

Lebensverlängerung um jeden Preis?

ES GIBT VIELE neue Therapie-Optionen, die das Überleben von Krebspatienten verlängern können, aber nicht immer auch die Lebensqualität verbessern. Entscheiden muss der Patient – und braucht dafür bestmögliche und offene Aufklärung, sagen Medizinethiker. ► Einer Studie zufolge gaben 53% der Krebspatientinnen und -patienten an, sie würden eine experimentelle Therapie mit starken Nebenwirkungen selbst dann akzeptieren, wenn die Heilungschance nur bei 1% liegt. Und: Laut der Palliativmedizinerin Prof. Dr. Birgitt van Oorschot zeigen internationale Analysen, dass zwischen 8 und 30% aller Krebspatienten in den letzten 14 Lebenstagen noch eine Tumorthherapie erhalten. Als mögliche Folgen zählte sie auf: »Schlechte Symptomkontrolle und Lebensqualität, Sterben im Krankenhaus und erschwerte Trauer für die Hinterbliebenen.«

Ist das maximal Machbare immer das Bestmögliche?

So stellt sich die Frage, ob das medizinisch »maximal Machbare« auch das im Interesse des Patienten Bestmögliche ist. »Nicht immer«, sagt der Medizinethiker Prof. Dr. Georg Marckmann. Aber was richtig ist, könne gerade bei Krebs nur die Patientin oder der Patient selbst entscheiden. »Nehmen Sie jemanden mit fortgeschrittenem Krebs, der mitten im Leben steht und kleine Kinder hat, ist es dann richtig, sich in das Schicksal zu ergeben und zu sagen: Mit hoher Wahrscheinlichkeit werde ich an der Erkrankung sterben? Oder ist es richtig, nochmal alles auf eine akute Therapie zu setzen und die geringen, aber doch vorhandenen Chancen einer experimentellen Chemotherapie auf sich zu nehmen?« Das sei eine ganz individuelle Entscheidung, für die es »von außen eigentlich keine wirklichen Maßstäbe« gebe.

Die Bedeutung der Patientenautonomie

Wie stellt man sicher, dass Patientinnen und Patienten eine autonome, möglichst stimmige Entscheidung treffen? »Betroffene mit fortgeschrittenem Tumorleiden müssen im Sinne einer gemeinsamen Entscheidungsfindung immer darüber aufgeklärt werden, dass es auch eine Option ist, auf eine Therapie zu verzichten und eine ausschließlich palliative Therapie durchzuführen. Wenn sie nicht gut aufge-

klärt werden, ist die Wahrscheinlichkeit eher groß, das sie nach jedem Strohhalm greifen und trotz schlechter Erfolgsaussichten eine Therapie wählen«, so Marckmann.

Wird zu viel um jeden Preis behandelt?

Tendenziell werde eher zu viel als zu wenig therapiert, meint Prof. Dr. Giovanni Maio. Der Freiburger Internist, Philosoph und Ethiker wirbt für eine Medizinkultur der Besonnenheit und gibt zu bedenken: »Es ist für eine Ärztin, einen Arzt immer einfacher, die Chemotherapie fortzusetzen als für einen Abbruch zu plädieren.« Der Abbruch erfordere intensive Gespräche, und es gebe keine Gewähr, dass die Patientin oder der Patient das nicht missverstehe und glaube, man wolle an ihm sparen oder ihn aufgeben. Eine weitere Sorge sei die Angst, die Patienten damit in Resignation zu stürzen. Aktionismus sei verführerisch, »weil grundsätzlich das Tätigwerden suggeriert, dass man die Situation im Griff hat«. Damit werde Handlungsfähigkeit transportiert. Der Betroffene bekommt das Gefühl, dass man sich um ihn kümmert und dass er der Krankheit nicht einfach ausgeliefert ist.

Die Rolle des Systems

Für Maio besteht das Grundproblem darin, dass Ärztinnen und Ärzte sehr einseitig ausgebildet würden: »Ihnen wird beigebracht, wie sie mit technischen Mitteln agieren können, aber zu wenig, dass es auch nichttechnische Mittel gibt, den Patienten zu helfen, nämlich durch Zuwendung.« Jeder Patient gehe anders mit seiner Krankheit um. Um ihn vor unnötigen Belastungen zu bewahren, sei es wichtig, offen über die begrenzte Erfolgsaussicht zu sprechen, »um ihn nicht in falschen Hoffnungen zu wiegen.« Die Herausforderung dabei sei, einerseits wahrhaftig zu sein und zugleich das Gefühl zu vermitteln, dass man den Betroffenen »nicht im Stich lässt«, sondern dass man sich weiter um sein Wohlergehen kümmert.

Anke Hinrichs arbeitet als freie Journalistin in Hamburg.
mail@ankehinrichs.de





Durch Verzicht gewinnen?

