

Übertherapie

Intensivmedizin oder Palliativversorgung am Lebensende?

Matthias Thöns, Witten

Bei der Versorgung schwerstkranker Patienten am Lebensende steht leider nicht nur das Patientenwohl im Fokus. Auch wenn Therapieerfolg und Schmerzlinderung die Ziele der behandelten Ärzte sein sollten, verleitet der finanzielle Profit auch ohne Indikation häufig zur intensivmedizinischen Versorgung.

Die mittlerweile 73-jährige Rentnerin Karla hatte schon lange mit ihrer Demenz zu kämpfen und wurde mehr als liebevoll von ihrem Ehemann Heinz versorgt (Namen geändert). Im August 2014, zwischenzeitlich war Karla schwerst pflegebedürftig, inkontinent und aphasisch, traten Fieber und eine deutliche Bauchschwellung auf. Der Notarzt brachte sie in die Klinik, dort wurde ein blutendes Magengeschwür festgestellt. Es gab Komplikationen, eine längere Intensivbehandlung und ein bleibendes Atemversagen. Schließlich kam es zum Kreislaufstillstand. Trotz intensiver Gespräche konnte Heinz den Willen seiner Frau nicht durchsetzen, hatte sie sich doch zu gesunden Zeiten stets „Apparatemedizin“ verboten, wenn Heilung nicht zu erwarten oder sie nur noch pflegebedürftig war. Das Ganze war sogar in einem Dokument festgehalten, leider aber nicht unterschrieben. So versuchte die Oberärztin in der Klinik dem sich immer heftiger gegen die Intensivbehandlung seiner Frau wehrenden Heinz die Gesundheitsvorsorge zu entziehen, dies allerdings lehnte das Betreuungsgericht ab. Doch mittlerweile war Karla in eine Beatmungs-WG verlegt, dort wurde die Intensivbehandlung fortgesetzt. Wieder und wieder kritisierte Heinz die fortlaufende Beatmung, „es gäbe aber keine Beweise, dass diese nicht dem Willen von Karla entsprächen,“ war die monotone Antwort der Ärzte.

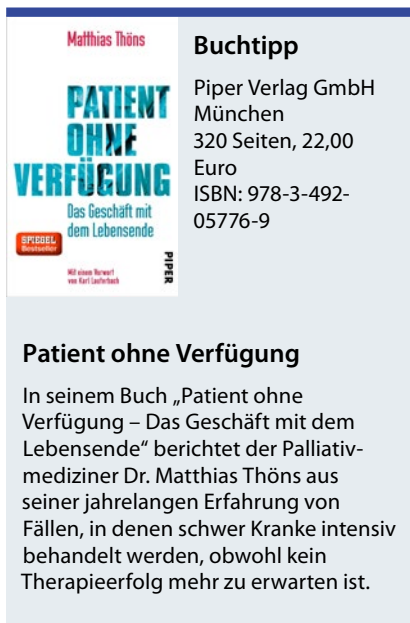
Neun Monate später kam es zu erneuten Bauchproblemen, nun wurde sogar gegen den Willen des Ehemanns operiert. Aufgrund eines erkennbar fortgeschrittenen Krebsleidens im Bauchraum wurde die OP abgebrochen und Karla

kontrolliert beatmet in die Beatmungs-WG zurückverlegt. Als sich dort schwere Leidenzeichen zeigten, rief Heinz verzweifelt beim Palliativnetz an. Die diensthabende Fachschwester erkannte den Leidenszustand und setzte in Rücksprache mit dem Dienstarzt die notwendige Symptomkontrolle an. Als sie den betreuenden Intensivarzt der Einrichtung darüber informierte, verwies er das Palliativteam telefonisch des Hauses, er kümmere sich selbst um Karla, so seine Aussage. Da er jedoch nicht kam, meldete sich Heinz bereits am nächsten Mor-



Mit Beatmung lassen sich etwa 800 € pro Tag umsetzen, stationär sogar das Doppelte.

