

Hermann Müller, Rezension zu Matthias Thöns, Patient ohne Verfügung. Das Geschäft mit dem Lebensende. 2016, 6. Auflage, Piper Verlag, München, Berlin

Zum Thema

Lebensbedrohliche Krankheiten, Sterbeverläufe von Ehepartnern und eigene Sterbeverläufe gehören zu den existenziellen Lebenskrisen die Medizin und Sozialarbeit bedeutsam sind. Viele Menschen über 50 Jahren haben bereits ein Elternteil verloren, die meisten Ehefrauen erleben den Tod ihres Mannes. (vgl. z.B. Müller 2016 S. 50 ff). Im letzten Lebensjahr eines Menschen sind die Behandlungskosten häufig besonders hoch (vgl. Michael de Ritter 2017, S. 188) [Rezension]. Viel wichtiger noch aber ist die Frage, ob durch bestimmte Behandlungen den sterbenden Patientinnen und Patienten mehr Leid zugefügt wird. Dieses Thema ist auch für die Palliativmedizin und die Hospizbewegung von besonderer Bedeutung

Der Autor:

Der Autor arbeitete früher als Anästhesist in einer großen Klinik und ist seit 1998 als selbständiger Narkosearzt und Palliativarzt tätig.

Das Buch wird eingeleitet von einem Begleitwort von Karl Lauterbach, der in einem merkwürdigen Kontrast steht zur Tendenz des Buches. Karl Lauterbach lobt das Gesundheitssystem (S.7), das von dem Autor als „krank“ (S. 17) bezeichnet wird. Lauterbach war als Gesundheitspolitiker einer Koalitionspartei für die Entwicklung des Gesundheitswesens seit 1998 mitverantwortlich. Zwar kritisiert auch Lauterbach Übertherapie und dass sich Ärzte von ökonomischen Interessen leiten ließen (S. 9). Aber das scheinen für ihn, im Gegensatz zum Autor des Buches, eher Ausnahmerecheinungen zu sein. Die Interessenskonflikte zwischen ökonomischen Interessen und berufsethischen Werten wurden durch die Reformen der letzten 20 Jahre verstärkt (kritisch zur Arbeit von Herrn Lauterbach vgl. auch Rieger 2017, S. 171 ff.). Kliniken, die in Wettbewerb gegeneinander stehen, müssen wirtschaftlich arbeiten und das bedeutet meisten auch: möglichst viel abrechnen.

In der Einleitung wird das Gesundheitssystem scharf kritisiert, was an Beispielen belegt wird. Durch Fehlanreize für gut bezahlte Übertherapie werde sterbenden Patienten häufig durch die Apparatemedizin nur Leid zugefügt.

Im ersten Kapitel geht es um künstliche Langzeitbeatmung. Der Vorwurf ist, dass einige Kliniken und medizinische Dienste mit diesen therapeutischen Maßnahmen auch dann viel Geld verdienen, wenn es keine sinnvollen Therapieziele mehr gebe. Häufig werde der Wille der Patienten missachtet und Angehörige der Patienten würden entsprechend beeinflusst. Belegt wird dies mit einigen Beispielen.

Im zweiten Kapitel wird die Chemotherapie behandelt. Diese könne in einigen Fällen sinnvoll sein. In vielen anderen Fällen sei diese Therapie nicht indiziert. Sie werde aber aus finanziellen Gründen durchgeführt und führe aber zu mehr Leid des Patienten. Belegt wird dies mit einigen Fallgeschichten. Die Beispiele sind einleuchtend. Für den Rezensenten stellt sich aber die Frage, inwieweit der Autor nicht zu sehr verallgemeinert und in wieweit den internistischen Onkologen nicht zu pauschal finanzielle Interessen unterstellt werden. Offenbar gibt es hier einen Streit zwischen medizinischen Fraktionen.

