

Einstellung von Personen zur Behandlung am Lebensende und Akzeptanz von Patientenverfügungen - eine empirische Untersuchung (Ergebnisse)

Stephan Sahn¹

Senckenbergisches Institut für Geschichte und Ethik der Medizin

Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt und

Medizinische Klinik I

Ketteler-Krankenhaus, Offenbach, Klinik für Gastroenterologie/ Onkologie und Stoffwechsel

Lichtenplattenweg 85, 63071 Offenbach

1.3 Ergebnisse

1.3.1 Patienten und Probanden

In jeder Gruppe (Tumorpatienten, gesunde Kontrollpersonen, Angehörige von Pflegeberufen, Ärzte) wurden 100 Personen befragt (entsprechend der Datenerhebung, vgl. Abschnitt 7.2.1). Da die Auswertung des Fragebogens strikt anonym erfolgte, kann der Anteil an der Zahl der im Zeitraum an der Deutschen Klinik für Diagnostik behandelten Patienten mit Tumorleiden, den die 100 Patienten repräsentieren, nur geschätzt werden. Er beträgt etwa 40%.

Angaben zum Anteil der gesunden Kontrollpersonen beziehungsweise der Pflegenden und Ärzte, die den Bogen ausfüllten an der Zahl derer, die den Bogen erhielten, können wegen der Art und Weise, wie die Teilnehmer rekrutiert wurden und der Anonymität der Datenerhebung ebenfalls nicht erfolgen.

¹ Bei der Erhebung der Daten war Frau Dr. R. Will, Wiesbaden, maßgeblich beteiligt.

1.3.2 Demographische Charakteristiken und Verteilung der Persönlichkeitsmerkmale in den Gruppen

Die vier Gruppen unterscheiden sich bezüglich Alter und Geschlecht. Wichtige demographische Angaben sowie die Selbsteinschätzung der Gläubigkeit beziehungsweise Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft zeigt Tabelle 1. In Tabelle 2 und 3 sind die Angaben zum Personenstand und zu den Lebensumständen (alleine, mit Partner lebend etc.) zusammengefasst. In der Gruppe der Patienten und Gesunden ist das Verhältnis der Geschlechter ausgeglichen. Bei Ärzten überwiegt das männliche Geschlecht, Pflegende sind überwiegend weiblich ($p < 0.001$). Die Patienten sind älter. Das Durchschnittsalter liegt bei den Pflegenden am niedrigsten. Von allen Befragten lebt eine Mehrzahl mit einem Lebenspartner, der überwiegend der Ehepartner ist. Die Pflegenden sind seltener verheiratet ($p < 0.001$) und haben seltener Kinder. Patienten und Gesunde leben seltener mit Kindern zusammen.

Tabelle 1: Demographische Charakteristiken der befragten Gruppen

	Patienten	gesunde Kontrollpersonen	Pflegende	Ärzte	p
Alter (Mittelwert, SD)	59.7 (11.6) n=99	49.8 (13.1) n=99	40.1 (8.3) n=99	45.3 (9.3) n=99	< 0.0001
Geschlecht (männl./weibl)	42.0/58.0	54.0/46.0	11.0/89.0	67.0/33.0	< 0.001
Selbsteinschätzung Religiosität (ja/nein)	71.0/27.0 n=98	64.2/35.7 n=98	55.0/45.0 n=99	74.4/25.5 n=98	<i>n.s.</i>
verheiratet	78.0	71.0	52.0	68.0	< 0.001

n= 100, sofern nicht anders vermerkt; Die Angaben sind Mittelwerte (SD: Standardabweichung) für das Alter bzw. Prozentangaben für die übrigen items; *n.s.* = nicht signifikant

Tabelle 2 : Personenstand

	Patienten	gesunde Kontrollpersonen	Pflegende	Ärzte	p
verheiratet	78.7 n=99	72.1 n=99	52.0 n=100	82.2 n=99	< 0.01
verwitwet	5.05 n=99	5.05 n=99	3.0 n=100	1.01 n=99	<i>n.s.</i>
Kinder vorhanden	75.5 n=94	58.2 n=98	52.0 n=100	68.7 n=99	< 0.005

Angaben in %; *n.s.*= nicht signifikant

Tabelle 3 : Angaben zu den Lebensumständen

	Patienten	gesunde Kontrollpersonen	Pflegende	Ärzte	<i>p</i>
N	99	99	100	99	-
alleinlebend	18.18	9.09	17.00	7.07	< 0.05
mit Partner lebend	80.81	82.83	78.00	90.91	<i>n.s.</i>
mit Kindern lebend	34.34	37.37	48.00	58.59	< 0.005
mit Angehörigen lebend	12.12	12.12	21.00	12.12	<i>n.s.</i>
mit Freunden lebend	7.07	8.08	7.00	5.05	<i>n.s.</i>

Angaben in %; *n.s.*= nicht signifikant

1.3.3 Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes

In der Tabelle 4 sind die Angaben der Befragten zur Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes und zur Schmerzhäufigkeit zusammengefasst. Die Probanden aus den gesunden Vergleichsgruppen (Gesunde, Ärzte und Pflegende) schätzen ihren Zustand überwiegend als gut oder sehr gut ein. Patienten berichten über einen schlechteren Gesundheitszustand, sie geben die Antwort „geht so“ und „schlecht“ signifikant häufiger ($p < 0.001$). Sie leiden auch häufiger an Schmerzen. Ein Vergleich der Angaben über Einschränkungen durch Erkrankung im täglichen Leben gelingt nicht, da nur wenige Probanden aus den gesunden Vergleichsgruppen (Gesunde, Pflegende, Ärzte) diese Frage beantworteten (Gesunde = 9, Pflegende = 20, Ärzte = 18). Wohingegen 99 von 100 Patienten dazu Angaben machten. Mehr als die Hälfte von ihnen fühlt sich deutlich durch Krankheit beeinträchtigt (55,5% sehr stark, stark oder mäßig).

Tabelle 4: Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes/ Häufigkeit von Schmerzen

	Patienten	gesunde Kontrollpersonen	Pflegende	Ärzte	<i>p</i>
Gesundheitszustand (gut/schlecht) ¹	35.0/65.0 n=100	87.0/13.0 n=100	87.0/13.0 n=100	97.0/3.0 n=100	< 0.001
Schmerzen (Häufigkeit) ²	41.0/59.0 n=100	65.6/34.4 n=99	56/34 n=100	72.0/28.0 n=100	< 0.01

Alle Angaben in %; ¹ Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes: Antwort sehr gut + gut = gut vs. erträglich + schlecht = schlecht; ² Angabe Schmerzhäufigkeit: Antwort: nein vs. gelegentlich + oft + permanent

1.3.4. Formaler Bildungsabschluß/ Tätigkeitsbereiche und Erfahrung im Umgang mit Krankheit

Tabelle 5 zeigt die Verteilung der unterschiedlichen formalen Bildungsgrade bei Patienten und Gesunden. In der gesunden Kontrollgruppe finden sich überdurchschnittlich viele Hochschulabsolventen und signifikant weniger Befragte mit Hauptschulabschluß.

Pflegende und Ärzte wurden nach ihrem Tätigkeitsbereich gefragt. 10,5% der Befragten arbeiteten auf internistischen Stationen, 8,4% auf chirurgischen Stationen und 20% im Bereich Intensivmedizin und Transplantationseinheit sowie 60% in Funktionsbereichen. Ärzte waren zu 20% in eigener Praxis niedergelassen, 15% als Assistenzärzte in Kliniken tätig, 61% als Fachärzte in Kliniken, 3% in anderen Bereichen.

Tabelle 5 : Formale Bildung bei Patienten und Gesunden

	Hauptschule	mittlere Reife	Abitur	Berufsausbildung	Hochschule
Patienten (n=99)	24.2	25.3	7.1	25.2	18.2
Gesunde (n=99)	7.1	31.3	8.1	13.1	40.4

Angaben in %

Über Erfahrungen im Umgang mit eigener schwerer Krankheit oder mit Krankheit bei Angehörigen berichten die Befragten in den Gruppen in etwa gleichem Umfang. 25,25% der Probanden aus allen Gruppen waren schon einmal schwer krank

(Patienten 31.3%, gesunde Kontrollpersonen 21.2%, Pflegende 21.2%, Ärzte 27.3%; *n.s.*) 78,2% haben schwere Erkrankungen bei Angehörigen erlebt (Patienten 80.8%, gesunde Kontrollpersonen 81.8%, Pflegende 72.7%, Ärzte 77.8%; *n.s.*).

1.3.5 Präferenzen für spezifische Behandlungsmodalitäten

Tabelle 6 zeigt die Behandlungswünsche aller Befragten zu den sechs spezifischen Behandlungsmodalitäten, wie sie die Befragten in Patientenverfügungen niederzulegen wünschen.

Tabelle 6: Behandlungspräferenzen am Lebensende

	Patienten	gesunde Kontrollpersonen	Pflegende	Ärzte	<i>p</i>
i.v. Flüssigkeit	53.5/10.1/36.4 (n=99)	58.0/4.0/38.0 (n=100)	64.0/12.0/24.0 (n=100)	59.6/3/37.4 (n=99)	0.05
künstliche Ernährung	25.0/34.0/41.0 (n=100)	25.0/25.0/50.0 (n=100)	20.2/38.4/41.4 (n=99)	25.5/18.4/56.1 (n=98)	<i>n.s.</i>
Antibiotika	36.0/33.0/31.0 (n=100)	25.0/23.0/52.0 (n=100)	22.0/40.0/38.0 (n=100)	20.2/39.4/40.4 (n=99)	< 0.01
Schmerzmittel	73.0/8.0/19.0 (n=100)	69.0/5.0/26.0 (n=100)	78.0/6.0/16.0 (n=100)	88.9/0/11.1 (n=99)	0.05
Chemo/ Dialyse	55.0/11.0/34.0 (n=100)	37.0/16.0/47.0 (n=100)	16.0/39.0/45.0 (n=100)	9.1/29.3/61.6 (n=99)	< 0.001
artifizielle Ventilation	9.0/64.0/27.0 (n=100)	11.0/63.0/26.0 (n=100)	4.0/70.0/26.0 (n=100)	5.0/43.4/51.5 (n=99)	< 0.001

n.s.: nicht signifikant; alle Angaben in % für jede Gruppe für drei alternative Antworten, aus denen die Befragten auswählen konnten: "immer fordern"/ "ausschließen"/ "weiß nicht";

Beschreibung der Therapieoptionen:

- i.v. Flüssigkeit: die Gabe von Flüssigkeit in die Vene
- künstliche Ernährung;
- Antibiotika: die Gabe von Antibiotika bei einer Lungenentzündung und gleichzeitiger schwerer unheilbarer Erkrankung;
- Schmerzmittel: ausreichende Gabe von Schmerzmitteln, auch wenn dadurch das Bewußtsein getrübt wird;
- Chemo/Dialyse: eingreifende Behandlungen wie Chemotherapie und Dialyse;
- artifizielle Ventilation: Lebensverlängerung durch Maschinen wie Beatmungsgeräte (artifizielle Ventilation)

Im Blick auf die Einstellung zur künstlichen Ernährung bestehen keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Immerhin ein Viertel der Befragten in den Gruppen optiert für diese Behandlung. Bemerkenswert ist der Anteil der Unentschiedenen, der selbst bei den Ärzten 56% beträgt.

Eine intravenöse Flüssigkeitsgabe fordert mehr als die Hälfte der Befragten in allen Gruppen. Ein Drittel der Befragten in allen Gruppen ist unsicher und weiß sich nicht zu entscheiden. Zurückweisen würde nur eine Minderheit diese Behandlungsform.

Ein größerer Anteil der Patienten fordert eine antibiotische Therapie einer Lungenentzündung, auch wenn eine Erkrankung mit infauster Prognose zugrunde liegt. In den anderen Gruppen finden sich mehr Probanden, die unentschieden sind.

Eine Schmerztherapie, die als Nebenfolge das Bewußtsein trüben könnte, fordern nur drei Viertel der Patienten, aber fast 90% der Ärzte. Es fällt auf, daß 8% der Patienten eine solche Behandlung zurückweisen und 19% unentschieden sind. Auch bei Gesunden ist der Anteil der Unentschiedenen hoch, unter den Ärzten ist er am geringsten. Keiner der befragten Ärzte lehnte diese Behandlung ab.

Ein statistisch signifikanter Unterschied besteht auch im Hinblick auf belastende Behandlungen wie Chemotherapie und Dialyse. Patienten fordern sie in mehr als der Hälfte der Fälle und weisen sie nur zu geringem Prozentsatz zurück. Pflegende fordern diese Behandlung sehr selten, sind aber zu hohem Prozentsatz unentschieden.

Eine künstliche Beatmung zur Lebensverlängerung bei zugrundeliegender schwerer Erkrankung wird nur von einer Minderheit in allen Gruppen gewünscht, wobei der Anteil derer, die für diese Behandlung optieren, bei Patienten und Gesunden höher liegt, als bei medizinischem Personal. Bemerkenswert ist der Anteil der Unentschiedenen in der Gruppe der Ärzte. Diese Unterschiede sind statistisch hoch signifikant.

1.3.6 Determinanten der Behandlungspräferenzen

Die Präferenzen der Befragten zu spezifischen Behandlungsmodalitäten wurden analysiert im Blick auf Assoziationen mit demographischen Angaben, der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes, dem formalen Bildungsabschluß (bei Patienten und gesunden Kontrollpersonen), der Subspezialisierung beziehungsweise dem Tätigkeitsbereich bei Pflegenden und Ärzten, der Selbsteinschätzung der Religiösität und der Erfahrung im Umgang mit eigener Erkrankung sowie dem Vorhandensein einer Patientenverfügung.

