmen der Studie folgende Forschungsfragen beantwortet werden:

Als wie ausgeprägt nehmen ÄrztInnen und Pflegende Mittelknappheit im Gesundheitswesen wahr und was impliziert dies aus ihrer Sicht für die Versorgung der PatientInnen?

Wie häufig werden medizinische oder pflegerische Maßnahmen, die für eine PatientIn potenziell sinnvoll gewesen wären, nicht durchgeführt?

Was sind die Gründe für die Begrenzung von medizinischen Maßnahmen?

Handelt es sich dabei um Rationierung, und wenn ja, ist diese gerechtfertigt?

Steht bei der Begrenzung von medizinischen Maßnahmen im Klinikalltag der Kostenfaktor im Vordergrund?

Inwiefern beeinflusst der Faktor Alter die Begrenzung potenziell nützlicher Maßnahmen?

Ab welchem Alter wird eine PatientIn als alt wahrgenommen?

Welche potenziell nützlichen Maßnahmen werden vorenthalten?

Wie häufig sind PatientInnen in der Intensivmedizin sinnlosen Behandlungen ausgesetzt?

Was sind Gründe dafür, dass ÄrztInnen und Pflegende Behandlungen als sinnlos einstufen?

Gibt es in Bezug auf die oben gestellten Fragen Unterschiede in der Wahrnehmung zwischen ÄrztInnen und Pflegenden?

2 Material und Methoden

2.1 Die Stichprobe

Als StudienteilnehmerInnen wurden ÄrztInnen und Pflegende der Intensivmedizin ausgewählt. Über die Homepage der Landesärztekammern wurden die Namen und Adressen der weiterbildungsbefugten ÄrztInnen für Intensivmedizin recherchiert. Jeder vierten ÄrztIn wurden drei Fragebögen zugesandt: einen zum Selbstausfüllen und je einen zum Weiterreichen an eine ÄrztIn in Weiterbildung und eine Pflegekraft der Intensivmedizin. So wurde gewährleistet, dass sowohl ChefärztInnen, OberärztInnen und AssistenzärztInnen sowie Pflegende befragt wurden. Insgesamt wurden 1200 Fragebögen versandt, davon wendeten sich 800 an ÄrztInnen und 400 an Pflegefachkräfte.

2.2 Der Fragebogen

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein fünfteiliger Fragebogen entwickelt (siehe Anhang). In der Mehrzahl der Fragen wurden die Studienteilnehmenden dazu aufgefordert, sich unter vorgegebenen Antwortmöglichkeiten zu entscheiden. Sechs Kommentarfelder ließen Raum für Ergänzungen und sollten zur Beantwortung von offenen Fragen animieren.

Fragenblock 1: Allgemeine Aussagen zum Thema Mittelknappheit in der Medizin

In diesem Teil des Fragebogens konnten sich die Befragten zu Aussagen zum Umgang mit Mittelknappheit in der Medizin äußern. Durch Ankreuzen der Antworten „Stimme voll und ganz zu“, „Stimme eher zu“, „Stimme eher nicht zu“ oder „Stimme überhaupt nicht zu“ konnten sich die TeilnehmerInnen positionieren.

Fragenblock 2 a: Vorenthaltung nützlicher Maßnahmen

In diesem Abschnitt konnten die Befragten angeben, ob sie schon einmal erlebt haben, dass medizinische Leistungen, die für eine PatientIn potenziell nützlich gewesen wäre, vorenthalten worden sind (Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“, „Weiß nicht“). Im Falle einer positiven Antwort konnte ergänzt werden, wie häufig dies vorkommt und was („häufig“, „seltene“ bzw. „keine“) Gründe dafür sind. Mögliche, in ihrer Häufigkeit einzuschätzende Gründe waren:

Tabelle 1: Mögliche Gründe für das Vorenthalten potenziell nützlicher Maßnahmen

Anweisung von Vorgesetzten
Druck von KollegInnen
Vorgaben der Geschäftsführung
Vorgaben der Krankenkassen
Nach eigener Einschätzung nur geringer Erfolg der Maßnahme zu erwarten
Geringe erwartete Lebensqualität für die Patientin bei Durchführung der Maßnahme
Maßnahme entspricht nicht dem PatientInnenwunsch
Maßnahme entspricht nicht dem Wunsch der Angehörigen / der gesetzlichen Vertreter
Mögliche Verlängerung des Leidens für die Patientin bei Durchführung der Maßnahme
Der zu erwartende Nutzen rechtfertigt nicht die Kosten der Maßnahme

Ein Feld, das überschrieben war mit „Sonstige, und zwar:“ ließ Raum zur Ergänzung von weiteren Gründen.

Fragenblock 2 b: Vorenthaltung potenziell nützlicher medizinischer Maßnahmen aufgrund des fortgeschrittenen Alters der PatientIn

Hier handelte es sich um einen fast identischen Fragenkomplex wie im vorherigen Abschnitt. Abweichend wurde hier nach dem Vorenthalten von potenziell nützlichen Leistungen aufgrund des fortgeschrittenen PatientInnenalters gefragt.

Fragenblock 2c: Persönliche Erfahrung mit dem Vorenthalten potenziell nützlicher medizinischer Maßnahmen aufgrund des fortgeschrittenen Alters der PatientIn

In diesem Fragenblock wurden die ÄrztInnen und Pflegenden gefragt, ob sie selbst schon einmal potenziell nützliche medizinische Leistungen einer PatientIn aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters vorenthalten hatten. Dabei wurden die ÄrztInnen nach potenziell nützlichen medizinischen Maßnahmen und die Pflegenden nach potenziell nützlichen pflegerischen Maßnahmen gefragt. Es wurde ferner gefragt, ob solche Entscheidungen die Befragten belasteten und ihre Arbeitszufriedenheit einschränkten. In einem Kommentarfeld konnte angegeben werden, um welche Leistungen es sich handelte, die vorenthalten wurden.

Fragenblock 3: Medizinische Sinnlosigkeit von Maßnahmen

Mit den darauffolgenden Fragen sollte ermittelt werden, ob die Antwortenden schon einmal erlebt hatten, dass diagnostische oder therapeutische Maßnahmen vorgenommen worden waren, die ihnen zum Zeitpunkt der Durchführung sinnlos erschienen. Wenn dies der Fall war, konnte weiter angegeben werden, wie häufig dies geschehen war. Im nächsten Schritt wurden Gründe aufgeführt, welche als „häufig“, „selten“ oder „kein Grund“

eingestuft werden konnten. Zu folgenden Gründen konnten sich die StudienteilnehmerInnen positionieren:

Tabelle 2: Mögliche Gründe für medizinische Sinnlosigkeit von Maßnahmen

Maßnahme führt mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht zu einer Lebensverlängerung
Maßnahme führt weder zu einer Verbesserung der Lebensqualität noch zu einer Verbesserung des Sterbeprozesses für die PatientIn
Der zu erwartende Nutzen rechtfertigt nicht die Kosten der Maßnahme
Der zu erwartende Nutzen rechtfertigt nicht die Belastung der Maßnahme für die PatientIn
Maßnahme entspricht nicht dem PatientInnenwillen
Hohes Alter der PatientIn

Fragenblock 4: Wahrnehmung der PatientIn als fortgeschritten alt

In diesem Abschnitt konnten sich die Befragten zu ihrer Wahrnehmung des PatientInnenalters äußern.

Die Studienteilnehmenden konnten bezogen auf Altersabschnitte (z.B. „60- 69 Jahre“) zustimmen oder ablehnen, ob sie eine PatientIn in dem entsprechenden Altersabschnitt als fortgeschritten alt wahrnahmen. Antwortmöglichkeiten waren „Ja“, „Nein“, „Weiß nicht“. Mittels eines Kommentarfeldes hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit weitere Kriterien zu benennen, die dazu führen, dass sie eine PatientIn als fortgeschritten alt wahrnehmen.

Fragenblock 5: Allgemeine Angaben zur Person

Abschließend wurden die ÄrztInnen und Pflegenden zu ihrer Person befragt. Hier konnten Angaben zu Alter, Geschlecht, Tätigkeitsjahren im Krankenhaus sowie in der Intensivmedizin im speziellen gemacht werden. Weiterhin wurde nach der derzeitigen Funktion, der Zusatzqualifikation Intensivmedizin sowie der Fachrichtung gefragt. Informationen über die Trägerschaft der Einrichtung, in welcher die Befragten tätig waren, und ob es sich dabei um eine Universitätsklinik handelte, wurden ebenfalls eingeholt. Ergänzende Bemerkungen, Kritik und Anregungen durften in einem großen Kommentarfeld geäußert werden, welches den Abschluss des Fragebogens bildete.

2.3 Versand der Fragebögen

Im Oktober 2014 wurden die Fragebögen versandt. Das beiliegende Anschreiben informierte die AdressatInnen über das Anliegen der Befragung und sicherte ihnen die anonymisierte Auswertung der Daten zu. Um die Antwortrate zu erhöhen, erinnerte zwei Monate später ein Schreiben an die Beantwortung der Fragebögen. Dieser Erinnerung war eine Abfrage beigefügt, in der Gründe für ein mögliches Nicht-Beantworten des

Fragebogens mitgeteilt werden konnten. Als mögliche Gründe für die Nichtteilnahme konnten zeitliche Motive, datenschutzrechtliche und moralische Bedenken angekreuzt werden sowie durch einen Freikommentar weitere nicht aufgeführte Gründe angegeben werden.

2.4 Bearbeitung der Fragebögen und statistische Auswertung

Die statistische Analyse erfolgte mit der Software Statistica (Version 12.0, StatSoft). Die erhobenen Daten wurden durch absolute und relative Häufigkeiten beschrieben. Mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test wurde auf nicht parametrische Verteilung getestet.

Mit dem Kruskal Wallis-Test wurden Unterschiede zwischen den Gruppen auf Signifikanzen getestet. Wenn signifikante Unterschiede festgestellt wurden, wurden die Gruppen paarweise mit dem Mann-Whitney-U-Test verglichen. Als Signifikanzgrenze wurde für alle Tests $p < 0,05$ festgelegt. Die statistische Auswertung erfolgte unter der Anleitung und Betreuung durch die Mitarbeitenden der Abteilung Medizinische Statistik der Universitätsmedizin Göttingen. Antworten, die mittels der Kommentarfelder erteilt wurden, wurden separat ausgewertet. Dort, wo sich das Antwortverhalten zwischen den zu analysierenden Gruppen signifikant unterschied, wird im Text explizit darauf hingewiesen.

3 Ergebnisse

Von den insgesamt 1200 versandten Fragebögen wurden 287 ausgefüllt zurückgesendet. Es konnten 21 Fragebögen nicht zugestellt werden, sodass letztendlich 1179 Personen, davon 786 ÄrztInnen und 393 Pflegende befragt wurden. Es antworteten 193 ÄrztInnen und 94 Pflegende, was insgesamt einem Rücklauf von 24 % entspricht. Für die Auswertung wurden ÄrztInnen (Rücklauf 25 %) und Pflegende (Rücklauf 24 %) als die zwei Hauptvergleichsgruppen ausgewählt.

Dem Erinnerungsschreiben war eine Auskunft beigefügt, welche die ÄrztInnen und Pflegenden nutzen konnten, um über ihre Nichtteilnahme zu informieren. Hiervon machten 23 Personen Gebrauch (Mehrfachnennungen waren möglich). Von diesen gaben 19 Personen an, dass ihnen die Beantwortung aus zeitlichen Gründen nicht möglich gewesen wäre. Weitere Gründe wie datenschutzrechtliche Bedenken (eine Person), moralische Bedenken (drei Personen) wurden angegeben. Sechs Personen führten weitere Gründe an: Zwei Personen verwiesen auf KollegInnen, die für die Beantwortung geeigneter gewesen wären, in einem Fall war der Fragebogen bereits zurückgeschickt worden und eine Person hatte keine Fragebögen erhalten. Für eine weitere Person war die Beantwortung „leider aufgrund von Personalknappheit nicht möglich“. Für eine andere war „Die Fragestellung (...) zumindest vor der Praxis in unserer Klinik nicht nachvollziehbar“.

3.1 Soziodemografische Daten

Tabelle 3 stellt die soziodemografischen Daten dar und gibt Auskunft über Alter, Geschlecht und Berufserfahrung der Antwortenden, Tabelle 4 über die Art der Klinik, in der die Antwortenden tätig waren.

Tabelle 3: Soziodemografische Daten

	ÄrztInnen N = 193 67,2 %	Pflegende N = 94 32,8 %	Gesamt N = 287 100 %
Rücklauf	24,6 %	23,9 %	24,3 %
Alter			
Jünger 30 Jahre	N = 12 6,2 %	N = 12 13,0 %	N = 24 8,4 %
30 – 39 Jahre	N = 45 23,3 %	N = 25 27,2 %	N = 70 24,6 %
40 – 49 Jahre	N = 51 26,4 %	N = 37 40,2 %	N = 88 30,9 %
50 – 59 Jahre	N = 69 35,8 %	N = 17 18,5 %	N = 86 30,2 %
60 Jahre und älter	N = 16 8,3 %	N = 1 1,1 %	N = 17 5,9 %
Geschlecht			
Weiblich	N = 57 30,2 %	N = 53 58,2 %	N = 110 39,3 %
Männlich	N = 132 69,8 %	N = 38 41,8 %	N = 170 60,7 %
Tätigkeitsjahre in der Medizin			
< 1 Jahr	N = 5 2,6 %	N = 0 0,0 %	N = 5 1,8 %
1 – 5 Jahre	N = 32 16,6 %	N = 4 4,3 %	N = 36 12,6 %
6 – 10 Jahre	N = 20 10,4 %	N = 12 13,0 %	N = 32 11,2 %
11 – 20 Jahre	N = 42 21,7 %	N = 28 30,4 %	N = 70 24,6 %
> 20 Jahre	N = 94 48,7 %	N = 48 52,2 %	N = 142 49,8 %
Tätigkeitsjahre in der Intensivmedizin			
< 1 Jahr	N = 18 9,3 %	N = 3 3,3 %	N = 21 7,4 %
1 – 5 Jahre	N = 35 18,1 %	N = 13 14,1 %	N = 48 16,8 %
6 – 10 Jahre	N = 27 14,0 %	N = 16 17,4 %	N = 43 15,1 %
11 – 20 Jahre	N = 47 24,4 %	N = 31 33,7 %	N = 78 27,4 %
> 20 Jahre	N = 66 34,2 %	N = 29 31,5 %	N = 95 33,3 %
Abgeschlossene Pflegefachweiterbildung			
Anästhesie und Intensivmedizin	-	N = 66 70,7 %	-
Keine	-	N = 25 26,6 %	-
Sonstige	-	N = 1 2,1 %	-
Abgeschlossene Facharztausbildung			
Anästhesie	N = 60 31,1 %	-	N = 145 75,1 %
Innere Medizin	N = 36 18,6 %	-	
Neurologie	N = 8 4,1 %	-	
Pädiatrie	N = 4 2,1 %	-	
Chirurgie	N = 6 3,1 %	-	
Facharzt vorhanden, aber unbekannt	N = 31 16,1 %	-	
Kein Facharzt	N = 48 24,9 %	-	N = 48 24,9 %
Zusatzbezeichnung Intensivmedizin			
Vorhanden	N = 128 66,3 %	-	-
Nicht vorhanden	N = 65 33,7 %	-	-
Leitende Pflegetätigkeit			
Ja	-	N = 35 38,0 %	-
Nein	-	N = 57 62,0 %	-
Funktion			
Assistenzarzt	N = 61 32,0 %	-	-
Oberarzt	N = 72 37,7 %	-	-
Chefarzt	N = 56 29,3 %	-	-
Sonstige	N = 2 1,0 %	-	-

Tabelle 4: Merkmale der Klinik

	ÄrztInnen N = 193 67,2 %		PflegerInne N = 94 32,8 %		Gesamt N = 287 100 %	
Träger der Einrichtung						
Öffentlich	N = 93	48,7 %	N = 44	46,8 %	N = 137	48,1 %
Freigemeinnützig	N = 53	27,7 %	N = 35	37,2 %	N = 88	30,9 %
Privat	N = 45	23,6 %	N = 15	16,0 %	N = 60	21,1 %
Universitätsklinik						
Ja	N = 22	11,4 %	N = 12	12,9 %	N = 34	11,9 %
Nein	N = 171	88,6 %	N = 81	87,1 %	N = 252	88,1 %

3.1.1 Berufliche Erfahrung

Die meisten Befragten stammten aus den Fachrichtungen der Anästhesie (30 %) und der Inneren Medizin (19 %). Bei den Pflegenden handelte es sich bei über zwei Drittel (71 %) um Fachpflegekräfte für Anästhesie und Intensivmedizin. Eine leitende Tätigkeit übten 38 % der Pflegenden aus.

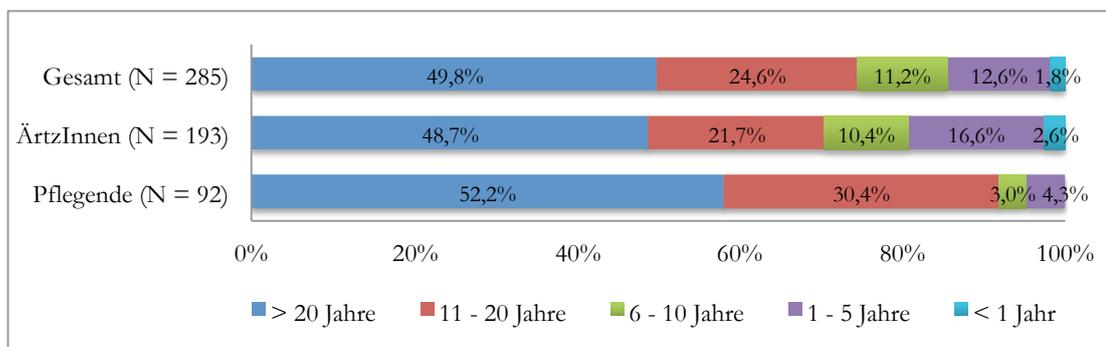


Abbildung 1: Tätigkeitsjahre in der Medizin

An der Studie nahmen vorwiegend klinisch Tätige teil, die auf viele Jahre Berufserfahrung zurückblicken konnten (Abb. 1). Die Hälfte der Befragten (50 %) war schon über 20 Jahre in der Medizin oder Pflege tätig. Ein Viertel der Antwortenden war zwischen 11 und 20 Jahren in der Medizin tätig. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung verfügten 66 % der ÄrztInnen über die Zusatzweiterbildung für Intensivmedizin.

Dreiviertel der befragten ÄrztInnen verfügte über eine abgeschlossene Facharztausbildung. Unter diesen befanden sich vor allem AnästhesistInnen (31 %) und InternistInnen (19 %). Auch einige FachärztInnen der Neurologie, Pädiatrie und der Chirurgie waren unter den Antwortenden (je unter 5 %). Bei 17 % der FachärztInnen blieb die Fachrichtung unklar. Ein Viertel der teilnehmenden ÄrztInnen verfügte zum Zeitpunkt der Befragung nicht über eine abgeschlossene Facharztausbildung. Der Anteil von ÄrztInnen in Weiterbildung (32 %), OberärztInnen (38 %) und ChefärztInnen (29 %) war relativ gleich verteilt.

3.1.2 Alter und Geschlecht der Studienteilnehmenden

Die Befragten befanden sich anteilmäßig relativ gleich verteilt in ihrer dritten (25 %), vierten (31 %) oder fünften (30 %) Lebensdekade (Abb. 2). Unter den ÄrztInnen lag der Altersschwerpunkt ein wenig mehr in der fünften Lebensdekade (36 %), bei den Pflegenden eher in der Vierten (40 %). Darüber hinaus gab es unter den ÄrztInnen einen höheren Anteil der über 60-Jährigen. Die unter 30- (8 %) und über 60-Jährigen (6 %) bildeten eher die Minderheit unter den Studienteilnehmenden.

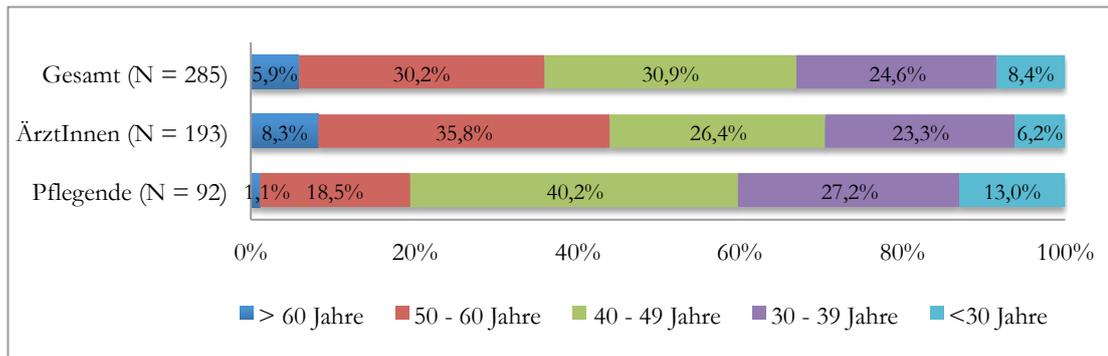


Abbildung 2: Alter der Studienteilnehmenden

Mit 61 % beantworteten den Fragebogen mehr Männer als Frauen (39 %). Hier unterschied sich das Geschlechterverhältnis zwischen beiden Berufsgruppen. Während unter den ÄrztInnen nur 30 % der Teilnehmenden Frauen waren, lag der Anteil der weiblichen Antwortenden unter den Pflegenden bei 58 % (Abb. 3).

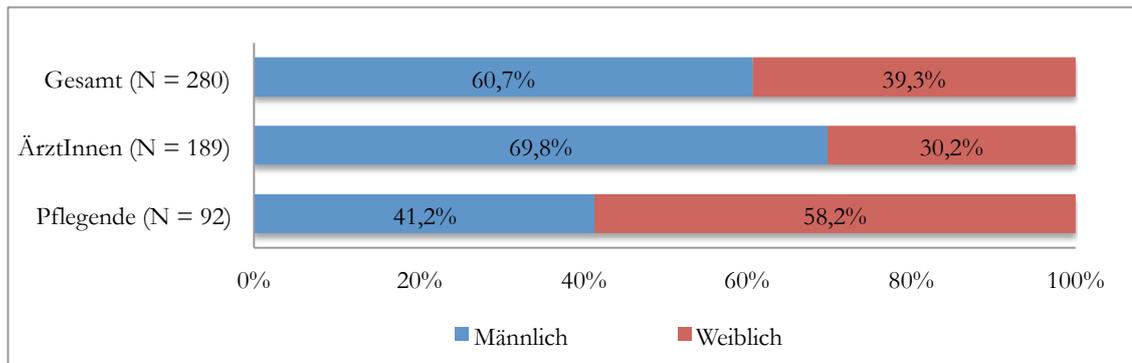


Abbildung 3: Geschlecht der Studienteilnehmenden

3.1.3 Kliniken

Die meisten Kliniken, an denen der Fragebogen beantwortet wurde, waren Kliniken unter öffentlicher Trägerschaft (48 %). Knapp ein Drittel (31 %) lief unter einem freigemeinnützigen Träger und 21 % der Krankenhäuser waren private Kliniken. Nur 12 % der Fragebögen wurden von Mitarbeitenden an Universitätskliniken ausgefüllt.

3.2 Allgemeine Aussagen zum Umgang mit Mittelknappheit in der Medizin

Die Mehrheit aller teilnehmenden ÄrztInnen und Pflegenden (85 %) ging davon aus, dass jede ÄrztIn dazu verpflichtet sei, ihrer PatientIn unabhängig von den entstehenden Kosten die bestmögliche Diagnostik und Therapie anzubieten (Abb. 4).

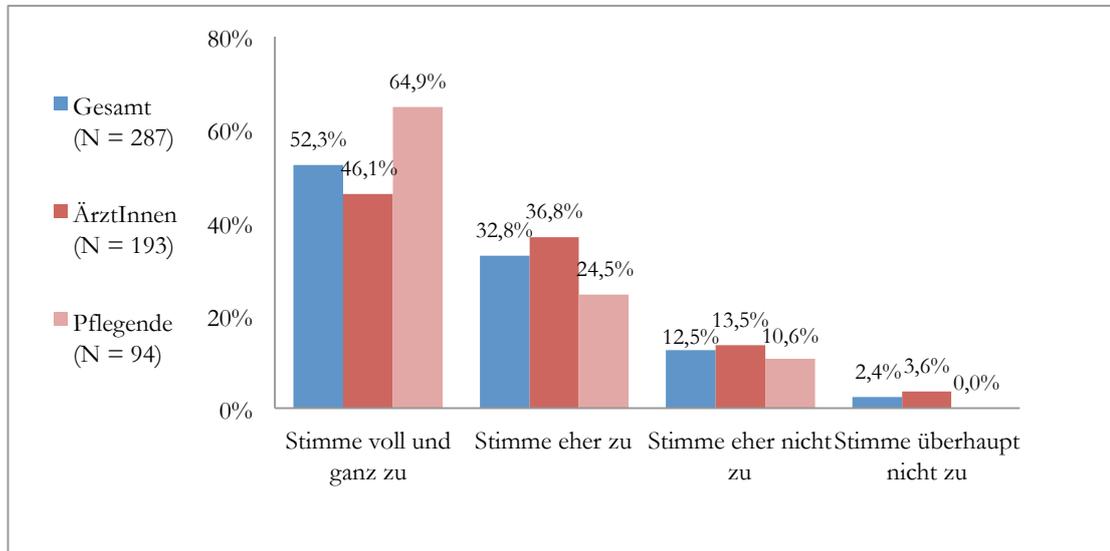


Abbildung 4: Jede ÄrztIn ist dazu verpflichtet, ihrer PatientIn unabhängig von den entstehenden Kosten stets die bestmögliche Diagnostik und Therapie anzubieten.

Allein unter den ÄrztInnen stimmten 83 % dieser Aussage zu. Die Pflegenden bejahten diese Aussage mit 89 % noch stärker. In ihrer Tendenz stimmten die Pflegenden mit 65 % jedoch uneingeschränkter („voll und ganz“) zu, während die ÄrztInnen nur mit 46 % „voll und ganz“, dafür mit 37 % „eher“ zustimmten. Unter den ÄrztInnen verneinten 17 % die Aussage. Die Pflegenden stimmten dieser Aussage mit 11 % „eher nicht“ zu.

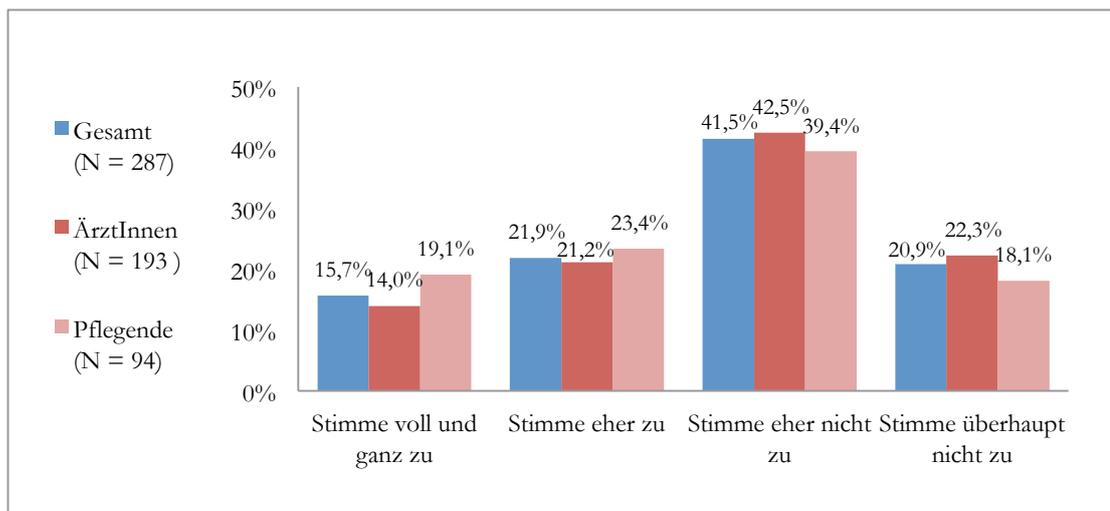


Abbildung 5: Weil die finanziellen Mittel im Gesundheitswesen begrenzt sind, können bereits heute nicht mehr alle medizinisch nützlichen Leistungen bei gesetzlich Krankenversicherten erbracht werden.

Knapp zwei Drittel der Antwortenden (62 %) nahm die finanziellen Mittel für gesetzlich Krankenversicherte nicht als begrenzt wahr. Sie stimmten der Aussage „Weil die finanziellen Mittel im Gesundheitswesen begrenzt sind, können bereits heute nicht mehr alle medizinisch nützlichen Leistungen bei gesetzlich Krankenversicherten erbracht werden“, zu 41 % „eher nicht“ und zu 21 % „überhaupt nicht“ zu (Abb. 5). Im Gegensatz dazu nahmen 38 % der Antwortenden die finanziellen Mittel für gesetzlich Krankenversicherte als begrenzt wahr und stimmten der Aussage zu 16 % „voll und ganz“ und zu 22 % „eher“ zu. Zwischen ÄrztInnen und Pflegenden gab es keinen signifikanten Unterschied im Antwortverhalten.

