



A close-up photograph of an elderly person's face, showing their nose and mouth. A white adhesive bandage is on the bridge of the nose. A green medical sensor strip is attached to the upper lip. The person's skin is wrinkled and aged. The background is blurred, showing more of the person's face and the sensor strip.

## „Viele Pflegende ertragen das nicht“

**Übertherapie in der Intensivmedizin** Hochaltrige Menschen werden auf Intensivstationen häufig übertherapiert – mit leidvollen Folgen für die Betroffenen. Die Ursachen sind fast immer finanzielle Fehlanreize, meint der Anästhesist und Palliativmediziner Dr. Matthias Thöns. Darunter leidet auch das Pflegepersonal.

Interview: Brigitte Teigeler

**Herr Dr. Thöns, Sie kritisieren in Veröffentlichungen, dass viele hochaltrige Menschen oder Patienten mit schwerem Hirnleiden in der Intensivmedizin übertherapiert werden. Was meinen Sie damit genau?**

Übertherapie ist entweder eine Behandlung, die die Therapieziele des Patienten nicht erreichen kann beziehungsweise dem Patienten mehr schadet als nutzt. Oder sie ist eine Therapie, die gegen den Willen des Patienten erfolgt. Beides ist eigentlich rechtlich verboten und wird berufsethisch abgelehnt. Ärztliche Gremien widmen sich mittlerweile international dieser Problematik und fordern in Leitlinien: „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.“

**Wie oft kommt es zu einem Zuviel an Intensivtherapie?**

Häufiger als man denkt. Kritiker werfen mir zwar gerne vor, dass ich nur schlimme „Einzelfälle“ einiger schwarzer Schafe hochspielen würde. Das glaube ich aber nicht. Experten vom Hauptstadtkongress der Intensivmedizin 2018 in Wien schätzen den Anteil an Übertherapie auf 50 Prozent. Das heißt aber auch: Mir ist sehr wohl bewusst, dass ein Großteil der Intensivmediziner und sicherlich noch ein größerer Anteil des Intensivpflegepersonals gute Medizin mit Augenmaß betreibt.

**Um welche Therapien und lebenserhaltenden Maßnahmen handelt es sich?**

Wie nicht anders zu erwarten, handelt es sich vornehmlich um die hochbezahlten Behandlungsformen: Langzeitbeatmung, Dialyse, Linksherzkatheter, große operative Eingriffe. Dieses Problem wird auch im aktuellen Gutachten des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen benannt, wo es heißt, dass Übertherapie das „zentrale medizinische und ökonomische Problem“ sei. Das Gutachten betont zudem: Jeder Euro kann nur einmal ausgegeben werden. Was für Übertherapie verprasst wird, steht für gute Pflege nicht zur Verfügung.

**Was sind die Folgen für Patienten und Angehörige?**

Die Folgen einer Übertherapie sind schlimm. Intensivmedizin ist „kein Zuckerschlecken“, und dafür nimmt man allerhand Leiden des Patienten in Kauf. Ein intensivmedizinisches Fachmagazin titelte vor einigen Wochen: „Zustände schlimmer als der Tod“. Zu diesem Leid kommen schwerwiegende medizinische Folgen hinzu. Bei einer Beatmung können das zum Beispiel Infektionen, Lungenschäden bis hin zum Tod sein. Völlig klar ist, dass auch Angehörige massiv unter der Situation leiden. Ein hoher Anteil von ihnen entwickelt sogar ein posttraumatisches Stresssyndrom – das kennen wir sonst nur von Terror- oder Folteropfern.

**Können Sie einen typischen Fall beschreiben?**

Ein 89-jähriger Mann mit schwerster Hirnblutung

wurde auf einer neurochirurgischen Intensivstation behandelt. Gegen den vom Sohn mitgeteilten Behandlungswunsch erfolgten weitere neurochirurgische Eingriffe und sogar eine PEG-Anlage. Auch der Sohn litt massiv unter der Situation, er war „der Verzweiflung nahe“. Man änderte das Behandlungsziel erst, als der Sohn – nach Zweitmeinungsberatung – forderte, dass die komplette Behandlungsakte herausgegeben wird, und Rechtsschritte androhte. Als der alte Mann dann – seinem Willen entsprechend – im Hospiz ankam, musste er aufgrund seiner starken Leidenszustände erstmal an den Morphium-Tropf. Den gab es vorher nicht, und den hätte er wohl auch bei der geplanten heimintensiven Behandlung nicht bekommen – eine entsetzliche Vorstellung monatelangen, aussichtslosen Siechtums bis zum Tod. Der Mann ist dann im Hospiz friedlich eingeschlafen. Der Sohn berichtete mir später: „Wir haben es sehr schön gemacht. Er ist im Beten verstorben, der Hund lag auf dem Bett.“

