

Online-Texte der Evangelischen Akademie Bad Boll

Therapieverzicht am Lebensende aus Kostengründen?

Eine ethische Analyse

Prof. Dr. Georg Marckmann

Bitte beachten Sie:

Dieser Text ist ausschließlich zum persönlichen, privaten Gebrauch bestimmt. Jede weitere Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Urhebers/der Urheberin bzw. der Evangelischen Akademie Bad Boll.

© 2006 Alle Rechte beim Autor/bei der Autorin dieses Textes

Eine Stellungnahme der Evangelischen Akademie Bad Boll ist mit der Veröffentlichung dieses Textes nicht ausgesprochen.

Evangelische Akademie Bad Boll
Akademieweg 11, D-73087 Bad Boll
E-Mail: info@ev-akademie-boll.de
Internet: www.ev-akademie-boll.de

Therapieverzicht am Lebensende aus Kostengründen?

Eine ethische Analyse

Prof. Dr. Georg Marckmann

Zum Problemhintergrund

Unter den Rahmenbedingungen der modernen Medizin stellt sich immer häufiger die Frage, ob wir alles tun sollen bzw. können, was medizinisch möglich ist. Zwei Aspekte sind für diese Entwicklung vor allem verantwortlich:

(1) Die Eingriffsmöglichkeiten der Medizin zur Lebensverlängerung sind in den letzten Jahren kontinuierlich gewachsen. Der medizinische Fortschritt vor allem im Bereich der Intensivmedizin erlaubt es in zunehmendem Maße, den Tod schwer kranker und leidender Menschen hinauszuschieben. Dabei herrscht weitgehende Einigkeit darüber, dass am Lebensende nicht alles, was die Medizin *kann*, auch tatsächlich durchgeführt werden *soll*. Das ethisch Richtige ergibt sich nicht aus dem technisch Möglichen. Damit stellt sich aber die Frage: Wann soll eine Behandlung, die das Leben noch weiter verlängern kann, abgebrochen werden? Hier wird eine individuelle Grenzziehung notwendig, eine Entscheidung zum Therapieverzicht, die häufig mit einer Entscheidung zu Sterben verbunden ist. Immer mehr Menschen sterben nicht plötzlich und unerwartet, sondern nach einer längeren Behandlungsphase aufgrund einer Entscheidung über den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen (van der Heide et al. 2003). Diese Entscheidungen zum Therapieverzicht stellen eine große Herausforderung nicht nur für die betroffenen Patienten, sondern auch für die beteiligten Ärzte dar. Erschwerend kommt hinzu, dass die Patienten häufig nicht mehr äußerungsfähig sind und damit nicht für sich selbst entscheiden können. Überdies ist unsere Gesellschaft von einer zunehmenden Pluralität von Wertüberzeugungen und Lebensstilen geprägt, sodass wir bei der Bewertung lebenserhaltender Maßnahmen nicht mehr auf einen allgemein verbindlichen Konsens zurückgreifen können.

(2) Darüber hinaus ist die moderne Medizin mit einer zunehmenden Mittelknappheit konfrontiert. Zum einen steigen die Ausgaben durch den medizinischen Fortschritt und die Alterung der Bevölkerung. Durch die steigende Lebenserwartung werden die Menschen immer älter, das Krankheitsspektrum ändert sich hin zu mehr chronischen und degenerativen Erkrankungen, die in der Regel einen längeren oder dauerhaften Behandlungsverlauf erfordern und damit hohe Kosten verursachen. Wie Abbildung 1 zeigt, steigen die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben in Abhängigkeit vom Alter, wobei die Krankenhauskosten den größten Anteil ausmachen. Vor allem die Interaktion zwischen medizinischem Fortschritt und Alterung der Bevölkerung (viele Innovationen kommen vor allem älteren Menschen zugute) wird die Kosten in die Höhe treiben.