Unser Medizinsystem ist traditionell auf Lebensverlängerung ausgerichtet. »Sterben zulassen zu können, obwohl man das Leben noch verlängern könnte, ist eine Herausforderung«, sagt Marckmann. Doch er ist überzeugt: »Man kann durch einen Verzicht auch gewinnen.« Wenn ein Patient auf eine belastende Chemotherapie verzichte, gewinne er Zeit zur freien Verfügung, für »offene Gespräche mit Angehörigen über Abschied nehmen und Tod«, vielleicht auch für eine Reise oder letzte Tage im eigenen Zuhause statt in einer Klinik. Letztlich sei ein Therapieverzicht immer eine höchst persönliche Entscheidung, die von individuellen Vorstellungen vom guten Leben abhängt. Und es könne dann sogar sein, dass jemand, der sich für eine weitere, riskante Therapie entscheidet, wegen den Folgen früher verstirbt als derjenige, der früh eine palliative Behandlung wählt.

Wie stirbt man »gut«?

»Die größte Gefahr sehe ich darin, dass wir uns in die Technik flüchten, um damit den existenziellen Fragen auszuweichen«, so Maio. »Das gilt für die Patientinnen und Patienten; das gilt aber auch für die Ärztinnen und Ärzte.« Ein »gutes« Sterben sei nur möglich, wenn man sich in einer Umgebung wähne, die einem das Gefühl gibt, anderen etwas zu bedeuten. »Es gehört zu den zentralen Aufgaben der Medizin, sterbenden Menschen dabei zu helfen, sich auch als hochgebrechlicher Mensch nicht als Last für andere zu empfinden. Durch echte Gespräche ist es möglich, ihnen das Gefühl der Selbstachtung zurückzugeben. Daher hat die Medizin ihren Auftrag nur dann wirklich erfüllt, wenn sie durch alle Technik hindurch immer den ganzen Menschen im Blick hat.« 

DREI FRAGEN AN:

Prof. Dr. Georg Marckmann,
Leiter des Instituts für Ethik,
Geschichte und Theorie der Medizin an
der Ludwig-Maximilians-Universität
München und Präsident der
Akademie für Ethik in der
Medizin e. V. (AEM)



**Georg
Marckmann**

Welche Möglichkeiten gibt es, Betroffene in schwierigen Fällen bei der Entscheidung für oder gegen bestimmte Krebstherapien zu unterstützen?

Für schwierige Entscheidungssituationen, wenn unklar oder umstritten ist, ob eine weitere Therapie noch dem Wohlergehen des Patienten dient oder ob sie noch von diesem gewünscht ist, bieten Ethikkomitees den Teams Entscheidungsunterstützung an. Dann setzen sich die Komiteemitglieder mit den Behandlern und Betreuern zusammen und diskutieren alle Optionen – unter wesentlicher Berücksichtigung des Wohlergehens und der Autonomie des Patienten. Inzwischen gibt es in weit über 50% der Kliniken Ethikkomitees. Angehörige oder Patienten können auch eine Fallbesprechung anregen, die dann von den Teams umgesetzt wird.

Wie sieht das im Einzelfall aus?

Nehmen wir als Beispiel einen Patienten, Ende 30, der schwer an einem Bronchialkarzinom erkrankt ist. Trotz intensiver Behandlung hat der Krebs weiter gestreut, die Prognose ist schlecht. Der Patient wünscht aber unbedingt noch eine weitere, hochdosierte Chemotherapie. Angesichts der geringen Erfolgsaussicht und des hohen Schadenspotenzials fragt sich das Team, ob das ethisch vertretbar sei. Nach Beratung mit dem Ethikkomitee wurde der Patient erneut chemotherapeutisch behandelt, da dies seinem ausdrücklichen Wunsch entsprach. Nach dem ersten Zyklus ging es dem Patienten aber leider so schlecht, dass die Therapie nicht fortgeführt werden konnte. Zehn Tage später verstarb er im Krankenhaus.

Wer trifft im Konfliktfall die letzte Entscheidung?

Die letzte Entscheidung trifft der behandelnde Arzt. Er muss beurteilen, ob er es vertreten kann, eine nebenwirkungsreiche bzw. riskante Therapie durchzuführen. Diese muss medizinisch sinnvoll sein. Bei fehlender Erfolgswahrscheinlichkeit darf eine Therapie nicht mehr durchgeführt werden. Wenn das Nutzen-Schadens-Verhältnis sehr schlecht ist, sollte der – offen über alle Optionen aufgeklärte – Patient selbst entscheiden. Selbst wenn die Wahrscheinlichkeit relativ hoch ist, dass das Leben durch eine weitere Behandlung sogar verkürzt werden kann. Wenn es dann schlecht ausgeht, heißt das nicht, dass die Entscheidung falsch war.