

DOKUMENTATION

Palliativmedizin

Aufsätze

Berichte

Diskussionsbeiträge

Kommentare

**im Deutschen Ärzteblatt
Beiträge aus 2008**

www.aerzteblatt.de/dossiers/palliativmedizin

PALLIATIVMEDIZIN

Eine junge Disziplin mit großem Potenzial

Start einer Serie, in der medizinische, aber auch ethische und politische Themen behandelt werden sollen

Vor 40 Jahren eröffnete Cicely Saunders im Londoner Stadtteil Sydenham ein unabhängiges Hospiz, das für sie der ideale Ort für ein ganzheitliches Konzept mit medizinischer, sozialer und spiritueller Betreuung für schwerstkranke und sterbende Patienten sein sollte. Schon lange vorher hatte die Krankenschwester und Ärztin sich bemüht, den „Mythos“ von „Morphium als einer medizinisch unbrauchbaren Droge“ zu widerlegen. Damit stellte sie zum ersten Mal das Prinzip der Palliativmedizin auf eine wissenschaftliche Grundlage. Es dauerte allerdings noch bis in die 80er-Jahre, bis Saunders weltweite Anerkennung fand. Das St Christopher's Hospice war inzwischen zum Modell geworden, nicht nur für viele unabhängige Hospize, die in Großbritannien gegründet wurden, sondern auch für eine ambulante palliativmedizinische Betreuung.

In Deutschland ging es unterdessen langsamer voran. So gab es Anfang der 90er-Jahre je etwa ein Dutzend Hospize und Palliativstationen. Inzwischen existieren aber immerhin rund 1 300 ambulante Hospizdienste, 139 stationäre Hospize und 142 Palliativstationen. Man unterscheidet allerdings im Gegensatz zu Großbritannien zwischen Hospizen und Palliativstationen. Ein Hospiz ist eine Pflegeeinrichtung, die in der Regel über eine eigene Organisationsstruktur verfügt und pflegerisch geleitet wird. Die Patienten werden palliativpflegerisch, psychosozial und spirituell betreut. Niedergelassene Ärzte sind für die medizinische Betreuung, Schmerzthe-

rapie und Symptomkontrolle zuständig. Aufgenommen werden schwerstkranke Menschen mit unheilbaren Erkrankungen, bei denen eine stationäre Behandlung im Krankenhaus nicht nötig und eine ambulante Betreuung zu Hause nicht möglich ist.

Palliativstationen sind dagegen eigenständige, an ein Krankenhaus angebundene oder integrierte Stationen unter ärztlicher Leitung. Die Liegedauer beträgt im Durchschnitt zwei Wochen. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich mit dem Ziel einer möglichst raschen Schmerz- und Symptomlinderung. Das Ziel der Behandlung ist eine Entlassung in die häusliche Umgebung mit ausreichender Symptomkontrolle. Ärzte und Pfleger arbeiten eng mit Seelsorgern, Sozialarbeitern, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten und anderen Berufsgruppen zusammen. Hospize sind eher pflegerisch, Palliativstationen eher medizinisch orientiert.

Das Deutsche Ärzteblatt hat jetzt mit Heft 16/2007 eine Serie zum Thema Palliativmedizin gestartet. Im ersten Beitrag wird über den German Day at St Christopher's Hospice berichtet, an dem sich deutsche Palliativmediziner und Mitarbeiter von Hospizen über die Arbeit ihrer britischen Kollegen informierten und sich mit ihnen austauschten. In der Serie werden medizinische, aber auch ethische und politische Themen behandelt. Alle Beiträge sowie die bereits seit dem Jahr 2003 zu diesem Thema veröffentlichten Artikel sind in diesem Internetdossier abrufbar. ■

Gisela Klinkhammer

Impressum

<i>Chefredakteur:</i>	Heinz Stüwe, Köln (verantwortlich für den Gesamthalt im Sinne der gesetzlichen Bestimmungen)
<i>Chefs vom Dienst:</i>	Gisela Klinkhammer, Herbert Moll
<i>Redaktion:</i>	Gisela Klinkhammer, Michael Schmedt (Internet)
<i>Technische Redaktion:</i>	Michael Peters
<i>Schlussredaktion:</i>	Christine Menz, Inge Rizk
<i>Verlag:</i>	Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln

Dokumentation in chronologischer Reihenfolge

Vorwort: Palliativmedizin

Eine junge Disziplin mit großem Potenzial	78
Gisela Klinkhammer	

Beiträge aus dem Jahr 2008

Palliativmedizin

Eine Disziplin für den „ganzen Menschen“	80
Raymond Voltz	

32. Interdisziplinäres Forum

Palliativversorgung muss ausgebaut werden	83
Vera Zylka-Menhorn	

Hospizgruppe Horizont in Brüssel

Sterbehilfe ist keine Alternative	84
Petra Spielberg	

Tumorschmerzen

Hoch differenzierte Opioidtherapie	85
Uwe Junker, Rainer Freynhagen	

Musiktherapie in der Sterbebegleitung

Berührt und beruhigt durch Musik	88
Gisela Klinkhammer	

Liverpool Care Pathway

Praxisnahe Hilfestellungen	89
Mariam Sachse, Steffen Simon	

Palliativmedizin im Studium

Spiritualität und psychosoziale Begleitung als wichtige Lehrinhalte	90
Maria Wasner, Traugott Roser, Bernadette Fittkau-Tönnemann, Gian Domenico Borasio	

Palliativversorgung – ein Ausblick

Paradigmenwechsel in der Medizin	92
Raymond Voltz	

Pädiatrische Palliativmedizin

Kindern ein „gutes Sterben“ ermöglichen	94
Boris Zernikow, Friedemann Nauck	

Ambulante Palliativversorgung

Bestehende Angebote besser vernetzen	98
Birgit Hibbeler	

Palliativmedizin

Nationale Charta zur besseren Betreuung Sterbender	99
---	----

Sterbekultur im Krankenhaus

Ein würdevoller Abschied	99
Dr. med. Rainer Prönneke	

Umfrage zur Sterbehilfe

Palliativmedizin als Alternative	101
Gisela Klinkhammer	

Eine Disziplin für den „ganzen Menschen“



Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hat die Versorgung von Schwerkranken und Sterbenden neu geordnet, mit Konsequenzen für Forschung, Lehre und Versorgung.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) und im Nachgang mit den Bestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschusses wird implizit die gesamte Versorgung von Schwerkranken und Sterbenden neu geordnet. Laut Begründung zum GKV-WSG sollen von allen Schwerkranken und Sterbenden etwa 90 Prozent, also die große Mehrheit der Betroffenen, in der „allgemeinen“ und die Minderheit (etwa zehn Prozent) in der „spezialisierten“ Versorgung betreut werden (*Grafik 1*). (1, 2)

Fließende Grenze

Diese Aufteilung ist sinnvoll: Sie begegnet einerseits dem Trend der Fragmentarisierung des Gesundheitssystems, indem die große Mehrheit der Betroffenen in bestehenden Strukturen versorgt werden soll. Andererseits trägt sie den Erfahrungen der letzten 25 Jahre in Deutschland Rechnung, in denen Einrichtungen modellhaft gezeigt haben, wie sinnvoll ein spezialisiertes Palliativteam („Palliative Care

Team“, PCT) in bestimmten Situationen sein kann.

Die Grenze zwischen „allgemein“ und „spezialisiert“ ist allerdings fließend und kann nur annäherungsweise definiert werden (*Tabelle*). Sie hängt neben der Komplexität der Patientensituation von der Qualität der allgemeinen Versorgung ab und kann sich auch im Verlauf der Erkrankung verändern. Ziel der Versorgung im spezialisierten Bereich muss immer die Stabilisierung und wenn möglich die Rücküberweisung in die allgemeine Versorgung sein. Die derzeitige Neuregelung einer „spezialisierten“ Versorgung schließt nicht aus, dass es künftig weitere Verbesserungen auch im Bereich der „allgemeinen“ Versorgung geben muss.

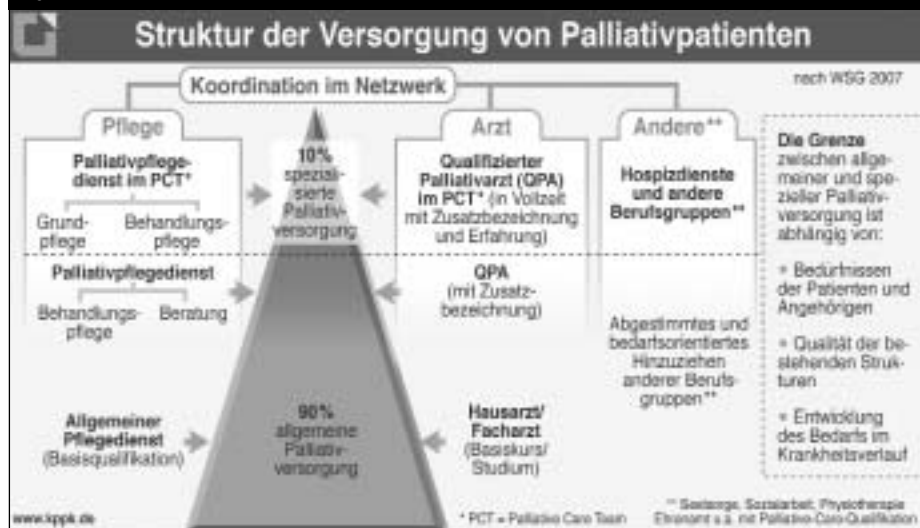
Für Palliativpatienten ist die optimale Versorgung zu Hause essenziell; sie können Arztpraxen oder Klinikambulanzen meistens nicht mehr erreichen. Ambulante Palliativversorgung muss sich also an der Verfügbarkeit zu Hause messen lassen. Was explizit für die Versorgung zu

Hause neu geregelt wird, gilt implizit auch für den stationären Bereich. Dort wird die Mehrheit der Palliativpatienten auf Allgemeinstationen, beispielsweise der Onkologie, Neurologie oder Gynäkologie, also im „allgemeinen“ Versorgungsbereich, betreut. Nur für einen kleinen Teil der Patienten ist die Übernahme auf eine spezialisierte Palliativstation notwendig. Dies ist noch weniger nötig, wenn zur Unterstützung der allgemeinen Palliativversorgung auf den Normalstationen multiprofessionelle palliativmedizinische Konsildienste einbezogen werden. Diese können etwa doppelt so viele Patienten auf Allgemeinstationen wie auf den parallel bestehenden Palliativstationen versorgen.

Differenziertes Angebot

Eine parallele Funktion, also Beratung und wenn nötig Übernahme der Betreuung, werden auch die PCT im ambulanten Bereich ausüben. Sie werden sich um eine Patientengruppe kümmern, die derzeit stationär versorgt wird. Als Bindeglied sind zusätzlich palliativmedizinische Tageskliniken sinnvoll, die zurzeit an manchen Häusern mit Palliativstationen eingerichtet werden (*Grafik 2*). Somit steht dann ein differenziertes Angebot an Versorgungsstrukturen zur Verfügung, das rasch und flexibel den Bedürfnissen der Betroffenen entsprechend eingesetzt werden kann. Wann genau oder unter welchen Bedingungen eine „palliative Therapie“ mit primärem Therapieziel Lebensverlängerung in eine „Palliativversorgung“ mit dem primären Therapieziel Lebensqualität übergeht, bleibt eine Einzelfallentscheidung. Bei Unsicherheit sollten „spezialisierte“ Teams zugezogen werden, bis das Therapieziel definiert ist.

GRAFIK 1



TABELLE

Was leistet die allgemeine, was die spezialisierte Palliativversorgung?

Kriterium	Allgemeine Palliativversorgung	Spezialisierte Palliativversorgung
1. Schmerzen	Untersuchung, angemessene Diagnostik Beginn der Therapie nach WHO-Stufenleiter mind. tägliche Kontrolle des Therapieeffekts* Dokumentation*	inadäquate Schmerzkontrolle inakzeptable Nebenwirkungen
2. andere Symptome	Untersuchung, angemessene Diagnostik Beginn der Therapie mind. tägliche Kontrolle des Therapieeffekts* Dokumentation*	inadäquate Symptomkontrolle inakzeptable Nebenwirkungen komplexe Symptomkombinationen
3. psychologische Unterstützung für Patient und Angehörige	grundlegende psychologische und spirituelle Hilfe*/** angemessene Kontrolle und Dokumentation*	komplexe psychologische oder/und spirituelle Situation
4. sterbender Patient	Diagnose Sterbephase adäquate Symptomkontrolle adäquate psychologische Unterstützung*/**	komplexe somatische, psychologische oder/und spirituelle Situation
5. Krankheitsverarbeitung	Sicherstellen, dass Patient und Angehörige Diagnose und Krankheitssituation kennen und bewusst Therapieentscheidungen treffen können Re-Evaluation bei klinischer Änderung Dokumentation*	Verleugnung oder andere Kommunikations- hindernisse in der Familie, die eine adäquate Behandlung verhindern komplexe Familiendynamik
6. bedarfsgerechte Versorgung	ggf. Überweisung an teilstationäre oder stationäre Einrichtung*	Verlegung unter Zeitdruck, Verlegung in Palliativstation oder Hospiz

* dabei kann die Hinzuziehung eines ambulanten Palliativpflegedienstes hilfreich sein und eine stationäre Einweisung verhindern helfen

** dabei kann die Hinzuziehung einer ambulant arbeitenden Hospizgruppe hilfreich sein und eine stationäre Einweisung verhindern helfen

Ausdrücklich ist im GKV-WSG von Palliativversorgung und nicht von Palliativmedizin die Rede. Der Gesetzestext definiert „Versorgung“ als Vorhandensein von Medizin, Pflege und Koordination. Weitere Berufsgruppen zu nennen, hätte die Zuständigkeit des GKV-WSG als Teil des SGB V überschritten. Die bestehende Aufzählung ist also eine künstliche und nicht an Patientenbedürfnissen orientierte Einschränkung. Sie ist jedoch ein wichtiger erster Schritt, um anzuerkennen, dass in der Palliativsituation die Bedürfnisse der Betroffenen so vielschichtig sind, dass eine einzelne Berufsgruppe allein diesen nicht adäquat begegnen kann, also ein Team notwendig ist.

Die Konsequenzen

Bei allen Diskussionen muss als Maßstab für die Behandlung und Versorgung todkrank und sterbender Menschen deren Sichtweise und die ihrer Angehörigen im Vordergrund stehen und nicht das, was Professionelle als solche ansehen. Spezialisierte Palliativmedizin konnte sich überhaupt nur dadurch entwickeln, dass starken und berechtigten Patientenbedürfnissen im Hinblick auf das Lebensende von etablierten Strukturen

nicht genügend Aufmerksamkeit entgegengebracht wurde.

Aufgrund der epidemiologischen Entwicklung werden alle, die im Bereich von Alterskrankheiten, Krebs und Palliativmedizin tätig sind, genug zu tun haben. Deshalb muss im Interesse der Betroffenen, aber auch im Interesse des Gesundheitssystems gelten:

- Patientensicht vor Eigeninteresse
- ambulante vor stationärer Betreuung sowie
- Beratung durch spezialisierte Teams vor Übernahme.

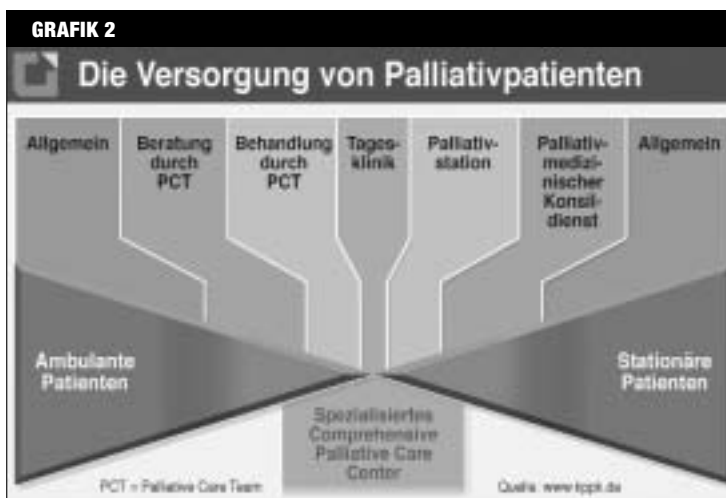
Je geringer jedoch die Qualität der ambulanten allgemeinen Versorgung ist, umso mehr Patienten müssen in der ambulanten spezialisierten Palliativversorgung betreut werden. Je weniger die ambulante spezialisierte Versorgung den Notwendigkeiten von Patienten und auch Angehörigen angemessen begegnet kann, desto mehr Patienten müssen stationär aufgenommen werden. Eine hohe Qualität der Versorgung ist also im Interesse der Betroffenen, aber auch des Systems erforderlich. Umso erstaunlicher ist es, dass derzeit in mehreren verschiedenen Zuständigkeitsbereichen (zum Bei-

spiel Versorgungsverträge, Vergabe der Zusatzbezeichnung) versucht wird, Qualitätsanforderungen im Palliativbereich möglichst niedrig zu halten.

Eine zweigliedrige Versorgung (allgemein und spezialisiert) erfordert eine zumindest zweigliedrige Aus- und Weiterbildung. Medizinstudierende erhalten derzeit nur in wenigen Ausnahmefakultäten eine adäquate Ausbildung in Palliativmedizin. Wenn die Medizinerausbildung flächendeckend optimiert ist, werden dies und die reguläre Facharztausbildung genügen, um qualifiziert eine „allgemeine“ Palliativversorgung zu leisten? Oder muss eine weitere Qualifikation, zum Beispiel in Abhängigkeit vom Facharztgebiet, eingeführt werden? In den USA wird derzeit Palliativmedizin für mehrere klinische Kernbereiche als „subspeciality“ (mit theoretischem und praktischem Ausbildungscurriculum) eingeführt. (4, 5)

Zusatzbezeichnung

Genügt diese Ebene dann, oder erfordert die Breite der Diagnosen im Bereich „spezialisierte“ Palliativversorgung eine weitere Qualifikation mit palliativmedizinischer Erfah-



nung in mehreren Facharztbereichen? Die derzeitige Regelung einer „Zusatzbezeichnung Palliativmedizin“ war ein essenzieller erster Schritt, wird aber im Zuge der künftigen Entwicklung angepasst werden müssen. Schon heute ist die Vergabe der Zusatzbezeichnung je nach Auslegung der Weiterbildungsordnung durch die einzelnen Landesärztekammern inhaltlich zweigeteilt: Einerseits erhalten Ärzte mit gutem theoretischem Fachwissen und langer Erfahrung die Zusatzbezeichnung. Die gleiche Zusatzbezeichnung erhalten aber auch Ärzte, die nur noch eine weitere Bezeichnung erhalten wollen und eine Selbsterklärung abgeben müssen. Darüber und über die adäquate Ausbildung der anderen beteiligten Berufsgruppen muss in Zukunft weiter diskutiert werden.

Wer bildet im Bereich der Palliativversorgung aus? Auch hier hat es sich seit den ersten Kurserfahrungen der 80er-Jahre vor allem in den Palliativakademien in der Förderung der Deutschen Krebshilfe gezeigt, dass sich die Ausbildung durch ein auf Palliativversorgung spezialisiertes Moderatorenteam bewährt hat. Dies ist nicht nur inhaltlich begründet, sondern auch in der Verwendung speziell für die Palliativlehre international entwickelter Lehrmethoden, wie sie zum Beispiel in den Kursen „Train the Trainer“ auf der Insel Frauenchiemsee vermittelt werden. (6, 7)

Um im Bereich Palliativversorgung möglichst rasch voranzukom-

men, bedarf es auch im Forschungsbereich spezialisierter Gruppen, die im internationalen Austausch speziell auf die Situation von Palliativpatienten zugeschnittene Forschungsmethoden entwickeln.

