

Therapieverzicht gegen den Patientenwillen?



Dr. Dr. Eva C. Winkler

Prof. Dr. med.
Georg Marckmann

Bei über der Hälfte der Patienten, die heute in Europa erwartet an einer unheilbaren Krankheit versterben, geht dem Tod eine Entscheidung gegen lebensverlängernde Maßnahmen wie Reanimation oder Beatmung voraus. Dennoch wird eine zunehmende Anzahl von Patienten bis kurz vor ihrem Tod chemotherapeutisch behandelt [1]. Hierfür mag es gute Gründe geben, wenn die Therapie dem Patienten einen Lebensqualitäts- oder Lebenszeitgewinn bietet und seinen Wünschen entspricht. Die zunehmende Aggressivität der Tumorthherapie am Lebensende wird jedoch häufig als Übertherapie und damit als Qualitätsmangel interpretiert. Der klinische Alltag und erste Studiendaten zeigen, dass es häufig die Patienten selbst sind, die bei infauster Prognose eine „intensive“ Therapie wünschen. In jedem Fall haben wir den Wunsch eines einwilligungsfähigen Patienten zu respektieren, wenn dieser eine angemessene Behandlung ablehnt. Wo aber sind die Grenzen dieser Autonomie, wenn der Patient eine Behandlung wünscht, die aus ärztlicher Sicht unangemessen ist? In diesem Beitrag sollen ethische Kriterien vorgestellt werden, die entscheidungsrelevant werden in der Abwägung für oder gegen eine tumorspezifische Therapie insbesondere am Lebensende: die Unterscheidung in Wirksamkeit und Nutzen einer Therapie, die Möglichkeit des Patienten, seine Situation realistisch einzuschätzen und Kostenüberlegungen bei marginaler Wirksamkeit. Diese Kriterien werden anhand von Leitfragen näher beleuchtet.

Die öffentliche Diskussion zum Therapieverzicht wird heute immer noch überwiegend von der Sorge vor einer Übertherapie gegen den Willen des Patienten bestimmt. Diese Sorge war Mitte der 1990er Jahre sicher berechtigt, wie beispielhaft eine große Studie zur Versorgungswirklichkeit schwerkranker Patienten in den USA gezeigt hat: Die Mehrheit der Patienten hatte ihre Wünsche bezüglich einer intensiven Therapie am Lebensende nicht mit ihren Ärzten besprochen. Dies führte dazu, dass zwei Drittel der Patienten, die eine palliative Behandlung vorgezogen hätten, noch kurz vor ihrem Tod intensiv mit mindestens einer lebenserhaltenden Maßnahme behandelt wurden [2].

Diese Studie und die Verbreitung des palliativmedizinischen Gedankens haben nicht nur die öffentliche Diskussion zur Notwendigkeit von Patientenverfügungen weitergebracht, sondern auch die Entscheidungspraxis verändert: In Europa geht nach neueren Daten etwa der Hälfte der erwarteten Todesfälle eine Entscheidung gegen eine intensive Therapie voraus [3]. Interessanterweise werden in diese Entscheidungen aber nur etwa die Hälfte der Patienten einbezogen [4]. Dies erfolgt unseren eigenen Daten zufolge vor allem dann nicht, wenn die Patienten auch bei deutlich progredienter Tumorerkrankung noch Lebenszeit durch Maximaltherapie gewinnen wollen – ein Wunsch, den etwa ein Drittel der Patienten im fortgeschrittenen Tumorstadium äußern [5,6]. Diese Daten und die klinische Erfahrung belegen, dass vor allem diejenigen Situationen ethisch problematisch sind, in denen der Patient eine Maximaltherapie wünscht, während die behandelnden Ärzte eine palliative Versorgung für richtig halten [6]. Es stellt sich daher die Frage, wann ein Verzicht auf