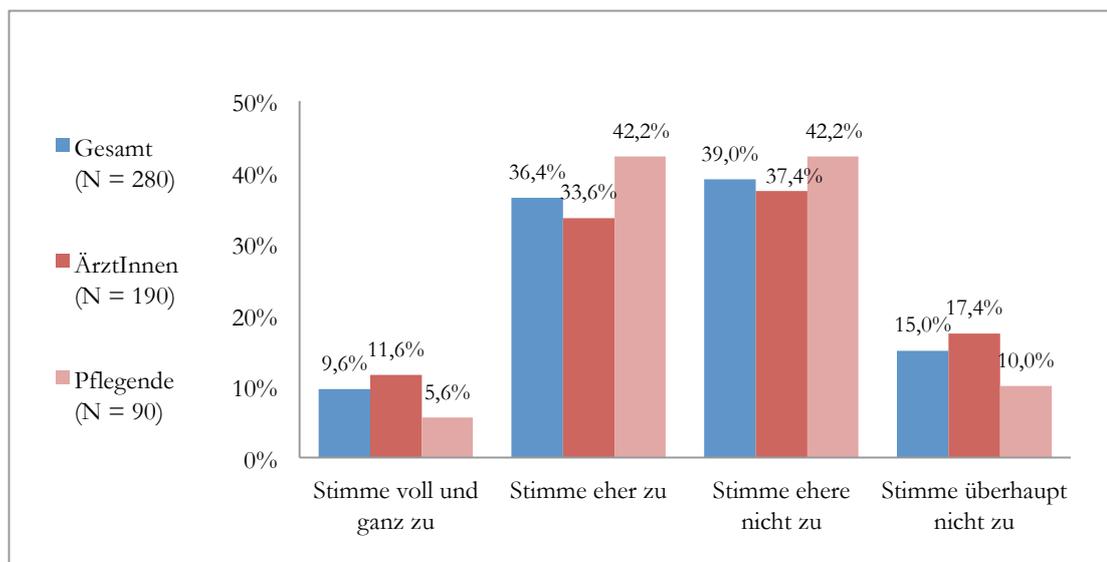


Abbildung 6: Das Problem der Mittelknappheit kann durch Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitssystem gelöst werden.

Dass das Problem der Mittelknappheit durch Ausschöpfen der Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitswesen gelöst werden könne, bejahten 46 % der Studienteilnehmenden (Abb. 6). Hiervon stimmten 36 % „eher“ und 10 % „voll und ganz“ zu. Von den Befragten vertraten hingegen 54 % die Auffassung, dass durch Rationalisierungsmaßnahmen das Problem der Mittelknappheit nicht zu lösen sei. Hier gingen die Meinungen von ÄrztInnen und Pflegenden nicht signifikant auseinander.

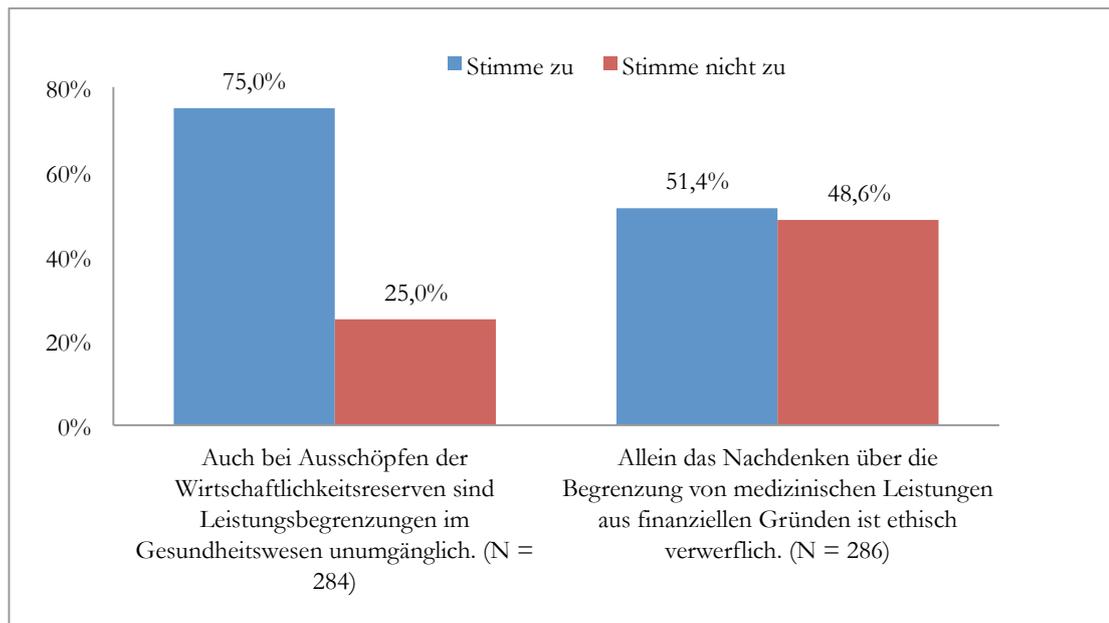


Abbildung 7: Allgemeine Aussagen zum Umgang mit Mittelknappheit in der Medizin

Auf den ersten Blick widersprüchliche Antworten ergaben die Fragen zur Notwendigkeit und ethischen Vertretbarkeit von Rationierungsmaßnahmen: Während 75 % der Befragten äußerten, dass Leistungsbegrenzungen auch bei Ausschöpfen der Wirtschaftlichkeitsreserven unumgänglich seien, stimmte die Hälfte aller Befragten der Aussage zu, dass allein das Nachdenken über die Begrenzung von medizinischen Leistungen aus finanziellen Gründen ethisch verwerflich sei (Abb. 7). Den unumgänglichen Leistungsbegrenzungen stimmten 50 % „eher“ und 25 % „voll und ganz“ zu. Mit 78 % zeigten sich die befragten ÄrztInnen etwas stärker überzeugt als die Pflegenden (68 %). Die Antworten unterschieden sich jedoch nicht signifikant. Gleichzeitig hielten 51 % allein das Nachdenken über die Begrenzung von medizinischen Leistungen aus finanziellen Gründen für ethisch verwerflich. Bei den Pflegenden waren es sogar 69 %. Die ÄrztInnen zeigten sich damit in der Tendenz durchaus bereit, über die Begrenzung von medizinischen Leistungen aus finanziellen Gründen nachzudenken (57 % im Gegensatz zu 31 % unter den Pflegenden). Hier unterschied sich das Antwortverhalten zwischen den MedizinerInnen und den Pflegenden signifikant.

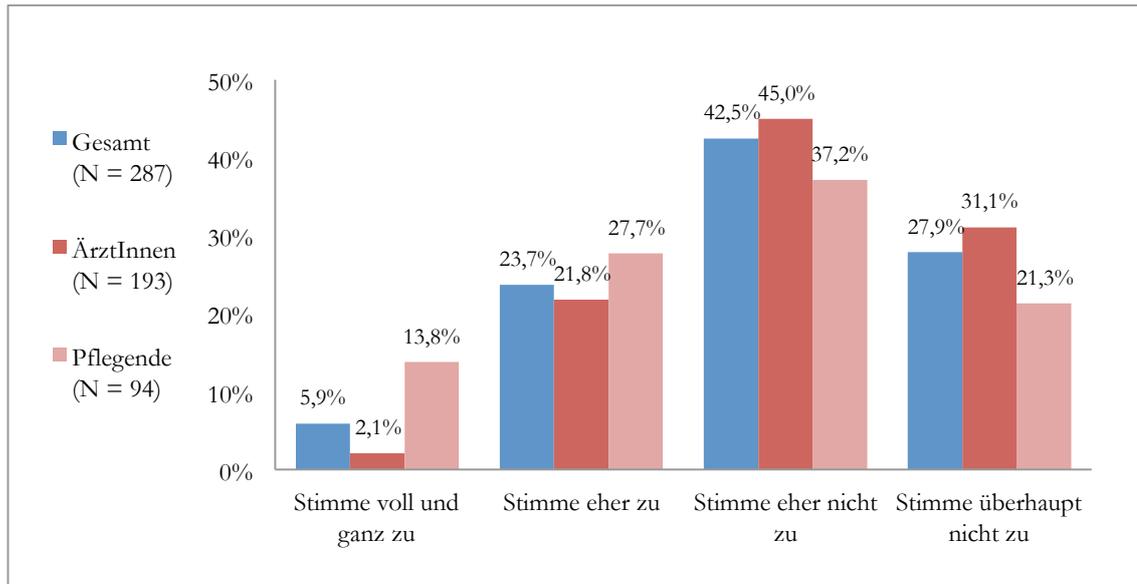


Abbildung 8: Das Alter der PatientIn stellt ein sinnvolles Kriterium für die Begrenzung medizinischer Leistungen dar.

Zwischen den Antworten der ÄrztInnen und Pflegenden ergab sich ein weiterer signifikanter Unterschied hinsichtlich der Bewertung des PatientInnenalters als sinnvolles Kriterium für die Begrenzung medizinischer Leistungen. Insgesamt lag die Zustimmung bei 30 % (Abb. 8). Während 24 % der ÄrztInnen das PatientInnenalter als sinnvolles Kriterium einschätzten, war der Anteil der zustimmenden Pflegefachkräfte fast doppelt so hoch (42 %). Somit lehnten 76 % der ÄrztInnen und 58 % der Pflegenden das PatientInnenalter als sinnvolles Rationierungskriterium ab.

3.3 Begrenzung medizinischer Leistungen

3.3.1 Nichterbringen potenziell nützlicher Leistungen

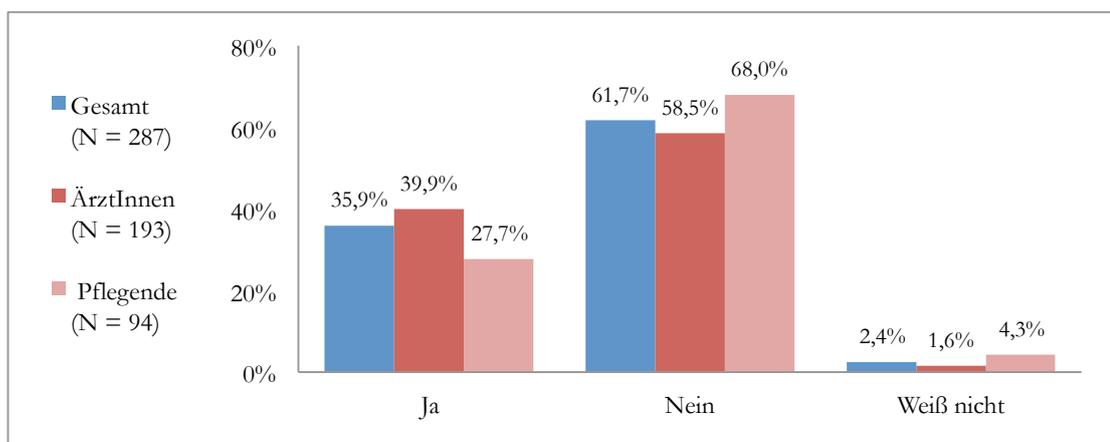


Abbildung 9: Haben Sie auf Ihrer Station schon einmal erlebt, dass medizinische Leistungen, die für die PatientIn nützlich gewesen wären, vorenthalten wurden?

Insgesamt hatten 36 % der Studienteilnehmenden schon einmal erlebt, dass medizinische Leistungen, die für eine PatientIn potenziell nützlich gewesen wären, vorenthalten worden sind (Abb. 9). Unter den ÄrztInnen haben 40 % diese Erfahrung bereits gemacht, unter den Pflegenden waren es 28 %. Der Unterschied zwischen beiden Berufsgruppen war signifikant. 62 % der Antwortenden hatten das Phänomen des Vorenthaltes nützlicher Maßnahmen nicht wahrgenommen. Insgesamt sieben Personen antworteten mit „Weiß nicht“. Bezüglich des Vorkommens und der Häufigkeit der Begrenzung von Maßnahmen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Kliniken, also solchen die öffentlich, freigemeinnützig oder privat geführt wurden.

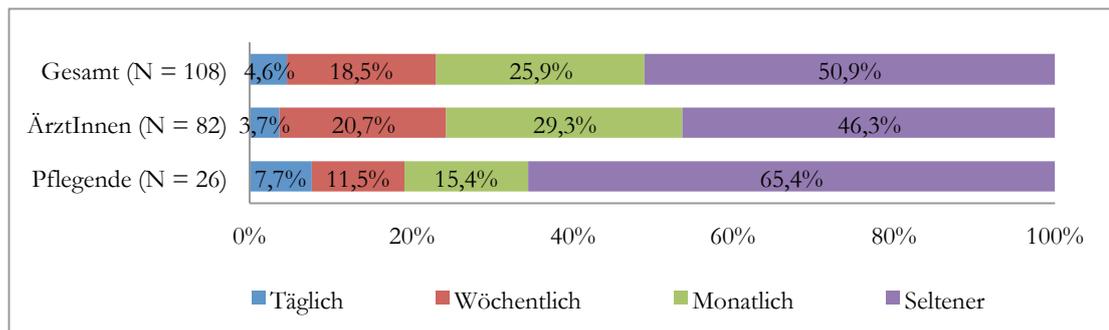


Abbildung 10: Wie häufig erleben Sie das Vorenthalten medizinisch potenziell nützlicher Leistungen?

Für die Hälfte der Antwortenden (51 %) handelte es sich beim Vorenthalten potenziell nützlicher Maßnahmen um ein seltenes Phänomen. Ein Viertel (26 %) der ÄrztInnen und Pflegenden ging von einem monatlich auftretenden Phänomen aus (Abb. 10). Unter den Pflegenden hielten 65 % dies für selten, unter den ÄrztInnen waren es mit 46 % einige weniger. Immerhin ein Viertel der ÄrztInnen erlebte das Nichterbringen von potenziell nützlichen Leistungen täglich (4 %) oder wöchentlich (21 %). Unter den Pflegenden schätzten 20 % dies als häufiges Phänomen ein. So waren es 8 %, die dies täglich und 12 % die dies wöchentlich wahrnahmen. Die Antworten zwischen ÄrztInnen und Pflegenden unterschieden sich nicht signifikant.

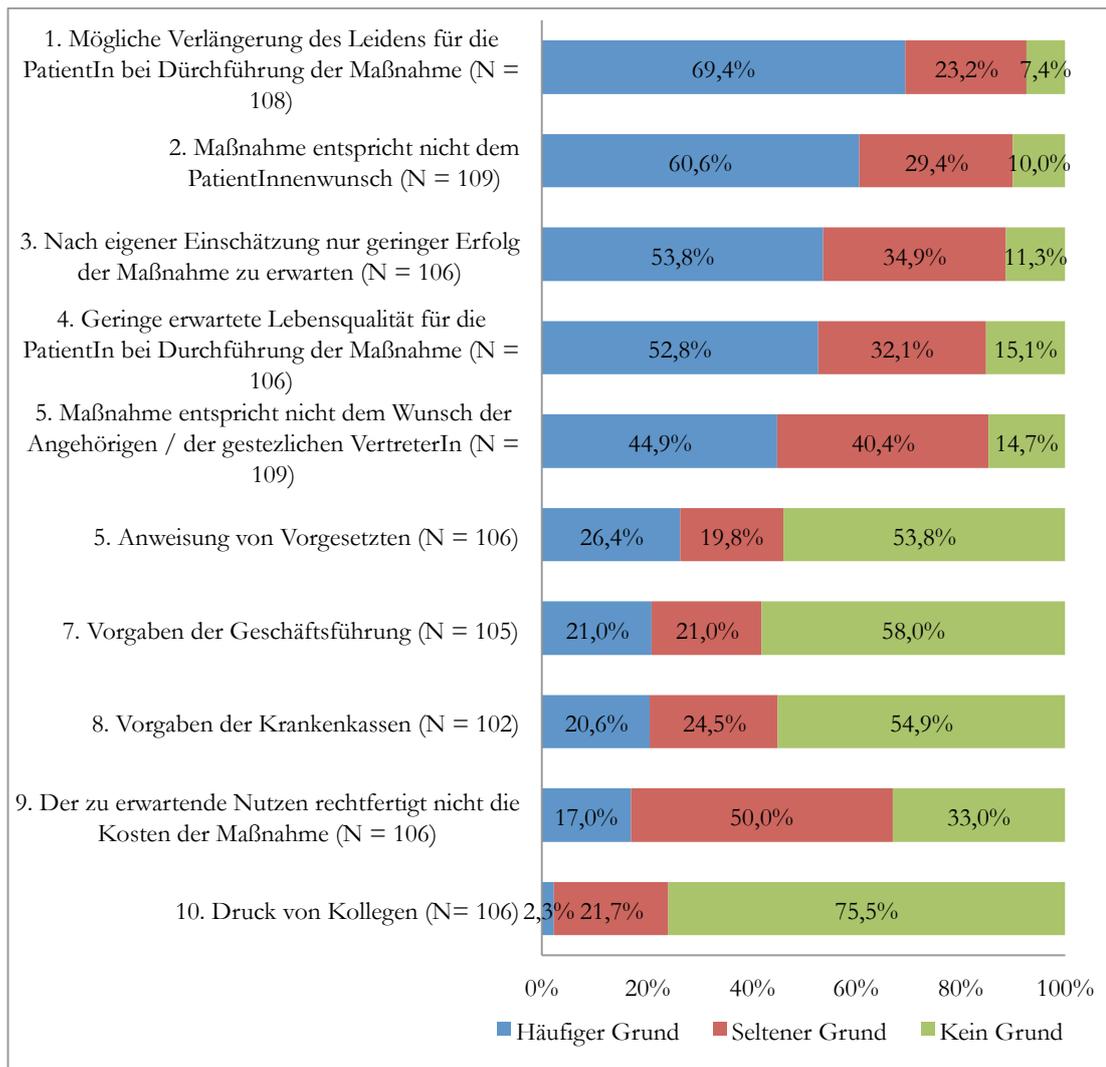


Abbildung 11: Gründe für das Vorenthalten potenziell nützlicher Leistungen

Als Gründe für das beobachtete Nichterbringen von potenziell nützlichen Leistungen standen patientInnenbezogene Gründe stark im Vordergrund. Die möglichen Gründe, zwischen denen sich die Antwortenden entscheiden konnten, werden ihrer Relevanz nach hier beschrieben (Abb.11):

Leidensverlängerung: Die mögliche Verlängerung des Leidens für die PatientIn war nach Einschätzung der Befragten der relevanteste Grund für das beobachtete Nichterbringen medizinisch nützlicher Maßnahmen. Von den Antwortenden gaben 69 % ihn als häufigen und 23 % als seltenen Grund an. Nach Wahrnehmung von 8 % der Teilnehmenden stellte die mögliche Leidensverlängerung für die PatientIn keinen Grund für das Vorenthalten medizinisch nützlicher Leistungen dar.

PatientInnenwunsch: Die Einschätzung, dass die Maßnahme nicht dem Wunsch der PatientIn entspricht, stellte für 61 % der Studienteilnehmenden einen häufigen und für 29 % einen seltenen Grund dar, von der Durchführung einer potenziell nützlichen Maßnahmen abzusehen. Dabei fiel auf, dass signifikant mehr Männer als Frauen ihn als einen häufigen Grund wahrnahmen (69 vs. 47 %).

Mangelnde Erfolgsaussicht: Die erwartete geringe Erfolgsaussicht einer Maßnahme gaben etwas mehr als die Hälfte der Studienteilnehmenden (54 %) als häufigen und 35 % als seltenen Grund für das beobachtete Vorenthalten medizinischer Leistungen an. 11 % der ÄrztInnen und Pflegenden sahen darin keinen Grund.

Mangelnde Lebensqualität: Einen ähnlich relevanten Grund für das Vorenthalten von Leistungen stellte nach Beobachtungen der Studienteilnehmenden die zu erwartende geringe Lebensqualität für die PatientIn bei Durchführung der Maßnahme dar. 53 % nannten dies als häufigen und 32 % als seltenen Grund.

Wunsch der Angehörigen: Der Umstand, dass die Maßnahme nicht dem Wunsch der Angehörigen oder der gesetzlichen VertreterInnen entspricht, war nach Wahrnehmung von 85 % der Befragten ein relevanter Grund, eine potenziell nützliche Maßnahme nicht durchzuführen (für 45 % ein häufiger, für 40 % ein seltener Grund).

Folgende Gründe kristallisierten sich bei den Antwortenden als etwas weniger relevant heraus:

Anweisungen von Vorgesetzten: Nach Einschätzung von mehr als der Hälfte der Teilnehmenden (54 %) stellten Anweisungen von Vorgesetzten keinen, für 20 % einen seltenen und für ein Viertel einen häufigen Grund für das Vorenthalten von medizinischen Leistungen dar. Auch hier war ein signifikanter Unterschied zwischen den Antworten der weiblichen und männlichen Befragten festzustellen. Die Frauen unter den Befragten schätzten Anweisungen von Vorgesetzten häufiger als relevanten Grund ein als die männlichen Befragten (Frauen: 41 % häufiger Grund, 36 % kein Grund; Männer: 17 % häufiger Grund, 65 % kein Grund).

Vorgaben der Krankenkassen und der Geschäftsführung: Die Vorgaben der Geschäftsführung (für 21 % ein häufiger, für 21 % ein seltener Grund) oder der Krankenkassen (für 20 % ein häufiger Grund, für 25 % ein seltener Grund) stellte für weniger als die Hälfte der Studienteilnehmenden einen Anlass dar, potenziell nützliche Maßnahmen nicht vorzunehmen.

Druck von Kollegen: Der Druck von Kollegen spielte nach Einschätzung der meisten Befragten keine Rolle für das Vorenthalten von Maßnahmen (für 76 % kein Grund, für 22 % ein seltener Grund).

Kosten der Maßnahme: Die Einschätzung, dass der zu erwartende Nutzen nicht die Kosten der Maßnahme rechtfertigt, stellte für immerhin 67 % der Befragten einen Grund für das beobachtete Vorenthalten medizinisch potenziell nützlicher Maßnahmen dar. Unter ihnen nannten 17 % den Kostenfaktor als häufigen und 50 % als seltenen Grund. 33 % der Antwortenden sahen darin keinen Grund. Damit war der Kostenfaktor für zwei Drittel der Antwortenden ein relevanter Rationierungsgrund, dabei jedoch nur für eine Minderheit ein häufiger Grund. Hier zeigten sich keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Trägerschaften der Kliniken.

Freitextantworten: Zwölf Personen nutzten die Möglichkeit weitere Gründe im Kommentarfeld aufzuführen. Wiederholt wurde dabei der Mangel an Personal und Zeit genannt [56, 88, 102, 187], der dazu führe, dass potenziell nützliche Leistungen nicht erbracht wurden (viermal genannt). Die Aussage „Medikament wird aufgrund des Preises von Apotheke nicht vorgehalten“ [99] verdeutlichte, dass potenziell nützliche Maßnahmen nicht erbracht wurden, weil die Mittel dazu nicht vorgehalten wurden. Vereinzelt wurden der Allgemeinzustand [1] und der Wille der PatientIn [1, 6] sowie „schlechte Absprachen zwischen den Fachrichtungen (...)“ [54] als weitere Gründe genannt. Eine StudienteilnehmerIn gab als Grund an, dass die Begrenzung von Maßnahmen das „Ergebnis ethischer Fallberatung“ [66] gewesen sei. Zwei Personen nutzten das Kommentarfeld, um sich wie folgt zum verwendeten Begriff des Vorenthaltes zu äußern: „Leistungen‘ werden nicht erbracht, wenn sie nicht für nützlich eingeschätzt werden. Diese Bewertung allerdings ist subjektiv und von eigenen Wertvorstellungen und Erfahrungen abhängig“ [22], „vorenthalten wurde‘ trifft allerdings den Kern nicht ganz, ‚nicht durchgeführt‘ wäre m. E. besser“ [167].

3.3.2 Nichterbringen potenziell nützlicher Leistungen aufgrund des fortgeschrittenen PatientInnenalters

Dieser Fragenabschnitt unterschied sich von dem vorherigen dadurch, dass sich die Frage nach der Begrenzung von potenziell nützlichen medizinischen Leistungen diesmal auf PatientInnen im fortgeschrittenen Alter bezog.

In dieser Kategorie bejahten mehr Personen die Begrenzung von nützlichen Leistungen aufgrund des fortgeschrittenen PatientInnenalters als die Begrenzung im Allgemeinen, welche oben beschrieben wurde (41 % statt 36 %). Unter den ÄrztInnen (46 %) waren es einige mehr als unter den Pflegenden (32 %), die schon einmal wahrgenommen hatten, dass PatientInnen potenziell nützliche Leistungen aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters vorenthalten wurden. Das Antwortverhalten zwischen beiden Gruppen unterschied sich jedoch nicht signifikant. Mehr als die Hälfte (57 %) verneinte, die Begrenzung von potenziell nützlichen medizinischen Maßnahmen aufgrund des PatientInnenalters auf ihrer Station schon einmal erlebt zu haben. Von den Antwortenden entschieden sich 2 % für die Antwortkategorie „Weiß nicht“.

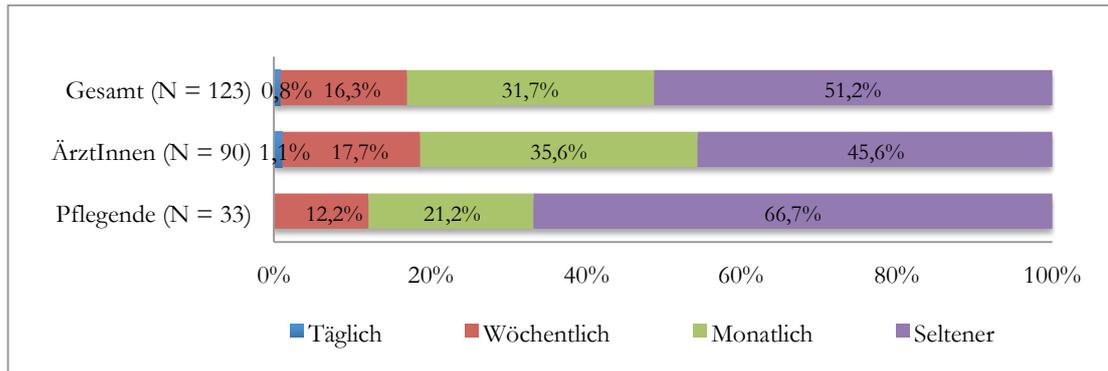


Abbildung 12: Häufigkeit von Begrenzung potenziell nützlicher Leistungen bei PatientInnen im fortgeschrittenen Alter

Von den 41 % die eine solche Begrenzung aufgrund des fortgeschrittenen Alters der PatientIn schon einmal erlebt hatten, gab die Hälfte (51 %) an, dass dies selten vorkomme (Abb. 12). 32 % der Antwortenden stufte dies als monatliches, 16 % als wöchentliches und weniger als 1 % als tägliches Phänomen ein. Hier gaben im Vergleich zu oben mehr Personen an, die Begrenzung von potenziell nützlichen Maßnahmen schon einmal wahrgenommen zu haben, dafür aber weniger häufig:

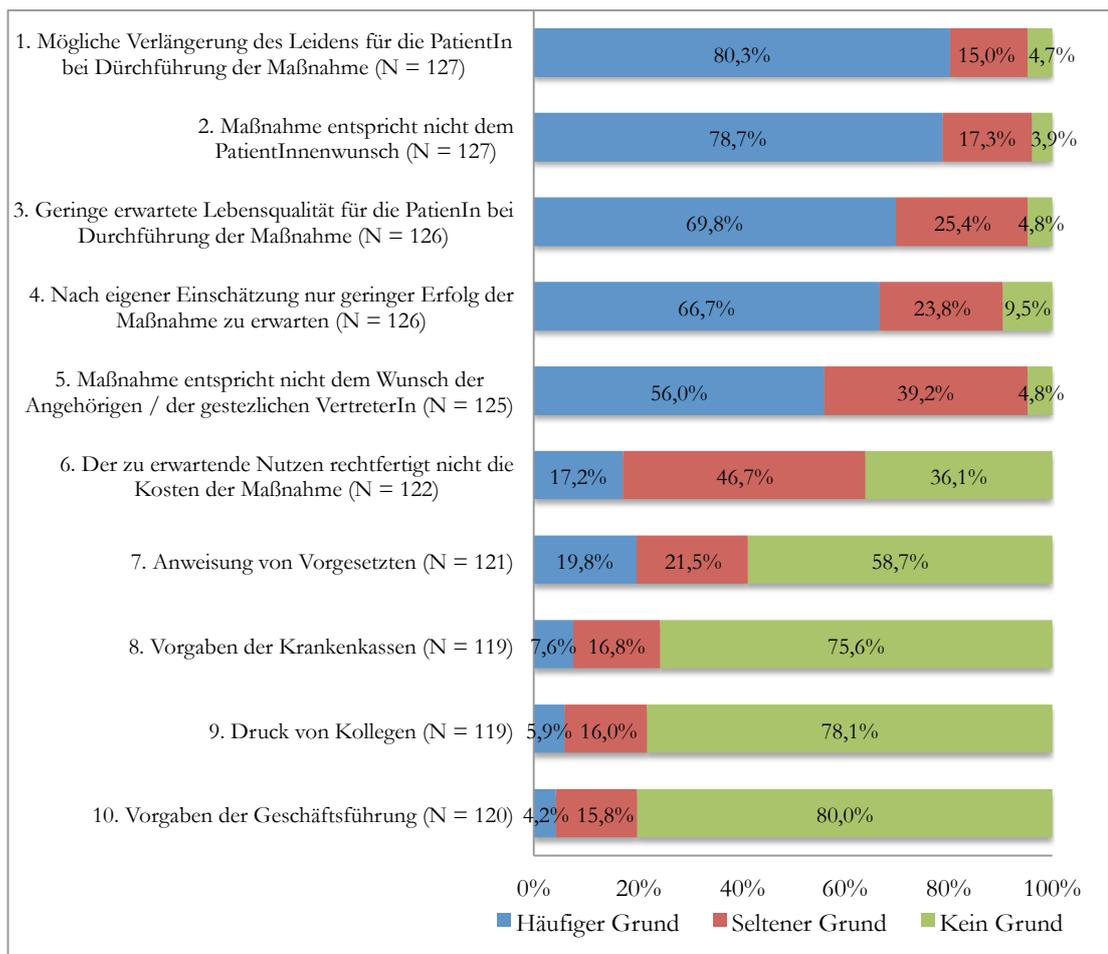


Abbildung 13: Gründe für das Vorenthalten potenziell nützlicher Leistungen bei fortgeschrittenem PatientInnenalter

Die Gründe für das Vorenthalten potenziell nützlicher medizinischer Leistungen aufgrund des Alters ähnelten zum großen Teil jenen, die sich auf das Vorenthalten von Leistungen im Allgemeinen bezogen. Einige Unterschiede zeigten sich dennoch (Abb. 13): So waren die patientInnenbezogenen Gründe noch ausgeprägter: 80 % (statt 69 %) der Studienteilnehmenden sahen in der Vermeidung einer möglichen Leidensverlängerung einen häufigen Grund für das von ihnen wahrgenommene Vorenthalten von potentiell nützlichen Leistungen, 79 % (statt 61 %) den PatientInnenwunsch und 56 % (statt 45 %) die Wünsche der Angehörigen und gesetzlichen VertreterInnen. Dafür waren die institutionellen Gründe weniger ausgeprägt: 80 % (statt 58 %) gaben an, dass Vorgaben der Geschäftsführung keine Gründe für das Vorenthalten von Leistungen bei PatientInnen in fortgeschrittenem Alter seien, 76 % (statt 55 %) sahen in den Vorgaben der Krankenkassen keinen Grund.

