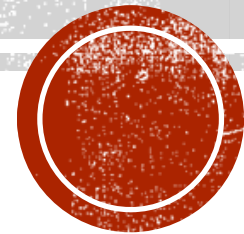


ÜBERTHERAPIE AM LEBENSENDE & UNSER UMGANG MIT ENDLICHKEIT



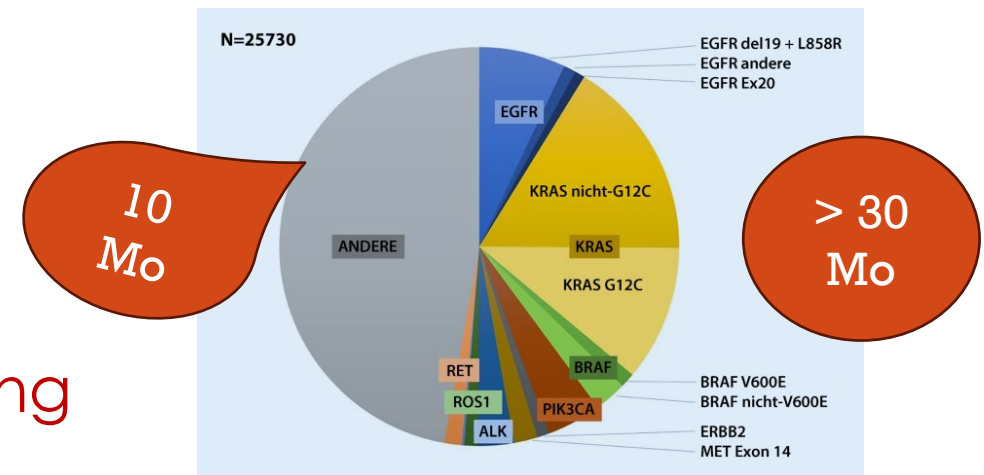
Eva Winkler

SACHSTAND: WAS WIR WISSEN & NICHT WISSEN

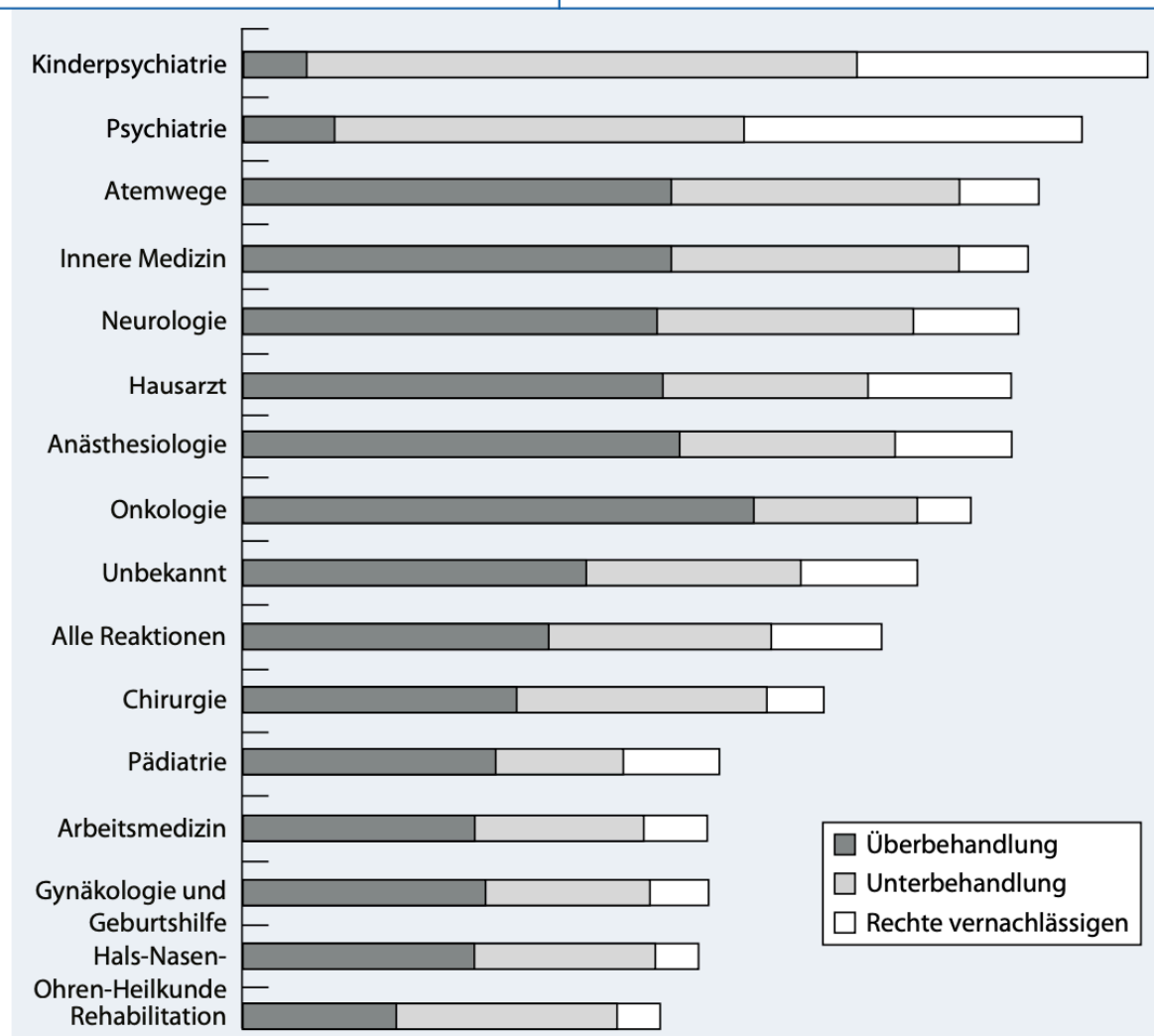
Gewinn von Lebenszeit und Lebensqualität durch Fortschritt der Medizin