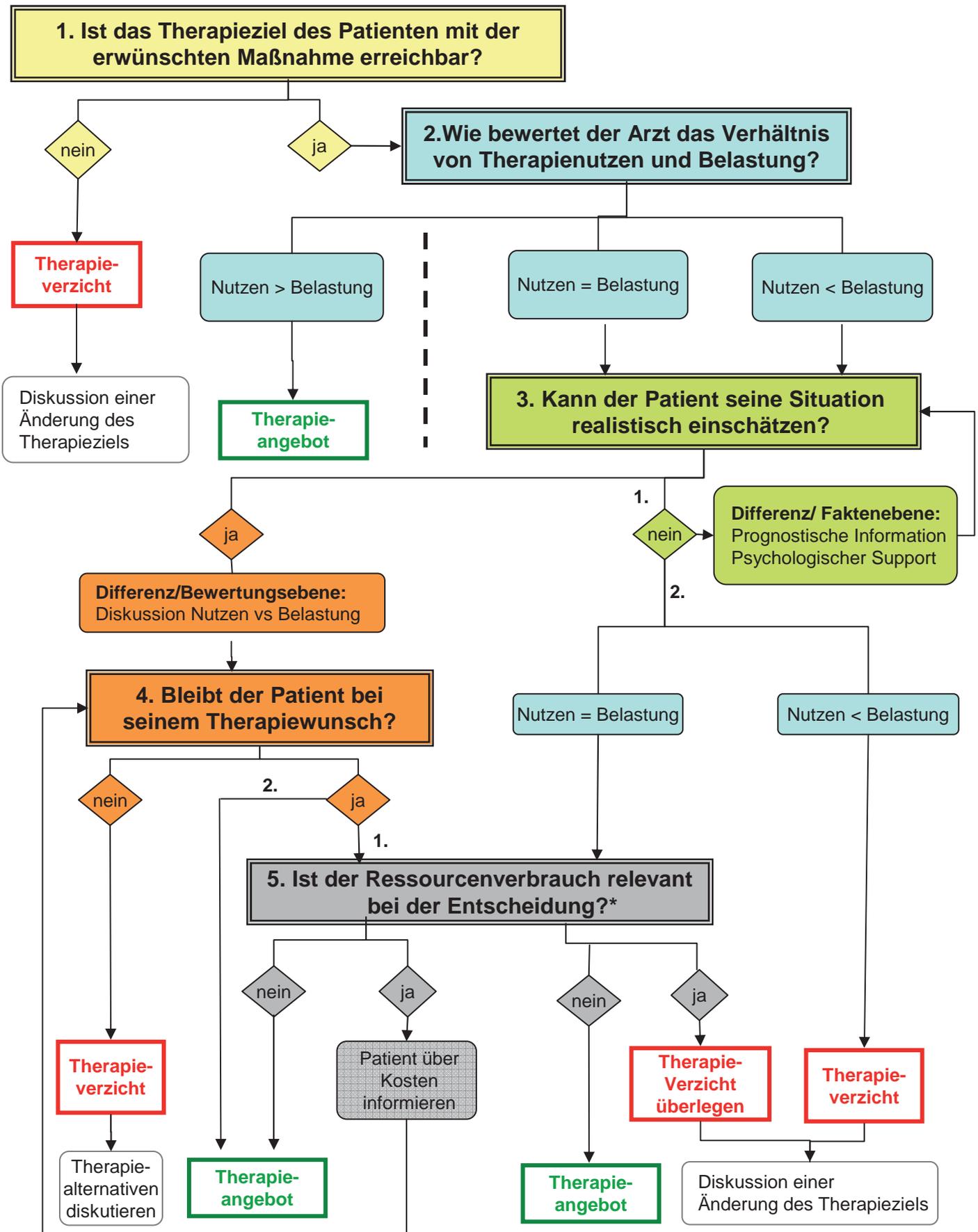
eine intensive, lebensverlängernde Therapie auch ohne Zustimmung des Patienten ethisch vertretbar ist.

Das Recht der Patienten, unerwünschte Behandlungen abzulehnen, ist ein etablierter ethischer und rechtlicher Standard in der Medizin, der auf dem Respekt vor der Patienten-Autonomie basiert. Nicht gleichermaßen uneingeschränkt ist jedoch die Reichweite der Patientenautonomie, wenn ein Patient eine Maßnahme wünscht, die von ärztlicher Seite für unangemessen gehalten wird.

