



Deutscher Anwaltverein

Arbeitsgemeinschaft
Medizinrecht

17. Frühjahrstagung

vom 31. März bis 01. April 2017 in Leipzig

Arbeitsgruppe Arztstrafrecht

Übertherapien am Lebensende – „pekuniäre
Indikation vs. medizinische Indikation“

Rechtsanwältin Henrike Korn
Hamburg

Übertherapie am Lebensende

Pekuniäre Indikation vs. medizinische Indikation
oder der Spagat zwischen Maximaltherapie und Therapiebegrenzung



Frühjahrstagung ARGE Medizinrecht, AG Strafrecht, 31.03.2017, Leipzig

AGENDA

- I. Phänomen Übertherapie für Schwerstkranke?
- II. Medizinische Indikation als Kernstück ärztlicher Legitimation
- III. „Futility“ – Konzept zur Therapiezieländerung
- IV. Rechtliche Rahmenbedingungen zu Sterbehilfe und Sterbebegleitung
- V. Palliativmedizinische Versorgung
- VI. „Moral Hazard“ und angebotsinduzierte Nachfrage
- VII. Beispiele von Übertherapie am Lebensende
- VIII. Ausblick

I. Einleitung: Phänomen Übertherapie für Schwerstkranke?

- „Support“- Studie (USA): 2/3 Patienten erhielten invasive lebenserhaltende Maßnahmen in den letzten 3 Tagen vor ihrem Tod (JAMA 1995; 274:1591 ff)
- Im letzten Lebensjahr eines Menschen werden 77 % aller Gesundheitskosten pro Versicherungsnehmer ausgegeben, 40 % davon im letzten Lebensmonat. 70 % davon fallen auf stationäre Behandlungen (vgl. Nachweise in Stödtling, MedR 2012, 428)
- Bis zu 50 % Patienten erhalten nicht indizierte Untersuchungen, 28 % der Sterbenden werden reanimiert (Cardona-Morell Met et al. Int J Qual Health Care, 2016; 28; 456, 69)
- Deutscher Ethikrat 2016: Besorgniserregende Entwicklungen in der Krankenhausmedizin, so etwa Mengenausweitungen und reduzierte Behandlungsleistungen, Konzentration auf gewinnbringende Behandlungen
- Prof. Gerlach, Sachverständigenrat, 2016: Organisierte Verantwortungslosigkeit im Gesundheitswesen
- DGIM 2016: Durch Einführung des DRG-Systems werden jegliche Interventionen nach ökonomischen Gesichtspunkten sortiert
- BÄK 2015: Kundenorientierung im Gesundheitswesen hat moderne Medizin anfällig werden lassen für eine expandierende Praxis ökonomisch motivierter ärztlicher Angebote an Patienten

I. Einleitung: Phänomen Übertherapie für Schwerstkranke?

Übertherapie wird in folgenden Bereichen mit Blick auf Behandlung am Lebensende beobachtet:

- Onkologische Operationen am Lebensende
- Chemotherapien, Bestrahlung, Antikörperinfusionen am Lebensende
- Langzeitbeatmung
- Künstliche Ernährung (PEG –Sonde)
- Diagnostische Maßnahmen (Bronchioskopien, Angiographien, Screening)

I. Einleitung: Phänomen Übertherapie für Schwerstkranke?

Stand 2017:
...Zu viel?



Angebot
medizinisch nicht
indizierter
Maßnahmen

Fehlanreize?

Vorenthaltung
medizinisch
indizierter
Maßnahmen

Allokationsethik?

Stand 2011:
...Zu wenig?

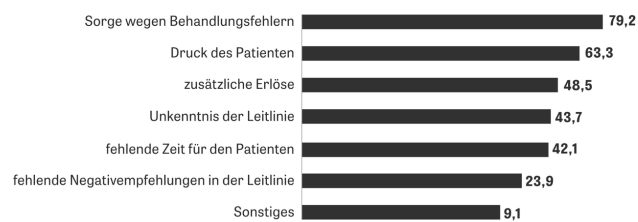


I. Einleitung: Phänomen Übertherapie für Schwerstkranke?

Ursachen und Folgen von Übertherapie:

Umfrage unter 4181 Ärzten im Jahr 2015; Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen möglich