Kommentare: Im Kommentarfeld konnten weitere Gründe für die Begrenzung von medizinischen Maßnahmen ergänzt werden. Dies nutzten drei der ÄrztInnen. Als weitere Gründe wurden „Organersatz“ und „Transplantation“ [5], das „Ergebnis ethischer Fallberatung“ [66] sowie „Die meisten Patienten haben eine Patientenverfügung. Wichtiger als das Alter im Personalausweis ist das biologische Alter (also incl. aller Vorerkrankungen)“ [110] genannt.

3.3.3 Persönliche Erfahrung mit dem Nichterbringen potenziell nützlicher Leistungen aufgrund des fortgeschrittenen PatientInnenalters

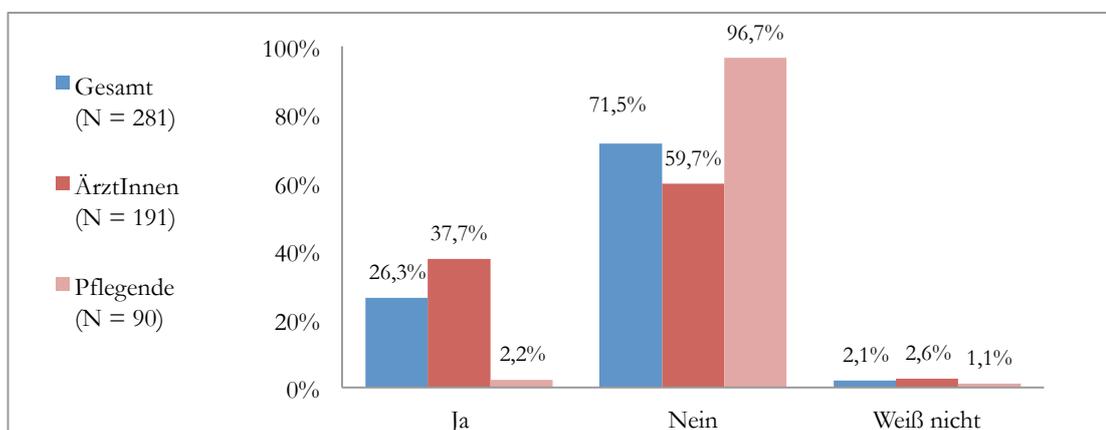


Abbildung 14: Haben Sie selbst schon einmal einer PatientIn aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters potenziell nützliche Leistungen vorenthalten?

Von allen Studienteilnehmenden räumten 26 % ein, selbst schon einmal einer PatientIn eine potenziell nützliche Leistung aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters vorenthalten zu haben, wobei ÄrztInnen und Pflegende diese Frage sehr unterschiedlich beantworteten (Abb. 14). Bei den Pflegenden waren es nur zwei Personen, die angaben, pflegerische Leistungen schon einmal vorenthalten zu haben. Eine Pflegekraft war diesbezüglich

unentschieden. Die deutliche Mehrheit der Pflegekräfte (97 %) verneinte jedoch, potenziell nützliche pflegerische Leistungen aufgrund des fortgeschrittenen Alters schon einmal vorenthalten zu haben. Unter den ÄrztInnen waren es 72 von 191 Personen (38 %), die schon einmal davon abgesehen hatten eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme aufgrund des fortgeschrittenen PatientInnenalters nicht durchzuführen, die potenziell hätte nützlich sein können. Unter den ÄrztInnen verneinten 60 %, solche Maßnahmen selbst schon einmal vorenthalten zu haben. Knapp 2 % waren unentschieden. Aufgrund der geringen Anzahl derer, die pflegerische Leistungen schon einmal vorenthalten haben, sind Aussagen zu Häufigkeit, persönlicher Belastung und Einschränkung der Arbeitszufriedenheit durch solche für die Pflegenden nicht aussagekräftig. Im Folgenden wurden bzgl. Häufigkeit und persönlicher Belastung deswegen nur die Angaben der ÄrztInnen ausgewertet.

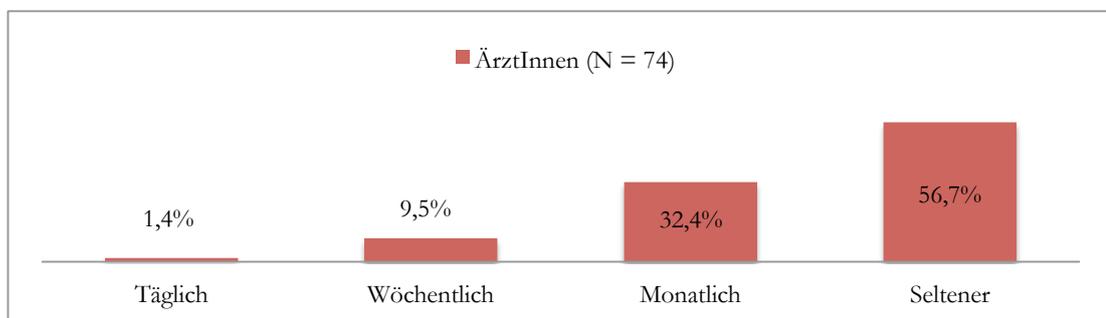


Abbildung 15: Wie häufig kommt es vor, dass Sie selbst schon einmal Maßnahmen, die potenziell nützlich gewesen wären aufgrund des Alters der PatientIn vorenthalten haben?

Nur 10 % der ÄrztInnen nahmen das eigene Vorenthalten von potenziell nützlichen medizinischen Maßnahmen als tägliches oder wöchentliches Phänomen wahr (Abb. 15). Die große Mehrheit jedoch gab an, dass sie sich monatlich (32 %) oder selten (57 %) gegen eine möglicherweise nützliche Leistung aufgrund des fortgeschrittenen PatientInnenalters entschieden hatten.

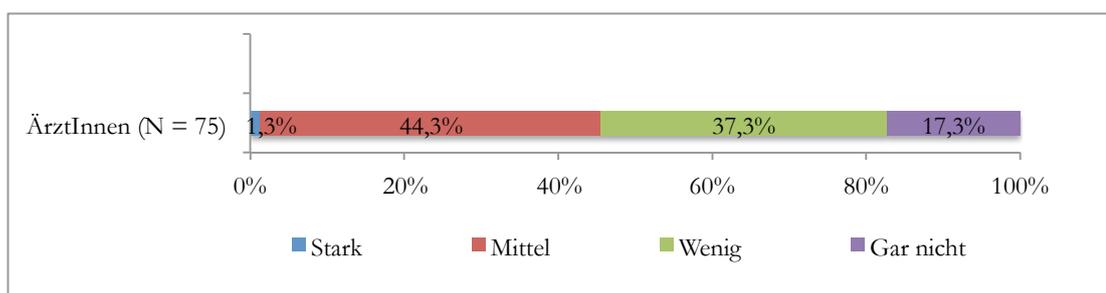


Abbildung 16: Persönliche Belastung durch das Vorenthalten medizinisch potenziell nützlicher Maßnahmen

Bei einigen wenigen ÄrztInnen führten diese Entscheidungen zu einer starken Belastung (1,3 %). Die Mehrheit fühlte sich durch solche Entscheidungen eher „mittel“ (44 %) oder „wenig“ belastet (37 %, Abb. 16). Von den Antwortenden fühlten sich 17 % dadurch „gar

nicht“ belastet. Ihre Arbeitszufriedenheit sahen 5 % „stark“ eingeschränkt, 21 % stuften ihre Arbeitszufriedenheit als mittelmäßig eingeschränkt ein. Für fast die Hälfte der antwortenden ÄrztInnen (47 %) beeinträchtigte sich die Arbeitszufriedenheit nur gering. Für mehr als ein Viertel (27 %) ergab sich dabei gar keine Einschränkung hinsichtlich ihrer Arbeitszufriedenheit.

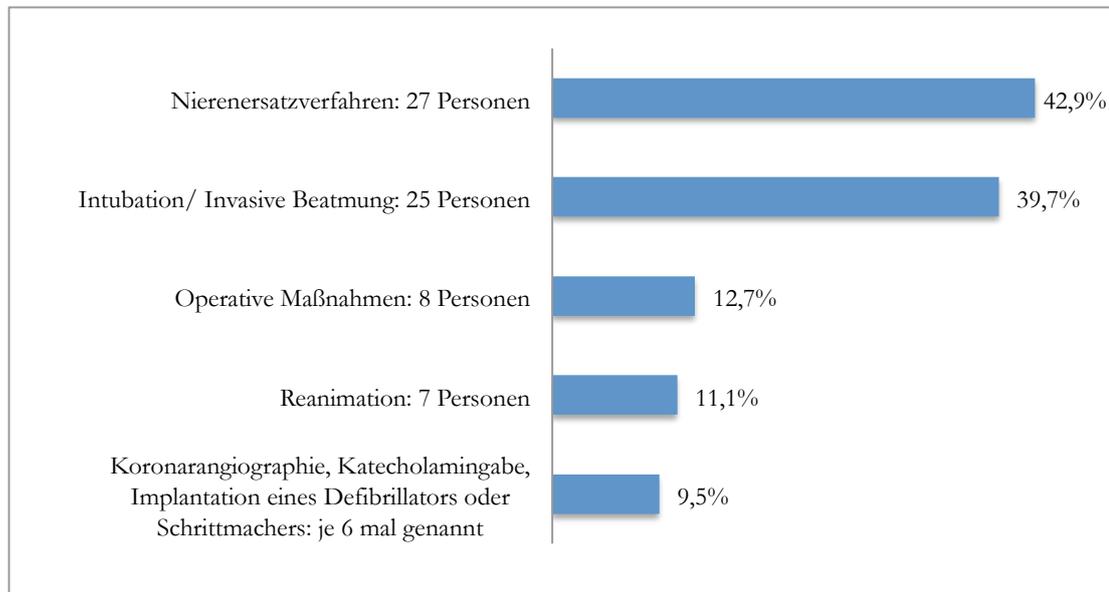


Abbildung 17: Maßnahmen, die von ÄrztInnen vorenthalten werden

Mittels eines Kommentarfeldes konnten die StudienteilnehmerInnen Maßnahmen nennen, die ihrer Wahrnehmung nach häufig vorenthalten werden. Diese Möglichkeit nutzten 67 Personen (23 %), darunter vier Pflegefachpersonen. Als häufigste Maßnahme wurden hier von 43 % der ÄrztInnen das Nierenersatzverfahren und von 40 % die Intubation und invasive Beatmung genannt. Als weitere Maßnahmen wurden operative Maßnahmen (13 %), die kardiopulmonale Reanimation (11 %) sowie Koronarangiographie, Katecholamingabe und die Implantation eines Schrittmachers oder Defibrillators (jeweils von 10 %) (Abb. 17).

Die Pflegenden, die sich zum Vorenthalten von pflegerischen Maßnahmen äußerten, gaben unter anderem an, aus Zeit- bzw. Personalnot jüngere PatientInnen mobilisiert zu haben [36, 54, 88] oder Weaningmaßnahmen, das Lagern von PatientInnen, Gespräche mit PatientInnen und Angehörigen oder auf das Anreichen von Nahrung unterlassen zu haben [54]. Eine Pflegekraft nannte „medikamentöse Therapie (und) palliative Schmerztherapie“ [64].

3.4 Sinnlosigkeit von Maßnahmen: *Medical Futility*

Ganz im Gegensatz zum Vorenthalten von medizinischen Maßnahmen wurde in diesem Abschnitt nach der Sinnlosigkeit von medizinischen Maßnahmen, also nach potenzieller Überversorgung gefragt.

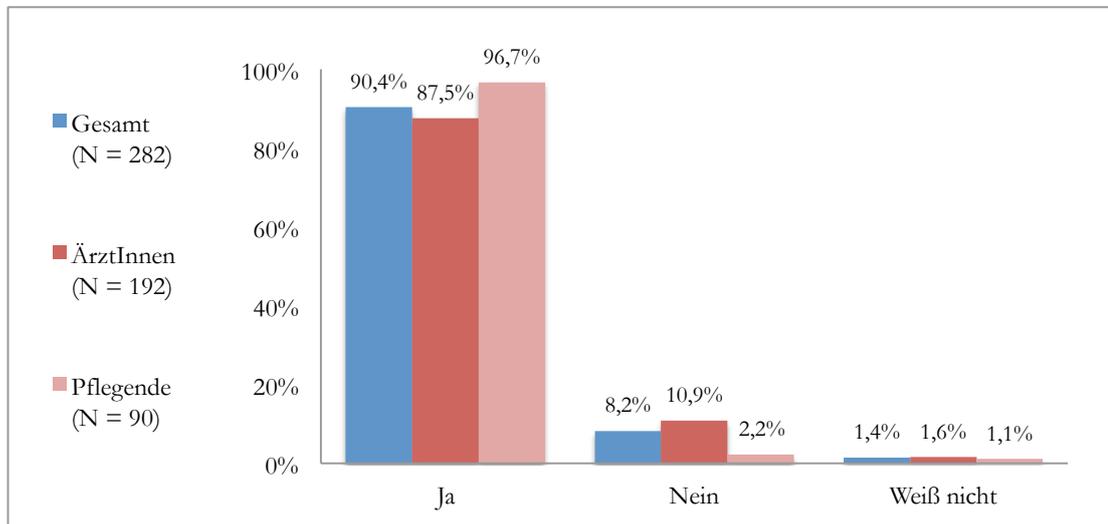


Abbildung 18: Haben Sie schon einmal erlebt, dass diagnostische oder therapeutische Maßnahmen vorgenommen wurden, die Ihnen zum Zeitpunkt der Durchführung sinnlos erschienen?

In diesem Zusammenhang bejahten 90 % der Studienteilnehmenden auf ihrer Station schon einmal erlebt zu haben, dass ihnen diagnostische oder therapeutische Maßnahmen zum Zeitpunkt der Durchführung sinnlos erschienen sind (Abb. 18). Unter den ÄrztInnen gaben dies 88 %, unter den Pflegenden 97 % an (Unterschied im Antwortverhalten war nicht signifikant).

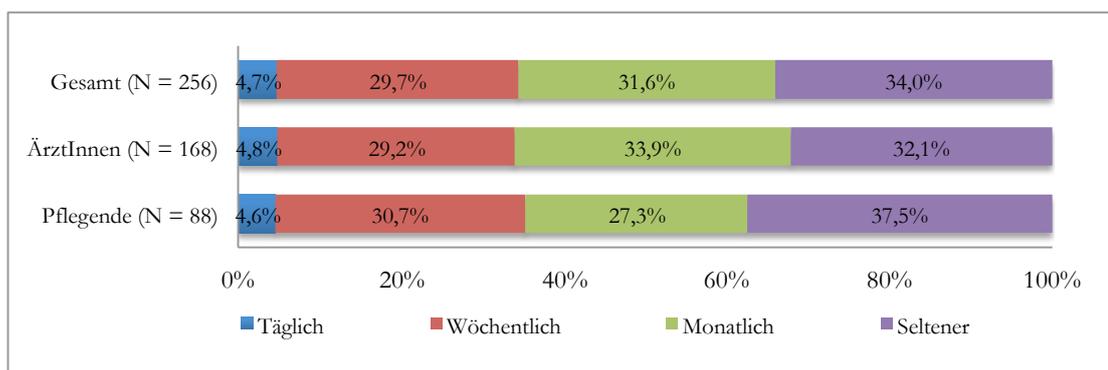


Abbildung 19: Häufigkeit von als sinnlos empfundenen Maßnahmen

Von denjenigen, die schon einmal sinnlose Maßnahmen auf ihrer Station wahrgenommen hatten, gaben nur wenige an, dass dies täglich passiert (5 %, Abb. 19). Unter ihnen gingen 30 % von einem wöchentlichen Ereignis aus, 32 % von einem monatlichen und 34 % von

einem seltenen. Dabei unterschieden sich die Antworten zwischen den Pflegenden und ÄrztInnen nicht signifikant.

Ihrer Relevanz nach aufgeführt, führten vor allem folgende Gründe dazu, dass die Befragten medizinische Maßnahmen als sinnlos wahrnahmen (Abb. 20):

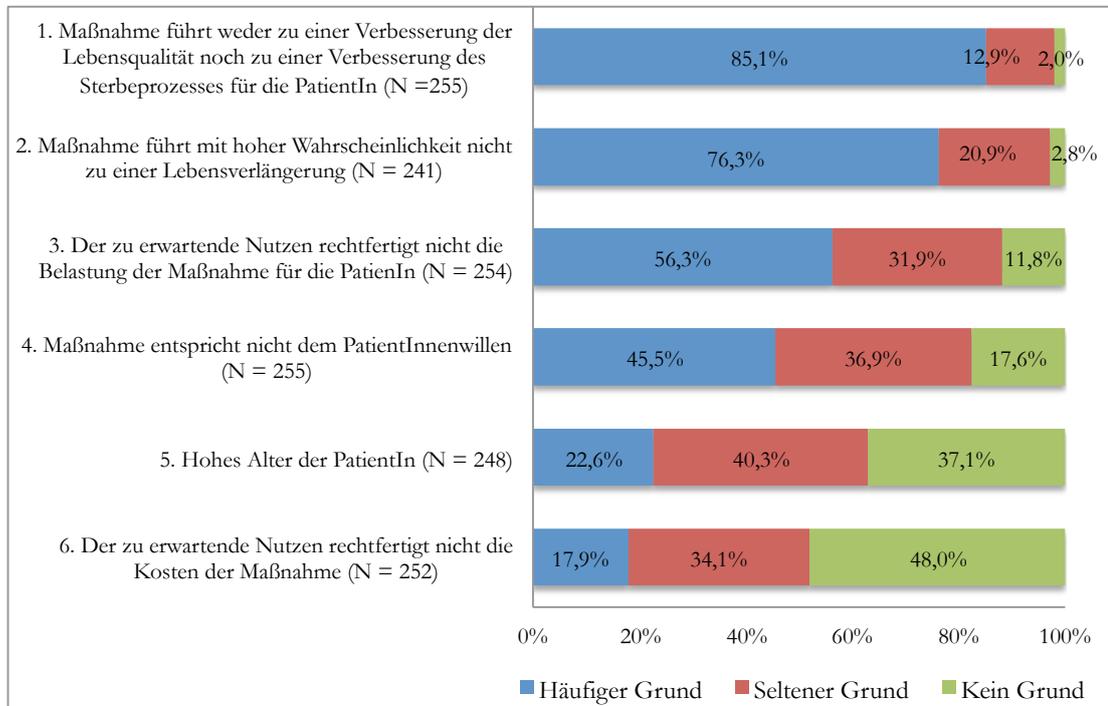


Abbildung 20: Gründe, diagnostische oder therapeutische Maßnahmen als sinnlos zu empfinden

Mangelnde Aussicht auf Verbesserung der Lebensqualität bzw. des Sterbeprozesses: Fehlende Aussicht auf die Verbesserung der Lebensqualität oder des Sterbeprozesses stellte für 85 % aller Antwortenden einen häufigen und für 13 % einen seltenen Grund dar, eine medizinische Maßnahme als sinnlos einzustufen. Für nur 2 % war dies gar kein Grund.

Mangelnde Aussicht auf Lebensverlängerung: Ein häufiger Grund, eine diagnostische oder therapeutische Handlung als sinnlos zu empfinden, war für 76 % der Antwortenden die Einschätzung, dass die Handlung mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht zu einer Lebensverlängerung führt. Für 21 % spielte dies als seltener Grund eine Rolle. Nur 3 % der Studienteilnehmenden sahen darin gar keinen Grund.

Unverhältnismäßigkeit der Maßnahme: Die Einschätzung, dass der zu erwartende Nutzen nicht die Belastung der Maßnahme rechtfertigt, stellte für 56 % der Antwortenden einen häufigen Grund dar, eine Maßnahme als sinnlos wahrzunehmen. Für 32 % war dies immer noch ein seltener Grund. 12 % sahen darin keinen Grund.

PatientInnenwillen: Etwas weniger als die Hälfte der Studienteilnehmenden (46 %) sahen einen häufigen Grund darin, eine Maßnahme als sinnlos zu empfinden, wenn diese nicht dem PatientInnenwillen entsprach. Hier bestand ein signifikanter Unterschied zwischen den Antworten der ÄrztInnen und Pflegenden. Während unter ersteren 37 % die fehlende Übereinstimmung mit dem PatientInnenwillen als häufigen Grund ansah, waren es unter den Pflegenden sogar 61 % (Abb. 21).

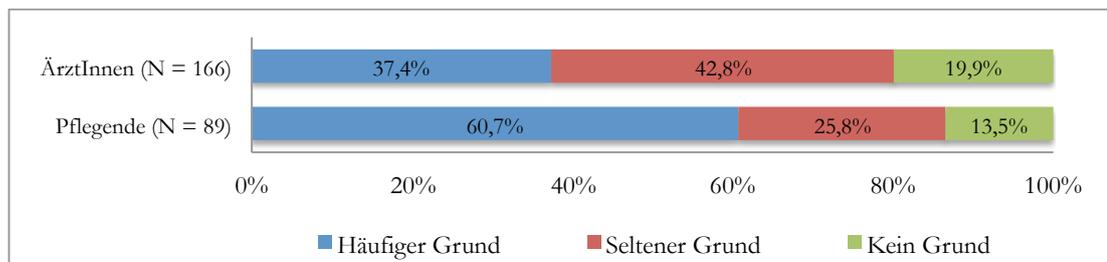


Abbildung 21: Eine Maßnahme wird als sinnlos empfunden, wenn sie nicht dem PatientInnenwillen entspricht.

Fortgeschrittenes PatientInnenalter: Die Rolle des PatientInnenalters wurde von beiden Berufsgruppen ähnlich bewertet. Unter allen Antwortenden stuften 37 % das fortgeschrittene PatientInnenalter als keinen relevanten Grund dafür ein, eine Maßnahme als sinnlos zu betrachten. Insgesamt sahen 22 % der Antwortenden in einem fortgeschrittenen PatientInnenalter einen häufigen Grund und weitere 40 % einen seltenen Grund für die Einschätzung einer Maßnahme als sinnlos. Dabei zeigten Pflegende eine etwas stärkere, wenn auch nicht signifikante Tendenz medizinische Maßnahmen, die bei alten PatientInnen durchgeführt werden, als nicht mehr sinnvoll zu betrachten.

Kosten der Maßnahme: Knapp die Hälfte (48 %) der ÄrztInnen und Pflegenden sah in den Kosten keinen Grund, diese als sinnlos zu einzustufen. Für 34 % waren die Kosten ein seltener Grund und für 18 % ein häufiger Grund.

Freie Kommentare: Weitere Gründe konnten anhand von Kommentaren hinzugefügt werden. Diese Option nutzten 17 ÄrztInnen und 8 Pflegende. Dass Maßnahmen lediglich der juristischen Absicherung bzw. der Einhaltung von Leitlinien dienten, wurde in den Kommentaren sechsmal als Grund für die Einschätzung einer Maßnahme als sinnlos genannt [79, 120, 147, 12, 34, 93]. Genauso häufig wurde die schlechte Prognose als Grund erwähnt [22, 79, 55, 61, 101, 110]. Der Kommentar „Sterbender Patient, aber vorausgegangene aufwendige und teure OP“ [55] verdeutlicht, dass auch ökonomische Aspekte eine Rolle spielten [siehe auch Fragebogen 1, 20, 47, 79]. Anmerkungen wie diese, dass die „Patientenverfügung (...) viel zu oft keine Entscheidungsgrundlage auf unserer Intensivstation“ [176] darstelle oder dass die „Patientenverfügung angeblich nicht präzise genug“ sei, verdeutlichen noch einmal, dass die fehlende Übereinstimmung mit dem PatientInnenwillen ein Grund für die Wahrnehmung einer Maßnahme als sinnlos darstellt [siehe auch 7, 79, 126]. Weiterhin wurden Uneinigkeit im behandelnden Team sowie „keine

sinnvollen Absprachen“ [54, 12, 66] angeführt. Auch die Durchführung von Maßnahmen rein aus Gründen der Routine („Routineabläufe verhindern das Nachdenken, dass Indikation stets vorliegen muss“ [147]) oder die „Anweisung von Vorgesetzten“ [23, 102, 3] führten den Kommentierenden zufolge dazu, medizinisches Handeln als sinnlos zu empfinden.

3.4.1 Persönliche Belastung durch als sinnlos empfundene Maßnahme

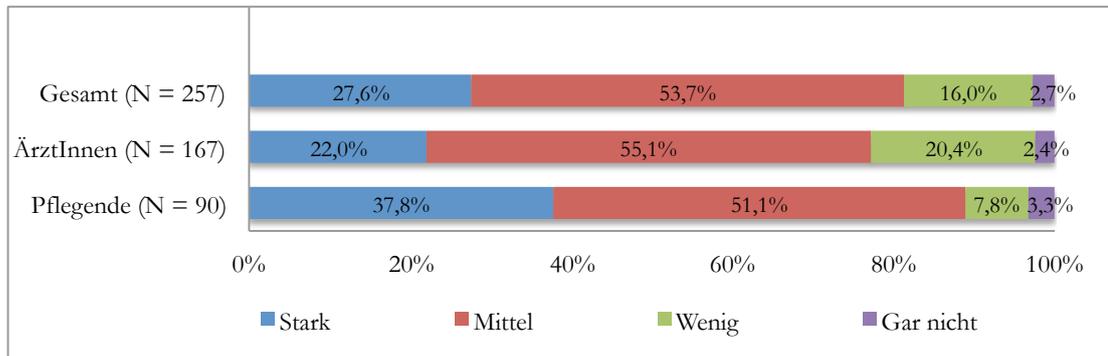


Abbildung 22: Persönliche Belastung durch als sinnlos empfundene Maßnahmen

Mehr als ein Viertel der Studienteilnehmenden (28 %) fühlte sich stark belastet durch Maßnahmen, die sie als sinnlos einstufen. Es zeigte sich, dass die Pflegenden die Vornahme von als sinnlos empfundenen Maßnahmen stärker belastete als die ÄrztInnen (Abb. 22). Das war für 22 % der ÄrztInnen der Fall und für 38 % der Pflegenden. Dieser Unterschied im Antwortverhalten war nicht signifikant. Unter beiden Berufsgruppen empfanden etwas mehr als die Hälfte (ÄrztInnen: 55 %, Pflegende: 51 %) eine mittelstarke Belastung. Als wenig belastend nahmen 20 % der ÄrztInnen und 8 % der Pflegenden sinnlose Maßnahmen wahr. Gar keine Belastung durch als sinnlos wahrgenommene Maßnahmen erlebten 3 % aller Befragten.