Determinanten der Präferenzen zur *intravenösen Flüssigkeitsgabe*

Abbildung 1 zeigt die Einstellung der Befragten zur Behandlungspräferenz *intravenöse Flüssigkeitsgabe*.

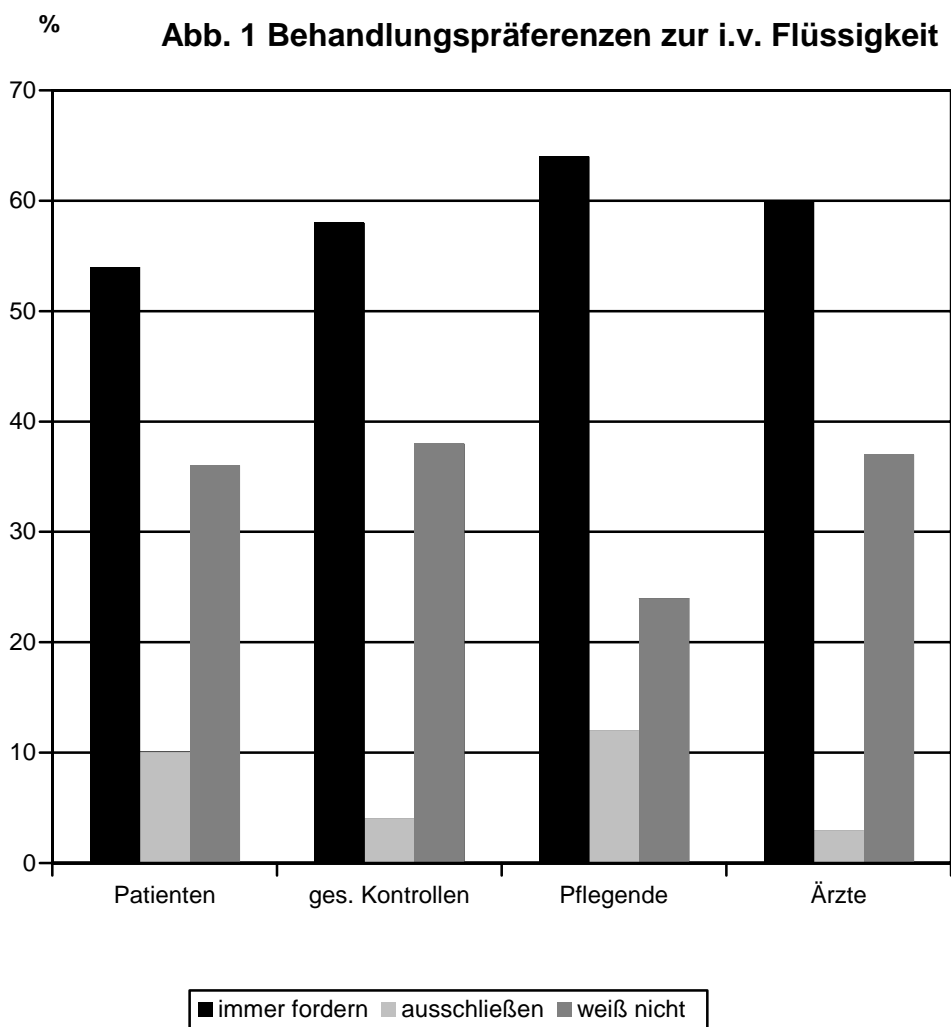


Abb. 1: Einstellung zur Behandlungsmodalität „i.v. Flüssigkeit“, Angaben zu den Häufigkeiten der Antworten in %, zur Erläuterung s. Text und Abschnitt 7.3.5

Befragte des männlichen Geschlechtes sind häufiger unentschieden, die Unterschiede signifikant, allerdings ist die Differenz nur gering (52.5% versus 47.4%, $p < 0.05$).

Determinanten der Präferenzen zur „künstliche Ernährung“

Abbildung 2 stellt die Einstellungen der Befragten zur Behandlungspräferenz künstlicher Ernährung graphisch dar (Zur Erläuterung s. Abschnitt 7.3.5, n.s.= nicht signifikant).

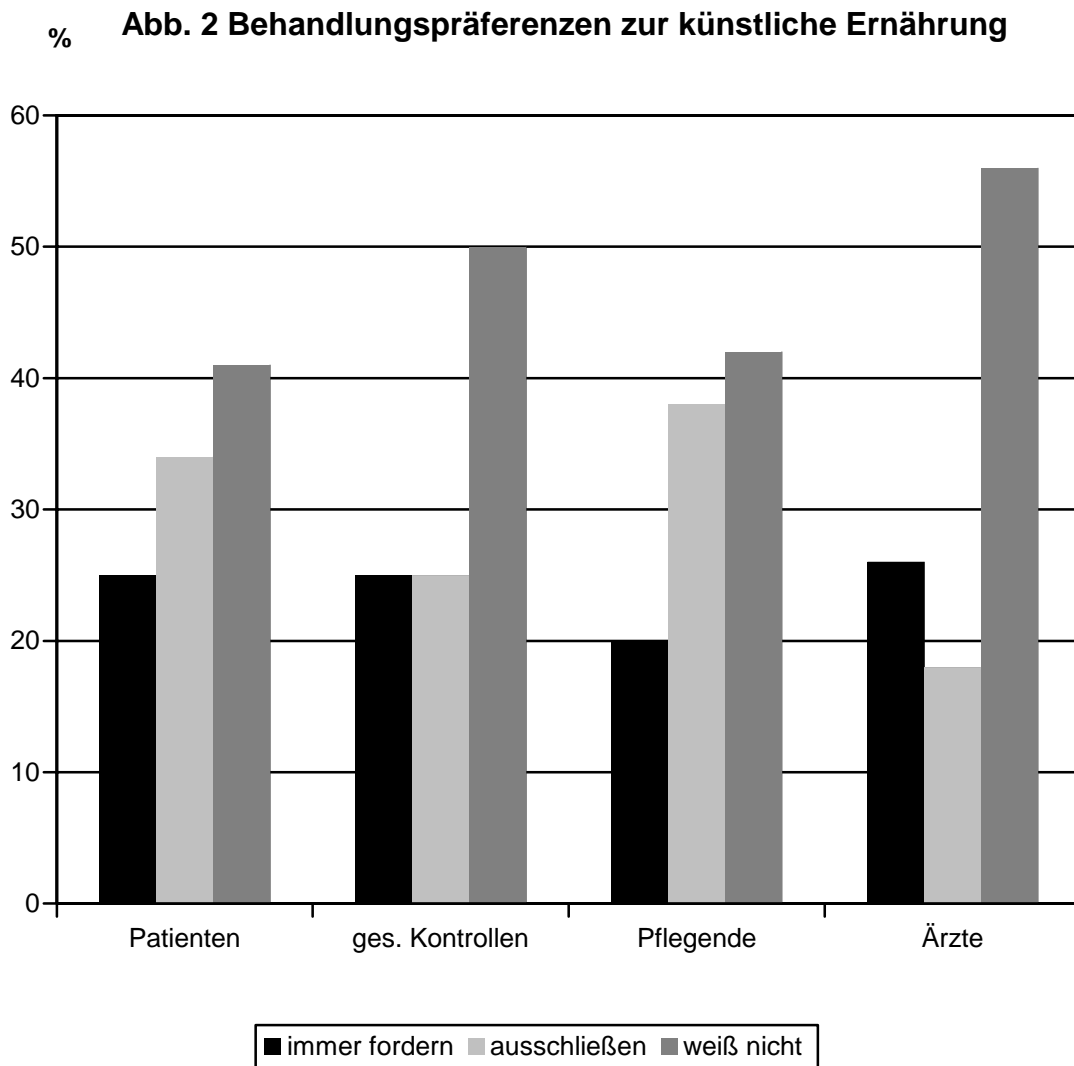


Abb. 2: Einstellung zur Behandlungsmodalität „künstliche Ernährung“, Angaben zu den Häufigkeiten der Antworten in %, zur Erläuterung s. Text und Abschnitt 7.3.5

Alleinlebende lehnen diese Behandlung häufiger ab als Befragte, die mit einem Partner beziehungsweise Angehörigen zusammenleben (40.9% versus 26.8%, $p < 0.05$). Ebenso weisen diejenigen, die eine Patientenverfügung ausgefüllt haben, die künstliche Ernährung häufiger zurück als Befragte ohne Patientenverfügung (50.8% versus 25.7%, $p < 0.005$), Befragte mit Patientenverfügungen sind auch seltener

unentschieden (29.8% versus 49.6%). Fachärzte wünschen eher eine Ernährungstherapie (nur Tendenz, Daten nicht dargestellt).

Determinanten der Präferenzen zur Gabe von „Antibiotika bei einer Lungenentzündung und gleichzeitiger schwerer unheilbarer Erkrankung“

Abbildung 3 zeigt die Behandlungspräferenzen der Befragten im Blick auf eine antibiotische Therapie bei gleichzeitig schwerer unheilbarer Krankheit (Zur Erläuterung s. Abschnitt 7.3.5).

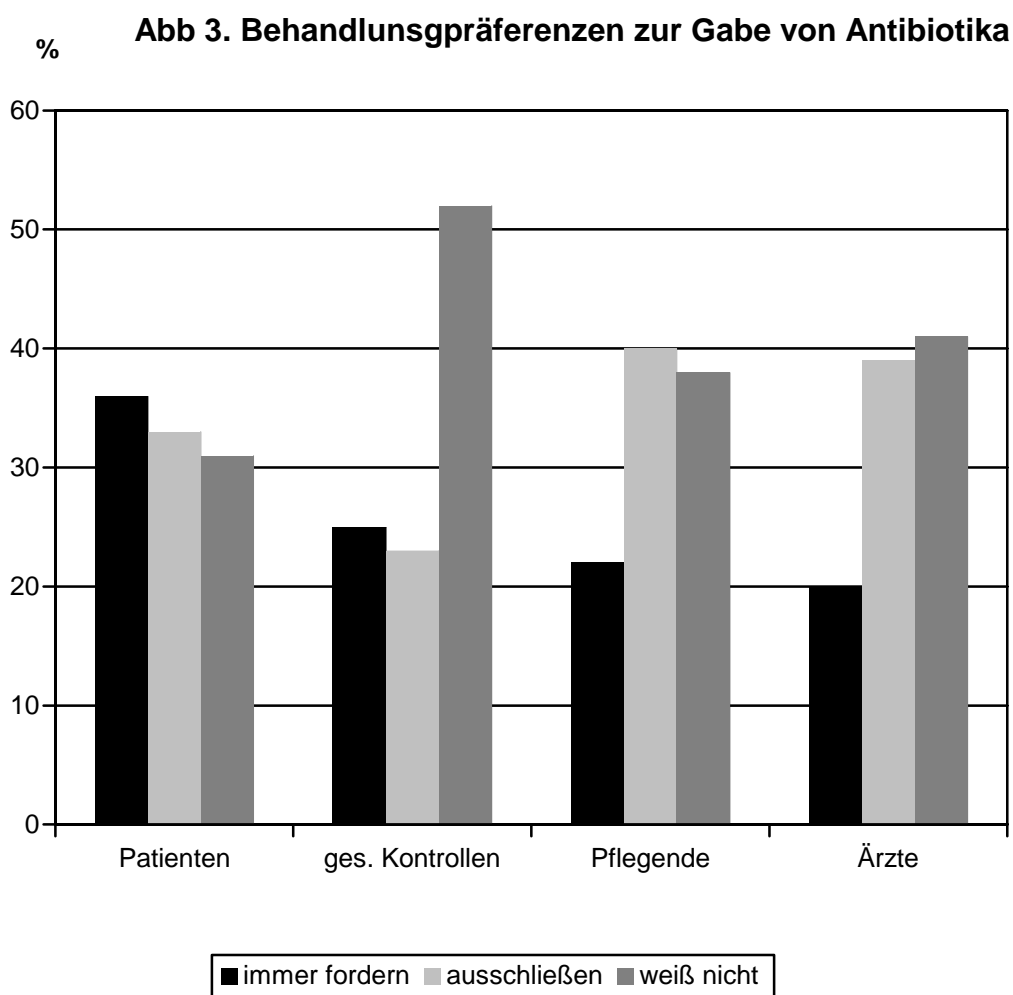


Abb. 3: Einstellung zur Behandlungsmodalität „Gabe von Antibiotika“, Angaben zu den Häufigkeiten der Antworten in %, zur Erläuterung s. Text und Abschnitt 7.3.5

Befragte in sehr gutem oder gutem Zustand - entsprechend ihrer Selbsteinschätzung - optieren für diese Behandlung signifikant seltener als solche in erträglichem oder schlechten Zustand (24.2%, 21.4%, 35.1% beziehungsweise 40.0%, $p < 0.05$). Diejenigen, die mit einem Partner zusammenleben, wollen eher mit Antibiotika behandelt werden als Befragte, die alleine leben ($p < 0.05$).

Determinanten der Behandlungspräferenzen zur Gabe von „Schmerzmitteln, auch wenn dadurch das Bewußtsein getrübt wird“

Abbildung 4 zeigt die Präferenzen der Befragten zur Behandlungsoption Schmerztherapie, die unter Umständen das Bewußtsein trüben könnte (Zur Erläuterung s. Abschnitt 7.3.5).