**Wie sind grundsätzlich die Erfolgchancen für ältere Menschen, eine längere Intensivbehandlung mit Beatmung ohne Einschränkungen zu überleben?**

Nur gut 40 Prozent der Menschen überleben längerfristig eine Beatmung über zwei Wochen. Von den wenigen Überlebenden schaffen es bei den Älteren gerade einmal zwölf Prozent zurück in ihr altes Leben, wie Studien zeigen. Der übergroße Rest verbleibt mehr oder weniger schwer geistig und körperlich behindert. Grundsätzlich gilt: Je höher das Alter, desto geringer ist die Aussicht auf eine Erholung, etwa nach Hirnverletzungen. Aber ich möchte nicht so verstanden werden, dass ich irgendwelche Leistungen im Alter beschneiden möchte. Im Gegenteil. Wir wissen jedoch aus guten Untersuchungen, dass Menschen über 75 eher selten große Eingriffe akzeptieren, wenn dort ein Risiko insbesondere für bleibende geistige Behinderung besteht – „lieber tot als schwer pflegebedürftig“ gaben 91 Prozent bei einer Befragung an.

**Was sind aus Ihrer Sicht Gründe für eine Übertherapie?**

Die Autoren einer Übersichtsreihe in der wahrscheinlich berühmtesten Medizin-Zeitschrift „The Lancet“ sehen geldliche Fehlanreize als hauptsächliche Triebfeder. Davon bin auch ich überzeugt, denn ich habe noch nie über ein Zuviel an Hausbesuchen, Psychotherapie oder menschlicher Pflege gehört. Probleme gibt es nur bei hochpreisigen Leistungen. Weitere Gründe können Fehleinschätzungen, medizinischer Ehrgeiz und wohlmeinender Paternalismus sein, aber auch Angst vor rechtlichen Konsequenzen, wenn nicht alles, was technisch möglich ist, gemacht wird. Zudem ist es immer viel einfacher, „etwas zu tun“, als schwierige Gespräche zu führen und etwas liebevoll zu unterlassen.

**Wer sind diejenigen, die von einer Übertherapie hochaltriger Menschen profitieren?**

Das sind die Klinikleitungen sowie die Eigentümer



”

Ich würde mir mehr Mut wünschen, denn jeder kann etwas an den Misständen ändern

**Dr. Matthias Thöns, 49**, ist Anästhesist und Palliativmediziner. Er ist Gründungsmitglied und Vorsitzender des Palliativnetzes Witten e.V. und hat ein Portal zum Einholen einer Zweitmeinung ins Leben gerufen: [zweitmeinung-intensiv.de](http://zweitmeinung-intensiv.de). Sein Buch „Patient ohne Verfügung“ stand lange auf der „Spiegel“-Bestsellerliste. Mail: [email@zweitmeinung-intensiv.de](mailto:email@zweitmeinung-intensiv.de)

Foto: Marion Nelle

und Aktionäre, die hinter einer Einrichtung stehen. Aber es gibt natürlich auch viele Kliniken, die um das Überleben kämpfen. Da müssen die Zahlen stimmen, sonst fehlt das Geld für eine ausreichende Personaldecke, und es kommt zu Stellenkürzungen. Hinzu kommt das Problem der Bonusverträge. Das heißt, leitende Ärzte bekommen Geldanreize für lukrative Eingriffe oder Beatmungsstunden, eine ausreichende Belegung oder die Auslastung des Linksherzkatheterlabors. Wir Ärzte lehnen diese Bonusverträge in Sonntagsreden ab, der Gesetzgeber verbietet sie gar und setzt auf freiwilligen Verzicht. Die Realität ist aber

