

Georg Marckmann
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

Sterben im Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie

Tagung „Sterben – Zum Verständnis eines anthropologischen
Grundphänomens“

Tübingen, 12.-14. Mai 2011





Können wir uns eine flächendeckende palliative Versorgung Schwerstkranker und Sterbender leisten?



Demographischer Wandel



- Höhere Lebenserwartung
- Höherer Anteil älterer Menschen
- Mehr chronisch(degenerative) Erkrankungen

Medizinischer Fortschritt

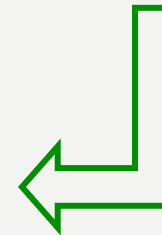


- Erweiterte Behandlungsmöglichkeiten
- v.a. Lebensverlängerung, auch bei schwerwiegender Erkrankung



Sterben

- nicht plötzlich & unerwartet
- häufig nach längerem Krankheitsverlauf & medizinischen Versuchen der Lebensverlängerung
- nach Entscheidung zum Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen

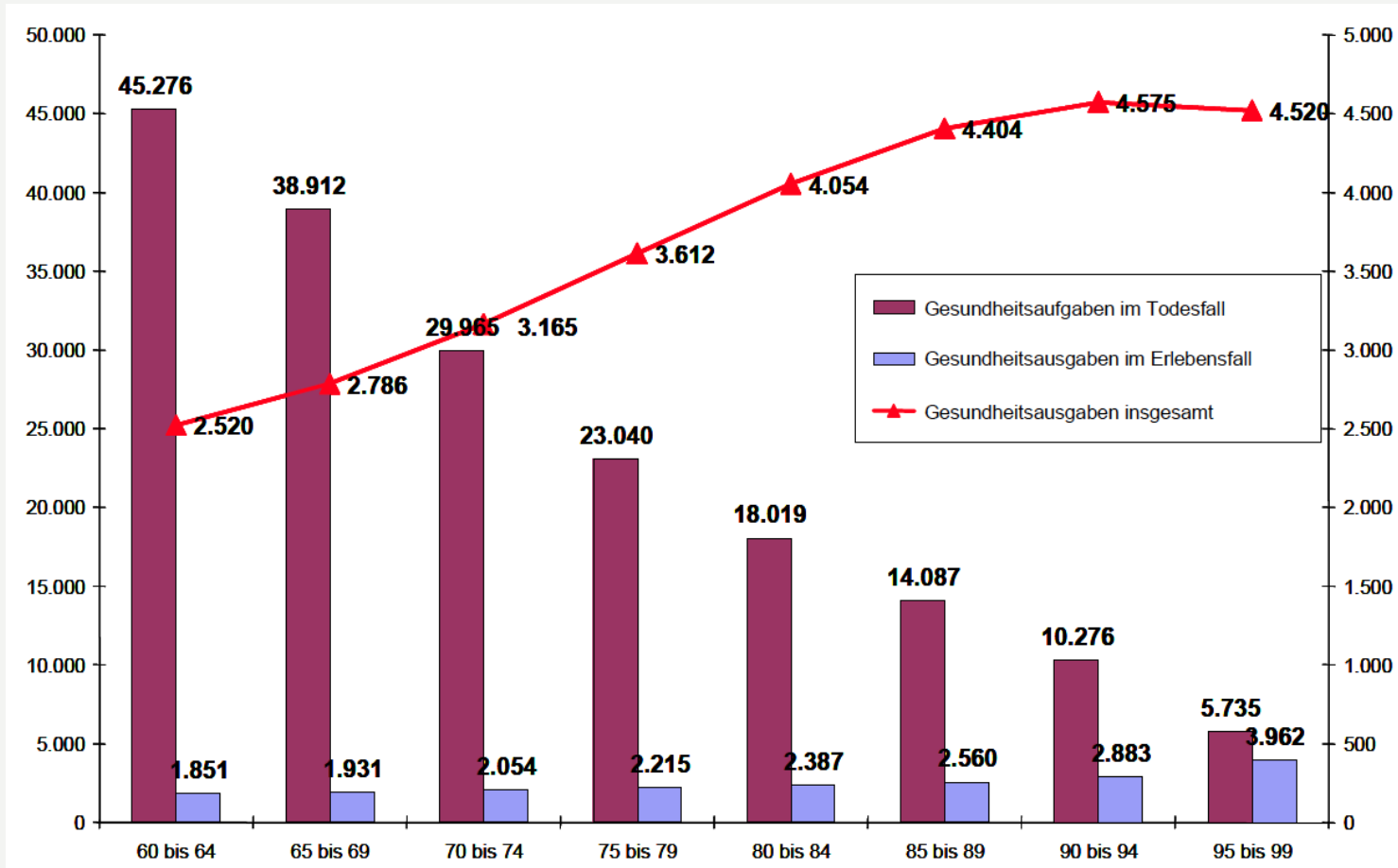


Individaethische Herausforderung:
Wann ist der richtige Zeitpunkt zum Sterben gekommen?

