

INHALT

- Die Palliativmedizin
in der Frauenheilkunde**
Prof. Dr. Eckhard Petri, Schwerin
Seite 3
- Gesprächsführung
in der Palliativsituation**
Dipl.-Theol. Petra Jebali, Münster
Seite 8
- Wünschenswert:
Mehr Palliativstationen**
Interview mit
Prof. Dr. Eberhard Klaschik, Bonn
Seite 12
- Hemmung der Tyrosinkinase des EGF-R
als neuer Behandlungsansatz beim
Mammakarzinom**
Priv. Doz. Dr. Gunter von Minckwitz,
Frankfurt
Seite 13
- Wie sehen Selbsthilfegruppen die
Palliativmedizin in Deutschland?**
Hilde Schulte, Neukirchen
Seite 16
- Haemangiosarkom als
sekundäre Neoplasie nach Radiatio
bei Mammakarzinom**
Dr. Justyna Kowalczyk, Prof. Dr. Klaus
Richter, Prof. Dr. Jörn Hilfrich, Hannover
Seite 17
- Aktuelle therapeutische Aspekte
zum Ovarial- und Mammakarzinom**
Bericht vom 54. Kongress der Deutschen
Gesellschaft für Gynäkologie und
Geburtshilfe (DGGG), Düsseldorf
Seite 20
- Pro Lifestyle-Medikamente**
Prof. Dr. Dr. Johannes Huber, Wien
Seite 22
- Contra Lifestyle-Medikamente**
Prof. Dr. Thomas Römer, Köln
Seite 23
- Titelbild: Pierre-Auguste Renoir:
Sitzende Badende, 1883/1884

Die schwere Kunst der Palliation



Prof. Dr.
Ulrich Kleeberg,
Hamburg

Wenn Heilung Krebskranker nicht mehr möglich ist, wird das Bemühen um eine lebenswerte Verlängerung des Daseins zum zentralen Anliegen. Das Therapieziel hat sich verlagert: Es gilt nicht mehr, den Tumor zu vernichten, sondern Beschwerden zu lindern. Der kranke Mensch tritt gegenüber dem kranken Organ in den Vordergrund, die Bedeutung der Organspezifität rückt hinter die der Gesamtmorbidität. Zur Linderung von Beschwerden Tumorkranker ist immer erst eine kausale Therapie zu erwägen, deren Wirkung zwar feststeht, deren Nutzen aber sehr begrenzt sein kann. Um so mehr müssen günstige und nachteilige Therapieeffekte kritisch evaluiert sowie Begleitmorbidität, Wünsche und Vorstellungen des Kranken wie seiner Angehörigen berücksichtigt werden.

Noch zu oft ist aber Empirie das führende Prinzip einer Palliativtherapie. Zu flüchtig bespricht der Arzt mit seinem Patienten das Ziel einer solchen Behandlung, zu selten wird die Frage nach deren Nutzen, geschweige denn nach dem Sinn gestellt, zu groß ist die Versuchung des Therapeuten, sich auf das erkrankte Organ zu konzentrieren.

Statt sich um die Erhaltung oder Wiedergewinnung der Lebensqualität zu bemühen, steht die objektive Remissionsrate im Vordergrund. Zu sehr sind die onkologische, die somatische, die psychosoziale, die ärztliche und die ökonomische Indikation zugunsten einer aktiven Intervention miteinander vernetzt, und zu gering ist die Erkenntnis, oft auch die Kraft des Arztes, den leidenden Menschen vor allem zu begleiten, den Handlungsdruck zurückzunehmen und ihn in die innere Ruhe zu führen.

Die grundlegende Frage, die es zunächst zu beantworten gilt, lautet daher:

Ist eine palliative Intervention für den individuellen Patienten zum aktuellen Zeitpunkt indiziert?

Ein progredientes Tumorleiden bedarf beim unheilbar Kranken nicht automatisch der Palliativtherapie. Wo keine somatischen Beschwerden sind, ist eine Palliation nicht nötig. Wichtig ist es, sich einen Eindruck von der Biologie des Tumorleidens und der Proliferationskinetik, von möglicherweise drohenden Komplikationen zu erarbeiten und hierauf den Zeitpunkt der Intervention, die Intensität und Dauer der Therapie zu gründen.

Den staatlichen Gesundheitskontrollleuren Einhalt gebieten

Objektive Remissionen bei palliativen Interventionen führen bei der Mehrzahl der Patienten mit soliden Tumoren nur zu einer auf wenige Monate begrenzten Verlängerung der Überlebenszeiten. Und doch sind „wenige Monate“ eines guten Lebens, wie dies dank einer effektiven Pharmakotherapie heute Krebskranken auch in ihrer letzten Phase vermittelt werden kann, für den Betroffenen von unschätzbarem Wert. Wie vermessend ist da das Verhalten von GKV- und MDK-Kontrollleuren, die durch unerhörte Regressdrohungen gegen den behandelnden Arzt dem Kranken längst eingeführte Medi-