

„Futility“ – Übertherapie am Lebensende? Gründe für ausbleibende Therapiebegrenzung in Geriatrie und Intensivmedizin

„Futility“ – Overtreatment at the End of Life? Reasons for Missed Cessations of Therapy in Geriatric and Critical Care Medicine

Autoren

H. Albisser Schleger¹, H. Pargger², S. Reiter-Theil¹

Institute

¹ Institut für Angewandte Ethik und Medizinethik, Universität Basel

² Operative Intensivbehandlung, Departement Anästhesie, Universitätsspital Basel

Schlüsselwörter

- Übertherapie
- medizinische Nutzlosigkeit
- Futility
- Therapiebegrenzung
- Ethik
- Palliativbetreuung

Key words

- over treatment
- medical futility
- treatment limitation
- ethics
- palliative care

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2008-1067426
Z Palliativmed 2008; 9: 67 – 75
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York ·
ISSN 1615-2921

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Hans Pargger
Operative Intensivbehandlung,
Universitätsspital Basel
Spitalstraße 21
4031 Basel, Schweiz
Tel.: +41/(0)61/265 24 93
parggerh@uhbs.ch

Zusammenfassung

Der Begriff der medizinischen Nutzlosigkeit ist kontrovers. Trotz fehlender Einigkeit über eine Definition von „Futility“ spielt das Konzept jedoch eine wichtige Rolle in Therapieentscheidungen, gerade am Lebensende. Die qualitative Interviewstudie untersucht Stellenwert und Bedeutung des Begriffs „Futility“ aus der Sicht von ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitenden in der Geriatrie und der Intensivmedizin. Sie belegt auf der Grundlage einer systematischen Inhaltsanalyse ein ethisches Problembewusstsein für Übertherapie in den klinischen Abteilungen (76% der befragten Ärzte und 86% der Pflegefachpersonen). Die Gründe für eine nicht erfolgte Therapiebegrenzung lassen sich zum überwiegenden Teil den Ärzten zuordnen. Innerhalb dieser Gruppe sind die Aussagen sehr vielseitig und reichen von Informationsdefiziten über inter- und intraprofessionellen Dissens bis zu Angst, Unsicherheit und überhöhtem Ehrgeiz. Diese Wahrnehmung von Problemen kann beim Personal zu Belastungen führen („moral distress“) und wirft die Frage nach einer angemessenen Patientenbehandlung auf. Eine Liste von Fragen und eine gezielte Verbesserung der Gesprächskultur sollen dabei helfen, Entscheidungen, die den Nutzen oder Schaden von Therapien betreffen, auf ethisch ausbalancierte Kriterien zu stützen.

Hintergrund und Fragestellung

Nicht selten werden Patienten¹ am Lebensende mit kurativen statt palliativen Therapiezielen wie Akutkranke behandelt. Neben anderen möglichen Ursachen gibt es dafür wichtige Gründe, die mit den Therapierenden selbst oder den Pro-

¹ Der Einfachheit wegen verwenden wir im gesamten Artikel ausschließlich die männliche Bezeichnung.

Abstract

The concept of medical futility is highly controversial. Although no consensus exists regarding the definition of futility, the concept plays an important role in making treatment decisions, especially at the end of life. The qualitative interview study investigates the significance and meaning of futility as seen by physicians and nurses in geriatric and intensive care. On the basis of a systematic content analysis evidence is shown that staff articulates an awareness of over-treatment to be prevalent in the collaborating clinical departments (76% of the physicians and 86% of the nurses). The reasons for missed cessations of therapy are mainly attributable to doctors. Within this group the statements are very heterogeneous and go from lack of information to intra- and inter-professional disagreement to fear, uncertainty and excessive ambition. This perception of problems can lead to moral distress among staff and raises the issue of appropriate patient care. A list of questions and an improved culture of conversation are suggested as measures to base decisions on balanced ethical criteria to evaluate the usefulness of treatments.

zessen auf den Stationen zusammenhängen. Beispiele dafür können Unsicherheit, mangelnde Kompetenz oder fehlende Vorbilder sein. Eigene Forschungsergebnisse geben Hinweise auf relativ unstrukturierte Entscheidungsabläufe bei Therapiebegrenzung [1] sowie auf empirische „Muster“, die zu diskutieren sind [2]. Eine vorrangige Ausrichtung der Patientenversorgung am medizinisch Machbaren, gemessen am tatsächlichen Nutzen, ist für die Kranken nicht unproblematisch.

tisch. Sie birgt die Gefahr der Übertherapie und damit der medizinischen Sinn- oder Nutzlosigkeit lebenserhaltender Maßnahmen mit hohen psychischen und physischen Belastungen für Patienten und Patientinnen, Angehörige und nicht zuletzt auch für das klinische Fachpersonal.

Die häufig verwendete Bezeichnung der „Medical Futility“ i. S. der medizinischen Nutzlosigkeit wird jedoch als zu vage und subjektiv kritisiert. Der Begriff sei klinisch fragwürdig; deskriptive und präskriptive Aspekte würden vermischt [3]. Eine allgemein anerkannte Definition von Futility ist nicht erkennbar; am ehesten lässt sich festhalten, dass eine Behandlung, die ihr Ziel verfehlt, medizinisch sinnlos wird [4]. Wann aber ist eine therapeutische Maßnahme als „sinnlos“ zu bezeichnen? Nimmt man die Selbstbestimmungsrechte des Patienten und die Achtung pluralistischer Werte ernst, so sind weder der Sinn einer Therapie noch die Bewertung von Lebensverlängerung standardisierbar.

Die „Futility“-Debatte verweist auf ethische Problemfelder: Konflikte zwischen dem Respekt vor der Patientenautonomie und der Fürsorgepflicht der Behandelnden, Fragen zur Menschenwürde sowie der Balance zwischen Nutzenmaximierung und Schadensvermeidung stellen sich [5]. Auch die Frage der Verteilungsgerechtigkeit drängt sich im Umgang mit den verfügbaren Ressourcen auf. Der Nutzen einer Therapie soll nicht nur individuelle ethisch, sondern auch aus Gründen der Verteilungsgerechtigkeit bei jedem Patienten abgewogen werden. Wo aber liegt die Grenze des ethisch Vertretbaren, wenn nicht mehr der Patient allein, sondern auch die Interessen Dritter berücksichtigt werden? Kann der Recht auf den Begriff Futility auch missbräuchlich werden [6]? Rechtlich kommt hier dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten, welches als Ausdruck von Würde und Freiheit verfassungsrechtlich geschützt ist², eine besondere Bedeutung zu. Ärztliches Handeln ist von daher neben dem Wohl des Patienten v. a. auch dessen Willen verpflichtet. Die Ermittlung des direkten Patientenwillens kann in geriatrischen oder Intensivstationen durch Demenz, Hirnschädigung oder wegen therapiebedingter Sedierung erschwert oder unmöglich sein. Auch die Palliativpflege kann Wünsche offen lassen [7], da diese hier noch weniger verankert ist als beispielsweise in der Tumormedizin [8]. Die Therapiezieländerung von einer kurativen hin zu einer palliativen Zielsetzung wird als schwierige Herausforderung beschrieben [9,10]. Es gibt jedoch Hinweise, dass Ausbildung und Professionalität den Wechsel von kurativen zu palliativen Behandlungszielen sowie die Durchführung der Palliation verbessern können [11].

