ÜBERTHERAPIE -

Pflegepersonal kann sie stoppen!

Während in der Öffentlichkeit lange Zeit der Eindruck bestand, es gäbe nicht die notwendige Versorgung, wir hätten zu wenig Ärzte und Pflegepersonal und schon gar nicht gibt es einen zeitnahen Facharzttermin, so findet doch zunehmend das eigentliche Problem der Medizin Beachtung: Übertherapie. Sie ist definiert als eine Behandlung, die voraussehbar den Patienten mehr schädigt als nützt bzw. seinen Therapiezielen nicht dient.

Text: Matthias Thöns, Burkhard Kirchhoff, Andreas Herzig

Übertherapie in der Intensivmedizin am Lebensende wird von namhaften Experten mittlerweile auf 50-90 % geschätzt. Selbst Papst Franziskus sprach vor der World Medical Association über die notwendige Vermeidung von Übertherapie. Zwei Fallbeispiele aus diesen Tagen sollen das Problem verdeutlichen, in der anschließenden Diskussion wollen wir neben Belegen für die zunehmende Problematik auch Lösungsansätze aufzeigen, die im Besonderen Pflegepersonal betreffen.

Fall 1: Intensivmedizin ohne Therapieziel

Ein 81jähriger multimorbider Mann wurde wegen eines riesigen Aortenaneurymas notfallmäßig operiert. Aufgrund der Ausdehnung konnte nur pallliativ ein langer Bypass vom Aortenbogen bis in den Beckenbereich die Beindurchblutung sichern. Das Aneurysma wie auch die Durchblutungsprobleme von Bauchorganen verblieben. Der alte Mann, der in seiner Patientenverfügung ausufernde Medizin abgelehnt hatte, willigte kurz vor der OP mit kaum lesbarer Unterschrift ein. Ein Hinweis auf die Alternativtherapie wie auch Hinweise auf die anschließend fast sicher notwendige Dialyse und beschränkte Lebensqualität erfolgten nicht. Auch wurde nicht erwähnt, dass es wohl kaum einen Operateur gäbe, der bei einem so ausgedehnten Befund überhaupt noch den Eingriff wagen würde. Erwartungsgemäß kam es postoperativ zu schwersten Komplikationen, Lungen-, Nieren-, Immunversagen wurden maximalmedizinisch behandelt, es trat eine Tetraparese auf. Frühzeitig versuchte die Familie, die Behandlungswünsche des Vaters durchzusetzen, scheiterte aber mit ihrem Antrag beim zuständigen Betreuungsgericht u.a. auch deswegen, weil der behandelnde Arzt tatsachenwidrig behauptete, "die Frage, ob der Patient nach dem Eingriff ein selbstbestimmtes Leben führen oder ein Pflegefall werden würde, sei völlig

offen". In dieser Situation schaltete die Familie Zweitmeinung-Intensiv ein. Nach Aktensichtung wurde mit dem Intensiv-Chefarzt sehr schnell der Kompromiss beschlossen, dass die Therapie nunmehr eingefroren werde, da Therapieziele im Sinne des Patienten unerreichbar waren. Dieser Kompromiss wurde nicht eingehalten, die Familie stellte daraufhin eine Strafanzeige wegen des Verdachts der Körperverletzung, Freiheitsberaubung und Misshandlung Schutzbefohlener und informierte die Öffentlichkeit. Bildzeitung und Regionalblätter berichteten. Unter dem Druck willigte die Klinik ein, den Patienten in eine andere Klinik zu verlegen, dort wurden mit der Familie eingehend die Behandlungswünsche besprochen und eine zeitgemäße Palliativversorgung eingeleitet.

Fall 2: Krebsbehandlung ohne Indikation

Bei dem 72jährigen Patient wurde Mitte 2019 ein metastasiertes Pankreaskarzinom festgestellt. Neben 3 Linien Chemotherapie, zu der die Ehefrau aufgrund der Empfehlung des Onkologen sehr drängte, bekam er im letzten Jahr einen Defibrillator implantiert, damit es nicht zu einem Herzstillstand kommt, und erlitt nach den ersten beiden Chemotherapien Schlaganfälle mit folgender umfangreicher Intensivtherapie. Als wir ihn Anfang 2020 in die Zweitmeinungsberatung übernahmen, war der Patient bereits seit Dezember in spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, das SAPV Team wird durch 2 Onkologen geleitet. Diese hatten zuletzt eine Chemotherapie in der Praxis durchgeführt, dort hinzukommen war für den bettlägerigen Patienten eine Tortur. Der Patient hatte – trotz Not und mehrfacher Anforderung - bislang keinen Hausbesuch erhalten, er hatte keine Notfallmedikation, trotz seiner Vernichtungsschmerzen kein schnellwirksames Schmerzmittel zuhause. Sein Defibrillator war noch aktiviert, obwohl die Ehefrau diesbezüglich bereits bei ei-



nem der Klinikaufenthalte und auch bei den Onkologen anfragte, ob man den nicht ausschalten müsse.

Wir organisierten an einem Samstagnachmittag die notwendige Medikation, deaktivierten den Defibrillator und beruhigten die aufgebrachte Familie. Der Patient verstarb am Folgemorgen, er benötigte zusätzlich Morphium und am Lebensende eine palliative Sedierung, starb dann äußerst friedlich, ohne dass der Defibrillator auslöste.

Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen bezeichnet Übertherapie als "das zentrale medizinische und ökonomische Problem." Prof. Hecken, der Vorsitzende des gemeinsamen Bundesausschusses, beklagt massive Fehlanreize in Kliniken, Chemotherapie in den letzten Lebenstagen, unnötige Operationen und zu lange geriatrische Klinikaufenthalte. Auf den Punkt bringt es der Berliner Ärztekammerpräsident, Dr. Jonitz: "Die Verwandlung der Krankenhäuser in betriebswirtschaftliche Unternehmen ist eine Fehlentwicklung historischen Ausmaßes.... Nicht mehr der kranke Mensch steht heute im Mittelpunkt ärztlichen und pflegerischen Handelns, sondern die Anzahl und der Fallwert seiner Diagnosen und ärztlichen Eingriffe." Als Ursachen gelten:

- **1.** ökonomische Fehlanreize,
- 2. Wissenslücken, Fehlglauben von Patienten und Angehörigen,
- **3.** das Ungleichgewicht der Arzt-Patientenrolle, Angst vor Rechtsfolgen bei Unterlassen denkbarer Therapieoptionen.

Problem Intensivmedizin

Unstrittig sind die Erfolge der modernen Intensivmedizin, froh sind wir über ihre Möglichkeiten - beim richtigen Patienten eingesetzt. Der Nutzen ist allerdings bei multimorbiden Hochbetagten oder bei schweren zerebralen Schäden meist unklar bis fehlend. Doch auf deutschen Intensivstationen werden zunehmend multimorbide, ältere Patienten aufgenommen, mit minimaler Lebensqualität und schlechter Prognose. So stieg das durchschnittliche Behandlungsalter zuletzt auf über 70 Jahre, die Gruppe der über 85jährigen nimmt jedes Jahr um 7 % zu, mittlerweile stirbt jeder 4. Klinikpatient in einem Intensivbett. Dabei hat sich die Steigerungsrate der über 65jährigen verdreifacht. Dies hat - so die Autoren - nichts mit der demographischen Entwicklung zu tun und führt schon gar nicht zu mehr "guten Jahren". Denn die Entlassung "Schwerstpflegebedürftig" steigt jedes Jahr um 8 %, die Entlassungen in Rehaeinrichtungen sinken dagegen jährlich um 3,5 %. Besonders schlimm ist auch die mangelhafte bis fehlende Palliativversorgung dieser Patienten.

In den Jahren 2006 bis 2016 nahmen die Beatmungsfälle durch Langzeitbeatmete um 347 % zu. Die Patienten waren zumeist multimorbide, es bestand neben dem Lun-

genversagen eine Vielzahl von internistischen und neurologischen Erkrankungen. Fast jeder 4. Patient hatte ein Nierenversagen bis hin zur Dialysepflichtigkeit.

Dabei gibt es die Besonderheit in der Gebührenordnung, dass Beatmungen bis 24 Stunden nicht gesondert vergütet werden. Wird jedoch nur eine Minute länger beatmet, können bei bestimmten Diagnosen über 25.000 € berechnet werden. Über diese unter Arzten auch "Beatmungshürde" genannte 24. Stunde hinaus gibt es medizinisch nicht erklärbare Häufungen.

So werden mittlerweile in Deutschland mehr als 1.500 Menschen über 90 Jahre langzeitbeatmet, die häuslich Intensivversorgten haben seit 2003 um den Faktor 80 zugenommen. Dabei findet eine fachärztliche Therapiebegleitung oder der Versuch zur Entwöhnung kaum noch statt, obgleich die Beatmung nach Aussagen der zuständigen Fachgesellschaft bei rund 70 % der Patienten wieder beendet werden könnte. Eine aktuelle Untersuchung zeigt, dass diese Zustände leidvoll sind, die Lebensqualität ist miserabel und ein Großteil der so Betroffenen wäre aufgrund des Leidenszustandes lieber tot. Nur 8,2 % der Intensivpatienten werden nach Behandlungszielen befragt. Dies hat leidvolle Folgen. Die Therapie wird 12-mal häufiger noch in der Sterbephase ausgeweitet, sie werden kurz vor dem Tod 11-mal häufiger operiert. Chancenlose Wiederbelebung bekommen sie am Ende 145-mal häufiger. Bei Patienten ohne Willensermittlung werden 32-mal häufiger teils schlimme Leiden dokumentiert, aber nicht behandelt. So wundert es nicht, dass ganz aktuell Wissenschaftler den Anteil an Übertherapie am Lebensende auf 50-90 % schätzen.

Nur 40 % der Menschen überlebt längerfristig eine Beatmung von über zwei Wochen. Von den wenigen Überlebenden schaffen es gerade einmal 12 % zurück in ihr altes Leben, der übergroße Rest bleibt mehr oder weniger geistig und körperlich schwerbehindert.

Eigentlich gilt, dass es das generelle Ziel der Intensivmedizin ist, einen kritischen Zustand zu überbrücken. Intensivmedizinische Lebensverlängerung - das steht in den Leitsätzen der Fachgesellschaft - ist bei irreversiblem Koma nicht indiziert.

Problem Krebsbehandlung

Wie die Fallbeispiele zeigen, gibt es noch in der Finalphase oftmals Übertherapie. In den letzten vier Wochen erhielten laut einer Studie sterbende Krebsbetroffene in der Uniklinik in München noch in ca. 61 % ein CT, in 40 % Chemotherapien, in 17 % Dialyse, in 31 % eine OP, über 30 % verstarben auf der Intensivstation.

Krebsbetroffene haben grundsätzlich viele belastende Symptome, Ängste und Nöte, nicht erst in fortgeschrittenen Krankheitsstadien. So ist es seit Jahren unumstritten,

dass möglichst bald eine Mitversorgung durch Palliativteams erfolgen sollte. Eine frühzeitige umfassende Integration palliativer Beratung und gegebenenfalls auch leidenslindernder sowie lebensqualitätsverbessernder Therapie bereits mit der Erstdiagnose einer unheilbaren Situation hat viele Vorteile: Lebensqualität von Patient und Zugehörigen, Psyche, Krankheitsverständnis, Vorsorgeplanung und sogar Überleben bessern sich. Palliativversorgung führt zu einer geringeren Symptombelastung, weniger nicht mehr indizierter Chemotherapie in den letzten Lebensmonaten, zu selteneren unerwünschten Notarzteinsätzen und weniger sowie kürzeren Krankenhausaufenthalten.

Palliative Chemotherapie

In wenigen Zusammenhängen wird das Wort "palliativ" so missbraucht wie beim Thema Chemotherapie. Evidenz, dass "palliative Chemotherapie" Leiden lindert, fehlt. Hinweise und Belege, dass Chemotherapien - im letzten Lebenshalbjahr eingesetzt - sowohl das Leben eher verkürzen als auch die Lebensqualität mindert, ist dagegen vorhanden.

Eine Arbeit des Kings-College London untersuchte alle in den Jahren 2009-2013 neu zugelassenen Behandlungen auf ihre Effektivität. Zu 90 % erfolgte die tumorspezifische Therapie nur mehr palliativ. Obwohl dem Großteil der Patienten in dieser Situation Lebensqualität vor Lebenszeit geht, wurden diese Endpunkte bei keiner Substanz primär untersucht. Bei Zulassung belegten nur 10 % der Substanzen eine Teilverbesserung der Lebensqualität, letztlich verlängerten 38 % der Substanzen das Leben im Schnitt um 2,7 Monate, nur bei 16 % wurde diese Spanne als klinisch relevant eingestuft. Die Hälfte der Substanzen hat bis zur Drucklegung einen patientenrelevanten Nutzen nicht belegt. Gleichwohl werden sie auch heute noch verordnet und erstattet. Hier dürfen zumindest Zweifel bestehen, ob die Aufklärung dies stets beleuchtet und auf Alternativen verwiesen wird.

Beim Pankreaskrebs ist es besonders schlimm: Er ist mittlerweile auf Platz 3 der Krebstodesuraschen, 80 % sind bei Diagnosestellung metastasiert, mittlere Überlebenszeit 4,6 Monate, 5 Jahresüberlebensrate 3 %. Trotz Chemotherapie, Strahlenbehandlung und OP hat sich an diesen düsteren Zahlen seit 40 Jahren nichts geändert. Die Therapie ist demnach außer bei den sehr seltenen heilbaren Fällen in der Frühphase weitgehend nutzlos, aber belastend. Und noch ein Problem ist hier offenkundig: Um die Wohnadresse des Erstautors bemühen sich im Umfeld 144 Kliniken um das Angebot der OP dieses Krankheitsbildes. Im Schnitt machen die Kliniken den lukrativen Eingriff nicht einmal 20-mal pro Jahr. Ob der Operateur jedes Mal auf neue sein Lehrbuch aufschlagen muss?

Viele Pflegefachpersonen sind unzufrieden mit Therapieentscheidungen am Lebensende. Zwar gehen der Mehrzahl der Sterbefälle (ca. 80 %) auf der Intensivstation Therapiezieländerungen mit Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen voraus, besonders belastend wird es allerdings empfunden, wenn diese notwendigen Entscheidungen verzögert werden. Es kommt zum Zweifeln an der Sinnhaftigkeit des eigenen Tuns. So gaben 91 % der Befragten in einer Untersuchung an, Übertherapie erlebt zu haben. Diese ging mit einem fast um den Faktor vier erhöhten Risiko für Burnout und einer siebenfach erhöhten Kündigungsbereitschaft einher.

Darf sich Pflegepersonal wehren?

Ja, man muss sich wehren, denn es handelt sich hier teils um Menschenrechtsverletzungen. Leider wird oft fehlerhaft eine "Schweigepflicht" gegenüber dem Arbeitgeber unterstellt, die es bei gravierenden Verstößen nicht gibt, insbesondere dann nicht, wenn derlei Verletzungen wiederholt passieren. Pflegepersonal muss nicht das Risiko eingehen, tatenlos zuzusehen und dann hinterher straf- wie schadenersatzrechtlich für unnötige Leiden von Patienten juristisch belangt zu werden. Uns ist dabei sehr wohl das Risiko "informeller Bedrohungsgespräche", Androhung arbeitsrechtlicher Konsequenzen, Versetzungen in unliebsame Abteilungen, Abmahnungen oder gar Kündigungen bekannt. Dabei reichen die Möglichkeiten des Pflegepersonals von einem Rat unter 4 Augen an die Angehörigen, die Empfehlung an diese, sich eine Zweitmeinung einzuholen, bis hin zur Verpflichtung, eine (anonyme) Strafanzeige zu stellen. Im Zweifel sollte dazu aber anwaltlicher Rat eingeholt werden. Lassen Sie uns zu den Verhältnissen nicht weiter schweigen!

Literaturliste auf Anfrage an redaktion@dbfk.de.



Dr. Matthias Thöns Arzt für Anästhesiologie, Notfall-, Schmerz und Palliativmedizin



Andreas Herzig Fachpfleger A & I Zweitmeinung-Intensiv GbR Wiesenstraße 14, 58452 Witten



Dr. jur. Burkhard Kirchhoff Wilhelmstraße 9, 35781 Weilburg/Lahn