Eine gängige Begründung für eine einseitige ärztliche Entscheidung gegen eine Therapie ist die fehlende medizinische Indikation. Unter angloamerikanischen Klinikern und Medizinethikern wird die Grenze des medizinisch Indizierten unter dem Begriff der „Futility“, das heißt der Vergeblichkeit oder Sinnlosigkeit einer Behandlung diskutiert [7]. Analog zur Futility kann die fehlende medizinische Indikation in einem engen Sinn mit der „Vergeblichkeit“ bzw. „Wirkungslosigkeit“ der Behandlung oder in einem erweiterten Sinn mit der „Sinnlosigkeit“ oder „Nutzlosigkeit“ begründet werden. Diese beiden Lesarten gilt es jedoch zu unterscheiden. Ist eine Behandlung wirkungslos und damit nicht geeignet das angestrebte Therapieziel zu erreichen, dann darf die Behandlung gar nicht angeboten werden. Wird der Indikationsbegriff hingegen in einem erweiterten, normativen Sinn verwendet, dann beinhaltet er zudem eine Bewertung, ob das anvisierte Ziel erstrebenswert oder das Verhältnis von Nutzen und Schaden auch vertretbar sind. Fraglos ist nicht alles sinnvoll, was medizinisch machbar ist. Die normative Komponente der Indikationsstellung hat daher eine entscheidende Bedeutung gerade in der Verhinderung einer unzumutbaren Leidensverlängerung. Sie sollte jedoch in Abgrenzung zu der rein medizinischen in jedem Fall gegenüber den Betroffenen explizit und transparent gemacht werden. Das bedeutet, dass im Idealfall mit der Bewertung „nicht indiziert“ die Diskussion mit dem Patienten, warum eine Therapie im konkreten Fall nicht für sinnvoll erachtet wird, beginnt und nicht endet. Anhand von fünf Leitfragen stellen wir im Folgenden dar, wie dem Patientenwunsch nach einer lebensverlängernden Therapie mit fraglichem Nutzen in einer strukturierten Art und Weise begegnet werden kann (zur Übersicht vgl. Abbildung).

1. Ist das vom Patienten angestrebte Therapieziel erreichbar?

Therapiemaßnahmen sind immer mit Blick auf ein bestimmtes Behandlungsziel zu beurteilen. Zunächst gilt es daher zu prüfen, ob die vom Patienten gewünschte medizinische Maßnahme in der Lage ist, das angestrebte Behandlungsziel zu erreichen (*Wirksamkeit der Maßnahme*). Eine wirkungslose Therapie ist medizinisch nicht indiziert und darf nicht angeboten werden. Die Beurteilung der Effektivität ist jedoch aufgrund der prognostischen Unsicherheit häufig nicht so eindeutig, wie man es sich für die ethische Begründung eines einseitigen Therapieverzichts wünschen würde. Ab wann soll eine Therapie als



* Die Einführung dieses Schritts erfordert einen gesellschaftlichen Konsens zu Kostenüberlegungen bei Therapieentscheidungen am Krankenbett.

wirkungslos eingestuft werden? Ein breit diskutierter Vorschlag ist, Maßnahmen als ineffektiv zu bezeichnen, die bei weniger als 1 Prozent der Patienten erfolgreich sind [8]. Abgesehen von der Schwierigkeit, dies im Einzelfall für die spezielle Risikosituation des Patienten zu prognostizieren, ist dieser Schwellenwert willkürlich gewählt. Es wird immer Patienten geben, die mangels Alternativen eine Behandlung in Anspruch nehmen wollen, die in weniger als 1 Prozent der Fälle Erfolg hat, aber deren Erfolgswahrscheinlichkeit eben nicht gleich Null ist.

Trotzdem ist es wichtig, diejenigen Fälle, bei denen eine Behandlung sicher ihr Ziel nicht erreichen kann, von denjenigen zu unterscheiden, bei denen es eine mögliche, wenn auch geringe Chance gibt, das angestrebte Ziel zu erreichen. Diese Differenzierung erfüllt drei Funktionen. (1) Sie ist bei denjenigen Patienten, die ein unerreichbares Behandlungsziel verfolgen, eine klare Rechtfertigung für eine Entscheidung zur Therapiezieländerung, die spätestens zu diesem Zeitpunkt besprochen und umgesetzt werden sollte. (2) Bei den Patienten, die ein schwer erreichbares Therapieziel verfolgen, kann sie Grundlage für einen zeitlich begrenzten Behandlungsversuch sein. Wenn ein Patient im metastasierten Tumorstadium zum Beispiel gerne Lebenszeit gewinnen will und es fraglich ist, ob er bei einer Pneumonie wieder von der Beatmungsmaschine entwöhnt werden kann, könnte der Arzt sich mit ihm auf einen zeitlich begrenzten Versuch der Beatmungstherapie verständigen. (3) Bei Patienten mit fraglich erreichbarem Behandlungsziel ist es darüber hinaus besonders wichtig, sich intensiv mit der subjektiven Bewertung von Nutzen und Belastungen bzw. Risiken der Therapie durch den Patienten zu befassen.

