

Alter allein kann kein Kriterium sein

Ethikforum der Ärztekammer zur medizinischen Versorgung älterer Menschen

von Klaus Dercks, Ärztekammer Westfalen-Lippe

Sind wir nicht nur fähig, alte Menschen zu versorgen, sondern wollen wir es auch?" Dass Prof. Dr. Jens Atzpodien, Vorsitzender des Arbeitskreises Ethik-Rat der Ärztekammer Westfalen-Lippe, diese Frage erst stellte, nachdem Fachleute und Zuhörer bereits drei Stunden lang diskutiert hatten, warf ein Schlaglicht auf die komplizierte Lage, die sich für die Medizin in einer alternden Gesellschaft auftut. Beim 3. Ethikforum der Ärztekammer Ende November in Münster wurde deutlich, welche Herausforderungen auf Ärztinnen und Ärzte, aber auch die gesamte Gesellschaft noch zukommen, wenn alte Menschen medizinisch gut versorgt sein sollen.

Offene Debatte über Priorisierung führen

Der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung steigt – und das kostet. „Für einen 40-jährigen werden durchschnittlich 1225 Euro Gesundheitskosten pro Jahr fällig, für einen 70-jährigen sind es 3393 Euro“, berichtete Ärztekammerpräsident Dr. Theodor Windhorst zur Einführung ins Ethik-Forum. „Kann es sein, dass wir demnächst Medizin nur noch für Reiche haben? Das dürfen wir als Ärzte nicht zulassen.“ Windhorst forderte, verstärkt in gesundheitliche Prävention zu investieren, um im späteren Lebensalter Behandlungskosten zu sparen. Doch vor allem brauche es eine Strategie, wie die Bevölkerung mit begrenzten Mitteln adäquat versorgt werden kann – und eine offene Debatte über die Priorisierung medizinischer Leistungen.



Vertrat die ökonomische Perspektive:
Prof. Dr. Hugo Keuzenkamp

Wieviel kostet ein Lebensjahr?

Wieviel ist ein Menschenleben wert? Das sei keine Tabu-Frage mehr, machte Prof. Dr. Hugo Keuzenkamp deutlich. Keuzenkamp, Ökonom und in der Leitung eines niederländischen Krankenhauses tätig, nannte auch gleich Preise: Während der Wert eines „qualitätskorrigierten Lebensjahres“ in Großbritannien mit 40.000 Euro veranschlagt werde, würden in den USA 100.000 US-Dollar geschätzt. Doch bleibe es problematisch, den Nutzen von Gesundheitsinvestitionen für einzelne Menschen zu ermitteln oder gar zu vergleichen. Zudem sei das Gesundheitswesen ein Bereich, in dem die Besserstellung von Menschen nur egalitär verteilt akzeptiert werde.

Alterung der Bevölkerung, die Preise für Leistungen im Gesundheitswesen und die Entwicklung der Medizin – all das treibt die Gesundheitskosten nach oben. Geld, das in die Gesundheit investiert werde, sei gleichwohl gut angelegt. Schwierig sei jedoch festzulegen, auf welcher Grundlage Entscheidungen zur Verwendung der Mittel getroffen werden sollten. Patienten alles selber zahlen lassen, Wartelisten führen, Patientenverhalten disziplinieren? „Jede Lösung“, legte Keuzenkamp dar, „hat ihr eigenes Dilemma“. Ohnehin sei Lebensqualität nicht nur eine medizinische Frage, zitierte Prof. Keuzenkamp Stimmen, die für weniger medizinische und mehr soziale Hilfen für ältere Menschen plädierten. „Doch auch andere Formen der Betreuung sind teuer.“



Vertrat die ethische Perspektive:
Prof. Dr. Urban Wiesing

Möglichkeiten der Rationalisierung müssen ausgeschöpft werden

Ist es ethisch geboten zu sparen, wo es besonders teuer ist? Prof. Dr. Urban Wiesings Frage zielte natürlich auf die letzte, in der Versorgung oft besonders aufwändige Lebensphase des Menschen ab. „Aber leider weiß man erst hinterher, welche die letzte, die teuerste Phase ist“, erklärte der Vorsitzende der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer.

Geboten sei zumindest, in der Medizin die Möglichkeiten der Rationalisierung auszuschöpfen. „Wir müssen versuchen, die Effekte des Gesundheitswesens sparsam zu erreichen. Das gilt auch fürs Alter.“ Kurz überlang, vermutete Wiesing, werde sich aber auch eine Rationierung nicht vermeiden lassen.

Wie groß soll eine „natürliche Lebensspanne“ sein?