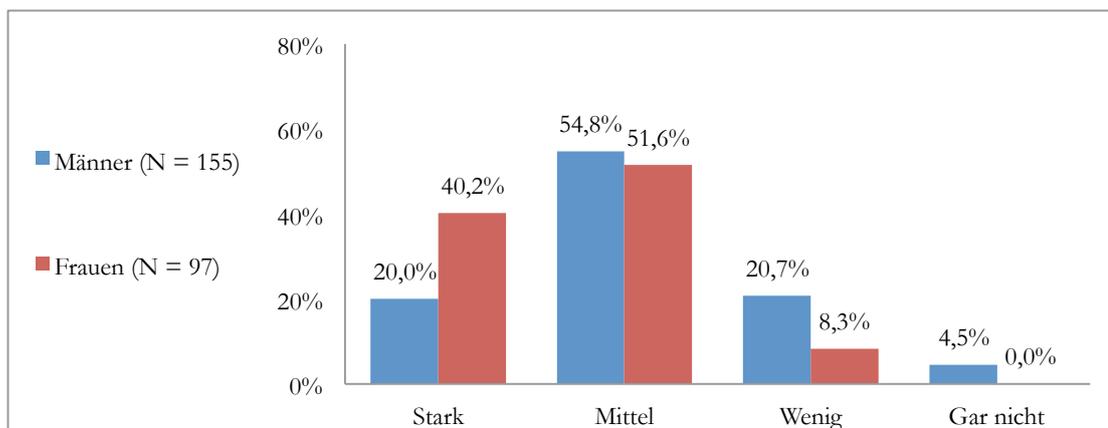


Abbildung 23: Unterschiedliche Belastung durch sinnlose Maßnahmen zwischen Männern und Frauen

Einen signifikanten Unterschied gab es hingegen zwischen den Antworten der Männer und Frauen (Abb. 23). So fühlten sich die antwortenden Frauen mit 40 % deutlich häufiger stark belastet als die Männer mit 20 %. Wenig belastet fühlten sich hierdurch 21 % der männlichen Befragten und gar nicht belastet 5% unter ihnen. Unter den weiblichen Befragten gab es keine Frau, die sich gar nicht und 8 %, die sich wenig belastet sahen.

3.5 Wahrnehmung einer PatientIn als fortgeschritten alt

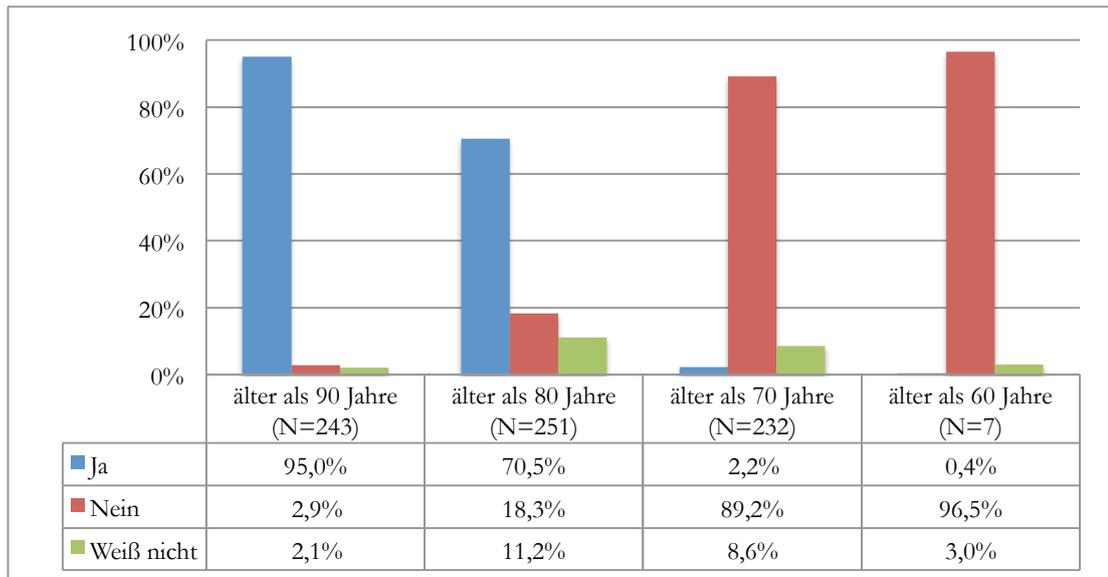


Abbildung 24: Wahrnehmung einer PatientIn als fortgeschritten alt

Eine weitere Frage bezog sich darauf, ab welchem Alter eine PatientIn von den ÄrztInnen und Pflegenden als fortgeschritten alt wahrgenommen wird. Eine über 90-jährige PatientIn nahmen 95 %, eine über 80-jährige noch 68 % der Antwortenden als fortgeschritten alt wahr. Im Gegensatz dazu wurde eine über 70-jährige nur von 2 % und eine über 60-jährige von 0,4 % der Befragten als fortgeschritten alt eingestuft. Hieraus folgt, dass für eine große Mehrheit der Befragten PatientInnen ab etwa dem 80. Lebensjahr als fortgeschritten alt wahrgenommen werden.

Kommentare: Die Möglichkeit, die Frage in Form einer Freitextantwort zu beantworten bzw. zu kommentieren, nutzten 57 ÄrztInnen und 21 Pflegekräfte (Abb. 25).

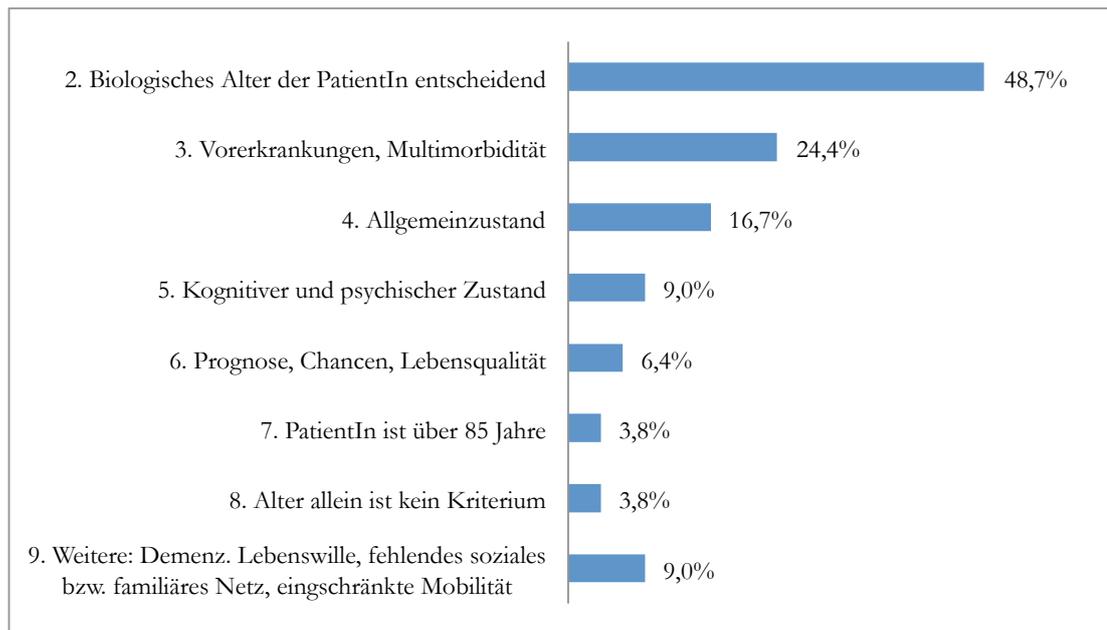


Abbildung 25: Kommentare zur Wahrnehmung des Alters

Ein Viertel der Befragten (27 %) gab an, dass für sie nicht allein das kalendarische Alter ausschlaggebend sei. Von denen, die das Kommentarfeld nutzten, gaben 49 % an, dass bei der Wahrnehmung des Alters das biologische Alter herangezogen werden müsse. Für 24 % spielten Vorerkrankungen und für 17 % der Allgemeinzustand eine zentrale Rolle bei der Beurteilung einer PatientIn als fortgeschritten alt. Als relevant wurden weiterhin der kognitive und psychische Zustand (9 %) sowie Prognose, Chancen und zu erwartende Lebensqualität (6 %) angeführt.

3.6 Zusammenfassung

Befragt wurden 1179 ÄrztInnen und Pflegende. Es antworteten 193 (von 786) Ärztinnen und 93 (von 393) Pflegefachkräfte. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 24 %. An der Studie nahmen vorwiegend klinisch Tätige teil, die auf viele Jahre Berufserfahrung zurückblicken konnten, zu einem Drittel sogar auf über 20 Jahre. Bei den Pflegenden handelte es sich zum allergrößten Teil um Fachpflegekräfte für Anästhesie und Intensivmedizin, größtenteils in leitender Tätigkeit. Unter den ÄrztInnen verfügten dreiviertel über eine abgeschlossene Facharztausbildung. Der Anteil von ÄrztInnen in Weiterbildung, OberärztInnen und ChefärztInnen war relativ gleich verteilt. Mehr als die Hälfte der Studienteilnehmenden waren Männer (61 %). Das Geschlechterverhältnis zwischen beiden Berufsgruppen unterschied sich signifikant: Während unter den ÄrztInnen der Anteil der Frauen bei 30 % lag, lag er unter den Pflegefachkräften bei 58 %.

Wahrnehmung von ökonomischem Druck: Die große Mehrheit der Befragten sah sich einem ökonomischen Druck in Form von begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen ausgesetzt. Nicht einmal die Hälfte (46 %) stimmte der Aussage zu, dass das Problem der

Mittelknappheit allein durch Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitswesen zu lösen sei. Dreiviertel der Studienteilnehmenden ging davon aus, dass auch bei Ausschöpfen aller Wirtschaftlichkeitsreserven Leistungsbegrenzungen unumgänglich seien. Dabei stimmten 62 % der Antwortenden der Aussage zu, dass wegen begrenzter Mittel im Gesundheitswesen bereits heute nicht mehr alle medizinisch nützlichen Leistungen bei gesetzlich Krankenversicherten erbracht werden könnten. Trotzdem bejahte die große Mehrheit der Antwortenden (85 %) die Aussage, dass jede ÄrztIn dazu verpflichtet sei, ihrer PatientIn unabhängig von den entstehenden Kosten die bestmögliche Diagnostik und Therapie anzubieten. Hierin zeigte sich ein Widerspruch zwischen der Wahrnehmung der ökonomischen Gegebenheiten einerseits und dem (moralisch oder medizinisch) Gewünschten andererseits. Das PatientInnenalter wurde von den Pflegenden (42 %) anteilig fast doppelt so häufig als sinnvolles Kriterium für die Begrenzung medizinisch potenziell nützlicher Maßnahmen in Erwägung gezogen als von den ÄrztInnen (24 %).

Nichterbringen von potenziell nützlichen Leistungen: Etwas mehr als ein Drittel (36 %) der Befragten hatte bereits erlebt, dass medizinische Maßnahmen, die potenziell nützlich hätten sein können, nicht erbracht worden sind. Dabei gab es einen signifikanten Unterschied zwischen den Antworten der ÄrztInnen und denen der Pflegenden. Unter den ÄrztInnen hatten 40 % das Nichterbringen potenziell nützlicher Maßnahmen schon einmal wahrgenommen, unter den Pflegenden waren es lediglich 28 %.

Auffallend war, dass die Begrenzung von Maßnahmen aufgrund des fortgeschrittenen PatientInnenalters von mehr ÄrztInnen und Pflegenden wahrgenommen wurde (41 %) als die Begrenzung im Allgemeinen (36 %). Von den ÄrztInnen gaben 46 % an, auf ihrer Station schon einmal erlebt zu haben, dass potenziell nützliche Maßnahmen aufgrund des fortgeschrittenen Alters der PatientIn vorenthalten worden sind, von den Pflegenden waren es 32 %.

Häufigkeit: Zwar gab ein Drittel oder mehr der Befragten an, das Vorenthalten von potenziell nützlichen Maßnahmen schon einmal wahrgenommen zu haben. Trotzdem schien es sich dabei nicht um ein häufiges Phänomen zu handeln. Von denen, die das Vorenthalten von Maßnahmen bereits erlebt hatten, gab die Hälfte an, dass es sich dabei um ein seltenes Phänomen handelte (gleich bei der allgemeinen Form wie bei der speziellen aufgrund des Alters). Die Begrenzung im Allgemeinen wurde von den Befragten dabei etwas häufiger (zu 24 % täglich oder wöchentlich) als die Begrenzung aufgrund des fortgeschrittenen Alters der PatientIn wahrgenommen (zu 17 % täglich oder wöchentlich).

Welche Gründe führen dazu, dass potenziell nützliche Leistungen vorenthalten werden? Hier standen patientInnenbezogene Gründe im Vordergrund. Die mögliche Verlängerung des Leidens für die PatientIn war nach Einschätzung der Befragten der relevanteste Grund für das Nichterbringen medizinisch potenziell nützlicher Maßnahmen. 69 % der Antwortenden gaben ihn als häufigen Grund an. Dass die Maßnahme nicht dem

PatientInnenwunsch entspricht, wurde gleich danach mit 61 % als häufiger Grund aufgeführt. An dieser Stelle konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den Antworten der Frauen und der Männer festgestellt werden. Signifikant mehr Männer als Frauen schätzten den PatientInnenwunsch als häufigen Grund ein, eine Maßnahme nicht durchzuführen (69 vs. 47 %). Als weitere relevante Gründe wurde von mehr als der Hälfte der Befragten die mangelnde Erfolgsaussicht und die mangelnde Lebensqualität nach einer Maßnahme als häufig angesehen. Von den Antwortenden sahen 45 % auch den Wunsch der Angehörigen oder der gesetzlichen VertreterIn, welche der geplanten und potenziell nützlichen Maßnahme widerspräche, als häufigen Grund an, diese nicht durchzuführen. Die Einschätzung, dass der zu erwartende Nutzen nicht die Kosten der Maßnahme rechtfertigt, stellte für immerhin 67 % der Befragten einen Grund für das beobachtete Vorenthalten medizinisch potenziell nützlicher Maßnahmen dar. Trotzdem sahen hierin nur 17 % einen häufigen und 50 % einen seltenen Grund, 33 % der Antwortenden sahen darin keinen Grund. Damit stellten die Kosten für zwei Drittel der Teilnehmenden einen relevanten Rationierungsgrund dar, jedoch nur für eine Minderheit einen häufigen. Der Druck von KollegInnen spielte kaum eine Rolle bei der Begrenzung von potenziell nützlichen Maßnahmen. Die Gründe für das Vorenthalten potenziell nützlicher Leistungen aufgrund des fortgeschrittenen Alters einer PatientIn unterschieden sich gegenüber den aufgeführten Gründen nur wenig. Auffallend war, dass die patientInnenbezogenen Gründe noch stärker im Vordergrund standen.

Hatten die Antwortenden selbst schon einmal potenziell nützliche Maßnahmen vorenthalten? Unter den ÄrztInnen bejahten 38 % selbst schon einmal eine medizinische Maßnahme aufgrund des Alters der PatientIn vorenthalten zu haben. Die Mehrheit unter ihnen schätzte dies als seltenes (57 %) oder wöchentliches (32 %) Ereignis ein. Hiervon fühlten sich die ÄrztInnen mit 81% mittel bis gering belastet. Fast alle Pflegenden (97 %) verneinten, eine pflegerische Maßnahme einer PatientIn schon einmal vorenthalten zu haben. Nur zwei unter ihnen hatten angegeben, selbst schon einmal eine pflegerische Maßnahme aufgrund des fortgeschrittenen Alters vorenthalten zu haben.

Was wird rationiert? 67 Personen (23 %) nutzten die Möglichkeit mittels Kommentarfeldes Maßnahmen zu nennen, die ihrer Wahrnehmung nach vorenthalten werden, darunter vier Pflegefachpersonen. Als häufigste Maßnahme wurden hier von 43 % der ÄrztInnen das Nierenersatzverfahren und von 40 % die Intubation und invasive Beatmung genannt. Als weitere Maßnahmen wurden operative Maßnahmen (13 %), die kardiopulmonale Reanimation (11 %) sowie Koronarangiographie, Katecholamingabe und die Implantation eines Schrittmachers oder Defibrillators (jeweils von 10 %) angeführt.

Unterversorgung: Von allen Studienteilnehmenden bejahten 90 % auf ihrer Station bereits erlebt zu haben, dass ihnen diagnostische oder therapeutische Maßnahmen zum Zeitpunkt der Durchführung sinnlos erschienen sind. Unter den Pflegenden waren es sogar 97 % die dies bejahten. Ein signifikanter Unterschied zwischen den Berufsgruppen ergab sich hierbei

nicht. Immerhin 30 % aller gaben an, dass sie dies wöchentlich und 32 %, dass sie dies monatlich wahrnahmen. Nur wenige gingen von einem täglichen Phänomen aus und weitere 34 % sahen darin ein seltenes Ereignis.

Gründe für die Wahrnehmung von Maßnahmen als sinnlos: Der Großteil der Antwortenden (85 %) gab an, dass die mangelnde Aussicht auf Verbesserung der Lebensqualität bzw. des Sterbeprozesses dazu führe, dass sie eine Maßnahme als sinnlos empfände. Als zweithäufigster Grund wurde die mangelnde Aussicht auf Erfolg einer Maßnahme angegeben. Die Unverhältnismäßigkeit der Belastung durch eine Maßnahme gegenüber ihrem erwarteten Nutzen war für immerhin noch über die Hälfte ein häufiger Grund, diese als sinnlos einzustufen. Wenn die Maßnahme nicht dem PatientInnenwillen entsprach, war dies für etwas weniger als die Hälfte ein häufiger Grund. Hier zeigte sich, dass der PatientInnenwillen für die Pflegenden mit 61 % als häufiger Grund eine signifikant größere Rolle spielte als für die ÄrztInnen (37 %). Als deutlich weniger relevante Gründe wurden das fortgeschrittene Alter einer PatientIn oder die Kosten einer Maßnahme eingeschätzt.

Belastung: Die als sinnlos empfundenen medizinischen Maßnahmen belasteten die befragten ÄrztInnen und Pflegenden. Von ihnen fühlten sich 28 % stark und 54 % mittelstark belastet. Hier zeigte sich, dass sich die befragten Frauen mit 40 % deutlich häufiger stark belastet fühlten als die Männer mit 20 %. Nur drei Prozent der Studienteilnehmenden gab an gar nicht belastet zu sein.

Alter: Für die große Mehrzahl der befragten ÄrztInnen und Pflegenden stellte das 80. Lebensjahr eine Grenze dar, ab der sie eine PatientIn als fortgeschritten alt wahrnahmen (71 %). Zugleich wiesen 78 Personen (27 %) in den Kommentaren darauf hin, dass bei der Einschätzung einer PatientIn als „alt“ nicht allein das kalendarische Alter herangezogen werden könne, sondern auch andere Faktoren wie das biologische Alter, Vorerkrankungen oder der Allgemeinzustand der PatientIn in Betracht gezogen werden müssen.

4 Diskussion

Der ökonomische Druck im Krankenhaus erhöht sich stetig. Der demografische Wandel sowie der medizintechnische Fortschritt verursachen steigende Kosten auf der Ausgabenseite, denen potenziell sinkenden Einnahmen auf der Einnahmenseite gegenüber stehen. Hierdurch spitzt sich die Finanzierungslage im deutschen Gesundheitswesen zu. Ohne grundlegende Veränderung der Finanzierung der Gesundheitsleistungen ist bei einer Abnahme der Erwerbstätigen gegenüber den immer zahlreicher werdenden RentenbezieherInnen sowie der derzeitigen Vergütung von Krankenhausleistungen über das Fallpauschalensystem keine Entlastung in Sicht. Als Folge davon wird bereits seit einigen Jahrzehnten über Leistungsbegrenzungen diskutiert. Hiervon muss sich der Hochkostenbereich, wie die Intensivmedizin, besonders angesprochen fühlen. Gleichzeitig ist die Wahrnehmung von teuren, aussichtslosen Behandlungen stark verbreitet, sodass sich die Frage stellt, ob und inwiefern Rationierungsentscheidungen rechtfertigbar sind, wenn gleichzeitig sinnlose Behandlungen durchgeführt und damit potenziell Ressourcen verschwendet werden. In der Forschung zu den Themen Rationierung und *Medical Futility* existieren verschiedene Ansätze. Ein Großteil der Datenerhebung erfolgte mittels Interviews oder Fragebögen. Eine quantitative Erhebung, die sich auf den Bereich Intensivmedizin bezieht und dabei beide Phänomene erfasst, existierte zum Zeitpunkt der Erstellung des Fragebogens nicht.

Ziel der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Studie war es, genauer zu beleuchten, in welchem Ausmaß Über- und Unterversorgung auf Intensivstationen in der Wahrnehmung der dort Tätigen nebeneinander existieren, um eine an den klinischen Gegebenheiten orientierte ethische Einschätzung vornehmen zu können. Unterversorgung wurde erfasst, indem ÄrztInnen und Pflegende danach gefragt wurden, ob und wie häufig sie schon einmal erlebt hätten, dass Maßnahmen, die sie für potenziell nützlich gehalten hatten, vorenthalten worden sind. Überversorgung hingegen sollte dadurch aufgedeckt werden, dass die Befragten Behandlungen als *futile* wahrgenommen hatten.

Ein selbst entwickelter Fragebogen sollte ermöglichen zu quantifizieren, in welchem Umfang es zu Leistungsbegrenzungen resp. Rationierungsentscheidungen auf Intensivstationen kommt und welche Gründe beziehungsweise Kriterien hierfür herangezogen werden. Hier sollte ein besonderes Augenmerk darauf gelegt werden, inwiefern das fortgeschrittene Alter von PatientInnen Leistungsbegrenzungen beeinflusst. Demgegenüber sollte erfasst werden, wie oft und aus welchen Gründen die auf der Intensivstation Tätigen Behandlungen als sinn- oder aussichtslos (*futile*) wahrnehmen. Die Befragung wandte sich an ÄrztInnen und Pflegefachpersonal, um mögliche Unterschiede in der Wahrnehmung zwischen den beiden Berufsgruppen herausarbeiten zu können.

Es wurden 1179 ÄrztInnen und Pflegefachpersonen befragt. Die Rücklaufquote betrug 24 %. Die Antwortenden verfügten zum größten Teil über viele Jahre Berufserfahrung in der Intensivmedizin. Der Anteil der Pflegefachkräfte lag bei 33 %. Der Anteil an ChefärztInnen, OberärztInnen und ÄrztInnen in Weiterbildung war relativ gleich verteilt, sodass angenommen werden kann, dass sich hinsichtlich Berufsgruppe und Funktionsstatus keine für die Repräsentativität bedeutenden Abweichungen ergaben. Mehr als die Hälfte der Studienteilnehmenden waren Männer (61 %). Das Geschlechterverhältnis zwischen beiden Berufsgruppen unterschied sich signifikant: Während unter den ÄrztInnen der Anteil der Frauen bei 30 % lag, lag er unter den Pflegefachkräften bei 58 %. Diese Verteilung entspricht weitestgehend der Zusammensetzung der Belegschaft von Pflegefachkräften und ÄrztInnen in Krankenhäusern mit einem höheren Anteil der Frauen unter den Pflegekräften und einem höheren Männeranteil unter ÄrztInnen, insbesondere je höher diese in der Hierarchie stehen (Statistisches Bundesamt 2020d).

In den allgemeinen Aussagen zum Thema Mittelknappheit zeigte sich, dass die große Mehrheit der Befragten sich einem ökonomischen Druck in Form von begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen ausgesetzt sah, welche nicht allein durch Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven zu überwinden seien. Mehr als die Hälfte ging davon aus, dass bereits heute nicht mehr alle nützlichen Leistungen bei gesetzlich Krankenversicherten erbracht werden könnten. Dass aber gleichzeitig jede ÄrztIn dazu verpflichtet sei, ihrer PatientIn unabhängig von den entstehenden Kosten die bestmögliche Diagnostik und Therapie anzubieten, deutet auf eine in der Praxis nur schwer zu überwindende Diskrepanz in der medizinischen Versorgung zwischen den wahrgenommenen ökonomischen Gegebenheiten einerseits und dem medizinisch und/oder moralisch Gewünschten andererseits hin. In der von Strech und Kollegen durchgeführten Studie zum Thema Mittelknappheit auf kardiologischen und Intensivstationen hatte sich ein vergleichbares Meinungsbild abgezeichnet (Strech et al. 2009).

4.1 Unterversorgung vs. sinnvolle Begrenzung von medizinischen Maßnahmen

Etwas mehr als ein Drittel der Befragten hatte schon einmal erlebt, dass medizinische Maßnahmen, obwohl sie potenziell nützlich hätten sein können, nicht erbracht worden sind. Auffällig hierbei war der Unterschied zwischen den Pflegenden und ÄrztInnen, der sich ergab. Signifikant mehr ÄrztInnen als Pflegenden hatten diese Beobachtung gemacht.

Dass es sich dabei um ein häufig beobachtetes Phänomen handelte, konnte nicht bestätigt werden. Die Mehrheit ging von einem seltenen Ereignis aus. Weniger als ein Viertel schätzte es als wöchentliches oder tägliches Ereignis ein. Dies scheint andere Studienergebnisse weitgehend zu bestätigen: Bei der Begrenzung von potenziell nützlichen Maßnahmen handelt es sich um ein durchaus verbreitetes, nicht jedoch um ein häufiges Phänomen (siehe Abschnitt 2.5.3).

Als Faktoren, die die Befragten als relevant für die Begrenzung von potenziell nützlichen medizinischen Maßnahmen einstufen, standen eindeutig patientInnenbezogene Gründe im Vordergrund. Hier stellt sich die Frage, ob es sich bei den oben aufgeführten Gründen, in jedem Fall um Rationierung handelt. Nach Ubel und Goold (1998) handelt es sich bei der Rationierung um „implizite oder explizite Mechanismen, die dazu führen, dass einer Person eine nützliche Leistung im Rahmen der Gesundheitsversorgung nicht zur Verfügung steht“ (in SAMW 2007). Die formulierte Frage im Fragebogen lautete: „Haben Sie auf Ihrer Station schon einmal erlebt, dass medizinische Leistungen, die für eine PatientIn potenziell nützlich gewesen wären, vorenthalten wurden?“. Streng genommen, der weit gefassten Definition von Ubel und Goold folgend, wird damit ausschließlich nach Rationierung gefragt. Dabei können Anweisungen von Vorgesetzten, Druck von KollegInnen, Vorgaben der Geschäftsführung und der Krankenkassen sowie die Kosten einer Maßnahme unter Rationierungsgründe subsumiert werden. In diesen Fällen wäre es gerechtfertigt von Rationierung zu sprechen. Wie sich zeigte, machten diese Gründe für die Begrenzung von medizinischen Maßnahmen jedoch nur einen moderaten Anteil aus. Hier deckten sich die Ergebnisse dieser Studie mit denen anderer Studien. Insbesondere das Vorkommen von Rationierung aus Kostengründen ist vergleichbar zu denen anderer Studien (Strech et al. 2009; Boldt und Schöllhorn 2008; Reifferscheid et al. 2015). Dass der Nutzen einer Maßnahme nicht durch die Kosten zu rechtfertigen sei, war für 17 % ein häufiger und 50 % ein seltener Grund zu rationieren. Immerhin ein Drittel der Antwortenden sah darin gar keinen Grund.

Etwas genauer muss man die Begrenzung von potenziell nützlichen Maßnahmen aus patientInnenbezogenen Gründen betrachten. Hier hängt die Bewertung, ob es sich dabei um Rationierung handelt, davon ab, ob die beabsichtigte medizinische Maßnahme als potenziell nützlich gelten kann.

Zu den patientInnenbezogenen Gründen gehörten in dieser Befragung folgende: mögliche Leidensverlängerung durch eine Maßnahme, entgegengesprechender PatientInnenwille, geringe Erfolgsaussichten oder die als gering eingeschätzte Lebensqualität nach Durchführung der Maßnahme. Wenn die angestrebte Maßnahme nicht durch den (potenziellen) Willen einer PatientIn gedeckt ist, somit kein Einverständnis vorliegt, dann darf eine Maßnahme streng genommen nicht durchgeführt werden, selbst wenn sie aus ärztlicher Sicht potenziell nützlich wäre. Nützlich darf an dieser Stelle nicht mit wirksam gleichgesetzt werden. Was wirksam ist, kann durch Wirksamkeits- und Effizienzanalysen ermittelt werden, was nützlich ist, ist jedoch Interpretationssache (Deutscher Ethikrat 2011). Wenn eine PatientIn eine Maßnahme ablehnt, dann muss davon ausgegangen werden, dass sie diese nicht als Nutzen empfinden würde. Hier sollte folglich bei der daraus resultierenden Nichtdurchführung dieser Maßnahme nicht von Rationierung gesprochen werden. Bei den anderen aufgeführten patientInnenbezogenen Gründen wie Leidensverlängerung, geringe Erfolgsaussichten oder stark eingeschränkte Lebensqualität ist die Nichtdurchführung Folge eines Abwägungsprozesses der Behandelnden. Es handelt

sich um Einzelfallentscheidungen, die im besten Fall auf den Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin beruhen sowie von der Erfahrung der Behandelnden abhängt, in denen es jedoch oft keine eindeutige Antwort auf die Frage nach der (potenziellen) Nützlichkeit der Maßnahme geben wird. In diesem Fall kommt die Autorin zu dem Schluss, dass es sich bei der Begrenzung von Maßnahmen ebenfalls nicht um Rationierung handelt. Es handelt sich um patientInnenorientierte Gründe, die zur Nichtdurchführung einer Maßnahme führen, da es entweder unwahrscheinlich ist ein sinnvolles Therapieziel zu erreichen oder die Folgen für die Patientin nicht zumutbar, folglich auch nicht nützlich, erscheinen. Es handelt sich um Gründe, die bei Nichtbeachtung im umgekehrten Fall zu Behandlungen führen, die als *futile* wahrgenommen werden können. Wenn man an dieser Stelle nicht von Rationierungsgründen sprechen kann, dann handelt es sich aus ökonomischer Sicht allenfalls um Gründe, die Rationalisierungspotenzial darstellen.