Chirurgische Eingriffe werden im nächsten Kapitel diskutiert. Auch hier ist der Vorwurf dass aufgrund von finanziellen Anreizen zu viel operiert und Patientinnen und Patienten damit Leid zugefügt wird. Belegt wird dies mit Fallbeispielen und Daten. Der Rezensent hält die Kritik an den Fehlanreizen

durchaus für berechtigt. Die Kritik an seinen Kolleginnen und Kollegen ist aber zu pauschal. Einige der Daten sind überinterpretiert. Keineswegs kann man unterstellen, dass Indikationen immer eindeutig sind. Es kann auch fragliche Indikationen geben. Manchmal mag es Alternativen zu einer OP geben. Aber bei der Wahl der Behandlungsmethode können auch der Patientenwille, seine Motivation zu alternativen Behandlungen und Rahmenbedingungen für alternative Behandlungen bedeutsam sein. Manchmal weiß man erst im Nachhinein, ob eine Behandlung sinnvoll war.

Das Kapitel 4 beginnt mit der Falldarstellung zu einem 86jährigen Patienten mit Herzschwäche, Demenz im Anfangsstadium und anderen Krankheiten. Er wurde zu einer Übertherapie gedrängt durch die sich seine Lebensqualität stark verschlechterte. Auch in diesem Kapitel zur Intensivbehandlung von Herzkrankheiten ist der Vorwurf, dass durch „angebotsindizierte Nachfrage“ eine Übertherapie betrieben wird, die wirtschaftlich lukrativ ist, aber den Patientinnen und Patienten schadet.

Das nächste Kapitel zum Wachkoma beginnt mit dem Fall von Birgit, die gegen ihren vor der Erkrankung erklärten Willen erfolglos im Wachkoma behandelt wird. Der Autor vermutet dass auch bei der Pflege von Wachkoma-Patienten auch finanzielle Motive. „ Ethik wird passend gemacht, damit einerseits lukrative Transplantationsmedizin, andererseits aber auch die umsatzstarke Intensivmedizin maximal gerechtfertigt sind.“ (S. 94) Auch die kirchliche Lobby und der Deutsche Caritasverband wird in die Kritik gegen die Praxis der Pflege von Wachkoma-Patienten einbezogen. (s. S. 88)

Im 6. Kapitel geht es um die Dialyse. Diese Behandlung wird zwar bei jüngeren Patientinnen und sonst gesunden Patienten mit Nierenversagen befürwortet, bei älteren Patienten und Patientinnen mit mehreren Krankheiten dagegen kritisiert, da dies häufig die Lebensqualität verschlechtere.. Veranschaulicht wird dies wiederum an Fallbeispielen.

Um die Behandlung und Pflege von Demenzkranken geht es im 7. Kapitel. Etwa 40 % aller Pflegeheimbewohner seien demenzkrank. Der Autor stellt fest, dass Demenzkranke häufig nicht angemessen mit Schmerzmitteln behandelt werden und dass sie häufiger über PEG-Sonden ernährt werden, obwohl dies medizinisch nicht indiziert sei und öfters gegen den Willen des Patienten gehandelt werde. Veranschaulicht wird dies an zwei Fällen. Sehr wichtig sei in diesen Fällen eine schriftliche Patientenverfügung.

Im nächsten Kapitel wird die Strahlentherapie behandelt was wiederum an zwei Fällen veranschaulicht wird. Etwa in der Hälfte der Fälle wird das Verfahren eingesetzt, wenn der Tumor noch nicht gestreut hat. In den anderen Fällen ginge es darum, den Tumor aufzuhalten. Da eine entlastende Wirkung erst nach Monaten eintrete, sei dies nur sinnvoll, wenn die Patientin oder der Patient Aussicht habe, diese Zeit noch zu erleben. Der Autor kritisiert, dass dies häufig nicht der Fall sei, da mit der Strahlentherapie viel Geld verdient werde. Er zitiert aus einem Artikel. „Oft werden Therapien empfohlen, die gewinnbringend für die Kliniken sind, wie hoch der Nutzen für die Patienten ist und was diese eigentlich wollen, steht überhaupt nicht zu Debatte“ (S. 121)

Im Kapitel 9 wird die künstliche Ernährung bei Tumorpatienten diskutiert. Der Autor vertritt die Auffassung, dass in den meisten Fällen bei Krebskranken ohne Schluckstörungen nicht helfe, sondern eher schade. Er verweist unter anderem auf eine europäische Richtlinie. Sie steht jedoch im Gegensatz zu einer deutschen Richtlinie deren Erstellung von Firmen der Ernährungsindustrie unterstützt worden sei. Er diskutiert anschließend die Frage der Interessenskonflikte bei der Erstellung von Leitlinien.

