

## Leitthema

Notfall Rettungsmed 2007 · 10:189–196  
 DOI 10.1007/s10049-007-0895-6  
 Online publiziert: 20. März 2007  
 © Springer Medizin Verlag 2007

S. Reiter-Theil · H. Albisser Schleger  
 Institut für Angewandte Ethik und Medizinethik (IAEME), Universität Basel

# Alter Patient – (k)ein Grund zur Sorge?

## Ethische Fragen im Lichte empirischer Daten

### Redaktion

W. Dick, Mainz  
 S. Reiter-Theil, Basel

Drei Fragen sollen unsere Untersuchung leiten und auf diese Weise empirische Anhaltspunkte für eine ethische Reflexion liefern:

1. Ist das Alter des Patienten ein Faktor bei Therapieentscheidungen?
2. Spielt Alter bei der Allokation von medizinischen Ressourcen eine Rolle?
3. Wenn dies so wäre – müsste man dies als „Ageism“, also als eine ungerechte Diskriminierung alter Menschen zurückweisen?

Empirisch gestützte Antworten auf die beiden ersten Fragen sind häufig ambivalent: Je nachdem, welche Gebiete oder Studien konsultiert wurden, fallen die Einschätzungen unterschiedlich aus [19]. Aus heutiger Sicht mehren sich jedoch die Anzeichen, dass das Problem – auch am Krankenbett – zunehmend wahrgenommen wird [1] und dass sich der Faktor Alter auch deutlicher als bisher sichtbar auf Therapieentscheidungen auswirkt [12].

Die ethische Beurteilung der 3. Frage nach der ethischen Beurteilung von Altersrationierung ist besonders komplex. Eine Diskriminierung nach Alter wird in der Literatur kontrovers diskutiert und im deutschsprachigen Raum überwiegend abgelehnt. Es gibt jedoch auch Stimmen, die dafür plädieren, jüngere Menschen zu bevorzugen: Die Älteren hätten ihr Leben gehabt und ihnen dürfe am ehesten ein Verzicht abverlangt werden [25]. Verschiedene angloamerikanische Autoren rechtfertigen die altersabhängige Begrenzung medizinischer Maßnahmen [7, 8, 25].

Auch einzelne deutsche Autoren unterstützen diese Ansätze aus ökonomischer und v. a. versicherungsmathematischer Sicht [5]. Widerspruch kommt dagegen aus ethischer Perspektive [15, 19] mit dem Argument, eine Diskriminierung (nur) nach Alter sei mit universellen ethischen Prinzipien nicht zu rechtfertigen.

Wer soll solche Entscheidungen überhaupt treffen? Diese Frage spricht die Grundhaltung der Ärzte – und auch die Ausrichtung des Gesundheitswesens – zwischen einem am Patientenwillen orientierten Respekt einerseits und einer paternalistischen Vorgehensweise andererseits an. Welchen Status haben „alte Patienten“ in der Medizinethik? Patienten und ihre Rechte sind ein Herzstück in der medizinethischen Literatur. Die prinzipienorientierte Medizinethik geht – als Theorie – von universellen Ansprüchen aus, anerkennt aber auch die Unvollkommenheit der Praxis und die vielfältigen Gründe dafür [3]. Die Geltung der Prinzipien Respekt und Gerechtigkeit, Hilfe und Schutz vor Schaden wird insbesondere für besonders vulnerable Patienten(gruppen) geltend gemacht; sie fordert eine starke Verbindlichkeit der ethischen Prinzipien gerade für jene, die sich selbst kaum verteidigen können. Vor diesem Hintergrund ist es also schwierig, mit ethischen Argumenten eine Diskriminierung zu rechtfertigen.

Das Prädikat „vulnerabel“ bezeichnet eine reduzierte Anpassungsfähigkeit des Organismus an eine sich ständig ändernde Umwelt. Menschen können auf Grund verschiedener Merkmale als „vul-

nerabel“ angesehen werden: zu den Betroffenen gehören hochbetagte Menschen ebenso wie schwerstkranke, sterbende oder Notfallpatienten. Zu unterscheiden ist einerseits zwischen solchen biomedizinischen Merkmalen, die Verletzlichkeit hervorbringen, und sozialen Aspekten andererseits, z. B. gesellschaftliche Marginalisierung, Schwächung der rechtlichen Position, etwa wegen des Verlusts der Selbstbestimmung – auch diese bergen das Risiko einer Diskriminierung. Menschen mit besonderer Verletzlichkeit gleich welchen Ursprungs sollte in einer solidarischen Gesellschaft besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden, um ihre Nachteile möglichst zu kompensieren.

Kommen wir zurück auf die Frage der ärztlichen Grundhaltung in Bezug auf Therapieentscheidungen und die dafür relevanten Kriterien. Es wird immer wieder behauptet, in Europa stehe die ärztliche Entscheidung gegenüber dem Patientenwillen deutlich im Vordergrund [23, 24]. Sofern dies zutrifft, die Entscheidung über eine Therapie aber auf rein medizinischen Kriterien aufbaut – und soziale Aspekte wie das Alter oder die gesellschaftliche Stellung des Patienten unberücksichtigt lässt –, ist ein Vorwurf der Altersdiskriminierung (Ageism) nicht angebracht. Am ehesten könnte man diskutieren, ob diese Haltung mit einem traditionellen Paternalismus korrespondiert

<sup>1</sup> Das Projekt wurde vom Schweizer Nationalfonds (SNF) unterstützt: Projektnummer 3200-068649/1 und 3200-068649/2.

[19]. Sofern sich jedoch empirisch solide Anzeichen dafür finden, dass nicht-medizinische Faktoren wie z. B. das Alter des Patienten doch eine Rolle spielen, sollte die Auseinandersetzung über das Für und Wider einer Diskriminierung nach Alter nicht weiter vermieden werden. Es spricht viel dafür, dass wir heute solche Anzeichen haben.

### Einsichten aus empirischen Ethikstudien

Die Untersuchung ethischer Fragen in der Medizin hat sich in den letzten Jahren – zuletzt auch in Europa – für empirische Fragestellungen geöffnet. Dabei geben sowohl quantitative als auch qualitative Methoden wertvolle Einblicke und erlauben eine fundierte Diskussion ethischer Fragen: Es geht darum, den in der (abstrakten) ethischen Analyse wirksamen Sachverstand mit einer adäquaten und intersubjektiven Einschätzung der Realität zu verbinden, um so zu relevanten Aussagen zu gelangen [20, 22].