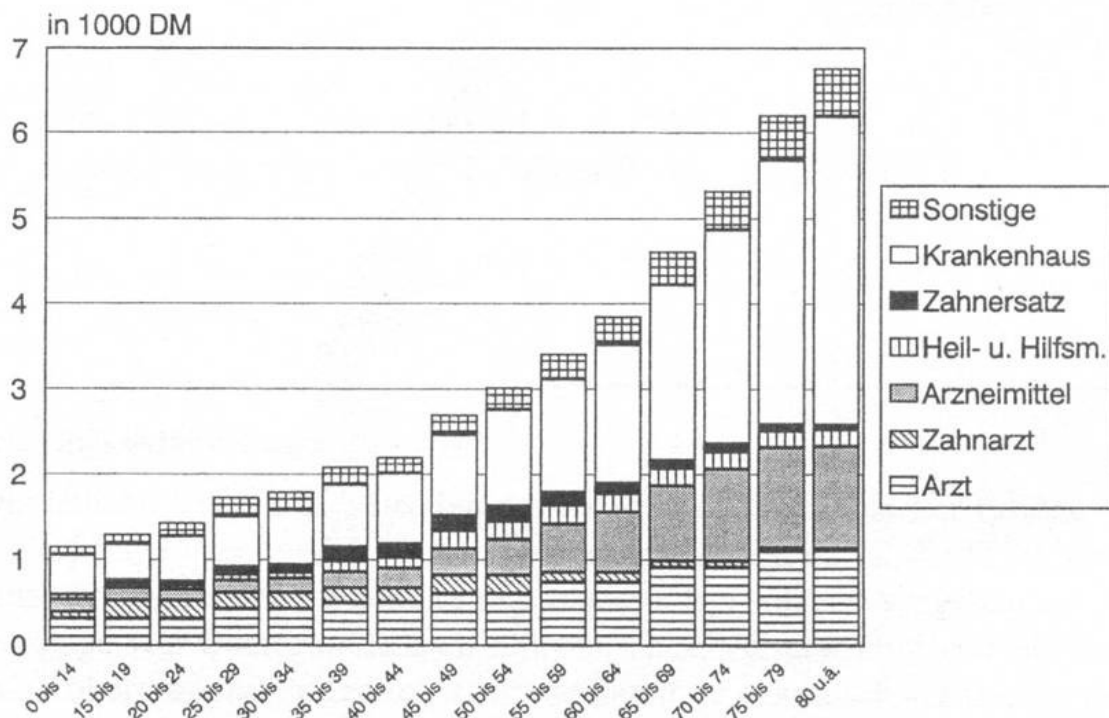


Abbildung 1: Pro Kopf Ausgaben in der GKV in Abhängigkeit vom Alter (Erbstrand et al. 1999)

Figure. Medicare Expenditures for Beneficiaries in Massachusetts During the Last Year of Life

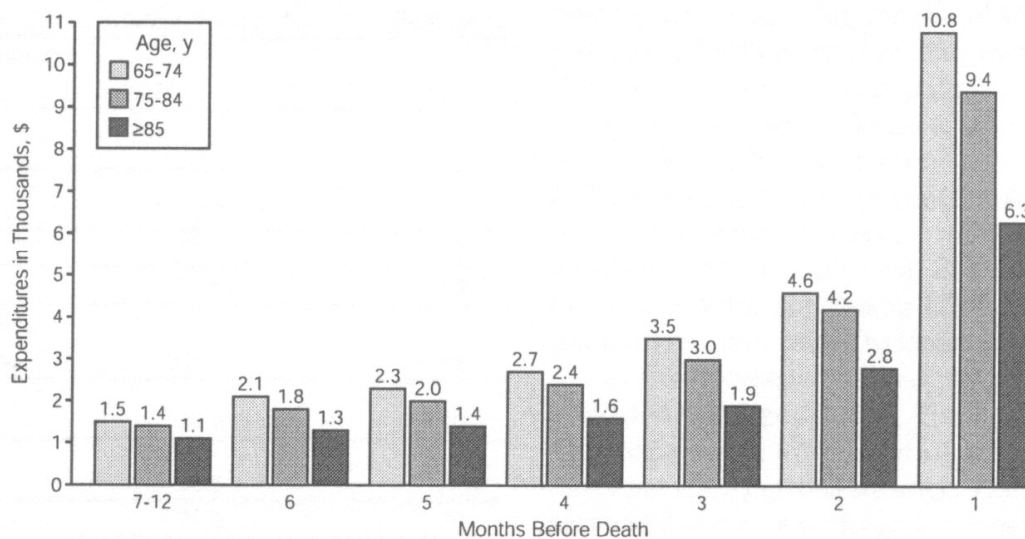


Abbildung 2: Medicare-Ausgaben in Massachusetts während des letzten Lebensjahres (Levinsky et al. 2001)

Dabei korrelieren die Gesundheitsausgaben nicht direkt mit dem Alter, sondern mit der verbleibenden Lebenszeit. Wie Abbildung 2 exemplarisch zeigt, steigen die Gesundheitsausgaben kurz vor dem Tod exponentiell an, wobei der Ausgabenanstieg mit zunehmendem Alter geringer ausfällt. Dieses

Ausgabenmaximum kurz vor dem Tod ist insofern besonders problematisch, als die Patienten von den eingesetzten Ressourcen für lebensverlängernde Maßnahmen keinen Nutzen mehr haben.

Den steigenden Ausgaben stehen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland sinkende Einnahmen durch die hohe Arbeitslosigkeit und den steigenden Altenquotienten gegenüber, der vor allem umlagefinanzierte Systeme wie die GKV vor erhebliche finanzielle Probleme stellt. Durch die zunehmende Diskrepanz zwischen dem medizinisch sinnvollen Machbaren und dem solidarisch Finanzierbaren wird nicht mehr alles Mögliche finanziert werden können und damit stellt sich die Frage, auf welche Maßnahmen wir verzichten sollen. Dieser Therapieverzicht steht dabei in einem ganz anderen argumentativen Kontext als der bereits erwähnte Therapieverzicht am Lebensende. Ich werde deshalb im Folgenden zwei Formen des Therapieverzichts unterscheiden, und zwar einen individualethischen und einen sozial- bzw. gerechtigkeitsethischen Therapieverzicht. Vor allem den gerechtigkeitsethischen Therapieverzicht werde ich in meinem Beitrag einer genaueren Analyse unterziehen.

Individuethischer vs. sozialetischer Therapieverzicht

Die beiden Formen des Therapieverzichts unterscheiden sich vor allem hinsichtlich der ethischen Rechtfertigung. Der *individualethische* Therapieverzicht ist allein durch den Willen oder das Wohlergehen des individuellen Patienten gerechtfertigt: Eine medizinische Maßnahme wird nicht durchgeführt, weil der Patient ihre Durchführung ablehnt oder weil die Maßnahme das Wohlergehen des Patienten nicht mehr fördern kann. Der Einzelne steht ganz im Mittelpunkt der ethischen Erwägungen und sollte nach entsprechender Aufklärung nach Möglichkeit selbst darüber entscheiden, ob auf die Durchführung einer diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme verzichtet werden soll. Beim *sozialetischen* bzw. *gerechtigkeitsethischen* Therapieverzicht besteht die ethische Rechtfertigung hingegen in der gerechten Verteilung knapper Ressourcen. Nicht Wohl und Wille des Einzelnen, sondern die Gemeinschaft steht im Fokus der Überlegungen: Wie können knappe Ressourcen gerecht verteilt werden? Wer soll welche Maßnahmen bekommen, wenn nicht mehr alle alles bekommen können, was ihnen möglicherweise hilft? Im Folgenden möchte ich zunächst den individualethischen Therapieverzicht erläutern und dann den Therapieverzicht aus gerechtigkeitsethischer Perspektive ausführlicher diskutieren.

Individuethischer Therapieverzicht

Ein Therapieverzicht ist aus individualethischer Perspektive genau dann gerechtfertigt, wenn (1) die Maßnahme dem Patienten keinen Nutzen oder insgesamt mehr Schaden als Nutzen bietet oder wenn (2) der Patient eine Weiterbehandlung ablehnt (Marckmann 2004). Ob eine Maßnahme einem Patienten noch einen Nutzen bietet, kann nicht allein auf der Grundlage medizinischen Fachwissens entschieden werden, sondern erfordert Bewertungen von Chancen und Risiken medizinischer Behandlungen (hinsichtlich Qualität und Wahrscheinlichkeit), von Behandlungszielen und von Lebensqualität: Bietet eine nebenwirkungsreiche Chemotherapie für einen Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung noch einen Nutzen, wenn die Heilungschancen gering sind? Wie ist die Lebensqualität mit einer Demenz zu bewerten? Handelt es sich bei einem Leben in irreversibler Bewusstlosigkeit um ein erstrebenswertes Behandlungsziel? Viele dieser Abwägungen verweisen letztlich auf strebsethische Fragen eines guten und gelingenden Lebens, lassen sich also folglich nur unter Zugrundelegung einer substanziellen Vorstellung des guten Lebens beantworten. Folglich sollten sich diese Entscheidungen nach Möglichkeit an den individuellen Wertüberzeugungen und Lebenshaltungen der

Patienten orientieren. Dies unterstreicht die Bedeutung der Patientenautonomie für den individual-ethischen Therapieverzicht, vor allem angesichts des Wertpluralismus in modernen Gesellschaften.

Besondere Schwierigkeiten treten auf, wenn die Patienten sich nicht mehr äußern und damit nicht mehr für sich selbst entscheiden können. Hier bietet sich ein mehrstufiges Entscheidungsverfahren an, das als Entscheidungsbaum in Abbildung 3 dargestellt ist. Nach Möglichkeit sollte zunächst auf den vorausverfügten, noch im einwilligungsfähigen Zustand *erklärten* Willen des Patienten zurückgegriffen werden. Dabei bestehen grundsätzlich drei verschiedene Möglichkeiten einer vorsorglichen Willensbekundung (Bundesärztekammer 1999): In einer *Patientenverfügung* können Patienten für den Fall des Verlusts der Einwilligungsfähigkeit festlegen, ob und in welchem Umfang sie in einer bestimmten Krankheitssituation behandelt werden möchte. Mit einer *Vorsorgevollmacht* können sie eine oder mehrere Personen bevollmächtigen, Entscheidungen mit bindender Wirkung für sie zu treffen. Eine *Betreuungsverfügung* unterbreitet dem Vormundschaftsgericht Vorschläge zur Person des Betreuers und zur inhaltlichen Ausgestaltung der Betreuung. In der Mehrzahl der Fälle wird man jedoch nicht auf eine Patientenverfügung zurückgreifen können. In diesem Fall lautet die Frage: Ist etwas über die individuellen Präferenzen, Wertüberzeugungen und Lebenseinstellungen des Patienten bekannt? Wenn ja, kann man versuchen, aus diesen den *mutmaßlichen Willen* des Patienten zu rekonstruieren. Hierbei können Gespräche mit den Angehörigen und engen Bezugspersonen hilfreich sein. Allerdings darf man die Schwierigkeiten dabei nicht unterschätzen: Mutmaßungen über den Patientenwillen bleiben immer spekulativ und folglich mit einer gewissen Irrtumswahrscheinlich behaftet (Emanuel und Emanuel 1992).

