



„Es geht den Krankenhäusern um Mengenausweitung bei gut bezahlten Eingriffen“

Interview mit Matthias Thöns über Patientenwohl, Übertherapie und Alternativen zur überbordenden Intensivmedizin am Lebensende

Fehlanreize im derzeitigen Abrechnungssystem der Krankenhäuser und Gewinninteressen der Pharmaindustrie führen häufig zu Übertherapie und Verschwendung der knappen Mittel. Mangelnde Transparenz und eine ungenügende Patientenaufklärung verhindern, dass sich Schwerkranke oder ihre Angehörigen erfolgreich dagegen wehren. So werden für lukrative Eingriffe und Therapien allzu oft vermeidbare Leidensgeschichten in Kauf genommen. Bei Schwerkranken und Sterbenden bietet die Palliativversorgung eine Alternative, die beim Erhalt der Lebensqualität ansetzt und oftmals Leben verlängert. Durch gleichzeitiges Vermeiden von unsinnigen medizinischen Aktivitäten könnten immense Kosten und Leiden eingespart werden.



Matthias Thöns

Amosinternational In ihrem Buch über das „Geschäft mit dem Lebensende“ kritisieren Sie das deutsche Gesundheitssystem. Es schaffe Fehlanreize zugunsten einer überzogenen Apparatedizin und überteuerter Therapien ohne realistisches Therapieziel. Worin bestehen diese Fehlanreize und wie funktionieren sie?

Thöns Anfang des Jahrtausends wurde das wirtschaftliche Risiko der Kliniken durch eine Änderung des Abrechnungsmodus auf die Klinikleitungen übertragen. Während früher die Krankenhäuser, jeweils zum Jahresende, ihre Kosten vorrangig anhand der Verweildauer der Patienten geltend machen konnten (sog. Kostendeckungsprinzip), wird durch das neue DRG-System (diagnosis related groups) auf der Basis eines Diagnosemix und

anhand der durchgeführten Prozeduren ein Entgelt bestimmt: je schlimmer die Krankheit und je technischer der Eingriff, desto höher der Erlös. Über sogenannte Bonusverträge werden leitende Ärzte an lukrativen Eingriffen oder am Klinikgewinn beteiligt. Da entsteht ein hoher Fehlanreiz, bei Schwerkranken und Sterbenden möglichst umfangreiche Eingriffe durchzuführen. Mittlerweile schätzen namhafte Experten, dass die Hälfte der Sterbenden Opfer von Übertherapie sind.¹ Das bestätigt eine aktuelle Untersu-

chung: Bis zu 50% der Patienten erhalten nicht indizierte Untersuchungen, 28% der Sterbenden werden gar wiederbelebt.²

Amosinternational Können Sie Beispiele typischer „Übertherapie“ beschreiben, die nicht aus einer Fehleinschätzung heraus, sondern vermutlich wegen der lukrativen Erlösmöglichkeiten zustande gekommen sind?

Thöns Eines von vielen Beispielen, wie ich sie in meinem Buch schildere, ist die

¹ Borasio GD: Faktencheck zur Sterbehilfe. Die Zeit vom 22.09.2015. Im Internet unter www.zeit.de/2015/38/bundestag-sterbehilfe-diskussion-gesetzesentwuerfe (Zugriff am 01.06.2016).

² Cardona-Morell M, Kim JCH, Turner RM, Anstey M, Mitchell M, Mitchell IA, Hilman K: Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. *International Journal for Quality in Health Care*. 2016. 1-14.



