

## Leserbrief

## Anmerkung zu „I had also a dream... Ein Palliativ-Team für jedes Krankenhaus!“

ZPalliativmed 2016; 17: 212–213

Herr SR Dr. Wördehoff stellt eingangs für die tagtägliche Realität in den Kliniken und Praxen des Landes höchst relevante Fragen – wie etwa der Abwägung zwischen Pro und Contra von Eingriffen, des Setzens von Grenzen etc.

Widersprechen möchte ich jedoch seiner Auffassung: „...man kann von einem operativ tätigen Arzt, von einem Intensivmediziner, von vielen Fachspezialisten nicht erwarten, dass sie vollen Herzens für den Verzicht auf eine Operation, auf eine Intervention und für eine Therapiebegrenzung plädieren“ – und zwar ganz entschieden: man kann es erwarten, bei klar gegen den Eingriff sprechender Nutzen-Risiko-Relation muss man es geradezu erwarten dürfen! Denn: die Indikationsstellung ist Bestandteil jeden Eingriffs und demzufolge verantwortlich vorzunehmen.

Seit Beginn meiner ärztlichen Tätigkeit Mitte der 70er Jahre bis heute erlebte ich immer wieder empathische Beratungen durch Operateure, Intensivmediziner u. a. – natürlich auch das Gegenteil. Parallel fand in dieser Zeit eine rasante Erweiterung des medizinisch Möglichen statt und gleichzeitig die gravierende demographische Veränderung. Beides zusammen führte zu einem generell völlig anderen Entscheidungslevel als damals.

Exzellente begründet und oftmals fallbezogen berührend dargestellt ist die Problematik der zwingend individuellen Indikationsstellung in „Onkologische Porträts“ des verstorbenen chirurgischen Ordinarius Prof. Heinz Becker – dabei ganz aktuell und kritisch bezugnehmend auf Tendenzen wie multidisziplinäre Konferenzen mit Therapieempfehlungen ohne Patientenkontakt. Deren Güte ist dann an jenen Arzt geknüpft, der sie dem Patienten kommuniziert und dann unkritisch oder sinnvoll modifiziert umsetzt – wird das genügend reflektiert?

Ich erlebte als Onkologe die Jahrzehnte des Aufblühens der Palliativmedizin – entstanden als Reaktion darauf, dass in einer einseitig naturwissenschaftlichen Medizin zunehmend in Vergessenheit ge-

riet, was früher im Zeitalter symptomatischer, oft hilfloser Medizin selbstverständlich war: Linderung, Empathie, Kommunikation, Akzeptieren von Grenzen des Sinnvollen, Einbeziehung des Umfelds des Kranken usw. Ist es aber Aufgabe der Palliativmedizin, dies immer selbst zu übernehmen?

Wie soll die von SR Dr. Wördehoff vorgeschlagene Pro-Contra-Beratung vor medizinischen Maßnahmen in getrennter Verantwortlichkeit erfolgen im Zeitalter der multimorbiden chronisch Kranken? Wie und wann kommuniziert wer mit wem worüber? Mit welchen personellen Ressourcen?

Um es gleichnishaft zu verdeutlichen: diese Methode ähnelt dem Versuch, den Straßenverkehr mit schnelleren Autos dadurch sicherer machen zu wollen, dass jedes Auto von zwei Chauffeuren – einer für das Gas und einer für die Bremse zuständig – gefahren werden soll.

Damit ich nicht missverstanden werde: wir haben eine schlimme Tendenz zum diagnostischen und therapeutischen Aktionismus zu beklagen, ebenso oftmals unverantwortliche verallgemeinernde Erfolgsdarstellungen hochspezialisierter Eingriffe, neuester Methoden oder gar präklinischer Forschungsergebnisse auf Klinik-Webseiten, in der Tagespresse und im Fernsehen. Die Folgen kennen wir alle:

- ▶ ein Klima des sinkenden Vertrauens in die Ärzteschaft
- ▶ viel Unverständnis oder Misstrauen seitens der Patienten und Angehörigen bei verantwortungsvollem Abraten
- ▶ selbst bei hochbetagten multimorbiden Patienten völlig unrealistische Erwartungen an die medizinischen Möglichkeiten
- ▶ schwindende oder fehlende Dankbarkeit, wenn der Hochbetagte ein erfülltes Leben hatte, das nun zu Ende geht.

Dies alles darf und soll Palliativmedizin thematisieren, auch die riesigen in Futillity verausgabten Ressourcen, die anders verwendet das Leben viel erfüllter machen könnten – besonders der erwerbstätigen

und nachfolgenden Generation (Stichworte wie hektische, pathogene Arbeitswelt oder unververtretbar hohe Betreuungsschlüssel in KITAs mit resultierenden großen Zuwendungs-Defiziten oder weltpolitisch täglich tausende Hungertote). Palliativmedizin sollte deshalb gemeinsam mit anderen Fachvertretern (kritischen Anästhesisten, Chirurgen, Kardiologen, Onkologen und besonders Hausärzten) eine grundlegende Änderung der Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns fordern, die zu dieser Entwicklung führen: Diagnostische und therapeutische Maßnahmen gelten uneingeschränkt als abrechenbare medizinische Leistung, größtenteils unabhängig vom patientenbezogenen Nutzen, unabhängig von Nutzen-Risiko- und von Aufwand-Nutzen-Bewertung. Zugleich wird die elementar wichtige Kommunikation dramatisch unterbewertet.

So entsteht ein fatales, weil sinnentleertes Verständnis von „ökonomisch“ in der Medizin, und ärztliche Verantwortung droht „unökonomisch“ zu werden – paradox und gefährlich! Ob im Einzelfall das aktive Vorgehen mutmaßlich günstiger ist als der Spontanverlauf, wird meist gar nicht mehr gefragt, sollte aber bei jeder Indikationsstellung mit im Blick sein.

Palliativmedizin sollte weiterhin intensiv mithelfen, in Medizin und Gesellschaft bewusst zu machen, dass Sterben und Tod jeden Menschen treffen werden und unser Umgang damit entscheidend für die Kultur des Landes und damit gerade für das Befinden der Lebenden ist.

Was Palliativmedizin meines Erachtens in eine falsche Richtung führt, ist ein Omnipotenzanspruch für jede schwerstkranke / todesnahe Situation und besonders die Vorstellung, die Verantwortung für die Indikation medizinischer Maßnahmen – zumindest teilweise – aus der Kompetenz des diagnostischen oder therapeutischen Akteurs übernehmen zu wollen.

*Dr. Heinrich Günther  
Lönsstr. 12  
01259 Dresden  
Tel.: 0351-2023970  
E-Mail: hgsmd.guenther@arcor.de*