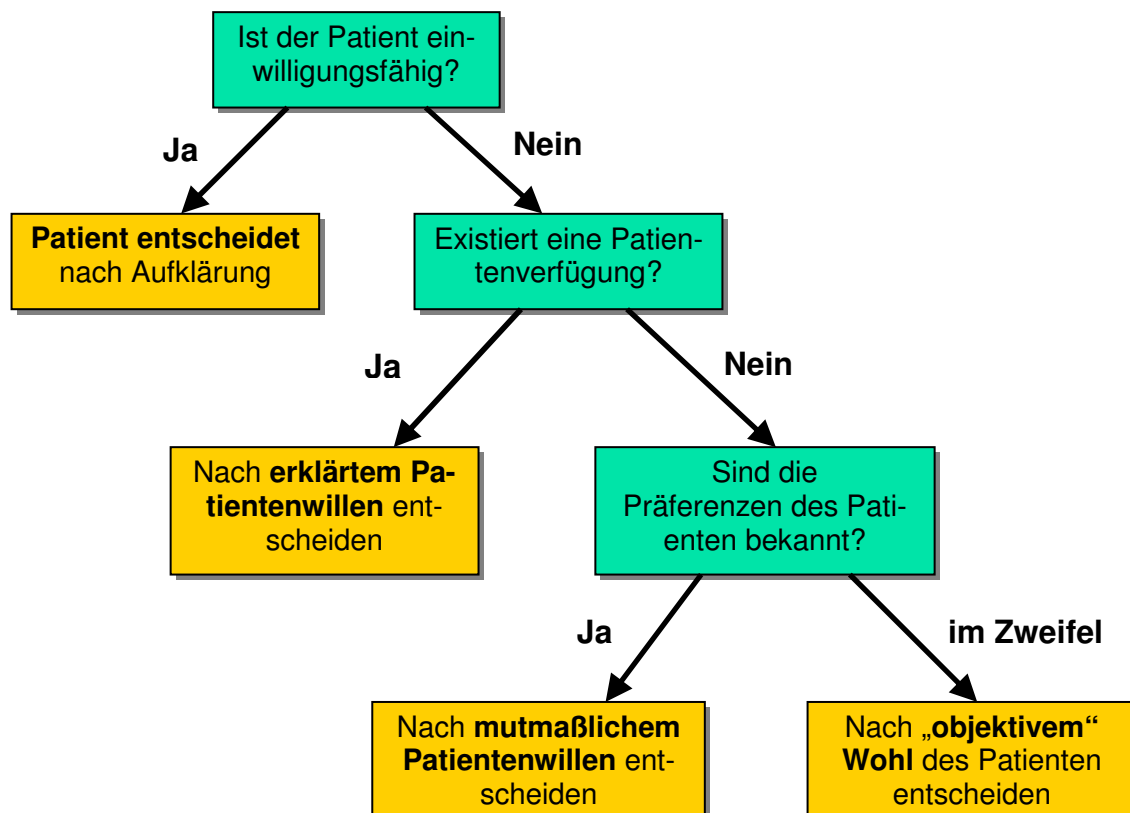


Abbildung 3: Mehrstufiges Vorgehen bei fehlender Einwilligungsfähigkeit

Im Zweifelsfall oder wenn Hinweise auf den mutmaßlichen Willen des Patienten vollkommen fehlen, kann sich die Entscheidung nur an allgemeinen Wertvorstellungen, d.h. am „objektiven“ Wohl des Patienten orientieren. Auf der Grundlage einer sorgfältigen Abschätzung von Nutzen und Risiken für den Patienten gilt es abzuwägen, ob die Fortsetzung der lebensverlängernden Maßnahmen als legitimationsbedürftiger Eingriff die Interessen des Betroffenen fördert – im Sinne einer „objektiven Interessenabwägung“ (Taupitz 2000). Vor allem in Grenzfällen kann dies jedoch schwierig sein, da man in der heutigen pluralistischen Gesellschaft nicht mehr ohne weiteres auf einen allgemein verbindlichen Wertekonsens zurückgreifen kann. Es erscheint deshalb sinnvoll, mehrere Personen in den Entscheidungsprozess einzubeziehen, um eine möglichst breite Vielfalt unterschiedlicher Perspektiven berücksichtigen zu können. Vor allem in Konfliktfällen kann es hilfreich sein, ein klinisches Ethik-Komitee (KEK) beratend hinzuziehen.

Betrachtet man die verschiedenen Stufen der Entscheidungsfindung, so fällt auf, dass die Selbstbestimmung des Patienten „von oben nach unten“ immer weiter verblasst. Die letzte Stufe, die Entscheidungsfigur der objektiven Interessenabwägung, erinnert stark an das traditionelle paternalistische Modell der Arzt-Patient-Beziehung, in der der Arzt fürsorglich für seinen Patienten entscheidet, welche Behandlung am besten ist. Hier wird deutlich, dass auch in einer Zeit, in der die Patientenautonomie zur obersten Richtschnur ärztlichen Handelns geworden ist, die ärztliche Fürsorge in Ausnahmefällen immer noch eine nicht unerhebliche Rolle spielt.

Sozialethischer Therapieverzicht

Der sozialethische Therapieverzicht rechtfertigt sich durch eine gerechte Mittelverteilung. Damit stehen wir jedoch vor der Frage: Wie sieht eine gerechte Mittelverteilung aus? Bei der Beantwortung dieser Frage treffen wir auf ein zweifaches Dilemma der Ethik: Zum einen gibt es nicht eine, sondern mehrere ethische Theorien der Gerechtigkeit, die jeweils unterschiedliche Implikationen für die Verteilung knapper Güter haben. Zum anderen haben die meisten Gerechtigkeitstheorien einen so hohen Abstraktionsgrad, dass aus ihnen in der Regel keine konkreten Vorgaben für die Verteilung knapper Gesundheitsleistungen abgeleitet werden können. Als Alternative verbleibt eine kohärentistische Begründung ethischer Verteilungsprinzipien, die sich nicht auf eine ausgearbeitete ethische Theorie beruft, sondern an weithin geteilten moralischen Überzeugungen anknüpft und versucht, ethische Prinzipien zu rekonstruieren und in einen kohärenten Zusammenhang zu bringen. Mithilfe dieses Ansatzes lassen sich weithin zustimmungsfähige Kriterien für eine gerechte Verteilung knapper Gesundheitsressourcen gewinnen.

Zunächst ist dabei von der Grundprämisse auszugehen, dass es gerechter ist, begrenzte Leistungen für alle zur Verfügung zu stellen als nur einem Teil der Bevölkerung unbegrenzt Leistungen zukommen zu lassen. Als *formale* Kriterien einer gerechten Verteilung sind zum Beispiel zu fordern:

- Transparenz
- Konsistenz (Gleichbehandlung)
- Legitimität
- Evidenzbasierung.

Als *materiale* Verteilungskriterien kommen in Frage:

- Medizinische Bedürftigkeit (Schweregrad der Erkrankung, Dringlichkeit der Behandlung)

- Nutzen der Behandlung
- Kosten-Effektivität (Effizienz) der Behandlung

Welche Kriterien ließen sich hieraus für einen sozialetischen Therapieverzicht ableiten? Eine Therapie sollte dann nicht durchgeführt werden, (1) wenn es sich nur um eine geringfügige Gesundheitsstörung handelt, (2) wenn der Nutzen für den Patienten gering oder unwahrscheinlich ist oder (3) wenn die Maßnahme ein schlechtes Kosten-Nutzen-Profil aufweist. Bei allen drei Kriterien ergeben sich jedoch Probleme der Grenzziehung: Was ist eine geringfügige Gesundheitsstörung? Was ist ein geringer oder unwahrscheinlicher Nutzen? Welcher Grenzwert ist für das Kosten-Nutzen-Verhältnis anzunehmen? Da hier keine allgemeinverbindlichen Grenzen vorgegeben sind und sich auch aus keiner Theorie ableiten lassen, wird es immer individuelle Einzelfallentscheidungen geben (müssen), die wesentlich von der individuellen Einschätzung des Einzelnen abhängt.

