

Teurer Abschied

Das Lebensende ist ins Zentrum der öffentlichen Aufmerksamkeit gerückt – und damit auch die hohen Behandlungskosten bei Sterbenden. Aufgrund des medizinischen Fortschritts müssen aus ethischer Sicht Gerechtigkeits- und Sinnfragen genau abgewogen werden. Eine gründliche Analyse der Fakten, die Achtung der Menschenwürde und praktische Urteilskraft sind erforderlich. **VON MARKUS ZIMMERMANN**

Das Lebensende wird seit einigen Jahren auf neue Weise wahrgenommen und gesellschaftlich thematisiert. Da heute – zumindest in den Hochlohnländern der Welt – die meisten Menschen in hohem Alter und nach einer längeren Phase chronischer Krankheit sterben, werden mit dieser Sterbephase gewöhnlich die letzten beiden Jahre im Leben eines hochaltigen Menschen assoziiert. Während die Beatles vor fünfzig Jahren noch die Vorstellung von 64 Jahren als einer relevanten Altersgrenze besangen („When I’m sixty four“), ist das „hohe“ Alter sukzessive und mit der steigenden Lebenserwartung nach hinten verschoben worden. Heute ist es nicht ungewöhnlich, wenn in einer Krankenhausabteilung der Inneren Medizin die Patientinnen und Patienten im Durchschnitt über neunzig Jahre alt sind.

Mit der neuen Sensibilität für die letzte Lebensphase sind nicht nur Themen wie die rechtzeitige Vorbereitung des eigenen Sterbens, „Palliative Care“, Suizidhilfe und „Advance Care Planning“ wichtig geworden, sondern auch die hohen Behandlungskosten während der Sterbephase. Die durchschnittlichen Kosten für medizinische Behandlungen während des letzten Lebensjahres sind etwa um ein Zehnfaches höher als die durchschnittlichen jährlichen Behandlungskosten von Patienten, die sich außerhalb ihrer Sterbephase befinden.

Allerdings sinken diese Sterbekosten – ohne Berücksichtigung der Pflegekosten – mit zunehmendem Alter der Sterbenden (Stefan Felder, Im Alter krank und teuer? Gesundheitsausgaben am Lebensende, in: GGW. Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft 8 [2008] 23–30).

In einer repräsentativen Schweizer Studie wurde kürzlich gezeigt, dass die Sterbekosten nicht nur gemäß Alter, sondern auch in Abhängigkeit zu



Markus Zimmermann

wurde 1962 geboren und hat katholische Theologie in Frankfurt und Fribourg studiert, wurde an der Theologischen Fakultät der Universität Fribourg 1996 promoviert und 2011 habilitiert. Dort ist er seit 2010 Lehr- und Forschungsrat und seit 2014 Titularprofessor. Im Sommersemester 2012 war er Research Fellow am Lichtenberg-Kolleg der Universität Göttingen. Er ist Vizepräsident der Nationalen Ethikkommission (NEK) und Präsident der Leitungsgruppe des Nationalen Forschungsprogramms „Lebensende“.

Geschlecht, zum Tode führender Krankheit sowie kultureller Region differieren: So steigen die Kosten für die Behandlung während der letzten zwölf Lebensmonate in der Schweiz zunächst mit dem Alter der Betroffenen an, um im hohen Alter wieder zu sinken.

Männer sterben im Durchschnitt teurer als Frauen; die Behandlungskosten für Menschen, die an den Folgen von Krebserkrankungen – insbesondere Darm-, Brust- und Prostatakrebs – sterben, sind besonders hoch; die Sterbekosten in der französisch- und italienischsprachigen Schweiz liegen signifikant höher als diejenigen in der Deutschschweiz, was in erster Linie damit zusammenhängen dürfte, dass in der lateinischen Schweiz mehr Menschen im Krankenhaus sterben als in der Deutschschweiz (Radoslaw Panczak u.a., Regional Variation of Cost of Care in the Last 12 Months of Life in Switzerland: Small-Area Analysis Using Insurance Claims Data, in: Medical Care 55 [2017] 155–163).

