



IFIMP-Kongress

105 – na und!

Notfall-, Anästhesie- und Intensivmedizin im Alter

10. Juni 2011 Universitätskliniken Innsbruck

"Ethics meets Money" - Von Verteilungsgerechtigkeit und Ressourcenknappheit: wieviel Intensivmedizin können/wollen wir uns in Zukunft leisten?

Prof. Dr. phil. habil. Hartmut Remmers



Grundsätzliche Überlegungen

- Knappheitssituationen sind stets das Resultat einer rationellen Bedarfsplanung bzw. Angebotssteuerung.
- Denn: Alle sozialstaatlich, nicht marktförmig organisierten kollektiven Versorgungssysteme beruhen auf Priorisierungen bestimmter öffentlicher Güter im Verhältnis zu anderen öffentlichen Gütern (Gesundheit, Sicherheit, Bildung, Verkehr usw.).
- Neu sind externe Beschränkungsfaktoren, resultierend aus der endemischen Finanzierungskrise unseres Sozial- und Gesundheitssystems.



- Ordnungspolitische Idee moderner Wohlfahrtsregime: Bürger werden universale Partizipationsansprüche zugesprochen.
- Daraus abgeleitet: Ansprüche auf Chancengleichheit als eine Voraussetzung, um einen fairen Einkommensanteil erwirtschaften und persönliche Lebenspläne verwirklichen zu können.
- Chancengleichheit kann es nur geben bei ungehindertem Zugang zu medizinischen Versorgungssystemen (Daniels N 1985: Just Health Care. Cambridge University Press: Cambridge.).



- Wohlfahrtsstaaten Westeuropas waren in den 1950er/60er Jahren in der Lage, prosperierende Bedürfnisse ausreichend zu befriedigen unter zwei Bedingungen:
 - (1) anhaltendes Wirtschaftswachstum
 - (2) günstige Altersstrukturen.
- Bei Veränderung dieser Bedingungen, nimmt die Leistungsfähigkeit historisch ersonnener Sicherungssysteme ab.



- **Auswirkungen von Wachstumskrisen** seit der ersten Ölkrise 1973:
 - (a) Zunehmende Divergenz zwischen allen sozialstaatlichen Absicherungsgarantien und deren Finanzierbarkeit.
 - (b) Verschärfte Knappheitssituation bspw. gesundheitsbezogener Güter.

- **Konsequenzen**
 - (1) Prioritätensetzungen
 - (2) Umbau oder Abbau?



- Vier ausschlaggebende **Faktoren** der gegenwärtigen Finanzierungskrise des Gesundheitssystems:
 - a) kontinuierliche Verringerung der Rate regelhafter Beschäftigungsverhältnisse,
 - b) wachsende Hochaltrigkeit bei gleichzeitiger struktureller Veränderung des Altersaufbau der Gesellschaft,
 - c) Veränderung der Morbidität (v.a. Zunahme chronischer Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen),
 - d) medizinisch-technische sowie pharmazeutische Fortschritte.

- 
- **Potenzierende Effekte** gehen von der Altersentwicklung und dem wissenschaftlich-medizinischen Fortschritt aus.

Beispiele:

Altersgrenzen oder auch Begleiterkrankungen werden bei ausgedehnten chirurgischen Eingriffen immer bedeutungsloser.

Wachsende Toleranz gegenüber belastenden Behandlungen mit kostenintensivem Aufwand (bspw. auf Intensivstation).



- **Dämpfungseffekt:** „Kompression der Krankheitslast im Alter“. Dies besagt:

Die Höhe der Gesundheitsausgaben hängt nicht pauschal vom Alter der Patienten ab, sondern korreliert mit der Nähe zum Tode (d.h. Behandlungs- und Ausgabenkompression in den letzten Lebensmonaten) (Zweifel P, Felder S & Werblow A 2004: Population ageing and health care expenditure: New evidence on the ‚red Herring‘, Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice 29 (4), pp. 653-667).

Ergo: Eine intensiv praktizierte Medizin in kritischen Gesundheitssituationen trägt wahrscheinlich nicht entscheidend zur Ausgabenhöhe im Alter bei.



- **Erstes Zwischenfazit**

Durch Stärkung präventiver Maßnahmen kann „die Ausgabenentwicklung positiv beeinflusst und damit ein wichtiger Beitrag zur Erhaltung der Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems geleistet werden (..)“

(Kruse A 2007: Das letzte Lebensjahr. Zur körperlichen, psychischen und sozialen Situation des alten Menschen am Ende seines Lebens. Kohlhammer: Stuttgart.)



- Was heißt **Rationalisierung** im Gesundheitswesen?
Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven.
Jedoch: Möglichkeiten sind begrenzt.
- These (1): Selbst bei intensivierten Anstrengungen, alle Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, werden Knappheitsprobleme allenfalls zeitlich verzögert oder abgemildert, aber nicht umfassend gelöst werden können.
- These (2): Das Einsparpotenzial von Rationalisierungen ist eher gering, weil eingesparte Ressourcen sogleich für weitere Kostensteigerungen aufgebraucht werden (Schöne-Seifert 2011).



- Was bedeutet **Rationierung**?

Politisch erwünschter Effekt neuerer Kostendämpfungsmaßnahmen (Budgetierung, Fallpauschalen) in Form von:

- Leistungsbegrenzung,
- Leistungsminimierung
- Leistungsverweigerung.

Rationierungen sind bei Versicherten unerwünscht.



Rationierungen gelten aber als unumgänglich, weil

- a) die Bereitschaft zu Beitragserhöhungen gering ist;
- b) die relative Gewichtung verschiedener öffentlicher Güter (z.B. soziale Alterssicherung, Verkehr, Bildung, Sicherheit usw.) nicht grundsätzlich in Frage steht.