Persönliche Erfahrung: Ein Viertel der Befragten gab an, selbst schon einmal potenziell nützliche Leistungen aufgrund des PatientInnenalters vorenthalten zu haben. Hier war der Unterschied zwischen den Pflegenden und den ÄrztInnen überraschend groß. Unter den Pflegenden gaben nur zwei Personen an, selbst schon einmal eine pflegerische Maßnahme vorenthalten zu haben. Trotzdem nutzten vier Pflegekräfte das Kommentarfeld, um Maßnahmen zu nennen, die aus ihrer Sicht vorenthalten werden. Diese Ergebnisse stehen in deutlichem Gegensatz zu anderen Studien, in denen die Rationierung von pflegerischen Maßnahmen nachgewiesen werden konnte. In einer deutschlandweiten Querschnittsstudie gaben 92,6 % der 1511 befragten Pflegefachkräfte an, dass sie von 13 Tätigkeiten mindestens eine in ihrer letzten Schicht vernachlässigen mussten. Allerdings wurden keine auf Intensivstationen tätigen Pflegefachkräfte befragt. Außerdem zeigte sich, dass vor allem die psychosoziale Versorgung vernachlässigt wurde, während Tätigkeiten wie Schmerzmanagement und zeitgerechte Medikation weniger oft rationiert wurden (Zander et al. 2014). Da letztere zusammen mit eher technischen Pflegemaßnahmen auf der Intensivstation einen deutlich größeren Anteil der Arbeit einnehmen, kann dies ein Grund sein, dass die Zahlen in der hier vorgestellten Studie geringer ausfallen. Außerdem wurde hier nach Maßnahmen gefragt, die explizit aufgrund des fortgeschrittenen Alters einer PatientIn vorenthalten wurden. Zumindest für den Bereich der Intensivpflege konnte diese Studie somit keine Evidenz von existierender Altersrationierung zeigen. Hier wäre weitergehende Forschung wünschenswert, um entscheiden zu können, inwieweit pflegerische Maßnahmen speziell auf Intensivstationen rationiert werden und ob das Alter der PatientInnen tatsächlich keinen Grund hierfür darstellt.

Unter den ÄrztInnen waren es 72 von 191 Personen (38 %), die selbst schon einmal davon abgesehen hatten aufgrund des fortgeschrittenen PatientInnenalters eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme durchzuführen, die potenziell hätte nützlich sein können. Eine Spezifizierung durch weitere Fragen im Fragebogen, welche Faktoren dabei eine Rolle spielten, wurde an dieser Stelle nicht vorgenommen. Wenn in diesen Fällen tatsächlich das fortgeschrittene Alter an sich der Grund war, von einer Behandlung abzusehen, würde es

sich in diesem Fall um Altersrationierung handeln. Ob sich unter dem „Deckmantel“ des fortgeschrittenen Alters jedoch andere Faktoren wie die Aussichtslosigkeit einer Behandlung bei schlechter Prognose oder ähnliches verbergen, wird weiter unten diskutiert (Abschnitt 6.4.).

Als Maßnahmen, die vorenthalten wurden, nannten ÄrztInnen und Pflegende mit Abstand am häufigsten das Nierenersatzverfahren, die Intubation und die invasive Beatmung. Wenig genannt wurden hingegen Zeit, Gespräche oder Personal.

Bezüglich des Vorkommens von Rationierung konnten die Ergebnisse dieser Studie keinen signifikanten Unterschied zwischen den verschiedenen Kliniken, also solchen, die öffentlich, freigemeinnützig oder privat geführt werden, nachweisen. Dies deckt sich weitestgehend mit den Ergebnissen anderer Studien (Strech et al. 2009; Reifferscheid et al. 2015; nicht jedoch bei Esslinger et al. 2011).

4.2 Überversorgung oder die Sinnlosigkeit von medizinischen Maßnahmen (*Medical Futility*)

Als auf der Intensivstation allgegenwärtiger stellte sich in der Befragung das Thema der sinnlosen Behandlungen heraus. In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass zumindest für die Intensivmedizin die Tendenz wesentlich größer ist, dass PatientInnen Behandlungen erhalten, von denen sie nicht (mehr) profitieren oder deren potenzieller Nutzen zumindest fragwürdig ist. Fast alle der Antwortenden hatten schon erlebt, dass ihnen diagnostische oder therapeutische Maßnahmen zum Zeitpunkt ihrer Durchführung sinnlos erschienen sind. Unter den Pflegenden waren es mit 97 % in der Tendenz noch einige mehr, ohne dass sich hier ein signifikanter Unterschied zwischen ihnen und den ärztlichen KollegInnen gezeigt hat. Ein Drittel der Antwortenden schätzte dies als wöchentliches Phänomen ein, ein weiteres Drittel nahm sinnlose Behandlungen immerhin noch als monatliches Ereignis wahr.

Die mangelnde Aussicht auf die Verbesserung der Lebensqualität oder des Sterbeprozesses sowie die mangelnde Aussicht auf Lebensverlängerung standen bei den Gründen, die dazu geführt hatten eine medizinische Maßnahme als sinnlos zu empfinden, an erster Stelle. Für immer noch mehr als die Hälfte der Befragten war auch die unverhältnismäßige Belastung einer Maßnahme gegenüber dem zu erwartenden Nutzen häufiger Grund, diese als sinnlos einzustufen. Wenn die Maßnahme nicht dem PatientInnenwillen entspricht, war dies für etwas weniger als die Hälfte ein häufiger Grund. Hier zeigte sich, dass der PatientInnenwille für die Pflegenden mit 61 % als häufiger Grund eine signifikant größere Rolle spielte als für die ÄrztInnen (37 %). Als deutlich weniger relevante Gründe wurden das fortgeschrittene Alter einer PatientIn (im Unterschied zu anderen Studien; siehe dazu Abschnitt 6.4) oder die Kosten einer Maßnahme eingeschätzt.

4.3 Auswirkungen auf die Behandelnden

Die Mehrheit der befragten ÄrztInnen fühlte sich durch Entscheidungen potenziell nützliche Maßnahmen zu unterlassen mittel (44 %) oder wenig (37 %) belastet. Von den Antwortenden sahen sich 17 % gar nicht belastet. Ihre Arbeitszufriedenheit sahen hierdurch lediglich 5 % stark eingeschränkt, 21 % der ÄrztInnen stuften ihre Arbeitszufriedenheit als mittelmäßig eingeschränkt und für knapp die Hälfte der ÄrztInnen (47 %) beeinträchtigte sich ihre Arbeitszufriedenheit nur gering. Im Gegensatz hierzu gab ein Viertel der Befragten an, sich durch als sinnlos empfundene Maßnahmen stark belastet zu fühlen. Immerhin die Hälfte aller Studienteilnehmenden sah sich mittelstark durch sinnlose Behandlungen belastet. Wie sich herausstellte, fühlten sich die Frauen unter den Teilnehmenden signifikant häufiger stark belastet als die Männer. Insgesamt deckt sich dies mit den Ergebnissen anderer Studien, in denen gezeigt werden konnte, dass ÄrztInnen und Pflegende die Weiterführung von ungewollten, aggressiven Behandlungen bei sterbenden PatientInnen als extrem belastend beschreiben (Hamric und Blackhall 2007). Pflegende scheinen davon noch stärker betroffen zu sein als ÄrztInnen, insbesondere dann, wenn sie Entscheidungen als einseitig von den ÄrztInnen gefällt wahrnehmen (Albisser Schleger et al. 2008). Meltzer und Huckabay (2014) konnten zeigen, dass die Häufigkeit mit der Pflegende Situationen erleben, die sie als sinnlos oder nutzlos wahrnehmen, in einem signifikanten Zusammenhang mit emotionaler Erschöpfung stehen. Die Tendenz, dass sich Pflegefachkräfte stärker belastet fühlten als ÄrztInnen, konnte durch die Ergebnisse der vorgestellten Studie bestätigt werden, ohne dass sich hier jedoch ein signifikanter Unterschied zwischen den Berufsgruppen ergeben hatte. Bei der Häufigkeit, mit der sinnlose Behandlungen wahrgenommen wurden, kann insbesondere für die Pflegekräfte auf ein erhöhtes Risiko für die Entstehung von seelischem Leid und Burnout geschlossen werden.

Die Verringerung von sinnlosen Behandlungen hätte somit neben der Schadensvermeidung für die PatientInnen noch weitere positive Auswirkung: Ebenso für das Behandlungsteam selbst könnte es die Minderung psychischer Belastung und Leid bedeuten.

4.4 Welche Rolle spielt das Alter?

In Studien gibt es zahlreiche Hinweise darauf, dass alte PatientInnen in besonderem Maße von Rationierung betroffen sind (siehe Abschnitt 2.5.3).

Dass alten PatientInnen isoliert aufgrund ihres Alters Leistungen vorenthalten werden, bestätigte sich durch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit nicht. Auffallend war zwar, dass das Vorenthalten aufgrund des fortgeschrittenen PatientInnenalters von mehr Antwortenden wahrgenommen wurde als das Vorenthalten allgemein. Ein signifikanter Unterschied ergab sich hier jedoch nicht.

Da es sich um eine Spezifizierung der Begrenzung medizinischer Leistungen handelt, wäre zu erwarten gewesen, dass die Zahl derer, die die Begrenzung aufgrund des fortgeschrittenen Alters wahrgenommen (41 %) hat, kleiner ist als die, welche die Wahrnehmung von Begrenzung im Allgemeinen bejaht hatte (36 %). Dies war jedoch nicht der Fall. Der Unterschied war jedoch auch nicht signifikant. Dafür standen bei der Betrachtung der Gründe für die Begrenzung aufgrund des fortgeschrittenen Alters die patientInnenbezogenen Gründe noch stärker im Vordergrund als bei dem Vorenthalten im Allgemeinen: 80 % (statt 69 %) der Studienteilnehmenden sahen in der Vermeidung einer möglichen Leidensverlängerung einen häufigen Grund für das von ihnen wahrgenommene Vorenthalten von potentiell nützlichen Leistungen, 79 % (statt 61 %) den PatientInnenwunsch und 56 % (statt 45 %) die Wünsche der Angehörigen und gesetzlichen VertreterInnen. Dafür waren die institutionellen Gründe weniger ausgeprägt: 80 % (statt 58 %) gaben an, dass Vorgaben der Geschäftsführung keinen Grund für die wahrgenommene Begrenzung von Leistungen bei PatientInnen in fortgeschrittenem Alter seien und 76 % (statt 55 %) sahen in den Vorgaben der Krankenkassen keinen Grund.

Wie oben bereits argumentiert, wertet die Autorin die Begrenzung von potenziell nützlichen Leistungen aus patientInnenbezogenen Gründen nicht als Rationierung, sodass diese Studie keinen klaren Nachweis von reiner Altersrationierung erbringen kann.

Das fortgeschrittene Alter schien folglich weniger als starres Rationierungskriterium wahrgenommen zu werden, sondern vielmehr als Surrogatparameter zu dienen, unter den Faktoren wie Lebensqualität, (Multi-)Morbidity oder Prognose einer Patientin subsumiert werden. Hierzu würde passen, dass mehr als ein Viertel der Befragten zu der Frage, ab wann eine PatientIn alt wäre, im Freitext ergänzte hatten, dass nicht das kalendarische Alter allein entscheidend wäre, sondern dass weitere Faktoren, wie zum Beispiel Vorerkrankungen, Allgemeinzustand, kognitiver und psychischer Zustand oder der Lebenswille einer PatientIn zählten. Dies bestätigen andere Studien weitgehend. Das Alter wird in der empirischen Forschung zwar immer wieder als Rationierungsgrund genannt, insbesondere aus der Auswertung qualitativer Studien weiß man aber, dass das Verständnis von Alter nicht eindimensional auf das numerische Alter beschränkt bleibt, sondern in Zusammenschau mit den genannten Faktoren betrachtet (Strech et al. 2008b) und eher als „impliziter, mitbestimmender Faktor“ verstanden wird, der neben anderen Kriterien in die Therapieentscheidungen miteinfließt (Albisser Schleger und Reiter- Theil 2007). Aufgrund von Annahmen oder gar Vorurteilen, die mit dem Alter verknüpft sind, kann das Alter so aber auch zu einem diskriminierenden und benachteiligenden Faktor in der Entscheidungsfindung werden (Stereotypisierung des Alters). Immerhin bejahten 38 % der ÄrztInnen, selbst schon einmal potenziell nützliche medizinische Maßnahmen einer PatientIn aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters vorenthalten zu haben (ohne dass an dieser Stelle die Möglichkeit bestand weitere Gründe hierfür angeben zu können). Wenn man die vorhergehenden Analysen betrachtet, welche Gründe hinter dem Vorenthalten von Maßnahmen liegen, kann nur vermutet werden, dass es sich auch hier um ein

Konglomerat von Annahmen und Faktoren handelt, die dazu geführt haben einer Patientin aufgrund ihres Alters eine Maßnahme nicht (mehr) zukommen zu lassen.

Das PatientInnenalter wurde von den Pflegenden (42 %) fast doppelt so häufig als sinnvolles Kriterium für die Begrenzung von medizinischen Leistungen in Erwägung gezogen als von den ÄrztInnen (signifikanter Unterschied). Dass das fortgeschrittene Alter einer PatientIn dazu führte eine medizinische Maßnahme als sinnlos einzustufen, war wiederum im Vergleich zu anderen Gründen als nachrangig eingestuft worden und nur für circa ein Fünftel der Befragten als häufiger Grund, für 40 % als seltener Grund relevant. Passend hierzu waren die Ergebnisse von Huynh et al. (2013): In der Beurteilung von Intensivbehandlungen stellten sich ähnliche Gründe wie in den hier vorgestellten Ergebnissen dafür heraus, eine Behandlung als sinnlos einzustufen. Sie konnte jedoch darüber hinaus feststellen, dass das PatientInnenalter der stärkste prädiktive Faktor für die Wahrnehmung einer Maßnahme als *futile* war.

4.5 Versuch einer ethischen Annäherung

Die durchgeführte Studie konnte zeigen, dass auf der Intensivstation Rationierungsphänomene neben einem enormen Ausmaß an Behandlungen bestehen, die als sinnlos und vergeblich (*futile*) wahrgenommen werden. Besonders letztere führen beim Behandlungsteam zu nicht unerheblichen Belastungen. Grundsätzlich sind Rationierungsentscheidungen nur schwer zu rechtfertigen, wenn daneben ein derart hohes Ausmaß an als sinnlos wahrgenommenen Behandlungen besteht. Es drängt sich die Schlussfolgerung auf, dass zunächst sinnlose Behandlungen auf ein Minimum begrenzt werden müssen, bevor Rationierungsmaßnahmen etabliert werden können. Wie könnte das gelingen?

Hierbei kann zum einen der *Futility*-Begriff helfen. Auch ohne den Begriff endgültig definiert zu haben, kann die Frage nach Ziel, Effekt, Nutzen und Wert einer Maßnahme helfen vergebliche Behandlungen von Sinnvollen zu unterscheiden und die Beurteilung unterstützen, ob die Vornahme oder Unterlassung einer Maßnahme gerechtfertigt ist. So kann die Wahrnehmung von medizinischer Nutz- und Sinnlosigkeit, auch wenn sie nicht bedeutet, dass diese auch tatsächlich vorliegt, ein Indiz dafür sein, dass ein ethisches Problem vorliegt, das artikuliert und geklärt werden muss (Albisser Schleger et al. 2008). Hier gälte es einen prozeduralen Entscheidungsprozess in Gang zu setzen, der möglichst die Perspektiven aller Beteiligten miteinbezieht, ordnet und bewertet, um so zu einer Entscheidung zu kommen, die möglichst im Sinn der PatientIn ist und von möglichst allen im Behandlungsteam mitgetragen werden kann.

Eine weitere wichtige Orientierung kann die konsequente Überprüfung des medizinischen Handelns an den vier medizinethischen Prinzipien (nach Beauchamp und Childress 1979, 2013), die sich in der Medizinethik durchgesetzt haben, liefern. Medizinisches Handeln muss sich an diesen Prinzipien messen lassen können, damit es ethisch vertretbar ist. Die

medizinethischen Prinzipien werden an dieser Stelle aufgeführt und in Zusammenschau mit den Ergebnissen dieser Studie diskutiert. Insbesondere die Gründe, die sich für die Wahrnehmung von Behandlungen als *futile* herauskristallisiert haben, sollen dabei berücksichtigt werden:

Prinzipien Schadensvermeidung und Fürsorge: Die Studienteilnehmenden nahmen die mangelnde Aussicht auf die Verbesserung der Lebensqualität oder des Sterbeprozesses, mangelnde Erfolgsaussichten (auf Lebensverlängerung) und die unverhältnismäßige Belastung einer Maßnahme als wichtigste Gründe für die Sinnlosigkeit einer Maßnahme wahr. Dies deutet in hohem Maß darauf hin, dass die Schadensvermeidung und das Handeln zum Wohl der PatientIn angestrebte Ziele in der PatientInnenversorgung darstellen und dass Behandlungen, die dem zuwider laufen, als sinnlos wahrgenommen werden. Passend dazu war die potenzielle Leidensverlängerung auch der häufigste Grund, eine potenziell nützliche Maßnahme nicht mehr durchzuführen und hier die Therapie zu begrenzen. Des Weiteren wurde von mehr als der Hälfte der Antwortenden die mangelnde Erfolgsaussicht und die mangelnde Lebensqualität nach einer Maßnahme als häufige Gründe für die Unterlassung einer Maßnahme angesehen.

Prinzip Autonomie: Die Beurteilung der Sinnhaftigkeit einer Maßnahme kann nur unter besonderer Berücksichtigung des Willens einer PatientIn stattfinden (siehe Abschnitt 2.6.1). Es bedarf hier des genauen Blicks auf die Vorstellungen, Wünsche und Präferenzen der von der medizinischen Maßnahme betroffenen Person (Winkler et al. 2012). Aussagen wie, dass die „Patientenverfügung (...) viel zu oft keine Entscheidungsgrundlage auf unserer Intensivstation“ [176] darstelle oder dass die „Patientenverfügung angeblich nicht präzise genug“ [79] sei, stehen exemplarisch dafür, dass für etwas weniger als die Hälfte die Nichtbeachtung des PatientInnenwillens maßgeblich dafür war, eine Maßnahme als vergeblich wahrzunehmen. Obwohl der PatientInnenwillen damit einen relevanten Grund darstellte, eine Maßnahme als *futile* zu bewerten, wurde er in der subjektiven Bewertung der Studienteilnehmenden den oben aufgeführten Kriterien (mangelnde Aussicht auf Verbesserung der Lebensqualität, des Sterbeprozesses, auf Lebensverlängerung oder die Unverhältnismäßigkeit der Belastung einer Maßnahme) untergeordnet. Etwas anders sieht es bei den Gründen zur Begrenzung medizinischer Maßnahmen aus. Hier steht die Unvereinbarkeit der angestrebten Maßnahme mit dem PatientInnenwunsch an zweiter Stelle der häufigen Gründe, eine Maßnahme nicht durchzuführen. Bei der Begrenzung aufgrund des fortgeschrittenen Alters wurden die Präferenzen der PatientIn sogar von 79 % als häufiger Grund wahrgenommen.

Prinzip Gerechtigkeit: Grundsätzlich weist das Nebeneinander von existierender Überversorgung auf der einen und bestehender Unterversorgung auf der anderen Seite auf eine Ungleichbehandlung von PatientInnen hin. Im Sinne der Verteilungsgerechtigkeit sind Rationierungsmaßnahmen schwer zu rechtfertigen, wenn gleichzeitig ein hohes Ausmaß an sinnlosen, teuren Behandlungen besteht. Ohne hier entscheiden zu wollen, ob

Rationierungsmaßnahmen per se unausweichlich sind, drängt sich der Schluss auf, dass zum Wohl der PatientInnen als auch mit Blick auf die Kosten einer Maßnahme zuvor eine konsequente Vermeidung von Ressourcenverschwendung anzustreben ist.

Gerechtigkeit gilt als relativ neues Prinzip innerhalb des ärztlichen Ethos. Ohne sich auf eine Gerechtigkeitstheorie festzulegen, sollte sich die faire Verteilung von begrenzten Gesundheitsgütern (in einem solidarisch finanzierten System) an bestimmten Kriterien orientieren: gleiche Zugangschancen, Nicht-Diskriminierung, (individuelle) Bedürftigkeit, Nutzen- Kosteneffizienz (Schaupp 2018). Im Einzelfall bei der PatientInnenversorgung auch noch Gerechtigkeitsaspekte zu berücksichtigen stellt vielleicht ein Ideal dar, aber die Behandlung jeder Einzelnen diskriminierungsfrei und konsequent an den genannten Kriterien Schadensvermeidung, Fürsorge und Autonomie zu orientieren, wäre ein Schritt in diese Richtung und könnte helfen sinnlose Behandlungen zu vermeiden und dazu beitragen die Ressourcen im Gesundheitswesen zu schonen.

Über die Pflicht zur Sparsamkeit durch Vermeidung von sinnlosen Behandlungen hinausgehende Ansätze zu gerechtigkeitsorientiertem Behandlungsverzicht existieren bereits. Hier werden zum Beispiel die Erarbeitung von kostensensitiven Leitlinien, Ausweitung des Evidenznachweises zum Nutzen von Behandlungen (insbesondere von solchen, die bei hohen Kosten einen nur geringen Zusatznutzen versprechen) oder die Thematisierung der Kosten im Rahmen von klinischen Ethikberatungen genannt (Schaupp 2018). Ein hierzu passendes Stufenmodell haben Marckmann und in der Schmitt (2011) entwickelt. In den ersten beiden Stufen empfehlen beide die Verschwendung von Ressourcen patientInnenorientiert durch Unterlassen von ineffektiven Maßnahmen und den konsequenten Verzicht auf Behandlungen gegen den Willen der PatientIn. Auf der dritten Stufe empfehlen die Autoren die Minimierung des Ressourcenverbrauchs zur Erreichung eines vorher festgelegten Therapieziels und erst danach das Unterlassen von teuren Maßnahmen mit fraglichem oder geringem Nutzen für die PatientIn.

Hierzu passt, wie oben bereits aufgeführt, die konsequente Orientierung der Therapie am Fürsorge- und Nicht-Schadens-Prinzip wie auch am Prinzip Autonomie. Erst wenn die Überprüfung und Ausrichtung der Behandlung an den genannten Prinzipien stattgefunden hat, kann und darf im nächsten Schritt unter strengen Voraussetzungen und transparenter Begründung der Verzicht von potenziell nützlichen Maßnahmen erwogen werden.

Fazit: Unter dem Aspekt der Gerechtigkeit ist das Vorenthalten von potenziell nützlichen Maßnahmen aus ökonomischen Gründen nicht rechtfertigbar, solange ein relevantes und vermeidbares Maß an Überversorgung existiert. Der Verzicht von potenziell nützlichen Maßnahmen unter strengen Voraussetzungen und mit transparenter Begründung darf erst dann erwogen werden, wenn die Überprüfung der Behandlung an den genannten medizinethischen Prinzipien konsequent stattgefunden hat. Und dies nicht nur innerhalb eines Falles. Alle Behandlungen müssen dieser Prüfung standhalten, um im Einzelfall Maßnahmenbegrenzungen rechtfertigen zu können.

Für den Bereich der Intensivmedizin konnte diese Studie ein sehr hohes Ausmaß an subjektiv wahrgenommener Überversorgung nachweisen. Hierin könnte man ein unausgeschöpftes Rationalisierungspotenzial im Sinne einer Verschwendung von Ressourcen sehen. Nicht also Rationierung, sondern Rationalisierung im Sinne von Verschwendungsvermeidung wäre dann zunächst das erstrebenswerte Ziel.

Welches Ausmaß an Einsparungen hierdurch tatsächlich zu erreichen wäre, bleibt letztendlich jedoch unklar (Abschnitt 2.6.4). Selbst wenn die Einsparmöglichkeiten nur sehr begrenzt wären, wäre in der Folge auch nicht zu erwarten, dass selbst Rationierungsmaßnahmen die Kosten auf Intensivstationen drastisch senken würden. Da der Großteil der Kosten Fixkosten (vor allem Personalkosten) sind, könnte nur der Abbau von Intensivbetten die Kosten in einem entscheidenden Maß senken. Um dies auf einer Makroebene zu bestimmen, noch dazu, wenn der Bedarf in der Zukunft noch weiter steigen wird (Abschnitt 2.3), bräuchte es starke Argumente oder eine dermaßen ausgeprägte Mittelknappheit, dass die Beschränkung von teuren medizinischen Leistungen unausweichlich wird. Hiervon wäre dann nicht allein die Intensivmedizin betroffen, sondern auch andere, insbesondere kostenintensive Fachbereiche, wie zum Beispiel die Kardiologie oder Onkologie.

Die Vermeidung von Überbehandlung oder die Begrenzung von Maßnahmen allein mit ökonomischen Argumenten zu begründen, verfehlt jedoch das Ziel einer bedarfsgerechten und humanen Medizin. Sinnlose Behandlungen zu vermeiden und den Blick für die Grenzen des lebenswerten Lebens zu wahren, um den Tod nicht als medizinisches Versagen aufzufassen, könnte dazu beitragen Ressourcen zu schonen und die Qualität in der Versorgung zu verbessern. Nicht nur für die PatientInnen und deren Angehörige, sondern auch für das behandelnde Team würden die Belastungen gemindert und die Zufriedenheit erhöht. Die konsequente Beachtung der medizinethischen Prinzipien wäre ein Schritt zu einer gerechteren und humaneren Medizin im Sinne der PatientInnen und ihrer Angehörigen sowie der in der PatientInnenversorgung Tätigen.

Die Intensivmedizin kann an dieser Stelle nur exemplarisch für einen Bereich der Medizin stehen, der zum einen hohe Kosten verursacht und zum anderen in besonderem Maß dem technischen Fortschritt unterworfen ist. Sie stellt jedoch nicht den einzigen kostenintensiven Fachbereich innerhalb der Medizin dar, sodass es wahrscheinlich ist, dass die Ergebnisse auch auf andere, zumindest kostenintensive, Bereiche übertragbar sind. Zumindest was die Wahrnehmung von Mittelknappheit und Rationierungshäufigkeit im Gesundheitswesen angeht, waren die Ergebnisse mit Ergebnissen in der Kardiologie vergleichbar (Strech et al. 2009).

Limitationen: Die Erhebung mittels Fragebogen bildet die Wahrnehmung von ÄrztInnen und Pflegefachpersonen ab und kann nicht gleichgesetzt werden mit der tatsächlichen Häufigkeit von Über- und Unterversorgung auf Intensivstationen. Sie kann jedoch einen Anhaltspunkt dafür geben, welches Ausmaß Rationierung auf der einen und

Überversorgung in Form von sinnlosen Behandlungen auf der anderen Seite in diesem kostenintensiven Bereich der Medizin annehmen und so helfen den Ist-Zustand realistischer einzuschätzen. Hieraus können lediglich Aussagen für die Intensivmedizin abgeleitet werden. Die Perspektive der Befragten kann Bereiche aufdecken, die als ethisch problematisch empfunden werden. Insbesondere die Einschätzung von Maßnahmen als *futile* sind Werturteile der Studienteilnehmenden und somit nicht objektiv. Die Aufdeckung kausaler Zusammenhänge ist durch das gewählte Studiendesign nicht möglich. Über die Perspektive der vornehmlich Betroffenen, der PatientInnen, können aus dieser Studie keine Aussagen abgeleitet werden. Das unterschiedliche Verständnis von Begriffen, wie Rationierung oder *Futility* kann einen verzerrenden Effekt in der Auswertung von Fragebögen, insbesondere im medizinethischen Bereich haben. In der Fachliteratur kursieren Diskussionen mit verschiedenen Ansätzen von Definitionen, in denen um das richtige Verständnis dieser Begriffe gerungen wird. Im Fragebogen werden diese Begriffe kaum genutzt, da das unterschiedliche Verständnis jedes einzelnen Befragten dessen Antwortverhalten unweigerlich beeinflusst. Als tendenziösen Begriff wurde im ersten Abschnitt lediglich der Ausdruck „Mittelknappheit“ verwendet. Im zweiten Abschnitt des Fragebogens sollte es möglichst neutral um die „Begrenzung“ medizinischer Leistungen gehen. Erst nach Auswertung der Gründe hierfür wurde entschieden, ob es sich in dem entsprechenden Fall um Rationierung handelte und, wenn ja, ob diese gerechtfertigt war. Im Fragebogen wird die Frage gestellt, ob die Studienteilnehmenden schon einmal erlebt hätten, dass medizinische Leistungen, die für eine PatientIn potenziell nützlich gewesen wären, vorenthalten wurden. Der Begriff des Vorenthaltes löste bei einer StudienteilnehmerIn Widerstreben aus. So äußerte sie sich kritisch zum verwendeten Begriff und bevorzugte den Ausdruck „nicht durchführen“ als neutraleren Begriff [167]. Nicht nur das unterschiedliche Verständnis der im Fragebogen verwendeten Begriffe kann das Antwortverhalten der Studienteilnehmenden beeinflusst haben, sondern auch sozial erwünschtes Antwortverhalten in diesem moralisch sensiblen Bereich der abgefragten Themenfelder.