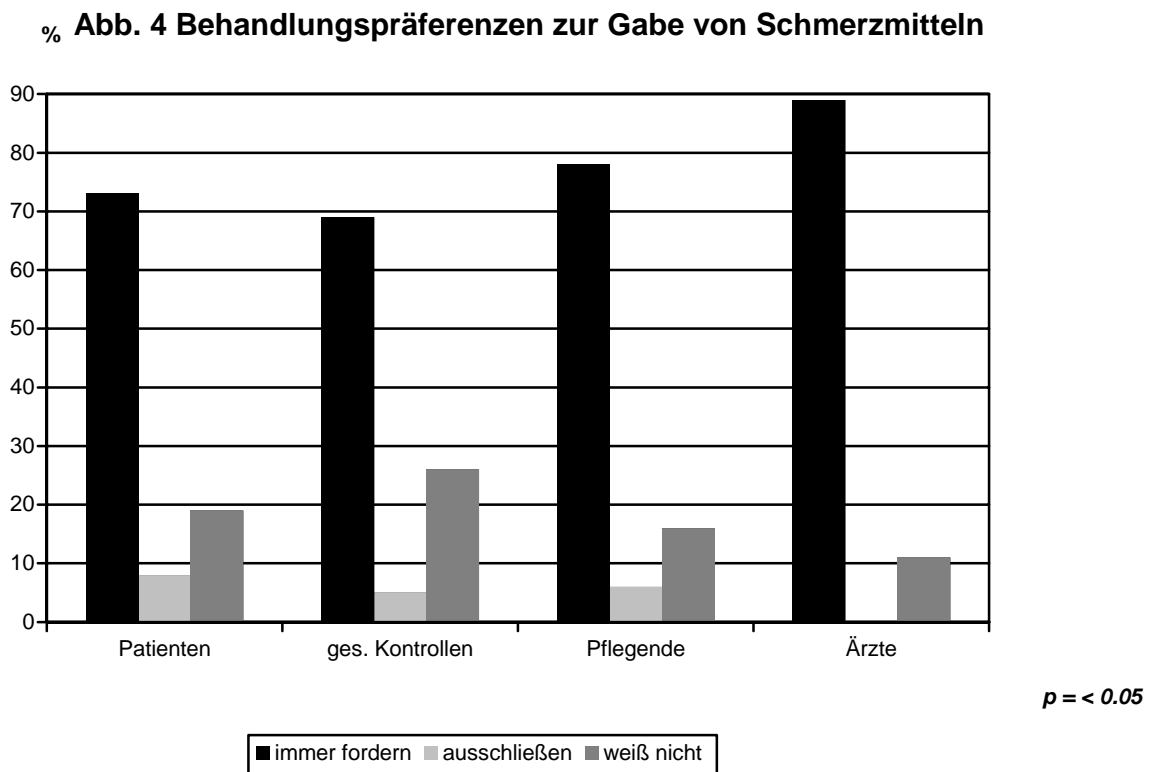


Abb. 4: Einstellung zur Behandlungsmodalität „Schmerzmittel, auch wenn das Bewusstsein getrübt wird“, Angaben zu den Häufigkeiten der Antworten in %, zur Erläuterung s. Text und Abschnitt 7.3.5

Nur ein kleiner Teil der Befragten lehnt diese Therapie ab. Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen Befragten, die mit Partner bzw. ohne Partner leben. Alleinlebende weisen die Behandlung häufiger zurück (11.7% versus 3.7%, $p < 0.05$). Umgekehrt wünschen diejenigen, die mit einem Partner leben, zu 79% stets die Behandlung im Vergleich zu nur 64% der Alleinlebenden ($p < 0.05$). Unter denjenigen, die sich selbst als religiös bezeichnen, weisen nur 3% diese Therapie

definitiv zurück. Unter denjenigen, die sich als nicht religiös bezeichnen, sind es 8.4% (nur statistische Tendenz, $p < 0.063$).

Determinanten der Behandlungspräferenzen zu eingreifenden Behandlungen wie „Chemotherapie und Dialyse“

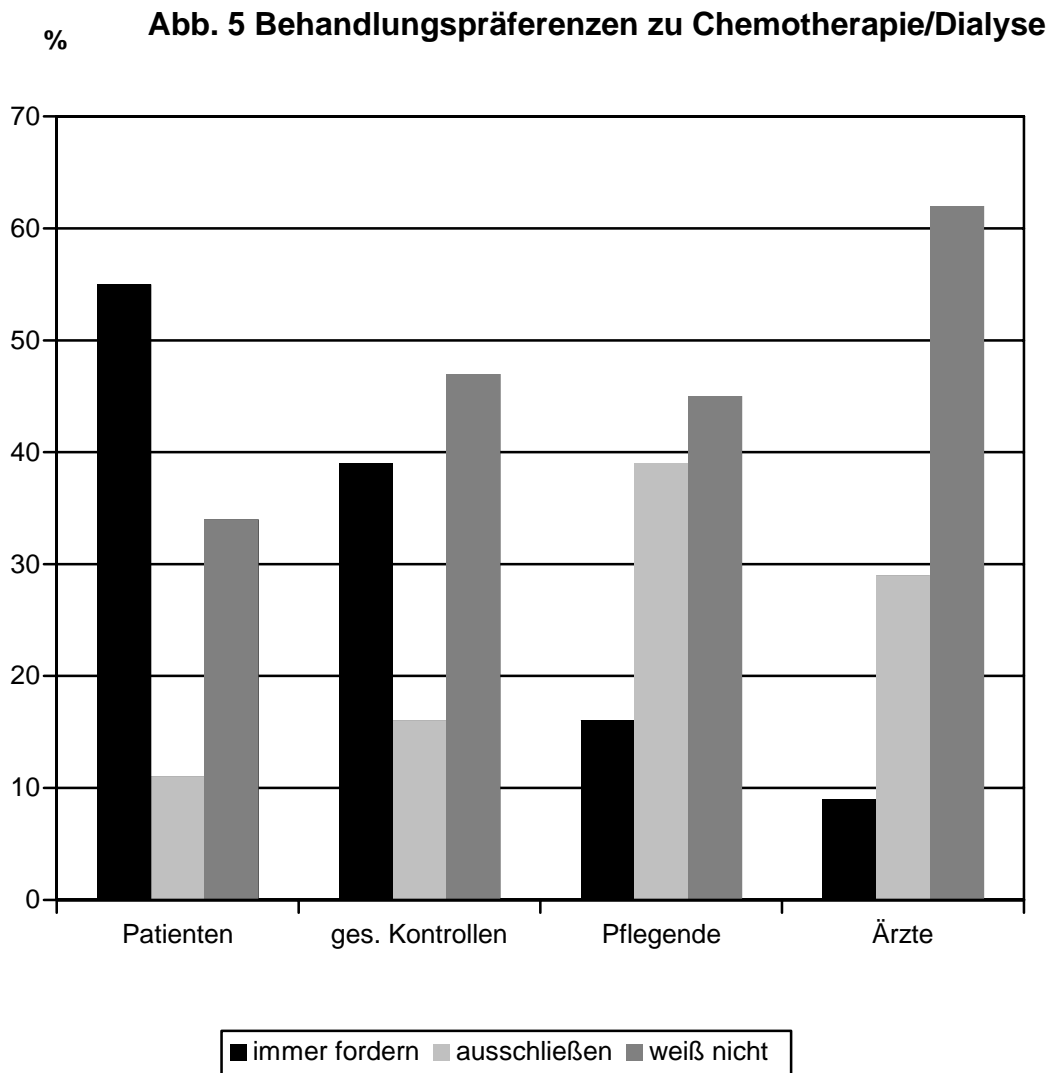


Abb. 5: Einstellung zur Behandlungsmodalität „Chemotherapie/Dialyse“, Angaben zu den Häufigkeiten der Antworten in %, zur Erläuterung s. Text und Abschnitt 7.3.5

Abbildung 5 zeigt die grafische Darstellung der Einstellungen der Befragten in den verschiedenen Gruppen zur eingreifenden Behandlungen wie Chemotherapie und Dialyse (Zur Erläuterung s. Abschnitt 7.3.5).

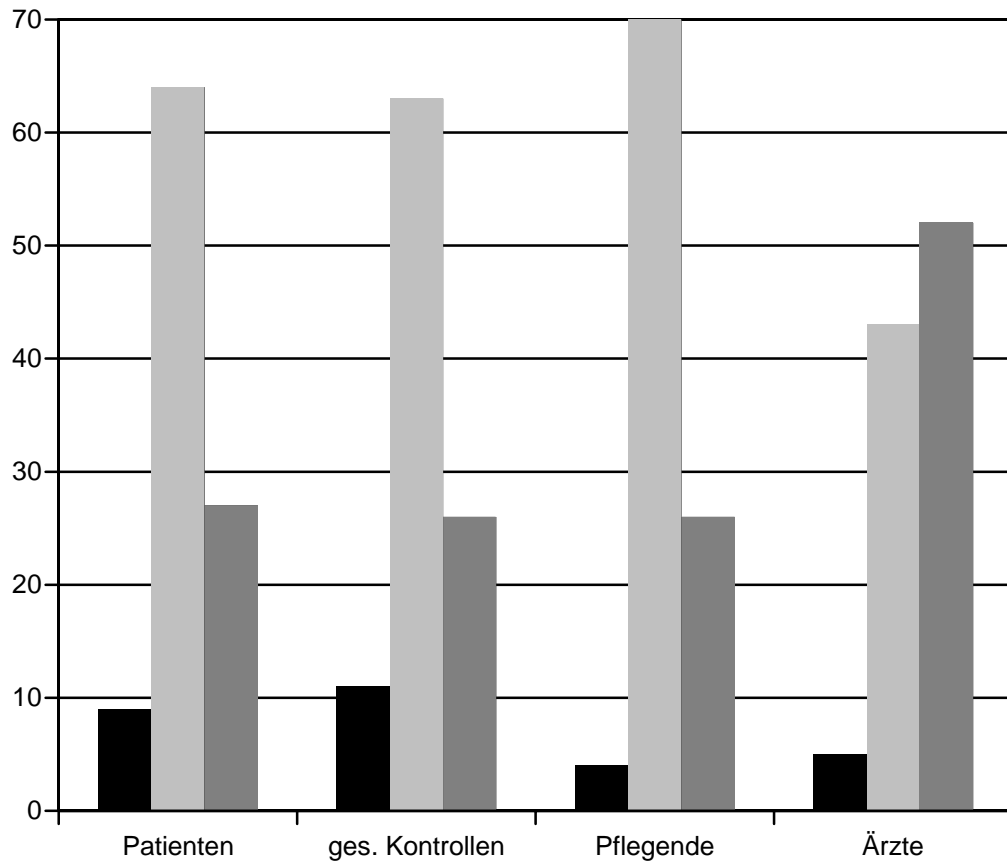
Bezüglich dieser Behandlungsoption zeigen sich signifikante Unterschiede in der Einschätzung in Abhängigkeit von der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes. Nur 19% bzw. 27% derer, die ihren Zustand als „gut“ bzw. „sehr gut“ einschätzen, wünschen diese Behandlungen; 40,8% bzw. 45,0% sind unentschieden. Diejenigen dagegen, die ihren Gesundheitszustand als „erträglich“ beziehungsweise „schlecht“ beurteilen, wünschen die Behandlung zu 47% beziehungsweise 50% ($p < 0.001$). Der Anteil der Unentschiedenen unter ihnen ist geringer (36,4% beziehungsweise 35,3%). Es besteht eine Altersabhängigkeit der Behandlungspräferenz. Jüngere lehnen die Therapie eher ab oder sind eher unentschieden ($p < 0.005$).

Determinanten der Behandlungspräferenzen zur „artificialen Ventilation“

Abbildung 6 stellt grafisch die Einstellung zur Behandlungspräferenz künstliche Ventilation in den unterschiedlichen Gruppen dar (Zur Erläuterung s. Abschnitt 7.3.5)

Die Behandlung wird nur von wenigen gefordert, allerdings ist der Anteil der Unentschiedenen sehr hoch, insbesondere unter den Ärzten. Alleinlebende lehnen die Behandlung in höherem Maße ab als diejenigen, die mit Partner leben (76% vs. 57% versus, $p < 0.05$), Alleinlebende sind auch seltener unentschieden (19,6% versus 34,0%). Die Behandlung wird auch von den Befragten häufiger zurückgewiesen, die eine Patientenverfügung ausgefüllt haben (75,0% versus 56,8%, $p < 0.01$).