2. Wie bewertet der Arzt das Verhältnis von Nutzen und Belastung durch die Therapie?

Wenn die Möglichkeit besteht, mit der Behandlung das Therapieziel des Patienten zu erreichen, dann erfordert es das Fürsorgeprinzip, dass der Arzt das Nutzen-Schadens-Verhältnis der Therapie unabhängig vom Patientenwunsch bewertet. Basierend auf dieser Bewertung führt der Arzt dann die Diskussion mit dem Patienten über erreichbare Behandlungsziele und den Nutzen beziehungsweise die Belastung der verschiedenen Optionen.

Kurzbiografie

Dr. med. Dr. phil. Eva Winkler arbeitet in der Medizinischen Onkologie des Nationalen Centrum für Tumor Erkrankungen als Fachärztin und leitet dort den Forschungsschwerpunkt „Ethik und Patientenorientierung in der Onkologie“. Sie hat ihre medizinethische Expertise im Rahmen von zwei Forschungsstipendien an der Division of Medical Ethics, Harvard Medical School und am Harvard University Center for Ethics and the Professions erworben und einen Doktoratsstudiengang an der Universität Basel in Medizin- und Gesundheitsethik abgeschlossen. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind ethische Fragen in der Versorgung onkologischer Patienten – insbesondere am Lebensende, Fragen der Ressourcenallokation und dem Umgang mit Forschungsdaten und Biobanken.

Auch wenn es theoretisch ein Kontinuum unterschiedlicher Verhältnisse von Nutzen und Belastung einer Therapie gibt, lassen sich idealtypisch drei Szenarien differenzieren, die Grundlage für die nächsten Schritte in der Entscheidungsfindung sind:

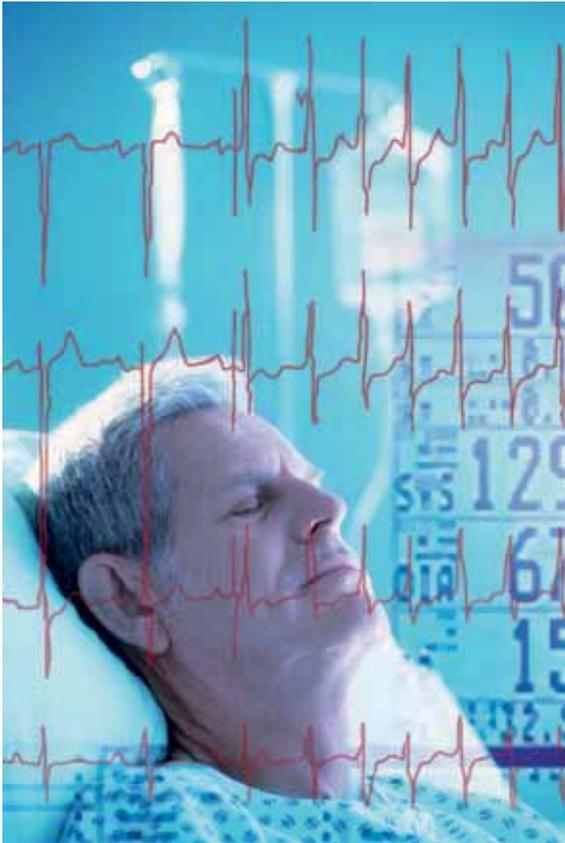
- (1) **Der Nutzen überwiegt (Nutzen > Belastung):** Wenn der Nutzen die Nebenwirkungen oder Risiken aufwiegt, sollte der Arzt die Behandlung anbieten, selbst wenn der Nutzen nur gering ist. Ein Beispiel wäre eine Behandlung mit moderaten Nebenwirkungen, die das Leben des Patienten vielleicht um zwei Wochen verlängert.
- (2) **Nutzen und Belastung sind ausgeglichen (Nutzen = Belastung):** Es gibt Situationen, in denen sich Nutzen und Belastung in etwa die Waage halten; sei es, weil es nicht sehr wahrscheinlich ist, dass der erwartete Nutzen eintritt, oder weil die Nebenwirkungen den Nutzen aufwiegen.
- (3) **Die Belastung überwiegt (Nutzen < Belastung):** Das wäre zum Beispiel der Fall, wenn ein Patient mit progredienter Tumorerkrankung eine Viertlinientherapie wünscht, die nebenwirkungsreich ist und wahrscheinlich den Verlauf seiner Erkrankung nicht beeinflusst.

