



Heillos übertherapiert

Hochaltrige Patienten in der Intensivmedizin Bei intensivpflichtigen Patienten wird oft alles gemacht, was technisch möglich ist – ungeachtet eines hohen Lebensalters oder schwerer neurologischer Vorschädigungen. Für die Patienten geht diese Übertherapie mit sehr leidvollen Erfahrungen einher. Ursachen sind oftmals finanzielle Fehlanreize.

Von Dr. Matthias Thöns

Während die Erfolge moderner Intensivmedizin in aller Munde sind, ist ihr Nutzen bei multimorbiden Greisen oder bei schwerem Hirnleiden oft unklar bis fehlend. Bei fehlendem Nutzen spricht man von Übertherapie. Gerade hier gibt es eine dramatische Zunahme. Der Altersschnitt in Notfall- und Intensivmedizin steigt von Jahr zu Jahr. 75 Prozent der Intensivpatienten befinden sich im Rentenalter, jeder vierte leidet unter fortgeschrittenem Krebs. Immer mehr Menschen fürchten die Apparatemedizin. Viele hoffen, sich durch Patientenverfügungen davor schützen zu können.

Geschätzt wird der Anteil der Übertherapie auf 50 Prozent: „Übertherapie und Überdiagnostik sind tägliche Realität auf den meisten Intensivstationen.“ (1) Worum geht es genau?

Ein typisches Patientenbeispiel

Bernadette, 71 Jahre, ist an Parkinson erkrankt. Sie hat gerade eine Beinoperation bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK) hinter sich gebracht, als Bauchschmerzen auftreten. Es geht zum MRT, das den Verdacht auf ein weit fortgeschrittenes Ovarialkarzinom bestätigt. Bald ist ein Termin zur Operation vereinbart. „Den operier' ich Ihnen weg, danach können Sie alles wieder essen“, sagt der angesehene Professor.

Bernadette hat Bedenken. Sie steht insbesondere der Apparatemedizin kritisch gegenüber und sagt im Aufklärungsgespräch „Ich will nicht leben, um des Lebens willen! Ich will eigenständig das Krankenhaus wieder verlassen und keine gravierenden Einschränkungen haben; ich will nicht auf Pflege angewiesen sein.“ Vorsorglich nimmt sie ihre Tochter mit, formuliert eine Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht und wähnt sich gut versorgt.

Bei der großen Operation werden Eierstöcke, Gebärmutter, Bauchfell, Teile von Magen sowie Dick- und Dünndarm entfernt. Ein

künstlicher Darmausgang wird angelegt. Am Folgetag fällt auf, dass die Beine nicht durchblutet sind. Die Bedenken der Tochter gegen eine Notoperation werden verworfen: „Das muss sein!“ Doch die Notoperation kann die ohnehin schlechte Durchblutung nur unzureichend wiederherstellen. Anschließend fällt auch noch eine Halbseitenlähmung auf: Schlaganfall. Röntgenbilder zeigen den hochgradigen Verdacht auf eine Lungenmetastase. Selbst wenn Bernadette die Intensivbehandlung überlebt – die Lebenszeit ist stark begrenzt.

Die Tochter sucht das Gespräch mit dem Professor und äußert den Wunsch, die Therapie nicht noch auszuweiten. Dennoch beginnt schon eine Woche später eine Langzeitbeatmung. Bernadette ist auch hier phasenweise so wach, dass sie ihren Willen kundtut: „Ich will nicht mehr.“ Die Folge: Ihr werden die Hände ans Bett gebunden. Ein Oberarzt selber bemerkt: „Das ist doch alles nur Quälerei.“ Das Pflegepersonal unterstützt die Tochter und erläutert ehrlich den schlimmen Zustand. Der Professor besteht auf ein Fortsetzen der Therapie.