Abb. 6 Behandlungspräferenzen zur artifiziiellen Ventilation



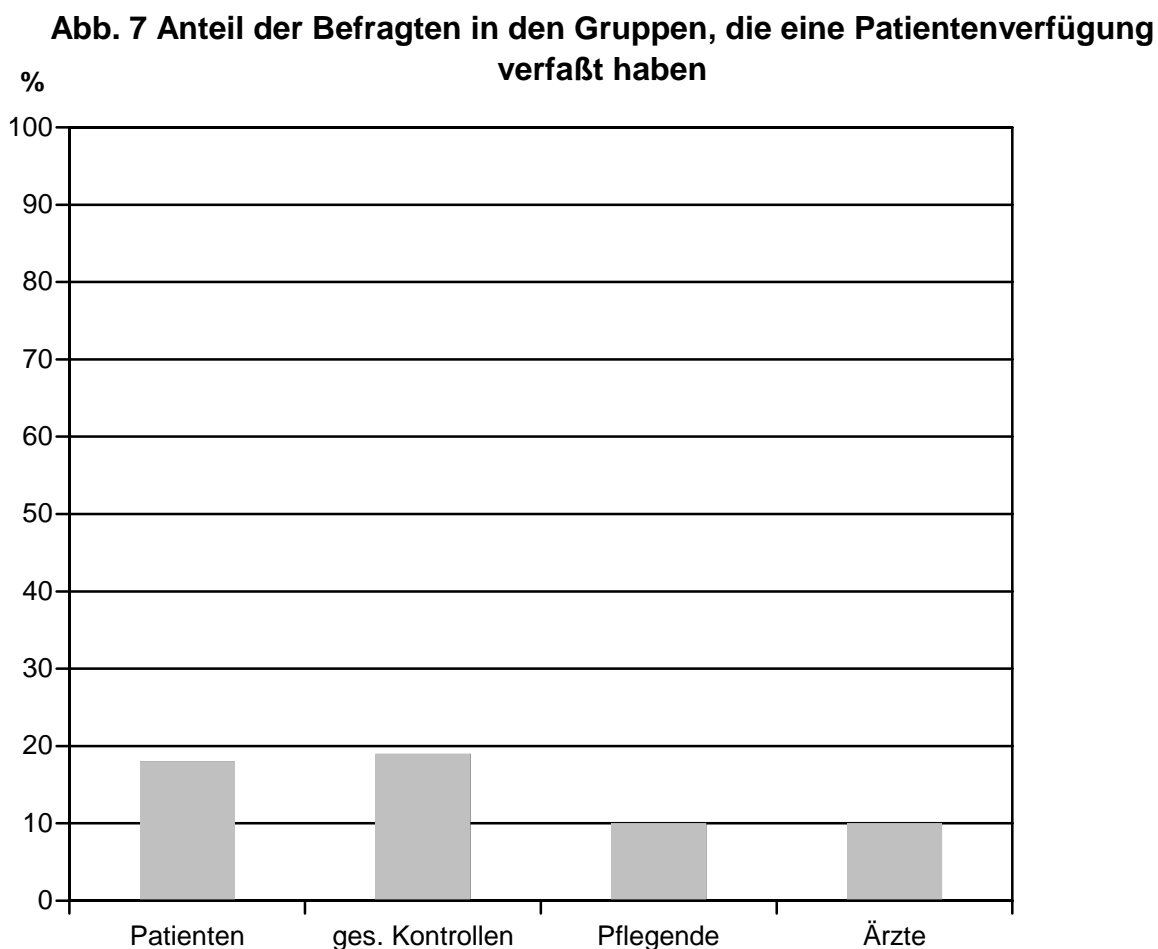
p < 0.001

■ immer fordern ■ ausschließen ■ weiß nicht

Abb. 6: Einstellung zur Behandlungsmodalität „artifiziielle Ventilation“, Angaben zu den Häufigkeiten der Antworten in %, zur Erläuterung s. Text und Abschnitt 7.3.5

1.3.7 Verbreitung von Patientenverfügungen; Wissen über die Formen der Vorabverfügung und Absicht, sich mit dem Thema zu beschäftigen

Abbildung 7 zeigt grafisch die Verbreitung von Patientenverfügungen in den verschiedenen Gruppen. Es besteht kein statistischer Unterschied. Insgesamt ist der Anteil der Befragten gering, die eine Patientenverfügung verfaßt haben.



n.s.

Abb. 7: Anteil der Befragten in den Gruppen, der eine Patientenverfügung verfasst hat, in %, ein statistischer Unterschied zwischen Gruppen besteht nicht (n.s. = nicht signifikant).

Unter den Befragten mit Patientenverfügung überwiegt das weibliche Geschlecht, Verheiratete und Menschen mit religiösem Bezug. Männliche Befragte und Alleinlebende haben seltener eine Patientenverfügung ausgefüllt. Allerdings handelt

es sich bei diesen Beobachtungen nur um eine Tendenz, die Schwelle statistischer Signifikanz wird nicht erreicht. Dies könnte durch die geringe Fallzahl derer bedingt sein, die überhaupt eine Patientenverfügung ausgefüllt haben.

In Tabelle 7 sind die Angaben der Befragten in den Gruppen über ihre Kenntnisse der verschiedenen Formen von Vorabverfügungen zusammengestellt, die in Deutschland anerkannt sind.

Tabelle 7: Wissen über die verschiedenen in Deutschland rechtlich anerkannten Formen von Vorabverfügungen, und Wunsch, mehr zu erfahren

	Patienten	gesunde Kontrollpersonen	Pflegende	Ärzte	<i>p</i>
kennt:					
- Patientenverfügung	74.0	89.0	91.0	98.0	< 0.001
- Gesundheitsbevollmächtigung	43.0	29.2	37.0	69.0	< 0.001
- Betreuungsverfügung	46.0	26.6	60.0	76.0	< 0.001
möchte mehr wissen	83.0	89.9	89.0	69.0	< 0.001

Alle Angaben in %; n = 100 in allen Gruppen

Die Verbreitung von Kenntnissen über die verschiedenen legalen Formen von Patientenverfügungen unterscheidet sich in den Gruppen. Das Instrument der Patientenverfügung kennen drei Viertel aller Patienten, die große Mehrheit der Gesunden, Pflegenden und Ärzte. Aber von der Möglichkeit, eine Person als Gesundheitsbevollmächtigten zu benennen oder eine Person als Betreuer vorab festzulegen, wissen weniger als die Hälfte der Patienten und Gesunden. Auch Pflegende sind über das Institut der Gesundheitsbevollmächtigung nur zu etwa einem Drittel informiert. Ärzte kennen die Gesundheitsbevollmächtigung/Betreuungsverfügung zu 70%/ 76%. Eine große Mehrheit in allen Gruppen wünscht mehr über das Thema Vorabverfügungen zu erfahren.

In Tabelle 8 finden sich die Antworten der Befragten in den Gruppen zur Absicht, sich mit dem Thema der Patientenverfügung auseinanderzusetzen (Option, eine

Patientenverfügung zu einem späteren Zeitpunkt zu verfassen/ sie jetzt für aktuell und wichtig zu halten).

Tabelle 8 : Absicht, sich mit dem Thema Patientenverfügung auseinanderzusetzen

	Patienten	gesunde Kontrollpersonen	Pflegende	Ärzte	<i>p</i>
Option für später	73.0 n=100	76.0 n=100	85.0 n=100	87.0 n=100	<i>n.s.</i>
jetzt wichtig	81.4 n=97	59.6 n=99	68.7 n=99	50.5 n=99	<i>0.001</i>

Angaben in %; n.s. = nicht signifikant

Unter den Patienten ist der Anteil derjenigen signifikant höher, die die Absicht äußern, sich aktuell mit der Patientenverfügung zu befassen (81% versus 59% für Gesunde, 68% für Pflegende, 50% für Ärzte, $p < 0.001$). Ältere Befragte wollen eher eine Patientenverfügung ausfüllen ($p < 0.0001$). Nur 54% derjenigen in sehr gutem Gesundheitszustand, jedoch 80,5% in erträglichem und 95% in sehr schlechtem Zustand möchten eine Patientenverfügung abfassen ($p < 0.001$ bzw. $p < 0.001$). Diejenigen, die häufiger über Schmerzen klagen, bekunden diese Absicht ebenfalls eher (84% versus 60%, $p < 0.01$). Die Absicht, eine Patientenverfügung auszufüllen, ist assoziiert mit der Erfahrung eigener vorangegangener schwerer Krankheit ($p < 0.001$). Ein Zusammenhang zu Erfahrungen im Umgang mit schwerer Krankheit bei Angehörigen findet sich dagegen nicht.

1.3.8 Präferenz im Blick auf Personen, von denen die Initiative zum Ausfüllen einer Patientenverfügung ausgehen soll

Sollen Patientenverfügungen weitere Verbreitung finden, ist es bedeutsam, von welchem Personenkreis die Initiative zum Abfassen der Dokumente ausgehen soll. Während in den Vereinigten Staaten Anbieter medizinischer Leistungen im patient self-determination act verpflichtet werden, Patienten die Möglichkeit zu geben, einen *living will* auszufüllen, existieren in anderen Ländern dazu keine Regelungen. Emotionale Barrieren könnten Ursache sein, daß Betroffenen das Thema meiden. Ebenso könnten sie es als Belastung empfinden, wenn Betreuende (Ärzte,

Pflegende) das Thema ansprechen. Daher ist es wichtig, den bevorzugten Personenkreis zu kennen, von denen Personen eine Initiative zum Ausfüllen einer Verfügung erwarten.

Tabelle 9 zeigt die Präferenzen im Blick auf den Personenkreis, von dem nach Ansicht der Befragten die Initiative zum Verfassen einer Patientenverfügung ausgehen soll.

Table 9: Präferenz für Personen, von denen die Initiative zum Abfassen einer Patientenverfügung ausgehen sollte

	Patienten	gesunde Kontrollpersonen	Pflegende	Ärzte	<i>p</i>
nur von den Betroffenen	18.3/81.6 (n=98)	11.1/88.8 (n=99)	24.0/76.0 (n=100)	14.0/86.0 (n=100)	<i>n.s.</i>
Ärzte, wenn die es für richtig erachten	60.2/39.8 (n=98)	61.6/38.3 (n=99)	58.0/42.0 (n=100)	78.7/21.2 (n=99)	< 0.001
Ärzte, routinemäßig	27.0/72.9 (n=96)	46.4/53.5 (n=99)	27.0/73.0 (n=100)	17.0/83.0 (n=100)	< 0.01
Angehörige	44.2/55.7 (n=95)	46.4/53.5 (n=99)	54.0/46.0 (n=100)	64.0/36.0 (n=100)	<0.05
Seelsorger	11.5/88.4 (n=95)	15.1/84.8 (n=99)	31.0/69.0 (n=100)	39.0/61.0 (n=100)	< 0.001
Laien	4.2/95.7 (n=95)	5.0/94.9 (n=99)	11.0/89.0 (n=100)	18.0/82.0 (n=100)	< 0.005

n.s. = nicht signifikant; alle Angaben in % für die Antworten ja/nein; die Befragten waren aufgefordert aus einer Liste vorgegebener Antworten auszuwählen, s. Text.

Die Mehrzahl der Befragten in allen Gruppen (58.0% bei Pflegenden bis maximal 78.7% bei den Ärzten) erwartet, daß Ärzte das Thema ansprechen sollten, wenn es nach deren Einschätzung angemessen sei. Immerhin ca. 60% der Patienten, gesunden Kontrollpersonen und Pflegenden stimmen dem zu, von den Ärzten fast vier Fünftel der Befragten.

Die routinemäßige Initiative seitens der Ärzte, das Thema Patientenverfügung anzusprechen, wünschen 46% der gesunden Kontrollpersonen, in den anderen Gruppen sind es nur 17% bis 27%. Etwa die Hälfte der Befragten in allen Gruppen erwartet auch, daß die Initiative von Angehörigen ausgehen solle. Besonders die Ärzte stimmen dem zu. Laienpersonen und Seelsorger werden in dieser Rolle abgelehnt, insbesondere von den gesunden Kontrollpersonen und Patienten. Seelsorger werden als Initiatoren eines Gesprächs über Patientenverfügungen von Pflegenden und Ärzten in 31% bzw. 39% gewünscht.

Tabelle 10 zeigt den Anteil der Personen in den Gruppen, die bereits von ihrem Arzt auf die Möglichkeit, eine Patientenverfügung zu verfassen, angesprochen worden sind. Er ist in allen Gruppen gering. Die professionellen Gruppen wurden auch gefragt, ob sie Patienten aktiv auf das Thema Patientenverfügung ansprechen. Obgleich 78,7% der Ärzte die Ansicht äußerten, sie selbst sollten das Gespräch über eine Patientenverfügung beginnen, wenn es ihnen angemessen erscheint (s. Tabelle 9), berichten nur 39% der Ärzte, daß sie überhaupt mit Patienten über das Thema sprechen.

Tabelle 10 : Anteil der Befragten, die von ihrem Arzt auf das Thema Patientenverfügung angesprochen wurden

	Patienten	gesunde Kontrollpersonen	Pflegende	Ärzte	<i>p</i>
Vom Arzt angesprochen worden	10.10 n=99	3.0 n=100	6.0 n=100	6.06 n=99	<i>n.s.</i>

Angaben in %

1.3.9 Emotionale Reaktionen, die mit dem Verfassen einer Patientenverfügung in Verbindung gebracht werden

Emotionale Barrieren, die ein Hindernis darstellen könnten, eine Patientenverfügung zu verfassen, wurden auf folgende Weise ermittelt. Die Befragten sollten zustimmend oder ablehnend zu emotionalen Aussagen Stellung nehmen, die ihre Gefühle beim Abfassen einer (fiktiven) Patientenverfügung am ehesten beschreiben. Sie sollten auswählen aus folgenden vier Alternativen:

- Aussage A: ist mir unangenehm/finde ich gut;
- Aussage B: gut, daß man darüber reden konnte/ich habe ein mulmiges Gefühl;
- Aussage C: ich bin froh, daß die Angehörigen jetzt wissen, wie sie entscheiden sollen/ich habe Angst, meine Angehörigen könnten die Verfügung nicht in meinem Sinne nutzen;
- Aussage D: gut, daß ich jetzt weiß, was mit mir geschieht, wenn ich selbst nicht entscheiden kann/jetzt halten sich die Ärzte nur noch schematisch an die Verfügung.²

Tabelle 11 faßt die Antworten der Befragten zusammen. Eine Mehrheit in den Gruppen beschreibt eine positive Empfindung beim Verfassen einer Patientenverfügung („finde ich gut“), doch etwa jede vierte Arzt bekundet, es sei ihm „unangenehm“. Der Unterschied ist statistisch signifikant ($p < 0.05$). Ebenso empfindet eine Mehrheit es als positiv, über das Thema zu sprechen, doch eine beachtliche Minderheit unter den Ärzten (30%) äußert ein ungutes Gefühl, von den Pflegenden immerhin ein Viertel der Befragten („ich habe ein mulmiges Gefühl“). Bezüglich der Aussagen C und D bestehen keine signifikanten Unterschiede in den einzelnen Gruppen, es überwiegt die Zustimmung zur positiven Aussage.