Im dritten Szenario besteht ein Konflikt, im zweiten zumindest eine Spannung zwischen den ärztlichen Verpflichtungen, einerseits den Wunsch des Patienten zu achten und andererseits ihn vor Schaden zu bewahren. Wie kann der Arzt diesem Konflikt begegnen? Der Arzt sollte im nächsten Schritt ergründen, worauf der Wunsch des Patienten nach einer Therapie mit ungünstigem Nutzen-Risiko-Verhältnis beruht.

3. Beruht der Patientenwunsch auf einer realistischen Einschätzung der Situation?

Etwa zwei Drittel der Patienten mit infauster Prognose wünschen in der letzten Lebensphase eine auf Symptomkontrolle ausgerichtete Therapie [5]. Ein Drittel möchte hingegen mittels Maximaltherapie Lebenszeit gewinnen, auch wenn die Ärzte eher zu einer palliativen Symptomkontrolle raten. Die Differenzen zwischen Arzt und Patient können entweder auf der Fakten- oder Bewertungsebene liegen: Der Patient kann zu einer anderen Einschätzung der Situation gelangen, weil er von „falschen“ Fakten ausgeht oder weil er die gegebene Situation anders bewertet, als seine behandelnden Ärzte. Von den „falschen Fakten“ geht der Patient aus, wenn er nicht ausreichend informiert ist oder wenn er die Informationen, die er erhalten hat, verdrängt. Mehrere Studien belegen die oft unzureichende Aufklärung von Patienten [9]. So hatte beispielsweise in einer Studie weniger als die Hälfte der Patienten im fortgeschrittenen Tumorstadium verstanden, dass ihre Behandlung nicht mehr mit kurativer Intention erfolgte [10]. Dies unterstreicht, wie wichtig eine offene, einfühlsame und wiederholte Aufklärung ist, die sich immer wieder vergewissert, auf welchem Informationsstand der Patient selbst ist.

Neben einer mangelhaften Aufklärung können auch Verdrängungsmechanismen bei der Krankheitsverarbeitung für die Fehleinschätzung der Situation verantwortlich sein. Zu den typischen Coping-Mechanismen und Reaktionen von Sterbenden gehört die Abwehr und Verleugnung der Realität. Dies ist zunächst ein natürlicher Selbstschutz, vor einer Realität, die der Patient noch nicht in ihrer



ganzen Bedeutung ertragen kann. Studien zeigen, dass die Patienten, die bei weit fortgeschrittener, unheilbarer Erkrankung eine auf Lebenszeitgewinn ausgerichtete Therapie wünschen im Gegensatz zu den Patienten, die eine palliative Versorgung wünschen, häufiger eine Erkrankungsdauer von unter zwölf Monaten haben [6]. Das spricht dafür, dass Patienten eine gewisse Zeit benötigen, um eine realistische Einschätzung ihrer Situation entwickeln zu können. Eine frühzeitige palliative und psychoonkologische Begleitung kann diesen Prozess effektiv unterstützen [11]. Patienten, denen eine realitätsbezogene Einschätzung der Situation trotz aller Bemühungen nicht möglich ist, sollte der Arzt vor Entscheidungen mit einem erheblichen Schadenspotenzial bewahren, die diese vielleicht anders getroffen hätten, wenn ihre Bewertung von Nutzen und Risiken auf einer realistischen Einschätzung der medizinischen Situation beruhen würde. In Abhängigkeit von der ärztlichen Nutzen-Risiko-Bewertung schlagen wir zwei verschiedene Strategien vor:

(1) Wenn der Patient aufgrund seiner Verdrängung eine Therapie wünscht, deren Schadenspotenzial klar den therapeutischen Nutzen überwiegt, sollten die Fürsorgepflichten des Arztes Priorität haben: Der Arzt hat gute ethische Gründe, dem Patienten die gewünschte Behandlung nicht anzubieten. Wir sind uns bewusst, dass das Argument der Verdrängung als Rechtfertigung missbraucht werden kann, um sich über den Patientenwunsch hinwegzusetzen, wenn dieser nicht mit der ärztlichen Empfehlung übereinstimmt. Soweit möglich sollte daher bei einer persistierenden Verdrängung ein Psychoonkologe hinzugezogen werden. Hilfreich ist häufig auch die Einbeziehung der Familie, um die Hoffnung und Wünsche des Patienten besser einschätzen zu können.

(2) Wenn der Patient verdrängt und Nutzen und Schadenspotenzial der gewünschten Behandlung in etwa ausgeglichen sind, ist die ärztliche Fürsorgepflichtung zum Therapieverzicht nicht so stark. Hier liegt es eher im Ermessen des Arztes, ob er den Wünschen des Patienten entspricht oder nicht. Wenn die Behandlungskosten auf der Arzt-Patienten-Ebene berücksichtigt oder zumindest transparent gemacht werden sollen, erscheint es in dieser Situation ethisch vertretbar, Kostenüberlegungen in die Therapieentscheidung einzubeziehen (siehe Frage 5).

4. Bleibt der Patient bei seinem Therapiewunsch?

Wenn ein Patient seine Situation realistisch einschätzt, sollte der Arzt seine Bewertung unterschiedlicher Therapieziele sowie von Nutzen und Belastung der Behandlung mit dem Patienten besprechen. Die Studienlage zeigt, dass sich die Bewertung des Nutzen-Belastungs-Verhältnisses im Krankheitsverlauf häufig ändert: Schwerkranke Patienten sind im Vergleich zu gesunden Menschen viel eher bereit, intensive Therapien auch mit geringer Erfolgsaussicht auf sich zu nehmen [12, 13, 14]. Wenn ein Patient nach gemeinsamer Abwägung aller Vor- und Nachteile trotz fortgeschrittener Erkrankung für eine tumorspezifische Behandlung votiert, hat der Arzt gute Gründe, der Patientenautonomie Vorrang einzuräumen und dem Behandlungswunsch zu entsprechen: Der Patient sollte selbst entscheiden können, welche Risiken und Belastungen trotz geringer Erfolgsaussicht der Therapie für ihn noch akzeptabel sind.

5. Ist der Ressourcenverbrauch bei der Entscheidung relevant?

Obgleich die ethische Zulässigkeit von Ressourcenerwägungen im Einzelfall kontrovers diskutiert wird, möchten wir aufzeigen, an welcher Stelle sie im Entscheidungsprozess aus unserer Sicht ethisch vertretbar sein könnten. Wir möchten damit die Diskussion über ressourcensensible ärztliche Entscheidungen fördern, zumal die Behandlungskosten bei Entscheidungen über den Einsatz von Therapien mit marginalem Nutzen empirischen Studien zufolge zunehmend eine Rolle spielen. In einer Umfrage unter Hämatologen und Onkologen in Deutschland gaben zwei Drittel der Befragten an, zugelassene Medikamente aufgrund eines ungünstigen Kosten-Nutzen-Verhältnisses ihren Patienten vorzuenthalten [15]. Auch wenn dies nur gelegentlich geschieht, so ist damit Rationierung am Krankenbett schon heute ein verbreitetes Phänomen nicht nur in der Onkologie [16]. Dabei ist zu betonen, dass explizite, regelbasierte Leistungseinschränkungen gegenüber impliziten, fallbezogenen ethisch vorzugswürdig sind, da sie eher die Gleichbehandlung der Patienten gewährleisten. Doch auch die besten konsensbasierten, kostensensitiven Leitlinien werden Rationierungsentscheidungen am Krankenbett nicht völlig obsolet machen, da sie niemals alle Indikationsgebiete abdecken können und jede Regel dann wieder im Einzelfall angewendet werden muss. Hier ist ein Ermessensspielraum für den Arzt nicht nur unvermeidlich, sondern auch wünschenswert, um dem einzelnen Patienten gerecht werden zu können.

