

309

Frühzeitige Integration der Palliativmedizin schützt vor Übertherapie am Lebensende

- Unabhängige Hoffnung auf Heilung oder Lebensverlängerung nicht so hoch Ärsen schwer, auf Therapiemaßnahmen zu verzichten oder diese zu beenden
- Gegen den Willen des Patienten zu handeln, kann eine Körperverletzung darstellen

Berlin 8. Oktober 2016: Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) begrüßt, dass das Thema Überversorgung am Lebensende aktuell von medizinischen Fachgesellschaften und den Medien aufgegriffen und thematisiert wird. Übertherapie am Lebensende kann nicht nur zu höherer Ressourcenverschwendung, sondern auch zu unethischer Überversorgung führen. Die thematische Einengung der medizinischen Behandlung auf Krankheitsbekämpfung leide die Aufmerksamkeit der Betroffenen von der wichtigen Auseinandersetzung mit den grundlegenden Fragen eines schrittweisen Aufbaus von gezielten Krankheitsbehandlungen. In der DGP-Resolution Dr. Bernd-Oliver Mieser: „Die palliativmedizinische Versorgung von Patienten am Lebensende“ wird dies kurz zusammengefasst:

Denn: „Trotz aller medizinischen Fortschritte werden weiterhin etwa die Hälfte der Krebspatienten an den Folgen ihrer Erkrankung“ heißt es in einer aktuellen Präsentation der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V., mit der die DGP die Verbesserung ihrer Empfehlungen zur Verminderung von Über- und Überversorgung in Diagnostik und Therapie von Blutzellenkrankungen und soliden Tumoren begrüßt. Die DGP begrüßt die Empfehlungen der DGOH ausdrücklich und ist im Austausch mit der onkologischen Fachgesellschaft bei langem dem Bemühen, die frühzeitige, koordinierte und palliativmedizinische Behandlung, wie es dem Stand der Wissenschaft entspricht, in der klinischen Praxis umzusetzen. Dieser frühzeitige Ansatz gilt entsprechend für die palliativmedizinische Behandlung und Versorgung von pathologischen, neurologischen, hämatologischen, geriatrischen und multibidrigen Patienten und Patienten.

Die Diskussion betrifft die Frage, wie schwachere Patienten und Patienten unentzerrt werden können. Ihre Bedürfnisse und Wünsche auch in einer sehr geschwächten Lebenssituation zum Ausdruck zu bringen, in der sie keine, weitere oder bewährte Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung haben, ist ein zentrales Ziel der palliativmedizinischen Versorgung. Auch Ärsen und Ärzte müssen sich damit auseinandersetzen, an welchem Punkt der Behandlung sie bei der Indikationsstellung für Therapiemaßnahmen „umzukehren“ von der Hoffnung auf Heilung oder Lebensverlängerung – mittels Anwendung eines komplexen und oft nicht einsetzenden Systems an diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten – auf die palliativmedizinische Behandlung und Begleitung des lebenslangem erkrankten Menschen, die sich ablehnen auf die Linderung seiner Beschwerden, sei es durch pharmakologische, nicht-pharmakologische und/oder spirituelle Methoden in gewissermaßen unendlichen Umkreis.

Wir benötigen dringend einen Wandel im Versitätsbereich sowohl bei Ärzten wie in der breiteren Öffentlichkeit, dass die Hörzweigen eines Palliativmediziners nicht gleichbedeutend ist mit dem Ende aller Hoffungen! Im Gegenteil: Unsere klinische Erfahrung zeigt, dass die hohe Wirksamkeit von konsultierender und symptombezogener Behandlung bei Patienten viel eher ermöglicht, das ganze Spektrum der relevanten Fragen zu stellen und so ähnlich einen für sie angemessenen Umgang mit ihrer Lebenssituation zu finden.“ betont Dr. Bernd-Oliver Mieser, Chefarzt einer Klinik für Palliativmedizin und Interdisziplinäre Onkologie in Weidenfeld.

In dem Moment, in dem die Chancen und Risiken einer krankheitspezifischen Therapie erkannt, verständlich und/oder suggestive „leichte Hoffnungen“, sondern mit all ihren potentiellen Widersprüchen kommuniziert werden, sollte gleichzeitig ein Team bereit sein, die Konsequenzen von Entscheidungen für oder gegen eine Therapie mitzudenken, den alternativen Weg ohne krankheitspezifische Therapie kompetent zu erklären und bei vorliegenden Einverständnis auch zu begleiten und zu gestalten. Das kann Freiräume für den Patienten und seine Familie schaffen, um zu Ruhe zu kommen, die eigenen Bedürfnisse in den Blick zu nehmen und die noch verbleibende – häufig in jeder Hinsicht intensive – Zeit so gut wie möglich gemeinsam zu nutzen, zu leben.

