

Georg Marckmann

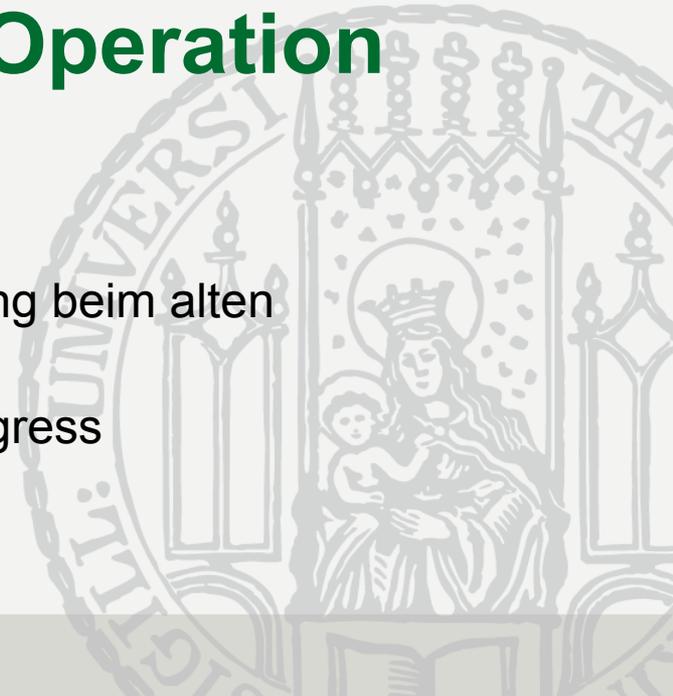
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

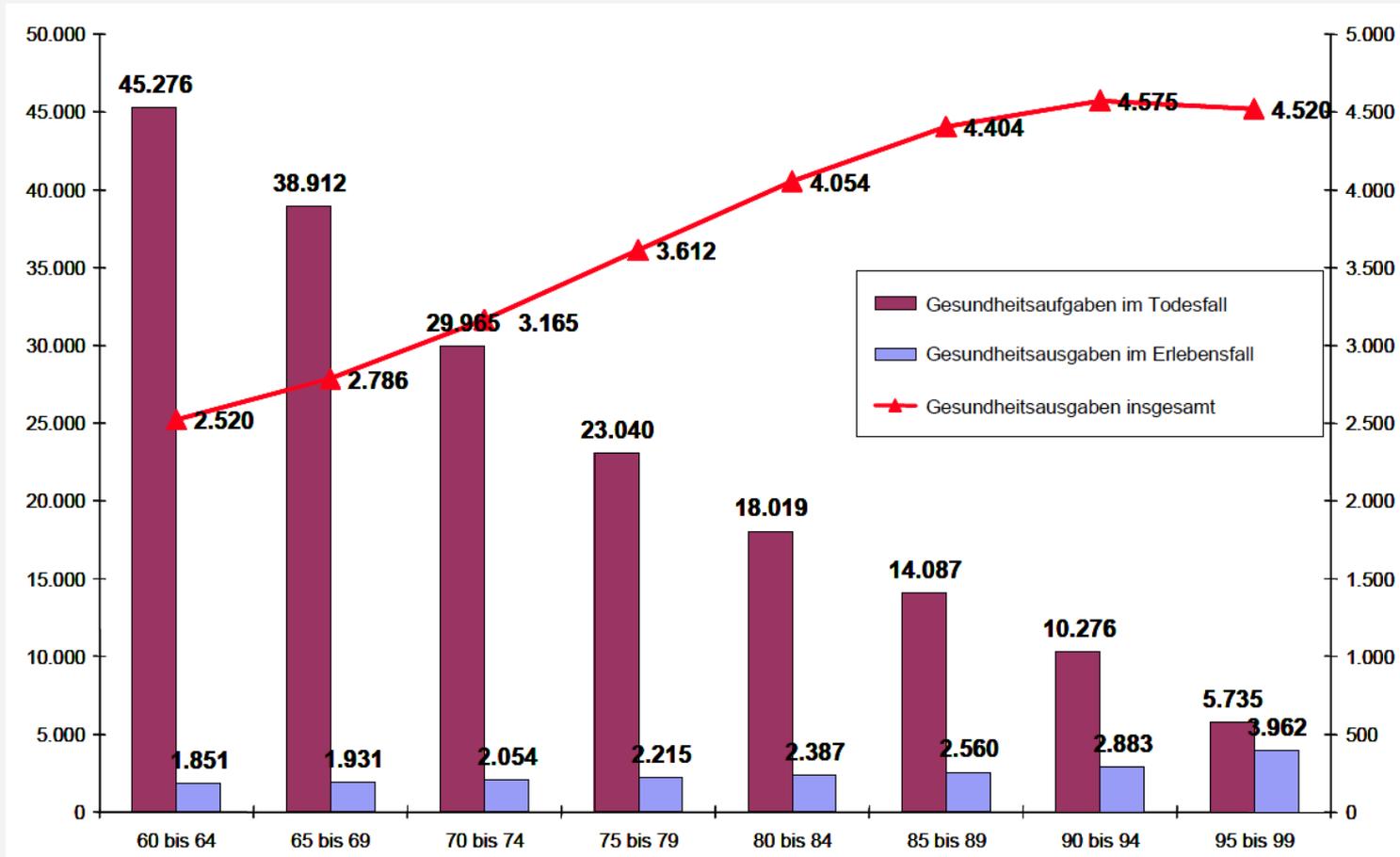
# Indiziert, aber für die Gesellschaft zu teuer? Allokationsethische Herausforderungen der Operation hochbetagter Patienten