In unserem Entscheidungsmodell differenzieren wir zwei Situationen: in (1) sollten autonomiebasierte Gründe führend sein, in (2) können hingegen die Behandlungskosten die entscheidende Rolle spielen.

(1) Wenn ein Patient trotz realistischer Einschätzung seiner Situation eine Behandlung wünscht, die aus ärztlicher Sicht einen geringen oder fraglichen Nutzen hat, sollte der Arzt diesen auf die Kostenverantwortung hinweisen, die alle Beteiligten im Gesundheitswesen tragen. Er sollte hierzu noch einmal erläutern, dass die gewünschte Behandlung nur einen geringen Nutzen gewinn (ggf. bei einem erheblichen Schadenspotenzial) bietet und dass durch einen Therapieverzicht erhebliche Ressourcen eingespart werden könnten, die – bei insgesamt begrenzt verfügbaren Mitteln – dann anderen Patienten zugutekommen, die möglicherweise mehr von ihnen profitieren würden. Auf diesem Weg werden Patienten angehalten, Kostenerwägungen mit in ihre Therapieentscheidungen einzubeziehen; sie bleiben aber letztlich frei, sich dennoch für die teure Therapie zu entscheiden.

(2) Wenn der Patient aufgrund von Verdrängungsmechanismen seine Situation nicht realistisch einschätzen kann und das Nutzen-Schadens-Verhältnis weder eindeutig positiv noch eindeutig negativ ist, könnten die erforderlichen Ressourcen eine entscheidende Rolle spielen: Solange die Therapie wenig (finanzielle, personelle oder sachliche) Ressourcen verbraucht, kann der Arzt sie anbieten. Wenn sie jedoch ressourcenintensiv ist, wäre eine einseitige ärztliche Entscheidung zum Therapieverzicht gerechtfertigt. Hier werden die Ressourcenüberlegungen weder durch einen klaren Patientennutzen noch durch autonomiebasierte Argumente aufgewogen, da der Therapiewunsch des Patienten auf einer unrealistischen Einschätzung der Heilungschancen beruht.

Es wird kontrovers diskutiert, ob Ärzte offen mit ihren Patienten besprechen sollen, wenn sie sich aus Ressourcenerwägungen gegen Therapien entscheiden. Ein solches Vorgehen bedarf sicher zunächst der gesellschaftspolitischen Meinungsbildung. Erste Erfahrungen zeigen jedoch, dass es prinzipiell möglich ist, die Therapiekosten anzusprechen, wenn der Arzt die Information über die Kosten inhaltlich klar trennt von den medizinischen und ärztlichen Überlegungen und als zusätzlichen Aspekt ins Bewusstsein ruft [17]. Eine ehrliche Diskussion von Kostenüberlegungen wird auch von Patientenseite erwartet [18]. Mehr Transparenz im Umgang mit Ressourcenerwägungen beugt auch der Gefahr vor, dass sich hinter dem Etikett der Vergeblichkeit oder fehlenden medizinischen Indikation letztlich vor allem Kostenüberlegungen verbergen.

Zusammenfassung:

Die vorgestellten ethischen Kriterien und Leitfragen sollen dabei helfen, in ethisch schwierigen Entscheidungssituationen gemeinsam mit dem Patienten zu entscheiden, ob eine intensive Therapie mit einem geringen Nutzen bzw. einem ungünstigen Nutzen-Schaden-Potenzial durchgeführt werden soll oder nicht [11]. Neben einer sorgfältigen ärztlichen Nutzens-Schadens-Abwägung und einer offenen, einfühlsamen Aufklärung des Patienten ist vor allem relevant, ob der Patientenwunsch auf einer realistischen Einschätzung der Situation beruht. Die ärztliche Fürsorge-

pflicht gebietet es, Patienten vor einer risikoreichen Entscheidung zu schützen, wenn diese auf einer fehlerhaften Beurteilung der Erfolgsaussichten der Behandlung beruht. Wir haben zudem aufgezeigt, an welcher Stelle im Entscheidungsprozess Ressourcenerwägungen in ethisch vertretbarer Weise eine Therapie entscheidende Rolle spielen können. Dabei sei abschließend noch einmal betont, dass dies eine explizite Entscheidung im System der gesetzlichen Krankenversicherung voraussetzt, dass Ärzte im Einzelfall Ressourcenüberlegungen mit berücksichtigen sollen, die über das bereits etablierte Wirtschaftlichkeitsgebot (Minimierung des Ressourcenverbrauchs für ein bestimmtes Therapieziel) hinausgehen.

