

*Prof. Dr. Sascha G. Wolf, Hochschule Pforzheim*

---

# **Lebensverlängerung um jeden Preis – Altersrationierung aus wirtschaftsethischer Perspektive**

---

28. April 2026

84-jährige Patientin  
akuter Darmverschluss

„Ich will kein Pflegefall  
werden.“

(Entscheidungsfähigkeit unklar)

ohne Operation:  
Tod in wenigen Tagen

Wir würden Sie  
entscheiden?

keine  
Patientenverfügung  
keine Angehörigen  
Zeitdruck

mit Operation:  
reale Überlebenschance

A: Operieren  
B: Nicht operieren

Operationsteam steht  
bereit; Operation wäre  
für Krankenhaus lukrativ

Überleben  
vs.  
Pflegebedürftigkeit

**Maß** Was ist das richtige  
medizinischen Handelns?

***„Es gibt einfach Phasen im Leben, wo man bestimmte  
Medikamente auch nicht mehr einfach so benutzen sollte.“***

*(Hendrik Streeck, Welt TV, 12.11.2025)*

***„Es geht nicht ums Sparen, sondern darum, Menschen etwas  
zu ersparen: Wie wir sie in ihren letzten Lebensphasen  
verantwortungsvoll begleiten – statt sie aus falschen  
Anreizen zu überversorgen.“***

*(Hendrik Streeck, Bonner Generalanzeiger, 14.11.2025)*

**Wie handeln wir aktuell?**

**„Overall, existing estimates suggest that one-fifth of health spending could be channelled towards better use“.**

*(OECD 2017, Tackling wasteful spending on health, OECD Publishing, Paris, S. 11)*

**„Überversorgung bezeichnet Behandlungsmaßnahmen, die nicht angemessen sind, weil sie zu keiner für die Patientin bedeutsamen Verbesserung der (Über-)Lebensdauer oder Lebensqualität führen, mehr Schaden als Nutzen verursachen und/oder von Patientinnen nicht gewollt werden.“**

*(Michalsen et al. 2021, Überversorgung in der Intensivmedizin, DIVI, DGIIN, Med Klin Intensivmed Notfmed 116, S. 281)*

**„Die Intensivmedizin ist davon in besonderem Maß betroffen. [...] Übertherapie betrifft alle Aspekte der Intensivmedizin von (bzw. schon vor) der Aufnahme bis zur Entlassung und besonders häufig auch das Lebensende. [...]“**

*(Druml & Druml 2019, Übertherapie in der Intensivmedizin, Wiener klin Mag 22(3), S. 98)*

# Hospitalisierung und Intensivtherapie

## am Lebensende (2007 – 2015)

- **Standardisierte Krankenhausbehandlungsrate:**  
+0,8 % jährlich (201,9 auf 214,6 pro 100.000)
- **Krankenhausbehandlungsrate mit Intensivtherapie:**  
+3,0 % jährlich (6,5 auf 8,2 pro 1.000)
- **Anteil Todesfälle (Gesamtbevölkerung) im Krankenhaus mit Intensivtherapie:**  
+2,3 % jährlich (9,8 auf 11,8 %)
- **Anteil Todesfälle (Krankenhaustodesfälle) mit Intensivtherapie:**  
+2,8 % jährlich (von 20,6 auf 25,6 %)
- In der Altersgruppe ab 65 Jahre stieg die Zahl der im Krankenhaus Verstorbenen, die eine Intensivtherapie erhielten, dreimal so schnell wie die der Krankenhaustodesfälle.

### GRAFIK 3

a) Krankenhaustodesfälle mit Intensivtherapie, Anzahl der Fälle

#### Durchschnittlich jährliche Veränderung (2007 – 2015):

- Anzahl Krankenhausbetten: -0,25 %
- Anzahl Intensivbetten: +0,17 %

#### Durchschnittlich jährliche Veränderung (2007 – 2024):

- Anzahl Krankenhausbetten: -0,58 %
- Anzahl Intensivbetten: -0,19 %

#### Veränderung Anteil Anzahl Intensivbetten an Gesamtbettenanzahl (2007 – 2024):

- +19,33 %

Quelle: eigene Berechnungen anhand Destatis.

□ Jahr    2007    2008    2009    2010    2011    2012    2013    2014    2015

Trends der Todesfälle im Krankenhaus mit Inanspruchnahme von Intensivtherapie in Deutschland von 2007 bis 2015. Die Zahl der Todesfälle wird in Tausend (k) dargestellt.