Forschungsziel

Angesichts weitreichender ethischer, rechtlicher und ökonomischer Implikationen der „Medical Futility“ im klinischen Alltag gehen wir der Frage nach, wie Ärzte und Pflegende, die Patienten am Lebensende in geriatrischen und Intensivstationen betreuen, medizinische Nutzlosigkeit im beruflichen Alltag wahrnehmen. Wir untersuchen die Gründe, weshalb ein von ihnen als sinnvoll erachteter Entscheid zur Therapiebegrenzung am Lebensende im Sinne einer palliativen Umorientierung gar nicht oder zu spät durchgeführt werden kann. Diese Fragestellungen setzen an jenem Punkt einer fatal verlaufenden Erkrankung an, den die

Behandelnden als kritisch dafür ansehen, dass (weitere) kurative Indikationen dem Patienten keinen Nutzen mehr bringen [12]. Die vorliegende Untersuchung ist Teil einer qualitativen Interviewstudie zur „Wahrnehmung ethischer Probleme bei Therapiebegrenzung am Lebensende“; diese ist dem Ziel gewidmet, die klinische Realität durch den Einsatz kombinierter Methoden möglichst wirklichkeitsnah zu erfassen und die ethische Diskussion der sensiblen Fragen auf valide Grundlagen zu stützen [13].

Methode



Begriffsklärungen

Der aus dem englischsprachigen Raum stammende Begriff „Medical Futility“ wird in der Literatur als Synonym für sinnlose, nutzlose, ineffektive oder aussichtslose medizinische Therapie verwendet. Futility charakterisiert also eine therapeutische Maßnahme, bei der das angestrebte Therapieziel aller Voraussicht nach nicht erreicht werden kann. Man kann zwischen einem *quantitativen* und einem *qualitativen Verständnis* von Futility unterscheiden [14]. Das quantitative Verständnis bezieht sich auf eine objektive, statistische Größe und besagt, dass medizinische Maßnahmen dann nutzlos sind, wenn eine intendierte physiologische Wirkung aller medizinischen Kenntnis und Erfahrung nach extrem unwahrscheinlich ist. Im qualitativen Sinn nutzlos sind nach Schneiderman [14] medizinische Interventionen dann, wenn sie weder zu einer Verlängerung des Lebens noch zu einer Zunahme der Lebensqualität führen und auch die Qualität des Sterbeprozesses nicht verbessern. In der klinischen Praxis ist der Begriff der Futility nur eingeschränkt anwendbar: Quantitative Aussagen machen keine Aussagen zum Individuum; qualitative Aspekte wie die Lebensqualität eines Kranken können von klinischem Personal und überhaupt von Dritten kaum angemessen eingeschätzt werden. Bisher gibt es unserer Ansicht nach keine akzeptierte Definition von Futility, die allgemein festlegen könnte, ab wann eine medizinische Maßnahme nutzlos ist. Dazu sind die Ziele und Therapien zu vielfältig und komplex. Entsprechend werden die Definitionsversuche als vage oder verzerrt kritisiert; sie seien von der subjektiven Behandlungsphilosophie abhängig und klinisch fragwürdig; die Kritik gipfelt in dem Vorwurf, der Begriff sei zugleich deskriptiv als auch präskriptiv [3]. In der Medizinethik wird der Begriff daher mit Vorbehalt behandelt [15]. In der klinischen Literatur hingegen verwendet man ihn dennoch häufig. Entscheidend ist nicht allein die Debatte um die Definition, sondern auch die Anwendung des Konzepts „Sinnlosigkeit einer Therapie“ im klinischen Entscheidungsprozess ist wichtig [4] – eine zentrale Frage unserer Studie. Wir verwenden den Begriff „Futility“ und seine Synonyme (medizinische Sinn- oder Nutzlosigkeit) in dieser empirischen Studie, soweit diese von unseren Interviewpartnern benutzt werden. Wir tun dies im Bewusstsein der genannten Einschränkungen und Kontroversen. Wir verstehen also den Begriff keineswegs als Feststellung oder als wertfreies, objektives Kriterium von Prognosen, sondern in Anlehnung an Becker [6] sowie Pellegrino [12] als eine subjektive Einschätzung am Krankenbett. Die Wahrnehmung und Akzeptanz von „Futility“ können für eine Therapiebegrenzung wichtig sein, besonders dann, wenn der Patient nicht (voll) entscheidungsfähig ist.

Mit *Therapiebegrenzung* bezeichnen wir eine Therapiezieländerung angesichts des nahen Lebensendes, bei der das Ziel nicht mehr die Heilung, sondern das Lindern von Leiden ist. Im Gegensatz zur Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissen-

² Z. B. Artikel 2 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union; Artikel 2 des Deutschen Grundgesetzes; Artikel 10, Abs. 1 der Schweizerischen Bundesverfassung; Garantie der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1), allgemeines Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1) sowie Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2).

Tab. 1 Soziodemografische Angaben der Interviewpartner (n = 52)

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

schaften (SAMW), die das Lebensende [16] als einen Prozess definiert, der innerhalb von Tagen oder Wochen zum Tod führt, wählen wir eine weitere Definition: Lebensende beziehen wir auf Menschen, bei denen eine progredient verlaufende Erkrankung ein baldiges Versterben wahrscheinlich macht. Als *Sterbende* bezeichnen wir demgegenüber Patienten, die nach klinischer Einschätzung in absehbarer Zeit (in Tagen oder Stunden) versterben werden.

Befragte Personengruppen

Es wurden 52 Interviews mit ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitenden in drei klinischen Bereichen durchgeführt: 17 Interviews in der Akutgeriatrie, 18 Interviews in der Langzeitgeriatrie sowie 17 Interviews auf einer chirurgischen Intensivstation. Die Stationen gehören zu einer Universitätsklinik bzw. einem akademischen Krankenhaus mit unmittelbarem Kontakt zur Hochschulmedizin.

• **Tab. 1** gibt die soziodemografischen Daten wieder. Sie zeigt das ausbalancierte Verhältnis von befragten Ärzten und Pflegenden sowie weiblichen und männlichen Interviewpartnern.

• **Abb. 1** zeigt, dass insgesamt 85% der Ärzte und 100% des Pflegepersonals eine mittlere bis sehr hohe Berufserfahrung aufweisen.

Interviewstudie

Die qualitative Untersuchung erfolgte anhand eines *halbstandardisierten* Leitfadenterviews.

Die Interviewstudie zur Wahrnehmung ethischer Probleme am Lebensende bestand aus drei Teilen. Der erste Teil wurde den allgemeinen ethischen Problemstellungen bei Therapiebegrenzung am Lebensende gewidmet. Dabei interessierten die zur Entscheidungsfindung verwendeten relevanten Kriterien. Die in dieser Studie ausgewertete Frage gehörte zum ersten Teil der Untersuchung. Den interviewten Pflegefachleuten und Ärzten wurde folgende explizite Frage gestellt: „Kennen Sie Situationen, in denen Therapieabbruch oder Therapieverzicht sinnvoll gewesen wäre, aber nicht durchgeführt wurde?“ und „Was sind mögliche Gründe?“ Von 100% (n = 52) der befragten Interviewpartnern auf den drei Stationen, beantworteten 90% die Frage (n = 47). In vier Fällen nahm das Interview einen anderen Verlauf, sodass die Frage nicht gestellt wurde und in einem Fall, nahm die Antwort zu wenig spezifisch auf die Frage Bezug, so

dass auch diese bei den Auswertungen nicht berücksichtigt wurde.

Datenanalyse

Die qualitative Studie ist explorativ und deskriptiv angelegt. Die regelgeleiteten transkribierten Interviews wurden bei der Codierung und Auswertung manuell und computerunterstützt mittels MAXqda (Programm zur Analyse qualitativer Daten) bearbeitet.

Wahl des Verfahrens

Die Ausprägungen der Hauptkategorien („ich kenne die beschriebene Situation aus meinem beruflichen Alltag“ bzw. „ich kenne sie nicht“) zeigen auffällige Unterschiede; daher wurde als Auswertungsmodus ein Verfahren gewählt, das bei der Inhaltsanalyse die Kombination qualitativer und quantitativer Analyseschritte erlaubt [17].