Warum werden unnötige Behandlungen verordnet?*



Wie wirkt sich die Überversorgung aus?*



*Originale Antwortmöglichkeiten gekürzt

Zeit Grafik, 2017

I. Einleitung: Phänomen Übertherapie für Schwerstkranke?

- DGHO, DGP: Belastende onkologische Therapien am Lebensende ohne wesentliche Chance auf klinischen Nutzen sollten unterlassen werden
- Micheal de Ridder moniert die zunehmend ökonomische Sichtweise in Kliniken:
 - Mit Erlernen des Codierens eignen sich junge Ärzte blindlings einen kaufmännischen Jargon an. Beatmungspatienten sind „Cash Cows“, Neugeburten ohne Komplikationen sind „Poor Dogs“ (De Ridder, Welche Medizin wollen wir?)
- Husebø beklagt die erhebliche Zunahme der Apparatedizin und die Abnahme der sprechenden Medizin
 - Die Ärzte haben längst angefangen, Leben und Tod zu manipulieren,
 - Der Arzt als Besitzer der medizinischen Wahrheit (Husebø, Ethik in der Medizin)
- Borasio fordert Ärzte zu therapeutischer Zurückhaltung, zum „Mut zum Weniger“ auf:
 - Ärzte werden mit einer Ethik des Handelns sozialisiert, am Lebensende ist eher „liebevoller Unterlassen“ gefragt
- Matthias Thöns erhebt schwere Vorwürfe im Hinblick auf Übertherapie:
 - Patienten werden bestrahlt, geröntgt, operiert, kathetersiert, chemotherapiert, was die Gebührenordnung hergibt
 - Ich habe mehrfach erlebt, dass bis zur Leichenstarre beatmet wird (Thöns, „Patient ohne Verfügung“)

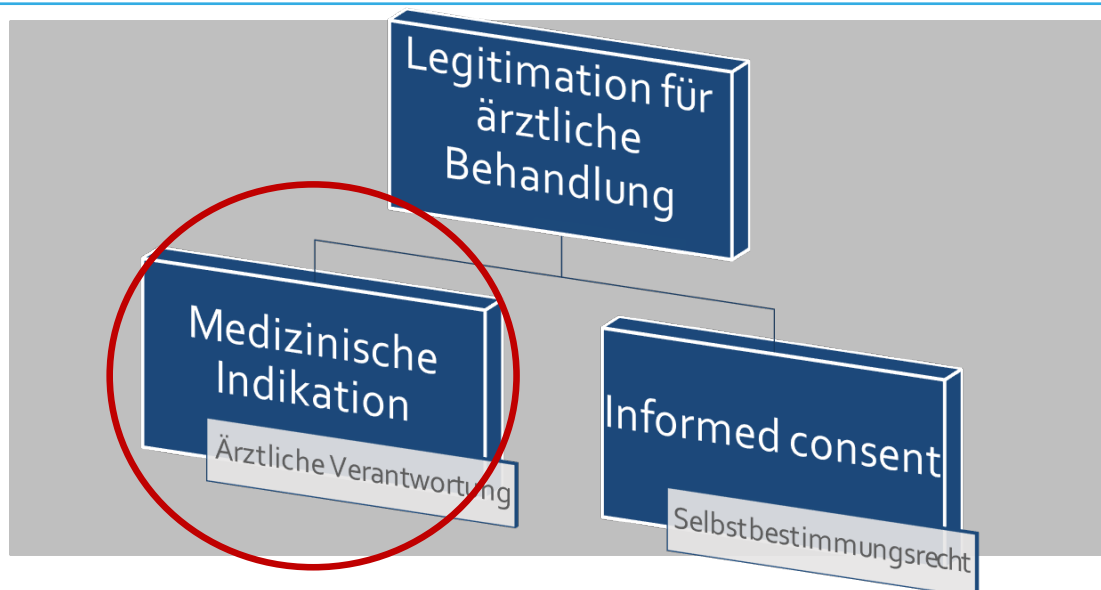
II. Medizinische Indikation als Kernstück ärztlicher Legitimation

Die Frage nach der medizinischen Indikation...

