



Sozialstaat in der Krise – was bedeutet das für die Intensivmedizin?*

Welfare state crisis – what does it mean for critical care medicine?

K. Taeger

Klinik für Anästhesiologie, Klinikum der Universität Regensburg (Direktor: Prof. Dr. K. Taeger)

Zusammenfassung: Die Krise unseres Sozialstaats, ausgelöst durch einschneidende Veränderungen der Alterspyramide und sehr hohe Anforderungen der Bürger unseres Landes an die sozialen Systeme, wird in naher Zukunft dazu führen, dass auch medizinische Leistungen nicht mehr im bisher gewohnten Umfang angeboten werden können. Im Krankenhaus gehört die Intensivmedizin zu den teuersten Einrichtungen. Der dort betriebene Aufwand kann nur durch eine optimale Qualität der erbrachten Leistungen gerechtfertigt werden. Da nicht damit gerechnet werden kann, dass die Zahl der Intensivbetten dem wachsenden Bedarf entsprechend erhöht werden kann, müssen optimale Strukturen geschaffen, Einsparpotenziale konsequent genutzt und Grenzen der Diagnostik und Therapie definiert werden.

Summary: The crisis of the German welfare state, caused by drastic changes in the age structure and excessive demands placed on the social system by the

German citizens, will result in a shortage of medical services in the near future. Critical care is one of the most expensive facilities in hospitals. The expenses for critically ill patients can be justified only if the performance is fairly optimal. The demand for critical care services will continuously increase over the next few years. However, it will not be possible to increase the number of ICU beds accordingly. Therefore, structures will have to be optimized, economy measures to be taken, and limits to be set for diagnosis and therapy.

Schlüsselwörter: Sozialfürsorge – Planung von Gesundheits- und Sozialleistungen – Intensivmedizin – Medizinische Sinnlosigkeit – Ethik-Triage (Sichtung und Selektierung Behandlungsbedürftiger)

Key words: Social Welfare – Health and Welfare Planning – Critical Care – Medical Futility – Ethics-Triage.

Die großen Erfolge der operativen und der konservativen Medizin sind untrennbar mit der Entwicklung der Intensivmedizin hin zum heute erreichten Standard verbunden. Den in der Intensivmedizin Tätigen steht ein breites Spektrum diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen zur Verfügung, mit deren Hilfe sie Patienten mit lebensbedrohlichen Störungen vitaler Funktionen am Leben erhalten können, bis sich die gestörten Organfunktionen wieder erholt haben. Ohne die Absicherung durch eine hoch spezialisierte Nachsorge wären eingreifende Operationen an Patienten jeden Lebensalters, vom extrem unreifen Frühgeborenen bis zum 100jährigen Patienten, nicht denkbar. Niemand, weder die Öffentlichkeit noch die im Gesundheitswesen Tätigen, wird auf die Chancen verzichten wollen, die wir der Intensivmedizin verdanken. Dennoch kommen wir nicht umhin, uns mit der Frage zu beschäftigen, ob wir Intensivmedizin allen Patienten in jeder nur denkbaren Situation angedeihen lassen sollten, und ob wir uns Intensivmedizin in der derzeit ausgeübten Weise auch in Zukunft leisten können.

Die Bevölkerung unseres Landes befindet sich wie die nahezu aller europäischen Länder in einem dramatischen Umbau. Die Lebenserwartung steigt immer

noch an, Hundertjährige sind längst keine Seltenheit mehr. Seit etwa 25 Jahren ist die Zahl der Geburten konstant niedrig und wird, glaubt man den Prognosen, dazu führen, dass im Jahr 2050 ein Erwerbstätiger neben seiner Familie für zwei Rentner aufkommen müsste. Dass dies nicht funktionieren kann, ist keine Frage.

In einer Einladung des Gesundheitspolitischen Arbeitskreises der CSU zu einem Kongress im Juni 1998, der sich mit Fragen der Gesundheitspolitik beschäftigen sollte, hieß es: "...die Gesellschafts- und Sozialpolitik befindet sich im Umbruch. Die Zeit der kritiklosen Verteilung "guter Gaben" ist vorbei. Ohne Rückbesinnung auf die klassischen tragenden Prinzipien, Selbstverantwortung, Risikobewusstsein und Leistungsbereitschaft, kommen wir nicht mehr weiter. Die Sozialpolitik muss mehr in diese Richtung verändert werden."