5 Zusammenfassung und Ausblick

Ziel der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Studie war es genauer zu beleuchten, in welchem Ausmaß Über- und Unterversorgung auf Intensivstationen nebeneinander existieren, um eine an den klinischen Gegebenheiten orientierte ethische Einschätzung zur Rechtfertigbarkeit von Rationierungsüberlegungen vornehmen zu können. Unterversorgung sollte erfasst werden, indem ÄrztInnen und Pflegefachkräfte danach gefragt wurden, ob und wie häufig sie schon einmal erlebt hätten, dass Maßnahmen, die sie für potenziell nützlich gehalten hatten, vorenthalten worden sind. Überversorgung hingegen sollte durch die Wahrnehmung der Befragten von Behandlungen als *futile* aufgedeckt werden. Hierzu wurde mit Hilfe eines selbst entwickelten Fragebogens eine deutschlandweite Befragung von 1179 auf Intensivstationen tätigen ÄrztInnen und Pflegenden durchgeführt. Die Rücklaufquote betrug 24 %. Die statistische Auswertung erfolgte mit der Software Statistica (Version 12.0, StatSoft). Eine ethische Annäherung wurde mit Blick auf die vier medizinethischen Prinzipien Fürsorge, Schadensvermeidung, Autonomie und Gerechtigkeit vorgenommen.

Die durchgeführte Studie konnte zeigen, dass auf der Intensivstation Rationierungsphänomene neben einem enormen Ausmaß an Behandlungen bestehen, die als sinnlos und vergeblich (*futile*) wahrgenommen werden.

Die Befragung von ÄrztInnen und Pflegenden zeigte, dass Rationierung von medizinischen Maßnahmen auf Intensivstationen zwar ein relevantes, jedoch kein häufiges Phänomen ist. Etwas mehr als ein Drittel der Befragten hatte schon einmal erlebt, dass medizinische Maßnahmen, obwohl sie potenziell nützlich hätten sein können, nicht erbracht worden waren. Dass dies nicht ausschließlich Rationierungsphänomene widerspiegelte, stellte sich bei der Interpretation der Daten heraus. Als Gründe für die Begrenzung von potenziell nützlichen Maßnahmen standen patientInnenbezogene Gründe eindeutig im Vordergrund. In ihrer ethischen Reflexion kommt die Autorin jedoch zu dem Schluss, dass es sich bei der Begrenzung von potenziell nützlichen Maßnahmen wegen einer befürchteten Leidensverlängerung für die PatientIn, geringen Erfolgsaussichten oder einer sehr wahrscheinlich stark eingeschränkten Lebensqualität nach Durchführung einer Maßnahme nicht um Rationierung handelt. Denn mit Blick auf das Wohl der PatientIn geht es beim potenziellen Nutzen nicht allein um das medizinisch Mögliche, sondern das Sinnvolle.

Gründe zur Begrenzung von potenziell nützlichen Maßnahmen, wie die Anweisungen von Vorgesetzten, der Druck von KollegInnen, Vorgaben der Geschäftsführung und der Krankenkassen oder die Kosten einer Maßnahme, wurden hingegen unter Rationierungsgründe subsumiert. Wie sich zeigte, machten diese für die Begrenzung von medizinischen Maßnahmen jedoch nur einen moderaten Anteil aus. Dies deckt sich mit den Ergebnissen anderer Studien.

Für die Intensivmedizin konnte die vorliegende Studie nicht nachweisen, dass alten PatientInnen isoliert aufgrund ihres Alters Leistungen vorenthalten wurden. Insofern scheinen die Ergebnisse dieser Studie eher die Erkenntnisse der qualitativen Forschung zu stärken, in der herausgearbeitet werden konnte, dass das Alter eher als impliziter Faktor verstanden wird, der in Therapieentscheidungen miteinfließt und dabei in Zusammenschau mit Vorerkrankungen, Allgemeinzustand, kognitivem und psychischem Zustand oder dem Lebenswillen einer PatientIn betrachtet wird.

Als auf der Intensivstation allgegenwärtiger stellte sich in der Befragung das Thema der sinnlosen Behandlungen heraus. In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass zumindest in der Intensivmedizin die Wahrscheinlichkeit wesentlich höher ist, dass PatientInnen Behandlungen erhalten, von denen sie nicht (mehr) profitieren oder deren potenzieller Nutzen zumindest fragwürdig ist. Fast alle der Antwortenden hatten schon erlebt, dass ihnen diagnostische oder therapeutische Maßnahmen zum Zeitpunkt ihrer Durchführung sinnlos erschienen waren, sodass hieraus auf ein relevantes Maß an Über- und Fehlversorgung auf Intensivstationen geschlossen werden kann, welches an sich einen deutlichen Belastungsfaktor für die Behandelnden und Pflegenden darstellt.

Wenn man die dominierenden Gründe betrachtet, die dazu führen, dass potenziell nützliche medizinische Maßnahmen nicht erbracht werden oder die dazu führen, dass die Behandelnden eine durchgeführte Maßnahme als sinnlos erachten, wird deutlich, dass das vorwiegend dann der Fall ist, wenn eine Missachtung der medizinethischen Prinzipien stattfindet. Ein Zuwiderlaufen der medizinischen (Be-)Handlungen gegen die Prinzipien Fürsorge, Schadensvermeidung und Autonomie führt dazu diese als *futile* einzuschätzen oder sich im optimaleren Fall gegen die Durchführung zu entscheiden.

Das Nebeneinander von existierender Überversorgung auf der einen und bestehender Unterversorgung auf der anderen Seite weist auf eine Ungleichbehandlung von PatientInnen hin. Aus ökonomischer Sicht kann Über- oder Fehlbehandlung als Verschwendung von Ressourcen betrachtet werden, aus ethischer Sicht darüber hinaus die potenzielle Missachtung des Fürsorge-, Nicht-Schadens-, des Autonomie- und des Gerechtigkeitsprinzips bedeuten. Im Sinne der Verteilungsgerechtigkeit sind Rationierungsmaßnahmen schwer zu rechtfertigen, wenn gleichzeitig ein vermeidbares Ausmaß an sinnlosen teuren Behandlungen existiert. In diesem Sinn sollten vorerst weniger Rationierungserwägungen im Vordergrund stehen als vielmehr das Streben nach einer Gesundheitsversorgung und Ethik der Verschwendungsvermeidung. Hier könnte die noch konsequentere Ausrichtung der medizinischen und pflegerischen Handlungen an den vier medizinethischen Prinzipien helfen. Auf diese Weise würden nicht nur Ressourcen im Gesundheitswesen geschont. Es würde auch Leid für die von unnötigen Behandlungen Betroffenen sowie die Behandelnden selbst gemindert werden.

6 Anhang

6.1 Fragebogen für ÄrztInnen

Welche Auswirkungen haben Mittelknappheit und demografischer Wandel auf Entscheidungen in der Intensivmedizin?

Fragebogen für Ärzte

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen bis zum 15. November 2014 an folgende Adresse:

Akademie für Ethik in der Medizin e. V.
Humboldtallee 36
37073 Göttingen

Hinweis: Der vereinfachten Lesbarkeit halber wird stets die grammatikalisch männliche Form verwendet. Als Ärztin oder Pflegende mögen Sie sich bitte gleichermaßen angesprochen fühlen. Wenn von dem Patienten gesprochen wird, sind die Patientinnen ebenfalls gemeint.

1 Im Folgenden werden Aussagen zum Umgang mit Mittelknappheit in der Medizin getroffen. Wie stehen Sie zu folgenden Äußerungen?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
1.1 Weil die finanziellen Mittel im Gesundheitswesen begrenzt sind, können bereits heute nicht mehr alle medizinisch nützlichen Leistungen bei GKV-Versicherten erbracht werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Das Problem der Mittelknappheit kann durch Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitswesen gelöst werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Jeder Arzt ist dazu verpflichtet, seinen Patienten unabhängig von den entstehenden Kosten stets die bestmögliche Diagnostik und Therapie anzubieten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Auch bei Ausschöpfen der Wirtschaftlichkeitsreserven sind Leistungsbegrenzungen im Gesundheitswesen unumgänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Das Alter des Patienten stellt ein sinnvolles Kriterium für die Begrenzung medizinischer Leistungen dar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 Allein das Nachdenken über die Begrenzung von medizinischen Leistungen aus finanziellen Gründen ist ethisch verwerflich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Begrenzung medizinischer Leistungen

- 2.1 Haben Sie auf Ihrer Station schon einmal erlebt, dass medizinische Leistungen, die für einen Patienten potenziell nützlich gewesen wären, vorenthalten wurden?
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ja | Nein | Weiß nicht |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn ja:

- 2.2 Wie häufig kommt dies vor?
- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Täglich | Wöchentlich | Monatlich | Seltener |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 2.3 Was sind Gründe dafür?

	Häufiger Grund	Seltener Grund	Kein Grund
Anweisung von Vorgesetzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druck von Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorgaben der Geschäftsführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorgaben der Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach eigener Einschätzung nur geringer Erfolg der Maßnahme zu erwarten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geringe erwartete Lebensqualität für den Patienten bei Durchführung der Maßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maßnahme entspricht nicht dem Patientenwunsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maßnahme entspricht nicht dem Wunsch der Angehörigen/der gesetzlichen Vertreter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mögliche Verlängerung des Leidens für den Patienten bei Durchführung der Maßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der zu erwartende Nutzen rechtfertigt nicht die Kosten der Maßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige, und zwar:

- 2.4 Haben Sie auf Ihrer Station schon einmal erlebt, dass medizinische Leistungen, die für einen Patienten potenziell nützlich gewesen wären, aufgrund des fortgeschrittenen Alters des Patienten vorenthalten wurden?
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ja | Nein | Weiß nicht |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn ja:

- 2.5 Wie häufig kommt dies vor?
- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Täglich | Wöchentlich | Monatlich | Seltener |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2.6 Was sind Gründe dafür?	Häufiger Grund	Seltener Grund	Kein Grund
Anweisung von Vorgesetzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druck von Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorgaben der Geschäftsführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorgaben der Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach eigener Einschätzung nur geringer Erfolg der Maßnahme zu erwarten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geringe erwartete Lebensqualität für den Patienten bei Durchführung der Maßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maßnahme entspricht nicht dem Patientenwunsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maßnahme entspricht nicht dem Wunsch der Angehörigen/der gesetzlichen Vertreter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mögliche Verlängerung des Leidens für den Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der zu erwartende Nutzen rechtfertigt nicht die Kosten der Maßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige, und zwar:

2.7 Haben Sie <u>selbst</u> schon einmal einem Patienten aufgrund seines fortgeschrittenen Alters potenziell nützliche medizinische Leistungen vorenthalten?	Ja	Nein	Weiß nicht	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja:				
2.8 Wie häufig kommt dies vor?	Täglich <input type="checkbox"/>	Wöchentlich <input type="checkbox"/>	Monatlich <input type="checkbox"/>	Seltener <input type="checkbox"/>
2.9 Wie stark belasten Sie solche Entscheidungen?	Stark <input type="checkbox"/>	Mittel <input type="checkbox"/>	Wenig <input type="checkbox"/>	Gar nicht <input type="checkbox"/>
2.10 Wie sehr beeinträchtigen solche Entscheidungen ihre Arbeitszufriedenheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.11 Um welche medizinischen Leistungen handelt es sich bei den von Ihnen vorenthaltenen Maßnahmen? Nennen Sie bitte mindestens eine, die Ihnen spontan einfällt:

3 Medizinische Sinnlosigkeit von Maßnahmen (engl. Futility)

	Ja	Nein	Weiß nicht	
3.1 Haben Sie auf Ihrer Station schon einmal erlebt, dass diagnostische oder therapeutische Maßnahmen vorgenommen wurden, die Ihnen zum Zeitpunkt der Durchführung sinnlos erschienen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja:				
	Täglich	Wöchentlich	Monatlich	Seltener
3.2 Wie häufig kommt dies vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Was sind Gründe dafür, dass Sie medizinische Leistungen als sinnlos empfinden?				
	Häufiger Grund	Seltener Grund	Kein Grund	
Maßnahme führt mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht zu einer Lebensverlängerung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maßnahme führt weder zu einer Verbesserung der Lebensqualität noch zu einer Verbesserung des Sterbeprozesses für den Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Der zu erwartende Nutzen rechtfertigt nicht die Kosten der Maßnahme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Der zu erwartende Nutzen rechtfertigt nicht die Belastung der Maßnahme für den Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maßnahme entspricht nicht dem Patientenwillen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hohes Alter des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere Gründe, und zwar:				
3.4 Wie stark belasten Sie solche als sinnlos empfundenen Maßnahmen?	Stark	Mittel	Wenig	Gar nicht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 Wahrnehmung des Patienten als fortgeschritten alt

Ich nehme einen Patienten als fortgeschritten alt wahr, wenn er...

	Ja	Nein	Weiß nicht
... älter als 90 Jahre ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... älter als 80 Jahre ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... älter als 70 Jahre ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... älter als 60 Jahre ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges, und zwar:

5 Allgemeine Angaben zu Ihrer Person

5.1 Alter

jünger 30 Jahre 30-39 Jahre 40-49 Jahre 50-59 Jahre 60 Jahre und älter

5.2 Geschlecht

Weiblich

Männlich

5.3 Tätigkeitsjahre als Arzt

< 1 Jahre 1-5 Jahre 6-10 Jahre 11-20 Jahre >20 Jahre

5.4 Wie lange sind Sie bereits in der Intensivmedizin tätig?

< 1 Jahre 1-5 Jahre 6-10 Jahre 11-20 Jahre >20 Jahre

5.5 Haben Sie eine abgeschlossene Facharztausbildung?

Ja, und zwar:

Nein

5.6 Haben Sie die Zusatzbezeichnung Intensivmedizin?

Ja

Nein

5.7 In welcher Funktion sind Sie zurzeit tätig?

Assistenzarzt

Oberarzt

Chefarzt

Sonstige, und zwar:

5.8 Welchem Träger gehört Ihre Einrichtung an?

öffentlichem Träger

freigemeinnützigem Träger

privatem Träger

5.9 Ist Ihre Einrichtung eine Universitätsklinik?

Ja

Nein

Ergänzungen

Gibt es noch etwas, das Sie uns zum Thema mitteilen möchten?

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für die Beantwortung der Fragen genommen haben!

6.2 Fragebogen für Pflegende

Welche Auswirkungen haben Mittelknappheit und demografischer Wandel auf Entscheidungen in der Intensivmedizin?

Fragebogen für Pflegende

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen bis zum 15. November 2014 an folgende Adresse:

Akademie für Ethik in der Medizin e. V.
Humboldtallee 36
37073 Göttingen

Hinweis: Der vereinfachten Lesbarkeit halber wird stets die grammatikalisch männliche Form verwendet. Als Ärztin oder Pflegende mögen Sie sich bitte gleichermaßen angesprochen fühlen. Wenn von dem Patienten gesprochen wird, sind die Patientinnen ebenfalls gemeint.

1 Im Folgenden werden Aussagen zum Umgang mit Mittelknappheit in der Medizin getroffen. Wie stehen Sie zu folgenden Äußerungen?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
1.1 Weil die finanziellen Mittel im Gesundheitswesen begrenzt sind, können bereits heute nicht mehr alle medizinisch nützlichen Leistungen bei GKV-Versicherten erbracht werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Das Problem der Mittelknappheit kann durch Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitswesen gelöst werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Jeder Arzt ist dazu verpflichtet, seinen Patienten unabhängig von den entstehenden Kosten stets die bestmögliche Diagnostik und Therapie anzubieten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Auch bei Ausschöpfen der Wirtschaftlichkeitsreserven sind Leistungsbegrenzungen im Gesundheitswesen unumgänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Das Alter des Patienten stellt ein sinnvolles Kriterium für die Begrenzung medizinischer Leistungen dar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 Allein das Nachdenken über die Begrenzung von medizinischen Leistungen aus finanziellen Gründen ist ethisch verwerflich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Begrenzung medizinischer Leistungen

- 2.1 Haben Sie auf Ihrer Station schon einmal erlebt, dass medizinische Leistungen, die für einen Patienten potenziell nützlich gewesen wären, vorenthalten wurden?
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ja | Nein | Weiß nicht |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn ja:

- 2.2 Wie häufig kommt dies vor?
- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Täglich | Wöchentlich | Monatlich | Seltener |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 2.3 Was sind Gründe dafür?

	Häufiger Grund	Seltener Grund	Kein Grund
Anweisung von Vorgesetzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druck von Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorgaben der Geschäftsführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorgaben der Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach eigener Einschätzung nur geringer Erfolg der Maßnahme zu erwarten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geringe erwartete Lebensqualität für den Patienten bei Durchführung der Maßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maßnahme entspricht nicht dem Patientenwunsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maßnahme entspricht nicht dem Wunsch der Angehörigen/der gesetzlichen Vertreter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mögliche Verlängerung des Leidens für den Patienten bei Durchführung der Maßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der zu erwartende Nutzen rechtfertigt nicht die Kosten der Maßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige, und zwar:

- 2.4 Haben Sie auf Ihrer Station schon einmal erlebt, dass medizinische Leistungen, die für einen Patienten potenziell nützlich gewesen wären, aufgrund des fortgeschrittenen Alters des Patienten vorenthalten wurden?
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ja | Nein | Weiß nicht |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn ja:

- 2.5 Wie häufig kommt dies vor?
- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Täglich | Wöchentlich | Monatlich | Seltener |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2.6 Was sind Ihrer Meinung nach Gründe dafür?	Häufiger Grund	Seltener Grund	Kein Grund
Anweisung von Vorgesetzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druck von Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorgaben der Geschäftsführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorgaben der Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach eigener Einschätzung nur geringer Erfolg der Maßnahme zu erwarten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geringe erwartete Lebensqualität für den Patienten bei Durchführung der Maßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maßnahme entspricht nicht dem Patientenwunsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maßnahme entspricht nicht dem Wunsch der Angehörigen/der gesetzlichen Vertreter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mögliche Verlängerung des Leidens für den Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der zu erwartende Nutzen rechtfertigt nicht die Kosten der Maßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige, und zwar:

2.7 Haben Sie selbst schon einmal einem Patienten aufgrund seines fortgeschrittenen Alters potenziell nützliche pflegerische Leistungen vorenthalten?	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja:

	Täglich Stark	Wöchentlich Mittel	Monatlich Wenig	Seltener Gar nicht
2.8 Wie häufig kommt dies vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9 Wie stark belasten Sie solche Entscheidungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.10 Wie sehr beeinträchtigen solche Entscheidungen ihre Arbeitszufriedenheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.11 Um welche pflegerische Leistungen handelt es sich bei den von Ihnen vorenthaltenen Maßnahmen? Nennen Sie bitte mindestens eine, die Ihnen spontan einfällt:

3 Medizinische Sinnlosigkeit von Maßnahmen (engl. Futility)

3.1 Haben Sie auf Ihrer Station schon einmal erlebt, dass diagnostische oder therapeutische Maßnahmen vorgenommen wurden, die Ihnen zum Zeitpunkt der Durchführung sinnlos erschienen?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja:

3.2 Wie häufig kommt dies vor?

	Täglich	Wöchentlich	Monatlich	Seltener
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.3 Was sind Gründe dafür, dass Sie medizinische Leistungen als sinnlos empfinden?

	Häufiger Grund	Seltener Grund	Kein Grund
Maßnahme führt mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht zu einer Lebensverlängerung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maßnahme führt weder zu einer Verbesserung der Lebensqualität noch zu einer Verbesserung des Sterbeprozesses für den Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der zu erwartende Nutzen rechtfertigt nicht die Kosten der Maßnahme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der zu erwartende Nutzen rechtfertigt nicht die Belastung der Maßnahme für den Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maßnahme entspricht nicht dem Patientenwillen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohes Alter des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere Gründe, und zwar:

3.4 Wie stark belasten Sie solche als sinnlos empfundenen Maßnahmen?

	Stark	Mittel	Wenig	Gar nicht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 Wahrnehmung des Patienten als fortgeschritten alt

Ich nehme einen Patienten als fortgeschritten alt wahr, wenn er...

	Ja	Nein	Weiß nicht
... älter als 90 Jahre ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... älter als 80 Jahre ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... älter als 70 Jahre ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... älter als 60 Jahre ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges, und zwar:

5 Allgemeine Angaben zu Ihrer Person

5.1 Alter

jünger 30 Jahre 30-39 Jahre 40-49 Jahre 50-59 Jahre 60 Jahre

5.2 Geschlecht

Weiblich

Männlich

5.3 Tätigkeitsjahre in der Pflege

< 1 Jahre 1-5 Jahre 6-10 Jahre 11-20 Jahre >20 Jahre

5.4 Wie lange sind Sie bereits auf einer Intensivstation tätig?

< 1 Jahre 1-5 Jahre 6-10 Jahre 11-20 Jahre >20 Jahre

5.5 Haben Sie eine abgeschlossene Weiterbildung zur Fachpflegekraft?

Ja, und zwar:

Nein

5.8 Üben Sie eine leitende Tätigkeit aus?

Ja, und zwar:

Nein

5.9 Welchem Träger gehört Ihre Einrichtung an?

öffentlichem Träger

freigemeinnützigem Träger

kirchlichem Träger

5.10 Ist Ihre Einrichtung eine Universitätsklinik?

Ja

Nein

Ergänzungen

Gibt es noch etwas, das Sie uns zum Thema mitteilen möchten?

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für die Beantwortung der Fragen genommen haben!

6.3 Auszählungen

Tabelle A.1: Allgemeine Aussagen zum Umgang mit Mittelknappheit

	ÄrztInnen	Pflegende	Gesamt
1.1 Weil die finanziellen Mittel im Gesundheitswesen begrenzt sind, können bereits heute nicht mehr alle medizinische nützlichen Leistungen bei GKV-Versicherten erbracht werden <ul style="list-style-type: none"> • Stimme voll und ganz zu • Stimme eher zu • Stimme eher nicht zu • Stimme überhaupt nicht zu 	N = 193 N = 27 14,0 % N = 41 21,2 % N = 82 42,4 % N = 43 22,2 %	N = 94 N = 18 19,1 % N = 22 23,4 % N = 37 39,4 % N = 17 18,1 %	N = 287 N = 45 15,7 % N = 63 21,9 % N = 119 41,5 % N = 60 20,9 %
1.2 Das Problem der Mittelknappheit kann durch Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitssystem gelöst werden. <ul style="list-style-type: none"> • Stimme voll und ganz zu • Stimme eher zu • Stimme eher nicht zu • Stimme überhaupt nicht zu 	N = 190 N = 22 11,6 % N = 64 33,7 % N = 71 37,4 % N = 33 17,3 %	N = 90 N = 5 5,6 % N = 38 42,2 % N = 38 42,2 % N = 9 10,0 %	N = 280 N = 27 9,7 % N = 102 36,4 % N = 109 38,9 % N = 42 15,0 %
1.3 Jeder Arzt ist dazu verpflichtet, seinen Patienten unabhängig von den entstehenden Kosten stets die bestmögliche Diagnostik und Therapie anzubieten <ul style="list-style-type: none"> • Stimme voll und ganz zu • Stimme eher zu • Stimme eher nicht zu • Stimme überhaupt nicht zu 	N = 193 N = 89 46,1 % N = 71 36,8 % N = 26 13,5 % N = 7 3,6 %	N = 94 N = 61 64,9 % N = 23 24,5 % N = 10 10,6 % N = 0 0,0 %	N = 287 N = 150 52,3 % N = 94 32,8 % N = 36 12,5 % N = 7 2,4 %
1.4 Auch bei Ausschöpfen der Wirtschaftlichkeitsreserven sind Leistungsbegrenzungen im Gesundheitswesen unumgänglich. <ul style="list-style-type: none"> • Stimme voll und ganz zu • Stimme eher zu • Stimme eher nicht zu • Stimme überhaupt nicht zu 	N = 190 N = 52 27,4 % N = 97 51,0 % N = 33 17,4 % N = 8 4,2 %	N = 94 N = 20 21,3 % N = 44 46,8 % N = 24 25,5 % N = 6 6,4 %	N = 284 N = 72 25,4 % N = 141 49,6 % N = 57 20,1 % N = 14 4,9 %
1.5 Das Alter des Patienten stellt ein sinnvolles Kriterium für die Begrenzung medizinischer Leistungen dar. <ul style="list-style-type: none"> • Stimme voll und ganz zu • Stimme eher zu • Stimme eher nicht zu • Stimme überhaupt nicht zu 	N = 193 N = 4 2,0 % N = 42 21,8 % N = 87 45,1 % N = 60 31,1 %	N = 94 N = 13 13,8 % N = 26 27,7 % N = 35 37,2 % N = 20 21,3 %	N = 287 N = 17 5,9 % N = 68 23,7 % N = 122 42,5 % N = 80 27,9 %
1.6 Allein das Nachdenken über die Begrenzung von medizinischen Leistungen aus finanziellen Gründen ist ethisch verwerflich. <ul style="list-style-type: none"> • Stimme voll und ganz zu • Stimme eher zu • Stimme eher nicht zu • Stimme überhaupt nicht zu 	N = 193 N = 38 19,7 % N = 45 23,3 % N = 58 30,1 % N = 52 26,9 %	N = 93 N = 49 52,7 % N = 15 16,1 % N = 18 19,4 % N = 11 11,8 %	N = 286 N = 87 30,4 % N = 60 21,0 % N = 76 26,6 % N = 63 22,0 %

Tabelle A.2: Begrenzung medizinischer Leistungen

	ÄrztInnen	Pflegende	Gesamt
2.1 Haben Sie auf Ihrer Station schon einmal erlebt, dass medizinische Leistungen, die für einen Patienten potenziell nützlich gewesen wären, vorenthalten wurden?			
	N = 193	N = 94	N = 287
• Ja	N = 77 39,9%	N = 26 27,7%	N = 103 35,9%
• Nein	N = 113 58,5%	N = 64 68,0%	N = 177 61,7%
• Weiß nicht	N = 3 1,6%	N = 4 4,3%	N = 7 2,4%
2.2 Wenn ja, wie häufig kommt das vor?			
	N = 82	N = 26	N = 108
• Täglich	N = 3 3,7 %	N = 2 7,7 %	N = 5 4,6 %
• Wöchentlich	N = 17 20,7 %	N = 3 11,5 %	N = 20 18,5 %
• Monatlich	N = 24 29,3 %	N = 4 15,4 %	N = 28 25,9 %
• Seltener	N = 38 46,3 %	N = 17 65,4 %	N = 55 50,9 %

Tabelle A.3: Gründe für die Begrenzung medizinischer Leistungen

2.3 Was sind Gründe dafür?	ÄrztInnen	Pflegende	Gesamt
Anweisung von Vorgesetzten	N = 83	N = 23	N = 106
• Häufiger Grund	N = 18 21,7 %	N = 10 43,5 %	N = 28 26,4%
• Seltener Grund	N = 16 19,3 %	N = 5 21,7 %	N = 21 19,8%
• Kein Grund	N = 49 59,0 %	N = 8 34,8 %	N = 57 53,8%
Druck von Kollegen	N = 83	N = 23	N = 106
• Häufiger Grund	N = 2 2,4 %	N = 1 4,4 %	N = 3 2,3%
• Seltener Grund	N = 16 19,3 %	N = 7 30,4 %	N = 23 21,7%
• Kein Grund	N = 65 78,3 %	N = 15 65,2 %	N = 80 75,5%
Vorgaben der Geschäftsführung	N = 82	N = 23	N = 105
• Häufiger Grund	N = 16 19,5 %	N = 6 26,1 %	N = 22 21,0%
• Seltener Grund	N = 16 19,5 %	N = 6 26,1 %	N = 22 21,0%
• Kein Grund	N = 50 61,0 %	N = 11 47,8 %	N = 61 58,0%
Vorgaben der Krankenkassen	N = 80	N = 22	N = 102
• Häufiger Grund	N = 16 20,0 %	N = 5 22,7 %	N = 21 20,6%
• Seltener Grund	N = 21 26,3 %	N = 4 18,2 %	N = 25 24,5%
• Kein Grund	N = 43 53,7 %	N = 13 59,1 %	N = 56 54,9%
Nach eigener Einschätzung nur geringer Erfolg der Maßnahme zu erwarten	N = 82	N = 24	N = 106
• Häufiger Grund	N = 47 57,3%	N = 10 41,7%	N = 57 53,8%
• Seltener Grund	N = 26 31,7%	N = 11 45,8%	N = 37 34,9%
• Kein Grund	N = 9 11,0%	N = 3 12,5%	N = 12 11,3%
Geringe erwartete Lebensqualität für den Patienten bei Durchführung der Maßnahme	N = 82	N = 24	N = 106
• Häufiger Grund	N = 47 57,3%	N = 9 37,5%	N = 56 52,8%
• Seltener Grund	N = 25 30,5%	N = 9 37,5%	N = 34 32,1%
• Kein Grund	N = 10 12,2%	N = 6 25,0%	N = 16 15,1%
Maßnahme entspricht nicht dem Patientenwunsch	N = 84	N = 25	N = 109
• Häufiger Grund	N = 56 66,7%	N = 10 40,0%	N = 66 60,6%
• Seltener Grund	N = 19 22,6%	N = 13 52,0%	N = 32 29,4%
• Kein Grund	N = 9 10,7%	N = 2 8,0%	N = 11 10,0%
Maßnahme entspricht nicht dem Wunsch der Angehörigen / der gesetzlichen Vertreter	N = 84	N = 25	N = 109
• Häufiger Grund	N = 41 48,8%	N = 8 32,0%	N = 49 44,9%
• Seltener Grund	N = 29 34,5%	N = 15 60,0%	N = 44 40,4%
• Kein Grund	N = 14 16,7%	N = 2 8,0%	N = 16 14,7%
Mögliche Verlängerung des Leidens für den Patienten bei Durchführung der Maßnahme	N = 84	N = 13	N = 108
• Häufiger Grund	N = 62 73,8%	N = 13 54,2%	N = 75 69,4%
• Seltener Grund	N = 15 17,9%	N = 10 41,6%	N = 25 23,2%
• Kein Grund	N = 7 8,3%	N = 1 4,2%	N = 8 7,4%
Der zu erwartende Nutzen rechtfertigt nicht die Kosten der Maßnahme	N = 82	N = 24	N = 106
• Häufiger Grund	N = 15 18,3%	N = 3 12,5%	N = 18 17,0%
• Seltener Grund	N = 39 47,6%	N = 14 58,3%	N = 53 50,0%
• Kein Grund	N = 28 34,1%	N = 7 29,2%	N = 35 33,0%