Rentnerin Karla.³ Sie hatte schon lange mit ihrer Demenz zu kämpfen und wurde mehr als liebevoll von ihrem Ehemann Heinz versorgt. Im August 2014, zwischenzeitlich war Karla schwerstpflegebedürftig, traten Fieber und eine deutliche Bauchschwellung auf. Der Notarzt brachte sie in die Klinik, dort wurde ein blutendes Magengeschwür festgestellt. Es kam zu Problemen, einer längeren Intensivbehandlung und einem bleibenden Atemversagen. Trotz intensiver Gespräche konnte Heinz den Willen seiner Frau nicht durchsetzen, hatte sie sich doch zu gesunden Zeiten stets „Apparatemedizin“ verbeten, wenn Heilung nicht zu erwarten oder sie nur noch pflegebedürftig sein würde. Das Ganze hatte sie sogar in einem Dokument festgehalten. So versuchte die Oberärztin in der Klinik dem sich immer heftiger gegen die Intensivbehandlung seiner Frau wehrenden Heinz die Gesundheitsfürsorge zu entziehen. Dies lehnte das Betreuungsgericht allerdings ab. Doch mittlerweile war Karla in eine Beatmungs-WG verlegt worden. Dort wurde die Intensivbehandlung fortgesetzt. Wieder und wieder kritisierte Heinz die fortlaufende Beatmung. Die monotone Antwort lautete immer wieder: Es gebe keine Beweise, dass diese Art der Behandlung dem Willen von Karla nicht entsprechen würde. Neun Monate später kam es zu erneuten Bauchproblemen, nun wurde gar gegen ihren Willen operiert. Angesichts des erkennbar fortgeschrittenen Krebsleidens im Bauchraum wurde die OP abgebrochen und Karla unter künstlicher Beatmung in die Beatmungs-WG zurückverlegt. Als sich dort schwere Leidenzeichen zeigten, rief Heinz verzweifelt beim Palliativnetz an. Die diensthabende Fachschwester erkannte den Leidenzustand und setzte in Rücksprache mit dem Palliativarzt die notwendige Leidenslinderung an. Als sie den betreuenden Intensivarzt der Einrichtung darüber informierte, verwies er das Palliativteam telefonisch des Hauses; er kümmere sich selber um Karla. Da er jedoch nicht erschien, mel-

dete sich Heinz bereits am Folgemorgen erneut. Sofort eilte nun der Bereitschaftsarzt zur WG und übernahm wunschgemäß die Behandlung. Er setzte den Intensivmediziner lediglich in Kenntnis und sorgte für die längst nötige Leidenslinderung. Da das Palliativteam Rechtsfolgen fürchtete, wurde am Folgetag eine Eilverfügung des Betreuungsgerichts erwirkt. Eine Indikation für die Beatmung, die eindeutig dem Willen von Karla widersprach, bestand schon lange nicht mehr. Dies wurde eingehend mit Heinz besprochen. Bevor allerdings die Beatmung unter der nun bereits notwendigen Vollnarkose beendet werden konnte, verstarb Karla an den Folgen des Grundleidens.

Amosinternational Ist denn die fortdauernde künstliche Beatmung einer im Sterben liegenden Patientin so lukrativ, dass sich ein solches Verhalten aus rein wirtschaftlichen Nutzenerwägungen erklären lässt?

Thöns Leider ja. Für die Intensivbeatmung daheim werden ca. 27 000 Euro pro Monat bezahlt, in der Klinik ist es noch lukrativer. Eine mehr als 24-stündige Beatmung etwa bringt teils mehr als 23 000 Euro. Der Spitzensatz für eine Beatmung, die mehr als 1 800 Stunden dauert, bringt 204 234 Euro – wohlgemerkt pro Patient. Kein anderer Bereich in der Medizin hat solche extremen Geldzuwächse, jedes Jahr 15 % in der häuslichen Intensivmedizin. Längst ist das alles beitragsatzrelevant.

Amosinternational Können sie weitere Therapien oder Eingriffe nennen, die finanziell besonders attraktiv sind und bei denen die Zahlen ebenfalls über die Maßen nach oben gegangen sind?

Thöns Krebsbehandlung ist äußerst lukrativ. Krebsabteilungen gibt es mittlerweile praktisch „wie Sand am Meer“. Um meinen Wohnort konkurrieren im Bereich von einer halben Stunde An-

und 35 niedergelassene Krebsmediziner um Krebspatienten.

Hier kann man insbesondere die extremen Ausgabensteigerungen bei den Krebsmedikamenten als Beleg anführen. Auch gibt es steigende Eingriffszahlen im Bereich der Krebschirurgie und der Bestrahlung, die die These unterstützen.



Wir sind Weltmeister bei Herzkathedern, trotzdem liegen wir bei der Sterblichkeit nach Herzinfarkt weit hinten

Amosinternational Woraus schließen Sie z. B. bei der zweifellos sehr hohen Steigerung bei der Anzahl der Herzkatheter-Eingriffe, dass dies keinem echten Bedarf entspricht?