▪ **Ethische Forderung:** Bei nachweislich unumgänglichen Einschränkungen müssen transparente Regeln der Makro- und Mikroallokation geschaffen werden.

(Schultheiss C 2004: Im Räderwerk impliziter Rationierung. Auswirkungen der Kostendämpfung im deutschen Gesundheitswesen. Teil I: Rationierung in verschiedenen Leistungsbereichen. Psychoneuro 30 (4), S. 221-226. Teil II: Methoden der Rationierung. Psychoneuro 30 (10), S. 568-574.).



- Zur Unterscheidung zwischen **impliziter** und **expliziter Rationierung**:

Als **implizite** Rationierung werden alle von einem Leistungserbringer im Einzelfall vorgenommenen Leistungseinschränkungen bzw. –Verweigerungen verstanden. Beispiele auf der Ebene klinischer Behandlungsentscheidungen:

- (a) selektive Steuerung der Aufnahme von Patienten mit zu erwartenden hohen Kosten,
- (b) Verschiebungen in andere Kliniken wegen hoher Kostenbelastungen (inzwischen nicht mehr unüblich auch in deutschen Universitätskliniken (Schultheiss 2004).



- (c) Zunahme von Wartelisten bei Tumorpatienten, ebenso in der Herz-Thorax-Chirurgie und in der Neurochirurgie (Schultheiss 2004).
- (d) Wahl therapeutischer Mittel / Materialien in Abhängigkeit von Kostenüberlegungen in Verbindung mit Alterskriterien. Beispiel: endoprothetische Versorgung (Kuhlmann E 1998: „Zwischen zwei Mahlsteinen“ – Ergebnisse einer empirischen Studie zur Verteilung knapper medizinischer Ressourcen in ausgewählten klinischen Settings. In: Feuerstein G & Kuhlmann E (Hrsg.): Rationierung im Gesundheitswesen. Ullstein Medical: Wiesbaden, S. 11-80.).
- (e) selektive oder unvollständig Aufklärungspraktiken hinsichtlich Nutzen und Angemessenheit therapeutischer Maßnahmen (Kuhlmann 1998).



- **Zweites Zwischenfazit**

- (1) Auf klinischer Behandlungsebene können ethische Aspekte der Verteilungsgerechtigkeit nicht hinreichend berücksichtigt werden.
- (2) Leistungseinschränkungen belasten das Verhältnis zwischen Therapeuten und ihren Patienten.
- (3) Es entstehen Loyalitätskonflikte.



- **Explizite Rationierung** erfolgt gemäß eines (begründeten) Kriterienkatalogs.
- Dabei spielen Kosten-Nutzen-Erwägungen im Sinne der Effektivität von Mitteln sowie der Effizienz von Verfahren eine prominente Rolle.

- Formen expliziter Rationierung in Deutschland:
 - (a) Selbstbeteiligungen (bei Medikamenten, Zahnersatz),
 - (b) Limitierte Krankenhausbudgets.
 - (c) Personalabbau.



- **Auswirkungen** bspw. auf Intensivstationen:

Eingeschränkte Kontrolle von Überwachungs- und Beatmungspatienten.

„Tragische Entscheidungen“ bei kapazitär angespannter Lage („Fälle mit sehr geringen Überlebenschancen werden bevorzugt verlegt.“ [Schultheiss 2004]).

Zwischenergebnis: Auswirkungen expliziter Rationierung auf Mikroallokation sind undurchsichtig.

- 
- **Organtransplantation** als funktionierendes System expliziter Rationierungen.

Stärkste **Legitimation**

- Allokationen im Organtransplantationswesen erfolgen auf der Basis formalisierter Verfahren. Sie signalisieren soziale Neutralität und stiften Systemvertrauen.

Einschränkung

- Als Reaktion auf (möglicherweise altersbeeinflusste Verzögerungen im Transplantationswesen) wurde das Organspendeprogramm „old for old“ (Alter ≥ 65) ins Leben gerufen.