Zahner (17) beschrieb die veränderten Rahmenbedingungen wie folgt: "In den Jahren 1950 bis 1990

* Nach Vorträgen auf dem Deutschen Anästhesiekongress 2002 und dem Bayerischen Anästhesistentag 2002.

Grenzen der Behandlungspflicht in der Intensivmedizin

war das deutsche Gesundheitssystem durch die scheinbar unbegrenzte Möglichkeit der medizinischen Leistungserbringung charakterisiert. Der medizinische Fortschritt konnte dem Patienten in Anbetracht eines starken Wirtschaftswachstums und Vollbeschäftigung bei steigenden prozentualen Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung voll zu Gute kommen. So stieg der durchschnittliche Beitragssatz der GKV in dieser Zeit von 6 auf 13% an. Mit nun geringerem wirtschaftlichem Wachstum, dauerhaft fast 4 Millionen Erwerbslosen und der politischen Zielsetzung, die Kosten der GKV prozentual nur in Höhe des Wachstums der Grundlohnsumme ansteigen zu lassen, hat sich die Situation grundlegend geändert."

In den zurückliegenden Jahren funktionierten unsere sozialen Versorgungssysteme. Die Berufstätigen trugen die Lasten der Versorgung und Erziehung der Jugend bis zu deren Berufsreife und der Versorgung und Pflege der alten Menschen bis zu deren Tod. Die Berufstätigen ihrerseits haben die Mittel für Lebensführung und Ausbildung von der Generation vor ihnen erhalten und erwarten, im Alter von der nachfolgenden Generation versorgt zu werden. Dieses System setzt allerdings voraus, dass die Zahl der Berufstätigen in einer vernünftigen Relation zur Zahl der zu versorgenden Menschen, (Kindern, Alten und Erwerbslosen) steht. Diese Voraussetzung ist nicht mehr gegeben. Das Ungleichgewicht wird schon in naher Zukunft erheblich zunehmen.

Zum bevölkerungspolitischen Aspekt kommen die Auswirkungen des medizinischen Fortschritts. Es ist ein Heer von dauerhaft auf medizinische Hilfe angewiesenen Patienten entstanden, die dank der Entwicklung neuer therapeutischer Optionen überleben, deren Versorgung aber horrende Kosten verursacht.

Aus all dem resultiert, dass nicht damit gerechnet werden kann, dass immer noch mehr Mittel für die Krankenversorgung zur Verfügung gestellt werden können, obwohl allein für die Erhaltung des Status quo ständig mehr Geld erforderlich wäre. Zum anderen wird die angesichts der Alterspyramide unvermeidlich ansteigende Nachfrage nach Intensivbehandlungsplätzen nicht durch die Schaffung weiterer Intensivbetten behoben werden können. Die dafür erforderlichen finanziellen wie personellen Ressourcen stehen nicht mehr zur Verfügung. Im Gegenteil ist zu erwarten, dass die durch die Intensivmedizin verursachten Kosten bei den Budgetverhandlungen in den Krankenhäusern auf den Prüfstand kommen werden.

In den Vereinigten Staaten verursachen die ca. 8% der Intensivbetten 28% der Kosten im Krankenhaus (3). In Deutschland können wir von einer ähnlichen Größenordnung ausgehen. Was viel kostet, wird in einer Zeit der auf uns zukommenden, unvermeidlich härteren finanziellen und personellen Restriktionen hinterfragt werden. In Deutschland wird die operative Intensivmedizin ganz überwiegend von der Anästhesie betrieben. Es gehört nicht viel Phantasie dazu sich vor-

zustellen, dass bei den zu erwartenden klinikinternen Verteilungskämpfen unter anderem die Personalausstattung der Intensivstationen hinterfragt werden wird. Fest steht: An dieser Stelle darf man nicht sparen. Wo sehr hohe Kosten verursacht werden, wird man diese nur rechtfertigen können, wenn bestmögliche Resultate erzielt werden. Intensivmedizin muss also von hochqualifizierten Ärzten und Pflegekräften betrieben werden. Personalausdünnung oder Berufsanfänger in der Intensivstation wären mit Sicherheit der falsche Weg. Offen ist, ob der Ärzte- und Pflegekräftemangel angesichts der immer unattraktiver werdenden Arbeitsbedingungen im Krankenhaus uns in dieser Hinsicht keinen Strich durch die Rechnung machen wird.

