

Wissen

DIE ZEIT · Nr. 4 - 2017

Martin Spiewak, Elisabeth Niejahr

Bis zum letzten Atemzug

Todkranken werden häufig Therapien zugemutet, die ihnen nichts mehr nützen – wohl aber den Ärzten und Kliniken

Weißer Plastikstühle auf dem Krankenhausflur, ein Holzkreuz an der Wand: Daran erinnert sich Maja Lambrecht, wenn sie an die letzten Tage ihres Vaters denkt. Sie weiß auch noch sehr genau, wie unwirklich ihr der knallblaue Himmel vorkam, als sie ein paar Stunden nach seinem Tod vor die Tür trat.

Ihr Vater, ein ehemaliger Bauingenieur, hatte bereits zwei Infarkte überstanden, als er wegen Herzversagens in die Klinik kam. Dort lag er nach einer Operation mehrere Tage im Koma. Mit Infusionskanüle im Arm und Beatmungsmaske auf dem Gesicht ruhte er in einem Zimmer, das Frau und Kinder nur abwechselnd betreten durften.

Woran sich Maja Lambrecht überhaupt nicht erinnert: an Abrechnungen ihrer privaten Krankenversicherung. Dabei würden sie weiterhelfen bei ein paar Fragen, die Lambrecht im Nachhinein immer wieder beschäftigen. Warum eigentlich war ihr Vater noch tagelang auf der Intensivstation, als die Ärzte schon alle Hoffnung aufgegeben hatten? War er ein besonders lukrativer Patient, wollte das Krankenhaus teure Geräte auslasten?

Besonders lukrativ: Patienten, die sich nicht mehr bewegen und an Geräten hängen

Meistens schafft es Lambrecht, die eigentlich anders heißt, sich solche Gedanken zu verbieten. Sie bringen ja nichts mehr. Außerdem schämt sie sich gegenüber den Ärzten, die einen engagierten Eindruck gemacht hatten. Aber Zweifel bleiben.

Lange trieb Angehörige eine ganz andere Sorge um, wenn sehr alte oder todkranke Menschen ins Krankenhaus oder Pflegeheim mussten. Sie fürchteten, dort könne zu sehr gespart werden, nach dem Motto: Der Aufwand lohnt sich doch eh nicht mehr. Als der Bundestag vor gut einem Jahr über eine Reform der Sterbehilfe debattierte, wetteten Politiker und Kirchenvertreter gegen eine »Ökonomisierung des Sterbens«. Gemeint war, dass medizinische Behandlungen im allerletzten Lebensabschnitt rationiert werden könnten. Nicht offiziell, sondern schleichend und stillschweigend. Die meisten Sterbenden leiden schließlich leise.

Nun macht sich jedoch ein ganz anderes Unbehagen breit: die Vermutung, dass kurz vor dem Tod nicht zu wenig, sondern zu viel von den Ärzten unternommen wird. Es spricht sich herum, dass nicht nur diejenigen Geschäfte machen, die Leben verkürzen, sondern vor allem diejenigen, die es um jeden Preis verlängern.

Die medizinische Überversorgung von Menschen am Lebensende ist ein Milliardenmarkt – und Routine in deutschen Kliniken und Altenheimen. Jeden Tag bekommen viele Krebspatienten extrem teure Präparate, die ihnen nicht helfen. Ärzte führen Operationen durch, die das Siechtum nur verlängern. Todkranke werden bestrahlt, beatmet oder künstlich ernährt, ohne dass sich dadurch ihre Lebensqualität verbessert.

In Krankenhäusern sorgt steigender Kostendruck dafür, dass Ärzte und Klinikmanager verzweifelt nach Einnahmequellen suchen. Jedes dritte Haus kämpft um die Existenz. Früher zahlte sich eine lange Liegedauer aus, heute werden die Krankenhäuser nach Diagnosen und Operationen bezahlt, und das bedeutet eben auch: Gerade Sterbenskranke können viel Geld bringen. Auch für Pflegeheime lohnen sich Patienten, die sich kaum noch bewegen können, aber an lebenserhaltenden Geräten hängen. »Das Ziel der Medizin, menschliches Leiden zu heilen oder zumindest zu lindern, wird in der Schlussphase des Lebens oft ins Gegenteil verkehrt«, sagt daher der Palliativmediziner Matthias Thöns. »Menschen werden mit sündhaft teuren, äußerst belastenden Therapien gequält, oft sogar gegen ihren Willen.«