Fazit

Um spezialisierte Patientenversorgung, Lehre und Forschung im Palliativbereich leisten zu können, bedarf es eines in diesem Bereich arbeitenden Teams, „des ganzen Menschen“ in Anlehnung an Wilhelm Erb, der 1880 vor der Entstehung der neuen Fachrichtung Neurologie sagte, hierfür sei der „ganze Mann“ gefordert. Spezialisierte Palliativmedi-

zin ist spätestens mit dem GKV-WSG nicht nur eine selbstständige Versorgungsstruktur, sondern mit eigener wissenschaftlicher Fachgesellschaft (www.dgpalliativmedizin.de) und inzwischen fünf besetzten und weiteren geplanten unabhängigen Lehrstühlen ein eigenes klinisch-akademisches Gebiet geworden. ■

Prof. Dr. med. Raymond Voltz

LITERATUR

1. www.die-gesundheitsreform.de.
2. <http://dip.bundestag.de/btd/16/031/1603100.pdf>.
3. www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=29820.
4. www.aahpm.org.
5. von Gunten CF, Lupa D: Progress for palliative medicine as a subspecialty. *J Support Oncol*. 2005 Jul-Aug;3(4):267–8.
6. <http://131.188.230.204/GMA/content/e3/e527/e1363/e1365/FlyerPalliativ2008.pdf>.
7. www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=5650.

Anschrift des Verfassers

Prof. Dr. med. R. Voltz
Klinik für Palliativmedizin
Klinikum der Universität zu Köln
Kerpener Str. 62, 50924 Köln
E-Mail: raymond.voltz@uk-koeln.de

Danksagung: Meinen Kollegen Dr. Ch. Ostgathe, Dr. J. Gärtner sowie unserem Pflegeteamleiter Th. Montag für Hinweise zum Manuskript und die sehr gute Teamarbeit sowie der Deutschen Krebshilfe e.V. für ihre seit 25 Jahren andauernde Förderung der Palliativmedizin einschließlich unserer Einrichtung.

SERIE PALLIATIVMEDIZIN

Bisher erschienene Beiträge:

- Heft 16/2007: Gisela Klinkhammer: Palliativmedizin – junge Disziplin mit großem Potenzial
- Heft 22/2007: Interview mit Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer: „Die Palliativmedizin gehört zum Aufgabenbereich des Arztes“
- Heft 25/2007: Gisela Klinkhammer: Quantensprung für die Versorgung Schwerstkranker
- Heft 28–29/2007: Birgit Hibbeler: Palliativmedizin im Studium – Berührungängste abbauen
- Heft 31–32/2007: Bernadette Fittkau-Tönnemann: Palliativtraining – auch Sterbebegleitung kann gelernt werden
- Heft 36/2007: Mark Taubert: Palliativmedizin in Großbritannien – beliebte Karriereoption
- Heft 40/2007: Petra Spielberg: Palliativmedizin in Europa – noch keine flächendeckende Versorgung
- Heft 42/2007: Claudia Bausewein: Serie Palliativmedizin – finale Betreuung nicht nur für Krebspatienten
- Heft 46/2007: Christine Vetter: Kinderhospiz – im Haus Balthasar wird geweint und gelacht
- Heft 48/2007: Gisela Klinkhammer: Palliativmedizin – den Sterbewillen in einen Lebenswillen ändern

32. INTERDISZIPLINÄRES FORUM



Palliativversorgung muss ausgebaut werden

Trotz erfreulicher Entwicklung im letzten Jahrzehnt steht bundesweit erst die Hälfte der erforderlichen Palliativ- und Hospizbetten zur Verfügung.

Die Bundesärztekammer (BÄK) fordert einen weiteren Ausbau der Palliativmedizin. Vor allem die ambulante Versorgung der Patienten sei immer noch unzureichend, sagte der Palliativmediziner Prof. Dr. med. Eberhard Klaschik beim 32. Interdisziplinären Forum der Bundesärztekammer in Berlin. Bundesweit gebe es nur 80 statt der erforderlichen 320 Palliativdienste, erklärte der Chefarzt am Malteserkrankenhaus Bonn/Rhein-Sieg, der seit 1999 den ersten Lehrstuhl für Palliativmedizin innehat. Klaschik zeigte sich jedoch optimistisch, dass die ambulante Versorgung in diesem Bereich auf der Basis der Gesundheitsreform und der daraus resultierenden Richtlinien ab dem Frühjahr verbessert werden könnte.

Klaschik würdigte zugleich den Ausbau der Versorgung in den vergangenen zehn Jahren. So sei die Zahl der Palliativstationen von 24 auf 148 gestiegen, die der Hospize von 31 auf 142. Allein im vergangenen Jahr hätten diese Einrichtungen 30 000 Patienten versorgt. Auf internationale Standards bezogen, stünde bundesweit aber erst die Hälfte der erforderlichen Palliativ- und Hospizbetten zur Verfügung. Zudem seien diese regional ungleich verteilt.

Aktive Sterbehilfe als Euthanasie abgelehnt

Der Ausbau der palliativmedizinischen Schmerzlinderung und seelsorglichen Hilfe könne auch den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe verringern. Die regelmäßig auflodernde Debatte um den assistierten Suizid, der von der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin als „Euthanasie“ abgelehnt werde, habe

mehrere Gründe, so Klaschik. Nach Erhebungen in den Niederlanden beruhe das Verlangen nach aktiver Sterbehilfe auf der Angst vor unerträglichem Leiden, dem Verlust der Würde und Autonomie sowie der Ablehnung lebensverlängernder therapeutischer Maßnahmen.

„Der Unterschied zwischen der aktiven Sterbehilfe und der Palliativmedizin liegt aber darin, dass nicht der Leidende, sondern die Symptome von Leid wie Schmerz und Einsamkeit beseitigt werden müssen“, sagte Klaschik und berichtete über eine Untersuchung, wonach in Deutschland Ärzte eine aktive Sterbehilfe eher befürworten, je geringer ihre medizinischen und ethischen Kenntnisse zur Leidenslinderung sind. Dies zeige, dass die Palliativmedizin fester Bestandteil der heutigen Medizin werden müsse. „Bevor in Deutschland weitere Diskussionen über die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe geführt werden, sollte die sofortige und flächendeckende Umsetzung der Palliativmedizin gefördert werden“, so der Bonner Mediziner.

Klaschik sprach sich in Berlin erneut dafür aus, dass die Grundprinzipien der Palliativmedizin sowohl in die Lehrpläne der Medizinstudierenden als auch in die Weiterbildungsordnung der Fachbereiche aufgenommen werden sollten, die schwerst- und sterbende Patienten versorgen. „Da die Palliativmedizin in der aktualisierten Approbationsordnung (2002) nicht als Pflichtlehr- und Pflichtprüfungsfach kategorisiert werden konnte, haben sich bisher nur die medizinischen Fakultäten der Universitäten Bonn, München, Köln und Aachen entschlossen, diesen Bereich als Querschnittsfach zu eta-

blieren – und damit verpflichtend für die Studenten zu machen“, berichtete Klaschik. Weitere Professuren seien in Kürze in Jena, Freiburg, Erlangen und Mainz zu erwarten.

Erfreulich hingegen sei die Entwicklung der Palliativmedizin in der Zusatzweiterbildung, die 2003 durch die BÄK eingeführt worden sei. „Bis Ende vergangenen Jahres haben bereits 1 900 Prüfungen stattgefunden“, sagte Klaschik. Deutschland gehöre zu den wenigen europäischen Ländern, in denen Curricula für Studenten, Pflegekräfte, Ärzte, Sozialarbeiter, Seelsorger und Physiotherapeuten vorliegen. Palliativmedizin ist Hochleistungsmedizin, und die Teammitglieder sind Spezialisten mit hoher Expertise“, betonte Klaschik.

Forschung in den Anfängen

Inzwischen setze sich die Einsicht durch, dass zur Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung Forschungsprojekte unerlässlich seien und zwingend umgesetzt werden müssten. „In Deutschland bestehen Aktivitäten im Bereich der Versorgungs- und klinischen Forschung überwiegend an den Universitäten, an denen ein Lehrstuhl für Palliativmedizin eingerichtet wurde“, sagte Klaschik. Es bestehe unter den Verantwortlichen jedoch Einigkeit darüber, dass in Deutschland

- Forschung in der Palliativmedizin und Hospizarbeit nur unzureichend etabliert ist

- qualifizierte Kräfte für Forschungsaufgaben fehlen

- Forschungsnetzwerke aufgebaut werden und

- methodologische Fragen geklärt werden müssten. ■

Dr. med. Vera Zylka-Menhorn

Sterbehilfe ist keine Alternative

Deutschsprachige leisten seit zehn Jahren in Brüssel Hospizhilfe.

Im liberalen Belgien werben sie so für einen ehrlichen Umgang mit dem Tod.



Claudia Reichert hat sich einen Traum erfüllt. 1997 gründete die gelernte Krankenschwester mit drei weiteren Frauen am östlichen Stadtrand von Brüssel eine kleine deutschsprachige Buchhandlung. Für viele der knapp 17 000 Deutschen, die in der belgischen Hauptstadt leben, ist das „Lesezeichen“ inzwischen zu einer Kulturinstitution geworden, in der sie nicht nur deutschsprachige Bücher kaufen, sondern auch Ausstellungen und Lesungen besuchen können.

Um die Bedeutung der Muttersprache für im Ausland Lebende weiß Reichert auch durch ihr privates Engagement in der Begleitung Schwerkranker und Sterbender. „In der letzten Phase ihres Lebens verfallen viele Menschen wieder in ihre Muttersprache, selbst wenn sie jahre- oder jahrzehntelang eine fremde Sprache gesprochen haben“, so Reichert. Diese Erkenntnis führte vor zehn Jahren dazu, dass in Brüssel die deutschsprachige Hospizgruppe „Horizont“ entstand. Mittlerweile umfasst der gemeinnützige Verein rund 30 Mitglieder. Ein gutes Dutzend von ihnen arbeitet ehrenamtlich als Hospizhelfer.

Sie sehen ihre Aufgabe vor allem darin, ein offenes Ohr für die Sorgen und Nöte Schwerkranker oder sterbender Patienten und ihrer Familienmitglieder zu haben. Außerdem helfen sie bei Fragen, zum Beispiel zur Kranken- oder Pflegeversicherung oder bei der Suche nach geeigneten Alten- beziehungsweise Pflegeheimen und stehen den Angehörigen im Todesfall bei. Der Verein finanziert sich ausschließlich aus Spenden. „Die Mittel gehen vor allem für Kilometergeld sowie Porto- und Telefonkosten drauf“, sagt Sigrun Kreienbaum, die Schatzmeisterin des Vereins. Eigene Büroräume hat Horizont nicht.