Die Verfügbarkeit von Intensivbehandlungsplätzen hat auf die Mortalität kritisch Kranker entscheidenden Einfluss. *Frisho-Lima et al.* (8) waren auf Grund eines Mangels an freien Intensivbetten gezwungen, den Zugang zur Intensivstation zu rationieren. Alle Patienten, auf der Intensiv- wie auf der Allgemeinstation, erhielten eine möglichst gleiche technische Hilfe wie z.B. Intubation, Beatmung und Infusionstherapie. Intensivmedizinisch ausgebildete Ärzte waren aber nur auf der Intensivstation verfügbar. Trotz gleicher Erkrankungsschwere war die Mortalität der nicht in die Intensivstation aufgenommenen Patienten vierfach höher. Auch von anderen wurde ein Zusammenhang zwischen Verfügbarkeit von Intensivbehandlungsplätzen und Mortalität berichtet (9, 10).

Eine bestmögliche Intensivtherapie resultiert aus einer Bündelung der in einem Haus verfügbaren Kompetenzen. Dies lässt sich am wirkungsvollsten durch eine multidisziplinäre Personalausstattung im ärztlichen Bereich realisieren. Für die operative Intensivmedizin würde dies bedeuten, dass unter Leitung des bestqualifizierten Intensivmediziners Anästhesisten und Chirurgen gemeinsam in der Patientenversorgung arbeiten, unterstützt durch Internisten, Infektiologen, Mikrobiologen und Hygienefachkräfte. Sicherlich muss geklärt sein, wer das letzte Wort hat. Durch verbindliche Absprachen sollte sichergestellt sein, dass jederzeit für spezielle Fragen ein kompetenter Ansprechpartner kurzfristig zur Verfügung steht.

Behandeln wir auf unseren Intensivstationen die richtigen Patienten? In einer Untersuchung von *Taubert et al.* (16) wurde festgestellt, dass weniger schwer Erkrankte keinen Nutzen von einer Intensivtherapie haben. Der Druck auf die Intensivbetten kann also dadurch etwas verringert werden, dass Überwachungspatienten auf eine Intermediate Care Station oder unter Monitorüberwachung auf eine Allgemeinstation verlegt werden. Den größten Nutzen von einer Intensivbehandlung haben mittelschwer Erkrankte. Ein nicht geringer Teil der Betten ist mit multimorbidem Patienten mit sehr begrenzter Prognose belegt, die Wochen oder auch Monate in einem Schwebezustand zwischen Leben und Tod verharren und einen beträchtlichen Teil der personellen und materiellen Res-

Berufspolitik

sourcen beanspruchen. Letztlich versterben sie nicht selten oder überleben in einem Zustand, der für den Patienten und seine Angehörigen sehr belastend ist.: "Unfortunately, the quality of the additional life so skillfully sought can range from marginally tolerable to positively miserable." (12).

In dem Entwurf der Richtlinie zur ärztlichen Sterbegleitung und den Grenzen zumutbarer Behandlung, 1997 vom Vorstand der Bundesärztekammer im „Deutschen Ärzteblatt“ publiziert (5), heißt es: "Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht jedoch nicht unter allen Umständen. Es gibt Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik- und Therapieverfahren nicht mehr indiziert sind, sondern Behandlungsbegrenzung die gebotene ärztliche Maßnahme sein kann."

Auch der Bundesgerichtshof hat festgestellt, dass es keine rechtliche Verpflichtung zum Erhalt eines erlöschenden Lebens um jeden Preis gibt (4). Entscheidungen, eine vergebliche Behandlung zu begrenzen, beziehen ihre Rechtfertigung aus unserer ethischen Verpflichtung, die Würde eines Patienten zu wahren, seine Leiden zu lindern und vor allem Lebensqualität vor Lebensverlängerung zu stellen. Mit der Chance, mit Hilfe der Methoden der modernen Intensivmedizin ein Leben zu retten, ist die Gefahr untrennbar verbunden, einen unvermeidbaren Tod hinauszuzögern und den Sterbeprozess eines Patienten mit Begleitscheinungen wie Schmerzen und Verlust seiner Würde zu verlängern. "Das Setzen von Grenzen für intensivmedizinisches Handeln ist unter medizinischen, ethisch-moralischen, rechtlichen und ökonomisch-logistischen Gesichtspunkten unvermeidbar" (13). Wenn eine Chance, einem Patienten wieder zu einem lebenswerten Zustand zu verhelfen, nach aller Wahrscheinlichkeit nicht mehr gegeben ist, ist es ethisch geboten, das Ziel der ärztlichen Behandlung im Sinne einer Sterbegleitung neu zu definieren.

Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass das gelegentlich anscheinend geradezu sportlich verstandene Motto: "Maximale Therapie, koste es, was es wolle!" (15), sehr viel mehr Unheil angerichtet hat, als vielen, die in der Akutmedizin arbeiten, bewusst sein mag. Stirbt ein Patient, obwohl alles versucht worden ist, wird man sich damit zu trösten versuchen, dass man ja alles unternommen habe. Hierbei wird aber gern übersehen, dass ein Patient möglicherweise einen unnötigen, qualvollen Sterbeprozess durchmachen musste, der ihm hätte erspart werden können. Und überlebt ein Patient, ohne in ein für ihn akzeptables Leben zurückzufinden, wird das vor allem wohl deshalb von den Behandelnden kaum zur Kenntnis genommen, weil wir unsere Patienten in aller Regel schon bald aus den Augen verlieren.

Unsere Intensiveinheiten haben sich über die Jahre sehr verändert. Die Patienten sind im Schnitt immer älter, schwerer erkrankt und haben nicht so selten mehr als ein versagendes vitales Organ. Wir sind heute in der Lage, insuffiziente oder ausgefallene Organkonturen, z.B. der Nieren, der Lunge oder des Herzens über mehr oder weniger lange Zeiträume zu ersetzen. Nur: Die Kosten dieser Techniken steigen ständig, die verfügbaren Mittel werden weniger. Ein ansehnlicher Teil des Budgets wird für die Behandlung von Patienten in ihren letzten Lebensmonaten ausgegeben. Es besteht die Gefahr, dass wir einen ständig wachsenden Teil unserer personellen und finanziellen Ressourcen in Patienten investieren, die keine Chance mehr auf eine Wiederherstellung ihrer Gesundheit haben (11).

Die Frage: "Intensivmedizin – Medizin ohne Grenzen?" hat Schuster (14) in einem Editorial mit einem klaren "Nein" beantwortet. Er fährt fort: "Kein ideologisches Nein, sondern ein Nein aus Wissen und Erfahrung. Intensivmediziner haben die Grenzen ihrer therapeutischen Möglichkeiten nachdrücklich erfahren. Sie werden an den beobachteten Ergebnissen besonders kritischer Erkrankungsgruppen deutlich: Patienten mit progredientem kardiovaskulärem und zerebralem Versagen trotz maximaler Intensivtherapie, Patienten mit Krankheitsbildern unverändert hoher Letalität wie Sepsis und Multiorganversagen oder anhaltendem Koma nach primär erfolgreicher kardiopulmonaler Reanimation, Patienten im höchsten Lebensalter. Intensivmediziner haben gelernt, diese Grenzen zu respektieren, um den betroffenen Patienten ein sinnloses Leiden zu ersparen. Den Wandel von einer Auffassung der maximalen Intensivtherapie in jedem Falle und um jeden Preis zur Anerkennung von Grenzen der Intensivtherapie und Akzeptanz von Therapiebegrenzung als einer im Sinne des Patienten fallweise richtigen Entscheidung halte ich für einen der bemerkenswerten Paradigmenwechsel der Intensivmedizin über die letzten 30 Jahre."

Zu der Frage, wie häufig Therapiebegrenzung oder -abbruch bei Patienten auf Intensivstationen sind, haben Asch *et al.* (2) die Ergebnisse einer Umfrage publiziert. 96% derjenigen, die sich an der Umfrage beteiligten, berichteten, dass sie in der einen oder anderen Form Therapiebegrenzung oder -abbruch praktiziert haben respektive praktizieren. Solche Maßnahmen reichen von dem Beschluss, einen Patienten gegebenenfalls nicht zu reanimieren, bei Nierenversagen kein Ersatzverfahren einzusetzen, die Invasivität der Beatmung nicht weiter zu steigern, einen Mangel an Gerinnungsfaktoren nicht mehr zu substituieren bis hin zum Verzicht auf Antibiotika oder Vasopressoren, der Reduktion der inspiratorischen Sauerstoffkonzentration auf 21% oder gar der Abschaltung des Respirators – was allerdings einer aktiven Sterbehilfe sehr nahe kommt.

