

# 8. Treffen der Ethikberatung in Sachsen

## Ressourcenknappheit, Amputation auf Wunsch, High-Cost-Medicine

Zum nunmehr achten Mal hatte der Arbeitskreis Ethik in der Medizin der Sächsischen Landesärztekammer Vertreter der stationären wie ambulanten Ethikberatung eingeladen. Diesmal fand das Treffen im St. Elisabeth-Krankenhaus in Leipzig statt. Rund 80 Ärzte, medizinisches Personal, Ethiker, Juristen und Seelsorger waren der Einladung gefolgt.

In seinem Vortrag „Auch nach Corona – Ethische Fragen bei Ressourcenknappheit“ widmete sich Prof. Dr. med. Florian Bruns M.A., Institut für Geschichte der Medizin, Dresden, den Ursachen für Ressourcenknappheit. Provokativ zitierte er eingangs „die Behauptung von Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen hat Tradition und tritt in Konjunkturen auf [...] ist aber nicht an die Konjunktur gekoppelt (ZEKO 2007)“. Ressourcenknappheit entstehe, so Prof. Bruns, vor allem durch eine hohe Nachfrage auf Grund medizinischen Fortschritts und demografischen Wandels sowie durch ein vermindertes Angebot aufgrund begrenzter Finanzmittel. Lösungsansätze könnten sein:

- finanzielle Mittel erhöhen,
- Effizienz des Gesundheitssystems erhöhen,
- Leistungen begrenzen.

Die Ausgaben für das Gesundheitswesen sind in den letzten Jahren bereits erheblich gestiegen. Gleichzeitig gibt es bei Krankenhäusern einen Investitionsstau. Die Effizienz, also das Verhältnis zwischen eingesetzten Mitteln (Kosten) und erreichtem Erfolg (Nutzen), enthält nicht nur ein ökonomisches, sondern auch ein ethisches Erfordernis. Hier spielen „Übersorgung“, unnötige Ope-

rationen oder die Erzielung zusätzlicher Erlöse eine negative Rolle. Viel Geld, so Prof. Bruns, würde häufig durch unwirksame (nicht effektive) Leistungen und durch medizinisch nicht-indizierte Leistungen verbraucht. Viele Engpässe seien daher durch unnötigen Ressourcenverbrauch hausgemacht! Eine Leistungsbegrenzung könnte durch Priorisierung – der Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder

---

**„Zunächst müssen die Effizienz des Systems gesteigert und Fehlanreize abgeschafft werden. Erst dann ist eine Rationierung von Gesundheitsleistungen auch ethisch vertretbar.“**

---

Verfahren – oder durch Rationierung – der Vorenthaltung von Leistungen – erzielt werden. Mit der Priorisierung hat sich die Ärzteschaft schon umfangreich beschäftigt. In Oregon und Norwegen gibt es Verfahren zur Priorisierung. Für Deutschland sieht Prof. Bruns die Voraussetzungen von Priorisierung noch nicht gegeben. Dazu fehle es einerseits an den ethisch notwendigen Voraussetzungen wie:

- Transparenz,
- Legitimität (demokratisch legitimierte Institutionen),
- Konsistenz (Gleichbehandlung der Patienten),
- Nachvollziehbare Begründung,

- Evidenzbasierung (hinsichtlich Nutzen und Kosten),
- Partizipation (relevanter gesellschaftlicher Gruppen) und
- Widerspruchsmöglichkeiten,

sowie an fairen Entscheidungsprozessen:

- auf der Makroebene: politische Entscheidungen,
- auf der Mesoebene: Entscheidungen in den Einrichtungen (Krankenhaus, Alters- und Pflegeheim, et cetera),
- auf der Mikroebene: im Einzelfall.

In seinem Fazit sagte Prof. Bruns, das deutsche Gesundheitssystem sei aktuell auf Priorisierung/Rationierung nicht ausgelegt. Zunächst müssten die Effizienz des Systems gesteigert und Fehlanreize (zur Mengenausweitung) abgeschafft werden. Erst dann wäre eine Rationierung von Gesundheitsleistungen auch ethisch vertretbar.