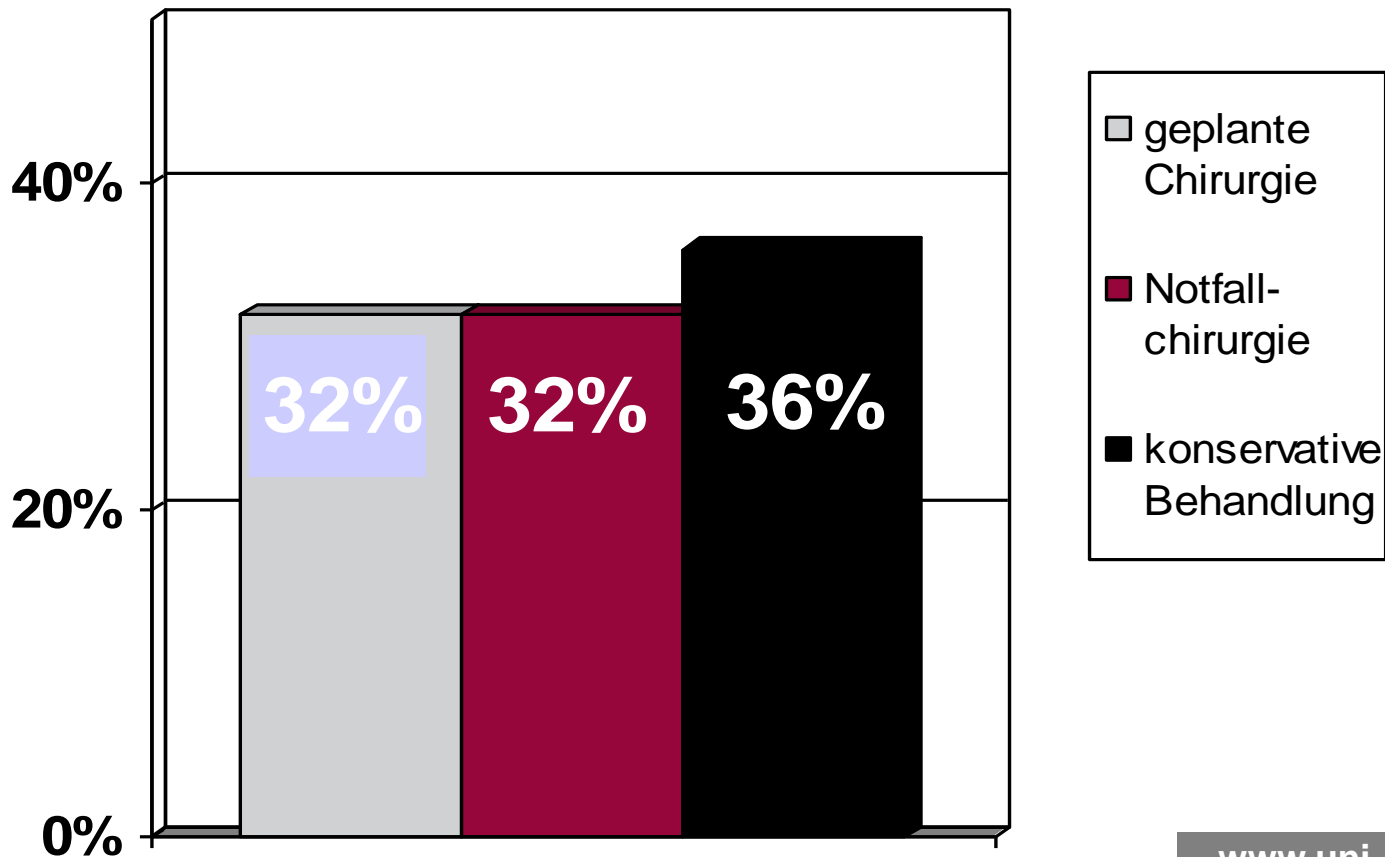


Intensivmedizinische Versorgung in Deutschland

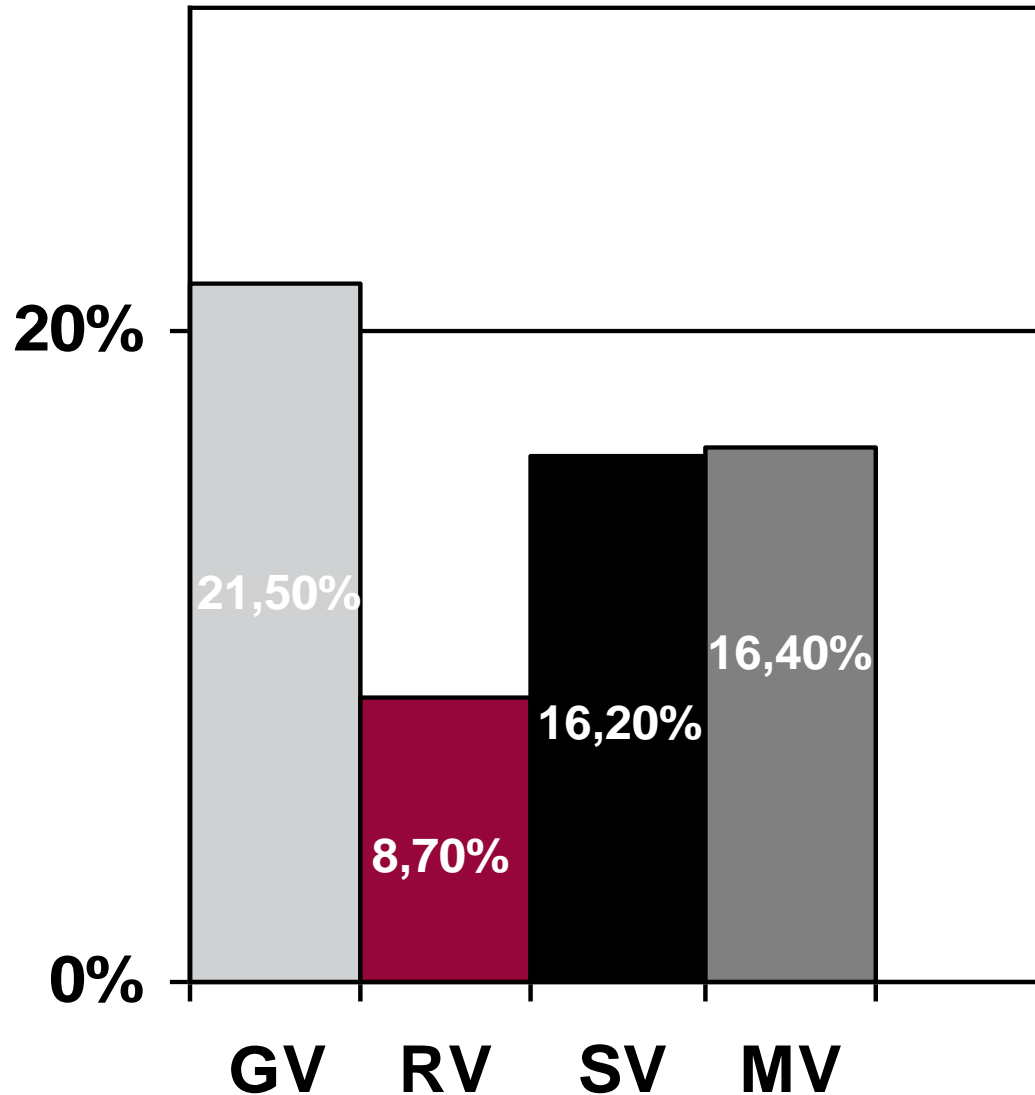
- ca. 2 Mio. Patienten pro Jahr
- ca. 5% aller Krankenhausbetten
- ca. 20% jährlicher Krankenhauskosten