- ❖ Weniger Menschen sterben an Krebs → altersstandardisierten Sterberate rückläufig – seit 2010 um 7% W bzw 12% M
- ❖ Verbesserungen in der Lebensqualität durch Supportivtherapie, Palliativmedizin, Supportivdienste (Ernährung, Sport, Psychoonkologie)
- ❖ Lebenszeitgewinn durch Fortschritte in der Therapie
- ❖ dieser ist heterogen verteilt (Biologie)

? Heterogenität durch ungleichen Zugang



ÜBERTHERAPIE - ALS PROBLEMWAHRNEHMUNG



Syst. Review: 40% non-beneficial treatments
Cordona-Morell J Qual Health Care 2016

- Zu viel, weil unwirksam
- Zu viel, weil Ziel mit weniger erreichbar
- Zu viel, weil Ziel nicht erreichbar
- Zu viel, weil Belastung/Nutzen-Relation nicht angemessen

Übertherapie kann zur Verkürzung der Lebenszeit – und führt häufig zur Verschlechterung der Lebensqualität



ÜBERTHERAPIE - GRÜNDE & ZUSAMMENHÄNGE ?

1. ÄrztInnen tun sich schwer mit Entscheidungen zur Therapiebegrenzung

"80% der ärztlichen Direktoren halten das für die ethisch herausforderndste Entscheidung im klinischen Alltag

Vollmann et al, Dtsch Med Wochenschr 2004

"Talking about end of active treatment and beginning palliative treatment: 45.2%"

Baile et al., Oncologist 2000

2. PatientInnen haben unrealistische Erwartungen auf Heilung & Lebenszeitgewinn

Aufklärung / Verdrängung / Erwartungshaltung Familie/ Freunde

4. Zugehörige spielen eine wichtige Rolle bei der Vermittlung des Patientenwillens – aber auch mit Konfliktpotential

Hauke et al Z für Palliativmedizin 2010

5. Aktionismus & Kontrolle: Tun ist besser als Unterlassen

Schaden durch Unterlassen rechtfertigungsbedürftig, aber nicht durch Tun



ÜBERTHERAPIE - BELASTUNG/ SCHADEN

Belastung für den Patienten/die Patientin - Behandelnden

1. Ggf Verkürzung der Lebenszeit – häufig zur Verschlechterung der Lebensqualität
2. Moral Distress & Erschöpfung bei Pflegenden und ÄrztInnen

