

Keine Medizin für Alte?

Provokante Vorschläge zur Gesundheitsreform



Patienten mit chronischen Krankheiten stellen 52 % aller Krankenhausfälle und verursachen 63 % der Krankenhauskosten in Deutschland.

Gedanken einer Pflegefachkraft zur Sendung „Report Mainz“ vom 02.06.2003

Thomas Reutter berichtete in dem Magazin des Südwestfunks „Report Mainz“, dass seit längerem auf verschiedenen wissenschaftlichen Tagungen zwischen Theologen und Philosophen, Gesundheitsökonomen, Wirtschaftsethikern usw. diskutiert wird, ob bei Menschen im Alter über 75 Jahren teure Medikamente und Therapien noch gerechtfertigt seien. In dem Beitrag wurde ein Ausschnitt einer Show aus England gezeigt, die „Spiel auf Leben und Tod“ hieß. In dieser Show konnten Studiogäste selbst entscheiden, welcher Patient leben und wer sterben wird. Zum Glück ist diese Spielshow nur Science-Fiction. Doch makaber genug. Was mir persönlich Angst macht, ist, dass der Grundgedanke einer Therapiebegrenzung bei älteren Menschen auf Grund von erhöhten Kosten realistisch werden könnte. In dem Beitrag wurde Prof. Friedrich Breyer von der Universität Konstanz, Lehrstuhl für Wirtschafts- und Sozialpolitik, dazu befragt. Sein Statement: Leistungen, die teuer sind und die in erster Linie dazu dienen, das Leben zu verlängern, werden nicht mehr finanziert, anders als Leistungen, bei denen es um die Schmerzlinderung geht – darum etwa, ein Leiden erträg-

licher zu machen. Breyer rechnete Kosten gegen Nutzen, z.B. bei einer Herzoperation. Ab einem Alter von 75 Jahren wären der Nutzen zu gering, die Kosten zu hoch. Fazit: Wer älter als 75 wird, soll seine Operation in Zukunft nicht mehr bezahlt bekommen.

Auch Prof. Joachim Wiemeyer, Lehrstuhl für christliche Gesellschaftslehre an der Universität Bochum, glaubt, medizinische Leistungen müssen rationiert werden. Wer nicht selbst zahlen kann und zu alt ist, so sein Standpunkt, der muss an seiner Krankheit sterben, um der Allgemeinheit Kosten zu ersparen. Mit dieser Meinung stehe er nicht alleine, betonte er.

Wie sieht die Realität der Intensivmedizin heute aus? Das deutsche Gesundheitssystem, insbesondere der Bereich der Intensivmedizin, erfordert einen hohen Aufwand und ist teuer. Der Kostenanteil der Intensivmedizin liegt zwischen 8 bis 34 % der Gesamtkosten eines Krankenhauses. In den einzelnen Fachdisziplinen variieren die mittleren Pflegesätze erheblich. Pro Behandlungstag müssen durchschnittlich für interdisziplinäre ITS 505 Euro und für kardiochirurgische ITS 1.095 Euro aufgewendet werden. Qualifiziertes Personal, entsprechend dimensionierte Räumlichkeiten und modernste technische Ausstattung haben ihren Preis.

Zukünftige Kostensteigerungen lassen sich auch und gerade in der Intensivmedizin nicht vermeiden. Andererseits zwingen Gesundheitsreform und Budgetierung zu Einsparungen. Eine retrospektive Studie über eine deutsche Intensivstation belegt, dass zwischen 1993 und 1999 die Kosten für Arzneien und Hilfsmittel um 13 % angestiegen sind, der Pflegesatz aber von DM 660 (1996) auf DM 507 (1997) fiel. Die Untersucher schlussfolgern, dass neue wissenschaftlich belegte Therapien bei einer starren Budgetierung vielen Patienten in Zukunft vorenthalten werden müssen (Intensivmedizin 2000;37:416-417). Eine kürzlich durchgeführte Fragebogen-Aktion versuchte, die aktuelle Situation der Intensivmedizin in Deutschland zu erfassen (Intensivmedizin 2000;37:195-205). Es ergab sich u.a., dass durch eine ansteigende Versorgung älterer schwerkranker Patienten Engpässe bei der ITS-Therapie, und zwar in allen Fachgebiete zu erwarten sind.

Kosten-Nutzen-Analysen haben allerdings gezeigt, dass die Intensivbehandlung kosteneffektiver sein kann als beispielsweise Organtransplantationen (Anaesthesia Intensiv Care 1995;23:322-331) und dass die Beatmung von Patienten über 75 Jahre preisgünstiger sein kann als die maschinelle Ventilation jüngerer Patienten (Ann Intern Med 1999;131:96-104). Wird die Schere zwischen den Behandlungsmöglichkeiten und Kosten mehr und mehr zur Patientenselektion führen?