Table 11: Emotionen beim Verfassen einer Patientenverfügung

	Patienten	gesunde Kontrollpersonen	Pflegende	Ärzte	p
Aussage a:	87.0/12,9 (n=93)	91.4/8.6 (n=93)	88.2/11.8 (n=93)	73.9/26.1 (n=88)	<0.05
Aussage b:	89.2/10.7 (n=93)	85.1/14.9 (n=94)	76.8/23.2 (n=95)	71.7/28.3 (n=92)	<0.05
Aussage c:	93.4/6.6 (n=91)	89.6/10.4 (n=96)	82.8/17.2 (n=93)	88.6/11.4 (n=88)	n.s.
Aussage d:	92.3/7.7 (n=91)	92.4/7.6 (n=92)	91.3/8.7 (n=92)	88.2/11.8 (n=85)	n.s.

Die Befragten wurden gebeten zu alternativen emotionalen Aussagen zustimmend oder ablehnend Stellung zu nehmen.

„Stellen Sie sich vor, Sie würden jetzt eine Verfügung abfassen oder mit Ihrem Arzt über Ihre Verfügung reden. Was denken Sie? Bitte kreuzen Sie eine oder mehrere der folgenden Aussagen an:

a: finde ich gut/ ist mir unangenehm

b) gut, daß man darüber reden konnte/ ich habe ein mulmiges Gefühl

c) ich bin froh, daß die Angehörigen jetzt wissen wie Sie entscheiden sollen / ich habe Angst, meine Angehörigen könnten die Verfügung nicht in meinem Sinne nutzen

d) gut, daß ich jetzt weiß, was mit mir geschieht, wenn ich selbst nicht entscheiden kann/ jetzt halten sich die Ärzte nur noch schematisch an die Verfügung

Alle Angaben in % der Antworten mit positiver Empfindung / Antwort mit negativer Empfindung; n.s. = nicht signifikant

1.3.10 Prävalenz von Befürchtungen über möglichen Mißbrauch einer Patientenverfügung

Befürchtungen über mögliche unerwünschte Auswirkungen, die eine Patientenverfügung zeitigen könnte, wurden anhand von drei Aussagen erfragt. Die Befragten sollten zustimmend oder ablehnend zu den jeweiligen Formen des Mißbrauchs Stellung nehmen:

- Betroffene könnten zur Abfassung einer Patientenverfügung gedrängt werden (Coercion);
- Ärzte könnten die Verfügung als alleinige Entscheidungsgrundlage verwenden und ihr Wissen über Prognose und Art der Erkrankung nicht mehr einbeziehen (diktatorischer Gebrauch);
- Angehörige könnten auf einen Therapieabbruch drängen, weil eine Verfügung solchen Inhalts vorliegt, obgleich die Prognose aus ärztlicher Sicht womöglich günstiger ist (Mißbrauch durch Angehörige);

Tabelle 12 faßt die Antworten zusammen. Befürchtungen, eine vorhandene Patientenverfügungen könnte auch negative Auswirkungen zeitigen, sind in allen Gruppen weit verbreitet. Ein Unterschied besteht nur bezüglich des Mißbrauchs durch Angehörige. Diese Befürchtung hegen mehr als die Hälfte der Befragten in den gesunden Gruppen, unter den Patienten ist der Anteil geringer.

Tabelle 12: Befürchtungen über möglichen Mißbrauch einer Patientenverfügung

	Patienten	gesunde Kontrollpersonen	Pflegende	Ärzte	<i>p</i>
coercion	55.1/44.9 (n=98)	56.6/43.4 (n=99)	61.0/39.0 (n=100)	75.7/24.2 (n=99)	<i>n.s.</i>
diktatorischer Gebrauch	26.5/73.5 (n=98)	30.6/69.4 (n=98)	31.0./69.0 (n=100)	33.0/67.0 (n=100)	<i>n.s.</i>
Mißbrauch durch	38.4/61.6	52.0/47.9	53.0/47.0	64.6/35.3	< 0.005

² Aus testpsychologischen Gründen wurden die beiden alternativen Aussagen unter Punkt D in umgekehrter Reihenfolge präsentiert, s. Abschnitt 7.2.2

Angehörige	(n=99)	(n=98)	(n=100)	(n=99)	
------------	--------	--------	---------	--------	--

n.s. = nicht signifikant; alle Angaben in % für die Antwort ja/ nein im Blick auf drei Typen möglichen Mißbrauchs einer Patientenverfügung, d.h. coercion, diktatorischer Gebrauch, Mißbrauch durch Angehörige (für die Einzelheiten s. Text)

Es wurde untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von Befürchtungen über möglichen Mißbrauch und der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes, dem Alter, Geschlecht, dem Ehestand, dem Vorhandensein von Kindern, dem Bildungsabschluß bei Patienten und Gesunden bzw. Tätigkeitsschwerpunkt bei Pflegenden und Ärzten, der Selbsteinschätzung der Religiosität besteht. Ein solcher Zusammenhang fand sich nur bezüglich des Mißbrauchs durch Angehörige und der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes. Gesunde Befragte sind mißtrauischer. 62.2%/ 52.3% derjenigen Befragten, die sich „sehr gut“ bzw. „gut“ fühlen, aber nur 36.9%/ 35.0% derer, die ihren Zustand als „erträglich“ oder „schlecht“ bezeichnen, fürchten den Mißbrauch durch Angehörige ($p < 0.005$). Diejenigen, die mit dem Mißbrauch durch Angehörige rechnen, sind jünger als diejenigen, die die Befürchtung nicht hegen ($p < 0.005$).³

1.3.11 Präferenz für Personen als Stellvertreter und Bereitschaft zur Übernahme einer Bevollmächtigung

Die Präferenz der Befragten für bestimmte Personen als Stellvertreter für Entscheidungen über lebenserhaltende Behandlungen wurde für unterschiedliche Situationen untersucht. Zunächst wurde nach den bevorzugten Personen als Stellvertreter im Falle eigener akuter Erkrankung gefragt. Dazu sollte aus folgenden Antworten ausgewählt werden: Angehörige: Ärzte, Richter, Angehörige und Ärzte, Angehörige und Richter, Ärzte und Richter, alle.

Abbildung 8 zeigt die Ergebnisse. Die überwältigende Mehrheit in allen Gruppen bevorzugt eine stellvertretende Entscheidung, die gemeinsam von Angehörigen und Ärzten getroffen wird. Nur etwa jeder fünfte wünscht eine Entscheidung alleine durch Angehörige. Richter und Ärzte alleine (d.h. ohne Hinzuziehung der

³ Vermutlich spielt der Gesundheitszustand hier als Moderatorenvariable eine Rolle, Patienten sind älter und berichten signifikant häufiger über einen schlechten Gesundheitszustand (s. Abschnitte 7.3.2 und 7.3.3)

Angehörigen) werden als Stellvertreter abgelehnt. Für die vorgegebene Antwort „Angehörige“ beziehungsweise „Angehörige und Ärzte“ ergeben sich zwar statistische Unterschiede zwischen den Gruppen. Da aber insgesamt sehr viel weniger Befragte Angehörige alleine als Stellvertreter bevorzugen, andererseits eine große Mehrheit in alle Gruppen eine stellvertretende Entscheidung durch Angehörige und Ärzte wünscht, sind diese Unterschiede nicht bedeutsam.

Abb. 8 Präferenz für Entscheidungsträger bei akuter Erkrankung

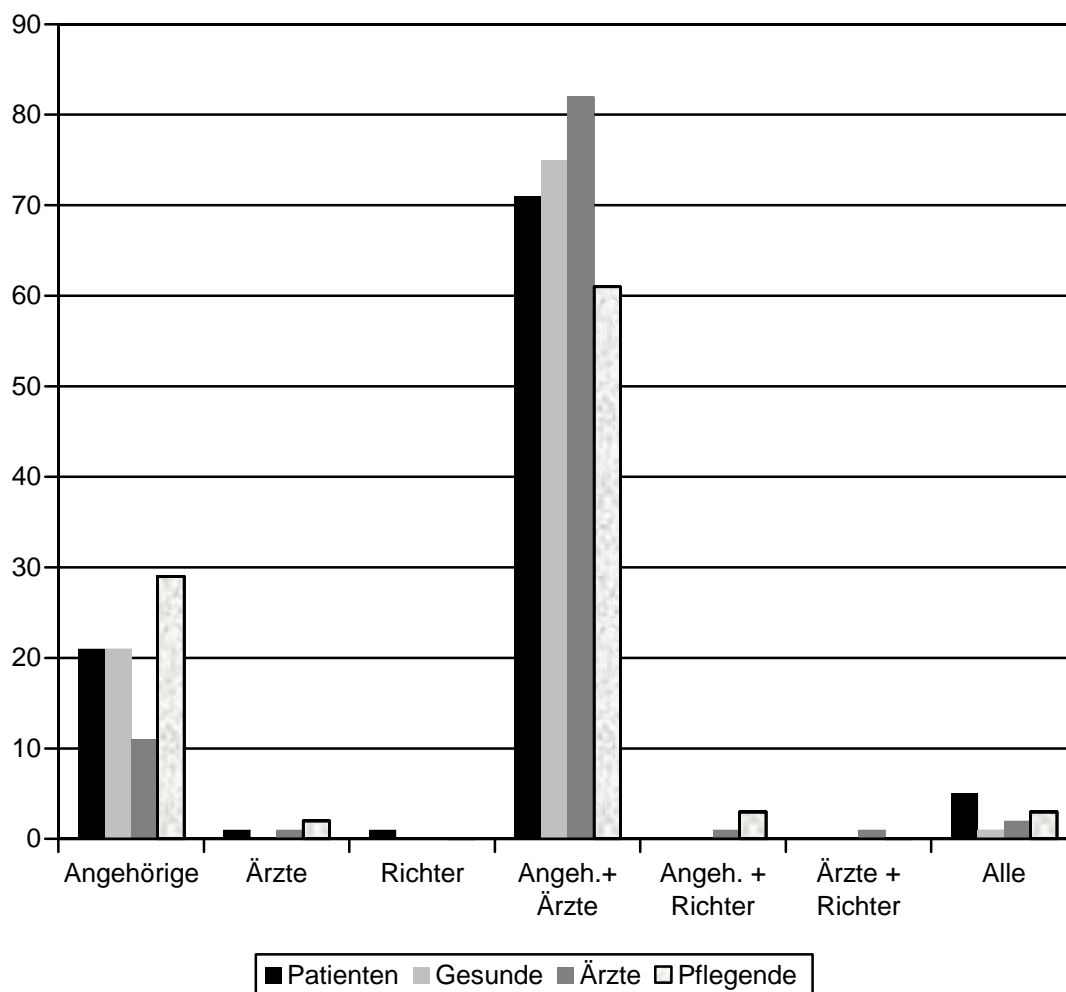


Abb. 8: Präferenz der Befragten für Personen als Stellvertreter im Falle akuter Erkrankung, aufgeteilt nach verschiedenen Personengruppen, Angaben in %, zur Erläuterung s. Text

In einem zweiten Schritt sollten die Befragten Personen nennen, die sie in einer Vorabverfügung als Gesundheitsbevollmächtigte ernennen würden. Dazu konnten

sie aus den vorgegebenen Antworten auswählen: Partner, Geschwister, Kinder, Ärzte, Anwälte, Freunde und sonstige auszuwählen. Abbildung 9 zeigt die Resultate.

In allen Gruppen werden als Gesundheitsbevollmächtigte Personen aus dem intimen Lebensumfeld bevorzugt, das heißt Ehepartner, Lebenspartner, darüber hinaus nur Angehörige. Weitaus weniger werden Personen bevorzugt, die professionell als erfahren in der Rolle als Stellvertreter gelten (Ärzte, Anwälte). Pflegende würden zu 22% auch Geschwister als Bevollmächtigte ernennen, Patienten zu 42% auch Kinder. Es handelt sich wiederum um Personen aus dem Kreis der Angehörigen, die als Stellvertreter gewünscht werden.