Nun sind es nicht allein die manchmal unbefriedigenden Ergebnisse intensivmedizinischer Bemühungen,

Grenzen der Behandlungspflicht in der Intensivmedizin

die uns unsere Grenzen aufzeigen. Fortschritte unseres Wissens und Könnens haben dazu geführt, dass sich der Aufenthalt mancher Patienten auf der Intensivstation über viele Wochen, ja Monate erstreckt und zu einer Blockade von Intensivbetten führt und zur Triage zwingt. Dies kann jederzeit bedeuten, dass ein intensivpflichtiger Patient mit sehr guter Prognose keinen für ihn optimalen Behandlungsplatz bekommt, weil ein multimorbider Patient mit sehr begrenzter Prognose für einen mehr oder weniger langen Zeitraum in einem Schwebzustand zwischen Leben und Tod verharzt.

Wir kommen deshalb nicht umhin, Grenzen des intensivmedizinischen Handelns zu akzeptieren und uns zu fragen, unter welchen Voraussetzungen es erlaubt oder gar geboten ist, unsere Bemühungen nicht mehr auszuweiten oder sie einzustellen und das Sterben eines Patienten zuzulassen.

Dazu ein Beispiel: Eine 86jährige Patientin kommt im schweren hämorrhagischen Schock in unsere Klinik. Ein rupturiertes Bauchaortenaneurysma wird in einer dramatischen Aktion operiert. Anschließend kommt die Patientin auf die Intensivstation, wo sie während eines 100tägigen Aufenthalts eine Vielzahl von Komplikationen bis hin zum Multiorganversagen erleidet. Am Ende dieser Zeit kann die Patientin zusammengesunken in einem Stuhl sitzen. Eine Woche nach Verlegung in ihr Heimatkrankenhaus verstirbt sie. Der Patientin wurden die Belastungen durch Operation und Intensivbehandlung auferlegt, irgend einen Nutzen hat sie aus dem immensen Aufwand nicht ziehen können. Während 100 Tagen war das Bett belegt, zahlreiche Anfragen nach einem freien Bett mussten negativ beschieden werden.

Natürlich stellt sich die Frage in derartigen Fällen, ob man die intensivmedizinischen Bemühungen nach einer gewissen Zeit hätte einstellen sollen. Retrospektiv betrachtet, würde man die Frage bei der geschilderten Patientin vermutlich mit ja beantworten. Wie aber kann man im konkreten Fall vorgehen, worauf soll und darf man eine Entscheidung zum Therapieabbruch oder zu einer Begrenzung der Therapie stützen, die ja immer die Gefahr eines fatalen Irrtums in sich trägt?

Im Mittelpunkt des Für und Wider steht das Recht des Patienten, selbst zu entscheiden, ob er sich einer diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme unterziehen möchte oder nicht, ganz unabhängig davon, ob sie aus ärztlicher Sicht sinnvoll oder notwendig erscheint. Gerade bei Intensivpatienten ist man häufig mit der Tatsache konfrontiert, dass der Patient seinen Willen nicht mehr äußern kann und auch kein zeitnahe Patiententestament vorliegt. Der Weg, über Angehörige den mutmaßlichen Willen des Patienten zu erkunden, wird in aller Regel beschriften, doch ist er nicht ohne Risiken: Angehörige dürfen über einen Therapieabbruch nicht entscheiden und sind nicht immer ohne eigene Interessen. Ärzte und Pflegende bleiben die Anwälte der Interessen ihrer Patienten (1).

Die Prognose der Überlebenswahrscheinlichkeit eines Intensivpatienten ist mit großen Unsicherheiten behaftet. Dies ist aus alltäglichem Erleben jedem Intensivmediziner bewusst. Die Beurteilung der Prognose eines Patienten liefert kein objektives Kriterium, ob er sich erholen wird oder nicht. Gleiches gilt für Scoresysteme, die ausschließlich statistische Aussagen darüber liefern, mit welcher Wahrscheinlichkeit eine intensivpflichtige Erkrankung zum Tod führt. Für einen individuellen Patienten liefern sie keine Anhaltspunkte, ob eine Fortsetzung der Bemühungen indiziert ist oder nicht (6).