Bei Bedarf kann der Verein auf Räumlichkeiten der evangelischen oder katholischen Gemeinde in Brüssel zurückgreifen.

Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die Aus- und Fortbildungen der aktiven Vereinsmitglieder anstehen. In einem 36-stündigen Kurs, verteilt auf drei Wochenenden, machen sich die angehenden Hospizhelfer zunächst mit den Grundbegriffen der Schmerztherapie und Krankenpflege vertraut. Die Ausbildung erfolgt durch eine deutsche Ärztin und eine Krankenschwester. Einmal im Jahr frischt darüber hinaus eine Psychotherapeutin die Kenntnisse der Helfer in der Hospizbegleitung auf.

Zurzeit sind alle Aktiven weiblich. „Wir haben aber regelmäßig auch Männer unter den Hospizhelfern“, betont Reichert. Drei bis vier von ihnen sind in der Regel immer im Einsatz. Laut Kreienbaum hat die Nachfrage nach Unterstützung in den letzten Jahren zudem eher zugenommen. „Im Vordergrund unserer Arbeit stehen das Gespräch und die menschliche Zuwendung“, sagt Reichert. Die Basisausbildung diene lediglich dazu, die Helfer darin zu schulen, medizinisch-pflegerische Missstände, wie ein sich abzeichnender Dekubitus oder eine unzureichende Schmerztherapie, zu erkennen, um die Betroffenen oder ihre Angehörigen darauf aufmerksam machen zu können. So weit komme es aber eigentlich nie. „Im Idealfall betreuen wir die Patienten zu Hause“, bemerkt Reichert. Die Dienste der Hospizbegleiter sind aber auch im Krankenhaus, Altenheim oder auf einer Palliativstation gefragt.

Die Zeitdauer, die ein Helfer mit einem Patienten verbringt, ist sehr unterschiedlich. „Das reicht von einer Stunde pro Woche bis hin zu täg-

lichen Besuchen“, so Kreienbaum. Auch kann sich eine Betreuung im Einzelfall über mehrere Jahre erstrecken. „Eine Patientin haben wir beispielsweise elf Jahre lang begleitet“, sagt Kreienbaum. Die schwer nierenkranke Frau war von ihrer Tochter zur Betreuung nach Brüssel geholt worden, weil es so aussah, als ob sie nicht mehr lange leben würde. „Das war ein ständiges Auf und Ab.“ Inzwischen, so Kreienbaum, sei die alte Dame mit ihrer Tochter sogar wieder nach Deutschland zurückgekehrt.

Allerdings sind solch lange Betreuungsfälle die Ausnahme. Dennoch begleiten die Helfer unheilbar Kranke oft schon ab einem recht frühen Zeitpunkt, noch bevor sie unmittelbar im Sterben liegen. „Insofern unterscheidet sich unsere Arbeit ein wenig von der klassischen Hospizhilfe“, erläutert Reichert. Ihre Erfahrungen im Umgang mit dem Tod haben sie dennoch gelehrt, dass es grundsätzlich möglich ist, auf natürlichem Weg würdevoll zu sterben. Aktive Sterbehilfe, die in Belgien seit gut fünf Jahren erlaubt sei, lehne sie ab. Viel sinnvoller sei es, bereits Kinder zu einem offenen Umgang mit Sterben und Tod zu erziehen, so Kreienbaum. ■

Petra Spielberg

Hoch differenzierte Opioidtherapie

Wahl und Dosierung der Analgetika werden dem individuellen Schmerzrhythmus und der Komorbidität angepasst. Der Durchbruchschmerz ist effektiv therapierbar.



Opioide spielen in der Therapie von Tumorschmerzen eine zentrale Rolle. Mittlerweile stehen zahlreiche retardierte Opioide zur Basisanalgesie und schnell wirksame Opioide zur Therapie von Durchbruchschmerzen zur Verfügung. Aber nicht jedes Opioid ist universell einsetzbar. Verschiedene Applikationswege und -intervalle sowie unterschiedliche Wirk- und Nebenwirkungsspektren müssen berücksichtigt werden, um die Behandlung zu optimieren.

Pathophysiologisch wird unterschieden zwischen

- neuropathischen und
- nozizeptiven Schmerzen.

Häufig treten beide SchmerzkompONENTEN gemeinsam als „mixed pain“ auf (1). Opioide wirken bei „mixed pain“, wobei Oxycodon und Buprenorphin bei viszeral-nozizeptiven Schmerzen Vorteile bieten.

Opioide der WHO-Stufe II

Schwache Opioide (Tramadol) scheinen ebenso wie mittelstarke Opioide (Tilidin/Naloxon) an Bedeutung für die Behandlung von Patienten mit Tumorschmerz zu verlieren. Da diese Opioide aber nicht der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung unterliegen, sind sie für viele Kollegen weiterhin attraktiv.

Tilidin/Naloxon: Die fixe Kombination aus Tilidin und Naloxon gilt als das wirksamste Opioid der WHO (Weltgesundheitsorganisation)-Stufe II. Es hat gegenüber Tramadol nicht nur eine höhere analgetische Potenz, sondern kumuliert auch nicht bei Niereninsuffizienz. Außerdem wirkt die Substanz weniger obstipierend als Tramadol. Dies lässt sich auf den Opioidantagonisten Naloxon zurückführen, der im Gastrointestinaltrakt die Bindung von Tilidin an die Opioidrezeptoren zumindest zum Teil verhindert. Bei hochgradiger

Leberinsuffizienz ist Tilidin/Naloxon allerdings kontraindiziert, da die Aktivierung der Pro-Drug Tilidin zum analgetisch wirksamen Nortilidin einer intakten hepatischen Metabolisierung bedarf.

Tramadol: Tramadol ist kein reiner μ -Rezeptor-Agonist, da es zugleich auch die präsynaptische Aufnahme von Noradrenalin und Serotonin hemmt. Unter Tramadol treten infolge serotonerger Begleiteffekte deutlich häufiger Übelkeit und Erbrechen auf (2, 3). Zurückhaltung ist geboten, wenn es zusammen mit anderen serotonergen Medikamenten eingesetzt wird: Es kann zum Serotonin-Syndrom kommen. Bei reduzierter Leberfunktion ist die Metabolisierung eingeschränkt, sodass sich die Eliminationshalbwertszeiten von Tramadol und des aktiven Metaboliten M1 etwa verdoppeln.

Die Hemmung der GABA(Gammaaminobuttersäure)-Freisetzung durch Opioide in hippocampalen Pyramidenzellen kann die Krampfschwelle senken. Dies ist besonders für Tramadol relevant, das nicht höher als 400 mg/Tag dosiert werden sollte. Aufgrund der geschilderten klinischen Vorteile ist damit auf der WHO-Stufe II der Kombination Tilidin/Naloxon der Vorzug zu geben.

Opioide der WHO-Stufe III

Ab 1985 stand mit Morphinsulfat erstmals ein retardiertes Opioid zur Verfügung. In den letzten Jahren wurden neue Retardopioide zugelassen, die ein günstigeres Nebenwirkungsprofil aufweisen und zum Teil auch analgetisch wesentlich potenter sind. Obwohl Morphinsulfat in den aktuellen Empfehlungen der WHO und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft als Goldstandard bezeichnet wird, wäre es zutreffender, retardiertes Morphin als „Referenzsubstanz“ zu benennen (4, 5, 6, 7).

Statt bei starken Schmerzen grundsätzlich eine Opioidtherapie mit Standardmorphin zu beginnen, sollten heute eher individuelle Faktoren wie Schmerzcharakter und -rhythmus sowie die Komorbiditäten jedes einzelnen Patienten in den Fokus gerückt werden, bevor man sich für das eine oder andere Opioidanalgetikum entscheidet.

Morphin: Morphin wird hauptsächlich durch Glucuronidierung in der Leber abgebaut, jedoch wird der Anteil extrahepatischer Glucuronidierung – vor allem in der Niere – mit bis zu 35 Prozent angegeben. Bei schweren Leberfunktionsstörungen kann die Morphinclearance vermindert sein. Bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion können hohe ZNS-Konzentrationen des aktiven Metaboliten Morphin-6-Glucoronid (M6G) entstehen, die lang anhaltende Atemdepression, chronische Übelkeit und sogar Koma auslösen können (8). Besonders der langsame Transfer von M6G zum Wirkort birgt die Gefahr einer schleichenden Opioidintoxikation, bei der auch Todesfälle beschrieben wurden. Schon bei mäßiggradig eingeschränkter Nierenfunktion ist daher Vorsicht geboten, bei schwerer Niereninsuffizienz ist die Verwendung eines alternativen Opioids zu empfehlen.

Oxycodon: Oxycodon ist doppelt so wirksam wie Morphin. Aufgrund einer biphasischen Resorptionsgalenik kommt es zu einem raschen Wirkeintritt bei zugleich langer Wirkdauer von bis zu zwölf Stunden. Neuere Arbeiten zeigen, dass Oxycodon bei viszeralen und neuropathischen Schmerzen vorteilhaft sein könnte. Bei beiden Schmerzarten kommt es zu einer Hochregulation von κ -Opioidrezeptoren, zu denen Oxycodon eine hohe Affinität besitzt (9, 10, 11). Oxycodon

don ist in zahlreichen Wirkstärken verfügbar, seit Juli 2007 auch in intravenöser Form.

Studien aus dem Bereich der perioperativen Schmerztherapie (3) und klinische Erfahrungen zeigen, dass Oxycodon im Vergleich zu anderen Opioiden ein relativ geringes zentrales Nebenwirkungspotenzial aufweist. Oxycodon wird in der Leber zu einem aktiven Metaboliten verstoffwechselt. Bei einer Leberfunktionsstörung ist daher die Oxycodoneclearance vermindert, bei Niereninsuffizienz ist die Ausscheidung reduziert, was zu vitalen Komplikationen führen kann. Daher ist die Dosis an die Organfunktion anzupassen.

Oxycodon-Retardtabletten: Hinsichtlich der inzwischen auf dem Markt befindlichen generischen Oxycodon-Retardtabletten hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in einer Mitteilung vom April 2007 darauf hingewiesen, dass es durch höherprozentigen Alkohol zum Verlust der Retardierung und zur beschleunigten Freisetzung mit potenziellen Nebenwirkungen wie Somnolenz und Atemdepression kommen kann. Patienten unter Therapie mit generischem, retardiertem Oxycodon muss daher zwingend zum Verzicht auf gleichzeitigen Genuss alkoholischer (insbesondere höherprozentiger) Getränke geraten werden.