Als Fundierung werden im Folgenden 3 Studien herangezogen, die auf unterschiedliche Weise Einblick in die Fragen gewähren, ob und ggf. inwiefern dem Alter des Patienten eine Bedeutung für Therapieentscheidungen bzw. die Mittelallokation zukommt. Herangezogen werden:

- Eine Interviewstudie in der präklinischen Notfall- und Rettungsmedizin,
- eine Interviewstudie über Fragen der Therapiebegrenzung am Lebensende im stationären Bereich,
- eine Fragebogenerhebung in 4 europäischen Ländern über Rationierung am Krankenbett, sowohl aus ambulanter als auch aus klinischer Perspektive.

### Patientenalter und Entscheidung für oder gegen Reanimation

Eine Interviewstudie mit 30 Mitgliedern eines Notfall- und Rettungsteams liefert Daten zu der Frage, ob und inwiefern das Alter des Notfallpatienten für die Entscheidung zu reanimieren – oder nicht zu reanimieren – eine Rolle spielt. Die Studie wurde im Rahmen einer medizinischen Dissertation in Basel durchgeführt ([14];

Publikation in Vorbereitung). Die Methodik folgt dem problemzentrierten Interview; die verbatim transkribierten Protokolle wurden einer anonymisierten qualitativen Analyse zugeführt. Mit der gezogenen Stichprobe wird das Personal der Institution, das sowohl aus Notärzten und Rettungssanitätern besteht, angemessen repräsentiert.

Das Thema „Alter des Patienten“ stellt in dieser Studie einen Teilaspekt der Fragestellungen dar und greift dabei auf Vorläuferstudien aus derselben Arbeitsgruppe zurück [4]. Zu dieser Methodik gehört es, den Gesprächspartnern Fallvignetten als Teil des Interviews vorzulegen und daran einige Variablen – wie z. B. das Patientenalter – systematisch zu variieren, um deren Einfluss auf die Behandlungskonsequenzen zu erfragen. Ebenfalls Teil des methodischen Ansatzes dieser Arbeitsgruppe ist es, stets authentische Fallvignetten zu verwenden, keinesfalls Lehrbuchbeispiele oder konstruierte Fälle [20]. So wurde u. a. eine Fallvignette präsentiert, die einen Einsatz des Rettungsteams im Haus der Patientin darstellt. Dabei wurde das Alter der Kranken deutlich variiert zwischen 64, 84 und 32 Jahren.

Zur Illustration der Problematik und des Antwortspektrums werden hier authentische Überlegungen der Interviewpartner wiedergegeben, die für die Stichproben der Befragten (15 Rettungssanitäter, 15 Notärzte) charakteristisch sind.

### Was sagen Sanitäter?

- Bei einer 64-jährigen Patientin würden alle befragten 15 Sanitäter reanimieren, 2 würden die Maßnahmen verstärken.

S2: „Dann würde ich ihn (den Notarzt) anbieten. Weil, dann kann man immer noch sagen, 20 Jahre kann man jemandem noch schenken, wenn es wirklich etwas nützt. Aber von 84 auf 104, 20 Jahre, das ist fast nicht möglich.“

- Bei einer 32-jährigen Patientin gaben alle 15 Sanitäter an, die Reanimation unverzüglich zu beginnen.

S14: „Das habe ich schon gemerkt, aber das ist auch für mich eine relativ logische Ab-

folge, je jünger der Patient ist, desto länger, desto exzessiver wird reanimiert und werden wirklich Maßnahmen ergriffen, wo man sonst denkt, das sprengt jeden ethischen Rahmen und finanziellen Rahmen sowieso. Aber je jünger sie sind, desto großzügiger wird man.“

### Was sagen Notärzte?

- Bei einer 64-jährigen Patientin, würden 11 Notärzte (von 15) reanimieren, 2 würden die Maßnahmen verstärken.

A1: „Ich glaube eben, dass man tendenziell wahrscheinlich mehr reingibt, wenn die Patienten jünger sind. Das geht wahrscheinlich allen so, was ich so gemerkt habe im Rea-Raum, dass sie dann mehr Bemühungen machen. So mit 84 irgendwie sagt man sich dann, ja, sie hat wahrscheinlich ihr Leben gelebt und es war vielleicht gut so.“

- Bei einer 32-jährigen Patientin würden 11 Notärzte intensivere Reanimationsbemühungen durchführen, speziell mögliche Ursachen diagnostizieren und die Patientin gegebenenfalls unter laufender Reanimation ins Krankenhaus bringen.

A3: „Das ist hart, habe ich schon erlebt. Das ändert nichts am Vorgehen in dem Sinn. Ich glaube schon, dass wir uns vielleicht ein bisschen länger und schwer tun, das nicht Vermeidbare zu akzeptieren, das glaube ich schon, dass wir da aggressiv sind.“

Das „Alter“ – vor allem aber die Jugend eines Patienten – wird durchaus als ein Kriterium für Entscheidungen über eine Reanimation angegeben, und zwar sowohl von den befragten Rettungssanitätern, als auch von den befragten Notärzten. Dabei wird differenziert, ob, wie intensiv und wie lange reanimiert wird.

### Alter als „sekundärer Faktor“?

Der folgende ausführliche Textauszug verdeutlicht stellvertretend die Gedankengänge der befragten Gruppe:

S8: „Wenn ich nur einen Zweifel habe, dass der Patient nicht ganz tot sein könnte, wenn ich nur irgendwie eine kleine Chance sehe, dass noch etwas zu machen ist...“

Notfall Rettungsmed 2007 · 10:189–196 DOI 10.1007/s10049-007-0895-6  
© Springer Medizin Verlag 2007

S. Reiter-Theil · H. Albisser Schlegler

### Alter Patient – (k)ein Grund zur Sorge?. Ethische Fragen im Lichte empirischer Daten

#### Zusammenfassung

**Hintergrund:** Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Frage, ob und inwiefern das Alter des Patienten bei Therapieentscheidungen eine Rolle spielt.

**Material und Methoden:** Als empirische Grundlage werden aktuelle Daten aus 2 Interviewstudien zu ethischen Fragen in der Rettungs- und Intensivmedizin bzw. der Geriatrie herangezogen sowie eine Fragebogenstudie bei Allgemeinärzten und Internisten (ambulant und stationär tätig) in 4 europäischen Ländern.