Tabelle A.4: Begrenzung medizinischer Leistungen aufgrund des fortgeschrittenen PatientInnenalters

	ÄrztInnen	Pflegende	Gesamt
2.4 Haben Sie auf Ihrer Station schon einmal erlebt, dass medizinische Leistungen, die für einen Patienten potenziell nützlich gewesen wären, aufgrund des fortgeschrittenen Alters des Patienten vorenthalten wurden? <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Weiß nicht 	<p style="text-align: center;">N = 193</p> N = 89 46,1% N = 102 52,9% N = 2 1,0%	<p style="text-align: center;">N = 91</p> N = 29 31,9% N = 59 64,8% N = 3 3,3%	<p style="text-align: center;">N = 284</p> N = 118 41,5% N = 161 56,7% N = 5 1,8%
2.5 Wenn ja, wie häufig kommt dies vor? <ul style="list-style-type: none"> • Täglich • Wöchentlich • Monatlich • Seltener 	<p style="text-align: center;">N = 91</p> N = 1 1,1% N = 16 17,6% N = 32 35,2% N = 42 46,1%	<p style="text-align: center;">N = 33</p> N = 0 0,0% N = 4 12,1% N = 7 21,2% N = 22 66,7%	<p style="text-align: center;">N = 124</p> N = 1 0,8% N = 20 16,1% N = 39 31,5% N = 63 50,8%

Tabelle A.5: Gründe für die Begrenzung aufgrund des fortgeschrittenen PatientInnenalters

2.6 Was sind Gründe dafür?	ÄrztInnen	Pflegende	Gesamt
Anweisung von Vorgesetzten	N = 87	N = 34	N = 121
• Häufiger Grund	N = 12 13,8%	N = 12 35,3%	N = 24 19,8%
• Seltener Grund	N = 21 24,1%	N = 5 14,7%	N = 26 21,5%
• Kein Grund	N = 54 62,1%	N = 17 50,0%	N = 71 58,7%
Druck von Kollegen	N = 85	N = 34	N = 93
• Häufiger Grund	N = 5 5,9%	N = 2 5,9%	N = 7 5,9%
• Seltener Grund	N = 11 12,9%	N = 8 23,5%	N = 19 16,9%
• Kein Grund	N = 69 81,2%	N = 24 70,6%	N = 93 78,2%
Vorgaben der Geschäftsführung	N = 87	N = 33	N = 120
• Häufiger Grund	N = 2 2,3%	N = 3 9,1%	N = 5 4,2%
• Seltener Grund	N = 10 11,5%	N = 9 27,3%	N = 19 15,8%
• Kein Grund	N = 75 86,2%	N = 21 63,6%	N = 96 80,0%
Vorgaben der Krankenkassen	N = 86	N = 33	N = 119
• Häufiger Grund	N = 5 5,8%	N = 4 12,1%	N = 9 7,6%
• Seltener Grund	N = 12 14,0%	N = 8 24,2%	N = 20 16,8%
• Kein Grund	N = 69 80,2%	N = 21 63,6%	N = 90 75,6%
Nach eigener Einschätzung nur geringer Erfolg der Maßnahme zu erwarten	N = 92	N = 34	N = 126
• Häufiger Grund	N = 64 69,6%	N = 20 58,8%	N = 84 66,7%
• Seltener Grund	N = 20 21,7%	N = 10 29,4%	N = 30 23,8%
• Kein Grund	N = 8 8,7%	N = 4 11,8%	N = 12 9,5%
Geringe erwartete Lebensqualität für den Patienten bei Durchführung der Maßnahme	N = 92	N = 34	N = 126
• Häufiger Grund	N = 65 70,7%	N = 23 67,6%	N = 88 69,8%
• Seltener Grund	N = 23 25,0%	N = 9 26,5%	N = 32 25,4%
• Kein Grund	N = 4 4,3%	N = 2 5,9%	N = 6 4,8%
Maßnahme entspricht nicht dem Patientenwunsch	N = 93	N = 34	N = 127
• Häufiger Grund	N = 78 83,9%	N = 22 64,7%	N = 100 78,8%
• Seltener Grund	N = 11 11,8%	N = 11 32,4%	N = 22 17,3%
• Kein Grund	N = 4 4,3%	N = 1 2,9%	N = 5 3,9%
Maßnahme entspricht nicht dem Wunsch der Angehörigen / der gesetzlichen Vertreter	N = 91	N = 34	N = 125
• Häufiger Grund	N = 58 63,7%	N = 12 35,3%	N = 70 56,0%
• Seltener Grund	N = 28 30,8%	N = 21 61,8%	N = 49 39,2%
• Kein Grund	N = 5 5,5%	N = 1 2,9%	N = 6 4,8%
Mögliche Verlängerung des Leidens für den Patienten bei Durchführung der Maßnahme	N = 93	N = 34	N = 127
• Häufiger Grund	N = 77 82,8%	N = 25 73,5%	N = 102 80,3%
• Seltener Grund	N = 11 11,8%	N = 8 23,5%	N = 19 15,0%
• Kein Grund	N = 5 5,4%	N = 1 3,0%	N = 6 4,7%
Der zu erwartende Nutzen rechtfertigt nicht die Kosten der Maßnahme	N = 88	N = 34	N = 122
• Häufiger Grund	N = 17 19,3%	N = 4 11,8%	N = 21 17,2%
• Seltener Grund	N = 39 44,3%	N = 18 52,9%	N = 57 46,7%
• Kein Grund	N = 32 36,4%	N = 12 35,3%	N = 44 36,1%

Tabelle A.6: Persönliche Erfahrung mit der Begrenzung medizinischer Leistungen aufgrund des fortgeschrittenen PatientInnenalters

	Ärztinnen	Pflegende	gesamt
2.7 Haben Sie selbst schon einmal einem Patienten aufgrund seines fortgeschrittenen Alters potenziell nützliche medizinische Leistungen vorenthalten?			
	N = 191	N = 90	N = 281
• Ja	N = 72 37,7%	N = 2 2,2%	N = 74 26,3%
• Nein	N = 114 59,7%	N = 87 96,7%	N = 201 71,5%
• Weiß nicht	N = 5 2,6%	N = 1 1,1%	N = 6 2,1%
2.8 Wenn ja, wie häufig kommt dies vor?			
	N = 74	N = 3	N = 77
• Täglich	N = 1 1,3%	N = 0 0,0%	N = 1 1,3%
• Wöchentlich	N = 7 9,5%	N = 1 33,3%	N = 8 10,4%
• Monatlich	N = 24 32,4%	N = 0 0,0%	N = 24 31,2%
• Seltener	N = 42 56,8%	N = 2 66,7%	N = 44 57,1%
2.9 Wie stark belasten Sie solche Entscheidungen?			
	N = 75	N = 3	N = 78
• Stark	N = 1 1,3%	N = 2 66,7%	N = 3 3,8%
• Mittel	N = 33 44,0%	N = 0 0,0%	N = 33 42,3%
• Wenig	N = 28 37,3%	N = 1 33,3%	N = 29 31,2%
• Gar nicht	N = 13 17,3%	N = 0 0,0%	N = 13 16,7%
2.10 Wie sehr beeinträchtigen solche Entscheidungen Ihre Arbeitszufriedenheit?			
	N = 75	N = 3	N = 78
• Stark	N = 4 5,3%	N = 2 66,7%	N = 6 7,7%
• Mittel	N = 16 21,3%	N = 0 0,0%	N = 16 20,5%
• Wenig	N = 35 46,7%	N = 1 33,3%	N = 36 46,2%
• Gar nicht	N = 20 26,7%	N = 0 0,0%	N = 20 25,6%

Tabelle 7: Medizinische Sinnlosigkeit von Maßnahmen (engl. *Futility*)

	ÄrztInnen	Pflegende	Gesamt
3.1 Haben Sie auf Ihrer Station schon einmal erlebt, dass diagnostische oder therapeutische Maßnahmen vorgenommen wurden, die Ihnen zum Zeitpunkt der Durchführung sinnlos erschienen?			
	N = 192	N = 90	N = 282
• Ja	N = 168 87,5%	N = 87 96,7%	N = 225 90,4%
• Nein	N = 21 10,9%	N = 2 2,2%	N = 23 8,2%
• Weiß nicht	N = 3 1,6%	N = 1 1,1%	N = 4 1,4%
3.2 Wenn ja, wie häufig kommt dies vor?			
	N = 91	N = 33	N = 256
• Täglich	N = 1 1,1%	N = 0 0,0%	N = 12 4,7%
• Wöchentlich	N = 16 17,6%	N = 4 12,1%	N = 76 29,7%
• Monatlich	N = 32 35,2%	N = 7 21,2%	N = 81 31,6%
• Seltener	N = 42 46,1%	N = 22 66,7%	N = 87 34,0%

Tabelle A.8: Gründe für die Wahrnehmung von medizinischen Maßnahmen als sinnlos

3.3 Was sind Gründe dafür, dass Sie medizinische Leistungen als sinnlos empfinden?	ÄrztInnen	Pflegende	Gesamt
3.3.1 Maßnahme führt mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht zu einer Lebensverlängerung	N = 164	N = 85	N = 249
• Häufiger Grund	N = 127 77,5%	N = 63 74,1%	N = 190 76,3%
• Seltener Grund	N = 34 20,7%	N = 18 21,2%	N = 52 20,9%
• Kein Grund	N = 3 1,8%	N = 4 4,7%	N = 7 2,8%
3.3.2 Maßnahme führt weder zu einer Verbesserung der Lebensqualität noch zu einer Verbesserung des Sterbeprozesses für den Patienten.	N = 168	N = 87	N = 255
• Häufiger Grund	N = 142 84,5%	N = 75 86,2%	N = 217 85,1%
• Seltener Grund	N = 23 13,7%	N = 10 11,5%	N = 33 12,9%
• Kein Grund	N = 3 1,8%	N = 2 2,3%	N = 5 2,0%
3.3.3 Der zu erwartende Nutzen rechtfertigt nicht die Kosten der Maßnahme.	N = 166	N = 86	N = 252
• Häufiger Grund	N = 29 17,5%	N = 16 18,6%	N = 45 17,9%
• Seltener Grund	N = 58 34,9%	N = 28 32,6%	N = 86 34,1%
• Kein Grund	N = 79 47,6%	N = 42 48,8%	N = 121 48,0%
3.3.4 Maßnahme entspricht nicht dem Patientenwillen.	N = 166	N = 88	N = 254
• Häufiger Grund	N = 93 56,0%	N = 50 56,8%	N = 143 56,3%
• Seltener Grund	N = 56 33,7%	N = 25 28,4%	N = 81 31,9%
• Kein Grund	N = 17 10,3%	N = 13 14,8%	N = 30 11,8%
3.3.5 Hohes Alter des Patienten	N = 166	N = 89	N = 255
• Häufiger Grund	N = 62 37,4%	N = 54 60,7%	N = 116 45,5%
• Seltener Grund	N = 71 42,7%	N = 23 25,8%	N = 94 36,9%
• Kein Grund	N = 33 19,9%	N = 12 13,5%	N = 45 17,6%

Tabelle A.9: Persönliche Belastung von als sinnlos wahrgenommenen Maßnahmen

3.4 Wie sehr belasten Sie solche als sinnlos empfundene Maßnahmen?	ÄrztInnen	Pflegende	Gesamt
	N = 167	N = 90	N = 257
• Stark	N = 37 22,2%	N = 34 37,8%	N = 71 27,6%
• Mittel	N = 92 55,1%	N = 46 51,1%	N = 138 53,7%
• Wenig	N = 34 20,3%	N = 7 7,8%	N = 41 16,0%
• Gar nicht	N = 4 2,4%	N = 3 3,3%	N = 7 2,7%

Tabelle A.10: Wahrnehmung des PatientInnenalters

4 Ich nehme eine PatientIn als fortgeschritten alt wahr, wenn sie...	ÄrztInnen	Pflegende	Gesamt
4.1 ...älter als 90 Jahre ist	N = 171	N = 72	N = 243
• Ja	N = 161 94,2%	N = 70 97,2%	N = 231 95,1%
• Nein	N = 7 4,1%	N = 0 0,0%	N = 7 2,8%
• Weiß nicht	N = 3 1,7%	N = 2 2,8%	N = 5 2,1%
4.2 ...älter als 80 Jahre ist	N = 168	N = 83	N = 251
• Ja	N = 115 68,5%	N = 62 74,7%	N = 177 70,5%
• Nein	N = 37 22,0%	N = 9 10,8%	N = 46 18,3%
• Weiß nicht	N = 16 9,5%	N = 12 14,5%	N = 28 11,2%
4.3 ...älter als 70 Jahre ist	N = 161	N = 71	N = 232
• Ja	N = 1 0,6%	N = 4 5,6%	N = 5 2,2%
• Nein	N = 148 91,9%	N = 59 83,1%	N = 207 89,2%
• Weiß nicht	N = 12 7,5%	N = 8 11,3%	N = 20 8,6%
4.4 ...älter als 60 Jahre ist	N = 161	N = 69	N = 230
• Ja	N = 0 0,0%	N = 1 1,5%	N = 1 0,4%
• Nein	N = 156 96,9%	N = 66 95,6%	N = 222 96,5%
• Weiß nicht	N = 5 3,1%	N = 2 2,9%	N = 7 3,1%

6.4 Freitextantworten ÄrztInnen

Zeichenerklärung:

(n) = Fragebogennummer

2.3.11 Sonstige Gründe für die Begrenzung potenziell nützlicher medizinischer Leistungen:

N = 8

- „Leistungen“ werden nicht erbracht, wenn sie nicht für nützlich eingeschätzt werden. Diese Bewertung allerdings ist subjektiv und von eigenen Wertvorstellungen und Erfahrungen abhängig. (22)
- Ergebnis ethischer Fallberatung (66)
- Medikament wird aufgrund des Preises von Apotheke nicht vorgehalten (99)
- Ich habe den Eindruck, dass auf unserer Intensivstation ein vernünftiges Gleichgewicht zwischen Nutzen einer Leistung und Abwägung der Kosten herrscht. (101)
- Zeitmangel, Personalmangel, Mangel an Verfügbarkeit der zusätzlich zu gebrauchenden Geräte (z.B. gemeinsame Nutzung des Sono- Gerätes im OP-Bereich) (102)
- Patient oft multimorbide; Maßnahme technisch zwar möglich, aber Pat. wohl kein Benefit: Dauer Lebenserwartung <-> Invasivität der Maßnahme (162)
- „vorenthalten wurde“ trifft allerdings den Kern nicht ganz, „nicht durchgeführt“ wäre m. E. besser (167)
- Personalmangel (187)

2.6.11 Sonstige Gründe für die Begrenzung potenziell nützlicher medizinischer Leistungen aufgrund des fortgeschrittenen Alters der PatientIn:

N = 3

- Organersatz, Transplantation (5)
- Ergebnis ethischer Fallberatung (66)
- Die meisten Patienten haben eine Patientenverfügung. Wichtiger als das Alter im Personalausweis ist das biologische Alter (also incl. Aller Vorerkrank.) (110)

2.11 Um welche medizinischen Leistungen handelt es sich bei den von Ihnen vorenthaltenen Maßnahmen? Nennen Sie bitte mindestens eine, die Ihnen spontan einfällt:

N = 63

- Was ist „potentiell“ nützlich? Eine ECMO bei einer 85- Jährigen? Ein AICD bei einer 95- Jährigen? (22)
-, Eingriffe (23)
- Intubation eines Patienten, der diese Maßnahme ausführlich abgelehnt hat (nicht durchgeführt, obwohl potentiell nützlich) ; Übernahme auf die Intensivstation bei an.....Patienten.... (es wäre ein Versuch gewesen, doch Patient will nicht) (27)
- Dialyse, invasive Beatmung, Katecholamingabe, operative Vorgehen, Antibiotikatherapie, Koronarangiographie, PCI, SM- Implantation, Defi- Implantation (28)
- Nierenersatzbehandlung, Intubation mit künstlicher Beatmung, Lungen-Assist-System (29)

- ICD- Implantation bei alten Pat. Dies ist eine (nach Ihrer Formulierung) med. nützliche Leistung, aber dennoch ist sie medizinische nicht sinnvoll!!! Die Formulierung nützlich lässt die Sinnhaftigkeit außer Acht. (35)
- Eskalation Antibiotika-Therapie (37)
- Intubation, Beatmung, Nierenersatz (41)
- Operationen (42)
- Ausgiebige Diagnostik bei einem eingeschränkten 80- Jährigen (?) (43)
- Beginn Intensivtherapie / operative Maßnahmen (46)
- Nierenersatzverfahren (48)
- Beatmung, Dialyse, Wiederbelebung (56)
- Reanimation (57)
- Implantation eines Defibrillators (60)
- Physiotherapie (66)
- Nierenersatzverfahren in der 10. Lebensdekade (67)
- Herzkatheter, Operation, Reanimation, Klappeneingriffe, Beatmung (68)
- Nierenersatztherapie (74)
- s.o. = wenn durch die Maßnahme kein Benefit für den Patienten zu erwarten ist = Lebensqualität vor Lebensverlängerung (80)
- Beatmungstherapie bei endstage- z.B. COPD IV, endstage Herzinsuff., .. (84)
- Invasive Beatmung (90)
- Apparative Diagnostik (95)
- CVHD7 (97)
- Maßnahmen und Eingriffe wurden abgelehnt. (98)
- Abnahme von Blutkulturen bei infauster Prognose, ... (100)
- Keine maximale mögliche medizinische Diagnostik und Therapie: kein ZVK, keine arterielle Druckmessung, keine invasiven Maßnahmen, keine Dialyse, keine Beatmung (101)
- Nierenersatztherapie, Beatmung (104)
- Bluttransfusion bei Pat. mit infauster Prognose (107)
- Invasive Beatmung oder Hämodialyse (CVHDF), invasive Kreislaufunterstützung (ECMO/ ILA) (110)
- Erhöhung der Katecholamintherapie bei Sepsis (111)
- Reanimation, Intubation + Beatmung (112)
- OP aufgrund Tumorleiden (118)
- Intubation, Invasive Beatmung, Reanimation (119)
- ECMO, TX (121)
- Hämofiltration, Beatmung, IABP (122)
- Chemotherapie bei multimorbiden Patienten (123)
- Organersatzverfahren (Hämodialyse, Herzunterstützungssysteme) (124)
- Katecholamine, maschinelle Beatmung, Dialyse (134)
- Herzkatheterdiagnostik (135)
- Apparative Intensivmedizin (Beatmung, Dialyse) bei hochbetagten, multimorbiden Pat. – Patientenverfügung; hier spielt immer die Ethik eine Rolle, NIE der Kostendruck (144)
- Beatmung -> Langzeitbeatmung; Dialyse: aber einzig hohes Alter kein Kriterium, nur mit eingeschränkter geistiger Fkt (Demenz u.ä.) und/oder schon erheblichen körperl. Erkrankungen (Pulmo/ Herz usw.) (145)

- Beatmung, Herzkatheter, Chemotherapie, Dialyse, OP (146)
- Beatmung, Reintubation, Nierenersatzverfahren (149)
- Intubation, Hämofiltration, Katecholaminsteigerung bei nicht ... kausaler Behandlungsoption (151)
- Dialyse beim polymorbiden, hochdementen Patienten (158)
- Nierenersatztherapie, Beatmungstherapie (161)
- Spezielle radiologische Diagnostik (162)
- CVVMDF (165)
- Dialyse, Beatmung (166)
- z.B. Tracheotomie bei langzeitbeatmeten, stattdessen Therapiede Eskalation (167)
- Heimrespiratortherapie: z.B. nicht invasive Maskenbeatmung bei COPD mit Ablehnung der Maske durch den Patienten. Nicht aufgrund des kalender. Alters, sondern des biolog. Alters, Multimorbidität. (168)
- Dialyse (175)
- CPR > 15- 20 min bei HEST (2) bzw. keine CPR bei Asystolie unklarer Länge
- Herzkatheterdiagnostik, Intubation, invasive Beatmung, extrakorporale Nierenersatzverfahren (177)
- EVD-Anlage, OP bei ICB, Beatmung (180)
- z.B. Antibiotikatherapie, Nierenersatzverfahren, Beatmung, Katecholamine (181)
- invasive, aufwendige Prozeduren mit minimaler Chance auf Prognoseverbesserung (185)
- Beatmung, Dialyse (189)
- Chemotherapie (190)
- Reanimation, Ausweitung der intensivmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten (191)
- Schrittmacher- oder ICD-Implantation, Koronarangiographie (192)
- Dialyse bei polymorbiden Patienten, SM bei schwerst dementen Patienten (192)

3.3.7 Andere Gründe dafür, dass medizinische Leistungen als sinnlos empfunden werden:

N = 17

- auf Wunsch der operativen Abteilung (3)
- Hämodialyse, Beatmung (6)
- Kasse / Privat (20)
- Anweisung von Vorgesetzten (23)
- Operationen bei relativer OP-Indikation (47)
- Sterbender Pt., aber vorausgegangene aufwendige u. teure OP (55)
- Erkrankungssituation mit schlechter Prognose (61)
- Unterschiedl. Einschätzung mehrerer Behandler (Intensivmediziner, Operateur, Pflege) (66)
- Maßnahmen dienen gelegentlich „nur“ der forensischen Absicherung bzw. der Einhaltung von Leitlinien (79)
- Laborroutinen, die keinen therapeutischen Nutzen haben (99)
- Man hinterfragt bestimmte Maßnahmen. Ich beziehe dies jedoch eher auf bestimmte operative Eingriffe. In einzelnen ausgewählten Fällen hat man das Gefühl eine nicht maximale Therapie sei. Für den Patienten besser: „in Ruhe sterben lassen“. Kommt aber seltener vor. (101)
- Vorgabe von Chefarzten (102)

- Zu viele chronische Erkrankungen die alle gemeinsam dekompensieren -> keine Prognose, Sterbeprozess wird unnötig verlängert (110)
- Absicherung, Absicherung, Absicherung, drängende Angehörige, Patientenwille (120)
- Maßnahme, die nicht dem Patientenwillen und nicht seinem mutmaßlichen Willen entsprechen, werden nicht durchgeführt (126)
- Maßnahmen werden zur mediko-legalen Absicherung gemacht. Routineabläufe verhindern Nachdenken, dass Indikation stets vorliegen muss (147)
- Patientenverfügung spielen viel zu oft keine Entscheidungsgrundlage auf unserer Intensivstation (176)

4.5 Sonstige Gründe dafür, dass eine PatientIn als fortgeschritten alt wahrgenommen wird:

N = 57

- das Alter allein ist kein Kriterium, es ist vielmehr auch durch die Vorerkrankungen und Prognose.... Was an Therapieindiziert ist- und was Pat noch wünscht (3)
- Biologisches Alter viel aussagekräftiger (6)
- Physisch/ Psychisch steht im Vordergrund, nicht unbedingt die Lebensalterzahl (20)
- Hängt vom „biologischen“ Alter ab (22)
- Biologisches Alter (24)
- Biologisches Alter entscheidend. Kognitiver und physischer Zustand (28)
- Biologisches Alter # numerisches Alter
- Weniger das faktische Alter, als vielmehr der „biologische“ Zustand des Patienten ist entscheidend -> KOMORBIDITÄTEN !!! (32)
- Ich achte mehr auf das biologische Alter (33)
- Es zählt nicht das kalendarische Alter, sondern das biologische Alter in Zusammenschau mit Vorerkrankungen, Chancen der medizinischen Maßnahmen u. Lebensqualität. Auch ein 95- Jähriger kann noch 5 Jahre in gutem AZ leben. (34)
- Biologisch über 80 ist. Das numerische Alter ist irrelevant für Entscheidungen. (35)
- Cave biolog. Alter!
- Ist mit der Zahl nicht zu beschreiben; auch 50jährige mmmh... (?) od. Drogenabusus sind vorgealtert (44)
- >70 in Kombination mit Multimorbidität (47)
- Gesamtbild zählt mehr, als das reine Alter (54)
- Multimorbider vorgealterter Pt. kann bereits mit 60 J. fortgeschritten alt sein (55)
- <80 Jahre, aber sehr ... oder hinfällig (66)
- Wahrnehmung eher abhängig von Allgemeinzustand und geistiger Verfassung (69)
- Die Klinik bzw. das Aussehen ist entscheidend (72)
- Biolog. Alter entscheidend (75)
- Biologisches Alter des Patienten, Multimorbidität (79)
- Entscheidend ist das „Biologische Alter“! (81)
- Biologisches Alter! (82)
- Unabhängig vom Kalender-Alter- stattdessen biologisches Alter (85)
- Biologisches Alter / Begleiterkrankungen (93)
- Biologisches Alter! Klinischer Gesamteindruck
- Auch unter Berücksichtigung der Vorerkrankungen und Erkrankungsdauer/ -Zeitraum als fortgeschritten alt.. älter als 70 J. ist (102)

- Es kommt auch immer auf den Gesamtzustand an. Manche Pat. sind schon z.B. mit 65 J dtl. Vorgealtert und sind klinisch eher wie 80-Jährige zu beurteilen- Tlw. Trifft dies auch umgekehrt zu. (107)
- Wobei immer das biologische Alter zählt! (108)
- Wenn er für sein Lebensalter zu viele insuffiziente Organe hat. So ist ein 60 Jähriger mit 3-Gefäß-KHK AVK, Cerebralsklerose, diylsysepflichtig, Herzinsuff. + COPD „älter“ als eine rüstige 90 Jährige, die für ihren Sohn noch die Hemden bügelt. (110)
- Über 85 Jahre (112)
- Relevanter als das kalendarische Alter ist das biologische Alter (119)
- Eindruck über Gesamtzustand des Patienten, welche Diagnosen, Alter allein spielt eine sehr untergeordnete Rolle (122)
- Prämorbiditäten entscheidend (124)
- Biologisches Alter zählt, nicht Passalter (134)
- Unabhängig vom kalendarischen Alter, wenn er gebrechlich ist (135)
- Biologisches Alter (138)
- Auch biologisches Alter, nicht rein chronologisch (139)
- Oft Differenz zwischen biologischem und kalendarischem Alter, Multimorbidität, palliative Situation sind eher Hauptkriterien! (144)
- Älter als 85 J. = fortgeschritten alt (145)
- Biolog. Alter (146)
- Abhängig von Grunderkrankungen + Begleiterkrankungen, „biologisches Alter“ (149)
- Abhängig vom Gesamtzustand des Patienten (153)
- Biologisches Alter (VorKH etc.) versus chronologisches Alter (162)
- Biologisches Alter! (163)
- Alter allein ist für mich kein Kriterium (164)
- Entscheidend ist das biologische Alter des Pat. – Es gibt gesündere und vitalere 80-Jährige als 60-Jährige (166)
- Biolog. Alter entscheidend, nicht kalendar. Alter (168)
- Das Alter ist nicht immer entscheidend!!! Für mich zählt, was der Patient noch alles machen kann. Nimmt er noch am Leben teil? Wie ist seine Lebensqualität? Ich habe Menschen mit >90 Jahren gesehen, die noch voll im Leben standen und im Gegensatz dazu auch Menschen mit 65 Jahren ohne Lebensqualität (173)
- In Relation zur Komorbidität (175)
- Oftmals auch jüngere Pats.- je nach Gesamt AZ bzw. VE (176)
- In Verbindung mit seinem Allgemeinzustand zu sehen (179)
- Entscheidend ist nicht das kalendarische Alter, sondern das Biologische (187)
- Biologisches Alter entscheidend (188)
- Biologisches Alter = wahres Alter (189)
- Numerisches Alter ist nicht entscheidend, sondern Einschätzung des biologischen Alters (191)
- Abhängigkeit vom biologischen Alter nicht kalendarischen Alter (193)