Oxycodon/Naloxon: Neuerdings steht Oxycodon auch in Kombination mit dem Opioidantagonisten Naloxon als retardierte Matrixtablette in der 10/5-mg und 20/10-mg-Dosierung zur Verfügung. Die zugelassene tägliche Höchstdosis beträgt derzeit aber lediglich 40/20 mg. Erste Studienergebnisse zeigen unter dem Kombinationspräparat eine signifikant geringere Obstipations-tendenz bei gleichbleibender analgetischer Wirkung (12, 13).

Hydromorphon: Hydromorphon zeichnet sich ähnlich wie Oxycodon durch eine hohe orale Bioverfügbarkeit aus. Es ist etwa 7,5-mal so wirksam wie Morphin. Hydromorphon hat bei multimorbiden Patienten unter Polymedikation entscheidende Vorteile, die auch im Hochdosisbereich erhalten bleiben: Die Metabolisierung erfolgt weitestgehend un-

abhängig vom Cytochrom-P450-Enzymsystem, dem Hauptkatalysator des Arzneistoffwechsels. Die Substanz wird überwiegend in der Leber metabolisch inaktiviert, was eine relativ sichere und komplikationslose Gabe von Hydromorphon auch bei niereninsuffizienten Patienten erlaubt. Eine Dosisreduktion ist daher nur bei Patienten mit einer Leberfunktionsstörung in Betracht zu ziehen.

Hydromorphon minimiert durch das Fehlen analgetisch aktiver Metabolite das Auftreten von Somnolenz und Verwirrtheit. Die Substanz hat darüber hinaus eine sehr geringe Plasmaeiweißbindung, wodurch sich die Gefahr einer Kumulation sowie das Interaktionsrisiko mit anderen Arzneistoffen stark reduziert, besonders bei multimorbiden Patienten (14, 15, 16).

Für Durchbruchschmerzen steht schnell freisetzendes Hydromorphon in zwei verschiedenen Wirkstärken zur Verfügung, ebenfalls ist die Substanz als intravenös applizierbares Präparat erhältlich.

Transdermale Systeme (TTS) mit Fentanyl und Buprenorphin: Pflastersysteme zählen gemäß den Marktumsätzen zu den bevorzugten Opioiden (17) und sind eine wertvolle Bereicherung des therapeutischen Arsenal. Bedingt durch ihre träge Galenik sind sie allerdings weniger geeignet für Patienten mit (stark) schwankender Schmerzintensität oder mit hohem Opioidbedarf und häufigen Durchbruchschmerzen. Die bei Pflastersystemen eingeschränkte Möglichkeit einer schnellen Dositration kann leicht zu einer schleichenden Überdosierung führen. Beide transdermal verwendeten Opiode besitzen eine hohe analgetische Potenz. Der effektive Umrechnungsfaktor zu Morphin wurde in Studien für Fentanyl mit 70 bis 100 : 1, für Buprenorphin mit 75 bis 115 : 1 berechnet.

Buprenorphin: Buprenorphin ist ein partieller μ -Rezeptor-Agonist mit antagonistischer Wirkung an κ -Rezeptoren. Es wird intrahepatisch zu aktiven und inaktiven Metaboliten verstoffwechselt, die hauptsächlich über die Galle ausgeschieden werden. Die Plasmakonzentrationen und die Clearance von Buprenorphin

sind daher auch bei gestörter Nierenfunktion unverändert. Buprenorphin bindet nicht wie die meisten Pharmaka an Serumalbumin, sondern ganz überwiegend an α - oder γ -Globuline, wodurch das Arzneimittelin-teraktionsrisiko minimiert wird (18).

Fentanyl: Fentanyl wird in der Leber metabolisiert; die Metaboliten sind offenbar mehrheitlich pharmakologisch inaktiv. Die Elimination erfolgt zu 75 Prozent mit dem Urin; etwa zehn Prozent davon entsprechen unverändertem Fentanyl. Die Clearance von Fentanyl ist durch chronische Niereninsuffizienz nur minimal beeinträchtigt.

Beide Substanzen – vor allem aber Buprenorphin als partieller Opioidantagonist – führen nach klinischer Erfahrung in etwas geringerem Ausmaß zu Obstipation als andere stark wirksame Opiode. Statistisch signifikant sind diese Unterschiede allerdings nicht. So zeigte eine Untersuchung bei 12 000 Palliativpatienten hinsichtlich einer Obstipation keine Vorteile für transdermales Fentanyl im Vergleich zu oralen Retardopioiden (19).

Levomethadon: Levomethadon ist als Reservesubstanz bei therapieresistenten Opioidnebenwirkungen oder bei ansonsten nicht zu beherrschenden neuropathischen Schmerzsyndromen einzustufen. Methadon bietet einige Besonderheiten, die es in der Hand des Unerfahrenen gefährlich machen. Eine Eliminationshalbwertszeit von 24 bis 72 Stunden und länger überdauert die nur zwischen sechs bis zwölf Stunden anhaltende analgetische Wirksamkeit deutlich. Interindividuell stark unterschiedliche Plasmaspiegel aktiver Metabolite bergen das Risiko einer Kumulation, sodass nach drei bis sieben Tagen eine Dosisreduktion um 20 bis 30 Prozent versucht werden sollte. Die Plasmakonzentration bei chronischer Niereninsuffizienz steigt nicht nennenswert, da vermutlich kompensatorisch der über die Galle eliminierte Anteil zunimmt. Da aber individuell die Effizienz dieses kompensatorischen Ausscheidungswegs schwanken kann, sollte Methadon insbesondere bei höhergradiger Einschränkung der Nierenfunktion reduziert werden. Eine retardierte Zu-

bereitung von Levomethadon existiert nicht (2).

Lange und ultralange Retardierungen von Opioidpräparaten sind wesentliche Neuentwicklungen der letzten Jahre. Trotz aller Vorteile entlässt auch die beste Retardierung den Arzt nicht aus der Pflicht, den individuellen „Schmerzrhythmus“ eines jeden Patienten zu berücksichtigen. Das Schmerzempfinden unterliegt oft erheblichen tageszeitlichen Schwankungen, die zu einem entsprechend variierenden Analgetikabedarf führen. In diesen Fällen führt eine asymmetrische Opioidgabe zu einer wesentlichen Verbesserung der Situation (20, 21): So können orale Retardpräparate mit zwölfstündiger Wirkung morgens oder abends in unterschiedlicher Dosis verabreicht werden.

Durchbruchschmerzen

Als wirkstoffgleiche Medikation für Durchbruchschmerzen stehen trans mukosales Fentanyl als oral-trans mukosales therapeutisches System und Buprenorphin als Sublingualtablette zur Verfügung.

Der Begriff „Durchbruchschmerz“ kennzeichnet eine vorübergehende Verstärkung des Dauerschmerzes. Die Dauer der Schmerzattacken beträgt bis zu 30 Minuten, sie treten durchschnittlich mit einer Frequenz von vier bis sieben Episoden pro Tag auf (22). Durchbruchschmerzen sollten mit etwa ein Sechstel der Opioidtagesdosis in schnell freisetzender Galenik behandelt werden. Eine sichere Kor-

relation zur Basismedikation ließ sich bisher nicht nachweisen, sodass die Bedarfsmedikation individuell titriert werden muss.

Die Behandlung von Durchbruchschmerzen mit schnell und kurz wirkenden Opioiden setzt voraus, dass die retardierte Basis-Opioidmedikation ausreichend hoch dosiert und auf den individuellen Schmerzrhythmus des Patienten abgestimmt ist. Wenn Durchbruchschmerzen immer wieder auftreten, bevor die nächste Dosis fällig ist, muss die Dauermedikation angepasst werden: durch eine Dosiserhöhung, nicht durch Verkürzung der pharmakologisch sinnvollen Applikationsintervalle.

Sterbende können oft nicht mehr schlucken, sodass eine orale Opioidmedikation überdacht werden muss. Gleichzeitig kann im Finalstadium eine gastrointestinale Atonie auftreten, die zu verlangsamer Resorption führt. Die transdermale Applikation erscheint auf den ersten Blick gerade in dieser Situation eine technisch unkompliziert anwendbare Methode zu sein. Sie ist aber beim Sterbenden, wenn die Schmerzintensität häufig wechselt, wegen ihrer trägen Pharmakokinetik und der unsicheren Resorption bei zunehmender Kreislaufzentralisation durchaus problematisch.

Die intravenöse Injektion ist beim terminalen Patienten unüblich, es sei denn, dass ein vorhandenes Portsystem oder ein zentraler Katheter genutzt werden könnte. Stan-

dard in der Palliativmedizin ist die subkutane Gabe über dünne Venenverweilkanülen, die problemlos mehrere Tage belassen werden können. Die intramuskuläre Applikation ist nicht indiziert, denn die subkutane Gabe ist einfacher und deutlich weniger schmerzhaft.

Um gleichbleibende Medikamentenspiegel zu gewährleisten, bietet sich auch eine subkutane Dauerinfusion per Spritzenpumpe an. Eine regelmäßige Bolusgabe unter Beachtung der Wirkzeiten kann die Alternative sein. Die subkutane Applikation von Morphin ist am weitesten verbreitet, Spitzenplasmakonzentrationen werden nach 15 bis 30 Minuten erreicht. Hydromorphon ist zur parenteralen Gabe allerdings aufgrund seiner höheren Löslichkeit besser geeignet, da geringere Injektionsvolumina benötigt werden. Auch Oxycodon steht neuerdings zur parenteralen Gabe (i.v., s.c.) zur Verfügung. Hier sind 2 mg orales zu 1 mg parenteralem Oxycodon äquivalent. Erfolgt die Umstellung ausgehend von einem anderen Opioid, muss zunächst die orale Äquivalenzdosis von Morphin ermittelt werden (22, 23). ■

Dr. med. Uwe Junker

Sana-Klinikum Remscheid

*Abteilung für Spezielle Schmerztherapie
und Palliativmedizin, 42859 Remscheid*

Priv.-Doz. Dr. med. Rainer Freynhagen

Klinik für Anästhesiologie

Ambulanz für Schmerztherapie

und Palliativmedizin, 40225 Düsseldorf



Literatur im Internet:

www.aerzteblatt.de/lit0808

Berührt und beruhigt durch Musik

Musik kann Emotionen, Erinnerungen und Assoziationen auslösen.