**Ergebnisse:** Demnach besteht Evidenz, dass das Alter des Patienten faktisch durchaus ein wirksamer Faktor bei der Therapieentscheidung bis hin zum Vorenthalten adäquater Maßnahmen ist. Zu unterscheiden ist dabei zwischen einer Wirksamkeit des Faktors Alter

einerseits und der Legitimation, Therapie nach dem Alter des Patienten zuzuteilen oder vorzuenthalten. Ob eine solche Unterscheidung nach Alter ethisch akzeptabel ist, wird international kontrovers beurteilt. Die Daten der Studien werden im Lichte ethischer Argumente diskutiert.

**Schlussfolgerung:** Nach einer Übersicht über das Für und Wider der Altersrationierung wird die Schlussfolgerung vertreten, dass die Argumente gegen eine Diskriminierung nach Alter überwiegen. Die Arbeit schließt mit (ethischen) Empfehlungen für die Praxis.

#### Schlüsselwörter

Therapieentscheidungen · Alter · Ressourcen · Allokation · Gesundheitswesen

### Aged patient – (no) reason to worry? Ethical questions in the light of empirical data

#### Abstract

**Background:** The paper deals with the issue whether and how far the age of the patient plays a role in treatment decisions.

**Materials and methods:** Recent data from two interview studies on ethical questions in emergency, intensive and geriatric care as well as a survey with general practitioners and internists (both in- and outpatient care) in four European countries are presented.

**Results:** According to this empirical basis there is evidence that the age of the patient does in fact influence treatment decisions, even regarding the withholding of adequate measures. It has to be distinguished between age as an influential factor and the legitimat-

ing to allocate or withhold health resources according to the patient's age. Whether or not such a distinction by age is ethically acceptable, is a matter of debate internationally.

**Conclusions:** The paper gives an overview about the pros and cons of rationing by age and provides a conclusion that the arguments against are prevailing. It closes with (ethical) recommendations for practice.

#### Keywords

Treatment decisions · Ageing · Resources · Allocation · Health care professionals

*Jemand, der natürlich jünger ist, 64, 70, das ist ein Alter, wo man noch absolut, es gibt schon das Alter, also 95, es gibt wirklich ein Alter, wo man sagen muss, mein Gott, der Mensch hat sein Leben gelebt. Aber sonst kann man auch sagen, je weiter runter, desto dramatischer, je jünger.*

*Aber ich habe für mich keine Altersgrenze, wo ich sage, was über 70 ist, Zeit zum Sterben, was unter 70 ist, reanimieren wir noch. Das kann man nicht, das fände ich auch schrecklich.*

*Für mich ist wirklich die Entscheidung, eine Reanimation ja oder nein, sicher auch eine Altersentscheidung, ganz als letzte Grundlage, aber zuerst, die Hauptentscheidung ist, reanimiere ich oder reanimiere ich nicht. Gibt es etwas zu reanimieren oder gibt es nichts zu reanimieren. Ist etwas da, was ich holen kann, ist noch etwas zu erwarten.*

*Nein, das geht mir zu sehr aufs Alter. Häufig weiß ich das Alter im Moment auch überhaupt nicht. Da geht es mir wirklich drum, Reanimation ja oder nein, das mache ich aufgrund der Vitalparameter, aufgrund davon entscheide ich das. Da ist das Alter absolut sekundär.“*

Das „Alter“ wird von den 30 Befragten meist nicht als ein unabhängiges Kriterium für Entscheidungen über eine Reanimation beurteilt, sondern als ein relatives Kriterium, das v. a. mit den Erfolgsaussichten der Maßnahme verbunden wird.

### Therapieentscheidungen am Lebensende

Im Rahmen eines mehrteiligen Projekts unter Mitwirkung von klinischen Abteilungen der Geriatrie und der Intensivmedizin konnte eine repräsentative Stichprobe von 52 Ärzten und Pflegekräften ausführlich über Entscheidungen am Lebensende interviewt werden<sup>1</sup>. Aus den reichhaltigen Daten sollen hier authentische Zitate zur Bedeutung des Alters bei Therapieentscheidungen vorgestellt und diskutiert werden [1].

Wir erweitern damit das Spektrum der Notfall- und Rettungsmedizin und wenden uns dem Patientenkreis der Schwerkranken und Sterbenden zu. Diesen Zusammenhang herzustellen, erscheint für unsere Fragestellung wichtig. In der Debatte um die Zulässigkeit von Therapie-

begrenzungen zum Wohle des Patienten, also wenn es darum geht, ihm eine Verzögerung des Sterbeprozesses zu ersparen und ihn in Ruhe sterben zu lassen, wird aus klinischer Perspektive mitunter geltend gemacht, man dürfe Behandlungen nicht einstellen, die mit hohem Aufwand im Rettungseinsatz begonnen wurden. Zugleich wird der Vorwurf erhoben, es würden auch Notfallpatienten gebracht, bei denen keine Erfolgsaussichten mehr bestünden, die also eigentlich gar nicht hätten „gerettet“ und eingeliefert werden sollen. Auf Seiten der Notfallmedizin wird demgegenüber die Maxime des Einsatzes „im Zweifel für das Leben“ auch unter Berufung auf rechtliche Vorgaben für legitim gehalten. Diese Diskrepanz der Problemwahrnehmungen entsteht vor dem Hintergrund, dass ein Dialog an der Schnittstelle zwischen Rettungsdienst und Klinik noch wenig etabliert ist. Die Gründe und legitimen Entscheidungsspielräume für das Beenden begonnener oder das Unterlassen neuer Maßnahmen zur Lebenserhaltung bedürfen auf beiden Seiten einer weiteren Aufklärung und des Austauschs.

Im Rahmen eines mehrteiligen Projekts in klinischen Abteilungen der Geriatrie und der Intensivmedizin konnten 52 Ärzte und Pflegekräfte ausführlich über Entscheidungen am Lebensende interviewt werden. Die qualitative Interviewstudie analysierte informelle Wissensstrukturen von Pflegenden und Ärzten. Als Grundlage der ethischen Meinungsbildung war dabei die Fragestellung von besonderem Interesse, inwieweit die beiden Faktoren „Alter“ und „Kosten“ Therapieentscheidungen am Lebensende beeinflussen. Als Auswertungsmaterial dienten Aussagen von Ärzten und Pflegefachkräften zu „Alter“ und „Kosten“. Diese wurden nicht durch explizite Fragestellungen über Ageism oder Rationierung hervorgerufen, sondern erfolgten spontan. Die regelrecht transkribierten und zu sog. Paraphrasen weiterverarbeiteten Aussagen wurden einer systematischen Inhaltsanalyse unterzogen, und zwar anhand von qualitativen und quantitativen Analyseschritten [16, 17]. Aus der Datenanalyse sollen hier authentische Zitate zur Bedeutung des Alters bei Therapieentscheidungen vorgestellt und diskutiert werden.