Dies ist aus gerechtigkeithethischer Perspektive problematisch, und zwar aus mehreren Gründen. Zunächst stellt die Abschätzung des Nutzens oder des Kosten-Nutzen-Verhältnisses für den Einzelnen eine Überforderung dar. Wenn Patienten diese Entscheidung zum Therapieverzicht selbst fällen, führt dies möglicherweise zu medizinisch irrationalen Entscheidungen. Sehr wahrscheinlich sind inkonsistente Allokationsentscheidungen, je nach dem wie die individuelle Einschätzung der Patienten hinsichtlich Nutzen, Kosten-Nutzen oder dem Schweregrad ihrer Erkrankung ausfällt. Dies führt zu einer Ungleichbehandlung der Patienten (sie werden in vergleichbaren medizinischen Situationen nicht gleich behandelt), was den Grundsätzen einer gerechten Verteilung knapper medizinischer Ressourcen widerspricht.

Vieles spricht deshalb dafür, den sozialetischen Therapieverzicht – wenn er denn nun einmal nicht zu vermeiden ist – oberhalb der Arzt-Patient-Beziehung nach explizit vorgegebenen, allgemein verbindlichen Standards zu verteilen (Marckmann 2003). Dies erhöht die medizinische Rationalität, die Transparenz und Konsistenz medizinischer Entscheidungen und verbessert damit die Gleichbehandlung der Patienten. Insgesamt handelt es sich dabei um eine gerechtere Form der Mittelverteilung, die einem einseitigen Therapieverzicht von Seiten des Patienten klar vorzuziehen ist.

Konvergenzen

Allerdings steht es außer Zweifel, dass der individuelle Therapieverzicht auch positive sozialetische Konsequenzen hat: Wenn Patienten auf Maßnahmen verzichten, weil diese ihnen keinen Vorteil mehr bringen, werden damit Ressourcen eingespart, die möglicherweise an anderer Stelle im Gesundheitswesen einen größeren Nutzen für die Patienten erzielen können. Diese – ökonomisch gesprochen – Reallokation mit größerem Grenznutzen kann die gerechte Ressourcenallokation fördern, da durch die freiwerdenden Ressourcen mehr bedürftigen Patienten geholfen werden kann. Vieles spricht deshalb dafür, die Möglichkeiten des individuelle ethischen Therapieverzichts zu fördern: Primär im Interesse der Betroffenen (individualethisch), sekundär im Interesse der Gemeinschaft (sozialetisch).

Welche Instrumente gibt es, um den individuelle ethischen Therapieverzicht zu unterstützen? Zwei Möglichkeiten, die klinisch-ethische Beratung und die Patientenverfügungen, möchte ich beispielhaft erwähnen:

1. *Klinisch-ethische Beratung:* Die klinisch-ethische Beratung, die auch im Rahmen eines klinischen Ethik-Komitees stattfinden kann, verfolgt die Zielsetzung, in schwierigen Entscheidungssituationen das Vorgehen herauszufinden, das am ehesten den Interessen des Patienten, d.h. seinem Willen und seinem Wohlergehen, entspricht. Primär handelt es sich folglich um eine *individualethische* Perspektive. Eine amerikanische randomisierte, kontrollierte Multicenter-Studie von Schneiderman et al. konnte jedoch zeigen, dass durch eine klinische Ethik-Beratung auch Ressourcen eingespart und damit ein sozialetisch erwünschter Effekt erzielt werden konnte (Schneiderman et al. 2003). An der Studie nahmen 551 Intensivpatienten teil, die nach dem Zufallsprinzip („randomisiert“) in zwei Gruppen eingeteilt wurden, von denen eine routinemäßig eine klinische Ethik-Beratung erhielt. Beide Gruppen unterschieden sich nicht hinsichtlich der Sterberate, die klinische Ethikberatung führte folglich nicht dazu, dass Patienten sterben, die sonst möglicherweise noch überlebt hätten. Die im Krankenhaus verstorbenen Patienten wiesen jedoch einen signifikant niedrigeren Ressourcenverbrauch auf: Sie verbrachten im Durchschnitt 2,95 Tage weniger im Krankenhaus ($p=0,01$), 1,44 Tage weniger in der Intensivstation ($p=0,03$) und 1,7 Tage weniger am Beatmungsgerät ($p=0,03$). Obwohl es das Ziel einer klinischen Ethikberatung ist, die Behandlung für den einzelnen Patienten zu optimieren, konnten dabei – als sekundärer Effekt – nicht unerhebliche Ressourcen eingespart werden. Dies bedeutet keinesfalls, dass klinische Ethik-Komitees eingerichtet werden sollten, um Kosten einzusparen. Die Befunde weisen allerdings darauf hin, dass die Ethikberatung ein wirksames Instrument darstellt, um Entscheidungen zum Therapieverzicht am Lebensende zu unterstützen. Wenn dabei lebensverlängernde Maßnahmen unterlassen werden, weil sie dem Patienten keinen Nutzen mehr bieten oder die Fortführung seinem Willen widerspricht, fördert das nicht nur die Interessen des Einzelnen, sondern durch eine geringere Beanspruchung von Ressourcen auch die Interessen der Gemeinschaft. Dies setzt jedoch voraus, dass die Patienten tatsächlich keinen Benefit von der Lebensverlängerung mehr hatten. Dies ist nicht notwendig der Fall, auch wenn das Leben nicht auf Dauer erhalten werden kann: Möglicherweise benötigt der Patient noch etwas Zeit, um sich von seinen Angehörigen zu verabschieden oder seine persönlichen Angelegenheiten zu regeln. Insofern sind auch die Ergebnisse der Studie von Schneiderman et al. mit einer gewissen Vorsicht zu interpretieren. In jedem Fall darf sich die Argumentation nicht umdrehen: Die Rechtfertigung eines Therapieverzichts ist primär individual-ethisch zu rechtfertigen. Mögliche positive sozialetische Folgen sollten stets ein sekundärer Effekt bleiben. Sofern ein Therapieverzicht aus sozialetischen Gründen erforderlich ist, sollten diese Entscheidungen nach Möglichkeit nicht im Einzelfall – und auch nicht von einem klinischen Ethik-Komitee – gefällt werden, sondern nach allgemein verbindlich vorgegebenen Versorgungsstandards.

2. *Patientenverfügungen:* Patientenverfügungen stellen ein Instrument für den einzelnen Patienten dar, mit dem dieser für den Fall des Verlusts der Entscheidungsfähigkeit festlegen kann, welche Behandlungen unter welchen Bedingungen durchgeführt werden sollten oder wer stellvertretend für ihn entscheiden sollte. Diese Vorausverfügungen könnten vor allem bei bewusstlosen und schwer dementen Patienten eine wichtige Entscheidungshilfe für die Frage des individual-ethischen Therapieverzichts darstellen. Empirische Untersuchungen zeigen, dass auf diese Weise auch Ressourcen eingespart werden können (zu Übersicht vgl. Emanuel 1996). Allerdings wird kontrovers beurteilt, ob in welchem Umfang Einsparungen tatsächlich erzielt werden können. Dies erscheint aber auch von nachrangiger Bedeutung zu sein: Im Vordergrund sollte auch hier die individual-ethische Frage stehen, ob ein weiterer Ressourceneinsatz den Patienten nützt oder ihrem Willen entspricht. Allein aus diesem Grund sollte der Einsatz von Patientenverfügungen gefördert werden. Wenn bei Berücksichtigung des individuellen, vorab erklärten Patientenwillens dann Mittel eingespart werden können, ist dies ein positiver sozialetischer Nebeneffekt, der auch immer ein Nebeneffekt bleiben sollte.