Sektion „OP-Indikation und Therapiebegrenzung beim alten Menschen“

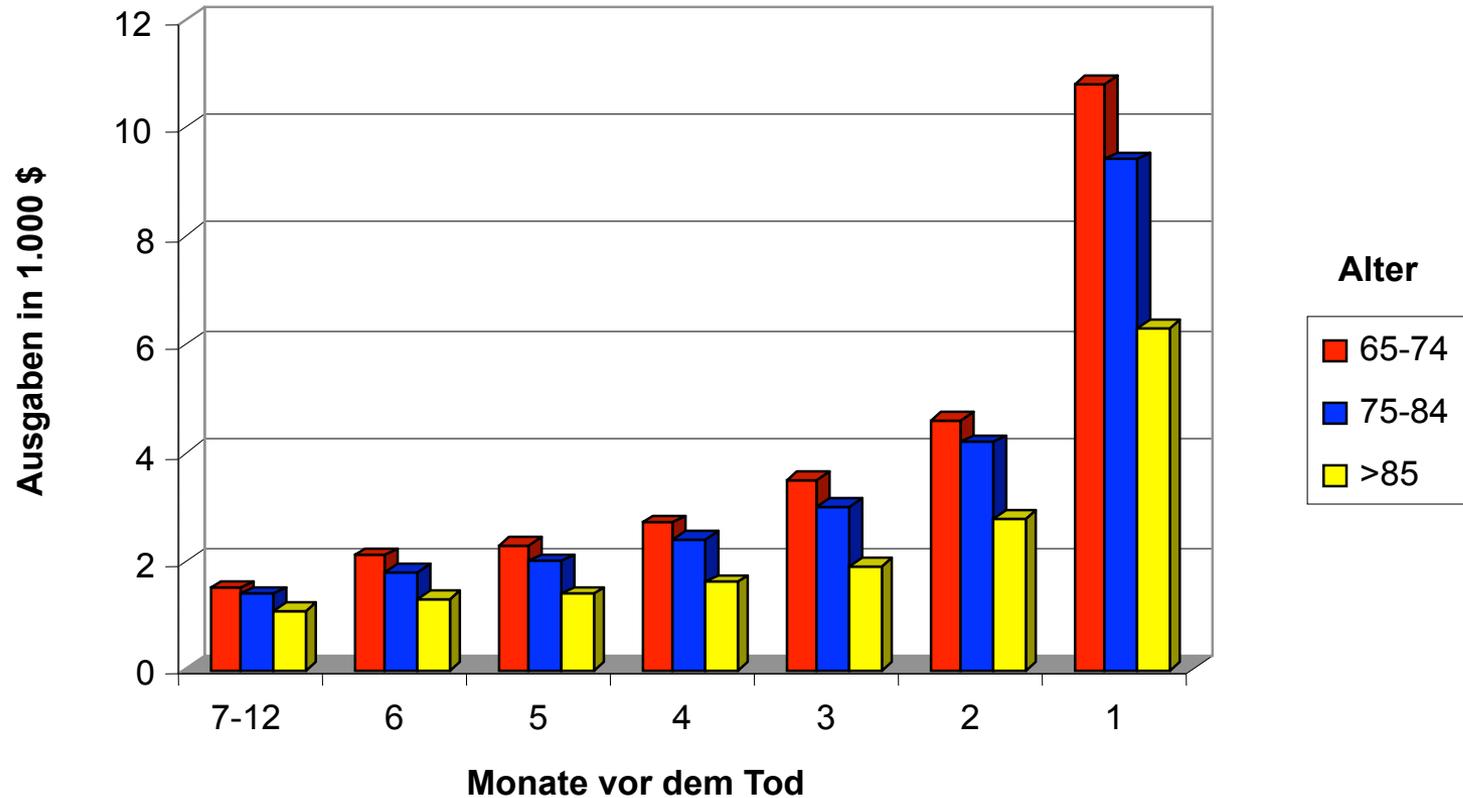
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie: 130. Kongress