Sterbeverläufe und Kosten

Eine erste Annäherung an die komplexen Vorgänge besteht in der groben Unterscheidung typischer Sterbeverläufe. Menschen sterben heute bei uns typischerweise einen plötzlichen Tod, einen Tod infolge einer terminalen Erkrankung, einen Tod infolge eines multiplen Organversagens oder einen Tod infolge einer Altersschwäche (June R. Lunney u.a., Patterns of Functional Decline at the End of Life, in: Journal of the American Medical Association 289 [2003] 2387–2392).

Während bei Menschen, die einen plötzlichen Tod sterben, kaum medizinische Maßnahmen ergriffen werden können und sie daher aus Sicht der Krankenkassen nicht teuer sterben, sind die Behandlungsmöglichkeiten bei einer termina-

len Tumorerkrankung nicht selten immens. Ähnlich verhält es sich bei Sterbeverläufen mit sukzessivem Organversagen, beispielsweise infolge einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD), die aufgrund der häufig nötigen Intensivbehandlungen während der letzten Lebensjahre sehr teuer sind.

Ganz anders ist es bei Sterbeverläufen infolge von Alterschwäche: Die Betroffenen sind meist in hohem Alter, die letzte Lebensphase – ob mit oder ohne Demenz – verläuft in der Regel sehr pflegeintensiv, jedoch ohne markante medizinische Behandlungskosten. Typischerweise leben diese Menschen über einige Jahre in einem relativ stabilen Zustand, allerdings auf geringem Funktionalitätsniveau und mit hoher Pflegebedürftigkeit, bis es schließlich zu einem physischen Abbau und zum Tod innerhalb weniger Wochen kommt; während dieser letzten Zeit fallen in der Regel keine hohen Behandlungskosten mehr an.