Prigerson Jama Oncol 2015
Temel J Clin Onc 2014
Mehlis Psychooncology 2018

Belastung für das Krankenversicherungssystem

3. Therapiekosten steigen zum Lebensende exponentiell – Nutzen nicht
4. Frühe Nutzenbewertung begünstigt strukturell Arzneimittel, die kurzfristig lebensverlängernd wirken
5. Nutzwertvergleich mit Relation zum Lebenszeitgewinn (QUALYs) in Dtl kritisch gesehen
6. Jahrestherapiekosten steigen: 100.- 400.000 € / QUALY

Müller-Bohn. FORUM 2018 · 33:428–431



MAPPING: PERSPEKTIVEN & LÖSUNGSANSÄTZE

Medizin/ Medizinethik – stark individual ethisch geprägt

- Indikationsbegriff / Patientenautonomie → Futility (ZEKO)
- Zugangsgerechtigkeit (eg. Flächendeckende Palliativversorgung)
- *Pflegeethik / Care Ethik*

Brinkman-Stoppelenburg et al. Palliat
Med 2014;
Houben et al. J Am Med Dir Assoc 2014

Kommunikation – vorausschauende Behandlungsplanung

- Weniger Notfalleinweisung ins Krankenhaus/ Intensivmaßnahmen (Reanimation, Beatmung)- früher Hospiz/ Palliativanbindung
- § 132g SGB V – gesundheitliche Vorausplanung – stationäre Pflege
- ? Angst und Depression bei Patient und Angehörigen reduziert
- ? Timing – meist spät, wenn keine anderen Optionen



Deutschsprachige
professionelle Vereinigung
Behandlung im Voraus planen



MAPPING: PERSPEKTIVEN & LÖSUNGSANSÄTZE

Thanatosoziologie - Sterben als Krise vs Routine der Professionellen

- Differenz im Erleben kann durch kommunikative Formate, die auf Verständigung und Transparenz setzen, nicht eingeholt werden.
- Orchestrierung eines gemeinsamen Rahmens, der Deutung aber auch Ungesagtes erlaubt (Konsensfiktion)

Nassehi, A., et al. Sterben braucht Latenz. Organisierte Sterbebegleitung im Spannungsfeld von Handeln und Erleben. Köln Z Soziol 75, 203–233 (2023).

Spiritual Care

- interdisziplinäres Arbeitsfeld, das von verschiedenen Berufsgruppen
- Menschen in Krisensituationen, insbesondere in der letzten Lebensphase
- "Sind Sie im Frieden mit sich selbst?" als Screeningfrage
- Effekte: weniger Angst, existentielle Not, eher Gefühl von Frieden & Würde



WAS FEHLT UND ZIEL EINER BEFASSUNG DES ETHIKRATES SEIN KÖNNTE ...

1. Integration der verschiedenen Perspektiven

2. Spannungslinien aufzeigen

- Verhältnis von Indikation & Grenzen der Medizin (Futility 2)
- Lebenszeitgerechtigkeit (fair innings) & Altersdiskriminierung
- Vertrauen ins Gesundheitswesen & Priorisierungsentscheidungen
- Krisenerleben & Konzepte des guten Sterbens (in Frieden sein)
- Medizin als Hoffnungsträger & Abschiednehmen des Einzelnen



WAS FEHLT UND ZIEL EINER BEFASSUNG DES ETHIKRATES SEIN KÖNNTE ...

3. **Konkrete Überlegungen zu Maßnahmen und Empfehlungen**
 - a. Sensibilisierung für Themen wie Übertherapie und Palliativversorgung – sowohl im wie außerhalb des Medizinsystems
 - b. Vorausschauende Behandlungsplanung stärken
 - c. Unterstützung für und durch Nahestehende in der letzten Lebensphase
 - d. Konzepte für Abschied und Versöhnung („Dignity therapy“ , Biografiearbeit, Familiengespräche, letzte Wünsche Programme)
 - e. Spiritual Care Angebote bekannter machen und verbreitet anbieten
 - f. Ggf Ausbau von Ethikkomitees in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zur Unterstützung von Entscheidungen in schwierigen Einzelfällen



KEIN LEICHTES THEMA ...

... Humor hilft häufig