Quelle: Fleischmann-Struzek et al. 2019, Hospitalisierung und Intensivtherapie am Lebensende, Deutsches Ärzteblatt International, 116, 653-60; <https://www.aerzteblatt.de/search/result/de170009-b3a5-4a6d-93b8-f6c7f631e1f6?q=Hospitalisierung+und+Intensivmedizin+am+Lebensende>

**Warum handeln wir SO?**

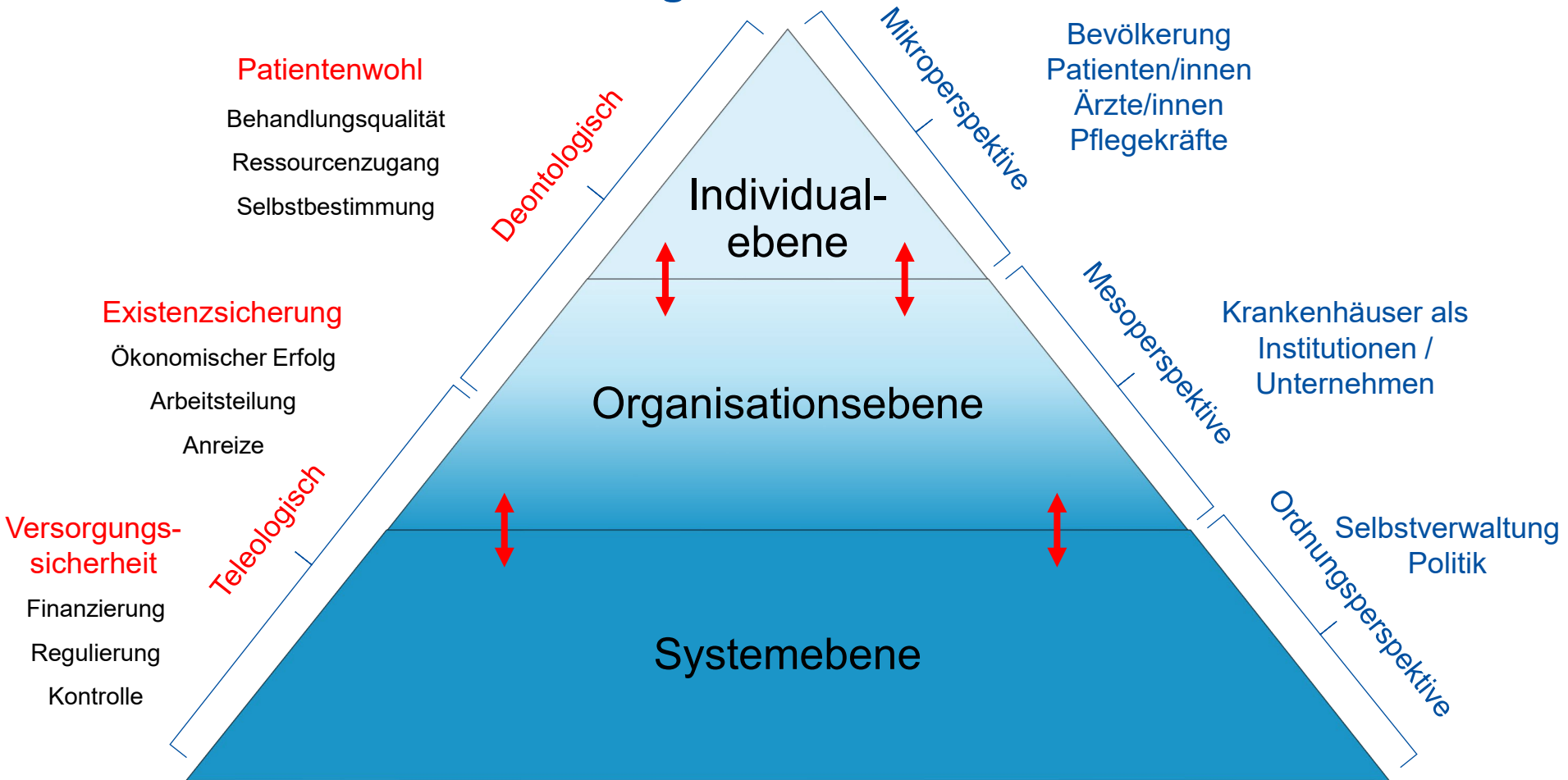
Hier werden Entscheidungen getroffen –  
nicht nur Behandlungen durchgeführt.