Leistungs- und Kostenstruktur Intensivmedizin in Deutschland

Quelle: Onnen Moerer, Enno Plock, Uchenna Mgbor, Alexandra Schmid, Heinz Schneider, Manfred Bernd Wischnewsky & Hilmar Burchardi (2007): A German national prevalence study on the cost of intensive care: an evaluation from 51 intensive care units. Critical Care 2007, 11:R69



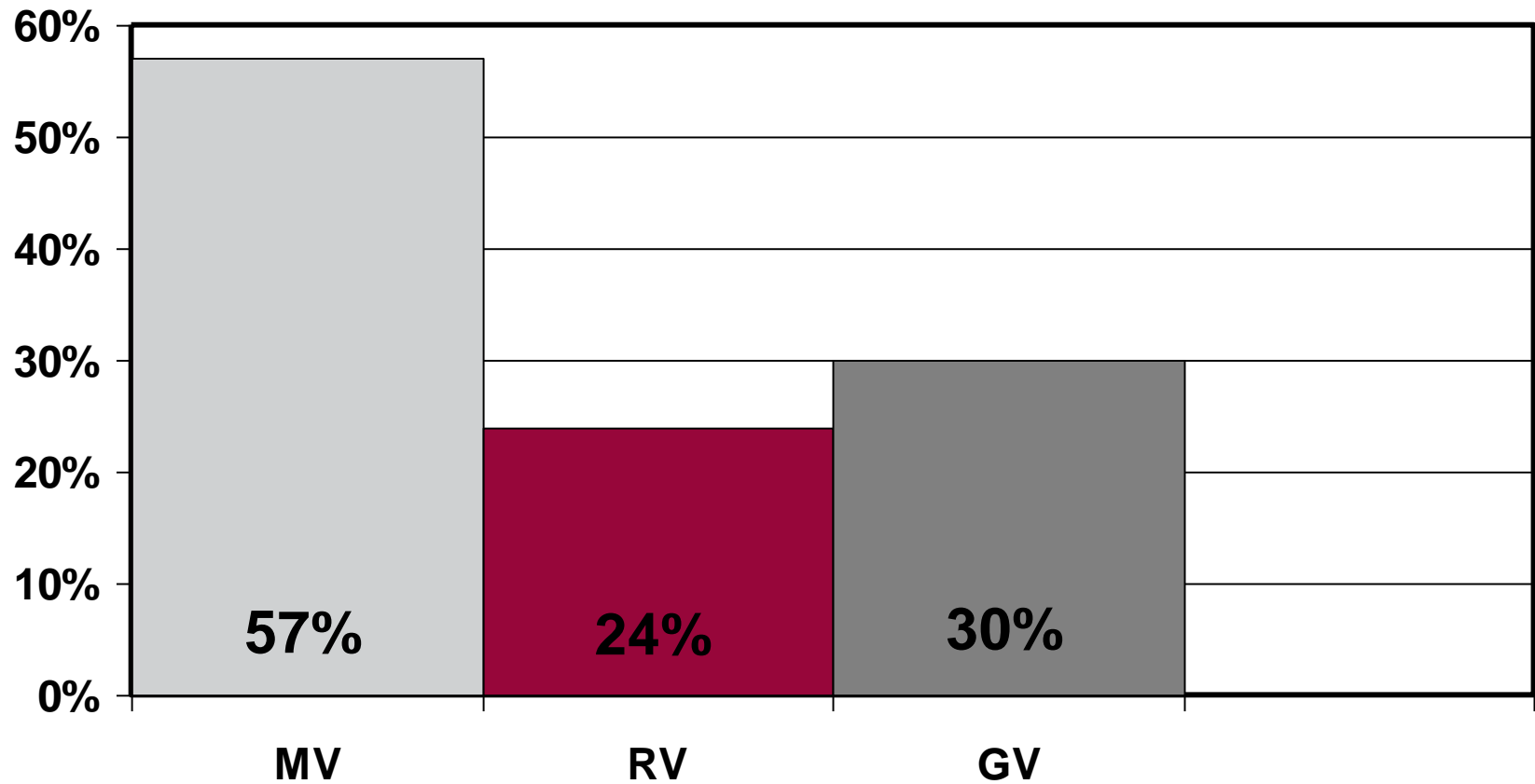