Als es eine weitere Woche später zum Abriss des künstlichen Darmausganges kommt, erfolgen elf (!) weitere Bauchoperationen. Es treten zahlreiche Komplikationen auf, eine Entwöhnung von der Beatmung ist aussichtslos. Der Professor sagt bezüglich des Willens lediglich: „Dies ist nur eine Information, nicht eine Frage der Zustimmung.“ Er spricht von einer „Verunreinigung“ im Bauch – ein durchaus fragwürdiger Ausdruck für eine lebensbedrohliche Peritonitis.



Pflegepersonal und Ärzte empfinden eine enorme Gewissensnot. Oft kommt es zu Zweifeln an der Sinnhaftigkeit des eigenen Tuns

Die Tochter wendet sich – nachdem viele Gespräche nicht fruchteten – an das Betreuungsgericht. Der Richter fasst die Situation trefflich zusammen: „Sie ist in einem erbärmlichen Zustand.“ Doch er sieht sich nicht zuständig und verweist die Tochter an ein anderes Betreuungsgericht. So wird Bernadette weiterbeatmet, weiter intensivversorgt, es kommt zu Kontrakturen und einem drittgradigen Dekubitus, letztlich zum Nierenversagen. Vehement wehrt sich die Tochter gegen die Dialysebehandlung.

Bernadette verstirbt unter laufender Maximaltherapie nach vier Monaten leidvoller Intensivbehandlung. Die Klinik berechnete DRG A06A = 204244 Euro. Die Tochter erhält zwei Tage nach dem Tod den Beschluss des zuständigen Betreuungsgericht: „Sie sind als Vorsorgebevollmächtigte die rechtliche Vertreterin Ihrer Mutter, ich wünsche Ihnen mit den schwierigen Entscheidungen alles Gute“.

Abrechnung bestimmt häufig die Dauer der Beatmung

Die maschinelle Beatmung hat sich in den vergangenen Jahren exorbitant ausgeweitet – sogar als „Intensivmedizin zu Hause“. 2003 wurden gerade einmal 500 Menschen daheim beatmet. Mittlerweile sind es zirka 30000 (2). Dieser 60-fachen Zunahme ging die Sicherstellung einer Vergütung von teils 27000 Euro (3) pro Monat voraus. Die Fachgesellschaft stellt fest, 70 Prozent der Patienten könnten aus der Intensivbehandlung herausgebracht werden. Das aber passiert so gut wie nicht – „Trachealkanüle bis zum Tod“ lautet der gängige Weg (4).

Auch die Zahlen in den Kliniken steigen unaufhaltsam. Dabei gibt es die Besonderheit in der Gebührenordnung, dass Beatmungen bis 24 Stunden quasi nicht vergütet werden. Wird jedoch nur eine Minute länger beatmet, können bei bestimmten Diagnosen bis zu 23 426 Euro berechnet werden (Abb. 1). Bekannt ist, dass Beatmung ungesund ist: Infektionen, Lungenschäden und teils tödliche Komplikationen sind mögliche Folgen.

Und nun wird es geradezu pervers: Über diese unter Ärzten auch „Beatmungshürde“ genannte 24. Stunde hinaus gibt es medizinisch unerklärte Häufungen: Tausende Patienten werden abrechnungsoptimiert länger beatmet (Abb. 2). Die rote Kurve legt sogar nahe, dass Hunderte verstorbene Patienten noch über diese Stunde hinaus beatmet wurden.

Nur gut 40 Prozent der Menschen überleben längerfristig eine Beatmung über zwei Wochen (6). Von den wenigen Überlebenden schaffen es bei den Älteren gerade einmal zwölf Prozent zurück in ihr altes Leben. Der übergroße Rest verbleibt mehr oder weniger schwer geistig und körperlich behindert (7).

Neben Lungenschäden werden auch innere Organe verletzt (8). So entwickelt sich nicht selten eine Gallenkrankheit, der letztlich bei hoher Sterblichkeit nur noch durch eine Lebertransplantation begegnet werden kann (9). Nach nur zehn Tagen Beatmung erleiden 70 bis 100 Prozent eine Muskel-Nerven-Krankheit, die zu extremer Schwäche, Atemversagen und Schluckstörungen führt (10). Noch ein Jahr nach der Beatmung leidet ein großer Teil der wenigen Überlebenden an geistigen Störungen, vergleichbar mit einer mittelschweren Demenz (11).

Intensivmediziner sagen selbst, dass es nicht das Ziel der Intensivmedizin sei, schwerstbehinderte Patienten wie Wachkomapatienten zu „produzieren“ (12). Das generelle Ziel der Intensivmedizin ist eigentlich, einen kritischen Zustand zu überbrücken. Intensivmedizinische Lebensverlängerung – das steht in den Grundsätzen der Fachgesellschaft – ist bei irreversiblen Koma nicht angezeigt. Dem stehen aktuelle Studiendaten entgegen: Die Zahl pflegebedürftig Entlassener nach Intensivtherapie hat sich in den letzten Jahren verdreifacht (13).

Es fehlen Kontrolle und Transparenz

Pflegepersonal und Ärzte empfinden eine enorme Gewissensnot. Oft kommt es zu Zweifeln an der Sinnhaftigkeit des eigenen Tuns. Die Folgen sind Burnout sowie ein erhöhtes Ausscheiden aus dem Beruf (14). Ausdruck gewinnen diese Faktoren aktuell in der Pflegekrise. Nicht zu vergessen ist das Leiden der Angehörigen. Ein erschreckend hoher Anteil von ihnen leidet an Psychosyndromen (15).

Die Politik ist aufgefordert, Fehlansätze wirksam zu verbieten. Dazu gehören etwa die unsittlichen Bonusverträge (16), die Chefärzte teils mit 15 Prozent an den stattlichen Honoraren beteiligen. In einer aktuellen Befragung geben 85 Prozent der Klinikgeschäftsführer zu, Bonusvereinbarungen mit den leitenden Ärzten zu haben (17). Diese sind berufsrechtlich und gesetzlich verboten, aber es fehlen Kontrolle und Transparenz.

Eine Patientenverfügung soll eigentlich vor nicht gewünschten intensivmedizinischen Interventionen schützen. Dazu berichtet ein Intensivmediziner – binnen fünf Jahren sei praktisch keine Patientenverfügung in seiner Klinik beachtet worden. An denen werde so lange heruminterpretiert, bis doch die Maximalmedizin laufe (18). Demzufolge ist niemals eine Patientenverfügung hinreichend, sondern es bedarf auch immer eines willensstarken Vorsorgebevollmächtigten.

Wichtiger erscheint aber, sich frühzeitig eine unabhängige Zweit-

Vergütungssätze von stationärer Intensivbeatmung nach DRG		
DRG	Leistungslegende	Euro
A06A	Beatmung > 1.799 h mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung (IntK)	204.243,60
A07A	Beatmung > 999 h oder > 499 h mit IntK	140.649,30
A09A	Beatmung > 499 h oder > 249 h mit IntK	106.481,10
A11A	Beatmung > 249 h oder > 95 h mit IntK	79.361,70
A13A	Beatmung > 95 h mit hochkomplexen Eingriffen oder mit komplexen OP-Prozessen und IntK...	47.081,10
F43A	Beatmung > 24 h bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems,...	23.426,70

Abb. 1

Quelle: (5)

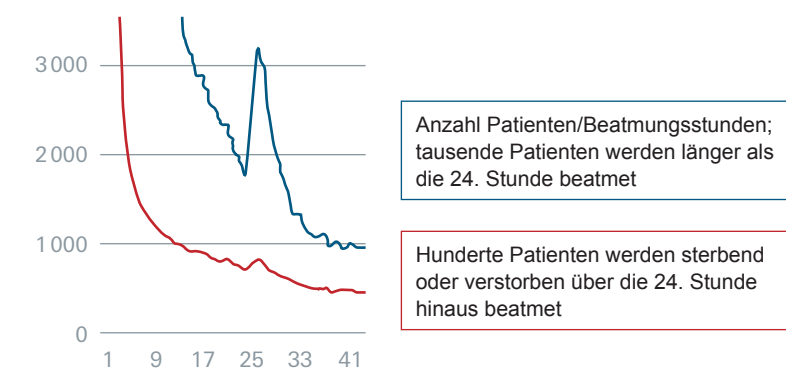


Abb. 2

Quelle: Statistisches Bundesamt

meinung einzuholen. Gerade die Zweitmeinungsberatung ist in Deutschland politisch gewollt und wird auch von der verfassten Ärzteschaft begrüßt. Erste Angebote gibt es schon für die Intensivtherapie (19).

Intensivmediziner aus den USA und der Schweiz wenden sich eindeutig gegen Übertherapie: „Keine Fortsetzung fortgeschrittener lebenserhaltender Maßnahmen bei Patienten, für die ein signifikantes Risiko besteht, zu sterben oder schwerwiegende Folgen zu erleiden, ohne dass zuvor mit dem Patienten – oder den sie vertretenden Angehörigen – die Behandlungsziele besprochen wurden.“ (20) Diese Regelung – die eigentlich überall selbstverständlich sein sollte – wird leider in der Praxis kaum umgesetzt: Zumeist wird gemacht, was technisch möglich ist, solange niemand aus dem Team oder der Familie massiv widerspricht.

(1) Palda VA; J Crit Care 2005; 20: 207; Huynh TN; JAMA Intern Med 2012; 173: 1887

(2) 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 im Internet (Zugriff am 01.06.2016)

(3) Urteil des LAG Hamm (10 Sa 1194/15)

(4) DIGAB: „Ambulante Intensivpflege nach Tracheotomie.“ DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift 142.12 (2017): 909–911.

(5) Vergütungssätze von stationärer Intensivbeatmung nach DRG

(6) Damuth E, Mitchell JA, Bartock JL et al (2015) Long-term survival of critically ill patients treated with prolonged mechanical ventilation. A systematic review and meta-analysis. The Lancet Respiratory Medicine 3(7): 544–553

(7) Desarmenien 2016

(8) S3-Leitlinie Invasive Beatmung und Einsatz extrakorporaler Verfahren bei akuter respiratorischer Insuffizienz, 1. Aufl., Langversion, Stand 04.12.2017

(9) Lin T, Qu K, Xu X et al (2014) Sclerosing cholangitis in critically ill patients: an important and easily ignored problem based on a German experience. SR. Front Med 8(1): 118–126

(10) Sener 2017

(11) Herridge MS, Tansey CM, Matté A et al (2011) Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome. The New England journal of medicine 364 (14): 1293–1304

(12) Wischmeyer SJ; Critical Care 2015; 19 Suppl 3: S6

(13) Kaukonen, K. M., Bailey, M., Suzuki, S., Pilcher, D., & Bellomo, R. (2014). Mortality related to severe sepsis and septic shock among critically ill patients. Jama, 311 (13), 1308–1316

(14) Schwarzkopf D, Crit Care Med 2017; 45:e265; Intensiv-News 2017; Heft 5

(15) Cameron JI; N Engl J Med 2016; 374: 1831

(16) 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, im Internet unter www.zentrale-ethikkommission.de/page.asp?his=0.1.64 (letzter Abruf: 28.05.2018)

(17) https://praxisversorgungsforschung.online-registrierungen.de/docroot/sites/1/praxis_verorgungsforschung/page/2

(18) <http://news.doccheck.com/de/blog/post/8672-patientenverfuegung-gut-vorbereitet-sterben/> (letzter Abruf: 28.05.2018)

(19) www.zweitmeinung-intensiv.de

(20) <http://www.smartermedicine.ch/de/top-5-listen/intensivmedizin.html> (letzter Abruf: 28.05.2018)



Dr. med. Matthias Thöns ist Anästhesist und spezialisiert auf Palliativmedizin und spezielle Schmerztherapie. Er ist Gründungsmitglied und Vorsitzender des Palliativnetzes Witten e. V. und Stellvertretender Sprecher der Landesvertretung NRW der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.
Mail: email@zweitmeinung-intensiv.de