Das deutsche Gesundheitssystem verleitet zu überflüssigen Therapien, das zeigen viele Untersuchungen. In einer Erhebung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin sagten kürzlich 70 Prozent der befragten Ärzte, dass mehrmals pro Woche in ihrem Zuständigkeitsbereich überflüssige Leistungen vorkommen. Als Gründe nannten sie neben der Sorge wegen Behandlungsfehlern »die Erzielung zusätzlicher Erlöse«.

Am Ende des Lebens sind Patienten und ihre Angehörigen besonders empfänglich für schlechte Ratschläge. Onkologen der englischen Universität Rochester haben in einer groß angelegten Studie untersucht, wie vom Tod bedrohte Menschen auf pessimistische Diagnosen reagieren. Das Ergebnis war eindeutig: mit Realitätsverweigerung. 68 Prozent der Patienten interpretierten ihre Prognose anders als der behandelnde Arzt. Nur einem von zehn Erkrankten war bewusst, dass die eigene Einschätzung sich von der Expertenmeinung unterschied.

Wer sagt schon Nein, wenn er um das Leben seiner Liebsten bangt?

Oft reagieren die Kranken und ihre Familien wie unter Hypnose und vertrauen jedem ärztlichen Rat blind. Selbst Profis sind nicht immun dagegen. Astrid Höhfeld-Sauer ist selbst Medizinerin, sie hätte also gewarnt sein müssen, als ihr Vater vor zwei Jahren im Sterben lag. Die 50-jährige Chirurgin aus Remscheid kennt schließlich die Mechanismen, die zur Übertherapie führen: den Ehrgeiz von Kollegen, in hoffnungslosen Fällen doch noch zu operieren. Den Druck aus der Klinikleitung und die Nervosität des Chefarztes, wenn zum Jahresende die Behandlungszahlen nicht stimmen.

Als angestellte Klinikärztin hatte Höhfeld-Sauer immer wieder Angehörigen oder Patienten Eingriffe begründen müssen, die aus ihrer Sicht nur schwer zu begründen waren. Nach über zwanzig Jahren kündigte sie deshalb ihre Stelle im Krankenhaus. »Es ging immer weniger um die Patienten und immer mehr ums Geld«, sagt die Medizinerin. »Dann war ich als Tochter plötzlich selbst betroffen und habe viel zu lange alles mitgemacht.«

Ihr Vater litt schon lange an Leukoplakien, einer Schleimhauterkrankung im Mund. Über Jahre ließen sich die Wucherungen per Laser entfernen, doch dann kam die erschreckende Diagnose: Krebs. Als sich in der Klinik daraufhin mehrere Mediziner über die richtige Therapie berieten, empfahl der Radiologe eine palliative Schmerztherapie. Der Tumor sei schon viel zu weit fortgeschritten, der Patient mit 79 Jahren nicht mehr widerstandsfähig genug.

Doch der Chirurg, ein Professor mit internationalem Ruf und imposantem Auftreten, riet zum Radikaleingriff. »Ich mache Ihren Vater wieder gesund«, versprach er Höhfeld-Sauer und ihren

Schwestern. Den Patienten selbst setzte er unter Druck. Seine Wange werde verfaulen und aufplatzen. »Er gab uns keine Chance, anders zu entscheiden«, sagt Höhfeld-Sauer.

In einer 14-Stunden-Operation wurden Teile des Unterkiefers entfernt, ein Hautlappen vom Oberarm transplantiert und die Luftröhre für die künstliche Beatmung geöffnet. Der Vater konnte danach nicht mehr sprechen, nach kurzer Zeit wurde die Geschwulst wieder größer. Der Professor aber weckte bei jeder Visite Hoffnung.

Es folgten Wundheilungsstörungen, eine Lungenentzündung, dann eine weitere Operation. Erst als der Vater sich einen Krankenhauskeim zuzog, ließen die Töchter ihn gegen den Willen des Professors in ein Hospiz verlegen. Dort starb der alte Mann genau an dem Tag, für den eigentlich eine dritte Operation angesetzt war.