Thöns Wir sind Weltmeister bei Herzkathedern – mit großem Abstand. Trotzdem liegen wir in Sachen Sterblichkeit nach Herzinfarkt auf dem drittletzten Platz aller Industrienationen. Woran kann das liegen? Entweder wir machen durch die Herzkatheter-Eingriffe die Menschen kranker als sie wirklich sind. Oder wir machen die Herzkatheter bei Menschen, die aufgrund anderer Krankheiten oder ihres sehr hohen Alters so hinfällig sind, dass die Untersuchung ihnen nichts mehr nutzen kann. In jedem Fall machen das andere Länder wohl besser.

Amosinternational Wo sitzen die Hauptprofiteure solcher Verschwendung, die die Kosten des gesamten Gesundheitswesens immer weiter nach oben treiben?

Thöns Die sogenannten „Kosten des Gesundheitswesens“ sind, andersherum gesehen, Gewinne für Kliniken, Betreiber von Intensivdiensten oder die Pharmaindustrie.

³Wie im Buch, so verändere ich auch hier Name und Situation aus Gründen der Schweigepflicht.



Amosinternational Den Ärzten kommt dabei die Schlüsselrolle zu, über die Behandlungen, Eingriffe, die Wahl der Medikamente zu entscheiden. Es scheint aber, als könnten sich die einzelnen Patienten und die Gesamtgesellschaft keineswegs darauf verlassen, dass die Ärzte primär nach fachlichem Wissen und Gewissen entscheiden?

Thöns Mit Einführung des bereits skizzierten DRG-Abrechnungssystems hat es eine Verschiebung gegeben, weg von der Patientenorientierung und hin zur Kostenorientierung. Mancher Klinik, die im wirtschaftlichen Wettbewerb bestehen will, geht es ganz systemkonform um Masse statt um Klasse, vor allem um Mengenausweitung bei den planbaren gut bezahlten Eingriffen. Die Ärzte, vor allem die Chefärzte, werden auf unterschiedliche Weise in die wirtschaftlichen Ziele eingebunden: Eine Form sind die so genannten Bonusverträge. Das sind Vereinbarungen mit leitenden Ärzten, die z.B. für bestimmte (meist lukrative) Eingriffe, Untersuchungen oder Therapieverfahren dem Chefarzt bestimmte Geldbeträge zusichern. Das waren in einem Fall z.B. 1 500 € pro transplantierte Leber, bis zur 60. Leber im Jahr. Bei diesem Beispiel hatte der betroffene Arzt im ersten Jahr der Vereinbarung 58, im zweiten Jahr 59 Lebern transplantiert. Zufall? – ich denke nicht. Die Bundesärztekammer ächtete diese Art der Verträge 2013; d. h. Chefärzte sollten freiwillig auf die Verträge verzichten. Einer Untersuchung der Unternehmensberatung Kienbaum zufolge haben aber 97% der neuen Chefarztverträge immer noch diese Klauseln. Hier hilft also offenkundig Freiwilligkeit nicht weiter.

Amosinternational Wie sollte auch anders die gewünschte Orientierung am wirtschaftlichen Ertrag bei den ärztlichen Entscheidungen erreicht werden?

Thöns Nun ja, es gibt neben den richtungweisenden Belohnungen noch die Möglichkeit, seitens der Geschäftsführung Druck auszuüben. Auch dieses

Mittel wird ausgiebig genutzt. Unter anderem geht das über Leistungsvereinbarungen, die zum Teil bereits in die Verträge mit den Ärzten – und keineswegs nur den Chefärzten – hineingeschrieben werden. Ausführlich beschrieben wurden die Methoden und das dahinter stehende Problem vor kurzem vom Recherchezentrum Correctiv.⁴ Dort heißt es zusammenfassend: „Ärzten wird in ihre Arbeitsverträge diktiert, dass sie bestimmte Quoten erfüllen müssen. Das kostet die Allgemeinheit viel Geld – und kann den Patienten durchaus schaden. Da steht etwa in manchem Vertrag: „Der Chefarzt erhält eine Prämie von 15 Prozent des jeweiligen DRG-Betrages der von ihm vermittelten und vorgenommenen operativen Eingriffe.“ Das liest sich wie der Vertrag von Zeitschriftendruckerkolonnen, der Anreiz bezieht sich hier aber auf Eingriffe an Leib und Leben.“

Amosinternational Welche Behandlungen sind das, die dem Krankenhaus viel Geld, den Patienten aber oft keinen Nutzen bringen oder gar schaden?