II. Medizinische Indikation als Kernstück ärztlicher Legitimation

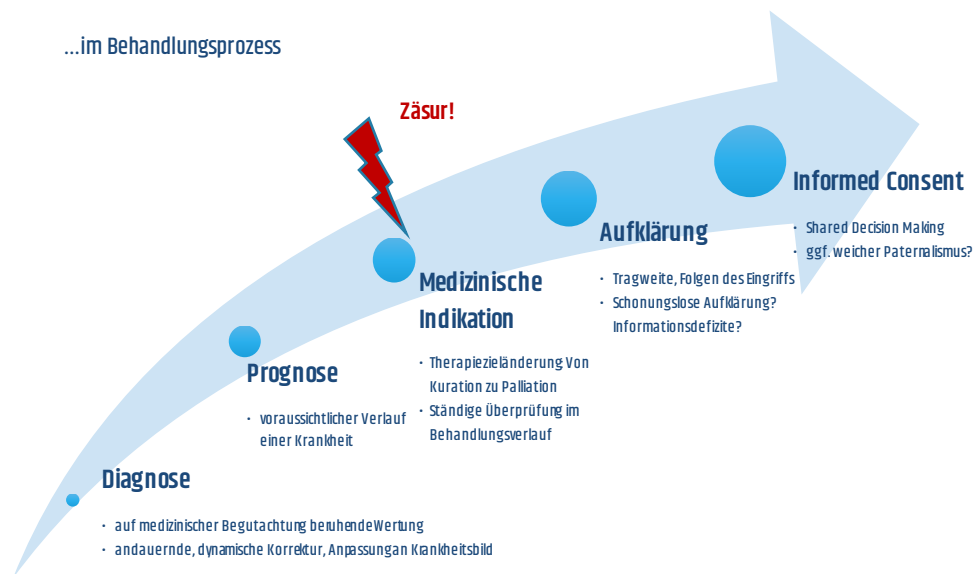
- Ein Heileingriff hat drei Voraussetzungen:
 - Maßnahme muss medizinisch angezeigt sein, § 1901b Abs. 1 S. 1 BGB
 - Einwilligung des Patienten muss vorliegen, § 630d Abs. 1 S. 1 BGB
 - Maßnahme muss lege artis bzw. standardgerecht erfolgen, § 630a Abs. 2 BGB
- Stellen der Indikation fällt in den Verantwortungsbereich des Arztes
- Eine nicht indizierte Maßnahme muss dem Patienten nicht angeboten werden (selbst wenn er dies wünscht)
 - Selbstbestimmungsrecht gibt keinen Anspruch auf kurative Therapie, wenn nicht indiziert (arg. Grundrechte sind Abwehrrechte)
 - Bsp.: Patient wünscht Maximaltherapie bei drohendem „Inferno“ toxischer, lebensgefährlicher Nebenwirkungen
- In den letzten Jahrzehnten ist die „medizinische Indikation“ ein konturenloser, unklarer Begriff geworden
 - ✓ Nach neuerer Rspr. scheint medizinische Indikation eher Indiz für Ausmaß und Tragweite für die erforderliche Aufklärung
 - ✓ Im Zusammenhang mit wunscherfüllender Medizin und Grenzen ärztlicher Behandlung am Lebensende aktuell diskutiert

II. Medizinische Indikation als Kernstück ärztlicher Legitimation



II. Medizinische Indikation als Kernstück ärztlicher Legitimation

...im Behandlungsprozess



II. Medizinische Indikation als Kernstück ärztlicher Legitimation

- Durch Betreuungsrechtsänderungsgesetz (2009) im Zivilrecht festgeschrieben § 1901b Abs. 1 BGB:
*„Der behandelnde **Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme** im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten **indiziert ist**. Er und der Betreuer erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die nach § 1901a zu treffende Entscheidung.“*
- Typische Frage im Zusammenhang mit Behandlung am Lebensende: Ist der **Verzicht** auf lebenserhaltende medizinische Maßnahme oder deren Beendigung zulässig?
- Richtige Frage: Ist die **Durchführung** der Maßnahme medizinisch indiziert? Erst wenn (+), Angebot der Maßnahme, Aufklärung und informed consent des Patienten (bzw. mutmaßlicher Wille, sofern nicht einwilligungsfähig)
- Medizinische Indikation erfordert Interessenabwägung des Arztes: Risiko und Schwere des Eingriff, Erfolgsaussichten und Erreichbarkeit des Behandlungsziel müssen in „angemessenem“ und „vernünftigem“ Verhältnis zueinander stehen.

II. Medizinische Indikation als Kernstück ärztlicher Legitimation

- Fragen nach „angemessenem“, „vernünftigen“ Verhältnis wirft viele ethische Fragestellungen auf
- Die medizinische Indikation wird in der modernen Medizinethik meist in zwei Stufen unterteilt, Neitzke (2008)

Medizinische Indikation

- Definition des Behandlungsziels
- Wirksamkeit einer Behandlung zur Erreichung des Therapieziels
- Fachliche Rechtfertigung für die Maßnahme im allgemeinen

Beispiel: Bluttransfusion bei extremer Blutarmut

Ärztliche Indikation

- Patientenrelevanter Nutzen zur Erreichbarkeit des Behandlungsziels
- **Nutzen – Schaden – Abwägung (Nutzen ist nicht Wirksamkeit!):**
- Nutzen > Schaden: Angebot kurativer Therapie
- Nutzen ≈ Schaden: Entscheidungskonflikt
- Nutzen < Schaden: Therapie ablehnen, Entscheidungskonflikt

Beispiel:
Keine Bluttransfusion bei schwerstgradig Leidendem in der Sterbephase
(kein individuelles Therapieziel, Sterben in Blutarmut = Leidarm)