Die unzulässige Angst vor rechtlichen Konsequenzen führt nicht selten zu einer Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen wie der künstlichen Flüssigkeitsgabe, ohne dass diese hinterfragt werden. Oft sind diese Maßnahmen aber nicht mehr medizinisch indiziert, weil sie dem Therapieziel nicht mehr dienlich sind oder für den Behandelten sogar eine Belastung darstellen können. Sollte der Patient die Unterlassen oder Abbrechen lebensverlängernder Therapien – und das kann auch das Abbrechen der Beatmung gehören – verhindern, so stellt die Fortführung dieser von der Einwilligung nicht mehr gedeckten Behandlung eine Körperverletzung dar, betont Rechtsanwältin Dr. Ulrike Thiele, Vorsitzende der DGP, Richtsachur für die Durchführung jeder Therapiemaßnahme ist die medizinische Indikation, die der Arzt oder die Ärztin hat eine Maßnahme für gegeben, um ein Therapieziel im Sinne des Patienten zu erreichen. Dies gilt für eine Chemo- oder Strahlentherapie genau wie für die Linderung begleitender Symptome wie Schmerzen, Atemnot oder Angst.

„Aus unserer Sicht sollten bestehende ethische Thesen am Lebensende diese wesentliche Chance auf klinischen Nutzen verlassen werden.“ – diese Aussage der DGP kann die DGP nur unterstützen, wenn Patienten in diese Entscheidungsprozesse sowohl vollständig einbezogen und mit den Folgen der Entscheidung nicht allein gelassen werden. Die beiden medizinischen Fachgesellschaften sind sich einig darin, dass die Gleichung kurzpalliativmedizinischer und symptomorientierter Therapiemaßnahmen entsprechend den Wünschen und dem Willen des Patienten und in enger Abstimmung z.B. zwischen Onkologie und Palliativmedizin erfolgen sollte.

Um eine frühe Integration der Palliativmedizin in die onkologische Behandlung erreichen zu können, müssen diese Strukturen geschaffen werden, indem die in der DGP geforderte interdisziplinäre Onkologie in der Palliativmedizin, die Chemoberatung, eine nicht-therapeutische Tumorkontrollen oder ein verpflichtendes Beratungsgespräch zu Angebot der Palliativversorgung stattfinden. Die Einbindung palliativmedizinischer Sachverständiger in Tumorkonferenzen sowie zur Beratung bei Symptomen sollte das therapeutische Angebot erweitern. Im Mittelpunkt der Interdisziplinären Palliativversorgung für Patienten sind eine enge Kooperation mit weiteren einschlägigen Akteuren der Hausarzt- und Palliativversorgung zu erörtern – nicht zuletzt unter Einbeziehung der Hausärzte, welche die Patienten und ihre Umfeld schon lange und unabhängig von der Krebsdiagnose kennen.

Zusammenfassend begrüßt die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin ausdrücklich den konstruktiven Dialog, der sich mit vielen Fachgesellschaften geführt wird und die gemeinsame Anliegen einer besserer palliativmedizinischer Palliativversorgung weiterzuentwickeln. In diesem Kontext hat die DGP sich auch im „Klinik-Entscheidungen“-Prozess der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) engagiert und entsprechende Empfehlungen formuliert, welche in Klären einschließen werden. Das Anliegen einer patientenorientierten Palliativversorgung ist auch über die 23 Landes-Palliativmediziner für Patienten eine eigene Initiative (Klinik-Entscheidungen) und über die Hausarzt- und Palliativversorgung (HPC) weitergeführt und erweitert für Patienten erörtern. Einer vollständigen Überversorgung kann ein Bereich durch Aufklärung begleitet werden, die diese Entscheidungen und Fortschritte im Austausch auf Augenhöhe um realistische Überwachungspläne einer integrierten Palliativversorgung“ – dessen Wert kritisch hinterfragen, entspricht dem Selbstverständnis der DGP.

Literaturverweise

Dr. W. Krause: Klage entscheiden... in der Hämatologie und Medizinischen Onkologie. Deutscher Ärztezeitung 2016; 11(32): A-1050 / B-1301 / C-1307 [www.gesundheitsrecht.de/2016/11/30/113207](#)

Lebensplanung: Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe (DKH) | CD-Landtag Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebskrankheit (2015) [www.burgenland.at/medien/2015/08/28/08_1027.html](#)

B. Al-Egging, S. Furtak, U. Wieding (2015): Onkologie für die Palliativmedizin. Universitätsverlag Göttingen. Ein Projekt der AG Interdisziplinäre Onkologie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. [www.onkologie.de/pdf/9783708930702.pdf](#)

Sekretionskommission der AG Interdisziplinäre Onkologie in der Palliativmedizin zur frühzeitigen integrativen palliativmedizinischen Versorgung in der onkologischen Therapie (2016): [www.onkologie.de/pdf/9783708930702.pdf](#)

F. Nauck, Ch. Dingelde, L. Rätzsch: Ärztlich assistierter Suizid: Hilfe beim Sterben – keine Hilfe zum Sterben. Deutscher Ärztezeitung 2014 11(13): A-E3-71 [www.gesundheitsrecht.de/2014/11/13/111371](#)