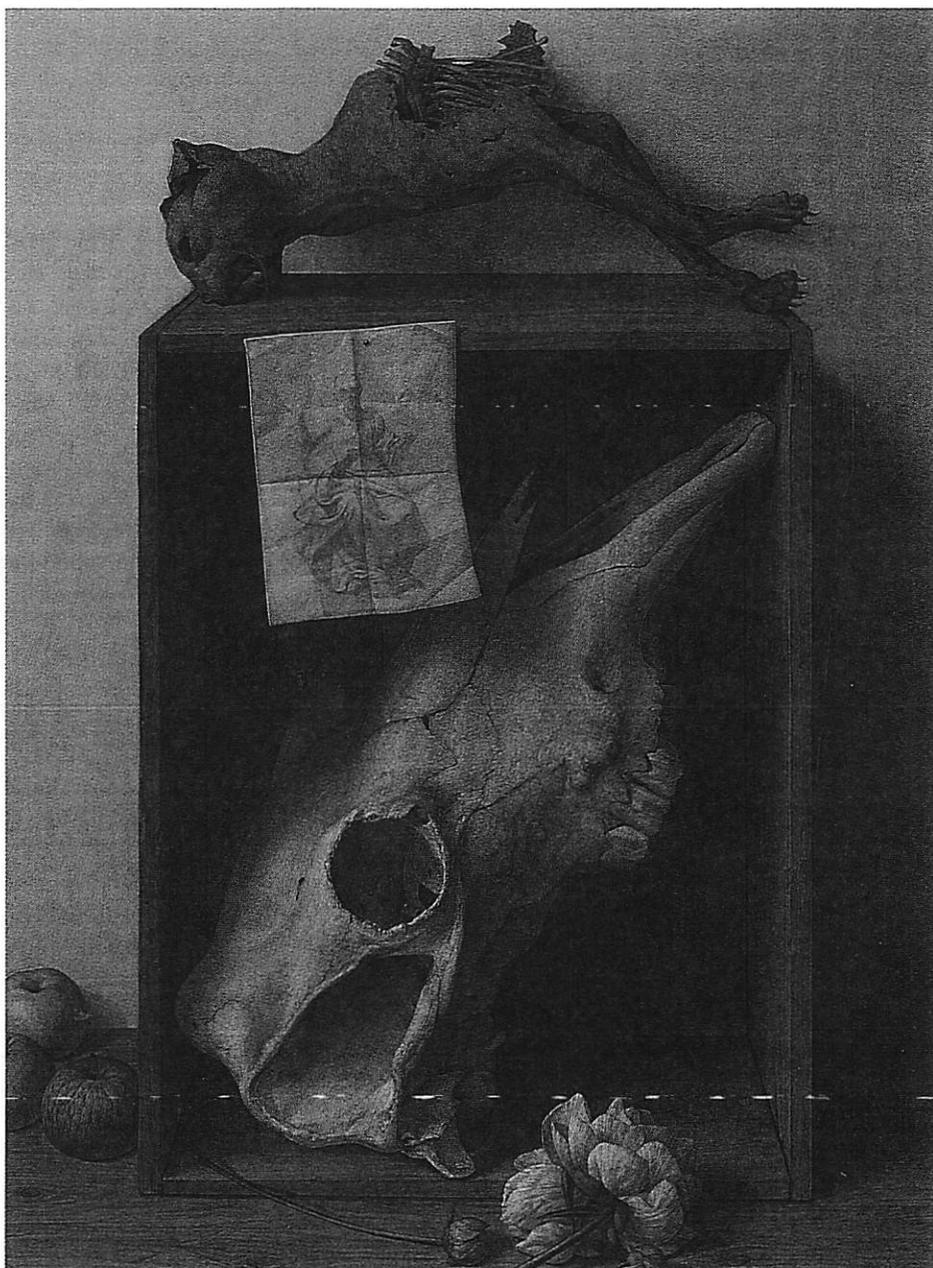
Wie wird sich die zunehmende Alterung der Gesellschaft auf die Entwicklung der Gesundheitskosten auswirken? Welche Rolle spielen dabei die Lebensende-Kosten? Sterbekosten fallen nur einmal im Leben eines Menschen an, wobei sich der entsprechende Zeitabschnitt zusehends ins höhere Alter verschiebt. Insofern tragen diese besonderen Kosten in Zukunft nicht zur weiteren Erhöhung der Gesundheitskosten bei. Sie fallen sozusagen ohnehin an, früher oder später im Leben eines Menschen.

Trotzdem: Je mehr Menschen sich aufgrund ihres Alters in Todesnähe befinden, desto mehr steigen die Kosten für die Gesundheitsversorgung. Sterben die Menschen allerdings zusehends in sehr hohem Alter, werden die gesamten Behandlungskosten dadurch wiederum verringert, weil die Sterbekosten mit zunehmenden Alter deutlich sinken. Allerdings steigen bei zunehmender Lebenserwartung stattdessen die Pflegekosten, so dass sich aus Sicht der Sozialversicherungen durch die Altersverschiebung insgesamt nicht viel ändert.

Da in der Schweiz die Privathaushalte mit 60 Prozent einen hohen Anteil an den Langzeitpflegekosten selbst zu tragen haben, hat dieser letzte Punkt dort jedoch andere gesellschaftspolitische Konsequenzen

als beispielsweise in Frankreich, wo dieser Anteil lediglich bei einem Prozent liegt; in Österreich liegt er bei 18 Prozent, in Deutschland bei 28 Prozent (Caritas Schweiz, Care-Migration braucht faire Rahmenbedingungen. Die Positionierung der Caritas zum Verhältnis von Pendelmigration und Altenbetreuung in der Schweiz, Luzern 2013).