Krankenhausletalität



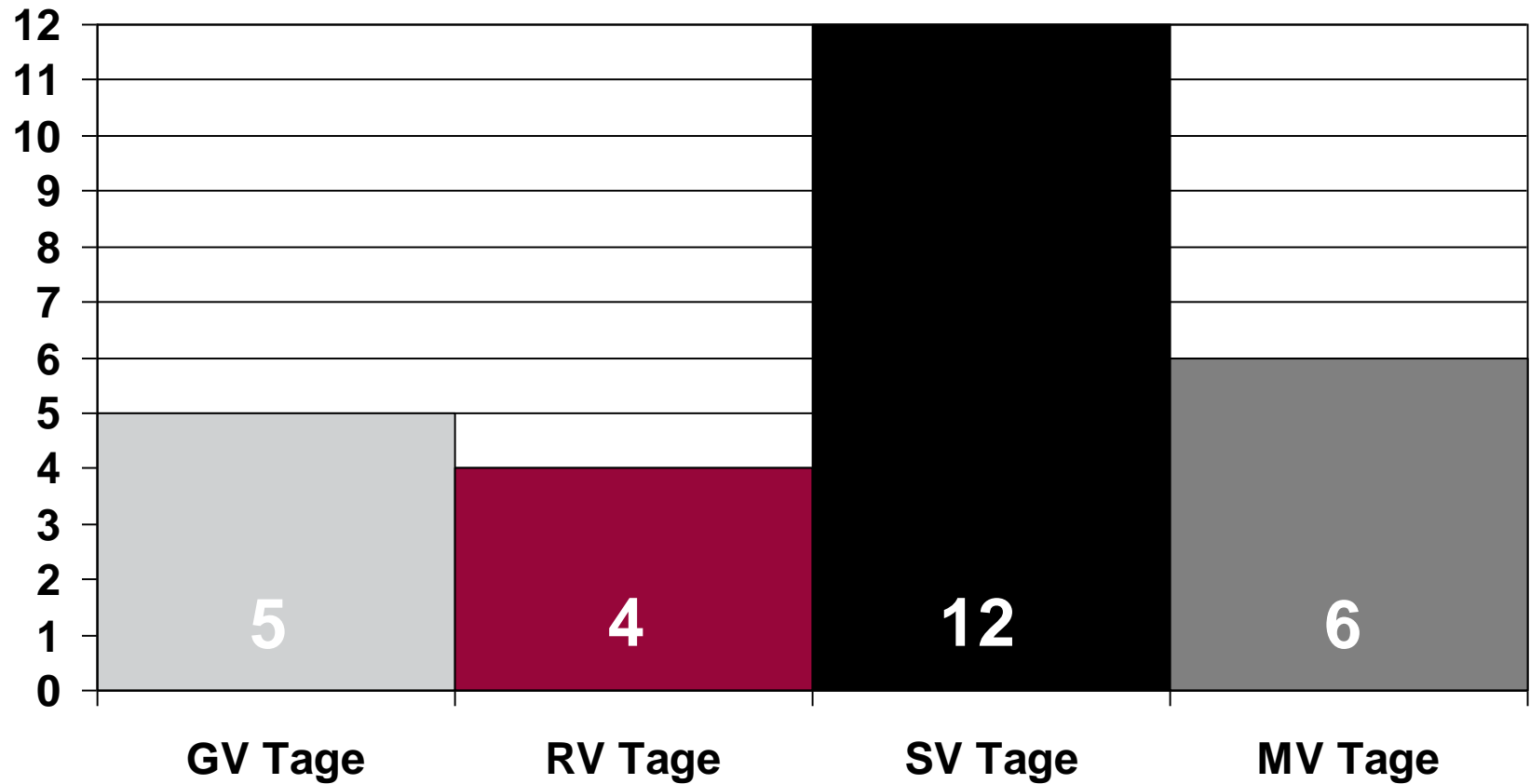
GV= Grundversorgung
RV= Regelversorgung
SV= Spezialversorgung
MV= Maximalversorgung

Krankenhausletalität im
Mittel: 15,7%

Arbeitsaufwand (TISS-28) apparative Beatmung



Intensiv-Verweildauer (>24 Std.)



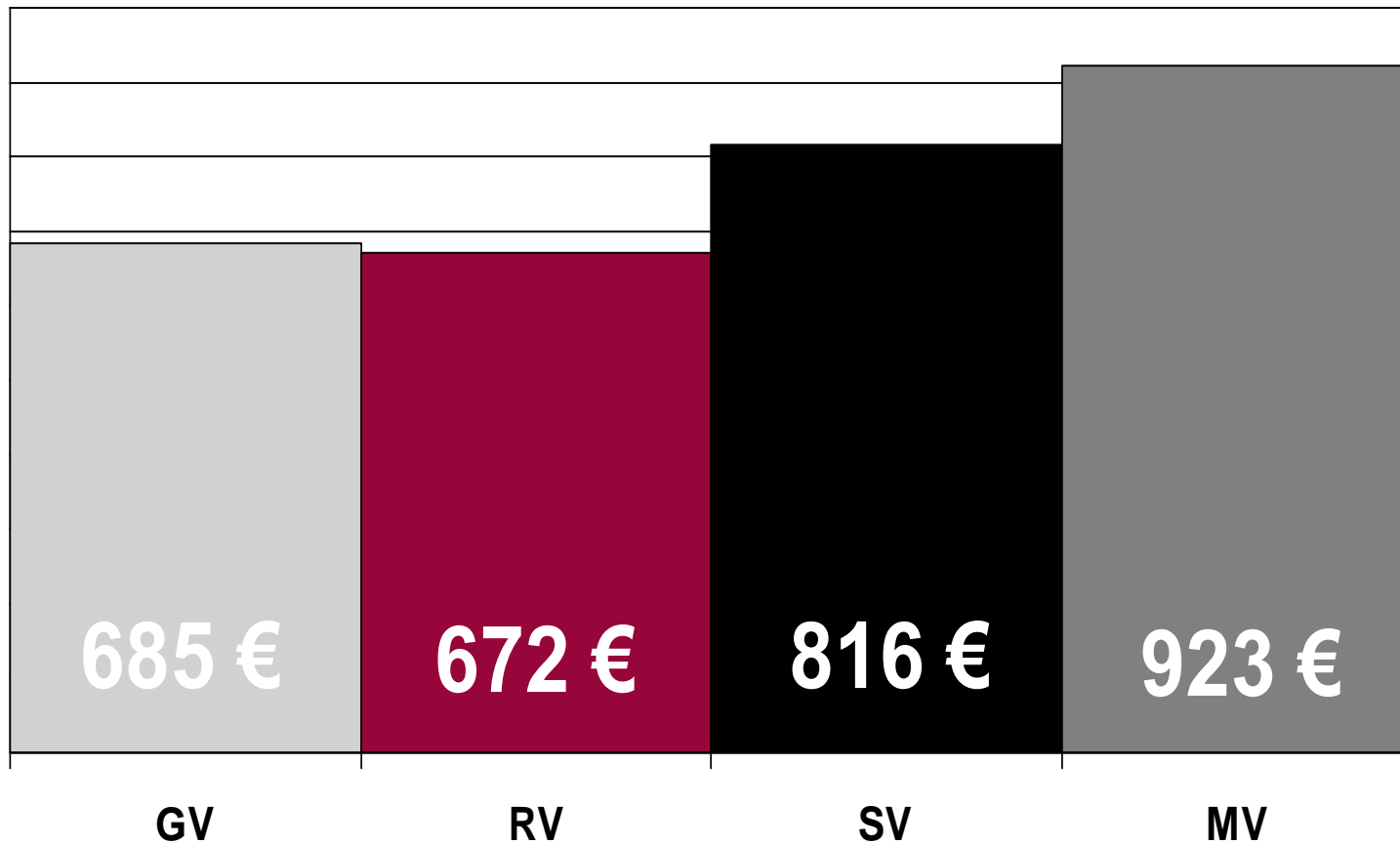
Intensiv- Verweildauer (Mediane)