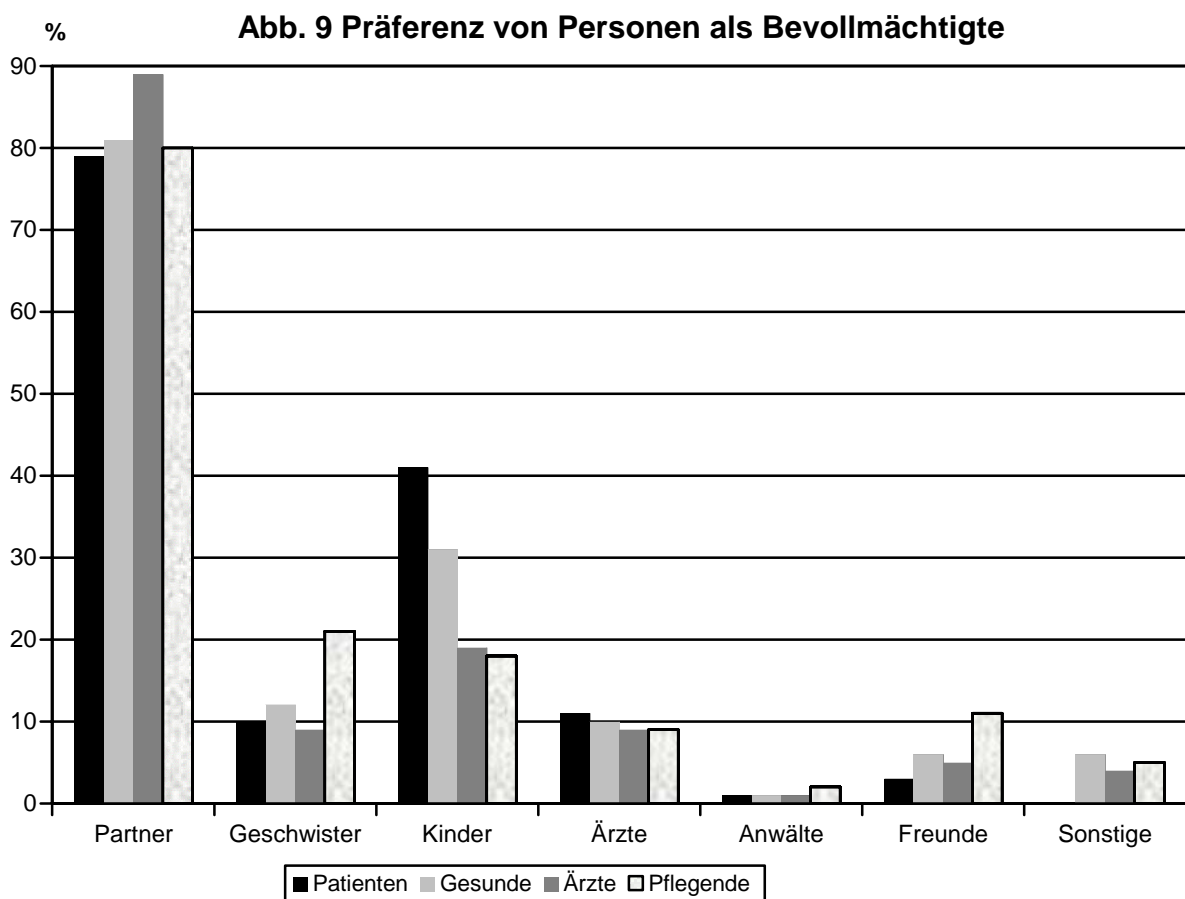


Abb. 9: Präferenz der Befragten für Personen als Gesundheitsbevollmächtigte, aufgeteilt nach verschiedenen Personengruppen, Angaben in %, zur Erläuterung s. Text

Analysiert man die Alleinlebenden gesondert in jeder Gruppe, so ergibt sich kein anderes Bild. Auch sie bevorzugen in der Mehrheit Angehörige und Ärzte als Entscheidungsträger im Falle einer akuten Erkrankung. Und es sind jeweils die

Angehörigen, die als Gesundheitsbevollmächtigte ausgewählt werden. Nur bei den Pflegenden würden 7 von 17 Alleinlebenden Freunde als Gesundheitsbevollmächtigte benennen.

Gefragt nach der Bereitschaft, für andere Personen als Bevollmächtigte zu fungieren, ergibt sich ein ähnliches Bild. Abbildung 10 zeigt die Resultate. Auch hier findet sich eine eindeutige Bevorzugung für Personen aus dem intimen Lebensbereich und Angehörige. Für Freunde und Bekannte oder sonstige Personen ist die Bereitschaft, eine solche Aufgabe zu übernehmen, deutlich geringer, wobei Ärzte hier eine Ausnahme bilden. Sie erklären sich in höherem Prozentsatz bereit, auch für Freunde stellvertretend Entscheidungen zu treffen.

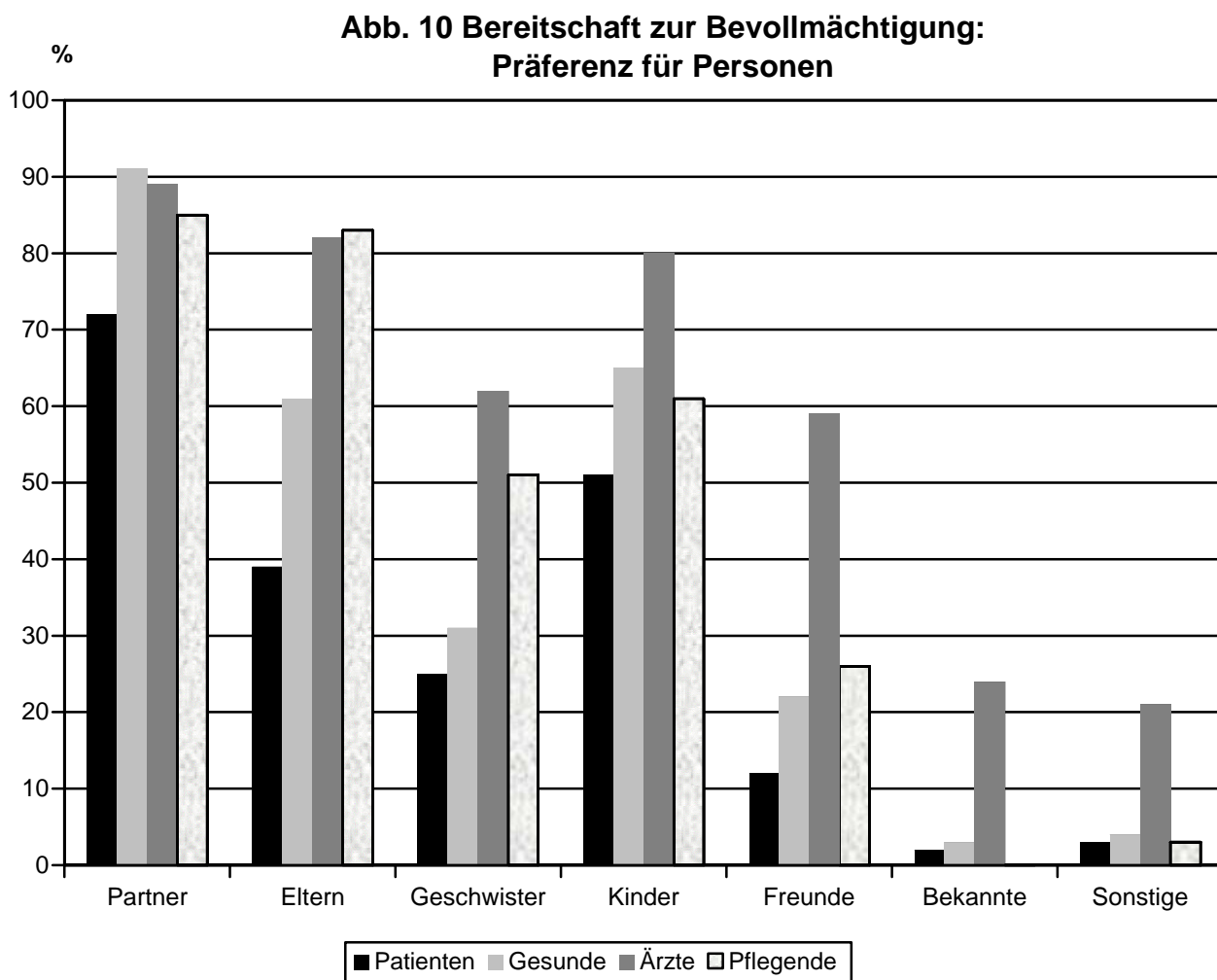


Abb. 10: Bereitschaft für andere Personen als Gesundheitsbevollmächtiger zu fungieren, aufgeteilt nach verschiedenen Personengruppen, Angaben in %, zur Erläuterung s. Text

Tabelle 13 zeigt die Häufigkeit, mit der die Befragten in einer Verfügung anderer Personen bereits bevollmächtigt wurden, und ihre grundsätzliche Bereitschaft, für andere als Bevollmächtigte zu agieren. Nur eine Minderheit ist bislang als Gesundheitsbevollmächtigter ernannt. Eine Ausnahme bilden die Ärzte. Jeder dritte Arzt ist bereits von anderen Personen als Bevollmächtigter bestimmt. In allen Gruppen ist die Bereitschaft hoch, diese Aufgabe für andere zu übernehmen. Nur bei Patienten ist sie geringer ausgeprägt.

Tabelle 13: Häufigkeit der Bevollmächtigung durch andere Personen und Bereitschaft, für andere als Bevollmächtigte stellvertretend zu entscheiden

	Patienten	Gesunde	Pflegende	Ärzte	p
In einer Verfügung anderer bevollmächtigt	23.0	20.0	17.0	32.0	n.s.
Bereitschaft, als Bevollmächtigter für andere zu entscheiden	79.0	94.0	92.0	95.0	< 0.01

Alle Angaben in %; n = 100 in allen Gruppen; n.s.= nicht signifikant

Eine große Mehrheit in allen Gruppen vertraut den bevollmächtigten Personen. Ein Unterschied zwischen den Gruppen besteht nicht (Frage „Würden Sie jemanden bevollmächtigen und darauf vertrauen, daß diese Person in Ihrem Sinne entscheidet?“). Die Ergebnisse zeigt Tabelle 14. Eine Assoziation der Antworten mit demographischen Daten oder der Selbsteinschätzung zum Gesundheitszustand besteht nicht.

Tabelle 14: Vertrauen in Stellvertreter

	Patienten	gesunde Kontrollpersonen	Pflegende	Ärzte	p
Frage „Würden Sie jemanden bevollmächtigen und darauf vertrauen, daß diese Person in Ihrem Sinne entscheidet? (ja)“	88.0 (n=100)	92.0 (n=100)	90.0 (n=100)	82.0 (n=100)	n.s.

n.s. = nicht signifikant; alle Angaben in %

1.3.12 Einschätzung des Einflusses einer Patientenverfügung auf den Krankheitsverlauf

Mit einer dreigeteilten Frage wurde ermittelt, inwieweit das Vorhandensein einer Patientenverfügung in der Einschätzung der Befragten den Krankheitsverlauf und die Behandlung beeinflussen kann. Die Ergebnisse zeigt Tabelle 15. Eine große Mehrheit in allen Gruppen vertraut darauf, daß sie durch eine Patientenverfügung auf die Art der Behandlung, Schmerzintensität und die Dauer des Leidens Einfluß nehmen kann.

Tabelle 15: Einschätzung des Einflusses einer Patientenverfügung auf den Verlauf und die Dauer einer Erkrankung

	Patienten	gesunde Kontrollpersonen	Pflegende	Ärzte	p
Können Sie sich vorstellen, durch eine eigene Patientenverfügung Einfluß nehmen zu können auf (ja/nein)					
- Art der Versorgung im Krankheitsfall	81.7/18.2 (n=93)	85.3/14.74 (n=95)	78.8/21.2 (n=99)	82.0/18.0 (n=100)	n.s.
- Schmerzen	78.3/21.7 (n=92)	85.0/15.0 (n=100)	75.8/24.2 (n=99)	71.0/29.0 (n=100)	n.s.
- Dauer des Leidens?	75.8/24.2 (n=95)	90.9/9.1 (n=99)	84.8/15.2 (n=99)	83.0/17.0 (n=100)	<0.05

n.s. = nicht signifikant; alle Angaben in %

Ein Unterschied zwischen den Gruppen besteht nur im Blick auf das Merkmal Dauer des Leidens. Hier sind Patienten skeptischer. Ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung über den Einfluß einer Patientenverfügung auf die Art der Versorgung und Alter, Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes, dem formalen Bildungsabschluß bei Gesunden und Patienten beziehungsweise den

Tätigkeitsbereichen bei Pflegenden und Ärzten, Familienstand, Status als mit Partner lebend/ alleinlebend, dem Vorhandensein von Kindern, Religiosität, Erfahrung im Umgang mit früherer Erkrankung und Geschlecht wurde nicht gefunden.

1.3.13 Akzeptanz des Instrumentes Patientenverfügung (Akzeptanz-Score)

Aus den Antworten einer Reihe von Fragen, aus denen sich eine positive Einstellung gegenüber dem Instrument Patientenverfügungen ableiten läßt, wurde ein Akzeptanz-Score errechnet (maximaler Wert 18 bei höchster Akzeptanz, minimal 0).⁴ Dabei wurden Fragen zu folgenden Aspekten berücksichtigt:

- zum Vorhandensein einer Verfügung;
- zur Absicht, eine Verfügung auszufüllen;
- zu Kenntnissen über verschiedene Varianten der Vorabverfügung;
- zur Einschätzung, Einfluß auf den Therapieverlauf und die Modalität der Behandlung nehmen zu können;
- zu emotionalen Reaktionen beim Ausfüllen einer Patientenverfügung;
- zu Befürchtungen über einen möglichen Mißbrauch;
- zur Bereitschaft, selbst als Bevollmächtigter für andere zu fungieren;

Die Antwort, die eine positive Einstellung zur Patientenverfügung dokumentiert, wurde jeweils mit einem Punkt bewertet.

Tabelle 17 zeigt den Akzeptanz-Score, den Mittelwert und die Standardabweichung für alle Gruppen.

Table 17: Akzeptanz-Score

Patienten	ges. Kontrollen	Pflegende	Ärzte	<i>p</i>
12.5 (3.1)	12.5 (3.0)	12.6 (2.7)	12.3 (2.7)	<i>n.s.</i>

n =100 in jeder Gruppe; der Akzeptanz-Score wurde berechnet aus 18 Items des Fragebogens, s. Text; maximaler Wert 18 ; in Klammern Standardabweichung; n.s. = nicht signifikant

⁴ Folgende Items des Bogens gingen in die Berechnung des Scores ein: 1.1; 1.2; 1.3 (x 3, d.h. inklusive der Teilfragen); 1.4; 2.3; 2.4 (nur erste Antwort, ohne Folgefrage); 3.1 (x 3, d.h. inklusive der Teilfragen); 3.7 (x 3, d.h. inklusive der Teilfragen); 3.8 (x 4, d.h. inklusive der Teilfragen)

Eine statistische Differenz besteht nicht zwischen den Gruppen ($p = 0.88$). Es besteht auch keine Assoziation des Akzeptanz-Scores mit demographischen Daten, der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes, dem formalen Bildungsgrad bei Patienten und Gesunden, dem Tätigkeitsfeld bei Pflegenden und Ärzten, der Selbsteinschätzung der Religiosität und mit vorangegangener Erfahrung mit schwerer Erkrankung. Lediglich die Befragten, die mit Kindern leben, haben einen niedrigeren Score ($p < 0.05$).