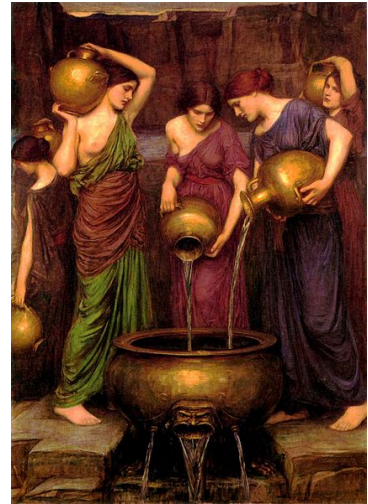
III. Das Futility-Konzept zur Therapiezieländerung

*...und wie ist die Praxis
der Ärzte?*



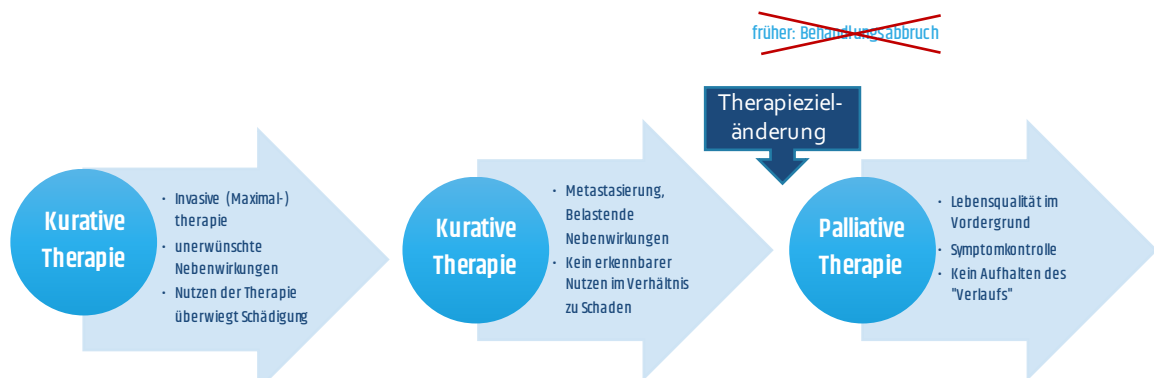
III. Das Futility-Konzept zur Therapiezieländerung

- „futilis“ = undicht, auslaufend, unnütz;
Griechische Mythologie: Das (bodenlose) Fass der Danaiden
- Das Futility-Konzept wurde in den 80er Jahren im angloamerikanischen Raum
Rechtfertigung eines Behandlungsverzichts (Therapiezieländerung) entwickelt
 - Für Patienten im Finalstadium diskutiert
 - geht von Aussichtslosigkeit und Sinnlosigkeit medizinischer Interventionen aus;
statt invasiver, belastender Therapie tritt palliativmedizinische Versorgung
Vordergrund
 - von BÄK in „Grundsätzen der ärztlichen Sterbebegleitung“ (2011)
bestätigt



Walterhouse, 1903

III. Futility-Konzept zur Therapiezieländerung

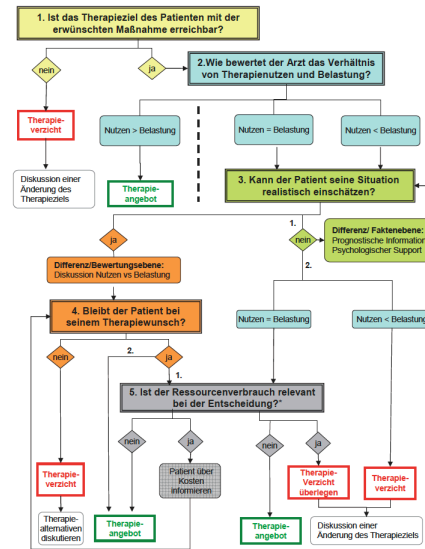


5 Fragen im gesamten Verlauf:

- 1) Ist das gewünschte Therapieziel erreichbar?
- 2) Wie bewertet der Arzt den Nutzen und die Belastung durch die Therapie?
- 3) Ist der Patient in der Lage, Prognose, Therapiefolgen und Alternativen wirklichkeitsbezogen wahrzunehmen?
- 4) Wie bewertet der Patient Gewinn und Belastung durch die Therapie?
- 5) Sollen die Kosten für die Therapie bei marginalem Nutzen von der Versicherungsgemeinschaft getragen werden?

III. Futility-Konzept zur Therapiezieländerung

Nutzen-Schaden-Abwägung nach
Winkler, Marckmann (AA 04, 2002, 141)



* Die Einführung dieses Schritts erfordert einen gesellschaftlichen Konsens zu Kostenüberlegungen bei Therapieentscheidungen am Krankenbett.

Korn Healthcare Law ... weil Vertrauen wichtig ist!
Kanzlei für Gesundheitsrecht

17

IV. Rechtliche Rahmenbedingungen zu Sterbehilfe und Sterbebegleitung

Hilfe zum Sterben

- Tötung auf Verlangen, § 216 StGB
- Beihilfe zum Suizid, § 217 StGB

Gleichstellung
Tun/Unterlassen
LG Ravensburg 1987, NSZ
87, 229; BGH v. 25.6.2010
(Putz-Urteil)

Hilfe beim/im Sterben

- **Passive Sterbehilfe im engeren Sinne (im Sterbeprozess)**
 - Der Krankheit seinen Lauf lassen
 - Symptombehandlung
 - Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen (Nichteinleitung oder Abbruch), (BGH, Urt. v. 8.5.91 BSt 37, 376)
- **Passive Sterbehilfe im weiteren Sinne (vor Sterbeprozess)**
 - Kemptener Fall (Urt. v. 13.9.1994, BGHSt 40, 257)
 - Verwirrung durch 12. Zivilsenat des BGH: „Im Zweifel pro vitae“
- **Indirekte Sterbehilfe**
 - Lebensverkürzung als Nebenfolge der schmerzlindernden Behandlung wird in Kauf genommen
 - Heute kaum noch bedeutsam, Fortschritte in Palliativmedizin, insbes. bzgl. terminale Sedierung

Korn Healthcare Law ... weil Vertrauen wichtig ist!
Kanzlei für Gesundheitsrecht

18

IV. Rechtliche Rahmenbedingungen zu Sterbehilfe und Sterbebegleitung

- **Grundsatz-Urteile des BGH:**

Es gibt keine Rechtsverpflichtung zur Lebenserhaltung um jeden Preis. Maßnahmen zur Lebensverlängerung sind nicht schon deswegen unerlässlich, weil sie technisch möglich sind. Angesichts des bisherige Grenzen überschreitenden Fortschritts medizinischer Technologie bestimmt nicht die Effizienz der Apparatur, sondern die an die Achtung der Menschenwürde ausgerichtete Einzelfallentscheidung die Grenze ärztlicher Behandlungspflicht.

(BGH, Urt. v. 4.7.1984, 3 StR 96/84, BGHSt 32, 367, 379 f., BGHSt 40, 257, 260)

- Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz bestimmt: „Die Würde des Menschen ist unantastbar.“

- Verschiedene Landesverfassungen schreiben Grundrecht auf „würdevolles Sterben“ fest

(Art. 8 Abs. 1 Verfassung des Landes Brandenburg, Art. 1 Abs. 1 Thüringische Landesverfassung)

- Erhebliche Unsicherheiten und Divergenzen bzgl. „menschenwürdigem“, „friedlichem“ Sterben...

- *„Was einen Preis hat, an dessen Stelle kann etwas anderes als Äquivalent gesetzt werden; was dagegen über allen Preis erhaben ist, das hat seine Würde.“ (Immanuel Kant)*

IV. Rechtliche Rahmenbedingungen zu Sterbehilfe und Sterbebegleitung

- Der wesentliche Ansatz passiver Sterbehilfe ist der Verzicht auf kurative Therapie, auf die künstliche Verlängerung des Sterbevorgangs. Das Ärztliche-ethische und das Rechtliche können sich in der tragfähigen Zäsur vereinigen, die begrifflich zwischen der direkten Euthanasie, die auf Tötung abzielt, einerseits und der schicksalhaften Entwicklung andererseits unterscheidet, deren natürlichem Verlauf der Arzt nicht in den Arm zu fallen braucht

(Dr. Heinrich Kintzi, Generalstaatsanwalt, Braunschweig, 2002)

- Würde die rechtliche Grenze des Selbstbestimmungsrechts sich je nach dem Inhalt der ärztlichen Prognose verschieben und von der sich verändernden Leistungsfähigkeit medizinischer Apparaturen und von der tatsächlichen Ausstattung des Krankenhauses abhängen, so wäre sie nicht mehr eigengesetzlich festgelegt, sondern zu einer Variablen der jeweiligen ärztlichen Prognose degradiert.

(Kutzer, 2005)

V. Palliativmedizinische Versorgung

...Palliativmedizin als Alternative?

V. Palliativmedizinische Versorgung

- Sich in die Perspektive des Patienten hineinversetzen

KIERKEGAARD, 1859: *„Jede wahre Kunst der Hilfe muss mit einer Erniedrigung anfangen. Der Helfer muss zuerst knien vor dem, dem er helfen möchte. Er muss begreifen, dass zu helfen nicht zu herrschen ist, sondern zu dienen; dass Helfen nicht eine Macht, sondern eine Geduldausübung ist; dass die Absicht zu helfen einem Willen gleichkommt, bis auf weiteres zu akzeptieren, im Unrecht zu bleiben und nicht zu begreifen, was der Andere verstanden hat.“*

- Erwartungen und Befürchtungen des Patienten ermitteln
- Psychosoziale Probleme berücksichtigen
- Patient sorgfältig über Maßnahmen informieren
- Nutzen und Risiken der Maßnahmen anhand der Wertvorstellungen des Patienten bewerten
- Entscheidungsprozess des Patienten unterstützen
- Evtl. Zweitmeinung einholen

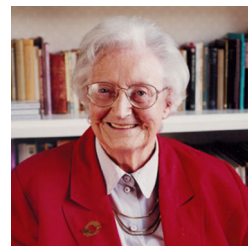
(vgl. Markman et al.: Begrenzung lebenserhaltende Maßnahmen: Eine Handreichung für die Praxis auf der Grundlage der aktuellen Gesetzgebung (MW 2010, 570 ff))

- Aktueller Streit unter Palliativmedizinern bzgl. geschäftsmäßiger ärztliche Suizidbeihilfe; Verfassungsbeschwerde einiger Palliativmedizinern gegen § 217 StGB

V. Palliativmedizinische Versorgung

„Meine Aufgabe ist es, mich um die Gesundheit des Menschen zu kümmern, Es gibt Zeiten, in denen es im Interesse der Gesundheit liegt zu sterben. Es ist nicht gesund, das Sterben hinauszuzögern“

(Cicely Saunders)



V. Palliativmedizinische Versorgung

- Schmerzlinderung
- Symptomlinderung
- Kommunikation
- Ethik
- Soziale Integration
- Seelsorge
- Teamarbeit

Huesbö, Klaschik, Palliativmedizin, 2009

- Patient und Angehörige
- Person und Gesellschaft
- Körper und Seele
- Wissen und Verständnis
- Wissenschaft und Kunst
- Schwäche und Würde
- Leiden und Hoffnung
- Leben und Tod
- Liebe und Trauer

V. Palliativmedizinische Versorgung

Zu erörternde, oft wiederkehrende medizinethische Fragen in der Palliativversorgung:

- Wann ist eine Therapie zu beenden?
- Müssen lebensbedrohliche Komplikationen immer behandelt werden?
- Rolle des Arztes? (unbeschränkte Autonomie des Pat. respektieren? Paternalismus walten lassen? weichen Paternalismus zeigen?)
- Wie ist bei Zeitdruck zu entscheiden (Intensivmedizin?)
- Soll im Zweifel und bei Zeitdruck erst Therapie begonnen werden, um sie später abubrechen?
- Gibt es einen Unterschied zwischen Unterlassen einer Behandlung und deren Abbruch?

VI. Moral-Hazard-Effekt und angebotsinduzierte Nachfrage

... Wie kommt es zu Übertherapie?

VI. Moral-Hazard-Effekt und angebotsinduzierte Nachfrage

...Der Strafrechtler spricht vom „*Unrechtsbewusstsein*“.

....der Mediziner nennt es „*Anreiz*“,



...der Volkswirt erklärt das „*Moral Hazard - Phänomen*“

VI. Moral-Hazard-Effekt und angebotsinduzierte Nachfrage

- Ein von der Versicherungswirtschaft geprägter Begriff, der ursprünglich im Zusammenhang mit Feuerversicherungen verwendet wurde. Merksatz: Je besser versichert, desto weniger Schadenbegrenzung
- Neoklassische ökonomische Modelle von Angebot und Nachfrage gelten im Gesundheitswesen nicht. Stattdessen behaupten Gesundheitsökonomien, Gesundheitswesen sei ein von Anbietern dominierter Wirtschaftszweig
- Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient („Adverse Selection“)
- Folge: „Zieleinkommens-Hypothese“: Bei zunehmender Arztdichte wird der Patient gezielt desinformiert, um die eigene Auslastung sicherzustellen („Moral Hazard“)
- Empirisch belegbar? Kein hinreichendes Instrumentarium zur Messung des Ungleichgewichts vorhanden, aber: Untersuchungen in D und CH belegen im stationären Bereich einen signifikanten Zusammenhang von Arztdichte (Zahl der Krankenhausbetten) und Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen

VI. Moral-Hazard-Effekt und angebotsinduzierte Nachfrage

...Stellungnahme der Bundesärztekammer, „Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung“, 2015:

- Arzt übernimmt die Verantwortung für den Patienten und gibt ihm das implizite Versprechen, nur Maßnahmen im Sinne des Patienten anzubieten.
- Gefahr, dass ökonomischen Motive hinter den ärztlichen Angeboten nicht indizierter Maßnahmen verdeckt bleiben und die Ärzte dazu verleitet werden, genuin ökonomische als medizinische Motive auszugeben.
- Gefahr, dass Ärzte bei ökonomischen Anreizen zur Fallzahlerhöhung dazu verleitet werden, Patienten subtil zu täuschen.
- Trend, der viele Ärzte unwillkürlich in eine Situation der Zerrissenheit treibt.
- Dilemmasituation, in der die Entscheidung für das Wohl des Patienten in einen Konflikt gerät mit dem überlebensnotwendigen Interesse des Hauses an einer Konsolidierung der Bilanzen
- Gründe: Arbeitsverträge, DRG-System

VI. Moral-Hazard-Effekt und angebotsinduzierte Nachfrage

- Führende Onkologen kritisieren Verfahren frühe Nutzenbewertung im AMNOG (2011)

Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DHGO):

- Abhängigkeit von Industrie gefährdet Studienkultur
- Neue Gewichtung patientenrelevanter Endpunkte erforderlich
- Schwachstelle beheben: Festlegung zweckmäßiger Vergleichstherapien

Prof. Ludwig, Chefarzt Helios Berlin-Buch, Vors. Arzneimittelkommission:

- Nutzen neuer Krebsmedikamenten oft völlig unzureichend belegt, Preise obszön
- Informierte Entscheidungen von Patienten und Ärzten oft nicht möglich, unvollständige Informationen der Hersteller, Ergebnisse nicht immer publiziert
- Onkologika kommen auf den Markt ohne ausreichende Erkenntnisse zur Sicherheit
- Weiterentwicklung des Verfahrens bzgl. später Nutzenbewertung erforderlich

VI. Moral-Hazard-Effekt und angebotsinduzierte Nachfrage

- Der Fall des Mega - Blockbusters Avastin: „Geld-Zurück-Garantie“ bei nutzloser Behandlung?
- Bevacizumab (Avastin), zugelassen 2005 für kollektoriales Karzinom, weitere 10 (honorierte!) Anwendungsbeobachtungen für andere Indikationen (wenig Nutzen) folgten
- bzgl. Brustkrebs (HER2 neg. metast. Mama-CA): Zwischenergebnisse (Progression Free Survival) bringen Zulassung, später fragliche Ergebnisse (Overall Survival), extrem toxische Nebenwirkungen, Folge FDA entzieht 2011 Zulassung für Brustkrebs
- Hersteller bot Krankenhäusern „Geld-Zurück-Garantie“ an, sofern Behandlung nach x Monaten für den Patienten nutzlos
- Stellungnahme Arzneimittelkommission 2008:

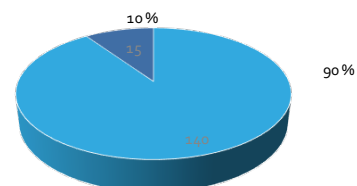
„Bei genauerer Betrachtung der Therapieergebnisse und der unerwünschten Wirkungen der oben beispielhaft genannten Wirkstoffe wird jedoch deutlich, dass die Direktverträge zwischen pharmazeutischen Herstellern und Krankenkassen bzw. Kliniken die ärztliche Therapiefreiheit beeinträchtigen, der Einsatz von in klinischen Studien nicht selten unzureichend geprüften Arzneimitteln propagiert wird, vermutlich nur marginale Einsparungen erzielt, dafür aber angeblich innovative und kostenintensive Arzneimittel mit erheblichem Risikopotenzial am Markt platziert werden.“

VII. Beispiel von Übertherapie: Patient mit Patientenverfügung

- Beatmungspatient (1.500,-€/Tag stationär; 800,-€/Tag ambulant), „Beatmungs-WG's“: pro Patient ca. 23.000,-€ Monat
- Die Anzahl heimbeatmeter Patienten hat sich in den letzten 10 Jahren verdreißigfacht
- Matthias Thöns und sein konstruierter Fall: Reicher Erbonkel mit Patientenverfügung soll verlegt werden
- Befragung von 155 ambulanten Intensivpflegediensten (Thöns/Putz, „Angebot schafft Nachfrage“)
- Ergebnis:

- 7 lehnten grundsätzlich ab
 - 8 lehnten wegen Platzmangels ab
 - 140 boten Beatmung an oder vermittelten weiter
- Darunter 5 Einrichtungen mit dem Rat, entgegenstehende Patientenverfügung wegzuerwerfen, zu verändern; Behauptung, man ignoriere diese Patientenverfügung.

Beatmungsfall „Reicher Erbonkel mit PatVfg“



<http://www.daserste.de/infomation/politik-weltgeschehen/morgennachrichten/politik/Palliativmedizin-Patientenverfuegung-vs-Politik-100.html>

VII. Beispiel von Übertherapie: Einwilligungsfähige Patientin

- Bei Anna H. wird im Alter von 58 Jahren (011) Mandelkrebs diagnostiziert
- Therapie: Operation, Bestrahlung, Chemotherapie, Reha, Dauer: Gut 1 Jahr, Nebenwirkungen: Funktionale Einschränkungen im Schlucktrakt, Hautnekrosen, Fatigue, Armhebeschwäche
- 2013 Rezidiv: Metastasierendes Mundbodenkarzinom, Infiltration des Unterkiefers, weit fortgeschritten (T4)
 - Infauste Prognose, wird aber der Patientin und ihrer Schwester (einzige Angehörige) nicht gesagt,
 - MKG-Chirurgen der Uni-Klinik: „Wir müssen Tumor operieren, dann weitere rekonstruktive Operationen machen!“ (keine Alternativklärung?)
- Es folgen 6 – 8 Operationen im Zeitraum von 3 Monaten: Entfernung kompletter Unterkiefer, Rekonstruktion aus Wadenbein und Rippe, Unterarmklappen für Modulation einer Zunge, Knochen aus Knie für Kinnrekonstruktion und schließlich: „Verwendung“ von Annas Schamlippen für neue Lippen!
- Künstliche Ernährung über PEG-Sonde, Sprechen nicht möglich, starke funktionale Einschränkungen, Schmerzen
- Anna sammelte über viele Wochen Schlaftabletten im Krankenhaus. Als Sie langsam wieder lernte zu schlucken, beging sie einen Suizidversuch (im Krankenhaus)..... Erfolglos. Als ihre Schwester sie besuchte, schrieb sie auf einen Zettel: „Scheiße, war zu wenig!“ Anna war uneingeschränkt einwilligungsfähig.
- Schwester brachte sie ins Hospiz, wo sie nach 4 Wochen verstarb.
- Frage: Medizinische Indikation für OP's? Warum wurde keine Therapiezieländerung mit Anna besprochen? Suizidversuch im Krankenhaus legt nahe, dass Verhalten und Kommunikation der Ärzte zweifelhaft war.

VII. Beispiel von Übertherapie: Einwilligungsfähiger (?) Patient

(Gegen-) beispiel aus der Praxis für unberechtigten Paternalismus:

- Patient hatte wiederholt den Ärzten und Krankenschwestern signalisiert, nicht länger am Respirator behandelt werden zu wollen. Er litt unter einem Larynxkarzinom mit ausgedehnten Metastasen in Leber, Lunge und Rückenmark. Trotz einer Entlastungsoperation wegen zunehmender Lähmung führte eine zunehmende Ateminsuffizienz zu der Respiratortherapie. Eine Entwöhnung davon war jetzt aufgrund der fortgeschrittenen Krankheit nicht mehr möglich. Der Patient machte schriftlich geltend, dass er eine Lebensverlängerung durch die Respiratortherapie verbiete. Diese Entscheidung wurde von seinen Angehörigen unterstützt.
- Arzt vertrat Auffassung, Patient könne noch einige Monate mit Respiratortherapie leben und verweigerte den Abbruch der Therapie. Begründung: Schwere Depressionen und Entscheidungsfähigkeit des Patienten. Hinweis auf Erfahrung mit einem anderen Patienten, der den Abbruch von lebensverlängernden Maßnahmen verlangt hatte und ihm später dankbar gewesen sei...
(Husebø. Ethik, S. 53, mit Verweis auf Cohen, 1989).

VIII. Ausblick

- Gesundheitspolitische Steuerung zur Bekämpfung von Fehlverhalten („Dis-Incentivierung“)
- Ethik-Fallbesprechungen (multidisziplinär) verpflichtend einführen
- Verpflichtende Zweitmeinung für Therapiezieländerung einführen
- Leitlinien bzgl. Therapiebegrenzung entwickeln,
 - Erste Vorstöße bei Hausärzten und Anästhesisten
 - DGIM und DDG – „Fünf-Punkte-Positionspapier“ zur Etablierung eines Leitbildes für Krankenhäuser (u.a. Ärzte-Klinik-Kodex“)
- Strengere Kontrollen in Pflegewohngemeinschaften, bessere Bezahlung und Ausbildung der Pflegekräfte
- Schützende Rolle der Hausärzte stärken
- Gesellschaftlichen Bewusstseinswandel schaffen, aktuell von Matthias Thöns entfachte Diskussion unterstützen!

Jean – Paul Sartre:

*Wenn man sieht, was die heutige Medizin fertig bringt,
fragt man sich unwillkürlich:*

„Wie viele Etagen hat der Tod?“

Kontakt Daten

Henrike Korn, MBA
Rechtsanwältin
Mediatorin im Gesundheitswesen

Neuer Wall 2-6
20354 Hamburg
T + 49 40 18290665
F + 49 40 18290666

info@khcl.de
www.khcl.de

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!