Eva C. Winkler, Georg Marckmann

Literatur

- [1] Earle, C. C., Landrum, M. B., Souza, J. M., et al: Aggressiveness of cancer care near the end of life: is it a quality-of-care issue? *J.Clin. Oncol.* 26: 3860–3866, 2008
- [2] The SPI: A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). *Jama* 274: 1591–8, 1995
- [3] Bosshard, G., Nilstun, T., Bilsen, J., et al: Forgoing treatment at the end of life in 6 European countries. *Arch.Intern.Med.* 165: 401–407, 2005
- [4] van Delden, J. J., Lofmark, R., Deliens, L., et al: Do-not-resuscitate decisions in six European countries. *Crit Care Med.* 34: 1686–1690, 2006
- [5] Voogt, E., van der H. A., Rietjens, J. A., et al: Attitudes of patients with incurable cancer toward medical treatment in the last phase of life. *J. Clin.Oncol.* 23: 2012–2019, 2005
- [6] Winkler, E. C., Reiter-Theil, S., Lange-Riess, D., et al: Patient involvement in decisions to limit treatment: the crucial role of agreement between physician and patient. *J. Clin. Oncol.* 27: 2225–2230, 2009
- [7] Pellegrino, E. D.: Futility in medical decisions: the word and the concept. *HEC. Forum* 17: 308–318, 2005
- [8] Schneiderman, L. J., Jecker, N. S., Jonsen, A. R.: Medical futility: response to critiques. *Ann Intern Med* 125: 669–74, 1996
- [9] Fallowfield, L.: Participation of patients in decisions about treatment for cancer. *Bmj* 323: 1144, 2001
- [10] Craft, P. S., Burns, C. M., Smith, W. T., et al: Knowledge of treatment intent among patients with advanced cancer: a longitudinal study. *Eur. J. Cancer Care (Engl.)* 14: 417–425, 2005
- [11] Greer, J. A., Pirl, W. F., Jackson, V. A., et al: Effect of Early Palliative Care on Chemotherapy Use and End-of-Life Care in Patients With Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *J Clin Oncol* 30: 394–400, 2012
- [12] Sahn, S., Will, R., Hommel, G.: What are cancer patients' preferences about treatment at the end of life, and who should start talking about it? A comparison with healthy people and medical staff. *Support. Care Cancer.* 13: 206–214, 2005
- [13] Fried, T. R., Bradley, E. H., Towle, V. R., et al: Understanding the treatment preferences of seriously ill patients. *N. Engl. J. Med.* 346: 1061–1066, 2002
- [14] Sprung, C. L., Carmel, S., Sjøkvist, P., et al: Attitudes of European physicians, nurses, patients, and families regarding end-of-life decisions: the ETHICATT study. *Intensive Care Med.* 33: 104–110, 2007
- [15] Krause, S. W., Winkler, E., Schildmann, J., Lotze, C., Strech, D., Krych, M.: Limited resources in oncology: A survey among the members of the German Society of Hematology and Oncology (DGHO). *Onkologie* 234–269, 2011
- [16] Strech, D., Danis, M., Lob, M., et al: [Extent and impact of bedside rationing in German hospitals: results of a representative survey among physicians]. *Dtsch Med Wochenschr* 134:1261–6, 2009
- [17] Pearson, S. D.: Caring and cost: the challenge for physician advocacy. *Ann.Intern.Med* 133: 148–153, 2000
- [18] Schwappach, D. L., Koeck, C. M.: Preferences for disclosure: the case of bedside rationing. *Soc.Sci.Med.* 59: 1891–1897, 2004

Redaktion:

Prof. Dr. med.

Dr. phil. Urban Wiesing,

Universität Tübingen,

Institut für Ethik

und Geschichte

der Medizin,

Gartenstraße 47

72074 Tübingen

www.ieg.uni-tuebingen.de

Prof. Dr. med.

Georg Marckmann,

Ludwig-Maximilians-

Universität München,

Institut für Ethik, Geschichte

und Theorie der Medizin,

Lessingstraße 2

80336 München