6.0 Ergänzungen. Gibt es noch etwas, dass Sie uns zum Thema mitteilen möchten?

N = 21

- In der heutigen Hochleistungsmedizin ist es sehr wichtig genug Zeit und Personal zu haben...finanzielle Aspekte sind hier fehl am Platz (3)
- Der Fragenanteil könnte noch differenzierter sein (20)
- Die gestellten Fragen können nur bedingt die reale Problematik abbilden (22)
- Verwaltungsleitung bestimmt immer mehr ärztliches Vorgehen. Beatmungstunden sollen erhöht werden, ...mixindex steigen. Es wird „alles“ getan, was sich wirtschaftlich lohnt. Werden zu „Profit“-Center (28)
- Ich halte gelegentlich mehr Maßnahmen für sinnvoll, die nur dazu dienen, sich juristisch abzusichern. Bei der Entscheidung, was ich für sinnvoll halte und was nicht, orientiere ich mich nicht nach dem Alter, sondern der Prognose, der Gesamtverfassung und Lebensqualität des Patienten. (33)
- Mittelknappheit ab führt oft zu Verlängerung der Behandlung (Kodierung?) keine Mittelknappheit-> RehaBehandlung -> verlängerter KH Aufenthalt. Mittelverschwendung im Rettungswesen; Anspruchshaltung oft zu hoch! (44)
- Bei Therapieentscheidungen fast immer mehrere Gründe (50)
- Alter als Kriterium alleine erscheint nicht gerechtfertigt- biolog. Alter entspricht nicht immer der zu erwartenden Lebensqualität. (52)
- Regelmäßige Ethische Fallbesprechungen müssen implementiert werden; interdiz. Entscheidungen (57)
- Ethische Fragen bei multimorbiden Patienten sollten immer auch im Hinblick auf Kosten/ Nutzen diskutiert werden, insbes. Im Hinblick auf Ressourcenverknappung. Keine Therapie ohne Perspektive Lebensqualität oder sinnvolle Verlängerung. (61)
- Der Aufbau akzeptierter und stets verfügbarer ethischer Werkzeuge (stand. Fallberatung, Angehörigengespräche, Teamgespräche zu ethischen Fragen) hilft entscheidend weiter, die Belastung betriebswirtschaftlicher Zwänge in der Intensivmedizin und interdiz. Dispute in ethischen Fragen zu bearbeiten und zu lösen. (66)
- Manchmal ist sehr traurig, dass man ohne Sinn und Verstand und Berücksichtigung der Wille den Angehörigen alles tut um einen Menschen am Leben zu halten (88)
- Häufig kam es zu Unstimmigkeiten bezüglich Notwendigkeit einiger Untersuchungen oder therapeutischen Maßnahmen aufgrund von deutlich unterschiedlichen Ansichten der einzelnen Fachrichtungen! (92)
- Ich halte es für sinnvoll sich Gedanken über die Einschränkung medizinischer Maßnahmen zu machen, auch wenn dies ein schwieriges Thema ist (wir tun dies übrigens schon längst, wenn man die Situation nicht nur im nationalen sondern im internationalen/ globalen Kontext betrachtet- was wäre z. B. in Afrika mit bescheidenen finanziellen Mitteln alles möglich? Wogegen man sich mehr oder weniger bewusst entscheidet). Dies sollte wenn möglich im Konsens zwischen Patient, Angehörigen, Pflegenden u. Ärzten geschehen. Ich denke auch, dass das bei mehr Infos für den Patienten durch das medizinische Personal und eine Medizin, die sich nicht nur als „heilende“, sondern auch als „helfende“ Disziplin versteht, gelingen könnte. (107)
- Niemals ist alleine das Alter ausschlaggebend für eine Entscheidung (126)
- Sinnlose Diagnostik+ Maßnahmen werden häufig durchgeführt, um bestimmte Fallzahlen zu erreichen bzw. Zertifizierungen -> unnötige Kosten (153)
- Anzumerken ist, dass aufgrund des fortgeschrittenen Alters entsprechende medizinische Maßnahmen (die bei jüngeren Pat. durchaus sinnvoll/ nützlich sind, da ältere Patienten

sich nicht mehr gut erholen nach einer größeren Operation, wohingegen jüngere Patienten sich deutlich besser erholen und daher auch profitieren (174)

- Aufgrund „Mittelknappheit“ wurde auf unserer Intensivstation das „Sterbezimmer“ abgeschafft -> ein absolutes No-Go!!; aufgrund „Mittelknappheit“ gibt es keinen Logopäden für die IST; aufgrund „Mittelknappheit“ gibt es nur 8 Beatmungsgeräte für 14 Intensivpatienten (176)
- Therapieeinschränkungen geschehen auf unserer IST eher aufgrund von Pat.-verfügungen und/oder , aber seltener, wegen Aussichtslosigkeit der Therapie (179)
- Vorenthalten von Maßnahmen aus Kostengründen alleine kommt bei uns nicht vor. Es können aber sinnvolle Maßnahmen aus Personalknappheit nicht durchgeführt werden (187)
- Bzgl. Wirtschaftlichkeit regelmäßige Information über Kosten, bisher keine Einschränkung der Behandlungsentscheidungen (193)

6.5 Freitextantworten Pflegefachkräfte

Zeichenerklärung:

(n) = Fragebogennummer

2.3.11 Sonstige Gründe für die Begrenzung potenziell nützlicher medizinischer Leistungen:

N = 3

- Abwägung von Lebensalter des Patienten in Jahren und klinischem Alter u. Bild des Pats. und seinen persönlichen Äußerungen u. Einstellungen im Vorfeld zu Therapiemaßnahmen u. -Umfang(1)
- Schlechte Absprachen zwischen den Fachrichtungen/ Beobachtungen Pflegepersonal -> zeitl. Verzögerung; keine Möglichkeit (Zeitraumen/ Personalrahmen) (54)
- Fehlende personelle Ressourcen beeinträchtigen die ... Diagnostik (56)

2.6.11 Sonstige Gründe für die Begrenzung potenziell nützlicher medizinischer Leistungen aufgrund des fortgeschrittenen Alters der PatientIn:

N = 0

2.11 Um welche medizinischen Leistungen handelt es sich bei den von Ihnen vorenthaltenen Maßnahmen? Nennen Sie bitte mindestens eine, die Ihnen spontan einfällt:

N = 3

- Aus Zeitmangel jüngeren Patienten mobilisiert, Atemtraining weggelassen, Zeit... gekürzt (36)
- ZEIT!!! = Personal für mobilisieren, Weaning, Lagern, Pat. + Angehörigen-Gespräche, Nahrung anreichen; pflegerische ...mittel: vernünftige Rollstühle zur Mob... (54)
- Medikamentöse Therapie, palliative/ Schmerztherapie (64)

3.3.7 Andere Gründe dafür, dass medizinische Leistungen als sinnlos empfunden werden:

N = 6

- Die klinische Diagnostik u. Untersuchung des Patienten erfolgt nur selten gründlich. Apparatediagnostik wird eher genutzt. Gerätediagnostik besser mit Krankenkasse abzurechnen? (1)

- Befriedigung des Sicherheitsbedürfnisses von Assistenzärzten gegenüber Vorgesetzten. Unsicherheit einzelner Fachrichtungen untereinander IST<->Chirurgie. Was ist wirklich sinnvoll? (12)
- Prognose schlecht (22)
- Versicherungsmäßige Absicherung; Angst vor Klagen (34)
- Keine sinnvollen Absprachen / gezielten therapeut. Maßnahmen/ zielgerichtetes Handeln in Reflexion aller med. + psych. Aspekte des Patienten um seitens der behandelnden Ärzte v.a. wenn es fachübergreifende „Themenfelder“ betrifft; keine Offenheit vor Pat.+ Angehörigen (54)
- Ökonomischer Druck- Beatmungs-DRG! Der Erlös steht an 1. Stelle; Patientenverfügung angeblich nicht präzise genug; fordernde Angehörige in aussichtsloser Situation; Tod= Tabuthema (79)

4.5 Sonstige Gründe dafür, dass eine PatientIn als fortgeschritten alt wahrgenommen wird:

N = 21

- nicht das Alter in Jahren, sondern das klinische Alter des Patienten des Patienten, seine Vorerkrankungen und seine körperliche Gesamtverfassung sowie seine Lebensqualität sollten mehr berücksichtigt werden (1)
- bei ü 70- Jährigen je nach AZ und Begleiterscheinung (2)
- das biologische Alter ist ausschlaggebend ->Multimorbidität (7)
- Alter & Gesundheitszustand (8)
- Abhängig vom Krankheitsbild (9)
- Natürlich muss jemand der älter als 80 Jahre ist, als fortgeschritten alt bezeichnet werden. Das Alter ist für mich jedoch nicht das entscheidende Kriterium. Der Allgemeinzustand des Patienten, die Schwere seiner Erkrankung und die Prognose halte ich für sinnvollere Kriterien für die Indikationsstellung bestimmter diagnostischer Maßnahmen und Therapien (10)
- Wenn Mobilität u. Geist stark eingeschränkt sind und kein erkennbarer Lebenswille mehr besteht. (Altersunabhängig) Kein soziales; familiäres Netz besteht (11)
- Dies ist abhängig vom geistigen und körperlichen Zustand des Patienten (16)
- Alter insgesamt nicht altersentsprechend (21)
- (gesundheitliches/ körperliches) biologisches Alter sollte mitbedacht werden, auch Vorerkrankungen (22)
- Alter und körperliche/ geistige Verfassung stimmen nicht immer miteinander überein. Frage nach der Lebensqualität für einen Menschen unabh. Vom Alter (34)
- Das Alter alleine ist nicht maßgebend (43)
- Multiple Vorerkrankungen (48)
- In Abhängigkeit seines körperl. + geistigen Zustandes, seiner Grunderkrankungen (54)
- Wahrnehmung des Alters auch abhängig von der Verfassung des Patienten (Alterskompetenz) (56)
- Wenn er dement ist (63)
- Wenn er biologisch gealtert ist. Das biologische Alter entspricht nicht immer dem Tatsächlichen. (67)
- Multimorbidität (68)
- Je nach physischer und psychischer Verfassung (72)
- Die Zahl spielt weniger eine Rolle, das biologische Alter ist wichtiger. Ein 60- Jähriger Demenzkranker, schwerst pflegebedürftig nehme ich auch als alt war (79)
- Vorerkrankung, Allgemeinzustand, körperlich, geistig (93)

6.0 Ergänzungen. Gibt es noch etwas, dass Sie uns zum Thema mitteilen möchten?

N = 12

- Ich glaube, dass heutzutage zu wenig mit den Patienten und seinen Angehörigen gesprochen wird. Anamnesen werden teils mangelhaft erstellt. Gut abrechenbare Diagnostik u. Therapie (Apparatemedizin u. OPs) sind gerade im KH für dessen wirtschaftliches Überleben notwendig. Aus meiner Sicht gibt es ein falsches Anreizsystem in der Gesundheitsfinanzierung: je schlechter es dem Pat. geht, desto mehr Geld kann an ihm verdient werden. (1)
- Neben Mittelknappheit und Demographie sollten die Personalknappheit und die Folgen der „schlechten“ Gesundheitspolitik nicht außer Acht gelassen werden. (14)
- Es gibt meines Erachtens sind Entscheidungen auf Intensivstationen heute deutlich (mehr?) von der Mittelknappheit denn dem demografischen Wandel beeinflusst. (16)
- Auf einer Intensivstation werden medizinisch nützliche Leistungen bei GKV-Patienten vollständig (z.Zt.) erbracht. Aufgrund der Demographie und des immer höheren Pflegeaufwandes wird es zu einem Umdenken kommen müssen. (20)
- Maßlose Profitvorgaben führen zu drastischer Knappheit in personellen und materiellen Bereichen-> dadurch ist die Qualität und oft auch die Sicherheit der Behandlung/ Betreuung oft gefährdet (21)
- Aufgrund der Mittelknappheit sollte bei fortgeschrittenem Alter und vielen Vorerkrankungen häufiger über die Ausweitung (auch finanziell) einer Therapie nachgedacht werden. (22)
- Kriseninterventionsteam fehlt (für Mitarbeiter und/oder Angehörige); Seelsorge gut; ..., seelsorgerischer Nachtdienst vorhanden, jedoch ehrenamtlich (30)
- Meiner Meinung nach darf das Alter kein Kriterium sein für oder gegen bestimmte Maßnahmen, sondern der Allgemeinzustand, die Prognose und der Wille des Patienten sollten immer ausschlaggebend sein. (Wir hatten schon geistig und körperlich fitte 90-Jährige Patienten, ebenso wie 77-Jährige, die kein Interesse am Allgemeingeschehen hatten und körperlich vorgealtert sind...) (46)
- Ich arbeite auf einer Kinderintensivstation (50)
- Ich arbeite seit 30 Jahren in der Krankenpflege und beobachte mit Erschrecken, dass ein kranker Mensch, der wir alle mir Sicherheit einmal werden, im KH seine grundgesetzlich verbürgten Rechte verliert. „die Würde des Menschen ist unantastbar“. Gründe: Zunahme der Administration ohne erkennbaren Nutzen, schon gar nicht für den Patienten, Personalmangel auf allen Seiten (Ärzte, Pflege,...), distanzierte „Fallbehandlung“, mangelnde Kommunikation über und zum Wohl des Patienten! (54)
- Es wäre gut, wenn man die Ergebnisse im Internet auf der Homepage wiederfinden würde. (58)
- Hochbetagte, schwerstkranke Menschen sterben heute leider viel zu oft unter NIV oder IVBeatmung auf der Intensivstation, wo keine Zeit ist den Menschen angemessen zu begleiten. Der Sterbeprozess wird durch high-tech-Medizin verlängert. Sterben in Zeiten der Fallpauschale ist halt schwierig. Ich wünsche mir, dass die Palliativmedizin/-pflege viel mehr finanzielle Mittel erhält und das Sterben wieder menschlicher wird und nicht wie heute fixiert am Bett mit der Maskenbeatmung. Traurige Entwicklung! (79)

6.6 Zum Recall

Tabelle 11: Recall (Mehrfachnennungen möglich)

Mir ist die Beantwortung aus zeitlichen Gründen nicht möglich.	N = 19
Ich habe datenschutzrechtliche Bedenken gegen die Beantwortung des Fragebogens.	N = 1
Ich habe moralische Bedenken hinsichtlich der Beantwortung des Fragebogens bzw. der Studie.	N = 3
Ich habe andere Gründe, und zwar:	N = 6

- Fragebogen betrifft Ma. der Intensivstationen; bitte an Prof. ... , Anästhesie schicken.
- Fragebogen wurde bereits zugeschickt
- Leider aufgrund von Personalknappheit nicht möglich. Sorry! Trotzdem viel Erfolg!!!
- Empfehle meinen OA Dr. ... u.a. in der Ethikkommission
- Keine Fragebögen erhalten
- Die Fragestellung ist zumindest vor der Praxis in unserer Klinik nicht nachvollziehbar

7 Literaturverzeichnis

- Aghabarary M, Nayeri N (2016): Medical futility and its challenges: a review study. *J Med Ethics Hist Med* 2, 1-13
- Albisser Schleger H, Reiter-Theil S (2007): "Alter" und "Kosten"- Faktoren bei Therapieentscheidungen am Lebensende? Eine Analyse informeller Wissenstrukturen bei Ärzten und Pflegenden. *Ethik Med* 19, 103-119
- Albisser Schleger H, Mertz M, Meyer-Zehnder B, Reiter-Theil S: Klinische Ethik - METAP. Leitlinie für Entscheidungen am Krankenbett. 1. Auflage; Springer, Heidelberg (2012)
- Albisser Schleger H, Pargger H, Reiter-Theil S (2008): "Futility"- Übertherapie am Lebensende? Gründe für ausbleibende Therapiebegrenzungen in Geriatrie und Intensivmedizin. *Z Palliativmed* 2, 67-75
- Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty A, Ball J, Scott A, Kinnunen J, Heinen M et al. (2014): Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4Cast study. *BMJ Qual Saf* 23, 126-135
- Bagshaw SM, Webb SAR, Delaney A, George C, Pilcher D, Hart GK, Bellomo R (2009): Very old patients admitted to intensive care in Australia and New Zealand: a multi-centre cohort analysis. *Crit Care* 13, 1-14
- Beauchamp T, Childress J: Principles of Biomedical Ethics. 7. Auflage; Oxford University Press, New York 2013
- Becker G, Blum H (2004): "Medical Futility": Der Arzt im Spannungsfeld von Behandlungsauftrag und Behandlungsbegrenzung. *Dtsch Med Wochenschr* 129, 1694-1697
- Boldt J, Schöllhorn T (2008): Intensivmedizinische Versorgung: Rationierung ist längst Realität. *Dtsch Ärztebl* 105, A995-A997
- Bosslet GT, Kesecioglu J, White DB. (2016): How should clinicians respond to requests for potentially inappropriate treatment? *Intensive Care Med* 42, 422-425
- Breyer F (2013): Demografie, medizinischer Fortschritt und Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen. *Der Urologe* 52, 777-784
- Breyer F, Ulrich V (2000): Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: Eine Regressionanalyse. *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik* 220, 1-17
- Brockmann H: Why is health treatment for the elderly less expensive than for the rest of the population? Health care rationing in Germany. Hrsg. Max Planck Institute for Demographic Research MPIDR, Demographic Research, Rostock 2000
- Bundesministerium für Gesundheit (2019): Bedeutung der Gesundheitswirtschaft. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitswirtschaft/bedeutung-der-gesundheitswirtschaft.html> (Zugriff am 11.11.2020)

- Callahan D: Setting limits: medical goals in an aging society with "a response to my critics". Georgetown University Press, Washington D.C. 1987
- Chalfin D (1995): Cost-effectiveness analysis in health care. *Hosp Cost Manag Account* 7, 1-8.
- Christensen K, McGue M, Petersen I, Jeune B, Vaupel JW (2008): Exceptional longevity does not result in excessive levels of disability. *PNAS* 105, 13247-13279
- Curtis J, Engelberg R, Bensink M, Ramsey S (2012): End-of-Life Care in the Intensive Care Unit. Can We Simultaneously Increase Quality and Reduce Costs? *Am J Respir Crit Care Med* 186, 587-592
- Daniels N: Das Argument der Altersrationierung im Ansatz der klugen Lebensplanung. In: Marckmann G (Hrsg.): Gesundheitsversorgung im Alter. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischem Zwang. Schattauer, Stuttgart 2003, 151-168
- Deutscher Ethikrat. (2011): Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen - Zur normativen Funktion ihrer Bewertung. Stellungnahme. *Jahrbuch der Wissenschaft und Ethik* 16, 379-439
- Esslinger A, Meier F, Roller-Wirnsberger R, Heppner H (2011): Einstellungen zur altersbedingten Rationierung von Gesundheitsleistungen: Ergebnisse einer Analyse in Deutschland und Österreich. *Wien Klin Wochenschr* 123, 422-431
- Ewans T, Nava S, Mata G, Guidet B, Estenssoro E, Fowler R, Scheunemann L, White D, Manthous C (2011): Critical Care Rationing. International Comparisons. *Chest* 140, 1618-1624
- Felder S (2008): Im Alter krank und teuer? Gesundheitsausgaben am Lebensende. *GGW* 8, 23-30
- Fleming D (2005): Futility: Revisiting a Concept of Shared Moral Judgement. *HEC Forum* 17, 260-275
- Fries J (1980): Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 303, 130-5
- Gretenkort P (2014): Rationierung, Priorisierung, Rationalisierung. Bedeutung im intensivmedizinischen Alltag. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 110, 609-613
- Gruenberg E (1977): The failure of success. *The Milbank Q* 83, 779-800
- Halter H: Anfragen zum Konzept der Altersrationierung aus ethischer Sicht. In: Zimmermann-Acklin M, Halter H (Hrsg.): Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen: Beiträge zur Debatte in der Schweiz. 1. Auflage; EMH Schweizerischer Ärzteverlag, Basel 2007, 237-246
- Hamric A, Blackhall L (2007): Nurse- physician perspectives on the care of dying patients in intensive care unit: Collaboration, moral distress and ethical climate. *Crit Care Med* 35, 422-429
- Harris J: Der Wert des Lebens: eine Einführung in die medizinische Ethik. 1. Auflage; Ethik Akademie Verlag, Berlin 1995
- Heppner H, Christ M, Sieber C (2011): Intensivmedizin im Alter - ein Widerspruch? *Intensiv* 19, 4-8
- Hurst S, Slowther A, Forde R, Pregaro R, Reiter-Theil S, Perrier A, Garrett-Mayer E, Danis M (2006): Prevalence and Determinants of Physician Bedside Rationing. Data from Europe. *J Gen Intern Med* 21, 1138-1143

- Huynh T, Kleerup E, Wiley J, Savitsky T, Guse D, Garber B, Wenger N (2013): The Frequency and Cost of Treatment Perceived to Be Futile in Critical Care. *JAMA Intern Med* 173, 1887-1894
- Ihra G, Lehberger J, Hochrieser H, Bauer P, Schmutz R, Metnitz B, Metnitz P (2012): Development of demographics and outcome of very old critically ill patients admitted to intensive care units. *Intensiv Care Medicine* 38, 620-626
- Kerkemeyer L, Reifferscheidt A, Pomorin N, Wasem J (2016): Umgang mit Mittelknappheit in der Gastroenterologie - Ergebnisse einer Befragung von Krankenhausärzten. *Z Gastroenterol* 54, 1237-1242
- Kern A, Beske F, Lescow H (1999): Auswertung einer Leserumfrage-Leistungseinschränkung oder Rationierung im Gesundheitswesen? *Dtsch Ärzteztbl* 96, A113-A117
- Kreymann K (2000): Internistische Intensivmedizin im hohen Lebensalter. *Internist* 41, 553-562
- Löfmark R, Nilstun T (2002): Conditions and consequences of medical futility- from a literature review to a clinical model. *Med Ethics* 28, 115-119
- Lieb W (2014): „Gesundheitsausgaben 2012 übersteigen 300 Milliarden Euro“ – Eine Kostenexplosion sieht anders aus. <http://www.nachdenkseiten.de/wp-print.php?p=21325> (Zugriff am 28.05.2014)
- Luce J, Rubenfeld G (2002): Can Health Care Costs Be Reduced by Limiting Intensive Care at the End of Life. *Am J Respir Crit Care Med* 165, 750-754
- Marckmann G (2005): Alter als Verteilungskriterium in der Gesundheitsversorgung? - Contra. *Dtsch Med Wochenschr* 130, 351-352
- Marckmann G (2007): Zwischen Skylla und Charybdis: Reformoptionen im Gesundheitswesen aus ethischer Perspektive. *Gesundh ökon Qual manag* 12, 96-100
- Marckmann G, in der Schmitten J (2011): Wie können Ärzte ethisch vertretbar Kostenerwägungen in ihren Behandlungsentscheidungen berücksichtigen? Ein Stufenmodell. *Ethik Med* 23, 303-314
- Meltzer L, Huckabay L (2014): Critical Care Nurses' Perceptions of Futile Care and Its Effect on Burnout. *Am J Crit Care* 13, 202-208
- Moerer O, Plock E, Mgbor U, Schmid A, Schneider H, Wischnewsky M, Burchardi H (2007): A german national prevalence study on the cost of intensive care: an evaluation from 51 intensive care units. *Crit Care* 11, R69
- Nates JL, Nunnally M, Kleinpell R, Blosser S, Goldner J, Birriel B, Fowler CS, Byrann D, Miles WS, Bailey H et al. (2016): ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research. *Crit Care Med* 44, 1553-1602
- Oduncu F (2012): Verteilungsgerechtigkeit, Rationierung und Priorisierung – das Gesundheitswesen im Spannungsfeld zwischen Medizin, Ökonomie, Ethik und Recht. *Medizinrecht* 30, 359-367

- Palda V, Bowman K, McLean R, Chapman G (2005): "Futile" Care: Do we provide it? Why? A semistructured, Canada-wide survey of intensive care unit Doctors and nurses. *J Crit Care* 20, 207-213
- Reifferscheid A, Pomorin N, Wasem J (2015): Ausmaß von Rationierung und Überversorgung in der stationären Versorgung. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage in deutschen Krankenhäusern. *Dtsch Med Wochenschr* 140, e129–e135
- Rhodes A, Ferdinande P, Flaaten H, Guidet B, Metnitz P, Morento R (2012): The variability of critical care bed numbers in Europe. *Intensiv Car Med* 38, 1647-1653
- Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 10. Gesundheit im Alter. RKI, Berlin 2015
- SAMW: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen: Einschätzung und Empfehlungen. Hrsg. von Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW, Basel 2007
- Santos-Eggimann B: Is there Evidence of implicit rationing in the swiss health care system? University of Lausanne, Institute of Social and Preventive Medicine, Lausanne 2005
- Schaupp W: Ressourcenknappheit. Welche Mitverantwortung gibt es für Ärztinnen und Ärzte? In: Platzer J, Kröll K (Hrsg.): Gerechte Medizin? 1.Auflage; Nomos, Baden-Baden 2018, 91-109
- Schneidermann L (2011): Defining Medical Futility and Improving Medical Care. *J. of Bioethical Inq.* 8, 123-131
- Schneidermann L, Gilmer T, Teetzel H, Dugan D, Blustein J, Cranford R, Briggs K, Komatsu G, Goodman-Crews P, Cohn F et al. (2003): Effect of Ethics Consultation on Nonbeneficial Life-Sustaining Treatments in the Intensive Care Setting. A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 290, 1166-1172
- Schnoor J, Brähler E, Ghanem M, Heyde C (2017): The impact of economic rationalization, prioritization and rationing on job satisfaction, motivation and team cohesion in hospitals: a survey among retired physician executives in Germany. *Patient Saf Surg* 11, 1-7
- Schultheiss C (2004): Im Räderwerk impliziter Rationierung. Auswirkungen der Kostendämpfung im deutschen Gesundheitswesen (Teil I: Rationierung in verschiedenen Leistungsbereichen). *Psychoneuro* 30, 221-226
- Simon A (2011): Alte Patienten in der Intensivmedizin. Ethische Aspekte. *Med Klin Intensivmed* 106, 24-28
- Sinuff T, Kahnemoui K, Cook D, Luce J, Levy M (2004): Rationing critical care beds: A systematic review. *Crit Care Med* 32, 1588-1597.
- Statistisches Bundesamt: Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. *Heft 2*. Destatis, Wiesbaden 2010
- Statistisches Bundesamt: Demografischer Wandel in Deutschland. Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern. *Heft 1*. Destatis, Wiesbaden 2011

- Statistisches Bundesamt (2019a): Gesundheitsausgaben im Jahr 2017: +4,7 %
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/03/PD19_109_23611.html
(Zugriff am 26.01.2021)
- Statistisches Bundesamt: Bevölkerung im Wandel. Annahmen und Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Destatis, Wiesbaden 2019b
- Statistisches Bundesamt (2020a): Deutschland mit zweithöchsten Ausgaben in der EU
<https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/Bevoelkerung-Arbeit-Soziales/Gesundheit/Gesundheitsausgaben.html> (Zugriff am 15.11.2020)
- Statistisches Bundesamt (2020b): Zahl der Intensivbetten in Deutschland von 1991 bis 2018 um 36 % gestiegen.
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/10/PD20_N064_231.html
(Zugriff am 16.11.2020)
- Statistisches Bundesamt (2020c): Deutschlands Versorgungsdichte mit Intensivbetten im internationalen Vergleich hoch.
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/04/PD20_119_231.html
(Zugriff am 26.01.2021)
- Statistisches Bundesamt: Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser. Destatis, Wiesbaden 2020d
- Strech D, Börchers K, Freyer D, Neumann A, Wasem J, Marckmann G (2008a): Ärztliches Handeln bei Mittelknappheit. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie. *Ethik Med* 20, 94-104
- Strech D, Synofzik M, Marckmann G (2008b): How Physicians Allocate Scarce Resources at the Bedside: A Systematic Review of Qualitative Studies. *J Med Philos* 33, 80-99
- Strech D, Danis M, Löb M, Marckmann G (2009): Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern. Ärztliche Einschätzungen aus einer repräsentativen Umfrage. *Dtsch Med Wochenschr* 134, 1261-1266
- Thattil R, Klepzig D, Schuster M (2012): Intensivkapazitäten in Deutschland Vorhaltung und Nutzung zwischen 1991 und 2009. *Anaesthesist* 61, 56-62
- Ubel P, Goold S (1998): 'Rationing' Health Care. Not All Definitions Are Created Equal. *Arch Intern Med* 158, 209-14
- Vaupel J (2010): Biodemography of human ageing. *Nature* 464, 536-542
- Winkler E, Hiddemann W, Marckmann G (2012): Evaluating a patients's request for life-prolonging treatment: an ethical framework. *J Med Ethics* 38, 647-651
- Wunsch H, Angus D, Harrison D, Collange O, Fowler R, Hoste E, de Keizer NF, Kersten A, Linde-Zwirble WT, Sandiumenge A et al. (2008): Variation in critical care service across North America and Western Europe. *Crit Care Med* 36, e2787-2788
- Zander B, Dobler L, Bäuml M, Busse R (2014): Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern- Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. *Gesundheitswesen* 76, 727-734.

- Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer: Stellungnahme zur Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)–Langfassung, Berlin 2007
- Zimmermann-Acklin M: Grenzen setzen? Altersrationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. In: Schicktanz S, Schweda M (Hrsg.): Pro-Age oder Anti-Aging? Altern im Fokus der modernen Medizin. Bd. 35. Kultur der Medizin. Geschichte-Theorie-Ethik, Campus-Verlag, Frankfurt/New York 2012, 215-229

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. phil Alfred Simon für die geduldige und konstruktive Unterstützung meines Forschungsvorhabens von der gemeinsamen Erarbeitung des Themas bis zur Fertigstellung der Arbeit.

Weiterhin danke ich den Mitarbeitern des Instituts für Medizinische Statistik der Universitätsmedizin Göttingen für die Hilfe bei der statistischen Auswertung meiner Daten.