Behandlungskosten pro intensivmedizinischem Behandlungstag

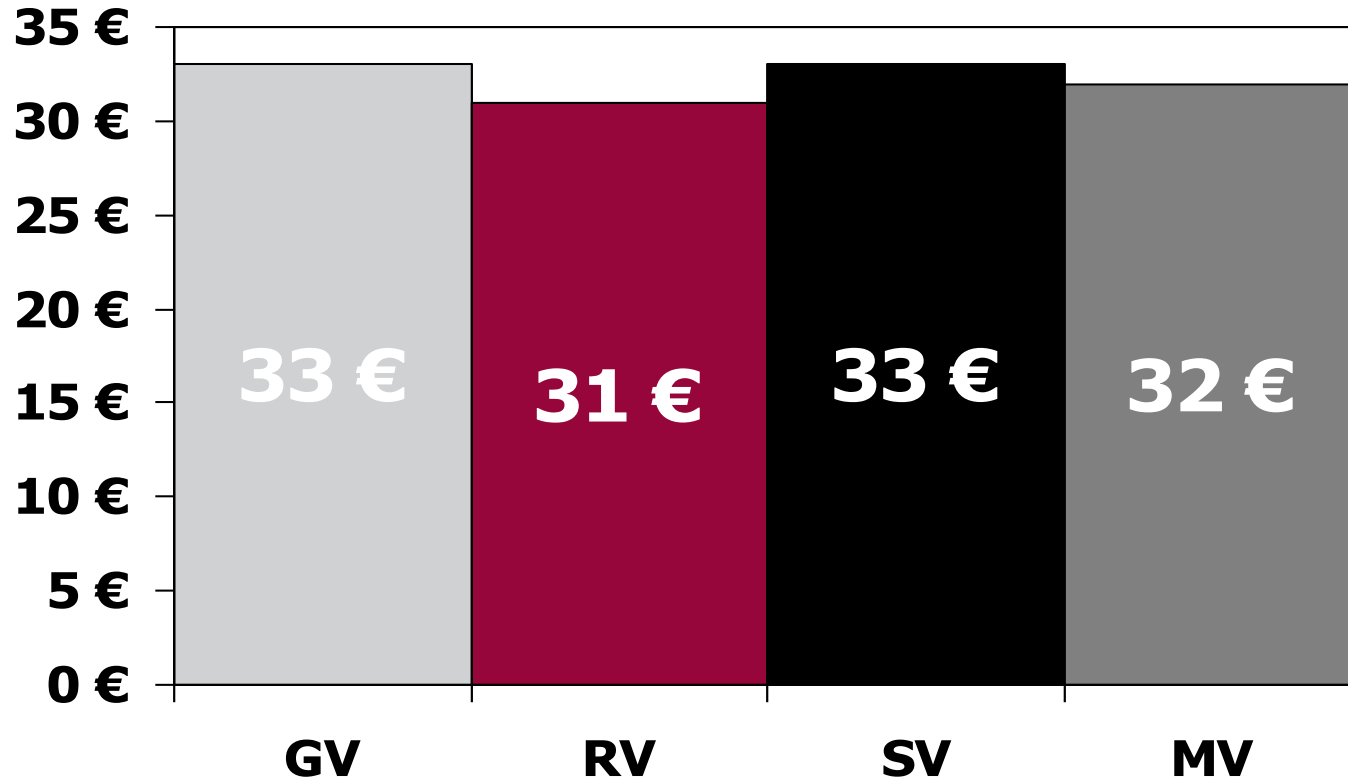
- Durchschnittlich 791 305€
- davon Personalkosten: 56%
- davon Medikamentenkosten: 19%