München, 30. April 2013





Leistungsausgaben pro Versichertem in Abhängigkeit vom Lebensalter (Quelle der Abbildung: Henke und Reimers 2006, Quelle der Daten: Kruse 2003, nach Breyer 1999)



Gesundheitsausgaben für Medicare-Begünstigte im US-Staat Massachusetts im letzten Lebensjahr (nach Levinski et al. 2001)



Operationsalter ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen  
Alter per se ist kein Risikofaktor!

Aber: Mit zunehmendem Alter haben die Patienten (*im Mittel!*)

- ⇒ schlechtere Herz-Kreislauf-Funktion
- ⇒ schlechtere Lungenfunktion
- ⇒ mehr Begleiterkrankungen

Konsequenzen für Operationen

- ⇒ höheres OP-Risiko
- ⇒ längere Intensivbehandlung, stationäre Behandlung und Reha
- ⇒ höheres Komplikationsrisiko nach der OP

Insgesamt

- ⇒ (im Mittel) schlechtere Erfolgsaussichten
- ⇒ höhere Gesamtkosten bei vergleichbaren Operationen
- ⇒ schlechtere Kosteneffektivität!



## Exponentieller Anstieg der akutmedizinischen Ausgaben kurz vor dem Tod

umfasst v.a. *lebensverlängernde* Maßnahmen

- die *belasten & keinen Nutzen* für Patienten haben
- die Patienten *nicht mehr wünschen*
  - 60% wünschen „comfort care“ (Teno et al. 2002)



Ethisch problematisch!

Ethischer Lösungsansatz



**Individuethisches Problem:**  
⇒ widerspricht Wohlergehen & Autonomie des Partienten



**Gerechtigkeitsethisches Problem:**  
⇒ Einsatz von Ressourcen mit geringem/keinem Grenznutzen





Bessere Berücksichtigung von  
**Wohlergehen** und **Wille** der Patienten!