## Einfluss des Faktors „Alter“

Ungefähr drei Viertel aller spontan geäußerten Zitate zum Faktor „Alter“ besagen, dass Therapieentscheidungen am Lebensende tendenziell durch den Faktor „Alter“ beeinflusst werden. Nur etwa ein Viertel der Zitate bringen das Gegenteil zum Ausdruck.

Es werden 4 Argumentationslinien für den Faktor „Alter hat tendenziell Einfluss auf Therapieentscheide“ erkennbar.

### „Alter“ und negatives Zustandsbild

Die befragten Ärzte und Pflegenden berücksichtigen das Alter bei Therapieentscheiden zur Therapiebegrenzung dann, wenn hohes Lebensalter mit Multimorbidität oder einer Akuterkrankung bei fortgeschrittener degenerativ-progredienter Grunderkrankung verbunden ist, bei infauster Prognose oder angesichts sozialer Einflussvariablen wie „keine Angehörige“.

Aus ethischer Perspektive macht die Schilderung eines Arztes mit langjähriger Berufserfahrung über das Verhalten von Berufskollegen nachdenklich. Er beschreibt die Situation eines geriatrischen, wegen einer Infektion hospitalisierten Patienten „wo viele eben sagen, ja, er ist demenz, was wollen Sie da“ (2, 5, 12–13, Referenz im transkribierten Interview). Das Vorliegen einer demenziellen Erkrankung als Voraussetzung für Therapiebegrenzung wird von mehreren Interviewpartnern angesprochen, wenn auch nicht mit dem klaren Fazit des Therapieabbruchs.

### Vergleich zwischen Altersgruppen

Therapieentscheidungen am Lebensende können in Abhängigkeit vom Lebensalter unterschiedlich erfolgen. Dies ist die am stärksten ausgeprägte Antwortkategorie. Ein junger Assistenzarzt artikuliert seine Problemwahrnehmung: „Bei Älteren ist man eher ein bisschen defensiv – nicht bei einem 50-jährigen, wo man dann alles macht und den man intensiv und aggressiv therapieren wird“ (2, 13, 41). Ähnlich ist die Aussage einer Intensivpflegefachfrau: „bei einem jungen Patienten oder einem Kind, da machen wir alles. Sie haben noch nichts vom Leben gehabt. Das muss man ihnen schenken“ (3, 8, 39).

Ein im Vergleich zwischen den Altersgruppen unterschiedliches therapeutisches Vorgehen wird allerdings auch damit begründet, dass jüngere Patienten gegenüber den Älteren günstigere Bedingungen und eine bessere Prognose aufweisen. Dieser Äußerung hält ein Intensivmediziner entgegen, „dass Alter kein Risikofaktor für das Überleben auf der Intensivstation“ darstellt (3, 9, 19).

### „Alter“ als alleiniges Kriterium

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

### Restkategorie

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

## Einfluss des Faktors „Alter“ am Lebensende nicht primär

Im folgenden Abschnitt werden Ausführungen von Pflegenden und Ärzten beleuchtet, die sich tendenziell gegen eine Orientierung am „Alter“ – im Sinne eines Kriteriums mit Gültigkeitsanspruch – bei Therapieentscheidungen am Lebensende aussprechen.

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

## Hohes Lebensalter kein Indikationskriterium

Eine Pflegefachfrau fokussiert das unabhängig vom Lebensalter gesetzlich verankerte Recht auf medizinische Behandlung: „Also jeder, unabhängig von Alter, hat das Recht, von einem Angebot zu profitieren, wenn es möglich ist“ (2, 19, 100). Ein Arzt mit langjähriger Berufserfahrung wehrt sich gegen festgelegte Altersgrenzen für bestimmte medizinische Leistungen: „das Alter kann kein Rationierungsgrund sein, irgendeine medizinische Leistung vorzuenthalten... Wir wehren uns dagegen, irgend eine Altergrenze von uns aus festzulegen...“ (1, 3, 24). Das „Alter“ wird in dieser Kategorie bei Therapieentscheidungen nicht im kalendarischen Sinne berücksichtigt, sondern eher relativ, in Abhängigkeit von der physischen und sozialen Situation.

## Kurative Therapie trotz schlechten Allgemeinzustands

„...für mein Gefühl wird manchmal extrem viel über Wochen und Monate unternommen, um jegliche schwerstkranken alte Menschen aus diesem Zustand herauszubringen, wo dann die Frage ist, was haben die hinterher noch für eine Lebensqualität“ (3, 14, 15, Intensivpflegefachfrau). Hier stellt sich die Frage nach der Begründung für eine Weiterführung kurativer Therapie. Erschwert das große Spektrum medizinischer Möglichkeiten das Aufhören? Sind fehlende strukturelle Rahmenbedingungen der Grund für Probleme einer angemessenen Entscheidungsfindung?

Ein Intensivmediziner postuliert, dass Aspekte wie „Alter“ und „Kosten“, die aus Intensivpflege resultieren, schon vor einer Operation überlegt werden müssen: „Wenn ein Mensch bereits im System drin ist, kann man ihn nicht einfach wieder lassen“ (3, 6, 36). Es ist darüber hinaus möglich, dass „Angehörige Druck machen“ und für einen hoch betagten, schwerkranken Patienten weitere Therapiemaßnahmen wünschen (2, 5, 23–25, Arzt). In eine ähnliche Richtung geht auch das Zitat eines weiteren Arztes: „Das hat sich verändert in den letzten 5 Jahren, dass bis ins hohe und höchste Alter von den behandelnden Ärzten und Pflegenden verlangt wird, dass eigentlich das ganze Spektrum und Angebot der medizinischen Möglichkeiten evaluiert werden“ (1, 3, 24).