Die Behandlungskosten im Alter steigen einerseits aufgrund der Zunahme chronischer Erkrankungen und der Situationen von Multimorbidität, was als Begründung für die sogenannte Medikalisationsthese angeführt wird. Andererseits trifft es aber auch zu, dass die Behandlung typischer Altersgebrechen immer später im Lebenslauf erst relevant werden, so dass sich die Krankheitsphasen auf spätere Lebensphasen verschieben und gleichsam am Lebensende konzentrieren; diese Phänomene dienen zur Erläuterung der Kompressionsthese. Er-



Stilleben mit Totenschädel

Michael Triegel, © VG Bild-Kunst, Bonn 2017

gebnisse gesundheitsökonomischer Studien zeigen, dass die mit der Kompressionsthese beschriebenen Effekte stärker sind als diejenigen, die bei der Medikalisierungsthese berücksichtigt werden. Anders gesagt: Der Effekt der demografischen Alterung der Gesellschaft auf die Entwicklung der Gesundheitskosten wird meist überschätzt, wir haben es, wie Stefan Felder deutlich macht, es weitgehend mit einer Verschiebung der Kosten ins höhere Alter zu tun.

Oft zeigt sich erst im Nachhinein, ob eine Behandlung sinnlos oder nützlich war

Die medizinisch, pflegewissenschaftlich, ökonomisch, ethisch, rechtlich und politisch geführten Debatten über einen gerecht gestalteten Zugang zu den knappen Ressourcen der Gesundheitsversorgung am Lebensende sind zunächst mit dem Problem konfrontiert, dass es hier um zweierlei Formen von Knappheit geht, die sich im Leben nur bedingt eindeutig voneinander trennen lassen: eine existenzielle und eine politisch hergestellte Knappheit (Gunnar Duttge und Markus Zimmermann-Acklin [Hg.], *Gerecht sorgen – Verständigungsprozesse über den Einsatz knapper Ressourcen bei Patienten am Lebensende*, Göttingen 2013). Während die existenzielle Knappheit, beispielsweise die grundsätzliche Endlichkeit des Lebens, nur anerkannt werden kann, sollte die politisch hergestellte Knappheit gerecht gestaltet werden. Ethisch kritisiert werden muss ein naturalistischer Fehlschluss, der beispielsweise dem „Argument der natürlichen Lebensspanne“ zugrunde liegt: Nur darum, weil Menschen normalerweise nicht älter werden als durchschnittlich achtzig Jahre, lässt es sich ethisch nicht rechtfertigen, Menschen über achtzig nur noch eine Minimalversorgung zu garantieren. Gleichzeitig ist es nicht unbedeutend, ob knappe Ressourcen bei jungen oder alten Menschen eingesetzt werden. Es ist kein Zufall, dass in den Rationierungsdebatten Vorschläge zur Altersrationierung mit Abstand am häufigsten diskutiert werden.

Die Konfrontation mit den beiden Formen der Knappheit führt dazu, dass sich bei Therapie-Entscheidungen am Lebensende Gerechtigkeits- und Sinnfragen häufig gleichzeitig stellen. Entscheidungen darüber, ob eine Behandlung sinnvoll, nutzlos oder schädlich ist, sind omnipräsent in der modernen Medizin und lassen sich nur unter Berücksichtigung der Werthaltungen des betroffenen Menschen beantworten. Gerechtigkeitsaspekte hingegen betreffen stets mehrere Personen und die Frage, wie eine gerechte Verteilung der vorhandenen (zum Beispiel Zeit- oder Personal-) Ressourcen unter diesen aussehen könnte. Hier spielen Kriterien wie der Grad der Behandlungsbedürftigkeit, Schmerzen, Solidarität oder der wahrscheinliche Nutzen eine wesentliche Rolle, individuelle Wertewelten der Beteiligten hingegen können kaum berücksichtigt werden.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass das Wissen *ex ante*, also vor dem Tod eines Patienten, und das Wissen *ex post*, nachdem ein Mensch verstorben ist, nicht deckungsgleich

sind. Teams in der Intensivmedizin basieren ihre Entscheidungen meist auf relativen Risiken oder Wahrscheinlichkeiten und wissen erst im Nachhinein, ob eine Behandlung sinnlos oder nützlich war. Dies dürfte insbesondere bei jüngeren Patienten dazu führen, dass Rettungsversuche unternommen werden, obgleich das Sterberisiko relativ groß ist.