Ziele

Entscheidungs-  
strukturen

Handlungs-  
spielräume

# Drei Ebenen der Verantwortung



# Interne und externe Konfliktbereiche

## Systemebene

Versorgungssicherheit

Bundesebene:  
Bedarfsgerechtigkeit  
Effizienz  
Qualität  
Ressourcenallokation  
Spezialisierung

Lokalebene:  
Daseinsvorsorge  
Erreichbarkeit  
Arbeitsplätze  
Wählerstimmen

Nähe  
Konzentration

Value for money  
vs.  
Wettbewerbsfähigkeit

## Organisationsebene

Existenzsicherung

Management:  
Kostenminimierung  
Effizienz

Leistungserbringer:  
Heilung  
Schadensvermeidung  
Eigeninteressen

Wirtschaftsethik  
Medizinethik

Kostenminimierung  
vs.  
Personalmangel

## Individualebene

Patientenwohl

Ärzte/Ärztinnen:  
naturwissenschaftlich  
Medizinethik

Pflegekräfte:  
sozialwissenschaftlich  
Pflegethik

Intervention  
Fürsorge

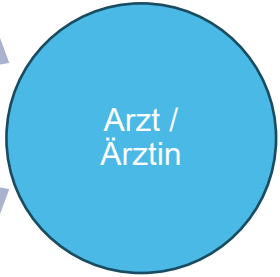
# Indikationserstellung

# Patientenwille

- Interventionelle Medizin
- Sprechende Medizin



- Retten um jeden Preis
- Optimismus-Bias
- Sunk Cost-Effekt
- Omission-Bias
- Tabuisierung



- Zeitdruck
- Interdisziplinäre Kommunikation
- Routinen



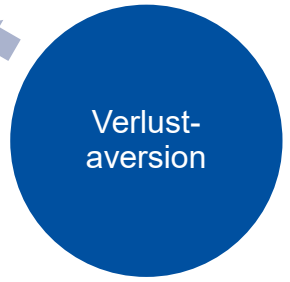
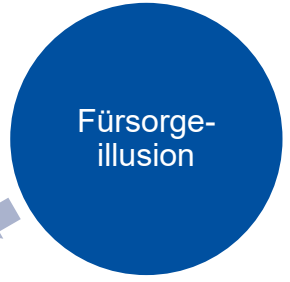
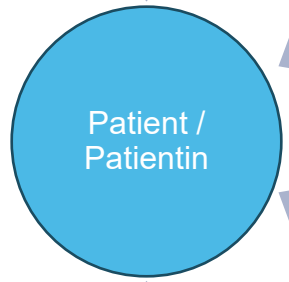
- Unsicherheit
- Haftung

Ursachen für Überversorgung

- Emotionale Überlagerung



- Nicht-Behandlung als Unterlassung



- Informationsasymmetrien

- Schuldgefühle
- Hoffnungsdynamik

In Anlehnung an Sektion Ethik DIVI und Sektion Ethik DGIIN, Med Klin Intensivmed Notfmed, 116, 281-294.

**Wie können wir unser Handeln  
verantwortungsvoll gestalten?**

## Vertrauen als zentrale Ressource

## Schaffung eines ethischen Klimas

Primat des  
Patientenwillens

Transparenz der  
Entscheidungsfindung

Orientierung an  
medizinethischen  
Prinzipien

Zusammenführung  
unterschiedlicher  
Perspektiven

Vermeidung von  
Moral distress

Ethikkomitees,  
Ethikbeauftragte,  
Ethikschulungen

**Was ist das richtige  
Maß medizinischen Handelns?**

# Ordnungspolitische Verantwortung

- **Individuelles Handeln kann nur vor dem Hintergrund des Ordnungsrahmens verstanden und beurteilt werden.**
- **Falsche Anreize führen systematisch zu moralischen Konflikten. Überversorgung ist dann nicht zufällige Ausnahme, sondern eine logische Folge des Systems.**
- **Entscheidungen über den Umgang mit begrenzten Ressourcen müssen auf der Systemebene getroffen werden – transparent, nachvollziehbar und regelgebunden. Sie dürfen nicht in die einzelne Arzt-Patient-Beziehung verlagert werden.**
- **Auf individueller Ebene geben die medizinethischen Prinzipien Orientierung: Autonomie, Schadensvermeidung, Fürsorge, Gerechtigkeit.**

**Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**