## Restkategorie

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

## Rationierung am Krankenbett

Eine 3. quantitativ angelegte Studie beleuchtet die Frage, ob und ggf. nach welchen Kriterien Patienten nützliche Behandlungen vorenthalten werden. Dabei handelt es sich um eine Fragebogenerhebung mit einem eigens validierten Instrument an einer repräsentativen Stichprobe aus Allgemeinärzten und Internisten in 4 europäischen Ländern (Schweiz, Norwegen, Großbritannien und Italien; [12]). Dabei wurde nicht direkt nach „Rationierung“ gefragt, vielmehr wurde die zentrale Frage operationalisiert: „Wie häufig haben Sie in den letzten 6 Monaten Maßnahmen, die für Ihren Patienten das Beste gewesen wären, aus Kostengründen unterlassen?“ Rationierung am Krankenbett, also ein Vorenthalten nützlicher diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen auf individueller Entscheidungsgrundlage, wurde von einem großen Teil der antwortenden Ärzte bejaht.

## Kriterien der Rationierung

Des Weiteren wurden die Ärzte gefragt, welche Kriterien sie für die Entscheidung heranziehen, ob sie einem Patienten eine nützliche Maßnahme gewähren oder vorenthalten. Die Antworten belegen eine große Heterogenität der angegebenen Kriterien. Am häufigsten wurde folgenden Kriterien für Rationierungsentscheidungen zugestimmt:

- Ein geringer erwarteter Vorteil für den Patienten (82,3%),
- niedrige Erfolgchancen (79,8%),
- Lebensverlängerung bei niedriger Lebensqualität (70,6%),
- Patient ist über 85 Jahre alt (70%).

Dem Kriterium „über 85 Jahre“ stimmten Ärzte in allen Ländern deutlich, jedoch mit unterschiedlicher Intensität zu. Das Kriterium „Das Ziel der Intervention besteht in der Verbesserung der Lebensqualität bei einem Patienten mit kurzer Lebenserwartung“ wurde von einigen Ärzten als Grund dafür angegeben, eine Intervention eher nicht einzusetzen (35%), während andere Ärzte dies im Gegensatz gerade als Grund für die Durchführung der Intervention ansahen (35%). Für alle 4 Länder ergab sich zudem, dass – neben dem hohen Alter – auch eine „kognitive Einschränkung“ des Patienten als Grund für eine Rationierung angegeben wurde. Beide Kriterien sind kontrovers und erfordern eine eingehende ethische Diskussion.

Differenziert man nach Bevölkerungsgruppen, so zeigt sich folgendes Bild: Norwegische, schweizerische und britische Ärzte berichteten zu mehr als 50% (italienische zu 40%), dass alten Patienten mit größerer Wahrscheinlichkeit Therapien vorenthalten würden. Eine ähnliche hohe Ausprägung haben nur 3 Gruppen:

- Die Gruppe der illegalen Einwanderer (in der Schweiz),
- die Gruppe der kognitiv beeinträchtigten Patienten (in Norwegen),
- die Gruppe jener Patienten, die „teure Behandlung“ brauchen (in Großbritannien).

Die antwortenden Ärzte aus den 4 untersuchten Ländern stimmten der Auffassung zu, sie hätten eine aktive Rolle in der Ressourcenzuweisung am Krankenbett zu spielen. Sie berichteten verschiedene Strategien im Umgang mit Ressourcenknappheit, einschließlich des Vorenthaltes potenziell nützlicher Maßnahmen im Einzelfall. Ärzte, die eine Rationierung als grundsätzlich akzeptabel bezeichneten, und solche, die größeren Rationierungsdruck bzw. mehr Knappheit wahrnahmen, berichteten auch mit höherer Wahrscheinlichkeit, selbst am Krankenbett zu rationieren. Die häufigsten Kategorien, in denen Rationierung berichtet wurde, sind:

- Die Zeit, die man für den Patienten aufbringt,
- MRT,
- Screeningtests,
- Laboruntersuchungen,
- (teure) Medikamente.

## Maßnahmen der Kostenkontrolle

Welche Maßnahmen der Kostenkontrolle finden Zustimmung unter den Ärzten?

- Über 75% akzeptieren evidenzbasierte Medizin als Grundlage für die Zuteilung von Maßnahmen.
- Über 80% stimmen einer Zuweisung nach Dringlichkeit zu.
- Über 65% stimmen Wartelisten bei elektiven Operationen als Instrument der Kostenkontrolle zu.

Weniger akzeptabel finden die antwortenden Ärzte die folgenden Optionen: Schließung von Betten, Beschränkung des Angebots bei teuren Therapien oder Untersuchungen, allgemeine Priorisierung von Patientengruppen durch die Gesundheitsbehörden oder direkte Behandlungsgebühren.

Nach den Daten dieser Studie kann man festhalten, dass das Merkmal eines Patienten „über 85 Jahre“ oder hohes Alter diesen einer erhöhten Wahrscheinlichkeit aussetzt, weniger medizinische Maßnahmen zu erhalten als jüngere Patienten. Für sich allein genommen belegt dieses Ergebnis nicht, dass hohes Alter per se – unabhängig von der Prognose – als soziale Kategorie zum Kriterium der Zuteilung von Gesundheitsressourcen wirksam wird. Diese ethisch relevante Differenzierung, die wir in der 2. Interviewstudie herausarbeiten konnten (s. oben), lässt sich mit dieser Art (quantitativer) Studie nicht nachweisen. Jedoch erhärten die quantitativen Daten die Vulnerabilität der Gruppe der alten Patienten, die bereits in den beiden qualitativen Studien aufgezeigt wurde. Alle 3 Studien verweisen auf gesellschaftlich und ethisch kontroverse Fragen im Zusammenhang mit der Bedeutung des hohen Alters in der Medizin, welche Beantwortung oder zumindest Auseinandersetzung verlangen.

## Diskussion aus ethischer Perspektive

### Alter als Faktor oder als Kriterium

Die Unterscheidung zwischen „Alter“ als Faktor, der bei Therapieentscheidungen wirksam wird, und „Alter“ als Kriterium für die Zuteilung oder das Vorkommen nützlicher medizinischer Maßnah-

men ist ethisch von großer Bedeutung. In der Ethik ist die Intention einer Entscheidung oder Handlung – neben den Konsequenzen – eine zentrale Kategorie. So gesehen, kann das Alter eines Patienten unbemerkt oder unreflektiert einfließen, und bei gründlicherer Betrachtung – zum Beispiel in einem Interview wie in unseren Studien – kritisch kommentiert werden. In diesem Fall wäre das Alter zwar ein wirksamer Faktor, jedoch kein bewusst angelegtes Kriterium, das einer kritischen Prüfung standhielte.

Nach den hier vorgestellten Daten der beiden Interviewstudien lässt sich die Hypothese formulieren, dass eine Rationierung nach Alter per se von den meisten der Interviewpartner nicht für adäquat gehalten wird. (Für die antwortenden Ärzte der europäischen Fragebogenstudie lässt sich darüber nichts aussagen.) Mehr Zustimmung findet die Verbindung von „Alter und Prognose“ bzw. anderen medizinischen Parametern, die eine Einschätzung des Nutzens einer Maßnahme abschätzen lassen. Eine solche Form der Berücksichtigung des Patientenalters wäre nicht als Diskriminierung zu bezeichnen und verdiente auch nicht den Namen „Ageism“. Da die Prognose bzw. verschiedene Nutzenkriterien auch in der europäischen Ärztetichprobe der Fragebogenerhebung zu finden sind, lässt sich hierzu die Hypothese formulieren, dass auch diese Gruppen möglicherweise nicht das „Alter per se“ als Rationierungskriterium verteidigen würden, wenn sie es auch als faktisch wirksam berichten.

Diesbezüglich stimmen sie mit älteren Untersuchungen aus den USA durchaus überein, die die Bedeutung des Alters als Faktor bei Therapieentscheidungen nachgewiesen haben [10, 11, 18]. Eine quantitative Untersuchung des Max Planck-Instituts für demographische Forschung konnte für Deutschland nachweisen, dass die ältesten der alten Patienten für dieselbe Erkrankung weniger teure Behandlungen erhalten als jüngere [6]. Die Autorin interpretiert diesen Befund als informelle Altersrationierung, was mit der nachgewiesenen „Rationierung am Krankenbett“ (im Sinne einer impliziten Rationierung) aus der europäischen Fragebogenstudie überein zu stimmen scheint.

Man würde es sich also sicher zu leicht machen, wollte man annehmen, die v. a.

im angloamerikanischen Sprachraum geführte Debatte um eine Ressourcenzuteilung im Gesundheitswesen nach Alter habe für uns (im deutschsprachigen Raum) keine normativ-ethische, sondern nur eine edukative Bedeutung, dass es – nur – darum ginge, die Berufsgruppen am Krankenbett zuverlässig davon zu überzeugen oder anzuleiten, das Patientenalter nicht zur Diskriminierung heranzuziehen. Wir wissen nicht, ob nicht doch gewisse Kernelemente des Ageism bei uns schon heimisch geworden sind. Welche sind die zentralen Argumente pro und contra einer Unterscheidung nach Alter?

## Altersrationierung – pro und contra

Pro Altersrationierung argumentiert Williams [25], der das „sinnlose Streben nach Unsterblichkeit“ kritisiert und anprangert, dass man kaum sterben dürfe, bevor nicht alles getan wurde. Er fordert vernünftige Grenzen und die Beachtung des Alters als Prädiktor für Therapieergebnisse:

*„So improving the health of the nation as a whole is likely, in some circumstances, to discriminate indirectly against older people.“*

Indem er problematisiert, wessen Bedürfnisse bevorzugt werden sollten, fordert er eine Abwägung zwischen den Bedürfnissen verschiedener Personen, und zwar von unabhängiger Seite im Sinne einer Prioritätensetzung im Gesundheitswesen. Sein zentrales Argument hierbei ist die Denkfigur des „fair innings“, was auf Deutsch etwa die „Spielzeit“ bedeutet, die einem zukomme. Diese können jüngere Menschen nicht ausschöpfen, wenn sie vor ihrer Zeit sterben, während ältere diese bereits genossen hätten – und daher auch auf etwas verzichten könnten:

*„So I am encouraged to hope that, in the interest of fairness between the generations, the members of my generation will exercise restraint in the demands we make on the health care system. We should not object to age being one of the criteria (though not the sole criterion) used in the prioritisation of health care, even though it will disadvantage us. The alternative is too outrageous to contemplate – namely, that we expect the young to make large sacrifices so that we can enjoy small benefits. That would not be fair.“*

Contra Altersrationierung argumentiert Evans [9] und stellt fest, dass alte Menschen, jedenfalls im britischen Gesundheitswesen, faktisch bereits diskriminiert würden: „*Older people are natural victims*“. Wie wir gesehen haben, gibt es aktuelle Evidenz dafür, dass dies auch in anderen europäischen Ländern zutrifft. Seiner Ansicht nach sollte „Alter“ nicht als solches als Kriterium für das Vorenthalten einer Maßnahme gelten. Seine Annahmen korrespondieren durchaus mit unseren empirischen Einblicken, dass das Alter dort, wo es entscheidungsrelevant wird, keineswegs immer als reflektiertes Kriterium herangezogen wird. Er geht von sozialen Vorurteilen aus, dass alte Menschen in der Gesellschaft einen niedrigeren Wert besäßen als jüngere. Seine zentrale Kritik an der Zuteilung nach Alter zielt auf die Grundlagen ökonomischer Aussagen:

„*Economists sometimes claim that their discipline is so fundamental that it can provide a sufficient basis for allocating society's resources in health care.*“

Ob diese Annahme zutrefte, sei aber eine ethische Frage, denn Gesundheitsressourcen sollten so verteilt werden, dass sie das größtmögliche Gut bewirkten. Was aber ist das höchste Gut? Seiner Meinung nach wird die Lebenserwartung des Patienten überbetont, was Ungleichheit erzeuge oder vergrößere. Der Wert des Lebens werde an seiner Dauer bemessen, Ergebnisse würden anhand von Überlebenszeit bewertet. Zudem stellt er die These auf, das Leben des Einen sei mit dem Leben des Anderen unvergleichbar („incommensurable“).

## Menschenwürde und Diskriminierungsverbot

Die Achtung der Menschenwürde ist ein weltweit anerkannter Grundsatz staatlicher Ordnungen und heute in vielen Verfassungen und internationalen Übereinkommen ausdrücklich garantiert. Dies gilt z. B. für Artikel 1 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union, die Menschenrechte in der UNO-Deklaration, Artikel 1 des Deutschen Grundgesetzes sowie Artikel 7 der Schweizerischen Bundesverfassung. Menschenwürde zielt auf Universalität und ist unabhängig von Merkmalen wie Alter, Gesundheitszustand, men-

talem Status, ethnischer oder religiöser Zugehörigkeit. Sie kann weder erworben werden noch verloren gehen, hat also intrinsischen Wert im Gegensatz zu einem instrumentellen Wert, der in Leistungsgesellschaften v. a. als Funktion des Nutzens und der Wertschöpfung bezüglich des Bruttosozialprodukts definiert wird.