Ein in der Ökonomie beliebter Versuch, Verteilungsprobleme zu lösen, besteht in der Orientierung an der Zahlungsbereitschaft. Mit Blick auf die Bereitschaft, Menschen zu helfen und dafür unter Umständen viele Ressourcen einzusetzen, ergibt sich als eine Schwierigkeit, dass diese gewöhnlich enorm hoch ist, wenn es darum geht, lebensgefährlich bedrohte Menschen zu retten (*rule of rescue*): Sobald Menschenleben auf dem Spiel stehen, werden sowohl bei Umfragen zur Zahlungsbereitschaft als auch in der klinischen Praxis Entscheidungen gefällt, die unter stressfreieren Bedingungen aus Gründen der Verteilungsgerechtigkeit nicht so gefällt würden.

Darüber hinaus ist bei Entscheidungen zur Ressourcenverteilung am Lebensende mit einem anderen Faktor zu rechnen:

Für Sterbende ist es wichtig, die Hoffnung nicht zu verlieren, und zwar unabhängig davon, worauf sie sich richtet (Paul T. Menzel, *The Value of Life at the End of Life, A Critical Assessment of Hope and Other Factors*, *Journal of Law, Medicine and Ethics* 39 [2011] 215–223). De facto ist es nicht selten so, dass die Hoffnung mit einer letzten verbleibenden Therapie verbunden wird, auch wenn klar ist, dass diese den erwünschten Nutzen nicht mehr erbringen wird.

Oft mag dies damit zusammenhängen, dass Ärzte sowie Pflegefachpersonen dem Gespräch über das bevorstehende Lebensende ausweichen oder zu spät damit beginnen (Jane Weeks u.a., *Patients' Expectations about Effects of Chemotherapy for Advanced Cancer*, in: *New England Journal of Medicine* 367 [2012] 1616–1625).

Pathologische Hoffnungen

Teure, nicht indizierte Therapien bei Sterbenden anzuwenden, weil nur auf diese Weise ihre Hoffnung erhalten werden kann, ist ethisch aus mindestens drei Gründen inakzeptabel: Erstens führen solche Entscheidungen zu Überbehandlungen, die gegen das Nichtschadensprinzip verstoßen. Zweitens werden auf diese Weise Ressourcen verschwendet, die an anderen Stellen im Krankenhaus fehlen. Drittens trägt ein solches Verhalten zur Verstärkung der verdeckten Rationierung am Krankenbett und damit zu Willkürentscheidungen bei, die in Einzelfällen zu extremer Ungleichbehandlung führen können.

Problematisch sind zudem Situationen, in denen Sterbende nicht deshalb in ein Krankenhaus verlegt werden, weil sie behandlungsbedürftig sind, sondern weil pflegende Angehörige mit ihrer Aufgabe überfordert sind. Im Krankenhaus selbst erweist es sich nicht selten als Problem, dass bestimmte Behandlungen deshalb vorgenommen werden, weil sie von den

Bei Entscheidungen über Therapien am Lebensende überlagern sich Gerechtigkeits- und Sinnfragen.

Krankenkassen bezahlt werden und einen Verbleib des Patienten im Krankenhaus legitimieren. Auf diese Schwierigkeiten wird in der Palliative Care seit Jahren aufmerksam gemacht, verändert hat sich jedoch wenig. Krankenhäuser beziehen ihr Selbstverständnis aus dem Heilen und Wiederherstellen kranker Patientinnen und Patienten; das Sterben hingegen ist nicht vorgesehen und wird in erster Linie als ein Versagen verstanden.

Faule Kompromisse bei der Pflege sind abzulehnen

In einer Studie aus dem Bereich der Lungenkrebsbehandlung konnte gezeigt werden, dass durch eine frühzeitig einsetzende Palliative Care nicht nur erreicht werden kann, dass sich die Patienten während ihrer letzten Lebensphase psychisch besser fühlen, sondern dass sie auch weniger Therapien über sich ergehen lassen müssen und zudem länger leben als Patienten mit einer Standardtherapie (*Jennifer Temel u.a., Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer*, in: *New England Journal of Medicine* 363 [2010] 733-742). Würden sich solche Erfahrungen an anderen Orten bewähren, wäre dies für alle von Vorteil.