© Oliver Berg / dpa/Inw



Buchtipp

Piper Verlag GmbH
München
320 Seiten, 22,00
Euro
ISBN: 978-3-492-
05776-9

Patient ohne Verfügung

In seinem Buch „Patient ohne Verfügung – Das Geschäft mit dem Lebensende“ berichtet der Palliativmediziner Dr. Matthias Thöns aus seiner jahrelangen Erfahrung von Fällen, in denen schwer Kranke intensiv behandelt werden, obwohl kein Therapieerfolg mehr zu erwarten ist.

gen erneut. Sofort eilte der Bereitschaftsarzt zur WG und übernahm wunschgemäß die Behandlung. Er setzte lediglich den Intensivmediziner, der sich heftig wehrte, in Kenntnis und sorgte für die längst nötige Leidenslinderung. Da das Palliativteam Rechtsfolgen fürchtete, wurde am Folgetag eine Eilverfügung des Betreuungsgerichts erwirkt. Eine Indikation für die Beatmung, die eindeutig dem Willen von Karla widersprach, bestand schon lange nicht mehr. Dies wurde eingehend mit Heinz besprochen. Bevor die Beatmung unter der nun bereits notwendigen Vollnarkose beendet werden konnte, verstarb Karla an den Folgen des Grundleidens.

Wann darf der Arzt handeln?

Die Aussage des Intensivarztes stellt die Grundlagen von Ethik und Recht auf den Kopf: Nicht das Nichtdurchführen eines Eingriffs bedarf einer Begründung, sondern die Durchführung bedarf zweier Voraussetzungen:

1. Es muss eine Indikation vorliegen. Das heißt der Arzt ist der Überzeugung, dass durch die Maßnahme ein Therapieziel im Sinne des Patienten erreicht werden kann.
2. Der Patient muss nach Aufklärung (mutmaßlich) zustimmen. Fehlt nur eine Bedingung, handelt es sich um eine strafbare Körperverletzung.

Bei Karla war schon für die erste Intensivbehandlung angesichts ihres Zustandes einer terminalen Demenz kein Therapieziel oder gar eine mutmaßliche Zustimmung zu erkennen. Dabei muss der Betreuer das Nichtvorliegen einer Einwilligung keinesfalls durch eine schriftliche Patientenverfügung beweisen. Vielmehr heißt es im einschlägigen Gesetzestext (§ 1901a BGB): „Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt.“

Der Patient ist kein Kunde

Über wirtschaftliche Fehlanreize, Mengenausweitung von Eingriffen und „Ausweitung der Indikationen“ sowie die Durchführung von nicht indizierten Eingriffen berichten die Bundesärztekammer [1], die Bertelsmannstiftung [2], der Deutsche Ethikrat [3] und die Deutsche Gesellschaft für innere Medizin [4] in einem Positionspapier mit dem wegweisenden Namen: „Der Patient ist kein Kunde, das Krankenhaus kein Wirtschaftsunternehmen.“

Diese Thematik wächst seit Anfang des Jahrtausends zum Hauptproblem in der Versorgung Sterbender heran. Seitdem wurde das wirtschaftliche Risiko der Kliniken durch eine Änderung des Abrechnungsmodus auf die Klinikleitungen übertragen. Während früher die Kliniken, jeweils zum Jahresende, ihre Kosten vorrangig anhand der Verweildauer der Patienten geltend machen konnten (Kostendeckungsprinzip), wird durch das neue DRG-System (diagnosis related groups) auf der Basis eines Diagnosemix und anhand der durchgeführten Prozeduren ein Entgelt bestimmt: je schlimmer die Krankheit und je technischer der Eingriff, desto höher der Erlös. Über Bonusverträge werden leitende Ärzte an lukrativen Eingriffen oder am Klinikgewinn beteiligt. Dabei entsteht ein hoher Fehlanreiz bei Sterbenskranken möglichst umfangreiche Eingriffe durchzuführen.

Mittlerweile schätzen namhafte Experten, dass die Hälfte der Sterbenden Opfer von Übertherapie sind [5]. Das bestätigt auch eine aktuelle Untersuchung: Bis zu 50 % der Patienten erhalten nicht indizierte Untersuchungen, 28 % der Sterbenden werden sogar reanimiert [6]. Sie sind oft nicht mehr in der Lage, ihren Willen kundzutun oder zu widersprechen. Selbst wenn ein Schwerkranker noch Herr seiner Sinne ist, so steht er nach der Diagnose einer schlimmen Krankheit unter „Diagnoseschock“. Das ist vergleichbar mit einem hypnoseähnlichen Zustand, man ist also suggestibel [7]. Dementsprechend ist ein sterbenskranker Patient auch ein „Patient ohne Verfügung“. Und genauso lautet auch der Titel des Buchs [8] aus dem das hier vorgestellte Beispiel stammt (siehe Buchtipp).