Was bedeuten der Schutz der Menschenwürde bzw. das Diskriminierungsverbot für die Beurteilung der ethischen Zulässigkeit von Uneleichbehandlungen?

Auf der einen Seite stehen die Grundrechte der betroffenen Patienten auf adäquate Behandlung, auf der anderen Seite die oft notwendigen Entscheidungen, Therapien aus guten Gründen auch zu begrenzen, abzubrechen oder zu unterlassen. Sowohl die Garantie der Menschenwürde wie auch das in der Schweiz geltende Verbot der Diskriminierung nach Art. 8 Abs. 2 der Schweizerischen Bundesverfassung schließen eine Ungleichbehandlung aus dem alleinigen Grund des Krankheitstyps oder des Lebensalters aus. Das Deutsche Grundgesetz kennt kein ausdrückliches Diskriminierungsverbot wegen des Alters. Jedoch wird im allgemeinen Gleichheitssatz des Artikels 3, Absatz 1 generell die Gleichheit aller Menschen vor dem Gesetz als Grundrecht festgeschrieben. Ein Eingriff in die Grundrechte ist – wenn überhaupt – nur dann zulässig, wenn er durch qualifizierte Gründe gerechtfertigt ist. Hier werden also erhöhte Anforderungen an die Begründung eines Entscheides gestellt. Implizite Beschränkungen – ohne transparente Argumente und Legitimation – erscheinen problematisch.

Nicht zu übersehen sind in unseren beiden Interviewstudien aber auch Hinweise auf das Risiko einer Übertherapie als Folge einer Fehl- oder „Nichtentscheidung“. Hier sind Probleme angesprochen, die entstehen, weil Entscheidungen zur Therapiebegrenzung nicht oder nicht rechtzeitig getroffen werden, beispielsweise aus dem Verständnis heraus, dass – in der Notfallsituation begonnene – Maßnahmen nicht beendet werden dürften. Anstelle einer Leidenslinderung entsteht dann das Risiko individueller Leidensverlängerung, anstelle eines medizinischen Nutzens belastet das Erleben von Nutz- und Sinnlosigkeit den Patienten und seine Begleiter. Das hoch-

rangige Prinzip der Vermeidung von Schaden und der Linderung von Leiden wird dann kompromittiert.

Unterversorgung sollte ebenso wie Übertherapie konsequent vermieden werden. Gerade in der Betreuung am Lebensende sollten wir diesen Problemen größere Aufmerksamkeit widmen und prüfen, inwieweit bestehende Richtlinien zu einer Orientierung oder auch Korrektur der klinischen Praxis dienen [2]. Die klinische Ethikberatung ist eine Arbeitsform, die – bei entsprechender Kompetenz – ein beachtliches Potenzial zur Vermeidung oder Lösung von Problemen am Krankenbett bereitstellt [21]. Diese praktisch-ethischen Hilfsmittel sollten zusammen mit den Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung genutzt werden, um ethische Konflikte zu verringern und das Personal in die Lage zu versetzen, den hohen Anforderungen der Klinik möglichst gut zu entsprechen.

## Fazit für die Praxis

**Was ist für die Behandlung alter Menschen und den Umgang mit knappen Ressourcen zu fordern?**

**Alte Patienten sind ein vulnerable Gruppe, die dem Risiko der Benachteiligung ausgesetzt ist, wie durch eine Reihe von unterschiedlichen Studien belegt ist.**

**Dies beantwortet die eingangs gestellte Frage, ob Grund zur Sorge besteht.**

**Das Alter eines Patienten als soziales Merkmal ist – im Gegensatz zu prognoserelevanten biomedizinischen Kriterien, die mit dem Alter zusammenhängen können – nicht dafür legitimiert, Behandlungsentscheidungen zu begründen. Im Gegenteil: Nach unseren ethischen und rechtlichen Maßstäben ist eine Diskriminierung allein nach dem**

**Alter im Gesundheitswesen nicht zulässig. Nur eine medizinisch-prognostisch begründete Unterscheidung nach Erfolgsaussichten einer Maßnahme kann das Alter als Komponente der Parameter einbeziehen.**

**Ethisch legitime Gründe für die Unterlassung oder Beendigung einer (potenziell lebenserhaltenden) Maßnahme sind u. a. der Wille des Patienten (ggf. auch der mutmaßliche Wille, soweit glaubwürdig übermittelt), die Prognose oder die faktische Unmöglichkeit, Hilfe zu leisten.**

**Will man die Rationierung nach Alter als Lösungsstrategie für den Umgang mit knappen Ressourcen verfolgen, so ist eine differenzierte öffentliche Debatte zu führen, die auf die in Frage stehenden Grundwerte und -rechte eingeht. Diese Debatte muss die Bedürfnisse der Bevölkerung und die Möglichkeit, sich im Konfliktfall auf ethische Referenzsysteme zu berufen, einbeziehen.**

**Korrespondierender Autor**

**Prof. Dr. S. Reiter-Theil**  
 Institut für Angewandte Ethik und Medizinethik (IAEME), Universität Basel  
 Missionsstrasse 21, 4055 Basel  
 s.reiter-theil@unibas.ch

**Dank.** Der Stiftung BINZ, Lorch, sei herzlich gedankt für die großzügige Förderung des Expertenkolloquiums zur Ethik in der Notfallmedizin (November 2004, Inzlingen), bei der erste Ergebnisse dieser Arbeit vorgestellt wurden.  
 Wir danken unseren klinischen Kooperationspartnern der beiden Interviewstudien für ihr Engagement und das uns entgegengebrachte Vertrauen.  
 Dem Schweizerischen Nationalfonds danken wir für großzügige Förderung.

**Interessenkonflikt.** Es besteht kein Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die Präsentation des Themas ist unabhängig und die Darstellung der Inhalte produktneutral.