Der Philosoph *Daniel Callahan* sieht das Problem der hohen Kosten am Lebensende in einer Verdrängung der Endlichkeit menschlichen Lebens, einer Tendenz zur Technisierung der Medizin und der Generierung pathologischer Hoffnungen. Neben einer Verstärkung der Palliative Care schlägt er vor, sich vertieft mit existenziellen Fragen zu beschäftigen. Werde das Lebensende so definiert, dass es erst dann eintrete, wenn keine medizinische Intervention mehr möglich sei, gäbe es aufgrund der vielen Behandlungsmöglichkeiten heute immer weniger Patienten, die sich tatsächlich am Lebensende befänden (*End-of-Life Care. A Philosophical or Management Problem?*, in: *Journal of Law, Medicine and Ethics* 39 [2011] 114-120).

Wichtig ist also eine gründliche Analyse der Fakten: Nicht bei allen Sterbenden sind die Behandlungskosten hoch, zudem sinken sie mit dem hohen Alter und variieren mit dem kulturellen Hintergrund. Gefahren der Über- und Unterbehandlung sind gleichzeitig vorhanden, aufgrund der Altersstruktur der Gesellschaft werden bei gleichbleibendem Wohlstand die Gesundheits- und insbesondere Pflegekosten im Alter auf alle Fälle weiter zunehmen.

Aus ethischer Sicht grundlegend ist die Achtung der Würde aller Menschen. Faule Kompromisse bei der Pflege sind genauso abzulehnen wie eine Verstärkung der impliziten oder unregelmäßig am Krankenbett. Darum ist es unabdingbar, dass über die Verteilung der knappen Ressourcen offen diskutiert und gerecht entschieden wird.

Notwendig dazu ist klinische, administrative sowie politische Urteilskraft: Am Krankenbett sind das offene Gespräch und gerechte Entscheidungen gefragt, Institutionen der Gesundheitsversorgung sollten strukturell auch Bedürfnisse Sterbender berücksichtigen, politisch ist eine Debatte über sinnvolle und gerechte Grenzziehungen in der Gesundheitsversorgung unabdingbar. ■



Ein besonderes Buch – für alle Christen!

NEU

608 S., durchg. farb. bebildert, Hardcover mit Lesebändchen
ISBN 978-3-7917-2912-7
Einführungspreis bis 31.12.2017: € (D) 29,-
Danach: € (D) 35,-

WOLFGANG VOGL

Meisterwerke der christlichen Kunst zu den Schriftlesungen der Sonntage und Hochfeste. Lesejahr B

Wolfgang Vogl erläutert die kunstgeschichtliche und theologische Bedeutung christlicher Meisterwerke.



DIRK ANSORGE

Kleine Geschichte der christlichen Theologie. Epochen, Denker, Weichenstellungen

Dirk Ansgorge zeichnet die Epochen der Theologiegeschichte von der Spätantike bis in die Gegenwart nach und macht zentrale theologische Aussagen aus ihrem jeweiligen Zusammenhang heraus einsichtig.

408 S., Hardcover
ISBN 978-3-7917-2874-2
€ (D) 29,95 / auch als eBook erscheint Ende Oktober

NEU

KARL-HEINZ MENKE

Macht die Wahrheit frei oder die Freiheit wahr? Eine Streitschrift

Freiheit oder Wahrheit als oberste Norm? – ein Richtungsstreit in der katholischen Theologie.



184 S., geb. mit SU
ISBN 978-3-7917-2915-2
€ (D) 19,95 / auch als eBook

NEU



VERLAG FRIEDRICH PUSTET

verlag-pustet.de

Telefon 0941 / 92022-0 • Fax -330
bestellung@pustet.de