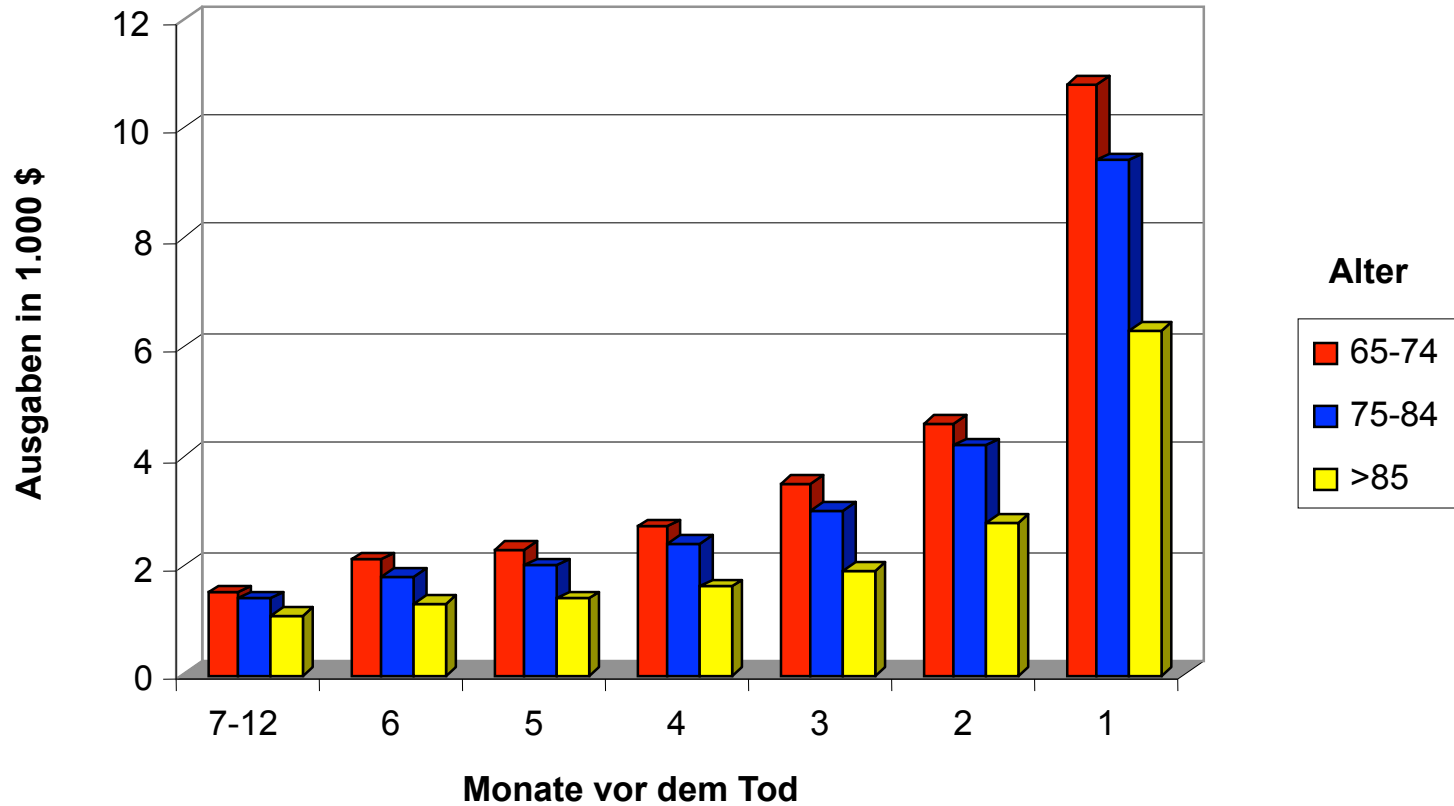


Gerechtigkeitsethische Herausforderung:
Wie können die begrenzt verfügbaren Ressourcen gerecht (am Lebensende) verteilt werden?





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)



Kostenanstieg kurz vor dem Tod: Vor allem akutmedizinische Versorgung mit Ziel Lebensverlängerung

Spezialisierte palliativmedizinische Versorgung ist kostengünstiger

- Hansen et al. (2008): 10-20% pro Patient/Jahr; Tagesbehandlungskosten 897 vs. 1.004 US\$; signifikant verbesserte Symptomkontrolle, insbes. im Bereich der Schmerzbehandlung
- Zahlen variieren stark, methodisch häufig nicht sehr belastbar Studien, aber *Kosteneinsparungen* länder- & systemunabhängig (Übersicht vgl. Simoens et al. 2010)
- Einsparungen durch weniger Intensivtherapie (Penrod et al. 2010), reduzierter Einsatz von Medikamenten & Diagnostik (Morrison et al. 2008)

Fazit: Palliativmedizinische Versorgung kann (symptomorientierte) Versorgung verbessern zu niedrigeren Kosten



Exponentieller Anstieg der akutmedizinischen Ausgaben kurz vor dem Tod

- (belastende) lebensverlängernde Maßnahmen haben keinen (Netto-)Nutzen für Patienten
- und sind in vielen Fällen auch nicht mehr gewünscht (z.B. Teno et al. 2002: 60% wünschen „comfort care“)
- ⇒ **Individualethisches Problem**: widerspricht Wohltuns & Autonomie-Verpflichtungen)
- ⇒ **Gerechtigkeitsethisches Problem**: Einsatz von Ressourcen mit geringem/keinem Grenznutzen
- ⇒ **Herausforderung**: Wie kann man eine sinnvolleren Ressourceneinsatz kurz vor dem Tod erreichen?



Medizinischer Lösungsansatz

- Bessere **Prognose** des Überlebens
- „prognostic scoring systems“ (z.B. APACHE III)
 - Quantifizierung des Krankheitsschweregrades → progn. Abschätzung der Krankenhausmortalität
- Nur für Kollektive anwendbar, keine valide Prognose im Einzelfall!

Ethische Lösungsansätze

- Bessere Berücksichtigung von **Wohlergehen** und **Wille** der Patienten durch
 - (1) Klinische Ethikberatung
 - (2) Patientenverfügungen
 - (3) Gesundheitliche Vorausplanung (*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 Studien (Cave: methodische Einschränkungen!)

- Übersicht von Emanuel (1996):; geschätzte Einsparungen:
 - Letzter Lebensmonat: 25 – 40% der Kosten
 - Letztes halbes Jahr: 10 – 17% der Kosten
- Prospektive kanadische Studie im Altenheim (Molloy et al. 2000)
 - Hospitalisierungskosten: 3.869 vs. 1.772 \$Cdn
 - Kosten für ambulante Arzneimitteltherapie: 1.370 vs. 1.606 \$Cdn
 - Gesamteffekt: Kostenvorteile für Patientenverfügungs-Programm

Fazit: Berücksichtigung von Patientenverfügungen kann Gesundheitskosten in Todesnähe reduzieren

- Gesamteffekt auf die Gesundheitsausgaben aber begrenzt



ärztlicherseits nicht befolgt

nicht verlässlich (valide)

nicht aussagekräftig / belastbar (*Notfall!*)

nicht auffindbar

nicht vorhanden (Prävalenz 10- 20%)



Advance Care Planning: *Respecting choices* (LaCrosse)

- (1) Professionell begleiteter Gesprächsprozess (*facilitation*)
- (2) Regionale Implementierung \Rightarrow Standards, Routinen
(vgl. „Palliative-Lebens-Kultur“ in Tü, *beizeiten begleiten bei D*)

Evaluation der Effektivität von RC (Hammes et al. JAGS 2010):

ärztlicherseits befolgt	99,5%
aussagekräftig (90%: Wiederbelebung?)	93%
verfügbar	99,6%
verlässlich (vorausgegangene <i>Begleitung</i>)	100%
Schriftliche Vorsorgeplanung (bei 400 Todesfällen)	96%

Gesamtkosten in den letzten 2 Jahren: 18.359 vs. 25.860 US\$ (US-Mittel)
Krankenhaustage (Versterbende): 13,5 vs. 23,6 d (US-Mittel)



Wir brauchen *ethisch* besser begründete Entscheidungen um am Lebensende eine *ökonomisch* sinnvollere Ressourcenallokation zu erzielen!

Instrumente: Klinische Ethikberatung, PV, Gesundheitliche Vorausplanung

Können wir uns eine flächendeckende palliative Versorgung Schwerstkranker und Sterbender leisten?

- ⇒ **Wollen** wir uns eine flächendeckende palliative Versorgung Schwerstkranker und Sterbender leisten?
- ⇒ Problem: keine Kosten-Nutzwert-Daten verfügbar (cost/QALY)
- ⇒ Aber: Großer individueller Patientennutzen, keine (vernünftige) Alternative ⇒ **Ja**, wir **müssen** uns eine flächendeckende palliative Versorgung leisten!