eine andere: 85 Prozent der Klinikgeschäftsführer geben zu, dass diese Fehlanreize weiter existieren. Das belegt eine 2018 veröffentlichte Studie der Uni Bremen. **Setzen nicht auch die Diagnosis Related Groups – kurz DRG – Fehlanreize für ein Zuviel an Therapie?** Die Abrechnung der Beatmung ist in den DRG tatsächlich unglücklich gelöst. Bis zur 24. Stunde gibt es quasi keine Vergütung, eine Minute später gibt es in vielen Fällen über 23 000 Euro pro Patient. Gestiegt werden die Erlöse dann nach 95, 249, 499 Stunden usw. Das hat einerseits zur Folge, dass auffällig viele Patienten gerade über diese – unter Ärzten auch als

**DAC**

Deutscher Anästhesie Congress  
FÜR ÄRZTE UND PFLEGEKRÄFTE

9. - 11. Mai 2019

[www.dac2019.de](http://www.dac2019.de)

**5 IN EINEM!**



ANÄSTHESIOLOGIE



INTENSIVMEDIZIN



NOTFALLMEDIZIN



SCHMERZMEDIZIN



PALLIATIVMEDIZIN

— Congress Center Leipzig —

**Klug entscheiden in AINS**

„Beatmungshürde“ bekannte – Stunde hinaus beatmet werden. Andererseits wird versucht, die Patienten nach Erreichen der letzten Hürde rasch loszuwerden. Mehrfach habe ich mitbekommen, dass Kliniken teils massiv Druck auf die Angehörigen ausüben, damit der Patient in eine Einrichtung der Langzeitbeatmung verlegt wird.

### **Gibt es Belege dafür, dass die Dauer der Beatmung mitunter unnötig verlängert wird?**

Ja, die Beatmungsstunden werden vom Statistischen Bundesamt flächendeckend erfasst. Bereits 2010 zeigte sich, dass entgegen jeder statistischen Erwartung circa 5000 Menschen in Deutschland gerade eben über die 24. Stunde hinaus beatmet wurden. Also genau über den Zeitpunkt hinaus, der für eine Abrechnungsfähigkeit zu überschreiten ist. Selbst bei den Verstorbenen hatte die Grafik einen „unerklärlichen Knick“ nach der 24. Stunde. Das legt nahe, dass Hunderte verstorbene Patienten noch über diese Stunde hinaus beatmet wurden.

### **Wird das von den Stationen denn mitgetragen?**

Ja, manche Stationen setzen sogar eine Ampelsoftware ein, wann ein Ende der Beatmung günstig ist. Oder es gibt Oberärzte, die mit Karten aus der Verwaltung über die Intensivstation gehen. Auf denen ist dann vermerkt, wann welcher Patient von der Beatmung genommen werden darf und ab wann die nächsthöhere Abrechnungsziffer gilt. Ich kenne solche Berichte sogar aus Kinderkliniken.

### **Das klingt, als sei das für die ärztlichen Kollegen eine nicht hinterfragte „Normalität“ geworden.**

Ja, so scheint es. Was mich besonders ärgert: Ein Unrechtsempfinden fehlt meist! Ich möchte es einmal drastisch sagen: Das sind schwerste Straftaten an Wehrlosen, mit extremen Profiten Einzelner und einer großen Herde von Mitwissern. Aufgrund des großen Druckes hat leider keiner den Mut, das zu tun, was jedermann ansonsten machen würde: Strafanzeige stellen. Im Anschluss an eine meiner Lesungen kam ein Klinikpfarrer zu mir und erzählte mir von Ethikkommissionssitzungen nach der 1799. Beatmungsstunde – das ist die höchste Beatmungsdauer, die nach den DRG finanziert wird. Aus meiner Sicht ist es schlicht menschenverachtend und zynisch, dann ein Ethikkomitee zur Veränderung des Therapiezieles tagen zu lassen. Und danach wird das Beatmungsgerät einfach abgeschaltet, erst dann darf der Patient sterben. Auch hier frage ich mich: Wie kann man über so etwas schweigen?