- (1) Strengere Reflexion des (**Netto-**)**Nutzens** für den individuellen Patienten vor der OP
- (2) Konsequenterer Berücksichtigung der **individuellen Präferenzen** des Patienten (⇒ *informed consent*)



Instrumente zur Umsetzung:

- (1) Entscheidungsunterstützung durch **klinische Ethikberatung** (auch vor der OP)
- (2) Bessere **Vorausplanung** für Komplikationen (⇒ *Advance Care Planning*)



Hintergrund: Unzureichende Berücksichtigung von Patientenpräferenzen

- Teno et al. 2002: Übereinstimmung der Behandlung mit Patientenwünschen:

Wunsch = palliative Versorgung  $\Rightarrow$  41%

Wunsch = „aggressive Behandlung“  $\Rightarrow$  86%

Randomisierte kontrollierte Multicenter-Studie von Schneidermann et al. (2003)

- 551 Intensiv-Patienten  $\Rightarrow$  2 Gruppen: Ethikberatung ja/nein
  - Mortalität: kein Unterschied
  - im KHS versterbende Patienten mit Ethikberatung:
    - Krankenhaustage  $\downarrow$  (-2.95 d,  $p=.01$ )
    - Intensiv-Tage  $\downarrow$  (-1.44 d,  $p=.03$ )
    - Beatmungstage  $\downarrow$  (-1.7 d,  $p=.03$ )
- $\Rightarrow$  Berücksichtigung von Patienteninteressen durch klinische Ethikberatung kann Kosten in Todesnähe reduzieren (Gilmer et al. 2005: 5.000\$/Pat.)!



Hintergrund: hoher Anteil nicht einwilligungsfähiger Patienten (bis zu 2/3 in EURELD-Studie)

Empirische Daten (Cave: methodische Einschränkungen!)

- geschätzte Einsparungen durch Patientenverfügungen (Übersicht von Emanuel 1996)
  - Letzter Lebensmonat: 25 – 40% der Kosten
  - Letztes halbes Jahr: 10 – 17% der Kosten

Notwendig: System der gesundheitlichen Vorausplanung (*Advance Care Planning*)

(1) professionell begleiteter Gesprächsprozess (*facilitation*)

(2) Regionale Implementierung ⇒ Standards, Routinen

*Advance Care Planning*-Programm „*Respecting Choices*“ in LaCrosse

- Gesamtkosten letzte 2 Jahre: 18.359 vs. 25.860 US\$ (US-Mittel)
- Krankenhaustage (Versterbende): 13,5 vs. 23,6 d (US-Mittel)

**Fazit: Berücksichtigung von Patientenverfügungen kann Gesundheitskosten in Todesnähe reduzieren**



Operationsentscheidung: bei *jedem* Patienten *unabhängig vom Alter* nach klar definierten medizinischen, ethischen und rechtlichen Standards

Kostenerwägungen sollten primär *keine* Rolle bei der OP-Entscheidung spielen, sondern

- sehr sorgfältige, *individuelle* (!) **Nutzen-Risiko-Abschätzung** vor der OP
- qualitativ hochwertiger „**Informed Consent**“: offene Aufklärung über OP mit Chancen & Risiken sowie konservative Alternativen
- ggf. Entscheidungsunterstützung durch **klinische Ethikberatung**
- **Vorausplanung** für Komplikationen (Patientenverfügung)

Wir brauchen *ethisch* besser begründete Entscheidungen, um bei der Operation hochbetagter Patienten eine *ökonomisch* sinnvollere Ressourcenallokation zu erzielen!



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt: [marckmann@lmu.de](mailto:marckmann@lmu.de)

Folien: [www.dermedizinethiker.de](http://www.dermedizinethiker.de)

### Literatur:

Marckmann G, Sanktjohanser AM, in der Schmitt J. Sterben im Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie. In: Bormann F-J, Borasio GD (Hg.) Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens. Berlin: Walter de Gruyter 2012, S. 351-367.