**Literatur**

1. Albisser Schlegler H, Reiter-Theil S (2007) „Alter“ und „Kosten“ bei Therapieentscheiden am Lebensende. Eine Analyse informeller Wissensstrukturen bei Ärzten und Pflegenden. *Ethik Med* <http://www.springerlink.com/content/t255vq3470242x57>
2. Bartels S, Parker M, Hope T, Reiter-Theil S (2005) Geben „Richtlinien“ bei kritischen Therapieentscheidungen ethische Orientierung? Eine vergleichende kasuistische Analyse der Deutschen Grundsätze, Britischen Guidelines und Schweizerischen Richtlinien zur Sterbebegleitung. *Ethik Med* 173: 191–205
3. Beauchamp TL, Childress JF (1994) *Principles of medical ethics*. Oxford University, New York
4. Beck S, van de Loo A, Reiter-Theil S (2007) A „little bit illegal“: withholding and withdrawing of mechanical ventilation in the eyes of german intensive care physicians. *Med Health Care Philos* (accepted)
5. Breyer F (2005) Rationierung von GKV-Leistungen nach dem Alter? – Pro. *Dtsch Med Wochenschr* 130: 349–350
6. Brockmann H (2000) Why is health treatment for the elderly less expensive than for the rest of the population? Health care rationing in Germany. MPIDR Working paper WP 2000-001. <http://www.demogr.mpg.de>

7. Callahan D (1996) Aging and the allocation of resources. In: Oberender P (Hrsg) *Alter und Gesundheit*. Nomos, Baden-Baden, S 83–92
8. Daniels N (2003) Das Argument der Altersrationierung im Ansatz kluger Lebensplanung. In: Marckmann G (Hrsg) *Gesundheitsversorgung im Alter*. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischem Zwang. Schattauer, Stuttgart New York, S 151–169
9. Evans JG (1997) The rationing debate: Rationing health care by age: The case against. *BMJ* 314: 822
10. Giordano S (2005) Respect for equality and the treatment of the elderly: declaration of human rights and age-based rationing. *Camb Quart Health Ethics* 14: 83–92
11. Hamel MB, Teno JM, Goldman L et al. (1999) Patient age and decisions to withhold life-sustaining treatments from seriously ill, hospitalized adults. *Ann Intern Med* 130: 116–125
12. Hurst S, Slowther A, Forde R et al. (2006) Prevalence and determinants of physician bedside rationing. Data from Europe. *J Gen Intern Med* 21: 1138–1143
13. Lindner K (2005) *Ethik in der Notfallmedizin – eine Interviewstudie zu ethischen Fragen der Entscheidungsfindung bei der Reanimation im Rettungsdienst*. Dissertation, Medizinische Fakultät, Universität Basel
14. Lindner K, Ummenhofer W, Reiter-Theil S (2007) *Ethische Kompetenz im Rettungsdienst*. Notfall Rettungsmed DOI: 10.1007/s10049-007-0895-5
15. Marckmann G (2005) Alter als Verteilungskriterium in der Gesundheitsvorsorge? – Contra. *Dtsch Med Wochenschr* 130: 351–352
16. Mayring P (2000) *Qualitative Inhaltsanalyse. Forum Qualitative Sozialforschung*. <http://qualitative-research.net/fqs/fqs-d/2-00inhalt-d.htm>
17. Mayring P (2001) *Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse. Forum Qualitative Sozialforschung*. <http://qualitative-research.net/fqs/fqs.htm>
18. Meltzer LS, Huckabay LM (2004) Critical care nurses’ perceptions of futile care and its effect on burnout. *Am J Crit Care* 13: 202–208
19. Reiter-Theil S (2003) Ethics of end-of-life decisions in the elderly. *Deliberations from the ECOPE Study*. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 17: 273–287
20. Reiter-Theil S (2004) Does empirical research make bioethics more relevant? „The embedded researcher“ as a methodological approach. *Med Health Care Philos* 7: 17–29
21. Reiter-Theil S (2005) *Klinische Ethikkonsultation – eine methodische Orientierung zur ethischen Beratung am Krankenbett*. *Schweiz Ärztezeitung* 86: 436–451
22. Sugarman J, Sulmasy P (eds) *Methods in medical ethics*. Georgetown University, Washington D.C.
23. Vincent JL (1999) Forgoing life support in Western European intensive care units: The results of an ethical questionnaire. *Crit Care Med* 27: 1626–1633
24. Vincent JL (2004) Ethical principles in end-of-life decisions in different European countries. *Swiss Med Wkly* 134: 65–68
25. Williams A (1997) The rationing debate: Rationing health care by age: The case for. *BMJ* 314: 820

**Primäre Prävention mindert Risiko für posttraumatische Belastungsstörung**  
 Feuerwehren, Rettungsdienste und THW werden immer wieder mit Tod und Verletzung von Menschen konfrontiert und zum Teil selbst lebensbedrohlichen Situationen ausgesetzt. Oft bedeutet dies eine erhebliche psychische Belastung für die Einsatzkräfte. Ein Forschungsprojekt zeigt, dass sie sich mit primären Präventionsmaßnahmen effektiv auf die Verarbeitung belastender Einsätze vorbereiten können und so das Risiko mindern, psychische Störungen zu entwickeln.  
 Dass Mitarbeiter im Einsatzwesen posttraumatische Symptome entwickeln können und dies bezüglich zu einer Risikogruppe gehören, ist mittlerweile unumstritten und durch zahlreiche Studien belegt. Kontrovers diskutiert wird hingegen über die Möglichkeiten zur Prävention. Sich teilweise widersprechende Studienergebnisse führten in den letzten Jahren zu heftigen Meinungsverschiedenheiten, besonders in Bezug auf das so genannte Debriefing, eine Gruppenintervention, die in den Tagen nach dem potenziell traumatisierenden Einsatz durchgeführt wird. Das Projekt „Prävention im Einsatzwesen“ an der LMU hat sich daher von 2003 bis 2006 im Auftrag des Bundesministeriums des Innern mit der Thematik beschäftigt. Dabei wurde überprüft, wie effektiv Strategien zur primären und zur sekundären Prävention einsatzbedingter Störungen sind.  
 Die vom Projekt entwickelte Schulung, die so genannte „Stressimpfung“, zur primären Prävention hat das Ziel, die grundlegenden Weichen für einen adäquaten Umgang mit außergewöhnlichen seelischen Belastungen zu stellen: Die Teilnehmer sollen ein Bewusstsein für die Relevanz der Thematik entwickeln.  
 Die „Stressimpfung“, wurde sowohl von den Trainern, die die Maßnahmen durchführten, als auch von den Teilnehmern als sehr gut beurteilt. Ergebnisse zur sekundären Prävention hingegen zeigten, dass die Durchführung von Nachsorgemaßnahmen keinen positiven Effekt auf die Bewältigung von schwerwiegenden Einsätzen hat.  
 Neue Präventionskonzepte im Einsatzwesen sind ein Schwerpunkt des 1. Internationalen Kongress Notfallseelsorge und Krisenintervention, der im Rahmen des 4. INTERCON in Hamburg stattfindet.  
 Weitere Informationen unter:  
[www.internationaler-kongress.de](http://www.internationaler-kongress.de)