

PALLIATIVMEDIZIN HEUTE.

Vortrag auf dem Wissenschaftlichen Symposium anlässlich des 50-jährigen Bestehens der Landesärztekammer Hessen. Universität Frankfurt, Campus Westend. 8.März 2006.

Prof. Dr.med.Ulrich Gottstein, „Evangelisches Hospital für Palliative Medizin“, Frankfurt/Main.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

Wir feiern heute 50 Jahre Landesärztekammer Hessen, und im November werden wir **das 10 - jährige Bestehen unseres palliativmedizinischen Hospitals** feierlich begehen.. Die „**Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin**“ wurde im vergangenen Jahr auch erst zehn Jahre alt.

Ist also Palliativmedizin eine ganz junge Sparte der Medizin in Deutschland ? Hat es sie früher nicht gegeben, haben wir früher nicht die Aufgabe erfüllt, unsere Patienten schmerz- und beschwerdelindernd zu behandeln und dies auch bis zum Tod ? Natürlich haben wir das auch früher getan. So haben bei meiner Verabschiedung aus der Chefarztstelle im Bürgerhospital vor 15 Jahren einige Patienten traurig gesagt, dass sie sich immer gewünscht hätten, einmal unter meiner Betreuung sterben zu dürfen.

Dann hat es also „Palliativmedizin“ auch gestern schon gegeben ?

Die Antwort lautet: „ja, und nein“. Ja, es gab und gibt eine intensive stationäre Behandlung und das Bemühen, den Kranken nicht nur kurativ zu helfen, sondern auch ihre Schmerzen und Leiden zu lindern. Aber eine spezialisierte Medizin, die sich ausschließlich um sehr leidende oder sterbenskranke Patienten bemüht, mit dem geänderten Ziel, nicht mehr die Krankheit zu bekämpfen, sondern eine bestmögliche Lebensqualität zu erreichen, durch eine optimale Schmerztherapie und Behandlung der körperlichen und seelischen Qualen und psychosozialen Sorgen, die gab es nicht. **Es gab also keine Palliativmedizin nach unserer heutigen Definition**, weder stationär noch ambulant.

Bis weit ins 19. Jahrhundert und den Beginn des 20. Jahrhunderts konnten die Ärzte bei vielen Krankheiten nicht kurativ, sondern nur symptomatisch behandeln.

Das änderte sich, als vor etwa 50 Jahren eine rasante Entwicklung in der diagnostischen, medikamentösen, radiologischen und operativen Medizin einsetzte, mit einer Fülle wirksamer Medikamente, Reanimationen, großen Operationen, Coronarchirurgie , Herzschrittmachern und voll eingerichteten Intensivstationen.

Sterben und Tod wurden wegen der großen Erfolge in der Medizin lange Zeit in den Medien kaum noch erwähnt. Auch bei schwerster Krankheit hofften und vertrauten die Menschen auf die moderne Medizin.. Doch allmählich **begann man Angst** vor ihr zu bekommen, vor der „apparativen Medizin ohne Menschlichkeit“, wie sie in den Medien oft irreführend dargestellt wurde. Doch die technischen und medikamentösen Möglichkeiten erlaubten und erlauben es heute, dass sterbenskranke Menschen „weiterhin leben müssen, obgleich das Leben eine Qual ist“, oder irreversibel bewusste Menschen über Wochen und Monate beatmet oder entscheidungsunfähige Patienten über Jahre künstlich ernährt werden.

Die Zeit des dringenden Rufs nach der „**Patientenverfügung**“ setzte ein, leider auch nach der „**aktiven Sterbehilfe**“, also des ärztlich vermittelten Todes.

Jedes Jahr erkranken in Deutschland über 425.000 Menschen an Krebs, nahezu alle erhalten eine Therapie, viele werden geheilt, aber die meisten müssen mit ihrer Krankheit weiterleben, von einer Chemotherapie zur nächsten, zur nächsten Operation, zur nächsten Strahlentherapie, bis es schließlich „nicht mehr geht“ oder der Patient die Fortsetzung der Anstrengungen nicht mehr will. Der Weg zum Lebensende ist eindeutig vorgezeichnet, in **über 50%** verbunden mit anhaltender **quälender Symptomatik, starken Schmerzen** und tiefer Depression.

Diese Patienten bedürfen ganz besonders der teilnehmenden und helfenden Begleitung und einer wirksamen Therapie, die Schmerzen wegnimmt, quälende Beschwerden lindert, in Verzweiflung und psychosozialen Sorgen hilft, spirituellen Beistand leistet, die Kranken und deren Angehörige berät, mit den Kranken sensibel und barmherzig über die Diagnose spricht, ihnen die tröstende Zusage gibt, sie auf dem Weg zu ihrem Tod zu begleiten, der schmerzfrei und angstfrei und in Würde sein werde.