Thöns In meinem Bereich betrifft das vor allem die hochpreisigen Tumoreroperationen, Bestrahlungen, Chemotherapie und vor allem die Apparatemedizin auf der Intensivstation.



Patienten können unnötige Eingriffe und Übertherapien meist nicht als solche erkennen und sie daher nicht abwehren

Amosinternational Warum wehren sich denn nicht viel häufiger betroffene Patienten oder ihre Angehörige gegen unnötige Eingriffe und offensichtliches Übertherapieren?

Thöns Weil das für einen Patienten in der Regel nicht erkennbar ist. Ein Beispiel, das mir kürzlich zugetragen wurde: Es handelt sich um einen unheilbar an einem Gallenkrebs erkrankten 85jährigen Mann. Die bereits geplante

Riesenoperation hätte ihn nicht mehr heilen können, der Krebs hatte sich bereits umfassend ausgebreitet. Folgende Aussagen, die mir typisch zu sein scheinen, hat die Tochter, die beim Gespräch mit dem Chefchirurgen anwesend war, protokolliert: „mit der Operation sollte der Tumor komplett entfernt werden können“; „damit sind Sie geheilt, nach der OP können Sie alles essen“; „der Schatten in der Lunge ist kein Tumor“; „schnelle Erholung, 2–3 Wochen, danach Reha“. Zu dem Lymphbefall: „.... wird bei der OP mit entfernt“. Und sogar noch persönlichere Register wurden im Dienste der Überzeugungsarbeit gezogen: „Bei meinem Vater würde ich ebenfalls zur OP raten.“ Und: „Ich operiere nur, wenn es gute Erfolgsaussichten gibt.“ Alle diese Aussagen entsprechen nicht der Wahrheit – man könnte sagen: es ist alles glatt gelogen. Was bleibt aber den Patienten bzw. ihren Angehörigen anderes übrig, als solchen Beteuerungen zu glauben?

Amosinternational Vermutlich wird es doch auch viele Fälle geben, die nicht so klar sind, bei denen es eine – vielleicht nur geringe – Chance zur Heilung oder zur Verbesserung der Situation gibt. Sollte man dann nicht alles versuchen, auch bei sterbenskranken Patienten? Wo liegen ihrer Meinung nach die Grenzen? Wann ist zum Beispiel eine Chemotherapie bei Krebspatienten nicht mehr zu verantworten?

Thöns Mir geht es nicht ansatzweise darum, einem Sterbenskranken nicht alle Zuwendung und Medizin zukommen zu lassen, die sinnvoll ist. Mir geht es darum, Sterbenskranke vor leidvollen gut bezahlten Behandlungen zu bewahren, die nur dem Geldbeutel der Klinik, nicht aber dem Patienten nutzen. Da gibt es leider sehr traurige Beispiele. Und wenn es tatsächlich noch geringe Erfolgsaussich-

⁴ Im Internet nachzulesen unter: correctiv.org/recherchen/stories/2016/03/22/bee-fehl-von-nhen/

ten einer Behandlung gibt – etwa eine mehr oder weniger kurze Lebenszeitverlängerung durch eine Chemotherapie – dann muss das eben ehrlich mit dem Patienten besprochen werden. Nur unter dieser Voraussetzung hat er doch die echte Wahl, nur dann ist er im Sinne unseres Rechtssystems wirksam aufgeklärt und kann rechtswirksam einwilligen. Die Realität ist leider eine andere: Erstens glauben 80% der Patienten an reale Heilungsaussichten bei einer palliativen Chemotherapie; die gibt es aber definitionsgemäß nicht. Zweitens wünschen sich Zweidrittel der im fortgeschrittenen Stadium Krebsbetroffenen einzig eine leidenslindernde Behandlung. Das verbleibende Drittel hat „unrealistische Therapieerwartungen“. Der wichtigste Schritt, um zusammen mit dem Patienten und/oder den Angehörigen zu sinnvollen Entscheidungen zu kommen, wäre also eine ehrliche Aufklärung.

Amosinternational Das wird schwierig, wenn gegenüber den Fachleuten, also den Ärzten, ein gehöriges Misstrauen angeraten zu sein scheint. Wer oder was kann da weiter helfen?