Bis heute macht es Astrid Höhfeld-Sauer zu schaffen, dass sie ihren Vater nicht vor den üblen Seiten ihrer Profession schützen konnte. »Wir hatten keine Gelegenheit, mit ihm über den Tod zu sprechen und uns wirklich in Ruhe zu verabschieden«, sagt sie. Dann stieß sie auf das Buch des Palliativmediziners Matthias Thöns – *Patient ohne Verfügung: Das Geschäft mit dem Lebensende*. Als sie es zu Ende gelesen hatte, schrieb sie dem Autor: »Hätte ich Ihr Buch damals gekannt, wäre mein Vater zu Hause gestorben.«

Thöns ist Teil einer Gegenbewegung, die sich langsam formiert. Seit Erscheinen seines Buches im vergangenen Herbst hat er viele Zuschriften von Angehörigen und Pflegern bekommen, vor allem aber von Ärzten. Der Tenor war meist derselbe: Endlich schreibt es mal jemand. Dabei erhebt Thöns schwere Vorwürfe gegen seine Kollegen. Die Ärzte, so Thöns, hätten die Übertherapie am Lebensende »zu einer ans Kriminelle grenzenden Fachrichtung« gemacht. Und das vor allem aus einem Grund: um auf ihre Kosten zu kommen.

Der Palliativmediziner ist aus Erfahrung zum Missionar geworden. Wer den jungenhaft wirkenden Endvierziger in seinem Haus südöstlich von Bochum besucht, stößt schon an der hölzernen Haustür auf ein großes Plakat mit dem Buchtitel. Über Jahre hatte sich Thöns immer wieder bei Kliniken beschwert, Briefe an Krankenkassen geschrieben oder auf Fachkongressen Alarm geschlagen – ohne Erfolg. Da beschloss der Mediziner, die härtesten Fälle samt Expertenberichten und Studien in einem Anklagebuch zu bündeln.

Am mit Akten beladenen Esstisch berichtet er von »ein paar typischen Fällen aus der vergangenen Woche«. Von dem Patienten mit Krebs im Endstadium und Nierenversagen – »er hatte bereits lautes Todesrasseln« –, dem er nach Gesprächen mit den behandelnden Ärzten die Dialyse ersparte. Von der demenzkranken 71-Jährigen, die trotz anders lautender Patientenverfügung operiert wurde und bei der Entlassung unter Schmerzen litt. Erst nach Intervention des Betreuungsgerichts durfte Thöns sie mit Morphin behandeln.

Seit sechs Jahren betreibt der Mediziner von seinem Haus aus das Palliativnetzwerk Witten. Gemeinsam mit Kollegen, Pflegern und Hospizhelferinnen begleitet er jährlich 400 Menschen bis zu ihrem Tod. Dabei begegnet er immer wieder Patienten, die eigentlich nur noch sterben wollen, was die Medizin jedoch mit allem, was ihr Wissen hergibt, zu verhindern sucht.

Wie unmenschlich es dabei zugehen kann, hat Andreas Herzig erlebt. Er ist Altenpfleger und Pflegeberater, hat in Heimen und bei einem ambulanten Pflegedienst gearbeitet. Vor ein paar Jahren

lernte er außerdem ein vergleichsweise neues und extrem erfolgreiches Geschäftsmodell von innen kennen: die Beatmungs-WG. Solche Wohngemeinschaften sind gedacht für Menschen, die künstlich mit Sauerstoff versorgt werden müssen, weil sie nicht richtig atmen können, und denen die Krankenhaus-Atmosphäre erspart werden soll.

Die Übertherapie betrifft viel mehr Menschen als das Thema Sterbehilfe

Das gut gemeinte Modell sei extrem anfällig für Betrug, sagt Herzig. »Da geht es um viel Geld, gleichzeitig wird meist unterqualifiziertes Personal eingesetzt, das oft nicht durchschaut, was wirklich passiert«, erklärt er. Das sei fahrlässig, denn eigentlich seien Kenntnisse wie in der Intensivmedizin nötig. Aber besser ausgebildete Pflegekräfte gebe es oft nicht. Außerdem würden die Wohngemeinschaften nur selten von den Aufsichtsdiensten der Krankenkassen kontrolliert (siehe Artikel rechts).