Das alles ist viel mehr, als normale Krankenbehandlung oder nur Schmerztherapie, viel mehr als die Anwendung symptomatischer Eingriffe, es ist die ganzheitliche Behandlung und Begleitung der Schwerkranken, es ist „**Palliativmedizin**“, wie sie **stationär und ambulant** von ausgebildeten und erfahrenen Fachärzten und Pflegepersonal durchgeführt werden sollte. **Aber wissen die Menschen denn, was Palliativmedizin bedeutet ?**

Als wir im November 1996 unser Hospital für Palliative Medizin eröffneten, blieb gegen alle Erwartungen der Strom der Patienteneinweisungen zunächst aus. Der Grund war, dass der **Begriff „Palliativmedizin“ unbekannt** war, und leider trifft dies auch heute noch weitgehend zu. Als im September 2004 Befragungen von Straßenpassanten vorgenommen wurden, wussten 98 % nicht, was Palliativmedizin bedeutet, immerhin 56%, dass Hospizarbeit etwas mit Helfen zu tun hat. (Abb.1)

Es ist schlimm, dass immer noch so wenige Menschen von der helfenden Palliativmedizin wissen, denn die **Furcht vor einem Sterben ohne Würde (57 %) und mit Schmerzen (46%)** ist sehr groß und war in Holland der Grund für die frühzeitige Legalisierung der „aktiven Sterbehilfe“. Holland hatte keine Palliativmedizin zu der Zeit. (Abb.2.)

Von dieser Furcht machten die „**Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben**“, sowie die Schweizer Sterbeorganisationen „Exit“ und später „Dignitas“ reichlichen Gebrauch. FORSA führte für die DGHS im Jahr 1990 und erneut im Jahr 2000 Befragungen durch :“ soll die aktive Sterbehilfe auf Wunsch von Schwerstkranken legalisiert werden?“ Diese Frage wurde in über 70 % und 10 Jahre später sogar in 80% befürwortet. (Abb.3)

Die „**Deutsche Hospizstiftung**“ ließ desgleichen in 1990 und 2000 eine solche Befragung durchführen (emnid). 1990 sprachen sich 58 % für die Legalisierung aus, aber 10 Jahre später, nachdem vermehrte Aufklärung über die segensreiche Hospizarbeit geleistet worden war, „nur noch“ 35 %. Diese viel niedrigere Zahl wird von den Befürwortern der aktiven Sterbehilfe stets unterschlagen. (Abb.4)

Eine weitere Befragung führte emnid für die Zeitschrift „ auf einen Blick“ bei 1000 Personen vor anderthalb Jahren durch. Es handelte sich um **14 bis über 60 jährige**. 33 % sprachen sich für Legalisierung aktiver Sterbehilfe aus, wobei die Fragwürdigkeit solcher Befragungen auch wieder deutlich wurde : die jungen Menschen, „noch weit vom Sterben entfernt“, antworteten, wie bei der Jugend typisch, rasch entschlossen zu 40 % ja, aber die Menschen über 60 Jahren waren nachdenklicher und sprachen sich „ nur“ in 25 % für den durch Ärzte herbeigeführten Tod aus. (Abb.5)

Wir Ärzte in den Kammern, in Kliniken und in den Praxen und besonders in den palliativmedizinischen Abteilungen und Diensten müssen also noch viel intensiver Aufklärungsarbeit leisten: Wir müssen der Ärzteschaft, der Bevölkerung und besonders den Politikern erklären, **was Palliativmedizin bedeutet und leistet** : Es ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung **optimale Lebensqualität** ist. Im Mittelpunkt steht die Beseitigung von Schmerzen und die Behandlung von quälenden Symptomen, wobei in seltenen Fällen noch eine Operation, Chemo- oder Strahlentherapie dem Patienten empfohlen wird, wenn damit Vorteile für die Lebensqualität erreicht werden können.(Abb.6).