Im zweiten Teil der Veranstaltung ging es um die „Ausdehnung des Indikationsbegriffes – Fließender Übergang zur Wunscherfüllung? Beinamputation ohne medizinische Notwendigkeit“. Zwei Patienten von Dr. med. Thomas Lipp, Leipzig, schilderten hier den Gästen ihre Leidensgeschichte nach Unfällen. Im ersten Fall Querschnittslähmung nach Fenstersturz vor 25 Jahren. Seitdem umfangreiche medizinische und physiotherapeutische Betreuung. Dennoch Versteifung und Entzündung der Beine. Dadurch extreme Einschränkung der Bewegungsmöglichkeiten trotz speziellem Rollstuhl, weshalb der Patient die Beine amputieren lassen möchte. Nach einer sehr kritischen Diskussion kamen die Gäste zu der mehrheitlichen Ansicht, dass dem Patienten

die Beine abgenommen werden sollten. Dies hätte eine wesentliche Verbesserung der physischen wie psychischen Lebensqualität zur Folge und sei auf Grund keiner anderen Optionen auch indiziert und keine Wunschmedizin.

Im zweiten Fall berichtete die Patientin, Anfang 30, von einem Reitunfall mit Zertrümmerung des Sprunggelenkes inklusive Abriss der Bänder. Hier folgte eine vierjährige operative und physiotherapeutische wie auch schmerztherapeutische Behandlung, leider mit geringem Erfolg. Die Patientin kann den Fuß nicht belasten, hat permanent große Schmerzen und leidet psychisch unter der belastenden Situation. Sie wurde inzwischen berentet, möchte aber unbedingt wieder arbeiten. Bewegung außerhalb der häuslichen Umgebung meidet sie, ein Familienleben ist schwierig. Mann und Tochter sind von der Situation stark belastet. Mehrfache Empfehlungen zur Versteifung des Fußes lehnte sie ab und wünscht sich nun dessen Amputation. Um die bleibenden Phantomschmerzen weiß sie, aber das würde sie in Kauf nehmen. Große Hoffnung setzt sie in moderne Prothesen.

Zu diesem Fall gab es seitens der Gäste viele Nachfragen zum Verlauf und zu den Optionen neben der Amputation. Vor allem wurde immer wieder die Frage gestellt, warum die Patientin nicht die Versteifung der Amputation als letztes Mittel vorziehen würde. Darauf sagte sie, dass kein Arzt eine Besserung garantieren könne und sie „am Ende ihrer Kräfte ist“. Fazit war, dass vielleicht ein klinisches Ethikkomitee sowie ein Facharzt mit der entsprechenden Spezialisierung einbezogen werden soll. Eine abschließende Einschätzung, ob es für die Amputation eine Indikation gäbe, gab es nicht.

Das Thema „Personalisierte high costs-Medizin – Ein Raucherkarzinom mit



8. Treffen der Ethikberatung in Sachsen im St. Elisabeth-Krankenhaus, Leipzig

teurer 3rd line Therapie – Wieviel dürfen wir dafür ausgeben?“ stellte Dr. med. Markus Zachäus, HELIOS Park-Klinikum, Leipzig, anhand eines Falles vor. Bei einem 52-jährigen ausländischen Patienten, starker Raucher, mit externer Diagnose eines Ösophaguskarzinoms, Metastasen im Oberbauch, Lungenmetastasen und paraneoplastischer Hyperkalzämie, erfolgte nach Beendigung vorheriger Therapien eine Immuntherapie mit Nivolumab, 22 Gaben von 2020 bis 2022, für circa 137.500 Euro, ohne Krankenhaus-, Flug-, Labor- und sonstige Kosten. Patient ist im Frühjahr 2023 im Ausland verstorben, mutmaßlich an kardialen Ereignis.

Hier entspannt sich eine ergebnisoffene Diskussion um eine mögliche Begrenzung der Leistungen oder eine finanzielle Beteiligung von Patienten mit Risikoverhalten oder Risikosportarten. Ethisch sei dies aber schwer abzugrenzen, vielmehr, so ein Teilnehmer, sollten die Patienten zumindest erfahren, welche Kosten ihre Behandlung verursacht hat. Zudem könnte man darüber nach-

denken, ob Patienten Folgekosten wegen fehlender compliance zukünftig selbst tragen sollten.

Ein Feedback von einem ambulanten Hospizdienst nach der Veranstaltung lautete: „Ich möchte mich bei Ihnen und allen Verantwortlichen für die gelungene gestrige Veranstaltung herzlich bedanken. Es hat alles gepasst: von der Herzlichkeit angefangen, über die ganze Organisation. Die Referenten waren sehr authentisch und die Beiträge haben berührt. Wir erleben täglich in unserer Arbeit solche Menschen, die nicht weiterkönnen oder auch manchmal nicht mehr wollen, weil sie lange gekämpft haben, nicht zum Ziel kamen und nur noch mental und/oder auch körperlich leiden... Und genau da gibt's dann diese Diskussionen wie gestern auch.“ ■

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit