

CDA ENNEPE-RUHR, ANTRAG ÜBERTHERAPIE

Die zunehmende Ökonomisierung und die ihr folgende Übertherapie sind zum zentralen Problem der medizinischen Versorgung geworden. Trefflich fasst es der Berliner Ärztekammerpräsident Günther Jonitz zusammen: „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.¹ Jonitz, der als aussichtsreichster Kandidat für die bald anstehende Wahl zum Bundesärztekammerpräsidenten gilt, steht nicht alleine da: Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen bezeichnet Übertherapie als „... das zentrale medizinische und ökonomische Problem.“² Allein in den letzten Monaten beklagen Deutschlands höchstes Leitliniengremium³ oder Prof. Hecken, der Vorsitzende des gemeinsamen Bundesausschusses: „massive Fehlanreize in Kliniken, Chemotherapie in den letzten Lebenstagen, zu viele Herzkatheter, unnötige Operationen und zu lange Klinikaufenthalte bei Hochaltrigen.“⁴ Selbst Papst Franziskus mahnt die Vermeidung von Übertherapie an.⁵ Zuletzt fasst das Netzwerk EbM 2019 zusammen: „Übertherapie gefährdet das Patientenwohl“.

Bei einer Befragung von Ärzten und Klinikgeschäftsführern gab ein Großteil der Ärzte Übertherapie zu.⁶ Aus wirtschaftlichen Motiven ...

... werden Herzkatheter oder Darmspiegelungen gemacht, die nicht medizinisch notwendig sind (69 %).

... werden Patienten operiert, obwohl das nicht nötig war (75 %).

... wird die Beatmungsdauer o.ä. durch die Vergütung bestimmt (71 %).

... wird der Entlassungszeitpunkt gewählt (58 %).

... werden Patienten aufgenommen, die nicht unbedingt ins Krankenhaus gehören. (94 %).¹

Vielfach ist etwa eine zu aggressive Krebsbehandlung am Lebensende dokumentiert, bei jungen Patienten in den letzten 30 Lebenstagen zu ca. 75 %⁷. Ähnliches belegt eine Untersuchung aus der Ludwig-Maximilian-Universität München: Die Mehrheit erhält in den letzten Lebenswochen Überdiagnostik und Übertherapie, jeder 3. Krebspatient starb auf der Intensivstation.⁸

Während zahlreiche Ursachen diskutiert werden, so gelten doch geldliche Fehlanreize unbestritten als Hauptmotiv.⁹ Diese Fehlanreize wirken etwa über Bonusverträge¹¹ mit leitenden Ärzten. Diese sind zwar gesetzlich verboten, es mangelt aber an einer Kontrolle und so geben 85% der Krankenhausgeschäftsführer selber zu, dass diese Verträge nach wie vor bestehen.

Viele Ärzte führen zu vermehrten Arztbesuchen, viele Intensivstationen führen zu mehr Intensivbehandlungen. Wo primär gewinnorientierte und nicht mehr dem Gemeinwohl verpflichtete Konzerne Behandlungspräferenzen nach den Erlösmöglichkeiten bestimmen können, kommt zu einem Überangebot hochpreisiger Behandlungsverfahren und zu einer Unterversorgung weniger profitabler personalintensiver Therapien, wie z.B. der Palliativversorgung.¹⁰ Exemplarisch sei erläutert, dass ein Bochumer im 30 Minuten Bereich die Auswahl an 50 (!) spezialisierten Krebszentren hat. Längst ist das Problem in der Laienpresse angekommen, selbst in der Comedyszene.¹¹

¹ Es handelt sich hier weitgehend um schwerwiegende Straftaten.

¹¹ Leitende Ärzte bekommen einen Anteil am Klinikgewinn oder direkte Vergünstigungen bei der Berechnung vieler hochpreisiger Behandlungsverfahren. Dies führte 2012 zum Transplantationskandal.

Folgen

Neben den wirtschaftlichen Folgen (jeder in der Übertherapie ausgegebene Euro steht für sinnvolle Leistungen nicht zur Verfügung) ist unstrittig, dass Übertherapie das Leben verkürzt und viel Leid erzeugt. Dies trifft im besonderen Maße am Lebensende zu, so hilft etwa zu spät eingesetzte Chemotherapie nicht, hat aber viele Nebenwirkungen und ungewollte oder therapieziellose Intensivmedizin erzeugt mittlerweile Zustände, die Intensivmediziner selber als „schlimmer als der Tod“ bezeichnen.¹¹ Dies beurteilt auch der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte genauso. Sogar ein Säugling mit schwerem Hirnschaden durfte entgegen des Antrags seiner Eltern sterben, weil der Leidenszustand durch fortgesetzte intensivmedizinische Maßnahmen (v.a. Beatmung und Absaugen) als unverhältnismäßig eingestuft wurde, bei fehlender Aussicht auf Besserung des sehr schwerwiegenden Hirnschadens.¹² Diese Patientengruppe der chronisch kritisch Kranken – freilich zumeist älter oder hochaltrig – nimmt gerade in Deutschland dramatisch zu. Gab es 2003 in Deutschland 500 zuhause intensivversorgte Langzeitpatienten, so ergeben Hochrechnungen heute, dass es wahrscheinlich deutlich über 40.000 sind. Die zuständige Fachgesellschaft konstatiert, dass 70% der Patienten diese Versorgung überhaupt nicht benötigen würden.¹³ Dieser Zunahme um den Faktor 80 ging die Regelung eines Erstattungsanspruchs von über 20.000 € pro Monat voraus. Eine weitere schlimme Folge des „Geschacher“ um hochpreisige Medizin ist, dass komplizierte Eingriffe mittlerweile nicht mehr in Zentren erfolgen, sondern in auch in Kliniken der Grundversorgung. So kann sich ein Berliner in 40 (!) Kliniken einer komplizierten Speiseröhrenoperation unterziehen, viele diese Kliniken machen das aber nur einmal im Jahr – entsprechend schlecht sind die Ergebnisse.¹⁴

Pflegepersonal und Ärzte empfinden eine enorme Gewissensnot, es kommt zum Zweifeln an der Sinnhaftigkeit des eigenen Tuns. So gaben über 90% der Befragten in einer Untersuchung an, Übertherapie erlebt zu haben. Diese ging mit einem um den Faktor vier erhöhten Risiko für burn out^{15,16} und einer siebenfach erhöhten Kündigungsbereitschaft¹⁷ einher. Eine Befragung von Intensivpflegepersonal – hier zeigen sich die Ausmaße der Pflegekrise am deutlichsten – erbrachte, dass 70% derzeit unzufrieden sind. Als einen Hauptgrund geben 94% der Befragten an „dass das ökonomische Interesse bei der Versorgung im Vordergrund stünden“.¹⁸ Selbst das Recht weist aktuell auf die Probleme hin, angesehene Juristen haben dazu jüngst veröffentlicht.¹⁹

Lösungsansätze:

Offenkundig kann hier weder auf eine Regulierung durch Marktmechanismen, noch auf die Zuständigkeit der Selbstverwaltung verwiesen werden.

1.

Es bedarf wieder einer staatlichen Bedarfsplanung für stationäre Behandlungen, wie auch für hochpreisige Therapieverfahren, die sich an einer Flächendeckung und insbesondere am Bedarf der Bevölkerung orientieren muss. Es kann doch nicht sein, dass dort besonders viele Herzkatheter erfolgen, wo es viele Herzkathetermessplätze gibt.

2.

Der Staat darf bei offenkundigen Fehlentwicklungen nicht wegsehen. Dort wo es Fehlanreize gibt (Bonusverträge von leitenden Ärzten mit Anreizen zur Leistungsausweitung, Ausweitung der heimambulanten Intensivversorgung) bedarf es Transparenz und einer wirksamen Kontrolle.

Literatur:

¹¹ Hillman, K., Athari, F., & Forero, R. (2018). States worse than death. *Current opinion in critical care*.

¹ <https://www.aerzteblatt.de/archiv/190684/Oekonomie-und-Ethos-im-Gesundheitswesen-Die-Maer-der-Kostenexplosion>

² https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_Kurzfassung.pdf

³ https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Stellungnahmen/Medizinische_Versorgung/20181205_Medizin_und_%C3%96konomie_AWMF_Strategiepapier_V1.0mitLit.pdf

⁴ https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/versorgungsforschung/article/974381/gba-kritisiert-massive-fehlanreize-in-kliniken.html

⁵ Papst Franziskus in einem Grußwort am 16.11.2017 im Vatican an die World Medical Association beim Meeting on End-of-Life Questions

⁶ Wehkamp, K. H., & Naegler, H. (2017). Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus. *Deutsches Ärzteblatt*, 114(47), 797-804.

⁷ <http://meetinglibrary.asco.org/content/170424-176>

⁸ Dasch B, Kalies H, Feddersen B, Ruderer C, Hiddemann W, Bausewein C: Care of cancer patients at the end of life in a German university hospital: A retrospective observational study from 2014. *PLoS One*. 2017 Apr 6;12(4):e0175124.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28384214>

⁹ Brownlee S, Chalkidou K, Doust J et al: Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet* DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5)

¹⁰ <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilung/pid/medizinische-versorgung-am-lebensende-noch-zu-haeufig-im-krankenhaus/>

¹¹ z.B. Bestseller Thöns: Patient ohne Verfügung. Piper 10. Auflage 2019 oder ZDF Mann/Sieber: „Wer kriegt die Oma“.

¹² Gard and Others v the United Kingdom App no 39793/17 (27.06.2017)

¹³ DIGAB: „Ambulante Intensivpflege nach Tracheotomie.“ *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift* 142.12 (2017): 909-911.

¹⁴ Prof. Einhäupl: Stellenwert der Ökonomie in der individuellen Patientenversorgung. Deutscher Schmerz- und Palliativtag, Frankfurt 08.03.2019

¹⁵ Bhatt, M., Lizano, D., Carlese, A., Kvetan, V., & Gershengorn, H. B. (2017). Severe burnout is common among critical care physician assistants. *Critical care medicine*, 45(11), 1900-1906.

¹⁶ Lambden, J. P., Chamberlin, P., Kozlov, E., Lief, L., Berlin, D. A., Pelissier, L. A., ... & Prigerson, H. G. (2019). Association of Perceived Futile or Potentially Inappropriate Care With Burnout and Thoughts of Quitting Among Health-Care Providers. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 36(3), 200-206.

¹⁷ Schwarzkopf D, Ruddel H, Thomas-Ruddel DO et al (2017) Perceived nonbeneficial treatment of patients, burnout, and intention to leave the job among ICU nurses and junior and senior physicians. *CritCareMed*45(3):e265–e273

¹⁸ https://www.aerzteblatt.de/archiv/205989/Intensivmedizin-Versorgung-der-Bevoelkerung-in-Gefahr?fbclid=IwAR1R58O_TnhAVevXN9C1QS05fl8e2u0GzrvrgWFGN0EdczRzlhri6mx_5Xo

¹⁹ Duttge, G. Juristische Implikationen einer Übertherapie. *Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 1-5

Janda C (2018) Überversorgung am Lebensende – Ursachen und Lösungsansätze. *Medizinrecht* 36:778–784

Hilgendorf E: Das Geschäft mit dem Lebensende: Übertherapie und ihre (straf-)rechtliche Bewertung. Beck 1. Aufl. 2018 <https://beckassets.blob.core.windows.net/product/toc/24163594/festschrift-rudolf-rengier-70-geburtstag-9783406726552.pdf>