Zusammenfassend ist das „**Gesamtkonzept der Palliativmedizin**“ : Exzellente Schmerztherapie und Behandlung der quälenden Symptomatik. Integration der psychischen, sozialen und seelsorgerischen Bedürfnisse der Patienten, Angehörigen und des Behandlungsteams sowohl während der Krankheit als auch beim Sterben und in der Zeit danach. Akzeptanz des Todes als Teil des Lebens. Durch eine deutliche Bejahung des Lebens soll der Tod weder beschleunigt noch hinausgezögert werden. Palliativmedizin ist eine eindeutige Absage an die „aktive Sterbehilfe“. Palliativmedizinische Behandlung von

Patienten nahe dem Lebensende stellt weder eine Minimaltherapie noch einen Therapieabbruch dar, sondern die Fortführung der für diesen Patienten optimalen Therapie mit geändertem Therapieziel :**Maximierung der Lebensqualität statt Lebensverlängerung.** Kompetenz in den wichtigen Fragen der Kommunikation und Ethik. (Abb. 7)

Nach diesen Leitlinien wird heute Palliativmedizin betrieben und haben unsere Ärzte, Schwestern und Pfleger, unterstützt von Musik- und Kunsttherapie und Physiotherapeuten, sowie dem Seelsorger **seit November 1996 über 2.800 Patienten in unserem Hospital behandelt.** In 19% gelang es, nach guter Einstellung der Schmerztherapie und Behandlung der Krankheitssymptome, die Kranken noch einmal nach Hause zu entlassen.

17% der Hospitalpatienten konnten in Hospize oder gute Pflegeheime verlegt werden, wenn eine „Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit“, mit Fachärzten rund um die Uhr, wie von den Krankenkassen gefordert, nicht mehr bestand, aber eine Versorgung zu Hause nicht gewährleistet war.

64% der Kranken sind im Hospital in Frieden und Würde gestorben.

Seit 2003 hat unsere Klinik auch einen **ambulanten Palliativdienst**, der von drei unserer Schwestern wahrgenommen wird, die Hausbesuche bei den entlassenen Patienten machen, wenn das von den Kranken oder Angehörigen sowie den Hausärzten erbeten wird. Bei Fragen und Problemen, z.B. mit den Schmerzpumpen, Trachealkanülen, Verschleimung, Verbandswechseln oder Ängsten der Angehörigen, können die Schwestern Rat und Trost geben. Bei notwendiger ärztlicher Beratung stehen die Hospitalärzte telefonisch zur Verfügung. Dieser wichtige Dienst wird von den Krankenkassen leider nicht bezahlt, sondern aus Spendengeldern !

Keiner unserer Kranken oder Angehörigen verlangte von unseren Ärzten eine „Aktive Sterbehilfe“ ! (Abb.8)

„**Aktive Sterbehilfe**“ bedeutet **Tötung** eines anderen Menschen und widerspricht dem ärztlichen Ethos. Sie ist eine aktive Handlung und nach § 216 StGB streng verboten. Dazu stehen auch der Deutsche Ärztetag, die Bundesärztekammer und alle Bezirksärztekammern sowie die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich- medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Abb. 9)

Für die Patienten und Angehörigen ist es wichtig, dass **der Patientenwille verbindlich ist:** Der Wunsch des bewussteinseklaren Patienten, oder die wirksame Patientenverfügung im Fall der Entscheidungsunfähigkeit oder Bewusstlosigkeit des Patienten, können die Pflicht des Arztes aufheben, Leben zu erhalten oder zu retten. Pflicht ist dann nicht mehr die Heilung, sondern die Schmerzlinderung und Sterbebegleitung (12.Zivilsenat des Bundesgerichtshofs, März 2003) (Abb.10).

Wir wissen aus unserer 10-jährigen Erfahrung, wie wichtig und tröstlich es für alle Patienten ist, wenn ihnen zugesagt wird, man werde dafür sorgen, dass sie sich im Sterbensvorgang nicht werden quälen müssen: Mit den dann wirksamen Medikamenten werde man Schmerzen und Erstickungsangst beseitigen können. Das ist den Ärzten mit der **Indirekten Sterbehilfe und Palliativen Sedierung** gestattet: Es handelt sich dabei um die notwendige höher dosierte medikamentöse Schmerzlinderung oder um eine palliative (finale) Sedierung, die ohne ärztliche Absicht zum rascheren Sterben führen kann, was in Übereinstimmung mit dem Patientenwillen geschieht und straffrei ist. „Die Beseitigung von Schmerzen, Erstickungsangst und hochgradiger Unruhe ist höherwertiger, als das finale Leben unter Qualen für eine kurze Zeit zu verlängern“ (Bundesgerichtshof) . Es handelt sich hierbei also nicht um eine beabsichtigte aktive Sterbehilfe, nicht um Tötung, sondern um Linderung des „Körperkampfes“ gegen den Sterbensvorgang, mit der Folge, dass der quälende Kampf aufhört und der Patient nach kürzerer oder längerer Zeit in Frieden sterben kann. (Abb.11)