Behandlungskosten pro Behandlungstag nach Krankenhauskategorie

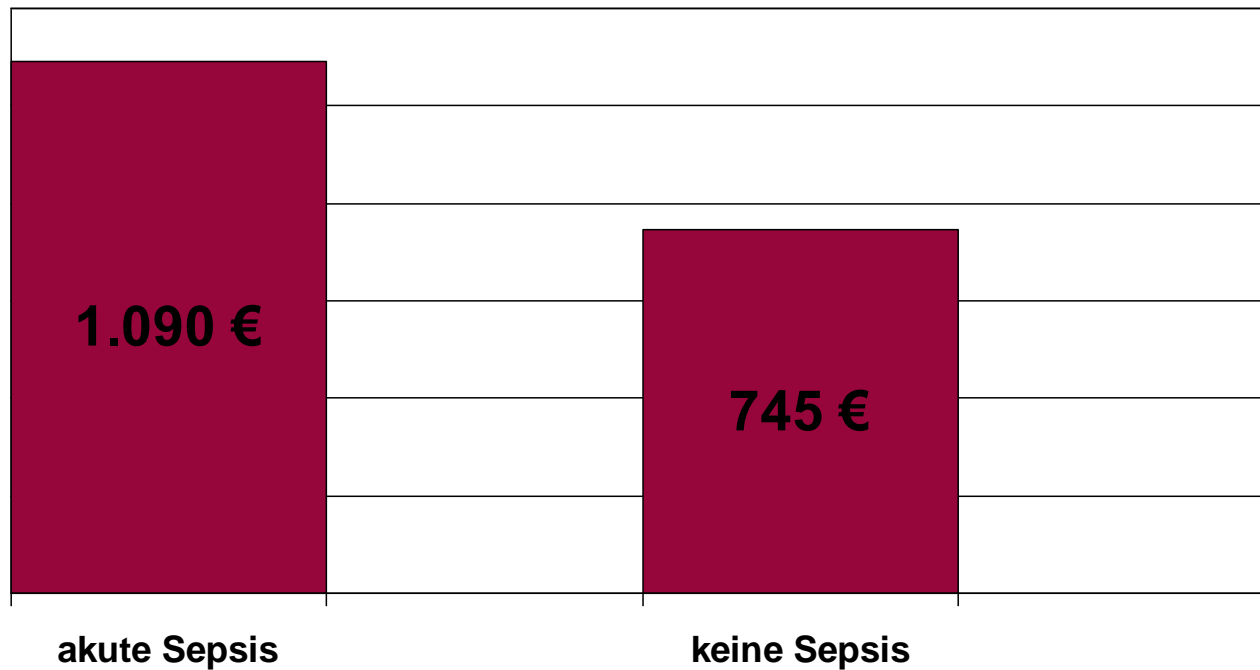




Gemessen am Aufwand (€ pro TISS-Punkt) gab es jedoch keine Unterschiede zwischen den Krankenhauskategorien:



Tageskosten bei Komplikationen durch Sepsis



Rationierung und Verteilungsgerechtigkeit

- **Zentrale Frage:** Auf der Grundlage welcher Kriterien können Rationierungen begründet und gerechtfertigt werden? (Schöne-Seifert 2011)
 - (1) Oberstes Prinzip: Verteilungsgerechtigkeit. Kriterien fairer Leistungsbegrenzung können jedoch nicht im Umkreis direkten ärztlichen Handelns entwickelt werden (Loyalitätskonflikte).
 - (2) Unstrittiger Grundsatz: Gleichbehandlung. Durch Gleichheitsgrundsatz können und müssen diskriminierende Wirkungen vermieden werden.



(3) Einzelne Kriterien von Fairness müssen in einem gesellschaftlichen Diskurs nach Maßgabe eines Konsensus-Prinzips entwickelt werden (→ explizite Rationierung).

(4) Unzulässig sind: patientenbezogene, verhaltensbezogene, rein bedarfsbezogene (Dringlichkeit, Prognose) oder Kosten-Nutzen-bezogene (Preisgrenzen) Kriterien.

(5) Mindestanforderungen an Fairness-Gebot: Zumutungen bzw. „Opfer“ für Betroffene müssen möglichst klein sein.



■ **Weitere konkrete Anforderungen**

- (1) Solidarisch finanzierte Leistungen müssen einen direkten klinischen Mindestnutzen (Lebensverlängerung, Lebensqualität: QALYs) aufweisen.
- (2) Bei nur sehr geringen Effekten können Kostenübernahmen verweigert werden.
- (3) Diese Einschränkungen sind ethisch vertretbar, wenn Vielen nur ein kleiner Nutzen verwehrt würde.
- (4) Legitimiert werden können Schwellenwerte oder Negativlisten von Maßnahmen nur dann, wenn bei ihrer konkreten Festlegung Transparenz und Unparteilichkeit gegeben sind.



(5) Es sollen nur Nutzen-Kriterien gelten, keine Kosten-Nutzen-Erwägungen. Ein Aufsummieren verschiedener Größen ist ethisch problematisch. Unter Gesichtspunkten der Fairness kann eine Kosten-Nutzen-Betrachtung niemals ausreichend sein für Verteilungsentscheidungen.

(6) Methoden der Evidenzbasierten Medizin und ihre Outcome-Orientierung müssen bei der Festlegung von Schwellenwerte zur Anwendung kommen.

(7) Bislang ungelöste Probleme: Festlegung von Schwellen ohne Willkür, Organisation öffentlicher Diskussionen.



Können aus QALYs Priorisierungskriterien abgeleitet werden?

- Unter QALYs versteht man sogenannte qualitätsgewichtete Lebensjahre.
- Mit Hilfe von Algorithmen drücken QALYs aus, „was ein gewonnenes Lebensjahr kostet und wie hoch der Gewinn an Lebensqualität oder der Gewinn an Lebensjahren sein kann.“
- Welche ethischen Probleme ergeben sich bei der Anwendung von QALYs auf Personen mit gleichen Krankheitsbildern, aber unterschiedlichem Alter?
- Antwort 1: Jüngere Person schneiden erfahrungsgemäß besser ab wegen der zu erwartenden höheren Lebensqualität und größeren Restlebenszeit.
- Antwort 2: Über Lebensqualität als Verteilungskriterium hat in letzter Instanz ein Patient alleine zu entscheiden.
- Grundsatz 1: Für die persönliche Bewertung von Lebensqualität können QALYs als Instrument der Therapieentscheidung in Erwägung gezogen werden. (Vosteen K 2000: Rationierung im Gesundheitswesen und Patientenschutz. Zu den rechtlichen Grenzen von Rationierungsmaßnahmen und den rechtlichen Anforderungen an staatliche Vorhaltung und Steuerung im Gesundheitswesen. Peter Lang: Frankfurt/M.).
- Grundsatz 2: QALYs haben Benachteiligungseffekte hinsichtlich Behinderter.