Im nächsten Kapitel wird das Thema Schmerzen mit dem Schwerpunkt auf Rückenschmerzen behandelt. Der Vorwurf, der wiederum mit Fallbeispielen belegt wird, ist, dass viele kostenintensive Behandlungen (z.B. Schmerzkatheter) wenig oder keinen Nutzen bringen, aber problematische Nebenwirkungen haben können. Abgeschlossen wird das Kapitel mit einer Kritik an der Honorarverteilung, durch die bestimmte ärztliche Fachgruppen reich würden, während die sprechende Medizin eher benachteiligt werde.

In Kapitel 11 geht es um den Notarztdienst. Am Beispiel von einem hochbetagten Patienten und einer hochbetagten Patientin wird eine Problematik veranschaulicht. Die notärztliche Behandlung kann danach bei diesen Patienten zu sehr viel mehr Leid führen, ohne dass sie für sie einen erkennbaren Nutzen bringt. Empfohlen wird dem Pflegepersonal bei Notfällen von Palliativpatienten zuerst nicht den Notarzt, sondern den Palliativarzt zu verständigen. Auch hier werden unnötige Einsätze aus finanziellen Motiven angenommen.

Auf die Palliativversorgung mit besonderem Schwerpunkt auf die ambulante Versorgung wird in Kapitel 12 eingegangen. Wiederum werden zwei Fälle skizziert. Der Autor äußert sich auch zur Sterbehilfe. Er lehnt die Tötung auf Verlangen ab, lehnt aber eine Kriminalisierung der Assistenz zum Suizid durch den § 217 StGB ab. Auf wichtige Ziele der Palliativmedizin und Palliativversorgung wird eingegangen. Der Autor merkt an, dass das Kapitel wie eine Werbung für das eigene Fach wirke. Sie ermögliche u.a., dass Patienten ihrem Wunsch entsprechend zuhause sterben könnten. Nach Ansicht des Rezensenten ist hier eine Einschränkung sinnvoll. Die ambulante palliative Versorgung ist sehr wichtig, sie setzt aber voraus, dass die Familienangehörigen körperlich und psychisch dazu in der Lage sind. Für die Ehefrau eines Patienten kann dies manchmal eine 24-Stunden-Bereitschaft über einen längeren Zeitraum bedeuten, wenn sie nicht durch andere Familienmitglieder entlastet werden kann. (vgl. z.B. *Steinert, Müller 2007*, S 120 ff und S.226 ff.) Ehrenamtliche Hilfe zur Entlastung von Angehörigen ist dann sinnvoll, reicht aber nicht immer aus. Daher könnten stationäre Hospize manchmal eine gute Alternative sein. In Einzelfällen erfolgen auch Überweisungen vom Spezialisierten Ambulanten Palliativdienst auf eine Palliativstation, wo die Patienten dann auch sterben können. Krankenhäuser selbst stehen eher unter dem Druck, auch „austherapierte“ Sterbende nach kurzem Krankenhausaufenthalt nach Hause oder in ein Pflegeheim zu entlassen (vgl. *Borasio 2016*, 167)[Rezension].