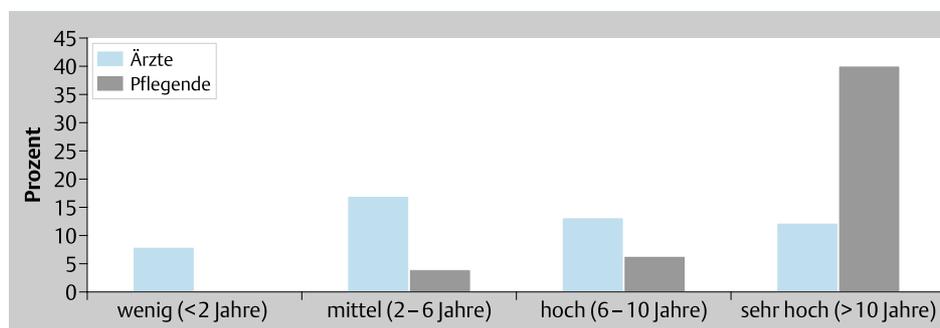
Praktisches Vorgehen

Die Textstellen zur Fragestellung wurden paraphrasiert. Mittels induktiver Kategorienbildung [18] wurde ein vorläufiges Kategorienset bestehend aus Ober- und Unterkategorien erstellt. Das Kategorienset erfasst in den Oberkategorien Häufigkeiten und Gründe für eine sinnvolle, aber – nach Einschätzung der Interviewpartner – nicht oder zu spät erfolgte Therapiebegrenzung. Bei fraglichen Textstellen wurde zusätzliches Explikationsmaterial bestimmt. Das Kategorienset bzw. die Transposition der Textstellen in das Kategorienset der Ober- und Unterkategorien wurde zur Verbesserung der Auswertung über mehrere Durchgänge angepasst. Die Datenanalyse auf der Dimension der Oberkategorie erfolgte berufsgruppen- und bereichsspezifisch. Auf der Ebene der Unterkategorien nahmen wir diesbezüglich keine Differenzierung vor.

Da die Häufigkeitsausprägung der Ja- und Nein-Antworten in den Oberkategorien auffällige Unterschiede aufweist, wurden diese genauer untersucht. Pro untersuchter Person und Kategorie wurde jeweils ein Zitat gezählt. Die Häufigkeitsausprägungen geben Hinweise auf die Intensität, mit der die Kategorien von unseren Interviewpartnern kommuniziert wurden und heben Unterschiede bzw. mögliche Tendenzen hervor; sie sollen jedoch keine Allgemeingültigkeit suggerieren. Die Auswertung arbeitet die Gründe heraus, die für nicht oder (zu) spät getroffene Entscheide der Therapiebegrenzung angegeben werden.

Ergebnisse

Die Interviewpartner wurden gefragt: „Kennen Sie Situationen, in denen Therapieabbruch oder Therapieverzicht sinnvoll gewesen wäre, aber nicht durchgeführt wurde?“

**Abb. 1** Berufserfahrung: 100% = 52 Interviews.

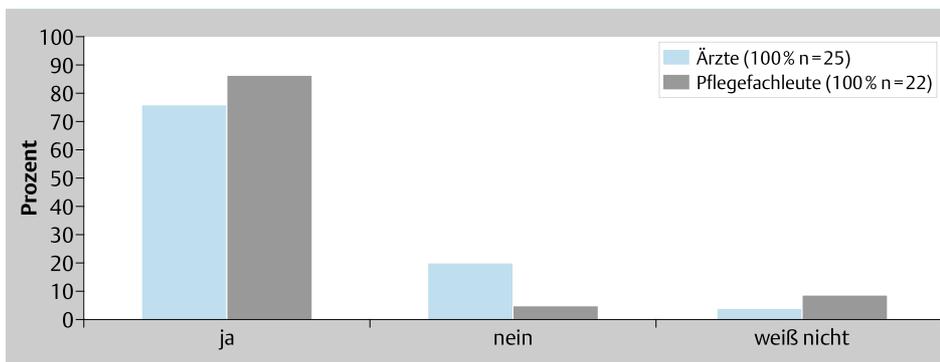


Abb. 2 Berufsgruppenabhängige relative Häufigkeiten der Ja- und Nein-Antworten (n = 47) auf die Frage „Kennen Sie Situationen, in denen Therapieabbruch oder Therapieverzicht sinnvoll gewesen wäre, aber nicht durchgeführt wurde?“

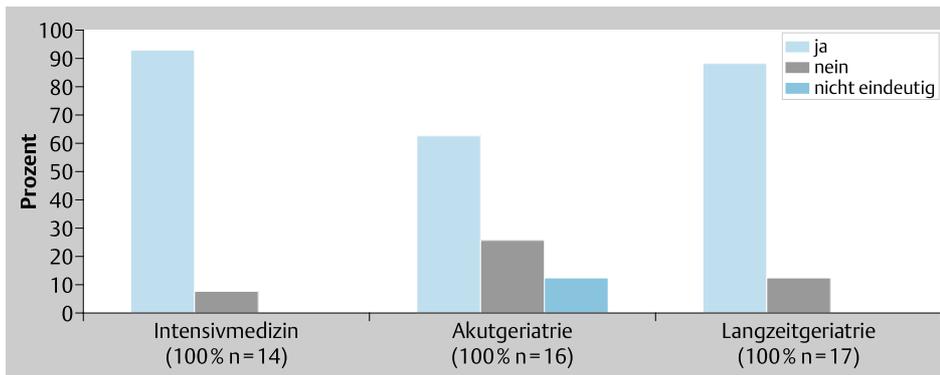


Abb. 3 Bereichsspezifische relative Häufigkeiten der Ja- und Nein-Antworten (n = 47) auf die Frage „Kennen Sie Situationen, in denen Therapieabbruch oder Therapieverzicht sinnvoll gewesen wäre, aber nicht durchgeführt wurde?“

Berufsgruppenabhängige und bereichsspezifische Häufigkeiten der Ja- und Nein-Antworten

Im folgenden Abschnitt werden die relativen Häufigkeiten der Ja- und Nein-Antworten“ dargestellt (● **Abb. 2** u. ● **Abb. 3**). Die befragten Ärzte und Pflegefachleute kennen mehrheitlich Situationen, in denen Therapiebegrenzung am Lebensende nach ihrer professionellen Einschätzung sinnvoll gewesen wäre, aber nicht durchgeführt wurde (Ärzte: 76%, Pflegefachpersonen: 86%). Die deutlich selteneren Nein- bzw. Weiß-nicht-Antworten werden etwas häufiger von Ärzten genannt (Ärzte insgesamt 24%; Pflegefachleute insgesamt 14%).

● **Abb. 3** zeigt, dass sich die relativen Häufigkeiten der „Ja“-Antworten auf der chirurgischen Intensivstation (93%) und der Langzeitgeriatrie (88%) entsprechen, während die Quote für die Akutgeriatrie mit 62% deutlich tiefer liegt. Das Total der „Nein“- bzw. „Nicht-eindeutig“-Antworten liegt zwischen 7% (Intensivstation) und 37% (Akutgeriatrie).

Im folgenden Abschnitt sollen die Gründe für Situationen, in denen Therapieabbruch oder Therapieverzicht am Lebensende nach professionellem Ermessen sinnvoll gewesen wäre, aber nicht durchgeführt wurde, dargelegt werden.

Gründe für Situationen, in denen Therapieabbruch oder Therapieverzicht am Lebensende sinnvoll gewesen wäre, aber nicht erfolgte

Die Gründe können Gruppen zugeordnet werden:

1. mit Bezug auf den Patienten selbst,
2. Ärzte und
3. Angehörige.

Die Gruppe, welche die Gründe für eine nicht durchgeführte Therapiebegrenzung den Ärzten zuordnet, ist die weitaus größte. Am kleinsten ist die Kategorie der patientenbezogenen Gründe. Die schwer kranken Patienten, die unsere Befragten bei ihren Antworten meinen, können ihre Wünsche aktuell kaum (Geriat-

atrie) oder gar nicht (Intensivmedizin) äußern, allenfalls vorher mitgeteilte Wünsche sind bekannt.