Hier sehen Sie ein **Photo unseres Hospitals**, dessen Planungen 1992 begannen, und das 1996 fertig gestellt wurde. (Abb. 12)

Ein **Aufenthaltszimmer für Patienten und Angehörige** findet sich auf jedem Stockwerk, in dem Bücher, ein Fernseher und ein kleiner Elektroherd zum Bereiten von Tee oder Kaffee oder einem Süppchen vorhanden sind. (Abb.13)

Die **„Entwicklung von Palliativmedizin und Hospizarbeit ging in Deutschland von 1986 bis 2005** anfangs langsam, dann rasch voran: Von einer Palliativstation 1986 in der Chirurgischen Univ.Klinik Köln und damals noch keinem stationären Hospiz finden sich nun im Jahr 2005 114 Palliativabteilungen und 129 stationäre Hospize. Hinzu kommen 40 ambulante Palliativdienste und 1.100 ambulante Hospizdienste. (Abb. 14)

Man könnte auf Grund dieser Zahlen annehmen, dass wir in Deutschland nun genug palliativmedizinisch und hospizlich vorgesorgt haben, aber das stimmt nicht. Allein an der Krankheit Krebs erkranken jährlich 450.000 Menschen, von denen etwa die Hälfte stirbt, oftmals mit starken Schmerzen und Qualen, wenn nicht wirksam geholfen wird.

Mit 114 Palliativ-Stationen und 129 stationären Hospizen stehen insgesamt nur 1.800 Betten in Deutschland zur Verfügung. Das sind 10 Palliativbetten und 15 Hospizbetten, also 25 Betten pro 1 Million Einwohner. Benötigt werden aber 50-55.

Es gibt 50 ambulante Palliativdienste, benötigt aber werden 320, um flächendeckend schwerstkranke Krebspatienten zu Hause im Bedarfsfall versorgen zu können.

Es gibt 1.100 ambulante Hospizdienste, die Krankenbesuche zu Hause, in Pflegeheimen und auch in Kliniken abstatten. (Abb.15)

Meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich habe Ihnen über die **Bedeutung und Entwicklung der Palliativmedizin in Deutschland** berichtet.

Erfreulicherweise haben nun auch die Bundesregierung und die Parlamente anerkannt, dass ein **weiterer Ausbau der Palliativmedizin erforderlich** ist, um schwerstkranken Menschen, und nicht nur krebskranken, besser zu helfen und dem Ruf nach ärztlicher Tötung oder ärztlich vermitteltem Suizid zu begegnen.

Es ist erneut von der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt im Februar dieses Jahres versprochen worden, dass die stationäre Palliative Medizin weiterhin von der **Fallpauschalenabrechnung** ausgenommen bleiben soll, und dass 330 Ambulante Palliativdienste, auch „**palliative care teams**“ genannt, geschaffen werden sollen. Diese würden nach englischem Vorbild aus palliativmedizinisch ausgebildeten spezialisierten Ärzten und Pflegekräften bestehen, die in Zusammenarbeit mit den Hausärzten und Pflegevereinen sowie Hospizhelferinnen und -helfern schwerstkranken Patienten in kritischem Zustand zu Hause beraten. Dadurch würden bei sehr vielen Kranken eine Notarzteinweisung bei Zustandsverschlechterung nicht erforderlich, sondern eine notwendige Therapieänderung könnte zu Hause durchgeführt werden. Sehr viele dieser Patienten bräuchten dann auch nicht „zum Sterben“ akut in die Kliniken eingewiesen zu werden, sondern könnten dem Patientenwunsch entsprechend zu Hause in Frieden sterben.

Wir dürfen mit unseren Forderungen an die Bundesregierung nicht nachlassen, denn bislang hat der Bundesfinanzminister die notwendigen 250 Millionen Euro pro Jahr noch nicht bewilligt.

Unser „ambulanter Palliativdienst“, den wir aus Spendengeldern finanzieren müssen, ist in den vergangenen zwei Jahren von den Patienten und Hausärzten sehr dankbar angenommen worden. Jahrelange sehr gute Erfahrungen hat bereits der Göttinger ambulante Palliativdienst „Support“ sowie der Berliner ambulante Palliativdienst mit dem Namen „Home Care Berlin“.

Ich darf nun das Wort an Herrn Kollegen **Dr. Spuck**, den Leiter des „Bereichs Palliativmedizin“ am Rot Kreuz Krankenhaus Kassel, zur Fortsetzung des Vortrags weitergeben.