Die Kassen zahlen für die Versorgung mitunter fünfstelligen Summen pro Monat, weshalb mancher Pflegebetreiber wenig Interesse hat, die Beatmung allmählich zu reduzieren. Wer einmal im System sei und Geld einbringe, sagt Andreas Herzig, den lasse der Pflegedienst oft nicht wieder los.

Herzig arbeitete in einer Beatmungs-WG mit sieben Patienten, die alle eine Kanüle in der Luftröhre hatten und darunter litten. Dabei waren sie gar nicht ständig an Geräte angeschlossen, sie konnten nämlich auch so atmen, bloß nicht so gut. »Denen liefen Flutwellen von Rotz und Wasser aus der Kanüle«, sagt Herzig. »Aber die Devise war: Bloß nicht das Ding entfernen, weil es dann keine Berechtigung zum Abkassieren mehr gibt.«

Der Pfleger hat das Leiden eines besonders stark betroffenen Patienten protokolliert, und er hat eine Zahl ausgerechnet, um die Ökonomisierung des Sterbens deutlich zu machen: 147 166 Euro. Das ist der Betrag, den die Kassen nach Herzigs Rechnung zu viel gezahlt haben. Nur weil Herzig für den alten Mann kämpfte, konnte der doch nach Hause. Innerhalb von zwei Wochen gelang die Entwöhnung. Am Ende habe der Patient ohne Schlauch friedlich in seinem Bett gelegen und sei bis zum Tod von einem Palliativmediziner betreut worden, erzählt Herzig. Für die Monate in der Pflegestation zahlten die Kassen 177 712 Euro. Die Betreuung zu Hause hätte nur 30 546 Euro gekostet.

Wie häufig Geldverschwendung auf Kosten Todkranker vorkommt, ist schwer zu beziffern. Gian Domenico Borasio, einer der führenden Palliativmediziner Europas, schrieb in der *ZEIT*, bis zu fünfzig Prozent aller Sterbenskranken erhielten Behandlungen wie Chemotherapie, künstliche Ernährung oder Antibiotika, »die ihnen nichts bringen oder sogar schaden«. Die Übertherapie betreffe weit mehr Patienten als das Thema Sterbehilfe. Wenn es gelänge, überflüssige Therapien am Lebensende zu reduzieren, könnte die Gesundheitspolitik gleich zwei Ziele auf einmal erreichen: geringere Kosten und höhere Lebensqualität.

Gesundheitsminister Hermann Gröhe bestreitet das Problem der Übertherapie nicht. Dennoch ist er überzeugt, dass der Gesetzgeber kurzfristig wenig tun könne. »Neben der Lebensverlängerung ist auch die Lebensqualität, die eine Behandlung bringt, entscheidend«, sagt er. »Aber die Frage, welche Behandlungen Ärzte am Lebensende sinnvoll finden, ist eher eine kulturelle als eine, die mit finanziellen Interessen zu tun hat.« Gröhe, ein engagierter Protestant, gehörte im Streit um die Sterbehilfe zu denen, die Beihilfe zum Suizid auf keinen Fall erleichtern wollten. Auch daher mag

seine Zurückhaltung rühren. Mit dem Palliativmediziner Thöns will er sich dennoch im Februar treffen.

Karl Lauterbach, der SPD-Gegenspieler des Ministers, hat einen skeptischeren Blick auf die Mediziner, insbesondere auf die Onkologen. Die erhalten viel Geld dafür, dass sie Studien für die Pharmaindustrie machen. Das will Lauterbach verbieten, nötig seien außerdem strengere Kontrollen in Pflegewohngemeinschaften und Heimen sowie eine bessere Bezahlung und Ausbildung der Pflegekräfte. Zwei Gesetze dazu hat die Regierung gerade auf den Weg gebracht.