Gründe mit Bezug auf den Patienten selbst

Ein Beispiel zeigt die Aussage eines Arztes der Akutgeriatrie: Nutzlose medizinische Indikationen gebe es dann, „wenn der Patient zu Lebzeiten gesagt hat, ich möchte, dass auf jeden Fall alles gemacht wird...; dann dürfen wir nicht einfach sagen, wir machen es nicht.“ Auf die Frage der Interviewerin, ob sie sich in diesem Fall nach dem Willen des Patienten richten, meint der Arzt: „Es gibt schon einen Rahmen. Man kann nicht alles machen.“

Gründe mit Bezug auf Ärzte und Ärztinnen

Das Aussagenspektrum, welches die Gründe für „sinnlose“ medizinische Maßnahmen bei den Ärzten verortet, ist vielseitig.

Zeitpunkt der Entscheidung verpasst

Eine aus Sicht der Pflegefachleute und von Ärzten als sinnvoll erachtete Therapiebegrenzung wird nicht durchgeführt, weil der Zeitpunkt zur Entscheidung verpasst wurde. Ein Geriater bemerkt dazu: „Die Zeit fürs Umdenken wurde verpasst. Das kommt leider schon ab und zu vor, dass man enthusiastisch die eingangs gestellten Ziele verfolgt und nicht gemerkt hat, dass die Situation eine ganz andere geworden ist.“

Unvollständige Informationsgrundlage

Als weitere Gründe für nutzlose medizinische Maßnahmen werden aus der Geriatrie unvollständige Informationen angegeben: „Ein Grund ist sicherlich, dass unzureichende Informationen vorlagen, und die Situation falsch eingeschätzt wurde.“ Ein ärztlicher Kollege der Intensivstation nennt einen weiteren Aspekt: „... Es gibt Situationen, da ist man in einem gewissen Zugzwang. ... Man hat noch nicht alle Informationen und entschließt sich

Tab. 2 Gründe für nicht durchgeführte Therapiebegrenzung, obwohl diese aus professioneller Sicht sinnvoll gewesen wäre, n = 47 Ärzte und Pflegefachpersonen

Patienten

- Patient selber verlangt, dass „alles gemacht“ wird

Medizin

- Zeitpunkt der Entscheidung verpasst
- unvollständige Informationsgrundlage
- Therapieentscheid nutzlos oder zielführend?: Intraprofessioneller Dissens zwischen Ärzten
- interprofessioneller Dissens und unilaterale Entscheidung auf ärztlicher Seite
- Maxime: Spital behandelt kurativ und nicht palliativ
- Angst vor Unterlassung, Unsicherheit; niemand kann und will Entscheid zur Therapiebegrenzung übernehmen
- Patientenkriterien: Verlauf, Alter
- Merkmale des behandelnden Arztes: wenig oder kaum vs. viel Berufserfahrung, Ehrgeiz
- Ärzte haben Mühe, Tod zu akzeptieren
- Anderes

Angehörige

- Dissens zwischen Angehörigen und Betreuungsteam
- Angehörige verlangen ausdrücklich weitere Therapiemaßnahmen

dann zur Operation. Ein frisch operierter Patient ist einer, bei dem viel mehr gemacht wird.“ Oder das Beispiel einer Pflegefachfrau: „... die Ärzte haben das Maximum probiert, und das war zuviel.“

Therapieentscheid nutzlos oder zielführend?

Dissens zwischen Ärzten

Die Beurteilung, ob eine medizinische Intervention aus ärztlicher Perspektive als nutzlos oder als zielführend eingeschätzt wird, hängt u. U. von der speziellen fachlichen Sicht ab. Bei den folgenden beiden Beispielen liegt der Dissens zwischen dem behandelnden Chirurgen und einem Intensivmediziner, welcher den Patienten postoperativ betreut. „Bei der Übergabe empfiehlt (*der Chirurg*)³ Maximaltherapie, obwohl wir sehen, dass die Situation hoffnungslos ist. ... Ob kurative Therapie ja oder nein, da gibt es regelmäßig Meinungsverschiedenheiten. ... Da gibt es manchmal Teammitglieder (*Chirurgen*), auch externe Teammitglieder, die noch 24 Stunden benötigen, um zu akzeptieren, dass der Prozess jetzt zum Tode führt.“ Der Dissens zwischen Experten kommt auch im geriatrischen Setting zum Ausdruck. Nutzlose medizinische Behandlungen können, wie das folgende Zitat eines Geriaters zeigt, auch auf extern vollzogene Entscheidungsprozesse zurückgeführt werden. Es sei häufig so, „dass die Entscheidung für die Behandlung anderweitig getroffen wurde und man retrospektiv sagen muss, die Behandlung war ein Fehler...“. Ein anderer Arzt führt nutzlose medizinische Therapie, zumindest für ihn persönlich, auf hierarchische Entscheidungsstrukturen zurück, und zwar dann, „wenn zwischen mir und meinem Chef keine Einigung zustande kommt“.

Interprofessioneller Dissens und unilaterale ärztliche Entscheidung

Die meisten Zitate dieser Aussagegruppe stammen erwartungsgemäß von Pflegefachleuten, nur ein Zitat ist von einem Arzt. Ein Dissens zwischen den Berufsgruppen, verbunden mit mangelnder Möglichkeit zur Einflussnahme auf die Therapieentscheidung, scheint die Pflegenden besonders zu belasten. „Normaler-

weise findet der Austausch mit den Ärzten im Team statt. Aber wir haben auch schon schlechte Erfahrungen gemacht. Der Sterbeprozess wurde damit hinausgezögert. ... Wir haben alle gelitten, hatten Mühe.“ Das Erleben von moralischem Distress wird auch im folgenden Beispiel einer weiteren Pflegefachfrau deutlich. Zur Frage nach einer medizinisch nutzlosen Verordnung sagt sie: „Ich ... habe immer wieder die Erfahrung gemacht, dass Pflegefachfrauen eine andere Auffassung haben als die Ärzte. Eine Pflegenden spürt schneller, wenn es zu Ende geht. Sie ist dabei (*zeitlich mehr beim Patienten*) und spürt, wenn etwas nicht mehr in Ordnung ist.“ Ein Pflegefachmann mit langjähriger geriatrischer Erfahrung beschreibt die enormen Belastungen, die unilaterale Entscheide der Ärzte mit sich bringen können: „Das ist etwas vom Schwierigsten für uns Pflegenden, wenn wir eine Behandlung nicht nachvollziehen können, die Beweggründe nicht sehen.“ Er führt die verschiedenen Meinungen auf individuell und interprofessionell unterschiedlich geprägte Werte und Normen zurück. „Das führt zu enormen Spannungen (*im Team*) und ist manchmal kaum zum Aushalten...“. Unterschiedliche professionelle, aber auch ethische Sichtweisen sind für eine Pflegefachfrau der Geriatrie Quelle sinnloser medizinischer Maßnahmen: „Ja, (*sinnlose medizinische Indikationen*) gibt es immer wieder. Und zwar, weil verschiedene Meinungen vorliegen, besonders in sehr komplexen Situationen, in denen es nicht nur *eine* richtige Entscheidung sondern auch verschiedene ethische Sichtweisen gibt.“

Das einzige Beispiel eines Arztes (Geriatrie) in dieser Gruppe besagt: „Die Situation (*sinnloser Indikation*) ist häufig, weil wir keinen Konsens gefunden haben.“

Die nächsten beiden Beispiele reflektieren unilaterale ärztliche Entscheide zugunsten einer Therapie, obwohl diese aus der Perspektive der Pflege gegen den Patientenwillen erfolge. Eine Pflegefachfrau der Geriatrie: „Aus persönlicher Sicht hätte ich mich gegen (*die Therapie*) entschieden, zum Teil, weil ich genau wusste, dass sich der Patient gegen weitere Maßnahmen geäußert hat, ...“. Das folgende Zitat betont den von der Pflege wahrgenommenen mutmaßlichen Patientenwillen: „... Die Patientin, hat sich verweigert, indem sie sich zur Seite gelegt hat und gesagt hat, ich will das nicht.“

Maxime: Spital behandelt kurativ, nicht palliativ

Unsere Interviewpartner führen manche medizinisch sinnlose Maßnahme auf die Maxime zurück, dass ein Spital für kurative und nicht palliative Behandlung da sei. Folgende Äußerung stammt von einer Pflegefachfrau, die sich für eine Therapiebegrenzung einsetzt, weil der Patient ihrer Einschätzung nach in absehbarer Zeit versterben wird. „... und es wird gesagt, du bist hier in einem Universitätsspital, du bist hier am falschen Ort.“ Auf die Frage der Interviewerin, weshalb die Ärzte die Therapie verordnen, obwohl sie nicht mehr nütze, antwortet ein Pflegefachmann: „Es kann zudem eine Rolle spielen, dass vielleicht Ärzte noch immer meinen, sie müssten Leben um jeden Preis erhalten.“ Ein Arzt: „Ich glaube, an einer Universitätsklinik ist ... man viel aktiver...“. Abschließend die Schilderung einer Pflegefachfrau zur Situation eines Patienten. Dieser habe starke Schmerzen gehabt. „Die intensive Therapie war für den Patienten sehr unangenehm. Das hat mich sehr belastet, ...“.