Fazit

Der medizinische Fortschritt und der demografische Wandel erfordern immer häufiger explizite Entscheidungen über den Therapieverzicht, nicht nur, aber doch häufig auch am Lebensende: Man sollte „nicht alles Mögliche tun“... Die moderne Medizin stellt damit erhebliche Herausforderungen gleichermaßen an Patientinnen und Patienten wie Ärztinnen und Ärzte: Wann soll auf eine medizinisch noch mögliche Behandlung verzichtet werden? In Abhängigkeit von der ethischen Rechtfertigung kann man zwei unterschiedliche Formen des Therapieverzichts unterscheiden: Beim *individualethischen* Therapieverzicht stehen die Interessen des einzelnen Patienten im Vordergrund, beim *sozialethischen* Therapieverzicht liegen demgegenüber Gerechtigkeitsabwägungen und damit eine überindividuelle Perspektive zugrunde. Ein individualethischer Therapieverzicht sollte erfolgen, wenn die Maßnahme dem Patienten keine Nutzen oder insgesamt mehr Schaden als Nutzen bietet oder wenn die Durchführung dem Willen des Patienten widerspricht. Hierbei handelt es sich in der Regel um sehr individuelle Entscheidungen der persönlichen Lebensführung, weshalb der Patientenautonomie eine herausragende Bedeutung für den Therapieverzicht zukommt. Ein sozialethisch begründeter Therapieverzicht im Einzelfall ist hingegen ethisch problematisch, da es bei den relevanten Kriterien (geringfügige Gesundheitsstörung, geringer zu erwartender Nutzen, schlechtes Kosten-Nutzenverhältnis) keine allgemein verbindlichen Grenzziehungen gibt, sodass es letztlich von der individuellen Einschätzung der beteiligten Personen abhängt, ob eine Maßnahme durchgeführt wird oder nicht. Dies stellt für die Patienten eine Überforderung dar und führt zu medizinisch möglicherweise irrationalen, sicher aber inkonsistenten, d.h. von Fall zu Fall wechselnden Allokationsentscheidungen. Dies widerspricht einer gerechten Ressourcenverteilung, bei Patienten mit einer vergleichbaren Erkrankung auch gleich behandelt werden sollten. Es erscheint deshalb geboten, sozialethische Entscheidungen zum Therapieverzicht nach transparenten, explizit formulierten und allgemein verbindlichen Standards vorzunehmen. Allerdings können individualethische Entscheidungen zum Behandlungsverzicht über einen Grenznutzenausgleich durchaus positive sozialethische Konsequenzen haben. Eine Unterstützung der individuellen Entscheidungen zum Therapieverzicht erscheint damit nicht nur individual-, sondern auch sozialethisch geboten. Mögliche Instrumente hierfür sind die klinische Ethik-Beratung, z.B. im Rahmen eines klinischen Ethik-Komitees, oder Patientenverfügungen. Im Vordergrund sollte bei diesen Instrumenten immer die Sorge um das individuelle Schicksal des Einzelnen stehen. Hierfür ein unterstützendes Umfeld zu bieten, stellt eine große kulturelle Herausforderung für die moderne Medizin dar. Dabei sollte man im Blick behalten, dass der Verzicht auf eine Therapie nicht notwendig ein Verlust ist, sondern möglicherweise auch ein Gewinn, eine Chance, das Leben – und vielleicht auch die letzte Lebensphase – ohne die Belastung eingreifender medizinischer Maßnahmen zu gestalten.

Literatur

- Bundesärztekammer. Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen. Deutsches Ärzteblatt 1999;96(43):A-2720-21.
- Emanuel EJ. Cost savings at the end of life. What do the data show? *Jama* 1996;275(24):1907-14.
- Emanuel EJ, Emanuel LL. Proxy decision making for incompetent patients. An ethical and empirical analysis [see comments]. *Jama* 1992;267(15):2067-71.

- Erbsland M, Ried W, Ulrich V. Die Auswirkungen der Bevölkerungsstruktur auf Ausgaben und Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Wille E (Hg.) Entwicklung und Perspektiven der Sozialversicherung. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 1999, S. 173-196.
- Levinsky NG, Yu W, Ash A, Moskowitz M, Gazelle G, Saynina O et al. Influence of age on Medicare expenditures and medical care in the last year of life. *Jama* 2001;286(11):1349-55.
- Marckmann G. Leitlinien zwischen Qualitätsverbesserung und Kostenkontrolle. In: Dietrich F, Imhoff M, Kliemt H (Hg.) Standardisierung in der Medizin. Qualitätssicherung oder Rationierung? Stuttgart: Schattauer 2003, S. 237-252.
- Marckmann G. Lebensverlängerung um jeden Preis? Ethische Entscheidungskonflikte bei der passiven Sterbehilfe. *Ärzteblatt Baden-Württemberg* 2004;59(9):379-382.
- Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD, Dugan DO, Blustein J, Cranford R et al. Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial. *Jama* 2003;290(9):1166-72.
- Taupitz J. Die Situation des nicht äußerungsfähigen Patienten ohne (erreichbaren) Vertreter. In: (Hg.) Verhandlungen des 63. Juristentages Leipzig 2000. München: C. H. Beck 2000, S. A36-51.
- van der Heide A, Deliens L, Faisst K, Nilstun T, Norup M, Paci E et al. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *Lancet* 2003;362(9381):345-50.

Anschrift des Autors

Prof. Dr. Georg Marckmann, MPH
Universität Tübingen
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin
Schleichstr. 8, 72076 Tübingen
Tel. 07071/29-78032
Fax 07071/29-5190
E-Mail: georg.marckmann@uni-tuebingen.de