Mit durchschnittlich 61 Jahren sind die chronisch Kranken mindestens zehn Jahre älter als die übrigen Krankenhauspatienten. Bei älteren, chronisch kranken Patienten ist Agismus (Diskriminierung auf Grund des kalendarischen Alters) im Bereich der Intensivmedizin strikt abzulehnen!

Eine in den letzten Jahren durchgeführte Studie in fünf nordamerikanischen Kliniken unterstützt die Argumentation für ein schematisiertes Selektionsdenken. Bei 512 der über 70-Jährigen Patienten mit Herz- und Kreislaufstillstand und nachfolgender Reanimation überlebten 19, also nur 3,8 % und von diesen mussten elf auf Dauer in Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen verbleiben. Bei den über 70-Jährigen, die außerhalb einer Klinik einen Herz-Kreislaufstillstand erlitten und wiederbelebt wurden, überlebten noch weniger, nämlich nur 1 % (Lasch, 1997).

Eine Multivarianzanalyse aus Frankreich über nosokomiale Infektionen und Krankheitsverlauf bei kritisch kranken älteren Patienten nach chirurgischen Eingriffen (Anesthesiology 2001;94:407-414) zeigte, dass das Alter als solches kein unabhängiger Risikofaktor hinsichtlich einer erhöhten Letalität war.

Ältere Patienten sollten daher nach Auffassung dieser Autoren uneingeschränkter Zugang zur Intensivstation haben und dort mit der gleichen medizinischen Intensität wie jüngere Patienten betreut werden.

Eine prospektive Kohorten-Studie, ebenfalls aus Frankreich, untersuchte die Überlebensrate von Patienten, die älter als 75 Jahre waren und länger als 30 Tage intensivmedizinisch behandelt wurden. 47 % der Patienten überlebten die Intensiv- und Krankenhausbehandlung im Vergleich zu 67 % aller Behandelten. Die Autoren *Montuclard L. et al.* meinen, dass eine Intensivbehandlung bei älteren Menschen sowohl medizinisch als auch ethisch gerechtfertigt erscheint (Crit Care Med 2000;28:3389-3395).

Eine belgische Studie untersuchte ebenfalls das Letalitätsrisiko während der Intensivbehandlung von 104 Patienten, die 85 Jahre überschritten hatten. Die Sterberate auf der Intensivstation wurde mit 22 % und die Krankenhaussterberate mit 36 % angegeben. Als Risikofaktoren für einen tödlichen Ausgang wurden akutes Atemnotsyndrom (ARDS), mechanische Beatmung, Herzversagen, akutes Nierenversagen und ein APACHE II-Score von über 25 ermittelt (Age Ageing 1999;28:253-256).

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch eine Studie aus Hongkong, in der 150 über 70-Jährige untersucht wurden (Crit Care Med. 1999;27:2570-1).

In Österreich wurde in einer prospektiven Studie die Lebensqualität nach überstandener Intensivbehandlung untersucht. Hier folgte, dass Intensivtherapie Lebensqualität erhalten kann. Sie äußert sich nicht unbedingt in wiedererlangter körperlicher Fitness, sondern vielmehr in einer neu gewonnenen emotionalen Stabilität. (Wiener klinische Wochenschrift 2001;113:21-22).

Auf einer deutschen Intensivstation waren 89 % der Patienten mit der Behandlung zufrieden, wobei eine adäquate Schmerztherapie wesentlich zu der Zufriedenheit beitrug (Journal Anästhesie und Intensivmedizin 2001;8 [Bd.3]:213).

Insgesamt kann aus den aufgeführten Quellen fundiert abgeleitet werden, dass sich eine intensivmedizinische Behandlung für ältere Patienten sehr wohl lohnt. Objektive Voraussagen über das Behandlungsergebnis sind schwierig und oft unmöglich. Es besteht aber

die Gefahr, dass man bei älteren Patienten eine schlechtere Prognose voraussagt, ohne dass diese Entscheidung durch entsprechende Daten (wie Klassifikationssysteme über Schweregrade) objektiviert wird. Doch Überlebenschancen und wiedergewonnene Lebensqualität begründen selbst bei sehr alten Menschen eine intensivmedizinische Behandlung.

Zur Entscheidungshilfe kann der „Sickness Assessment Score“ (SAS-Score, *Kennedy et al.*, Ann R Col. Eng. 1994; 76:342-345) dienen. Dabei werden Unfähigkeit zum unabhängigen Alltagsleben, schwere Vorerkrankungen und systolischer Blutdruck (< 100 mm Hg) bewertet. Dennoch bleibt eine Unsicherheit bestehen, die individuelle Therapieentscheidung von solchen Parametern abzuleiten.

