

„Der Patient wäre todgeweiht“

Der Internist Michael de Ridder
über die Rationierung der Medizin für Alte

De Ridder, 56, ist Oberarzt in der Rettungsstelle des Vivantes Krankenhauses Am Urban in Berlin-Kreuzberg.

SPIEGEL: Wenn ein 85-jähriger Mann mit gebrochenem Oberschenkelhals in die Rettungsstelle Ihres Krankenhauses eingeliefert wird, weil er zu Hause gestürzt ist oder weil ihn ein junger Radfahrer auf dem Bürgersteig touchiert hat, wer entscheidet, ob er ein künstliches Hüftgelenk bekommt?

De Ridder: Die Chirurgen, also der Dienst habende chirurgische Assistenzarzt gemeinsam mit seinem Oberarzt.

SPIEGEL: Wie lange dauert das?

De Ridder: Das geht schnell. Wenn der Patient in einer operationsfähigen Verfassung ist, bekommt er ein künstliches Hüftgelenk, oft noch am selben Tag. Das ist bei uns so und in den anderen deutschen Kliniken auch – zurzeit jedenfalls.

SPIEGEL: Wenn man dem Patienten die Hüftoperation verweigern würde ...

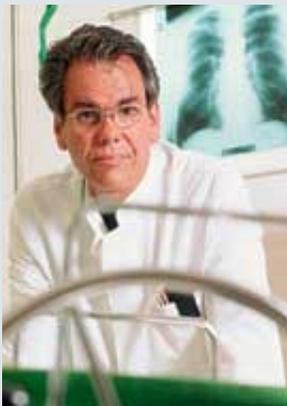
De Ridder: ... wäre er mit Sicherheit todgeweiht. Er würde bettlägerig und bekäme in seinem Alter höchstwahrscheinlich ziemlich schnell eine Lungenentzündung oder -embolie.

SPIEGEL: Was ist, wenn der 85-Jährige ein neues Hüftgelenk haben möchte, weil er eine stark schmerzhaft Arthrose hat, also eine altersbedingte Abnutzungskrankheit?

De Ridder: In diesem Fall würden der Patient und die operierenden Orthopäden gemeinsam abwägen, ob er von der Operation überhaupt profitieren würde. Aus Kostengründen wird niemand abgelehnt – bis heute jedenfalls.

SPIEGEL: Das kalendarische Alter entscheidet also grundsätzlich nicht?

De Ridder: Nein. Das wäre nicht nur unethisch, sondern im Übrigen auch dumm. Die einmaligen Kosten einer Hüftgelenksoperation sind ja viel geringer als die Folgekosten, wenn der Patient



Mediziner de Ridder
„Sinnloses unterlassen“

chronisch krank bleibt: Schmerzmittel, Transportkosten, Arztbesuche, das kostet in der Summe viel mehr.

SPIEGEL: Wäre die Entscheidungsfindung einfacher, wenn die Ärzte, wie es mancherorts in den USA bereits praktiziert wurde, von einem Gremium medizinischer Laien beraten würden, sagen wir: von zwei Geistlichen, einer Diplompsychologin und einem hauptberuflichen Patientenvertreter?

De Ridder: Nein. Im Falle eines Hüftgelenkersatzes, einer bewährten Operation, reicht die ärztliche Entscheidungsebene absolut aus. Eine Beratung von außen ist hierbei weder unter ethischen noch unter medizinischen Gesichtspunkten notwendig.

SPIEGEL: Bei sehr kostenintensiven Behandlungen, etwa der Therapie und Nachbehandlung von Tumoren durch Chemotherapie, auch bei HIV und Aids, bei Dialyse und Transplantationen, sind ja stets mehrere Ärzte an der Entscheidungsfindung beteiligt ...

De Ridder: ... die sich aber nicht immer einig sind. Oft differieren die Prognosen, also: Welchen Verlauf wird die Krankheit nehmen? Welche Behandlung ist die beste? Und da kommt es durchaus vor, dass nicht zu wenig, sondern zu viel geschieht. Bei alten Menschen, die an vielen ernsthaften Krankheiten leiden, die also „multimorbide“ sind,



BERLINER ZEITUNG

wird vielfach eine qualvolle Intensivmedizin begonnen oder aufrechterhalten, die das Leben nur um wenige Tage verlängert. Es gibt also nicht nur das Problem des Zuwenig, sondern auch des Zuviel.

SPIEGEL: Aber wird nicht im Alltag der Medizin längst schon die Medizin für alte Menschen „rationiert“? Für schwer kranke 80-jährige Krankenhauspatienten, so zeigen neue Studien, wird pro Patient viel weniger Geld aufgewendet als für 40- oder 60-jährige.

De Ridder: Man muss unterscheiden zwischen einer offenen Rationierung – also: die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt die Kosten einer bestimmten medizinisch anerkannten Behandlung nicht mehr – und einer verdeckten Rationierung. Eine offene Rationierung gibt es in Deutschland nicht, bis jetzt zumindest. Was es gibt, ist ein weites Feld verdeckter Rationierung, und die betrifft natürlich gerade die alten Menschen. Manche chronisch Kranken werden viel zu selten vom Hausarzt besucht, weil der dafür nur 20 Euro bekommt. In Pflegeheimen wird Patienten operativ eine Dauer-Magensonde gelegt, weil es nicht genug Personal gibt, das beim Essen helfen könnte.

SPIEGEL: Wie stehen denn Ihre ärztlichen Kollegen zu diesen Problemen?

De Ridder: Niemand will Rationierung, Rationalisierung ist das Gebot der Stunde. Also zum Beispiel ein Verzeichnis wirksamer Arzneimittel, eine so genannte Positivliste, die verhindern würde, dass Tausende Medikamente im Handel sind, die nur ihren Produzenten helfen. Leider funktioniert unser Gesundheitssystem im Moment so, dass wir den Hauptanteil unserer Ressourcen in die Akutmedizin stecken, von der – auch wegen der demografischen Veränderungen – tendenziell immer weniger Patienten profitieren. Das wachsende Heer chronisch Kranker wird zunehmend schlechter versorgt.

SPIEGEL: Vor fünf Jahren hat ein Arztpräsident im Zusammenhang mit diesem Thema von „sozialverträglichem Frühableben“ gesprochen, ironisch, wie er später erläuterte.

De Ridder: Ironie hilft nicht, medizinisch Überflüssiges und Sinnloses soll unterbleiben. Die medizinische Versorgung alter Menschen muss gestärkt werden. Da bleibt für Frau Schmidt und Herrn Seehofer Entscheidendes zu tun.