Thöns Es geht nicht ohne allseitige Transparenz. Die Einwilligung zu schwerwiegenden Eingriffen oder Therapien bedarf in jedem Fall der voran gehenden Alternativaufklärung und der Aufklärung über den „Eigennutzen“ des jeweiligen Krankenhauses und der beteiligten Ärzte. Man kann heutzutage keinen Sparbrief bei der Bank mehr kaufen, ohne darüber informiert zu sein, welche Provision der Bankberater erhält – das ist Gesetz. Warum sind wir bei unserer Gesundheit weniger penibel als beim Geld? Die Zweitmeinung eines Arztes, der am Behandlungsgewinn nicht beteiligt ist, muss eine Selbstverständlichkeit werden. Unbedingt zu empfehlen ist eine Patientenverfügung; um in der entscheidenden Situation ihre Wirkung zu entfalten, gehört aber dazu die Übertragung einer Vorsorgevollmacht auf

einen Vertrauten, der sich auch einem Halbgott in Weiß zu widersetzen weiß.

Amosinternational Sind es nicht oft die Privatpatienten und Senioren selbst, die eher teure als kostengünstige Medikamente und Eingriffe für sich einfordern, die sich genau das wünschen, was Sie Übertherapie nennen?

Thöns Über die Indikation entscheidet der Arzt. Kein Patient hat ein Recht auf unsinnige überteuerte Behandlung. Der Arzt darf sie nicht durchführen, auch wenn sie für ihn lukrativ ist.

Amosinternational Welchen Einfluss auf Ärzte hat dabei die Pharmaindustrie?

Thöns Sie kauft uns Ärzte bei neuen Präparaten über sogenannte Anwendungsbeobachtungen. Im Schnitt bekommt ein Arzt da 670 Euro pro Patient (Correctiv Datenbank), in der Spitze 7000 Euro. Bei einem Krebspräparat erhalten Ärzte, die an diesen Untersuchungen teilnehmen 1260 Euro pro Patient. Es wirkt nur bei Darmkrebs,



Durch das nahtlose Zusammenspiel von Ärzten und Pharmaindustrie werden die Gewinne der Konzerne gesteigert, nicht das Patientenwohl

die Studien sind aber auch für Patienten mit anderen Krebsarten ausgeschrieben. Die Pillen kosten im Jahr 100.000 Euro. Diese exorbitant hohen Preise macht sich die Pharmaindustrie so, wie diese gerade noch hingenommen werden. So gibt es bei manchem Krebsmedikament Kostenunterschiede um den Faktor 4 in verschiedenen Ländern. Es wird genommen, was der Markt gerade noch hergibt. Dass aber selbst hochpreisige Krebsmedikamente wie Erlotinib zu einem Verkaufschlager werden, obwohl in einem Behandlungsprotokoll lediglich ein statistischer Lebenszeitverlängerungseffekt von nur 12 Tagen nachgewiesen

werden konnte, wäre nicht ohne dieses nahtlose Zusammenspiel von Ärzten und Pharmaindustrie möglich. So werden die Gewinne der Konzerne gesteigert, nicht das Patientenwohl.

Amosinternational Bei den Krankenhäusern dürfte das etwas anders aussehen. Da geht es doch allenfalls den privat getragenen Häusern um Gewinne?

Thöns In der Tat agieren die privaten Träger eindeutig renditeorientiert. Da gab es vor einigen Wochen eine Titelgeschichte des Spiegel zum Asklepios-Konzern, die sehr deutlich werden lässt, wie dass auf dem Rücken von Ärzten, Pflegepersonal und Patienten funktioniert. Viele der beschriebenen Praktiken beherrschen allerdings auch die kommunalen und selbst die kirchlichen Träger. Sie spielen mit im Konkurrenzkampf, sie orientieren sich ebenfalls an optimaler Auslastung (bei möglichst kurzen Patientenliegezeiten) und cleverer Codierung. Da gibt es nur graduelle Unterschiede.

Amosinternational Wie könnten die Kostenträger oder der Gesetzgeber dem zentralen Problem, der Tendenz zur permanenten Ausweitung der Fallzahlen wirksamer entgegenwirken, als sie das heute tun?

Thöns Fehlanreize müssen weg und bis dahin braucht es eben eine große Transparenz über die vorhandenen Fehlanreize. Transparenz könnte man rasch herstellen – dazu braucht es nur den politischen Willen und einen entsprechenden Ministererlass.