Demografischer Wandel ist keine Ausrede

Mittlerweile verlagert sich die Intensivmedizin zunehmend in den häuslichen Bereich. Gab es 2003 nur circa 500 außerklinische Beatmungen, so waren es 2013 bereits 15.000 [9]. Die Erklärung der zuständigen Fachgesellschaft: „der demografische Wandel“ – wir sollen also 30-mal älter und kränker geworden sein? Aber es kommt noch schlimmer: jedes Jahr nimmt die Zahl der Heimbeatmeten um 15 % zu, allein in Bayern stieg die Anzahl an Beatmungs-WGs im letzten Jahr um 22 % [10]. Hier werden mittlerweile 25–50 % der Gesamtkosten für die ambulante Pflege umgesetzt, längst ist dies sogar betragsatzrelevant [11]. Davon kann die ambulante Palliativversorgung nur träumen, trotz wiederkehrender politischer Lippenbekenntnisse der Förderung werden für sie weniger als 0,2 % der Ausgaben investiert, Hausärzte arbeiten im Rahmen allgemeiner Palliativversorgung an der Grenze der Ehrenamtlichkeit.

Mit einer fingierten Patientengeschichte wurden 254 Beatmungseinrichtungen angeschrieben. Man suche für den vermeintlich wohlhabenden Onkel einen neuen Intensivpflegedienst, weil es bei dem aktuellen Versorger Probleme wegen einer der Behandlung entgegenstehenden Patientenverfügung gäbe. Das Ergebnis: Die überwältigende Mehr-

heit hätte die als nicht indiziert und nicht gewünscht konstruierte Beatmung fortgesetzt. Weniger als 10% der befragten Dienste widersetzten sich dem kriminellen Ansinnen [12].

Literatur

1. Wiesing U: „Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung. Das Beispiel der Verträge mit leitenden Klinikärztinnen und -ärzten“. Deutsches Ärzteblatt 110, Heft 38 (20.09.2013), S. A-1752 - A-1756
2. Bertelsmann Stiftung: Faktencheck regionale Unterschiede 2015. <https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/reionale-unterschiede/ergebnis-ueberblick/>
3. Deutscher Ethikrat: Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus; www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf
4. DGIM: Der Patient ist kein Kunde, das Krankenhaus kein Wirtschaftsunternehmen. DMW 07/2015 http://www.dgim.de/portals/pdf/Positionspapier_Schumm-Draeger_%C3%96konomisierung.pdf
5. Borasio GD: Faktencheck zur Sterbehilfe. Die Zeit vom 22.09.2015. www.zeit.de/2015/38/bundestag-sterbehilfe-diskussion-gesetzesentwurf
6. Cardona-Morell Met al. Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. Int J Qual Health Care. 2016;28(4):456–69
7. Cheek DB (1962) Importance of recognizing that surgical patients behave as though hypnotized. Am J Clin Hypn 4:227–236
8. Thöns M. Patient ohne Verfügung. Das Geschäft mit dem Lebensende. Piper Verlag 2016
9. DIGAB: Stellungnahme der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB e.V.) zu den Ausführungen von Dr. Matthias Thöns aus Witten auf dem Bremer Palliativkongress am 20. März 2015 www.digab.de/startseite/neuigkeiten/detailansicht/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=38&cHash=039186c1ab8257b93cca90fd9064d74b
10. Bayerisches Landesamt für Statistik 31.12.2015
11. Jaschke C, Jünke O, Demmel P: Leben in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung. Geprüft durchatmen 07/2016
12. Thöns M, Putz W: Intensivmedizin - Angebot schafft Nachfrage. Der Niedergelassene Arzt 09 (2015) 97



Dr. Matthias Thöns
Abteilung für Allgemeinmedizin
Ruhr-Universität Bochum
Wiesenstr. 14
58452 Witten
thoens@web.de