Eine getrennte Analyse des Scores in den einzelnen Gruppen zeigt eine Assoziation mit dem Bildungsabschluß in der Gruppe der Patienten. Die Neigung, Patientenverfügungen als Instrument zu akzeptieren, ist bei Patienten mit Hauptschulabschluß geringer als bei denjenigen mit mittlerer Reife. Andererseits ist die Akzeptanz unter Patienten mit mittlerer Reife höher als bei denjenigen mit einer Berufsausbildung als höchstem formalen Schulabschluß.

7.3.14 Vignetten-Studie

Die Einstellung der Befragten zur Verbindlichkeit von Patientenverfügungen wurden in einer Fallstudie getestet. Dabei ging es nicht um die Beurteilung der rechtlichen Verbindlichkeit von Patientenverfügungen. Vielmehr sollten die Befragten die Handlungen in den Fallgeschichten ethisch bewerten. Es galt jeweils zu entscheiden, ob den Anweisungen in einer Patientenverfügung Folge zu leisten ist. Es wurde nach der Richtigkeit der Handlung gefragt. Die Fallgeschichten und die Anlage der Frage verdeutlichen dies. Außerdem wurden die Befragten aufgefordert, ihr eigene Behandlungspräferenz in einer gleichen Situation anzugeben.

Die Assoziation der Urteile der Befragten bzw. ihrer Behandlungspräferenzen mit demographischen Daten, dem Vorhandensein einer Patientenverfügung, der Erfahrung im Umgang mit Krankheit bei sich selbst oder von Angehörigen, dem Status als Alleinlebende bzw. mit Partner Lebende, der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes und der Religiosität wurden analysiert.

Vignette 1

Die Fallstudie 1 und die Bewertung der Handlung durch die Befragten zeigt Box 1. In der Tabelle werden auch die Behandlungswünsche der Befragten aufgeführt für

den Fall, sie befänden sich selbst in einer gleichartigen Situation. Mehr als die Hälfte der Befragten in der Gruppe des medizinischen Personals möchte die mündlich überlieferte Verfügung der Patientin in der Vignette beachten und daher auf eine Reanimation verzichten, wohingegen gesunde Kontrollpersonen und Patienten zu zwei Dritteln eine Wiederbelebung einleiten würden, d.h. die Patientenverfügung *nicht* beachten würden. In allen Gruppen ist der Anteil derjenigen, der für eine Behandlung, hier Wiederbelebungsmaßnahme, in gleicher Lage für sich selbst optiert, um 10% bis 12% niedriger als der Anteil derer, der die Wiederbelebung in der Fallgeschichte befürwortete. Mehr als die Hälfte der Patienten und gesunden Kontrollpersonen will in gleicher Lage wiederbelebt werden, aber nur ein Drittel der Pflegenden und Ärzte wünscht dies für sich.

Box 1

Vignette 1

Eine 58-jährige Patientin hat eine Darmkrebsoperation überstanden, jetzt aber Leber – und Lungenmetastasen, die mit Medikamenten behandelt werden (Chemotherapie) und zur Zeit nicht wachsen. Es geht ihr ganz gut, nachmittags kocht Sie für ihre Enkelin.

Als sie einen Herzinfarkt mit Herzstillstand hat, wird sie vom Arzt nicht wiederbelebt, weil der Ehemann sagt, sie hätten solche Situationen besprochen und die Patientin hätte eine Wiederbelebung nicht gewollt.

Die Entscheidung des Arztes war

- richtig, denn die Patientin wollte nicht wiederbelebt werden
- falsch, denn die Lebensqualität war ganz gut und der Sterbeprozess noch nicht abzusehen.

- Würden Sie, wenn Sie eine Patientenverfügung abfassen würden, für solch eine Situation

- Eine Wiederbelebung ausschließen
- Wiederbelebt werden wollen
- Keine konkrete Aussage machen

Antworten der Befragten zu Vignette 1

	Patienten	gesunde Kontrollpersonen	Pflegende	Ärzte	<i>p</i>
richtig/ falsch	33.7/66.3 (n=95)	32.7/67,3 (n=98)	56.1/43.9 (n=98)	53.1/46.9 (n=96)	< 0.001
eigene Präferenz	25.8/57.7/16.5 (n=97)	29.3/53.5/17.2 (n=99)	45.0/32.0/23.0 (n=100)	42.9/36.7/20.4 (n=98)	< 0.005

Angaben in %; *richtig/ falsch*: Bewertung, d.h. Übereinstimmung bzw. Ablehnung der Entscheidung in der Vignette; **Fettgedruckte Zahlen** zeigen den Anteil der Befragten, die in ihrer Entscheidung der Verfügung des Patienten in der Fallgeschichte (hier mündlich) folgen; *eigene Präferenz*: Präferenz im Blick auf die Maßnahme in gleicher Lage: keine Wiederbelebung/ Wunsch, wiederbelebt zu werden/ keine konkrete Angabe

70% derer, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ bezeichnen, aber nur 32% derjenigen, die ihren Zustand als „erträglich“ oder „schlecht“ einstufen, befürworten die Entscheidung in der Fallstudie, die Patienten nicht wiederzubeleben ($p < 0.05$). 62% der Alleinlebenden, aber nur 41,4% der mit einem Partner oder Angehörigen Lebenden halten die Entscheidung, nicht zu reanimieren, für richtig ($p < 0.01$). Diejenigen, die eine Wiederbelebung in der Vignette ablehnen, sind jünger ($p < 0.05$). 53% der Alleinlebenden versus 33,4% der mit Partner oder Angehörigen Lebenden wollen in gleicher Situation nicht reanimiert werden ($p < 0.05$).

Die Bewertungen der Entscheidung in der Fallstudie sind eng mit den persönlichen Präferenzen der Befragten zur Behandlung in einer gleichartigen Situation assoziiert ($p < 0.001$). Doch liegt der Anteil derjenigen, die für sich selbst den Lebenserhalt in vergleichbarer Lage wünschten, in allen Gruppen um etwa zehn Prozent niedriger als der Anteil derer, die in der Fallgeschichte die Reanimation (d.h. die Lebenserhaltung) für richtig hielten. Der Anteil der Unentschiedenen in allen Gruppen beläuft sich auf 16.5 - 20.4%.

Vignette 2

Die Fallstudie und die Ergebnisse der Befragung sind in Box 2 dargestellt.

Wiederum ergibt sich eine Differenz in der Beurteilung der Handlungsentscheidung durch die Befragten. Medizinisches Personal tendiert zu einem höheren Anteil dazu, die Verfügung des Patienten zu beachten, d.h. ein geringerer Anteil befürwortet die Entscheidung für den Lebenserhalt. In allen Gruppen liegt der Anteil derjenigen, die in gleicher Situation eine Wiederbelebung für sich selbst wünschen, niedriger als der derjenigen, die sich bei der Frage nach der Richtigkeit der Handlung in der Fallgeschichte für die Wiederbelebung aussprechen. Wiederum besteht ein Unterschied zwischen medizinischem Personal einerseits und Patienten bzw. gesunden Kontrollpersonen. Weniger Befragte aus den Gruppen der Pflegenden und Ärzte wünschen für sich selbst eine Wiederbelebung in gleichartiger Situation.

52,8% der Befragten, die eine Patientenverfügung ausgefüllt haben, aber nur 39,9% derjenigen ohne und nur 19% derer, die keine in der Zukunft auszufüllen

wünschen, mißbilligen die Entscheidung für die Wiederbelebung in der Fallgeschichte ($p < 0.005$), d.h. erachten die Entscheidung für den Lebenserhalt als falsch. Ebenso wollen 59,2% derjenigen mit Patientenverfügung selbst nicht wiederbelebt werden in einer gleichartigen Situation, aber nur 40,1% derjenigen ohne Patientenverfügung und 23,8% derjenigen die eine Verfügung auch in Zukunft nicht auszufüllen beabsichtigen ($p < 0.05$). 48.1% der Unverheirateten lehnen eine Wiederbelebung in gleichartiger Situation für sich ab, aber nur 39,7% der Verheirateten ($p < 0.05$).

Box 2

Vignette 2

Ein 40-jähriger Mann hat Prostatakrebs mit Knochenmetastasen und starken Schmerzen. Als er beim Arzt sein Schmerzmittelrezept abholt, fällt er um. In seiner Patientenverfügung, die dem Arzt vorliegt, hat er das Hinauszögern eines Sterbeprozesses und langes Leiden (aber nicht generell eine Wiederbelebung) abgelehnt. Der Arzt reagiert automatisch und belebt ihn erfolgreich wieder.

Die Entscheidung des Arztes war

- richtig, weil der Sterbeprozess noch nicht begonnen hatte und der Patient sich nur für den Fall des begonnenen Sterbeprozesses äußert, außerdem muß sich der Arzt im Zweifel für das Leben entscheiden
- falsch, weil der Arzt den Patientenwillen ignoriert hat

- Würden Sie, wenn Sie eine Patientenverfügung abfassen würden, für solch eine Situation
 - Eine Wiederbelebung ausschließen
 - Wiederbelebt werden wollen
 - Keine konkrete Aussage machen wollen

Antworten der Befragten zu Vignette 2

	Patienten	gesunde Kontrollpersonen	Pflegende	Ärzte	p
richtig/ falsch	78.1/ 21,9 (n = 96)	71.4/ 28.6 (n= 98)	64.9/ 35.1 (n= 97)	52.1/ 47.9 (n= 96)	< 0.001
eigene Präferenz	32.3/44.8/22.9 (n=96)	34.3/50.5/15.1 (n=99)	47.5/26.3/26.2 (n=99)	53.6/20.6/25.8 (n=97)	< 0.001

Angaben in %; *richtig/ falsch*: Bewertung, d.h. Übereinstimmung bzw. Ablehnung der Entscheidung in der Vignette; Fettgedruckte Zahlen zeigen den Anteil der Befragten, die in ihrer Entscheidung der Verfügung des Patienten in der Fallgeschichte folgen; *eigene Präferenz*: Präferenz im Blick auf die Maßnahme in gleicher Lage: keine Wiederbelebung/ Wunsch, wiederbelebt zu werden/ keine konkrete Angabe

Wiederum ist die Beurteilung der Entscheidung in der Fallgeschichte eng mit den Präferenzen der Befragten zur Behandlung in vergleichbarer Lage assoziiert. 52% derer, die die Reanimation in der Vignette befürworten, wünschen sie auch für sich selbst, 82% derer, die die Maßnahme im Fall für falsch erachten, lehnen sie auch für sich selbst ab ($p < 0.001$). In allen Gruppen wünschen deutlich weniger Befragte die Reanimation für sich selbst, jedoch ist der Anteil der Unentschiedenen mit 22% bis 26% sehr hoch.

Vignette 3

Die Fallgeschichte und Ergebnisse der Befragung zur dritten Vignette sind in Box 3 zusammengestellt. Ein Unterschied in der Beurteilung besteht zwischen den Gruppen, wobei bei dieser Fallgeschichte in erster Linie die Ärzte für den Lebenserhalt, d.h. die Ernährungstherapie, votieren (in ihrer Beurteilung der Fallgeschichte als auch als eigene Behandlungspräferenz). Pflegende wünschen sie für sich selbst nur zu geringem Anteil und mißbilligen sie in der Vignette zu 41%.

43.4% der Alleinlebenden versus 28.5% derjenigen mit einem Partner oder Angehörigen Lebenden lehnen die Entscheidung für die Ernährungstherapie in der Fallgeschichte, die der schriftlich niedergelegten Verfügung widerspricht, ab ($p < 0.05$). 38.9% derjenigen mit eigener schwerer Krankheitserfahrung versus 27.2% derjenigen ohne eigene schwere Krankheitserfahrung halten die Ernährungstherapie in der Fallgeschichte für falsch ($p < 0.05$). Befragt nach der eigenen Behandlungspräferenz entscheiden sich 40% bis 66% aller Befragten für die Ernährungstherapie. 49% der Alleinlebenden, aber nur 25.9% derjenigen mit Partner und Angehörigen Lebenden weisen eine Ernährungstherapie für sich selbst zurück ($p < 0.005$).

Box 3

Vignette 3

Eine 78-jährige vorher völlig gesunde Frau hat vor 2 Wochen einen Schlaganfall gehabt und kann jetzt weder reden noch schlucken. Sie ist rechtsseitig gelähmt, aber wach und erkennt ihre Angehörigen.

Im Patiententestament hat Sie eine Ernährung über Schläuche ausdrücklich abgelehnt. Weil der Verlauf der Erkrankung nicht abzusehen ist, wird ihr mit Erlaubnis des Ehemanns doch eine Sonde gelegt, wogegen sie sich nicht wehrt.