Palliativmedizin und Hospize, das zeigen etliche Studien, könnten nicht nur das Leiden der Patienten erheblich verringern. In vielen Fällen verlängern sie sogar das Leben und bewirken damit auch medizinisch mehr als teure Behandlungen. Viele Mediziner müssten ihr eigenes Denken infrage stellen, fordert Gian Domenico Borasio. »Ärzte werden mit einer Ethik des Handelns sozialisiert«, sagt er. Am Lebensende sei eher »liebevolleres Unterlassen« angebracht.

Therapeutische Zurückhaltung spart also Geld, sie kostet aber Zeit. Für den Hinweis, man werde es mit »diesem neuen Medikament« noch einmal versuchen, muss ein Arzt nur kurz mit seinem Patienten sprechen. Will er ihm nahebringen, dass der Tod unvermeidlich sei und man nur noch die Schmerzen lindern könne, ist ein langes Gespräch nötig.

Immerhin wollen die Medizinischen Fachgesellschaften den Mut zum Weniger zum Programm erheben. »Gemeinsam klug entscheiden« heißt die Initiative. Sie listet nach amerikanischem Vorbild Leistungen auf, bei denen mehr Zurückhaltung geboten ist. Allerdings werden auch solche Initiativen, eine bessere Aufklärung und mehr Palliativmedizin die Ökonomisierung des Sterbens nicht komplett verhindern.

Das macht ein Blick auf die Liegezeiten der Palliativstationen deutlich, ausgerechnet. Dort gibt es meist für jede volle Woche Geld von der Kasse, und das schlägt sich in der Statistik nieder: Auffällig viele Patienten werden exakt nach 7, 14 oder 21 Tagen nach Hause entlassen. Auch Palliativmediziner wollen Geld verdienen.

[www.zeit.de/audio](http://www.zeit.de/audio)

Vorsorge und Fürsorge

### **Der Wille des Patienten**

gilt immer – bis an das Lebensende. Um ein selbstbestimmtes und würdiges Sterben durchzusetzen, braucht es jedoch Wissen und Vorsorge. Das wichtigste Instrument ist die Patientenverfügung. Sie hält fest, was die Ärzte am Ende zu tun und zu lassen haben.

### **Die Patientenverfügung**

ist verbindlich (seit 2009 auch durch ein Gesetz), dennoch besitzt nur ein Drittel der erwachsenen Deutschen ein solches Dokument. Zudem sind viele Verfügungen nutzlos, weil sie missverständlich oder zu vage formuliert sind. Konkret und anerkannt ist das Formular, welches das Bundesjustizministerium im Internet anbietet.

### **Kein Arzt oder Notar**

muss das Dokument unterschreiben, dennoch ist es durchaus sinnvoll, mit seinem Hausarzt darüber zu sprechen und sich verschiedene Szenarien, die auf Patienten am Ende des Lebens zukommen können, erklären zu lassen. Noch wichtiger ist aber, einen Vertreter (meist Verwandten) einzusetzen für den Fall, dass man selbst nicht mehr entscheiden kann. Dies geschieht mit einer schriftlichen Vorsorgevollmacht.

### **Bei Zweifeln an einer Behandlung**

sollten Patienten (oder deren Vertreter) die Meinung eines zweiten Arztes einholen – gerade vor umfangreichen Eingriffen oder Therapien. Viele Kassen zahlen eine solche Zweitmeinung. Bislang scheuen viele Patienten den Schritt, weil sie »ihrem« Arzt nicht mit Misstrauen begegnen wollen. Ein guter Mediziner wird aber besonders in schwierigen Fällen selbst zu einer zweiten Meinung raten. SPI

### HINTER DER GESCHICHTE

Als die ZEIT im März 2015 drei Ärzte zum **Gespräch über Sterbehilfe** bat, diskutierten diese lange und leidenschaftlich. In einem Punkt waren sich die Mediziner aber überraschend einig: Das **allergrößte Problem** sei die Übertherapie am Lebensende. Sensibilisiert durch die Berichte der Ärzte recherchierten Elisabeth Niejahr und Martin Spiewak seitdem Fälle, sammelten Informationen, lasen Studien. Erlebnisse in der **eigenen Familie** kamen hinzu. Das Schreiben empfanden sie als **Gratwanderung**: Niemand will sich schließlich dem Vorwurf aussetzen, er befürworte ein Sparprogramm auf Kosten sterbenskranker Patienten.