Grenzen von Wirtschaftlichkeitsüberlegungen bzw. Kosten-Nutzen-Analysen

- Der Wert therapeutischer Handlungen bemisst sich nicht allein daran, welches biologisch messbare Ergebnis in der Zukunft erreicht wird. Therapeutische Handlungen stellen stets auch ein Stück existenzieller Kommunikation dar. Jeder Kommunikation wohnt ein intrinsischer Wert menschlicher Begegnungen inne wie beispielsweise: gegenseitige Wertschätzung, persönliche Achtung, Vertrauen

(Wehkamp K H 2004: Die Ethik der Heilberufe und die Herausforderungen der Ökonomie. Berliner Medizinethische Schriften, Bd. 49. Humanitas Verlag).



Rationierung und Alter

- Bislang spielte das Alter im deutschen Gesundheitswesen offiziell keine bedeutsame Rolle.
- Das Phänomen einer Altersrationierung wird zum ersten Male von Callahan (1987) beschrieben und, mit bestimmten Kautelen, ethisch gerechtfertigt (Callahan D 1998: False Hopes. Why America's Quest for Perfect Health Is a Recipe for Failure. Simon & Schuster: New York).
- In den *angloamerikanischen* Ländern gibt es empirische Evidenz für einen Alters-Bias bei klinischen Entscheidungen über lebenserhaltende Maßnahmen (Hamel M B, Teno J M & Goldman L 1999: Patient age and decisions to withhold life-sustaining treatments from seriously ill, hospitalized adults. In: Annals of Internal Medicine, 130, pp. 116-125).



- In *Großbritannien* spielen vor allem negative Altersstereotype eine große Rolle: „The crux of aegism ist the stereotyped negative view of older people that leads to policy decisions that disadvantage them. Aegism seems to be embedded in NHS culture.“ (Sutton G C 1997: Will you still need me, will you still screen me, when I’m past 64? *British Medical Journal*, 315, 1032-1033.)
- Generell gibt es keine Evidenz dafür, dass das Alter *allein* ein adäquates und gültiges Kriterium hinsichtlich der Begrenzung oder Beendigung einer Behandlung darstellt (Reiter-Theil S 2003: The ethics of end-of-life decisions in the elderly: deliberations from the ECOPE study. In: *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 17(2), pp. 273-287. Reiter-Theil S & Albisser Schleger H 2007: Alter Patient – (k)ein Grund zur Sorge? In: *Notfall- und Rettungsmedizin* 10(3), S. 189-196.).



Schleichende Ausbreitung von Altersgrenzen

- Bei chirurgischen Eingriffen: endoprothetische Versorgung, Herz-/Thoraxchirurgie,
- bei Vergabe von Plätzen in der Intensivmedizin (Esslinger A S, Franke S & Heppner H J 2007: Altersabhängige Priorisierung von Gesundheitsleistungen – Perspektiven für das deutsche Gesundheitswesen. In: Gesundheitswesen, Jg. 2007, 69, S. 11-17.),
- im Rehabilitationsbereich,
- bei der Beurteilung von Verbesserungswahrscheinlichkeit,
- bei der Frührehabilitation nach herzchirurgischen Eingriffen (Schultheiss 2004).



- Für die Privilegierung von Alterskriterien bei Behandlungsentscheidungen in der Nähe des Todes gibt es keine klinische Evidenz.
- Das Alter fungiert hier zwar als ein Faktor, nicht aber als ein maßgebliches normatives Kriterium. (Reiter-Theil 2003: 277ff.).
- Neuere Studien bestätigen diese Differenzierung (Albisser Schleger & Reiter-Theil 2007: 113f.).



Wahrnehmung und Einschätzung von Rationierungen in der Intensivmedizin – Ergebnisse einer Fragebogenerhebung unter dort tätigen Ärztinnen und Ärzten

(Quelle: Boldt, Joachim; Schöllhorn, Thilo: Intensivmedizinische Versorgung: Rationierung ist längst Realität; Dtsch Arztebl 2008; 105(19): A-995 / B-866 / C-846)

Die Tatsache, dass **ökonomische Umstände therapeutische Entscheidungen beeinflussen**, trifft nach Auffassung der Befragten gelegentlich zu (32 Prozent), häufig zu (9 Prozent).

Der Auffassung, dass die **Intensivmedizin mit begrenztem Budget auskommen muss**, stimmen circa 25 Prozent der Befragten zu.

Die Auffassung, **dass teure und aufwendige Verfahren in der Intensivmedizin begrenzt werden**, wird von den allermeisten Befragten verneint.



Der Auffassung, dass **ein sehr hohes Alter (> 80 oder sogar > 90 Jahre) kein Grund zum Verweigern eines Dialyseverfahrens oder eines sehr teuren Medikamentes ist**, wird sehr weitgehende zugestimmt.

Die Forderung, **ein inkurables Karzinom sollte generell als eine Kontraindikation für ein Dialyseverfahren angesehen werden**, wird überwiegende abgelehnt.

Sensibilität hinsichtlich Priorisierung

- circa 35 Prozent der Befragten nennen keinerlei Kontraindikation für eine Aufnahme auf die Intensivstation (auch nicht ein inkurables finales Grundleiden);
- für nur 10 Prozent ist eine Nichtreanimationsverfügung (do not resuscitate!) ein Hindernis zur Aufnahme auf die Intensivstation;
- 35 Prozent der Befragten gaben an, bereits Patienten abgewiesen zu haben, obwohl Patienten auf der Station vorhanden waren, deren intensivmedizinische Therapie als nicht sinnvoll erachtet wurde.

Vielen Dank!