Diese Entscheidung war

- richtig, denn eine Erholung ist nach so kurzer Zeit noch möglich, außerdem wehrt sie sich nicht und hat vielleicht ihren Willen geändert
- falsch, denn dem Wunsch im Patiententestament hätte auf alle Fälle entsprochen werden müssen

Würden Sie, wenn Sie eine Patientenverfügung abfassen würden, für solch eine Situation

- eine Ernährung über Schläuche auch verbieten
- ernährt werden wollen
- andere entscheiden lassen wollen

Antworten der Befragten zu Vignette 3

	Patienten	gesunde Kontrollpersonen	Pflegende	Ärzte	p
richtig/ falsch	71.1/ 28.9 (n= 90)	65.3/ 34.7 (n = 98)	58.3/ 41.7 (n=96)	84.4/ 15.6 (n=96)	< 0.001
eigene Präferenz	26.0/52.1/21.9 (n=96)	34.7/44.9/20.4 (n=98)	38.4/41.4/20.2 (n=99)	15.4/66.0/18.6 (n=97)	< 0.01

Angaben in %; *richtig/ falsch*: Bewertung, d.h. Übereinstimmung bzw. Ablehnung der Entscheidung in der Vignette; Fettgedruckte Zahlen zeigen den Anteil der Befragten, die in ihrer Entscheidung der Verfügung des Patienten in der Fallgeschichte folgen; *eigene Präferenz*: Präferenz im Blick auf die Maßnahme in gleicher Lage: Ernährung verbieten/ ernährt werden wollen/ andere entscheiden lassen wollen

Wie in den Vignetten 1 und 2 ist die Beurteilung der Fallgeschichte mit der eigenen Behandlungspräferenz in gleicher Lage assoziiert. 69% derer, die die Ernährungstherapie für richtig erachten, wollen selbst in gleicher Lage ernährt werden. Von denen, die die Ernährungsbehandlung im Fall für falsch erachten, wollen 73% in solcher Lage nicht künstlich ernährt werden ($p < 0.001$). Wie in den vorangegangenen Vignetten liegt der Anteil derer, die für sich selbst die Behandlung wünschten, in allen Gruppen niedriger als der Anteil derer, die sie im Fall befürworten. Die Differenz entspricht in etwa dem Anteil der Unentschiedenen.

Vignette 4

Box 4 zeigt die Fallstudie der vierten Vignette und die Ergebnisse der Befragung. Unterschiede in der Beurteilung der Handlung ergeben sich nicht zwischen den Gruppen. Es bestehen auch keine Unterschiede der eigenen Behandlungswünsche in einer gleichartigen Situation zwischen den Gruppen. Etwa die Hälfte der Befragten würde die Ernährungstherapie fortsetzen, obgleich nur 19% bis 28% in gleicher Lage ernährt werden wollen. Bei der Interpretation ist die Zweideutigkeit der Verfügung des Patienten zu berücksichtigen. Unter denen, die die Entscheidung für die Fortsetzung der Ernährungstherapie befürworten, überwiegt das weibliche Geschlecht (63.0% versus 37%, $p < 0.05$). Verheiratete Befragte lehnen eine Ernährungstherapie in einer vergleichbaren Situation weniger häufig ab als Unverheiratete (53.0% versus 61.7%), wobei ein höherer Anteil der Verheirateten die Entscheidung anderen überlassen will (26.2% versus 14%, $p < 0.05$).

Die Beurteilung der Handlung in der Vignette ist mit der eigenen Behandlungspräferenz in vergleichbarer Lage assoziiert ($p < 0.001$). Doch wünschen deutlich weniger Befragte eine Ernährungstherapie für sich im Vergleich zum Anteil derer, die sie im Fall befürworten. Der Anteil der Unentschiedenen im Blick auf die eigene Behandlungspräferenzen ist beachtlich.

Box 4

Vignette 4

Ein 30 - jähriger Mann erwacht nach einem Badeunfall mit schweren Kopfverletzungen nicht aus dem Koma. Er atmet selbständig, ist aber voll pflegebedürftig und reagiert auf Schmerz nur mit ungezielten Bewegungen. Nach 2 Jahren drängt die Familie darauf, die Ernährung über die Sonde einzustellen und nur noch Flüssigkeit zu geben. Im vorliegenden Patiententestament hatte der Patient niedergelegt, das „alles getan werden sollte, solange noch Hoffnung bestehe“. Die Ernährung wird fortgeführt.

Diese Entscheidung ist

- richtig, denn Hoffnung besteht immer
- falsch, denn in diesem Zustand besteht keine Hoffnung auf ein gesundes Leben mehr

Würden Sie, wenn Sie eine Patientenverfügung abfassen würden, für solch eine Situation

- Eine Ernährung verbieten
- Ernährt werden wollen
- Andere entscheiden lassen wollen

Antworten der Befragten zu Vignette 4

	Patienten	gesunde Kontrollpersonen	Pflegende	Ärzte	<i>p</i>
richtig/ falsch	56.0 /44.0 (n= 91)	40.2 /59.8 (n = 97)	55.2 /44.8 (n= 96)	53.8 /46.2 (n=91)	<i>n.s.</i>
eigene Präferenz	44.8/ 28.1 /27.1 (n= 96)	64.9/14.4/ 20.6 (n=97)	56.7/25.8/ 17.5 (n=96)	55.3/19.1/ 25.5 (n=94)	<i>n.s.</i>

Angaben in %; *richtig/ falsch*: Bewertung, d.h. Übereinstimmung bzw. Ablehnung der Entscheidung in der Vignette; fettgedruckte Zahlen zeigen den Anteil der Befragten, die in ihrer Entscheidung der Verfügung des Patienten in der Fallgeschichte folgen; *eigene Präferenz*: Präferenz im Blick auf die Maßnahme in gleicher Lage: Ernährung verbieten/ ernährt werden wollen/ andere entscheiden lassen wollen; *n.s.* = nicht signifikant

Vignette 5

Die Fallstudie und die Ergebnisse der Befragung der fünften Fallgeschichte sind in Box 5 zusammengestellt. Unterschiede in der Beurteilung der Entscheidung in der Fallgeschichte bestehen nicht zwischen den Gruppen. Eine überwältigende Mehrheit befürwortet die maschinelle Beatmung. Ein weitaus geringerer Anteil in allen Gruppen wünschte für sich selbst eine Beatmung. Die Entscheidung, maschinell zu beatmen, halten nur 58,8% derjenigen, die eine Patientenverfügung ausgefüllt haben, für richtig im Vergleich zu 75,5% derjenigen ohne Patientenverfügung ($p < 0.05$). Die Befürworter der maschinellen Beatmung sind

älter ($p < 0.05$). Alleinlebende lehnen für sich selbst eine Beatmungstherapie in einer gleichartigen Situation häufiger ab als Befragte, die mit Partner oder Angehörigen zusammenleben (42.7% versus 26.9%).

Box 5

Vignette 5

Ein 70-Jähriger Mann ist körperlich gesund, aber stark verwirrt. Er nässt oft ein. Er läuft seinen Angehörigen immer wieder weg und erleidet dabei einen Verkehrsunfall mit einem harmlosen Beinbruch. Im Krankenhaus bekommt er dann eine bedrohliche Lungenentzündung und soll - bis die Antibiotika wirken - vorübergehend beatmet werden. In der Patientenverfügung von vor 10 Jahren lehnt er eine maschinelle Beatmung im Falle einer schweren, unheilbaren Erkrankung ab. Die Angehörigen wollen jetzt eine Beatmung verhindern, die Ärzte tun es trotzdem.

Diese Entscheidung ist

- richtig, denn es liegt keine schwere, unheilbare Erkrankung vor
- falsch, denn die Verwirrtheit ist eine schwere unheilbare Erkrankung, auch wenn die Lungenentzündung gut ausheilt

Würden Sie, wenn Sie eine Patientenverfügung abfassen würden, für solch eine Situation

- Eine Beatmung verbieten
- Eine Beatmung fordern
- Andere entscheiden lassen

Antworten der Befragten zu Vignette 5

	Patienten	gesunde Kontrollpersonen	Pflegende	Ärzte	<i>p</i>
richtig/ falsch	73.1/ 26.9 (n = 93)	71.6/ 28.4 (n = 95)	75.8/ 24.2 (n= 95)	72.6/ 27.4 (n= 95)	n.s.
eigene Präferenz	22.1/51.6/26.3 (n= 95)	34.0/52.6/13.4 (n=97)	34.7/47.4/17.9 (n=95)	24.5/38.3/37.2 (n= 94)	< 0.005

Angaben in %; *richtig/ falsch*: Bewertung, d.h. Übereinstimmung bzw. Ablehnung der Entscheidung in der Vignette; fettgedruckte Zahlen zeigen den Anteil der Befragten, die in ihrer Entscheidung der Verfügung des Patienten in der Fallgeschichte folgen; *eigene Präferenz*: Präferenz im Blick auf die Maßnahme in gleicher Lage: eine Beatmung verbieten/ eine Beatmung fordern/ andere entscheiden lassen wollen; n.s. = nicht signifikant

Die Beurteilung der Entscheidung in der Vignette ist mit der eigenen Behandlungspräferenz in gleicher Lage assoziiert. 64% derer, die sich für die artifizielle Beatmung im Fall aussprechen, wünschen sie für sich selbst in vergleichbarer Situation, umgekehrt lehnen sie 82% derer, die sie im Fall für falsch erachten, auch für sich ab ($p < 0.001$). Wiederum ist der Anteil derer, die für sich selbst die Behandlung wünschten, in allen Gruppen geringer als derjenigen, die sie

im Fall befürworten. Die Differenz deckt sich auch in dieser Vignette weitgehend mit dem Prozentsatz der Unentschiedenen.

7.3.15 Verbindlichkeits-Score

Aus den Ergebnissen der Befragung in den fünf Fallgeschichten wurde ein Verbindlichkeits-Score (Adherence-Score) berechnet.

Antworten der Befragten zu den Fallgeschichten, die die jeweilige Verfügung der Betroffenen beachteten, wurden mit einem Punkt bewertet, so daß maximal ein Score von 5 erreicht werden konnte, bei minimaler Punktzahl 0.

Tabelle 17 zeigt den Verbindlichkeitsscore und die Standardabweichungen in den Gruppen. Ein statistischer Unterschied besteht zwischen den medizinisch-professionellen Gruppen und den übrigen Befragten:

- Ärzte versus gesunde Kontrollen: Lediglich statistische Tendenz $p = 0.06$ (d.h. für Ärzte verbindlicher)
- Ärzte versus Patienten: $p < 0.05$ (d.h. für Ärzte verbindlicher)
- Pflegende versus gesunde Kontrollen: $p < 0.05$ (d.h. für Pflegende verbindlicher)
- Pflegende versus Patienten: $p < 0.005$ (d.h. für Pflegende verbindlicher)

Ein statistischer Unterschied zwischen Ärzten und Pflegenden findet sich nicht, ebenso nicht zwischen gesunden Kontrollen und Patienten.

Table 18: Verbindlichkeits-Score (Adherence score)

	mean	Std. dev.
Patienten	1.55	1.13
gesunde Kontrollpersonen	1.60	1.37
Pflegende	2.05	1.29
Ärzte	1.87	1.04

maximaler Wert 5; angegeben sind Mittelwert und Standardabweichung; ein hoher Wert zeigt die Zuschreibung einer hohen Verbindlichkeit an.

Der Score erreicht in allen Gruppen nur sehr niedrige Werte als Ausdruck einer geringen Achtung der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen. Bei der Beurteilung ist zu berücksichtigen, daß die Befragten um eine moralische beziehungsweise ethische Stellungnahme gebeten worden waren („right thing to do“), nicht um eine Beurteilung der legalen Verbindlichkeit.

1.3.16 Einfluß des Rollenverhaltens auf die Behandlungsentscheidung

In den Fallstudien wurden nach der persönlichen Bewertung der Entscheidung, wie sie in den Vignetten getroffen wurde, gefragt (vgl. Abschnitt 7.3.15). Neben der Frage nach der persönlichen Präferenz zur Behandlung in vergleichbarer Lage, wurden Pflegende und Ärzte auch ausdrücklich nach ihrer Einschätzung als *Professionelle* befragt. Sie sollten angeben, wie sie in ihrer Eigenschaft als Mitglied der Berufsgruppe gehandelt hätten. Tabelle 18 faßt die Ergebnisse zusammen.

Tabelle 18: Einfluß des Rollenverhaltens auf Therapieentscheidung

subjektiv:	Beurteilung der Entscheidung in Vignette: pro Lebenserhalt	Beurteilung der Entscheidung in Vignette: contra Lebenserhalt	p
professionell:			
Vignette 1: pro/ contra Lebenserhaltung; n=190	94.3/ 5.7	16.5/ 83.5	< 0.001
Vignette 2: pro/ contra Lebenserhaltung; n=189	90.2/9.8	11.7/88.3	< 0.001
Vignette 3: pro/ contra Lebenserhaltung; n=186	97.7/2.3	24.5/75.5	< 0.001
Vignette 4: pro/ contra Lebenserhaltung; n=182	94.0/6.0	7.3/92.7	<0.001
Vignette 5: pro/ contra Lebenserhaltung; n=189	97.8/2.2	8.3/91.7	< 0.001

Die Tabelle zeigt den Zusammenhang zwischen der subjektiven Bewertung der Therapieentscheidung im Fall und der ausdrücklich erfragten Beurteilung als Mitglied einer medizinischen Profession. Die Zeilen zeigen die professionellen Beurteilungen der Therapieentscheidungen der Fallgeschichte aufgeschlüsselt nach der persönlichen Beurteilung der Therapieentscheidung im Fall (subjektiv). Alle Angaben in Prozent.

Wie die Daten der Tabelle belegen, besteht eine hohe Übereinstimmung zwischen der subjektiven und der explizit professionellen Beurteilung. Sie ist für alle Vignetten statistisch signifikant.