Amosinternational In der öffentlichen Debatte ist wenig von Überversorgung oder von „zu viel Geld im System“ die Rede, sondern von Pflegekräftemangel, von Ärztemangel, von überlaufenen und überforderten Notaufnahmen, von zu wenigen Notärzten. Ist es da nicht dringend gebo-

⁵ https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/Leo_Diskussion_Medizin_und_Oekonomie_2016.pdf



ten, das Personal aufzustocken, das System auszubauen, mehr Geld einzuspeisen?

Thöns Genau das ist eine Fehlwahrnehmung. Die Leopoldina, nationale Akademie der Wissenschaften, hat es jüngst dargestellt, dass wir in Deutschland zu viele Kliniken haben, zu viele „Doppelstrukturen“.⁵ In Deutschlands größter Kleinstadt gibt es z.B. zwei Großkliniken, zwei Allgemeinchirurgien, zwei internistische Abteilungen, zwei Orthopädien usw. Der Leopoldina zufolge bedarf es pro 250.000 Menschen einer Klinik, hier hat eine Stadt mit weniger als 100.000 Einwohnern 2 Kliniken.

Amosinternational Was ist die Alternative zur Mengenausweitung bei den besonders lukrativen Therapien und Eingriffen, selbst noch bei unheilbar Kranken und Sterbenden? Eine stärkere Konzentration auf die Palliativversorgung? Oder stimmt die gelegentliche Vermutung, dass Palliativmedizin zwar Schmerzen lindert, das Leben aber eher verkürzt?

Thöns Es ist wissenschaftlich gut abgesichert, dass gute Palliativversorgung das Leben verlängert. Bereits in der ersten entsprechenden Untersuchung erwies sich die belegte Lebenszeitverlängerung im Vergleich zur Erstlinien-Chemotherapie als überlegen (Temel 2010). Inzwischen gibt es viele Folge-

untersuchungen. Der Palliativmedizin geht es nicht darum Leben zu verkürzen, sondern Leben zu verbessern. Manchmal wird es dabei sogar länger.

Amosinternational Was kostet eine gute palliative Versorgung in den letzten Lebensmonaten? Könnte das Motto „palliativ statt intensiv“ ein Kostendämpfungsprogramm sein?

Thöns Palliativversorgung ist spottbillig. In den letzten 90 Lebenstagen entstehen im Schnitt ca. 7000 Euro pro Patient, dabei sind die Kosten für den Klinikaufenthalt (9000 Euro) schon enthalten. Konkret bezogen auf das Palliativnetz Witten, in dem ich tätig bin: Die Palliativversorgung kostet in unserem Team im Schnitt 1350 Euro für die Gesamtzeit. 96% unserer Patienten sterben dort, wo sie es sich wünschen. Kostendämpfung ist ein guter Nebeneffekt – aber keineswegs meine Hauptmotivation.

Amosinternational Was darf ihrer Meinung nach die Rettung oder Verlängerung eines einzelnen Menschenlebens kosten?

Thöns Falls wir so weitermachen wie bisher, müssen wir uns in einigen Jahren diese Frage stellen, weil die Kassen leer sein werden. Stattdessen wäre es jedoch besser, heute darüber zu diskutieren, wie wir unsinnige Medi-

KURZBIOGRAPHIE
Matthias Thöns (*1967), Dr. med., ist Anästhesist und seit 1998 als niedergelassener Narkose- und Palliativarzt tätig. Er ist stellvertretender Sprecher der Landesvertretung NRW der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Er war Sachverständiger im Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages zur Sterbehilfe-Debatte. Sein bekanntes Buch „Patient ohne Verfügung. Das Geschäft mit dem Lebensende“ ist 2016 erschienen und war monatelang Spiegel-Bestseller. Weiteres zur Person und zu den Publikationen sowie zu den zahlreichen Beiträgen in Hörfunk und Fernsehen unter www.der-schlafdoktor.de/thoens.

zin mit immensen Kosten vermeiden, verbieten oder mehr noch, wie wir die, die bei Sterbenskranken unsinnige Eingriffe durchführen, bestrafen. Wenn die von Krankenhäusern und Pharmakonzernen durchgedrückte Verschwendung durch Übertherapie unterbunden werden könnte, würde sich die ganze Debatte darum, welche Eingriffe bzw. Therapien bei welchen Patienten unter Berücksichtigung der nur begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen Priorität haben sollen, erübrigen.

Die Fragen stellte Richard Geisen