In Kapitel 13 diskutiert der Autor die Finanzierung medizinischer Leistungen. Er beginnt mit der Frage der „Verteilungsgerechtigkeit“. „Sind die Prioritäten wirklich gerecht?“ (S- 190) Nach Ansicht des Rezensenten kann diese Diskussion schnell zu moralischen Dilemmata führen. In einem solidarischen Versicherungswesen muss der relativ Gesunde akzeptieren, dass Kränkere mehr Leistungen erhalten. Bei einer fraglichen Indikation kann das Selbstbestimmungsrecht des Patienten in Gegensatz geraten zur Frage, welche Kosten gerechtfertigt sind. Der Autor kritisiert dann das Abrechnungssystem DRG, das zu Fehlanreizen führe. Ärzte würden zu „DRG-freundlichen Diagnosen und Prozeduren“ angehalten (S. 196) und Chefarzte durch ein Bonussystem am Gewinn beteiligt. Das DRG-Vergütungssystem wird als „Flop“ kritisiert, „den letztlich die Kranken mit einem Verlust von Daseinsqualität und Menschenwürde bezahlen.“ (S- 197) Der Autor zitiert Hans-Peter Bruch: „Der Kernauftrag der Medizin, das Patientenwohl, gerät unter solchen Bedingungen allzu leicht aus dem Fokus und droht ersetzt zu werden durch ökonomische Vorgaben, die kaum mehr nach dem Befinden der Patienten fragen“. (S. 202) Für den Rezensenten stellt sich aus professionssoziologischer Sicht die Frage, inwieweit hier Anreize zur Deprofessionalisierung der

Medizin entstehen.¹ Das könnte die Vertrauensbasis verändern, da der Patient dann nicht mehr erwarten kann, das für den Arzt sein Wohl im Focus steht. Für die Kliniken besonders gewinnbringend sind, so der Autor, Krebspatienten. Die hierarchischen bis autoritären Strukturen in Kliniken würden die Gewinnorientierung unterstützen. Der Autor spricht sogar von einer „Wirtschaftsdiktatur“ (S. 209) Eingegangen wird auf das Sponsoring durch Pharmakonzerne und die Preisbestimmung von neuen Medikamenten, was zu explodierenden Medikamentenkosten führe. Eingegangen wird auch auf die Arzt-Patienten-Beziehung. Nach dieser Darstellung werden Krebspatientinnen und Patienten häufig von Onkologen nicht umfassend informiert und beeinflusst. Angenommen werden wiederum finanzielle Interessen und ein System von Bestechlichkeit (S 223) Dies ist nach dem Eindruck des Rezensenten etwas zu pauschal. Es gibt auch Patientinnen und Patienten die gezielt nach Ärzten suchen, die Verfahren anbieten, die mehr Lebenszeit bei akzeptabler Lebensqualität versprechen. Auch gibt es Patientinnen und Patienten, die erst bereit sein müssen, ihre Situation wahrzunehmen(vgl. z.B. *Brathuhn und Adelt* 2015) Dies ist ein psychischer Prozess, den man auch bei sonst medizinisch gut informierten Patientinnen beobachten kann.² Aber eine ergebnisoffene Patientenberatung, die frei von finanziellen Interessen ist, ist notwendig und professionsethisch geboten. Ein Anwalt darf auch nicht gleichzeitig die Gegenpartei seines Mandaten vertreten. Der Autor geht auf Anwendungsbeobachtungen als Zuverdienst für einige Onkologen und der Problematik der Fehlanreize ein. Er skizziert den „Nocebo-Effekt“ durch Diagnostik und geht auf Abrechnungen bei privat Patienten ein, die besonders rentabel seien und daher zu Übertherapie führten. Die „dunklen Geschäfte“ seien dagegen bei Vertragsärzten geringer, da sie, wenn sie zu viele Leistungen abrechnen, diese nicht bezahlt bekämen. Der Rezensent ist hier skeptisch. Wenn zum Beispiel am Quartalsende weniger Physio-Therapien verschrieben werden, wird das Budget des Vertragsarztes geschont. Das aber könnte auch später zu mehr Gelenkoperationen führen. Auch könnte an Anreiz zur Fließbandmedizin entstehen, wenn es mehr auf die Zahl der Patienten als auf die Intensität der Patientengespräche ankommt. Bei der Terminvergabe sind Privatpatienten im Vorteil.

Im 14. Kapitel betont der Autor, dass der Wille des Patienten für den Arzt verpflichtend sein solle. Er plädiert gegen die Kriminalisierung von Ärzten, in nach einer Gewissensentscheidung Patienten, die über einen Suizid nachdenken, beraten oder ihnen helfen. Der Rezensent teilt durchaus diese Position. Störend aber ist die Überschrift zum Kapitel: Das Sterbeverlängerungskartell. Man kann nicht allen Befürwortern des § 217 StGB eine unmoralische Haltung unterstellen. Diese Befürworter müssten dann aber auch stärker dazu beitragen, die Lebensbedingungen von Palliativpatienten zu verbessern.

Das 15. Kapitel mit dem Titel „Ausblick oder Lichtblick“ befasst sich zunächst mit Möglichkeiten der Verbesserung. Eingegangen wird dabei auf Ärzte, Patienten und Krankenkassen. Ärzte sollten sich danach gegen „schwarze Schafe“ in den Reihen wehren und Interessenskonflikte transparent machen und vermeiden. Patienten wird Vorsorgeplanung empfohlen und den Krankenkassen eine Ausweitung der Prüfungsaufgaben. Bei den Kontrollmöglichkeiten ist der Rezensent skeptisch. Es gibt neben den Kontra-Indikationen auch fragliche Indikationen, bei denen strittig ist, ob eine Behandlung

¹ Man kann durchaus diskutieren, ob ein idealtypisches Modell professionellen therapeutischen Handelns (vgl. z.B. Oevermann 1996) auch früher schon häufig nicht der Praxis entsprach. Aber wenn betriebswirtschaftliche Ziele dominieren, muss man von Deprofessionalisierung sprechen. Das Gesundheitswesen kann nicht marktförmig strukturiert sein, weil die Patientinnen und Patienten als Nutzer der Dienstleistung nicht über die Nachfrage bestimmen.(vgl. auch Dahme und Wohlfahrt 2017).

² Vgl. auch die autobiographische Darstellung von Paul Kalanithi, der Arzt war und an Krebs starb(Kalanithi 2017 S. 19 ff.)

erfolgreich sein wird. Die Krankenkassen sind dann nicht unbedingt der beste Schiedsrichter. Es kann zur Selbstbestimmung des Patienten gehören, sich auch für eine Behandlung zu entscheiden, die nur in 20 % der Fälle zu Erfolgen führt. Der Autor fordert mehr Transparenz im Gesundheitssystem und einem größeren Stellenwert der Palliativmedizin. Hier dürften die Grenzen unscharf bleiben. Ist zum Beispiel ein 92-jähriger mit Demenz im Anfangsstadium und verschiedenen Krankheiten schon ein Palliativpatient?

Der Anhang enthält eine Patientenverfügung und die schriftliche Stellungnahme des Autors zu den Gesetzentwürfen des Deutschen Bundestages zum assistierten Suizid

Diskussion

In der Diskussion um einen assistierten Suizid befürchten einige Gegner der Straffreiheit der Beihilfe zum Suizid, dass Kranke genötigt werden könnten, ihr Leben abzukürzen. In diesem Buch wird eine ganz andere Befürchtung deutlich. Finanzielle Anreize zur Übertherapie können zu problematischen Behandlungen führen, die das Leiden der Patienten unnötig verlängern. Das Buch ist zu einem großen Teil eine gesundheitspolitische Stellungnahme. Politische Positionen werden öfter in überspitzter Form vorgetragen. Aus wissenschaftlicher Sicht jedoch ist dies nicht unproblematisch, da vielen Ärztinnen und Ärzten unmoralisches Verhalten unterstellt wird. Es kann auch Ärzte geben die glauben, jede noch so kleine Chance nutzen zu müssen, um Leben zu verlängern. Die Unterstellung wird zwar am Schluss etwas relativiert (s. S. 245), aber der Eindruck bleibt insgesamt bestehen. Nach Ansicht des Rezensenten wäre eine strukturelle Diskussion sinnvoll. Durch die Gesundheitsreformen entstand ein Druck auf die Ärzte und Krankenhäuser, der zu einer Deprofessionalisierung der Medizin führen kann, aber nicht muss. Nach *Parsons* (1958) ist der Patient aufgrund der Verbindung von Hilflosigkeit, Mangel an fachlicher Kompetenz und Störung des emotionalen Gleichgewichts in besonderem Maße ausnutzbar. Man könne sagen, dass die Ausnutzung eines hilflosen Patienten in unserer Gesellschaft als moralisch besonders verwerflich angesehen werde. Wie viele Ärztinnen und Ärzte dem finanziellen Druck nachgeben und wie viele Widerstand leisten, wissen wir nicht. Notwendig wäre es aber, Mediziner von diesem Druck zu entlasten oder ärztliche Gutachter einzuschalten, die selber keinem finanziellen Druck ausgesetzt sind. Praxen und Kliniken, die in Konkurrenz stehen und wie Unternehmen geführt werden müssen, können Interessenskonflikte zwischen fachlich und ethischen Handeln im Interesse der Patienten einerseits und betriebswirtschaftlichen Zielen andererseits führen.³ Dagegen steht das professionelle Modell der des professionellen Arbeitsbündnisses und der „stellvertretenden Deutung“ (Oevermann 1996) Der Arzt diagnostiziert und berät dann den Patienten und der Patient kann auf dieser Grundlage entscheiden, welche der indizierten Behandlungen er möchte. Die Interessen des Patienten haben Vorrang. Der Arzt kann befangen sein, wenn bestimmte Behandlungen für seine Klinik lukrativer sind als andere. Die Entwicklung im Gesundheitswesen gehört zum neo-liberale Trend der Ökonomisierung möglichst viele Lebensbereiche. Gesundheit ist jedoch keine Ware wie jede andere Ware (vgl. auch Dahme und Wohlfahrt 2017).

Fazit

Es handelt sich um ein interessantes und wichtiges Buch. Die vorgetragenen Kritik ist zwar stellenweise überspitzt, aber grundsätzlich berechtigt. Bei aller berechtigter Kritik an Missständen im

³ Dies gilt nicht nur für profitorientierten Unternehmen. Auch staatliche und kirchlichen Krankenhäuser stehen unter Konkurrenzdruck und müssen sich behaupten

Gesundheitswesen zeigen Bücher wie dieses, dass die Professionsethik und die Orientierung am Patientenwohl von Ärzten verteidigt wird (vgl. auch Michael de Ridder 2015).

Literatur

Borasio, Gian Domenico (2016): Selbstbestimmt sterben. Was es bedeutet. Was uns daran hindert. Wie wir es erreichen können. dtv (München)

Brathuhn, Sylvia; Adelt, Thorsten (2015), Vom Wachsen und Werden im Prozess der Trauer. Neue Ansätze der Trauerbegleitung, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Dahme, Hans-Jürgen; Wohlfahrt, Norbert (2017) Politische Ökonomie des Sozialen, in Kessler, Fabian; Kruse, Elke; Stövesand, Sabine; Thole, Werner, Soziale Arbeit – Kernthemen und Problemfelder, Opladen u. a. O., S. 116 – 123

Kalanithi, Paul (2017) Bevor ich jetzt gehe. Die letzten Worte eines Arztes an seine Tochter,, München: Penguin
englische Originalausgabe: Kalanithi, Paul . (2016), When Breath Becomes Air, New York, Random House

Müller, H. (2016) Professionalisierung von Praxisfeldern der Sozialarbeit, Opladen: Verlag Barbara Budrich

Oevermann, Ulrich (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionellen Handelns. In: Combe, A.; Helsper, W.; Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus professionellen Handelns, Frankfurt/Main: Suhrkamp, S. 70 – 182

Parsons, Talcott (1958), Struktur und Funktion der modernen Medizin, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3, S. 25

Ridder, Michael de (2015) Welche Medizin wollen wir? Warum wir den Menschen wieder in den Mittelpunkt ärztlichen Handelns stellen müssen, München, DVA

Ridder, Michael de (2017) Abschied vom Leben. Von der Patientenverfügung bis zur Palliativmedizin. Ein Leitfaden,, München, Pantheon Verlag

Rieger, Armin (2017), Der Pflegeaufstand, München: Ludwig-Verlag

Steinert, Erika, Müller, Hermann (2007) Ein misslungener innerdeutscher Dialog. Biographische Brüche ostdeutscher Frauen, Herbolzheim: Centaurus