Angst vor Unterlassung, Unsicherheit – den Entscheid zur Therapiebegrenzung kann und will niemand übernehmen

Ein Geriater kennt zahlreiche Gründe für nutzlose medizinische Indikationen. Eines der herausragenden Motive sei, dass „man

³ Eine kursive Schreibweise in den Klammern bedeutet, dass ein Wort oder ein Satzteil sinngemäß zum besseren Verständnis ergänzt wurde.

Angst hat, etwas zu unterlassen. Im Endeffekt hat man damit aber zu viel gemacht“. Ähnlich argumentiert eine Pflegefachfrau der Geriatrie. Sie sieht mögliche Gründe sinnloser Therapie in „Unsicherheit, Angst, nicht beurteilen zu können, was dann passiert, wenn man nichts macht“. Das folgende Zitat stammt ebenfalls von einer Pflegefachfrau. „... wäre ich dafür, dass die Therapie abgebrochen wird. Doch das passiert sehr wenig... Deshalb, weil die Verantwortung dafür niemand übernehmen kann und will.“

Ärzte haben Mühe, den Tod zu akzeptieren

Auf die Frage der Interviewerin, weshalb Ärzte trotz des Risikos der Sinnlosigkeit angesichts des nahen Lebensendes weitere Maßnahmen verordnen, schließt ein Pflegefachmann mit vielen Jahren Berufserfahrung nicht aus, dass „eine gewisse Angst dahintersteckt, sich mit dem Tod und dem Sterben auseinanderzusetzen“. Eine Pflegefachfrau beschreibt die Situation einer nicht mehr urteilsfähigen Patientin im terminalen Stadium, bei der die Therapiebegrenzung zusammen mit den Angehörigen vereinbart wurde. Trotz dieser Vereinbarung habe der Abteilungsarzt das (*Medikament*) doch subkutan verabreicht, „weil er es (*das Stoppen der Therapie*) mit seinem Gewissen nicht vereinbaren konnte“.

Merkmale des behandelnden Arztes: Berufserfahrung, Ehrgeiz

Ein Intensivmediziner führt die Möglichkeit sinnloser medizinischer Indikation auf mangelnde Berufserfahrung und evtl. auch beruflichen Ehrgeiz zurück: „Ich habe vorhin schon angetönt, dass man bei gewissen Patienten zu weit gegangen ist. Die Mechanismen sind vor allem vonseiten der Ärzte, und zwar falscher Ehrgeiz, v. a. bei jüngeren Ärzten, die noch nicht so viel Erfahrung haben. ... Den Jüngeren fehlt es vielleicht auch an Erfahrung. Bei gewissen invasiven Kollegen könnte ich mir vorstellen, dass auch die Fallzahlen vielleicht tatsächlich eine gewisse Rolle spielen können.“ Ähnlich äußert sich ein weiterer Arzt mit viel Berufserfahrung: „... Zudem will man forschen, etwas herausfinden, das ja dann dem Patienten zugute kommt....“.

Gründe aufseiten der Angehörigen

Zitate von Pflegefachleuten und Ärzten, welche die Motive für sinnlose Therapie bei den Angehörigen verorten, lassen sich in zwei Unterkategorien subsumieren, nämlich; „Dissens mit den Angehörigen“ und „Angehörige verlangen, dass ‚alles‘ gemacht wird“.

Dissens zwischen Angehörigen und Betreuungsteam

Mögliche Quellen für sinnlose Indikationen können nach der Aussage eines Geriaters auch Angehörige sein, „mit denen man keine klare Linie findet. Manchmal können die Angehörigen einen Entscheid nicht mittragen. Diesen Faktor muss man mit einbeziehen“. Ein Pflegefachmann, ebenfalls aus der Geriatrie, bemerkt, dass sinnlose Indikation dann häufig sei, „(wenn) wir keinen Konsens gefunden haben. Der Hauptdissens entsteht mit den Angehörigen“.

Angehörige verlangen ausdrücklich weitere Therapiemaßnahmen

Angehörige verlangen nach der Einschätzung unserer Interviewpartner aus ganz unterschiedlichen Gründen sinnlose Therapiemaßnahmen. Das Betreuungsteam geht bis zu einem gewissen Grad auf diese Forderungen ein. Sinnlose Therapie, so ein Intensivmediziner, kenne man v.a. aus Situationen, „wenn sich Angehörige mit Hand und Fuß gegen den Therapie-

abbruch wehren. Manchmal, nicht sehr häufig, fahren wir dann mit der Therapie weiter, obwohl es uns sinnlos erscheint“. In ähnlicher Weise geht ein Geriater vor: „Es gibt aber auch Angehörige, die sagen (*zu einer ihnen vorgeschlagenen Therapiebegrenzung*) nein, weil sie befürchten, dass es dem Patienten dann noch schlechter geht. Sie wollen bis zuletzt jede Option ausnutzen.“

Das folgende Zitat eines Geriaters zeigt auf, dass die Forderung nach Weiterführung kurativer Therapie der Angehörigen auch damit zusammenhängen kann, weil sie noch nicht bereit sind, den Patienten sterben zu lassen: „Es gibt Angehörige, die wollen um alles in der Welt ihre Mutter oder ihren Vater nicht sterben lassen. Das kann man nicht einfach ignorieren. Da muss man einen Kompromiss eingehen.“ Auch Schuldgefühle bzw. „nicht für den Tod des Angehörigen verantwortlich sein wollen“, sind hier mögliche Quellen für sinnlose Indikation, wie die folgenden Aussagen zeigen: „Es sind vor allem die Angehörigen, welche sehr, sehr Mühe mit (*Therapiebegrenzung*) haben. Das hat viel mit Schuldgefühlen zu tun.“ Zwei weitere Motive von Angehörigen nimmt eine Krankenschwester wahr: Erstens Angst der Angehörigen am Tod schuld zu sein, zweitens die Schuldfrage der Angehörigen, „... weil sie als Stellvertreter für den Patienten entscheiden.“ Ein Geriater führt aus: „Es kann manchmal sein, dass wir vom medizinischen Standpunkt her sagen, dass ein Patient terminal ist und keine Lebensqualität mehr hat. ... Wenn die Ehefrau möchte (*dass weiter therapiert wird*), weil das noch ihr Lebensinhalt ist, dann lassen wir uns auf einen gewissen Grad darauf ein.“