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

Der gesetzliche Auftrag der Krankenversicherung (SGB §1) im Sinne der gesellschaftlichen Solidargemeinschaft lautet, die Gesundheit zu erhalten, wiederherzustellen oder den Gesundheitszustand zu verbessern. Die gesetzliche Krankenversicherung wird nach dem kollektiven Äquivalenzprinzip finanziert, nach dem in jeder Periode die gesamten von den Beitragszahlern geleisteten Einnahmen die gesamten Ausgaben aller Versicherten decken müssen. Im bestehenden Gesundheitssystem hat jeder Patient ein Recht auf adäquate ärztliche und pflegerische Behandlung nach dem derzeitigen medizinischen Wissensstand. Intensivpflichtige alte Menschen dürfen davon nicht ausgeschlossen werden und die Entscheidung kann nur heißen: „In dubio pro vita“ (Im Zweifel für das Leben).

Wir haben aber zur Kenntnis zu nehmen, dass auch im Bereich der Intensivmedizin Kosteneinsparungen unvermeidbar sein werden. Dazu sind Kreativität, Anpassungsbereitschaft und Mut zu unkonventionellem Vorgehen gefragt. Mit allen Mitteln müssen wir aber vermeiden, dass unterschiedliche Maßstäbe angelegt und eher willkürlich entschieden wird, ob eine Intensivbehandlung erfolgen soll oder nicht. Eine Rationierung medizinischer Leistungen ist nicht gestattet, auch nicht bei Patienten, die das 75. Lebensjahr erreicht haben! Die Fortschritte unserer hochtechnisierten Medizin verbessern die Überlebenschancen v. a. in der älteren Bevölkerung. Damit steigt auch deren Bedeutung bei der Bestimmung der Gesundheitsausgaben. Deswegen sollten sich Sozialpolitiker und Gesundheitsökonomien bewusst werden, wenn menschlichem Leben in Geld gemessener Wert zugeordnet werden soll – aus meiner

Sicht ein moralisch verwerflicher Gedanke. Bereits vor der Ausstrahlung hat der Fernsehbeitrag für großes Aufsehen gesorgt. Die Bundesgesundheitsministerin *Ulla Schmidt* hat sich eindeutig gegen eine Altersgrenze für teure medizinische Leistungen ausgesprochen. Auf Grund der nun entfachten Diskussion „Keine Medizin für Alte?“, die sich in den nächsten Jahren auf Grund der demografischen Entwicklung sicherlich noch verschärfen wird, müssen sich die unterschiedlichen Ärzte- und Pflegeverbände im Interesse der ganzheitlichen Verantwortung der älteren Patienten, strikt von einer solchen Handlungsweise distanzieren!

Gesundheit gehört zu den Grundbedürfnissen des Lebens und ist unverzichtbare Voraussetzung für die aktive Lebensentfaltung.

Durch Begrenzung von medizinischen Leistungen und Selektion von Patienten wird nicht nur das Solidaritätsprinzip in Frage gestellt, sondern werden elementare Grundrechte von Menschen willkürlich aufgehoben. Dies muss und wird hoffentlich auch zum Widerstand der Bevölkerung führen.

Hardy-Thorsten Panknin

Berlin

E-Mail: ht.panknin@worldonline.de

**CENTRE FOR
COMMUNICATION IN HEALTH CARE**

ENGLISH COURSES FOR NURSES

**FÖRDERN SIE UNSER
AKTUELLES PROGRAMM AN!**

Centre for Communication in Health Care
Darmslädter Landstraße 109
60596 Frankfurt am Main
Telefon (069) 61 87 53

Vor 50 Jahren

Wettbewerb der „Hygieneaufseher“

Was interessierte HEILBERUFE-Leser vor 50 Jahren? Die Themen der Juli-Ausgabe 1953:

- ▶ „Reicher an Erfahrungen“ eine Einschätzung des Chefredakteurs zum 17. Juni 1953
- ▶ Aufgaben der Schwangerenfürsorge
- ▶ Die Sportmassage
- ▶ Krankheit und Nervensystem
- ▶ Manuelle Segmenttherapie bei Migräne
- ▶ Nachweis des Streptococcus viridans
- ▶ Aufgaben der Fürsorge
- ▶ Medizinische Betreuung auf dem Lande
- ▶ Arbeit des röntgentechnischen Personals
- ▶ Wettbewerb der Hygieneaufseher
- ▶ Buchbesprechungen/Kleine Mitteilungen