Häufig fragt man sich an einem Krankenbett, welchen Sinn eine Fortführung der Therapie macht, wenn der Zustand des Patienten so ist, dass man als Behandelnder darin keinen lebenswerten Zustand mehr sieht. Man sollte sich allerdings hüten, mit eigenen Wertvorstellungen zu operieren, von denen man nicht ableiten kann, welchen Wert der jeweilige Patient seinem aktuellen oder auch zu erwartenden Zustand bemisst.

Kriterien, die eine eindeutige Entscheidung für oder gegen die Fortführung der Behandlung eines Patienten erlauben, gibt es nicht (6, 9). "Bei Patienten mit einer nach derzeitigem Wissensstand und verfügbaren therapeutischen Möglichkeiten infausten Prognose kann die Entscheidung zu Therapieverzicht oder Therapiebegrenzung die medizinisch und ethisch richtige sein." (15) "Die Entscheidung zu einer Begrenzung der Intensivtherapie ist eine ärztliche Entscheidung, die aufgrund des intensivmedizinischen Wissensstandes und der subtilen Kenntnis des individuellen Patienten getroffen wird." (15) In diese Entscheidung sind an der Behandlung beteiligte Ärzte anderer Fachgruppen, das Team der Intensivstation und eventuell Angehörige einzubeziehen. Voraussetzung ist, dass vor einer solchen Entscheidung bei einem neu aufgenommenen Patienten Diagnostik und Therapie uneingeschränkt durchgeführt werden, bis über die Situation bestmögliche Klarheit gewonnen ist (1). Wichtig ist auch, dass getroffene Entscheidungen täglich neu überdacht, gegebenenfalls revidiert und dokumentiert werden.

Viel zu wenig wird an die Möglichkeit gedacht, bei einem Patienten in aussichtlosem Zustand a priori auf die Einleitung einer Intensivbehandlung zu verzichten (15). Leider ist es immer noch üblich, Patienten im Finalstadium eines austherapierten Leidens auf die Intensivstation zu nehmen. Dies belastet nicht nur das Budget, es fügt dem Patienten unnötiges Leid zu, es belastet auch das Intensivpersonal, das den Tod eines Patienten, auch den eines Patienten in hoffnungslosem Zustand, als Niederlage erlebt. Wir Ärzte sollten den Mut wieder aufbringen, den Tod eines Patienten in einer Notsituation zu Hause ebenso wie auf einer Allgemeinstation eines Krankenhauses zu akzeptieren und auf Maßnahmen zu verzichten, deren Misserfolg von vornherein feststeht. Dazu Schuster (14): "Die hippokratische Medizin hatte die intellektuelle Redlich-

Berufspolitik

keit, die moralische Kraft und das philosophische Selbstbewusstsein, an ihre Prognosen zu glauben und danach zu handeln: Prognostisch infauste Kranke soll der Arzt nicht behandeln und niemand darf das von ihm verlangen. Wir sind heute weniger bereit, ärztliche Entscheidungskonsequenzen zu ziehen und behandeln häufig nach wie vor alles und jeden mit den Maßnahmen der maximalen Intensivtherapie, im Grunde wider besseres Wissen. Wir sind aufgefordert, über diesen Rückschritt seit Hippokrates nachzudenken."

Nur am Rande sei erwähnt, dass sparsames Wirtschaften, d.h. z.B. ein Verzicht auf unnötige diagnostische Maßnahmen, dass komplikationsarmes Operieren, der Verzicht auf chirurgische "Heldenaten" oder die Etablierung effektiver Verfahren zur postoperativen Schmerztherapie Intensivpflichtigkeit vermeiden oder den Aufenthalt auf einer Intensivstation verkürzen können. Schließlich ist auch an die Möglichkeit der Verlegung von Intensivpatienten in eine für ihre sehr spezifischen Bedürfnisse bestgeeignete Intensivstation zu denken.

Abschließend sei nochmals Zahner (17) zitiert: "Der behandelnde Arzt steht jetzt in der Mitte zwischen zwei unterschiedlichen Positionen: Auf der einen Seite der Patient, der die für ihn optimale Therapie erhalten möchte, auf der anderen Seite die GKV, die nach § 12 des SGB V lediglich eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlungsweise sicherzustellen hat. Zwar sind die gesetzlichen Krankenkassen angehalten, auch den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen (SGB V, § 2), die Behandlung darf aber andererseits das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12, § 70). Diese Definitionen des Sozialgesetzbuches sind auslegungsfähig, sie stellen jedoch klar, dass der Patient keinesfalls Anrecht auf eine gute oder gar optimale Behandlung hat."