Diskussion



Problembewusstsein

Fragen der medizinischen Sinn- oder Nutzlosigkeit (Medical Futility) werden in Literatur und Klinik sehr kontrovers diskutiert. Wir stellen neue Daten vor, die zeigen, dass Pflegefachleute und Ärzte der Geriatrie und der Intensivmedizin diese Fragestellung bei Patienten am Lebensende aufmerksam wahrnehmen; sie artikulieren ein Problembewusstsein dafür, dass ein als sinnvoll angesehener Entscheid zur Begrenzung kurativer Behandlungsversuche – eine palliative Umorientierung – u.U. zu spät erfolgen kann. In unserer Studie wird medizinische Nutzlosigkeit von 76% der befragten Ärzte und 86% der Pflegefachpersonen im beruflichen Alltag wahrgenommen und im Interview artikuliert. Unsere aus authentischen Aussagen gewonnenen *qualitativen* Daten illustrieren *quantitative* Daten aus Kanada, die das Phänomen sogar noch stärker akzentuieren (87% Ärzte, 95% Pflegefachleute; [19]). In unserer Basler Studie drücken die Interviewpartner der Intensivstation mit 93% am häufigsten eine Wahrnehmung von medizinischer Nutzlosigkeit aus; die Mitarbeitenden der Langzeitgeriatrie äußern dies zu 88%, aus der Akutgeriatrie sind es 62%. Die befragten Berufsgruppen sehen die Frage der medizinischen Nutzlosigkeit bzw. Futility als Problem von praktischer und ethischer Relevanz an. Überversorgung wird demnach als eine *ethisch* unbefriedigende Praxis bewertet, unter der die Mitarbeiter ggf. auch leiden. Die Erhebung empirischer Daten zur Wahrnehmung ethischer Fragen im klinischen Alltag zeigt auf, wo die Befragten im eigenen professionellen Handlungsbereich stehen; zudem stärkt sie den Realitätsbezug der Medizinethik [13].

Gründe

Die Gründe dafür, warum eine Entscheidung zur Therapiebegrenzung – oder eine Therapiezieländerung hin zur Palliation – unterlassen wird, lassen sich in drei Gruppen einteilen. Dabei überwiegt die Gruppe der auf die Ärzte bezogenen Gründe für die Weiterführung einer als medizinisch nutzlos angesehenen Therapie zahlenmäßig bei Weitem. Aber auch die Angehörigen können Quelle oder Auslöser für eine Überversorgung am Lebensende sein. In unserer Stichprobe wird der Patient nur selten als Ursprung des Wunsches nach „Maximaltherapie um jeden Preis“ wahrgenommen, da die in den kooperierenden Abteilungen behandelten Patienten vorübergehend oder auf Dauer nicht entscheidungsfähig sind.

Entscheidungsfindung im Team

Die Pflegefachleute artikulieren mehr und deutlichere Hinweise auf Überversorgung; sie verlangen, dass die ärztlichen Mitarbeitenden diese auch zum Wohl des Patienten deutlicher begrenzen sollten, als dies erkennbar wird. Definition medizinischer Nutzlosigkeit und Wahrnehmung, ab wann eine Therapie nicht mehr zielführend ist, variieren mit der Berufsgruppe [20]. In unserer Stichprobe weisen alle befragten Pflegefachpersonen eine mittlere bis hohe Berufserfahrung auf; ihre Beobachtungen und Einschätzungen müssen daher ernst genommen werden. Es stellt sich die Frage, inwieweit Nutzlosigkeit von Ärzten im Pflegebereich und von Pflegekräften im ärztlichen Bereich abschließend beurteilt werden kann und soll. Die individuelle prognostische Beurteilung, die ja die Grundlage für die Sinnhaftigkeit einer Therapie ist, hat auch subjektiven und intuitiven Charakter, der umso größeren Raum einnimmt, je kleiner Erfahrung und Sachwissen sind, wobei Erfahrung allein Sachwissen nicht kompensieren kann. Die Asymmetrie der Wahrnehmung und Bewertung zwischen Pflege und Ärzteschaft muss aber auch im Hinblick darauf reflektiert werden, dass solche Therapieentscheidungen (gerade auch die zur Begrenzung) von einem Arzt *individuell zu verantworten sind*, auch wenn sie mithilfe eines Teams getroffen werden. Hier zeigt sich eine Diskrepanz: Heutzutage besteht – dies zeigen unsere Daten – vielfach die Erwartung, dass „das Team“ an Entscheidungen beteiligt wird. Die Erwartung, dass Entscheidungen auch gemeinsam gefällt werden sollten, wird aus den Antworten unserer Interviewpartner deutlich. Dem Wunsch nach „gemeinsamer Entscheidung“ steht jedoch die persönliche Verantwortung des ärztlichen Entscheidungsträgers gegenüber. Um diese Diskrepanz zu beseitigen, müsste der Teamentscheid auch formal im Sinne einer gemeinsam getragenen Verantwortung akzeptiert werden oder das Begehren nach Beteiligung des Teams müsste sich konsequenterweise auf den *Prozess der Entscheidungsfindung* beschränken. Für eine Aufwertung der Teambeteiligung spricht, dass ein Austausch und Wechsel der Perspektiven im Team dazu beiträgt, die Entscheidung auf eine solidere Basis zu stellen [21]. Gemeinsame Teamentscheide sollten in jedem Fall mit einer Stärkung der internen Kommunikation und der expliziten Verständigung über die ethisch sensiblen Kriterien verbunden sein.

Recht auf maximale, aber nicht indizierte Behandlung?

Haben Patienten oder Angehörige ein Recht, maximale Therapie zu erhalten, auch wenn die Wiederherstellung der physiologischen Funktion nach medizinischer Kenntnis und Erfahrung extrem unwahrscheinlich ist? Das „Recht auf Leben“ wird in vielen Verfassungen und internationalen Bestimmungen geschützt⁴ und hat absoluten Charakter⁵. Dies bedeutet, dass die

Interessen und das Wohl des Einzelnen Vorrang gegenüber dem Interesse der Gesellschaft oder der Wissenschaft haben. Dies schließt aber u.E. kein Recht auf eine fragwürdige Therapie ein. Kann eine medizinische Maßnahme dem Patienten keine Hilfe mehr bringen, so ist sie medizinisch nicht indiziert. Die immanenten Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht sind damit erreicht [22]. Gleichwohl wissen wir, dass es im Einzelfall zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen kann. Was sind mögliche Gründe dafür, dass Angehörige oder Patienten, maximale Therapie verlangen, obwohl die Wahrscheinlichkeit eines Erfolgs extrem gering ist? Der Zeitfaktor (bis man einen Misserfolg annehmen kann) kann eine wichtige Rolle spielen, und zwar für alle Beteiligten, wie unsere Daten belegen. Aber auch Missverständnisse hinsichtlich Diagnose und Prognose oder eine unzureichende Kommunikation können Ursache dafür sein, dass eine „inadäquate“, „unwirksame“ Therapie von Patienten oder Angehörigen verlangt wird [23]; hier ist Aufklärung gegenüber Patienten und Angehörigen angezeigt. Der Begriff *Futility* ist anfällig für eine Instrumentalisierung im Umgang mit knappen Ressourcen, z.B. dann, wenn die medizinische Effektivität einer Maßnahme unter dem Blickwinkel der Kostenminimierung zu pessimistisch eingeschätzt wird [6]. Entscheidungen für eine Therapiezieländerung hin zu palliativer Versorgung können dahingehend missverstanden werden, dass das (medizinische) Interesse am Patienten zurückgeht und die moralische Verpflichtung zur Hilfeleistung vernachlässigt wird. Pflege und Zuwendung sind aber niemals sinnlos.

Moralischer Distress

Die Wahrnehmung von medizinischer Nutzlosigkeit kann bei den klinisch Tätigen moralischen Distress verursachen. Pflegefachleute erleben das Ausführen von Behandlungen, die sie als aussichtslos oder nutzlos einschätzen, als sehr belastend [24,25]. Auch die Weiterführung ungewollter aggressiver Behandlung bei sterbenden Patienten auf der Intensivstation wird von Ärzten und Pflegenden als Ursache für stärksten moralischen Stress beschrieben [26]. Die Häufigkeit, mit der Pflegefachleute aussichtslose Therapie wahrnehmen, steht in einem signifikanten Zusammenhang zu emotionaler Erschöpfung, einer Hauptkomponente des Burn-out-Syndroms [27].

Medizinische Nutz- und Sinnlosigkeit: kompetent erkennen und reagieren

Die Wahrnehmung von medizinischer Nutz- und Sinnlosigkeit einer Fachperson bedeutet nicht, dass diese tatsächlich vorliegen muss. Sie weist aber auf ein (ethisches) Problem hin, das in jedem Fall artikuliert und geklärt werden muss. Wann kann im Einzelfall von medizinischer Sinn- und Nutzlosigkeit gesprochen werden? Erforderlich ist zunächst eine zwischen Patienten, (stellvertretenden) Angehörigen und Betreuungsteam übereinstimmende Definition des Therapieziels. Im Anschluss daran empfehlen wir in Anlehnung an Pellegrino [12] und dem New South Wales-Department of Health [28], in jedem Einzelfall folgende Fragen zu stellen. Werden dabei eine oder mehrere der sieben Fragen mit „Nein“ beantwortet, kann eine Übertherapie vorliegen, die am besten in einem strukturierten Entscheidungsprozess geklärt werden sollte.

⁴ vgl. Fußnote 2.

⁵ Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde auf die Anwendung von Biologie und Medizin, Artikel 2.

Sieben Fragen, die es zu stellen gilt

(Hinweis für medizinische Nutz- und Sinnlosigkeit, wenn eine oder mehrere der sieben Fragen mit „Nein“ beantwortet werden)

1. Wird die Intervention nach dem gegenwärtigen Erkenntnisstand effektiv sein?
2. Dient die Intervention dem Wohl des Patienten?
3. Lassen sich die durch die medizinische Behandlung verursachten physischen oder psychischen Belastungen oder Schmerzen für den Patienten rechtfertigen, sofern das therapeutische Ziel erreicht wird?
4. Verschlechtert sich der Zustand des Patienten trotz optimaler therapeutischer Interventionen?
5. Wird die Behandlung einen klinischen Effekt erzeugen, aber wichtige Ziele des Patienten wie z. B. Unabhängigkeit von lebenserhaltenden Maßnahmen verfehlen?
6. Werden die Sichtweisen der Beteiligten und Betroffenen angemessen einbezogen?
7. Können bestehende ethische Bedenken der Beteiligten ausgeräumt werden?

Unsere Daten zeigen, dass die klinisch Tätigen häufig darin uneinig sind, wann eine medizinische Maßnahme als sinnlos zu bewerten ist. Diese Diskordanz in der Wahrnehmung ist auch in anderen empirischen Studien objektiviert worden [29] und wird zudem aus ethischer Sicht problematisiert [3,15]. Deshalb sollte der Begriff der Futility nicht dazu eingesetzt werden, sich – etwa gestützt auf statistische Größen – über Wünsche des Patienten hinwegzusetzen. Hinweise darauf, dass im Behandlungsteam medizinische Sinnlosigkeit wahrgenommen wird, sollten u.E. vielmehr als Auslöser für eine konstruktive offene Diskussion unter den Kollegen und mit dem Patienten und seinen Angehörigen genutzt werden [30]. Diese Verständigung sollte dem Ziel dienen, die Interessen der Patienten gerade in jenen Situationen zu unterstützen, in denen die Behandlung nach fachlicher Einschätzung wahrscheinlich ohne den angestrebten Erfolg bleiben dürfte oder für den Patienten extrem belastend wird; sie ist auch dann zu führen, wenn der Patient oder seine Angehörigen in einer aussichtslosen Situation Maximaltherapie fordern. Besondere Sorgfalt ist in jenen Fällen nötig, die durch fehlende Entscheidungsfähigkeit der Patienten erschwert werden. Ist ein Konsens zwischen den Beteiligten und Betroffenen nicht erreichbar, auch nicht auf dem Weg einer ad hoc angesetzten ethischen Fallbesprechung, so sollte eine fachkompetente Ethikconsultation von gegenüber der Station unabhängigen Ethikfachkräften gesucht werden [21].

Explizite Entscheidungsfindung bei Hinweis auf „Übertherapie“

Klinische Kriterien für die Entscheidungsfindung werden v. a. in Form von schriftlichen Orientierungshilfen angeboten; hinzu kommen verschiedene Formen der klinischen Ethikberatung. So spricht sich das Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs für eine Formalisierung der Therapieentscheidung aus [31]. Auch auf internationaler Ebene werden Orientierungshilfen von Fachgesellschaften formuliert, z. B. von der International Consensus Conference in Critical Care [32]. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) äußert sich zu Fragen der Therapiebegrenzung in ihren medizinisch-ethischen Richtlinien zu Grenzfragen der Intensivmedizin [33], zur Betreuung am Lebensende [16] und in ihrer Empfehlung zu Palliative Care [34]. Ethische Richtlinien werden damit zu einem wichtigen Instrument der Orientierung; Untersuchungen über ihre praktische Umsetzung gibt es jedoch

erst vereinzelt (z. B. [35]). In der Literatur zur klinischen Ethikberatung nehmen Fragen einer adäquaten Handhabung der Therapiebegrenzung breiten Raum ein, z. T. sogar in Form von ersten kontrollierten Studien [14], wobei die Beratungsanlässe insgesamt vielfältig sind [21, 36]. Diskutiert wird die noch seltene Beteiligung des Patienten [37], die allerdings im Bereich der Intensivmedizin (meist) und der Geriatrie (oft) schwierig bis unmöglich ist.

Bewertung und Ausblick

Was leistet unsere Studie? Die Stichprobe ist gesättigt, valide und spiegelt die Verteilung auf den Stationen wider; sie ist jedoch wie generell bei qualitativen Verfahren nicht statistisch repräsentativ. Der Begriff Futility wurde bei der Befragung nicht vorgegeben oder definiert. Die Befragten verstehen den Begriff individuell unterschiedlich und durchaus auch wertend, was die Authentizität der Äußerungen erhöht [38]. Dieses Weniger an Standardisierung korrespondiert mit einem Motto der Literatur zur Futility: „*there is no, one size fits all' definition of medical futility*“ [39]; zudem bringt sie auch eine größere Vielfalt an Problemwahrnehmungen hervor, die für die Problemanalyse wertvoll sind.

Die ermittelten Problemwahrnehmungen und angegebenen Gründe für als sinnlos eingeschätzte Therapien geben Anhaltspunkte für eine verbesserte Reflexion der Praxis. Sowohl in der Intensivmedizin, als auch in der Geriatrie sollte eine noch stärkere Abstimmung zwischen Ärzten und Pflegefachpersonen stattfinden. Diese soll dem Zweck dienen, Wahrnehmungsdiscrepanzen und unterschiedliche Informationsgrundlagen auszugleichen. Um dieses Vorgehen differenziert zu gestalten und routinemäßig zu bewältigen, kann das Thema Sinn- und Nutzlosigkeit in die Fort- und Weiterbildung einbezogen werden; dazu gehören notwendig auch explizite Kriterien für Entscheidungen, z. B. im Umgang mit knappen Ressourcen. Auch eine angemessene Verständigung mit den Angehörigen und deren Wünschen ist hier als wichtige Zielsetzung einzubeziehen [40]. Um Entscheidungsprozesse partizipativ zu gestalten, besser zu begründen und zu strukturieren, sind die Perspektiven aller Beteiligten und Betroffenen wertvoll. Die Daten aus unserer Studie fließen ein in ein Folgeprojekt zur Erarbeitung von forschungsgestützten, validierten, medizinethischen Leitlinien für die klinischen Kooperationspartner.

Danksagung

Wir danken den Mitarbeitenden der kooperierenden klinischen Abteilungen für ihre engagierten Beiträge.

Die Studie ist Teil der Projekte Nr. 3200-068649/1 und Nr. 3200-068649/2, die vom Schweizer Nationalfond (SNF) großzügig gefördert wurden. Ihre Ergebnisse dienen der Fundierung der medizinethischen Leitlinie, die wir mithilfe des Schweizer Nationalfonds (SNF) in Projekt Nr. 3200B0-113724/1 erarbeiten und implementieren.

Interessenkonflikte

Es bestehen keine finanziellen Interessenkonflikte in Bezug auf dieses Manuskript.

Literatur

- 1 *Albisser Schleger H, Reiter-Theil S.* „Alter“ und „Kosten“ – Faktoren bei Therapieentscheiden am Lebensende? Eine Analyse informeller Wissensstrukturen bei Ärzten und Pflegenden. *Ethik Med* 2007; 19 (2): 103 – 119
- 2 *Meyer-Zehnder B, Pargger H, Reiter-Theil S.* Folgt der Ablauf von Therapiebegrenzungen auf einer Intensivstation einem Muster? Erkenntnisse aus einer systematischen Fallserie. *Intensivmed* 2007; 44, 7: 429 – 437
- 3 *Anderson-Shaw L, Meadow W, Leeds HS, Lantos JJ.* The fiction of futility: What to do with policy? *HEC Forum* 2005; 17 (4): 294 – 307
- 4 *Moseley KL, Silveira MJ, Goold SD.* Futility in Evolution. *Clin Geriatr Med* 2005; 21: 211 – 222
- 5 *Beauchamp TL, Childress JF.* Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press, 2001
- 6 *Becker G, Blum HE.* „Medical Futility“: Arzt im Spannungsfeld von Behandlungsauftrag und Behandlungsbegrenzung. *Dtsch Med Wochenschr* 2004; 129: 1694 – 1697
- 7 *Arbeitskreis „Palliativversorgung in der Alten- und Behindertenhilfe.* Besonderheiten in der Betreuung geriatrischer Palliativpatienten. *Z Palliativmed* 2006; 7: 38 – 40
- 8 *Gerhard C, Bollig G.* Palliative Care für Patienten mit fortgeschrittener Demenz. *Z Palliativmed* 2007; 8: 69 – 72
- 9 *Jox R, Krebs M, Reiter-Theil S, Borasio G.* Umstellung von kurativer zu palliativer Therapie auf Intensivstationen: eine Umfrage unter Ärzten und Pflegekräften. *Palliativmedizin* 2006a; 7 (3): 105
- 10 *Jox R, Reiter-Theil S, Borasio G.* Decisions to withhold or withdraw life-sustaining treatment in intensive care units. Results of a multi-professional survey at a University hospital. Poster. Research Forum of the European Association for Palliative Care, Venice, 25.–27.5.2006. *Palliative Medicine* 2006b; 20 (3): 349
- 11 *Gavrin JR.* Ethical considerations at the end of life in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2007; 35: S85 – S94
- 12 *Pellegrino ED.* Futility in Medical Decisions: The Word and the Concept. *HEC Forum* 2005; 17 (4): 308 – 318
- 13 *Reiter-Theil S.* Does Empirical Research make Bioethics more Relevant? „The Embedded Researcher“ as a Methodological Approach. *Medicine, Health Care and Philosophy. A European Journal* 2004; 7: 17 – 29
- 14 *Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR.* Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med* 1990; 15, 112 (12): 949 – 954
- 15 *Bailey S.* The concept of futility in health care decision making. *Nursing Ethics* 2003; 11 (1): 77 – 83
- 16 *Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).* Medizinisch-ethische Richtlinie zur Betreuung von Patienten und Patientinnen am Lebensende. 2004 www.samw.ch
- 17 *Mayring P.* Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* [Online Journal]. 2001; 2 (1) <http://qualitative-research.net/fqs/fqs.htm>
- 18 *Mayring P.* Qualitative Inhaltsanalyse. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* [Online Journal]. 2000; 1 (2) <http://qualitative-research.net/fqs/fqs-d/2-00inhalt-d.htm>
- 19 *Palda VA, Bowman KW, McLean RF, Chapman MG.* „Futile“ care: Do we provide it? Why? A semistructured, Canada-wide survey of intensive care unit doctors and nurses. *Journal of Critical Care* 2005; 20 (3): 207 – 213
- 20 *Rodriguez KL, Young AJ.* Perception of patients on the utility of end of life treatment. *J Med Ethics* 2006; 32: 444 – 449
- 21 *Reiter-Theil S.* Klinische Ethikkonsultation – eine methodische Orientierung zur ethischen Beratung am Krankenbett. *Schweizerische Ärztezeitung* 2005; 86 (6): 346 – 351
- 22 *Opderbecke HW, Weissshauer W.* Ein Vorschlag für Leitlinien – Grenzen der intensivmedizinischen Behandlungspflicht. *MEDR* 1998; 9: 395 – 399
- 23 *Brett AS.* Futility revisited: reflections on perspectives of families, physicians, and institutions. *HEC Forum* 2005; 17 (4): 276 – 293
- 24 *Badger JM.* Factors that enable or complicate end-of-life transitions in critical care. *Am J Crit Care* 2005; 14 (6): 513 – 521
- 25 *Ferrel BR.* Understanding the moral distress of nurses witnessing medical futile care. *Onkol Nurs Forum* 2006; 1, 33 (5): 922 – 930
- 26 *Hamric AB, Blackhall LJ.* Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress and ethical climate. *Crit Care Med* 2007; 35 (2): 422 – 429
- 27 *Meltzer LS, Huckabay LM.* Critical care perceptions of futile care and its effect on burnout. *Am J Crit Care* 2004; 13 (3): 202 – 208
- 28 *NSW Department of Health.* Guidelines for end-of-life care and decision making. 2005 www.health.nsw.gov.au/policies/
- 29 *Frick S, Uehlinger DE et al.* „Medical Futility“: Predicting outcome of intensive care unit patients by nurses and doctors – A prospective comparative study. *Crit Care Med* 2003; 31 (2): 456 – 461
- 30 *Jonson AR, Siegler M, Winslade WJ.* Klinische Ethik. Eine praktische Hilfe zur ethischen Entscheidungsfindung. Deutscher Ärzteverlag, 2006
- 31 *Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs.* Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und -Beendigung an Intensivstationen. *Wien Klin Wochenschr* 2004; 116 (21 – 22): 763 – 767
- 32 *Challenges in End-of-Life Care in the ICU: Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003: Executive Summary B* Taylor Thompson, MD. *Crit Care Med* 2004; 32 (8): 770 – 784
- 33 *Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).* Medizinisch-ethische Richtlinien zu Grenzfragen der Intensivmedizin. 1999 www.samw.ch
- 34 *Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).* Palliative Care. 2006 www.samw.ch
- 35 *Bartels S, Parker M, Hope T, Reiter-Theil S.* Geben „Richtlinien“ bei kritischen Therapieentscheidungen ethische Orientierung? Eine vergleichende kasuistische Analyse der Deutschen Grundsätze, Britischen Guidelines und Schweizerischen Richtlinien zur Sterbebegleitung. *Ethik Med* 2005; 17 (3): 191 – 205
- 36 *Du Val G, Clarridge B, Gensler G, Danis M.* A national survey of U.S. internists' experiences with ethical dilemmas and ethics consultation. *J Gen Intern Med* 2004; 19 (3): 251 – 258
- 37 *Reiter-Theil S.* Balancing the Perspectives. The Patient's Role in Clinical Ethics Consultation. *Medicine, Health Care and Philosophy. A European Journal* 2003; 6: 247 – 254
- 38 *Hariharan S, Moseley HS et al.* Futility-of-care-decision in the treatment of moribund intensive care patients in a developing country. *Can J Anaesth* 2003; 50 (8): 847 – 852
- 39 *Heland M.* Fruitful or futile: intensive care nurses' experiences and perceptions of medical futility. *Austr Crit Care* 2006; 19 (1): 25 – 31
- 40 *Reiter-Theil S, Mertz M, Meyer-Zehnder B.* The complex roles of relatives in end-of-life decision-making. An ethical analysis. *HEC Forum* 2007; 19 (4): 338 – 361
- 41 *Kostka U, Mack E.* Medizinische Leitlinien: Eine ethische Analyse. In: Hohnefelder L, Steffen C (Hrsg): *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik: Band 5.* Berlin, New York: Walter de Gruyter Verlag, 2000: 227 – 241