„Ich bin so herrlich ruhig in mir“, äußert eine Frau kurz vor ihrem Tod während der Musiktherapie. Dieses Gefühl von innerer Ruhe wünschen sich die meisten Menschen beim Übergang vom Leben zum Tod. Mit Musik kann dies, so Musiktherapeutin Kathrin Grewe-Heitfeld, erfahren werden, weil Musik in besonderer Weise emotional anzusprechen vermag.

„Eine Mutter sitzt am Bett ihres Sohnes. Mehrere intensive Begegnungen mit dem Sohn im Rahmen von Musiktherapie liegen hinter mir, als ich ihn nun – zum wahrscheinlich letzten Mal – frage, ob ich für ihn spielen darf. Zum Zeichen des Einverständnisses schlägt er die Augen einmal auf und zu. Während der Musik nimmt seine Unruhe ab. Seine Atmung wird gleichmäßiger und die Gesichtszüge entspannen sich. Auch seine Mutter wird sehr ruhig. Anschließend äußert sie sich erstaunt, auch erfreut, über die tröstende Wirkung der Musik“, berichtet die Kölner Musiktherapeutin.

Sie erläutert gegenüber dem Deutschen Ärzteblatt die Wirkung von Musiktherapie. Musik habe die Kraft, sowohl emotional zu berühren als auch körperliche Reaktionen auszulösen, ohne dass man dies steuern könne. Die unmittelbare Verbindung

zwischen Musik/Klang und Gefühlen sei durch eine direkte Verbindung zwischen dem Ohr und dem limbischen System, dem Sitz der Emotionen zu erklären. Welche Art von Musik beruhigt, kann Grewe-Heitfeld zufolge individuell unterschiedlich sein und hängt von den jeweiligen Hörgewohnheiten sowie der jeweiligen Lebensgeschichte ab. Unabhängig davon gebe es Klänge, die für viele Menschen diese beruhigende Wirkung hätten. Lange nachschwingende, warme Klänge oder auch pentatonisch gestimmte Instrumente vermittelten in besonderem Maß eine Atmosphäre von Geborgenheit und Harmonie. Im Kölner Hospiz St. Hedwig bietet Grewe-Heitfeld den Patienten an, an ihrem Bett Musik für sie zu spielen.

Kantele, Klangschale oder Bordunstab

„Aufgreifend, was ich an meinem Gegenüber wahrnehme – den Rhythmus des Atems oder die emotionale Verfassung oder einen konkret geäußerten Wunsch – beginne ich für die Gäste eine Musik zu entwickeln“, berichtet die Musiktherapeutin. Oft spiele sie eine Kantele, Klangschalen oder einen Bordunstab (ein tiefes, in Quinten und Oktaven gestimmtes Saiteninstru-

ment). Eine Frau erzählt, „sie habe sich mit den Tönen fortbewegt“, also mental von ihrem kranken Körper entfernt. Sich noch einmal anders als in der aktuellen Situation zu erleben, kann, so Grewe-Heitfeld, wichtig, erleichternd und auch stärkend sein. Musik könne Emotionen, Erinnerungen und Assoziationen auslösen. So wurde eine andere Hospizbewohnerin bei einem Intervall an die Sprachmelodie ihres Vaters erinnert, wodurch noch einmal das Gefühl, als Mädchen vom Vater geliebt zu sein, wach wurde.

„Musiktherapie bei Sterbenden bedeutet, bei jedem Patienten nach der Spur zu suchen, die Musik in seinem Leben eingegraben hat; Musik muss die ‚ganze Person‘ – den Körper, den Geist, das Herz und die Seele – erreichen. In der Musiktherapie bedeutet dies, dem Patienten Musik auf seine Weise und für seine spezifische Lebenssituation erlebbar zu machen“, schreibt Prof. Dr. med. Christof Müller-Busch in der Zeitschrift „Palliativmedizin“ (2006;7). Angehörige würden die musikalisch unterstützte Sterbebegleitung häufig als eindrucksvolle und das eigene Leben prägende Erfahrung erleben.

Informationen unter E-Mail: Grewe-Heitfeld@netcologne.de. ■

Gisela Klinkhammer

LIVERPOOL CARE PATHWAY

Praxisnahe Hilfestellungen

Der im Evangelischen Krankenhaus Oldenburg erstmals in Deutschland eingeführte Behandlungspfad ermöglicht eine individuelle Behandlung und Begleitung des sterbenden Patienten.



Viele Menschen wünschen sich, die letzten Tage und Stunden ihres Lebens in der gewohnten Umgebung und im Kreis der Familie verbringen zu können. Tatsächlich sterben die meisten Menschen jedoch nicht zu Hause, sondern im Krankenhaus, wo die Behandlung und Begleitung sterbender Patienten hohe Anforderungen an die betreuenden Ärzte und Pflegenden stellt.

Insbesondere bei Berufsanfängern und in Fachabteilungen, die nur selten Sterbende betreuen, löst der Umgang mit dem Thema Sterben und Tod oft Unsicherheit, Berührungängste und in vielen Fällen ein Gefühl der Hilflosigkeit aus. Nicht selten besteht der Wunsch nach Anleitung und Hilfestellungen, um mit diesem schwierigen Thema adäquat umzugehen. Vor diesem Hintergrund wurde in den 90er-Jahren an der britischen Royal University Liverpool in Zusammenarbeit mit dem Marie Curie Hospice der „Liverpool Care Pathway“ (LCP), ein Behandlungspfad für die bestmögliche Betreuung sterbender Patienten, erstellt. Als erste deutsche Klinik arbeitet das Evangelische Krankenhaus Oldenburg seit März 2007 mit dem LCP.

Der „Liverpool Care Pathway“ bietet den betreuenden Ärzten und Pflegenden praxisnahe Hilfestellungen für die verschiedenen Aspekte der Betreuung sterbender Patienten. Wenn das betreuende Team den Eindruck hat, dass ein Patient wahrscheinlich in den nächsten Tagen sterben wird, sollte der Einsatz des LCP in Erwägung gezogen werden. Es entsteht im Team die Notwendigkeit, gemeinsam und multiprofessionell Eindrücke über den Zustand des Patienten auszutauschen und darüber zu diskutieren, was in den nächsten Tagen und Stunden wichtig ist. Anhand einer „Checkliste“ werden Ziele für eine möglichst optimale Begleitung definiert und im Verlauf immer wieder abgefragt und überprüft. Bei der Wahl der Bedarfsmedikation zur Linderung häufiger Symptome wie Schmerzen, Luftnot oder Unruhe bieten Flussdiagramme konkrete Vorschläge und Dosierungsmöglichkeiten.

Neben medizinischen und pflegerischen Entscheidungen werden auch psychologische, soziale und religiöse Bedürfnisse des Patienten berücksichtigt. Beispielsweise sollten der Hausarzt informiert und – falls gewünscht – eine seelsorgerische Betreuung veranlasst werden. Die Begleitung der Angehörigen hat in der Sterbebegleitung eine wichtige Bedeutung. Häufig besteht eine große Unsicherheit aufgrund von Veränderungen des Sterbenden, wie beispielsweise dem reduzierten Bedürfnis nach Essen und Trinken, der veränderten Atmung oder der terminalen Unruhe. Neben der Erläuterung dieser Symptome und Veränderungen im persönlichen Gespräch stehen auch Informationsbroschüren zur Verfügung, die an die An-

gehörigen weitergegeben werden können

Der „Liverpool Care Pathway“ wird mittlerweile an mehr als 250 britischen Krankenhäusern angewendet und ist Standard im britischen Gesundheitssystem. Im Jahr 2005 wurde der LCP von der Arbeitsgruppe um Dr. med. Steffen Eychmüller in die deutsche Sprache übersetzt und erfolgreich im Kantonsspital Sankt Gallen, Schweiz, implementiert. Als erste deutsche Klinik arbeitet das Evangelische Krankenhaus Oldenburg in der Medizinischen Klinik/Palliativzentrum seit Anfang 2007 mit dem LCP und hat im Rahmen eines europaweiten Projekts erste Erfahrungen gesammelt. Es ist vorgesehen, den LCP schrittweise auch auf den anderen Stationen des Krankenhauses einzuführen.

Multiprofessionelle Kommunikation

Die bisherigen Erfahrungen sind sehr positiv. Sowohl Ärzte als auch Pflegekräfte berichten, dass es ihnen durch die Anwendung des LCP besser als in der Vergangenheit gelingt, mit der konkreten Situation, den Gefühlen und Wünschen des Patienten und der Angehörigen umzugehen. Die multiprofessionelle Kommunikation im Behandlungsteam wird gefördert, es entstehen die Notwendigkeit und Möglichkeit, gemeinsam und rechtzeitig darüber zu sprechen, welche Schritte und Entscheidungen anstehen. Zudem findet durch die abgesprochene und zeitgerechtere Verordnung und Gabe der Bedarfsmedikation eine verbesserte Symptomkontrolle statt. Die Sorge, dass durch die Einführung eines Behandlungspfades in einem derart sensiblen Bereich eine unnötige Standardisierung und eventuelle Nivellierung stattfinden könnte, hat sich aufgrund der Erfahrungen der Oldenburger Ärzte bisher nicht bestätigt. Genau das Gegenteil ist der Fall. Ärzte und Pflegenden beschreiben, dass durch die Anwendung des LCP ein individuelles Eingehen auf die Bedürfnisse des Patienten möglich ist. ■

Dr. med. Mariam Sachse
Dr. med. Steffen Simon

Die Mitarbeiter des Palliativzentrums Oldenburg sind gern bereit, ihre Erfahrungen mit anderen zu teilen. Ansprechpartner sind Dr. med. Michael Schwarz-Eywill (Leiter Palliativzentrum), Dr. Mariam Sachse (Projektleiterin LCP) und Schwester Mirja Martens (LCP-Schwester). Bei Interesse der Implementierung des LCP an anderen Kliniken stehen auch Dr. med. Steffen Eychmüller (Leiter des deutschsprachigen LCP-Referenzentrums) und das Palliativteam des Kantonsspitals Sankt Gallen, Schweiz, zur Verfügung. Anschrift: Evangelisches Krankenhaus Oldenburg, Steinweg 13–17, 26122 Oldenburg; Telefon: 04 41/2 36-767, E-Mail: palliativ@evangelischeskrankenhaus.de; Internet: www.palliativstation-ol.de, www.palliativ-sg.ch, www.mcpcil.org.uk