Leserbrief

Keine Opioide und kein Diclofenac i.m. bei Nierenkolik

Kritische Stellungnahme zur Aussage: Diclofenac i.m. ist zur Therapie einer Nierenkolik zu empfehlen. Nachzulesen in Schmerzmedizin 2016;32(4):7 im Beitrag „Nierenkolik: NSAR statt Opioid?“

Schon die Aussage in der Einleitung: Die gängige Praxis bei Nierenkoliken ein Opioid i.v. zu applizieren, stimmt nicht. Die weitere Aussage, ein Opioid ist offenbar nicht optimal zur Therapie einer Nierenkolik, ist richtig. Opioide verstärken eher die Intensität von Nierenkoliken. Bei keinem Opioid wird als Indikation Nierenkolik erwähnt und ist daher auch nicht zugelassen (off label use).

NSAR haben als Indikation entzündliche und/oder degenerative Erkrankungen im Stütz- und Bewegungssystem [1]. Eine spasmolytische Wirkung fehlt. Gerade eine Spasmolyse ist neben der Analgesie bei Nierenkoliken dringend erforderlich. Nach langjährigen Erfahrungen einer Vielzahl von Hausärzten, Ärzten im Bereitschaftsdienst und Notärzten ist Metamizol 1–2 g langsam i.v. injiziert oder als Kurzinfusion appliziert Mittel der Wahl zur Behandlung von Nierenkoliken mit sehr guter Wirkung und Verträglichkeit.

Metamizol senkt neben der guten analgetischen Wirkung auch den erhöhten intraluminalen Druck im Harnleiter, wirkt also zusätzlich spasmolytisch und zudem auch antinozizeptiv und ist daher Mittel der ersten Wahl bei starken Nierenkoliken [2, 3].

Verschiedene Studien konnten auch die Wirksamkeit von Diclofenac 75mg i.m. bei starken Nierenkoliken belegen [2, 4]. Jedoch gilt die i.m. Applikation von Diclofenac seit geraumer Zeit als obsolet. Das hohe Risiko durch Gewebeschäden am Injektionsort mit Abszessbildungen, Nekrosen, oft tödlicher nekrotisierender Faszitis, foudroyanten Kokkensepsis, aber auch lebensbedrohlicher Anaphylaxie und einem 100-mal höheren Risiko pseudoallergischer Schockzustände kann bei weitem nicht den Vorteil eines schnelleren Wirkungseintritts gegenüber der oralen oder rektalen Anwendung aufwiegen [3, 5, 6, 7].

Nach der Fachinformation von Diclofenac wird die i.m. Injektion nur dann zugelassen, wenn eine orale oder rektale Applikation nicht möglich ist. Nach erfolgter Injektion ist eine einstündige Überwachung gefordert sowie die Vorhaltung eines funktionstüchtigen Notfall equipments [1]. Eine umfassende Aufklärung der Patienten vor einer Behandlung wird selbstverständlich gefordert. Als Nebenwirkungen werden Nierenkoliken und Harnwegsverengungen aufgeführt. Als Anwendungsbeschränkung gelten Koliken der Harnwege [1]. Überdies kann die Anwendung von Diclofenac bei vorbelasteten Patienten zum akuten Nierenversagen führen [8].

Gegen die Empfehlung im Schlusssatz im oben genannten Beitrag über die Therapie von Nierenkoliken: „NSAR i.m. sollten als Erstlinientherapie betrachtet werden (...)“ [9], kann man sich nur mit aller Entschiedenheit wehren.

Referenzen

1. Fachinformation Diclofenac u.a. Rote Liste
2. Zwergel U et al. Schmerz 1998; 12 (2): 112-117
3. S2k – Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Metaphylaxe der Urolithiasis der AWMF (043/025). www.awmf.org/uploads/tx_sz_leitlinien/043-0251_s2k_uro
4. Marthak K V et al. Curr Med Res Opin 1991; 12 (6): 366 – 373
5. Arzneitelegamm 1997; 8: 87
6. Arzneitelegamm 1999; 9: 65
7. Arzneitelegamm Fachinformation zu Diclofenac- Injektionslösung 2000;31 (10): 85
8. Lee A et al. Cochrane Database Syst Rev 2007;(2)CD 002765
9. <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=1635>

Dr. med. Winfried Hoerster
Facharzt für Anästhesiologie
Spezielle Schmerztherapie
Gießen