### **Wie bedeutet eine Übertherapie für die Pflegenden einer Intensivstation?**

Viele ertragen das nicht und können es mit ihrem Gewissen nicht vereinbaren. Sie kündigen, werden krank oder immer unzufriedener. Auch die Burn-out-Rate nimmt zu. Denn Pflegende sind in der Regel einfach viel näher an den Patienten dran als wir Ärzte. Sie kennen die Sorgen der Menschen und Angehörigen

– und wissen eben auch um ihre Behandlungswünsche.

### **Was raten Sie Pflegenden und Ärzten, wenn diese ein Zuviel an Therapie bei hochaltrigen Menschen oder Patienten mit schwerem Hirnleiden wahrnehmen?**

Ich würde mir mehr Mut wünschen, denn jeder kann etwas an den Missständen ändern. Ein Krankenpfleger etwa, der sich die Zeit nimmt und der Ehefrau eines chronisch kritisch kranken Patienten die Augen öffnet und den weiteren Verlauf unter vier Augen ehrlich bespricht. Oder eine Krankenschwester, die auf die Frage von Angehörigen zu großen Eingriffen antwortet: „Bei meiner Mutter würde ich das nicht befürworten.“ Sehr würde ich mich natürlich darüber freuen, wenn bei aufkommenden Konflikten oder Schwierigkeiten eine zweite Meinung empfohlen wird.

### **Heute haben immer mehr Menschen eine Patientenverfügung, um sich vor unnötiger Apparatedizin zu schützen. Kann diese Maßnahme Übertherapie vermeiden?**

Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten sind sehr wichtig. Leider gibt es den Bericht aus einer Klinik der Maximalversorgung, dass dort in den letzten fünf Jahren nur eine einzige Patientenverfügung wirklich beachtet wurde. Ein Arzt hatte sich jegliche Intensivmedizin verboten. Bei allen anderen hatten die Kollegen so lange heruminterpretiert, bis doch wieder das Maximalprogramm lief. Probleme bei Patientenverfügungen sind stets gleich: Entweder sie sind nicht passgenau, oder der behandelnde Arzt stellt die Chancen durch die Therapie falsch positiv dar.

### **Was muss sich ändern, damit alten Menschen auf einer Intensivstation unnötiges Leiden erspart wird?**

Auf der einen Seite gehören die Fehlanreize abgebaut. Es darf nicht sein, dass Bonusverträge als illegal eingestuft werden, aber niemand nachprüft, ob es solche Verträge gibt. Die Prüfung wäre supersimpel: Wir Ärzte müssen zur Berechnung des Ärztekammerbeitrages ohnehin unsere Einkünfte vor der Ärztekammer offenlegen. Wenn es da stark schwankende Einnahmen angestellter leitender Ärzte gibt, riecht es nach verbotenen „ertragsabhängigen“ Boni. Dies könnte man prüfen und entsprechend sanktionieren. Und wenn Intensivmedizin erst mal läuft und der Verlauf konfliktreich und problematisch ist, sollte man unbedingt eine unabhängige Zweitmeinung einholen. Unter [zweitmeinung-intensiv.de](http://zweitmeinung-intensiv.de) versuchen Ärzte, Intensivfachpflegekräfte und Juristen entsprechende Hilfestellungen zu geben.

### **Vielen Dank für das Gespräch, Herr Dr. Thöns.**

*Mail: [brigitte.teigeler@t-online.de](mailto:brigitte.teigeler@t-online.de)*



FOLGENDE THEMEN WERDEN  
AUS UNTERSCHIEDLICHEN  
PERSPEKTIVEN BELEUCHTET:

- Impuls zum Koalitionsvertrag –  
Überleben die ambulanten Fachärzte?
- Vernetzung im Gesundheitswesen –  
Entwicklung zu einer sektoren-  
übergreifenden Versorgung?
- Alternative Vergütungsarten  
auf dem Prüfstand
- Perioperatives Management:  
Hygienemanagement,  
Rechtliche Aspekte,  
Umgang mit Regressen

---

Anmeldung jetzt unter  
[www.bbraun.de/  
ambulantes-operieren](http://www.bbraun.de/ambulantes-operieren)

---

## 4. FORUM AMBULANTES OPERIEREN

7. und 8. Dezember 2018,  
Langenbeck-Virchow-Haus, Berlin-Mitte.