Spiritualität und psychosoziale Begleitung als wichtige Lehrinhalte

Das Fach Palliativmedizin unterrichten an der Ludwig-Maximilians-Universität München nicht nur Ärzte, sondern auch Seelsorger, Psychologen und Sozialarbeiter. Ergebnisse einer Evaluation zum Einsatz von nicht ärztlichen Tutoren

Maria Wasner, Traugott Roser, Bernadette Fittkau-Tönnemann, Gian Domenico Borasio

Ausbildung und Lehre können die Einstellung, die Fähigkeiten und das Wissen von Studierenden auf dem Gebiet der Palliativmedizin positiv beeinflussen. Das belegen seit Langem Untersuchungen aus dem englischsprachigen Raum (1, 2, 3). Dennoch kommen im deutschen Medizinstudium palliativmedizinische Inhalte bislang kaum vor (4). Die 2002 verabschiedete Approbationsordnung für Ärzte enthält die Palliativmedizin weder als Pflicht- noch als Wahlfach. Stattdessen erhielt die Palliativmedizin lediglich einen unverbindlichen Platz als möglicher Prüfungstoff des zweiten Studienabschnitts (5). Dies ist angesichts der Defizite praktizierender Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Sterbebegleitung (6) nicht nachvollziehbar und änderungsbedürftig.

Als erste Universität in Deutschland hat die Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) zum Sommersemester 2004 die Palliativmedizin als Pflichtlehr- und Prüfungsfach eingeführt. Inhaltlich orientiert sich die Fakultät dabei am Gegenstandskatalog der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (7). Das seitdem angebotene „Seminar Palliativmedizin“ findet innerhalb des „Longitudinalkurses“ statt. Dieser macht die Studierenden mit ihrer Rolle als Arzt vertraut und vermittelt ihnen die Verantwortung gegenüber den Patienten und der Gesellschaft. Der Kurs entstand im Rahmen des neuen Medizinischen Curriculums München (McCuLMU). Das Seminar Palliativmedizin setzt sich aus drei Modulen zusammen:

- Modul I befasst sich mit der Arzt-Patienten-Kommunikation und wird für das dritte Semester vom Institut für Medizinische Psychologie angeboten.

- Modul II thematisiert die psychosozialen und spirituellen Grundlagen und findet im sechsten Semester statt.

- Modul III beinhaltet die medizinische Symptomkontrolle und steht im neunten Semester auf dem Stundenplan.

Der Kurs folgt in seinem Aufbau dem multiprofessionellen und ganzheitlichen Ansatz der Palliativmedizin. Die Lehre im Modul II übernehmen nicht ärztliche Fachkräfte des Palliativteams: Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Psychotherapeuten und Seelsorger. Das Modul II gliedert sich in drei Unterrichtseinheiten von je 90 Minuten. In den Gruppen sind jeweils 15 Studierende. Themen sind: psychosoziale Aspekte, Spiritualität und Trauer. Als didaktische Methoden kommen Frontalunterricht, Rollenspiele, Kleingruppenarbeit und Plenumsdiskussion zum Einsatz.

In den ersten drei Semestern nach Einführung des Kurses erhielten die teilnehmenden Studierenden vor Beginn der ersten Einheit (T1) und im Anschluss an die dritte Einheit (T2) einen Evaluationsbogen. Wenn die Studierenden im neunten Semester am Modul III teilnahmen, beurteilten sie rückblickend das Modul II noch einmal anhand des gleichen Fragebogens (T3). Neben demographischen Daten wurde nach der Selbsteinschätzung der allgemeinen Kompetenz im Bereich Palliativme-

dizin gefragt. Darüber hinaus gaben die Studierenden eine Selbsteinschätzung zu ihrem Wissen, ihren Fähigkeiten und ihrer Haltung in den Bereichen psychosoziale Aspekte, Spiritualität und Trauer ab – mittels numerischer Analogskalen von null bis zehn. Ziel dieser Erhebung war es, den Lerneffekt des Moduls auf der kognitiven (Wissen), pragmatischen (Fähigkeiten) und affektiven (Einstellung) Ebene zu beschreiben.

Vom Sommersemester 2004 bis einschließlich des Sommersemesters 2005 besuchten 848 Studierende das Modul II. Bei der ersten Befragung füllten 804 Studierende den Evaluationsbogen aus (Rücklaufquote 95 Prozent). Das Durchschnittsalter lag bei 24 Jahren. 61 Prozent der Befragten waren weiblich. An der zweiten Befragung nahmen 768 Studierende teil (91 Prozent) und bei der dritten Befragung 603 (71 Prozent).

Studenten fühlen sich gut auf Sterbebegleitung vorbereitet

Das Modul wird von den Studierenden überwiegend positiv bewertet, und zwar sowohl direkt nach dessen Ende als auch drei Semester später: 97 Prozent der Studierenden halten das Modul für gut organisiert. Für 89 Prozent sind die Inhalte angemessen. 73 Prozent der Studierenden denken, dass das Erlernte im Alltag umsetzbar ist. Die nicht ärztliche Kursleitung wird von 97 Prozent als kompetent eingestuft. Für 86 Prozent der Studierenden ist der Gesamteindruck vom Modul „gut“ bis „optimal“.

Dr. rer. biol. hum. Wasner
M.A., Priv.-Doz. Dr. theol.
Roser, Fittkau-Tönnemann MPH, Prof. Dr.
med. Borasio: Interdisziplinäres Zentrum für
Palliativmedizin, Ludwig-Maximilians-Universität München

In der Selbsteinschätzung der Studierenden kommt es zu einer signifikanten Verbesserung in der Gesamtkompetenz auf dem Gebiet der Palliativmedizin, die auch nach drei Semestern anhält (T1: 3,1; T2: 5,6; T3: 4,7; $p < 0,001$). In den Selbsteinschätzungen ihrer Fähigkeiten und Haltung zeigen sich für alle Unterrichtseinheiten hochsignifikante Verbesserungen (jeweils $p < 0,001$), die auch nach drei Semestern anhalten. Der prozentual größte Zuwachs liegt beim Thema Spiritualität (Haltung: plus 75 Prozent, Fähigkeiten: plus 73 Prozent). In der Selbsteinschätzung ihres Wissens zeigen sich hochsignifikante Verbesserungen in allen Einheiten direkt nach dem Kurs ($p < 0,001$), nach drei Semestern sind diese nur noch für die Einheit Trauer signifikant ($p = 0,05$). Aus der Didaktikforschung ist bekannt, dass der Erwerb von Wissen im Vergleich zu Haltung und Fähigkeiten die kürzeste Halbwertszeit besitzt.

Die Untersuchung bestätigt die Relevanz der Lehre im Fach Palliativmedizin, und insbesondere die Bedeutung der nicht medizinischen Aspekte innerhalb des palliativmedizinischen Curriculums. Das Design des Palliativseminars entspricht den vorhandenen inhaltlichen (7) und didaktischen (8) Empfehlungen für das Fachgebiet. Der zeitliche Umfang des Palliativseminars ist mit insgesamt 16 Pflichtstunden eher gering. Wünschenswert wäre gerade in der Palliativme-

dizin die Lehre am Krankenbett (9). Dies kann an der LMU aufgrund der hohen Zahl an Studierenden – 220 je Semester bei zehn Palliativbetten – leider nicht allen Studierenden angeboten werden. Es existieren allerdings vielfältige Vertiefungsmöglichkeiten für Interessierte, bis hin zum Wahlfachtertial Palliativmedizin im Rahmen des praktischen Jahrs.

Die Untersuchung zeigt eine hohe Akzeptanz sowohl des Themas Palliativmedizin als auch seiner Vermittlung durch Tutoren aus nicht ärztlichen Berufsgruppen und damit eine gute Kongruenz von Inhalt und Lehrmethode. Der Weg der LMU München, Palliativmedizin mittels eines modularisierten Curriculums zu lehren und dabei gezielt nicht ärztliche Tutoren einzusetzen, ist ein vielversprechender Ansatz für die Lehre in diesem noch jungen Fachgebiet. Die entwickelten Unterrichtseinheiten sind für alle Interessierten auf der IZP-Website (www.izp-muenchen.de) frei verfügbar, eine Tutorenanleitung dazu wird auf Wunsch per E-Mail zugeschickt.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2008; 105(13): A 674–6

LITERATUR

1. Blanchard CG, Ruckdeschel JC, Cohen RE, Shaw E, McSharry J, Horton J: Attitudes toward cancer I: the impact of a comprehensive oncology course on second-year medical students. *Cancer* 1981; 47: 2756–62.

2. Buss MK, Marx ES, Sulmasy DP: The preparedness of students to discuss end-of-life issues with patients. *Academic Medicine* 1998; 73: 418–22.
3. Ross DD, Shpritz D, Hull MM, Goloubeva O: Long-term evaluation of required coursework in palliative and end-of-life care for medical students. *Journal of Palliative Medicine* 2005; 8: 962–74.
4. Lang K, Puhlmann K, Falckenberg M: Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Palliativversorgung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2006; 49: 1149–54.
5. Approbationsordnung für Ärzte in der Fassung vom 27. Juni 2002. *Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 44*. www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/_appro_2002/gesamt.pdf (zuletzt am 22. 11. 2007 aufgerufen).
6. Borasio GD, Weltermann B, Voltz R, Reichmann H, Zierz S: Einstellungen zur Patientenbetreuung in der letzten Lebensphase: Eine Umfrage bei neurologischen Chefarzten. *Nervenarzt* 2004; 75: 1187–93.
7. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin: Grundlagen der Palliativmedizin. Gegenstandskatalog und Lernziele für Studierende der Medizin. 2003. <http://www.dgpalliativmedizin.de/pdf/ag/AG%20AFW%20Curriculum%20fuer%20Studierende.PDF> (zuletzt am 26. 2. 2008 aufgerufen).
8. Dowling S, Broomfield D: Ireland, the UK and Europe: a review of undergraduate medical education in palliative care. *Irish Medical Journal* 2002; 95: 215–6.
9. Elsner F, Jünger S, Pestinger M, Krumm N, Radbruch L: Der Patient in der Rolle des Lehrers. Erfahrungen im Rahmen eines Lehrprojekts an der Klinik für Palliativmedizin in Aachen. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2006; 7: 131–5.