Intensivmedizin ist teuer. Neue Therapeutika, z.B. Drotrecogin alfa (aktiviert), Gerinnungsfaktoren und Blutprodukte können die Kosten rasch in Bereiche treiben, die nicht mehr finanzierbar sind. Wir stehen damit vor ethischen Problemen, die eine öffentliche Diskussion der zuständigen medizinischen Fachgesellschaften erfordern (7) und die dem Arzt am Krankenbett nicht auf Dauer zugemutet werden können.

Als Anwälte unserer Patienten müssen wir darauf dringen, dass eine kompetent und wirtschaftlich arbeitende Intensivmedizin auch in Zukunft die finanziellen und personellen Mittel erhält, die erforderlich sind, die Chancen der modernen Medizin für unsere Patienten zu erhalten.

Können wir uns Intensivmedizin in Zukunft noch leisten? Sie ist unverzichtbar! Wir müssen uns aber der Grenzen des medizinisch, finanziell und personell Machbaren und nicht zuletzt des für unsere Patienten Sinnvollen bewusst sein!

Literatur

1. An ACCP/SCCM consensus panel: Ethical and moral guidelines for the initiation, continuation and withdrawal of intensive care. Chest 1990, 97: 949-957
2. Asch DA, Hansen-Flaschen J, Lanken PN: Decisions to limit or continue life-sustaining treatment by critical care physicians in the United States: Conflicts between physicians practices and patients wishes. Am J Respir Crit Care Med 1995, 151: 288-292
3. Berenson RA: Intensive care units (ICUs): clinical outcomes, costs and decision-making. Health Technology Case Study 28. Office of Technology Assessment, 1984
4. BGH St 32, 367, 379
5. Dt. Ärzteblatt 1997, 94: B1064-1065
6. Ewer MS, Guest Editorial: The definition of medical futility: are we trying to define the wrong term? Heart & Lung 2001, 30: 3-4
7. Forst H, Editorial: Therapie der Sepsis. Ein Dilemma in Zeiten limitierter finanzieller Ressourcen. Anaesthetist 2003, 52: 1-2
8. Frisho-Lima P, Gurman G, Schapira A, Porath A: Rationing critical care – what happens to patients who are not admitted? Theor Surg 1994, 9: 208-211
9. Joynt GM, Gomersall CD, Tan P, Lee A, Ai Yu Cheng C, Lai Yi Wong E: Prospective evaluation of patients refused admission to an intensive care unit – triage, futility and outcome. Intensive Care Med 2001, 27: 1459-1465
10. Metcalfe MA, Sloggett A, McPherson K: Mortality among appropriately referred patients refused admission to intensive care units. Lancet 1997, 350:7-11
11. Rapin M, Editorial: The ethics of intensive care. Intensive Care Med 1987, 13: 300-303
12. Ruark JE, Raffin TA and the Stanford University Medical Center Committee on Ethics: Initiating and withdrawing life support. Principles and practice in adult medicine. NEJM 1988, 1: 25-30
13. Schubert JK, Nöldge-Schomburg GFE: Lassen sich Grenzen intensivtherapeutischen Handelns festlegen? Zentralbl Chir 2001, 126: 717-721
14. Schuster HP, Editorial: Intensivmedizin – Medizin ohne Grenzen? Wien klin Wochenschr 1997, 109: 101-103
15. Schuster HP: Ethische Probleme im Bereich der Intensivmedizin. Internist 1999, 40: 260-269
16. Taubert G, Dessart Ch, Potratz J, Diederich KW, Djoniagic H: Ist die Intensivstation der Normalstation überlegen? Vergleich der Letalität zwischen internistischer Intensivstation und Normalstation. Intensivmed 1996, 33: 448-453
17. Zahner J: Die Patientenrolle im Wandel der Rahmenbedingungen: Gestern – Heute – Morgen. Versicherungsmedizin 2001, 53: 81-85.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Kai Taeger
Klinik für Anästhesiologie
Klinikum der Universität Regensburg
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
D-93042 Regensburg.