Prof. Wiesing stellte verschiedene Entwürfe vor, wie das Lebensalter des Menschen den Umfang seiner medizinischen Versorgung beeinflussen könnte – etwa die Idee einer „natürlichen Lebensspanne“, nach deren Ablauf keine solidarfinanzierten lebensverlängernden Maßnahmen mehr gewährt würden. Andere Vorschläge zielten auf die Absicherung einer Grundversorgung bis zu einem gewissen Alter, danach könnte es nur noch Leistungen zur Schmerzlinderung auf solidarischer Basis geben. Alles nicht ethisch überzeugend, so Wiesings Fazit. Schließlich spreche nichts dagegen, die Lebensspanne eines Menschen medizinisch zu verlängern. „Machen wir uns nichts vor: Medizin ist immer gegen die Natur.“ Wie groß, gab er zu bedenken, sollte eine verbindliche natürliche Lebensspanne angesichts steigender Lebenserwartungen am Ende wohl auch sein? Alter, so Prof. Wiesings Schluss, taue nicht als alleiniges Kriterium, um über die Gewährung von Leistungen zu

entscheiden. Und nicht nur das Genfer Gelöbnis verbiete, dass das Alter eines Menschen ärztliche Entscheidungen beeinflussen dürfe. „Es wäre auch politisch nicht durchsetzbar.“

Doch es gebe noch andere Aspekte des Themas zu beachten: Prof. Wiesing berichtete von Untersuchungen, nach denen Patienten, deren Fall im Krankenhaus mit einer Ethikberatung verbunden war, auf kürzere Verweildauern in der Klinik kamen, also weniger Behandlungskosten verursachten. Wiesing führte dies darauf zurück, dass in diesen Fällen verstärkt auf Wohl und Willen der Patienten Rücksicht genommen werde. Darauf komme es an: „Denn natürlich wird Ethikberatung nicht angeboten, um den Mittelverbrauch zu senken.“

Nach dem Nutzen medizinischer Leistungen fragen

Bislang sei in Deutschland über die Frage der Kosteneffektivität wenig gesprochen worden, kritisierte Prof. Wiesing. Nun jedoch müsse gefragt werden, welchen Preis ein bestimmter medizinischer Nutzen habe. „Wenn man Dinge mit ungünstigem Nutzenprofil unterlässt, kann man das Geld dafür anderswo besser einsetzen.“ In dieser Frage könne das Lebensalter eines Menschen dann doch noch ein Faktor bei der Ermittlung der Kosteneffektivität sein – keineswegs aber das einzige Kriterium.

Bleibt noch die Frage der Rationierung, die implizit in Deutschland längst gang und gäbe sei. Ihr Problem sei, dass unklar bleibe, wie der Faktor „Alter“ einfließe. Außerdem belaste implizite Rationierung das Arzt-Patienten-Verhältnis. „Es gibt eine bessere Option, das ist die explizite Rationierung.“ Sie sollte Transparenz und Konsistenz bringen und demokratisch legitimiert sein – und damit oberhalb der Arzt-Patienten-Beziehung eingeführt werden, um das Verhältnis beider nicht zu belasten.

Neue Gesellschaft und Gesundheitsrat – wie kann die Spannung gelöst werden?

Können in Zukunft in Deutschland auch die alten Menschen noch alles medizinisch Notwendige bekommen? Eine Podiumsdiskussion zum Ende des Ethikforums ging diese Frage aus unterschiedlichen Blickwinkeln an. Auf

der Makroebene sei eine Entscheidung bislang tabu, auf der Mikroebene belaste sie die Arzt-Patienten-Beziehung, machte Moderator Dr. Michael Schwarzenau, Hauptgeschäftsführer der Ärztekammer Westfalen-Lippe, deutlich und fragte, wie diese Spannung aufgelöst werden könne. „Eine aufgeklärte Gesellschaft sollte keine Tabus pflegen“, antwortete Ethiker Prof. Wiesing. Und schon gar nicht sei die Ärzteschaft für politische Entscheidungen verantwortlich.

„Wir brauchen eine neue solidarische Gesellschaft, keine Entsolidarisierung“, forderte Ethik-Rat-Vorsitzender Prof. Atzpodien. Ärzte sollten dabei eine Schutzfunktion für ihre Patienten übernehmen und einen gesellschaftli-

sche sich mehr Hausärzte, zudem müssten sich Ärzteschaft wie Politik besser auf die Pflegebedürfnisse älterer Menschen einstellen. „Auch sollte man immer daran denken: Das Leben ist endlich. Man kann in Richtung auf dieses Ende leben – ärztlich betreut.“



Auf dem Podium bei 3. Ethikforum der Ärztekammer Westfalen-Lippe: Prof. Urbau Wiesing, Prof. Jens Atzpodien, Rainer Candidus, Prof. Dr. Inge Habig und Prof. Hugo Keuzenkamp (v. l. n. r.).
Fotos: kd

chen Diskurs zur Priorisierung von Leistungen anstoßen.

„Wir brauchen einen Gesundheitsrat“, zielte die Forderung von Wolfram-Armin Candidus, Präsident der Bürgerinitiative Gesundheit DGVP, auf die Organisation dieser Priorisierung ab. Doch von allein komme die Politik nicht auf diesen Gedanken. „Es muss deshalb eine Bewegung von unten nach oben geben!“ Ökonom Prof. Keuzenkamp betonte die Verantwortung, die es zur Rationalisierung im Gesundheitswesen wahrzunehmen gelte. Es müsse Transparenz über Kosten und Nutzen von Gesundheitsleistungen geben. „Man kann auch im Gesundheitswesen messen, ob etwas einen Mehrwert hat oder nicht.“

Ganz praktische Wünsche hatte hingegen Prof. Dr. Inge Habig aus der Perspektive einer Patientin im höheren Lebensalter. Sie wün-