Anschrift für die Verfasser

Dr. rer. biol. hum. Maria Wasner M.A.
Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin
Klinikum der Universität München-Großhadern
Marchioninstr. 15, 81377 München
E-Mail: Maria.Wasner@med.uni-muenchen.de



Paradigmenwechsel in der Medizin

Der Hauptschwerpunkt der kommenden 25 Jahre wird in der Etablierung der Regelversorgung liegen.

Die Palliativmedizin hat in den 25 Jahren ihres Bestehens eine rasante Entwicklung genommen. Es ist seit dem Jahr 1983 nicht nur ein neues Fachgebiet der Medizin entstanden, sondern die Entwicklung steht paradigmatisch für einen Rückbesinnung, einen Paradigmenwechsel in der Medizin überhaupt. Nichtaufgeben von Patienten auch beim Fortschreiten der Erkrankung, radikale Orientierung an Patientenbedürfnissen, der Patient als Teil eines Beziehungssystems, der Arzt als Mitglied in einem multiprofessionellen Team, Rückbesinnung auf den Sinn von Handlungen, ja des Lebens überhaupt – das sind nur wenige Schlagworte. Dass diese Entwicklung in Deutschland auch Nachhaltigkeit erlangt, das wird nun die Hauptaufgabe der kommenden 25 Jahre sein.

Häusliche Versorgung

Die Palliativmedizin der letzten 25 Jahre hatte zunächst vor allem Konzepte für die Behandlung von so offensichtlichen Patientenbedürfnissen wie Schmerzen und anderen körperlichen Symptomen der fortschreitenden Erkrankungen entwickelt. Dafür steht beispielhaft das Konzept des „total pain“ von Cicely Saunders und die Entwicklung der Stufenleiter der Weltgesundheitsorganisation zur Tumorschmerztherapie. Dieses „Totalsymptom“-Konzept wurde auch auf andere Symptome und die Therapiestrategien angewandt. Die Frage nach dem Therapieziel, nach dem Sinn der Behandlung war im zentralen Fokus, genauso wie der Patient in seinem Beziehungssystem, und die Angehörigen als Mitbetroffene bis hin zu Konzepten der Trauerbegleitung.

Eine für die Zukunft entscheidende Frage wird sein, ob die bisherigen Themen ausreichen, das oft tiefe Leid wirklich aller Betroffenen zu

verstehen und adäquate Behandlungsangebote zu unterbreiten. Ausgangspunkt kann dabei die Analyse von Situationen sein, in denen Menschen trotz aller Angebote um die Beendigung ihres Lebens bitten oder sich das zumindest wünschen würden. Erste Ansatzpunkte zeichnen sich ab: Man weiß inzwischen, dass der Wunsch nach einem vorzeitigen Tod nicht ausschließlich mit körperlichen „objektivierbaren“ Parametern korreliert, sondern stark vom subjektiv empfundenen Leid und Hoffnungslosigkeit abhängt. Warum verhalten sich Patienten mit exakt der gleichen medizinischen Diagnose und Krankheitsphase so unterschiedlich? Wie kann dies eventuell therapeutisch angegangen werden? Um das palliativmedizinische Angebot glaubwürdig nachhaltig zu gestalten, müssen noch bessere Hilfsangebote entwickelt werden.

Eine weitere Herausforderung wird die Zuwendung zu Patienten sein, die nicht an Tumorerkrankungen leiden. Was sind identische Bedürfnisse? Wo unterscheiden sich diese Patientengruppen von den Tumorkranken? Die bisherigen Erfahrungen der Palliativ- und Hospizversorgung speisen sich fast ausschließlich aus der Betreuung von Tumorkranken. Es wird demnächst vor allem auch um die Bedürfnisse von Patienten mit eher chronischen Erkrankungen wie multipler Sklerose oder Demenz gehen und um die eventuell notwendige Modifikation des palliativmedizinischen Angebots. Das geht hin bis zu der Frage, ob es zum Beispiel spezialisierte Palliativstrukturen für Demenzpatienten und ihre Angehörigen geben soll oder ob ein spezialisiertes Palliativteam für alle Patientengruppen offen sein muss.

Während die ersten 25 Jahre von der Etablierung und dem Nachweis der Sinnhaftigkeit von Modellpro-

jekten bestimmt waren, wird der Hauptschwerpunkt der kommenden 25 Jahre in der Etablierung der Regelversorgung liegen. Dazu wird es essenziell sein, dass alle notwendigen sektorenübergreifenden Strukturen (häusliche Versorgung, Tagesklinik, Konsildienste in Krankenhäusern und Altenheimen, Palliativstationen, stationäre Hospize und Hospizdienste) in eine ausreichende Regelversorgung kommen und sich die neuen „spezialisierten“ Strukturen harmonisch in das bestehende „allgemeine“ Gesundheitssystem integrieren. Für eine erfolgreiche Integration bedarf es immer beider Seiten, und sie ist immer ein langer und manchmal schwieriger Prozess.

Vor allem wird es eine Herausforderung sein, die häusliche Versorgung zu optimieren. Im Gegensatz zu stationären Einrichtungen muss je nach Patientenbedürfnis das entsprechende Team jeweils neu organisiert werden, und oft ist die Zeit bis zur Erreichbarkeit der nächstgelegenen spezialisierten Struktur lang (es muss in Minuten und nicht Kilometern gerechnet werden).

Über die kommenden 25 Jahre wird es nötig sein, die Strukturen und Qualität von Aus-, Weiter- und Fortbildung in allen dafür relevanten Berufsgruppen zu überdenken und neu zu strukturieren. Dabei geht es um die Fragen, welche Inhalte auf welcher Ausbildungsstufe für welche Berufsgruppe sinnvoll sind, was verpflichtend und was freiwillig sein sollte (zum Beispiel Pflicht- und Prüfungsfach für alle Medizinstudierenden), welche Abschlüsse zur Betätigung in welcher palliativen Versorgungsstruktur („allgemein“ oder „spezialisiert“) befähigen, wie Forschende qualifiziert werden sollten (Masterkurse), welche Lehrmethoden eingesetzt werden (interaktiv), wie die Qualifizierung der Lehrenden aussieht, und wie junge

Menschen für diesen Bereich begeistert werden können.

Im Rahmen des Bewilligungsprozesses des ersten von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Antrags aus der Palliativmedizin wurde klar, welche Akzeptanzprobleme derzeit noch für die Forschung bestehen. Diese bezogen sich zum Beispiel auf Fragen wie: Kann denn bei diesen Patienten Forschung überhaupt ethisch vertreten werden? Welche Forschungsmethoden sind vertretbar? Sind Fragen der Versorgungsforschung von so hoher Relevanz, dass sie förderungswürdig sind? Ist der „Mixed-methods“-Zugang einschließlich der Verwendung qualitativer Methodik für medizinische Forschung akzeptabel?

Akzeptanz der Forschung

Die ersten Erfahrungen in diesem Bereich übersteigen die Erwartungen: Patienten sind gerade in der Palliativsituation offen für Forschungsfragen, die auch schwierige, aber für sie höchst relevante Themen ansprechen. Viele Patienten sind allerdings körperlich nicht in der Lage, an Forschungsprojekten teilzunehmen, und die Methoden (zum Beispiel Befragung im Rahmen eines Gesprächs mit einer erfahrenen Psychologin) und das Forschungssetting (auf der Palliativstation) sind essenziell.

Die Akzeptanz von palliativmedizinischer Forschung auf allen Ebenen zu fördern, wird Aufgabe der akademischen Palliativzentren der kommenden 25 Jahre sein. Hier-

PALLIATIVMEDIZIN IN EUROPA

Für mehrere große Forschungsverbünde der Palliativmedizin wurde eine Förderung unter dem 6. und 7. Rahmenprogramm der Europäischen Union bewilligt: Die European Palliative Care Research Collaborative entwickelt Leitlinien zur Diagnose und Behandlung von Schmerzen, Depression und Kachexie bei Tumorpatienten (www.epcrc.org). Gerade angelaufen ist das Projekt „Optimising Cancer Patient Care through the Advancement of Research and Education“. Mit diesem Projekt soll die Betreuung aller sterbenden Patienten in den letzten Lebenstagen durch den Einsatz eines Behandlungspfads, des Liverpool Care Pathway for the Dying, optimiert werden. Ebenfalls neu ist das Projekt „Reflecting the Positive Diversities of European Priorities for Research and Measurement in end of life Care“, das auf internationalen Erfahrungen mit dem Lebensqualitätsfragebogen Palliative Outcome Score basiert und in dem kulturelle Unterschiede definiert und „Best Practice“-Modelle in der Forschung identifiziert werden sollen. An allen Verbünden sind deutsche Palliativmediziner aus Einrichtungen in Aachen, Bonn, Köln, Göttingen und München beteiligt.

Diese Forschungsverbünde werden die Zusammenarbeit der palliativmedizinischen Forschungszentren in Europa stärken, und sie sind

groß genug, um Quervernetzungen mit anderen Forschungsbereichen zu ermöglichen. Die Europäische Kommission will die Förderung der Palliativmedizin weiter verstärken, die Einzelheiten sollen in einer EU-Konferenz zum Jahresende diskutiert werden. Das teilten der für das Rahmenprogramm zuständige Kommissar für Forschung bei der Europäischen Kommission, Janez Potocnik, und Vertreter der Generaldirektion Öffentliche Gesundheit mit. Die Europäische Palliativgesellschaft wird diese Entwicklung durch die Formulierung einer europäischen Forschungsagenda für Palliativmedizin unterstützen.

Künftig soll auch eine Finanzierung der Kooperation mit afrikanischen, asiatischen und lateinamerikanischen Ländern möglich sein. Der Blick über den Tellerrand durch den Vergleich mit außer-europäischen Partnern ermöglicht oft neue Denkanstöße für die eigene Arbeit. Die Europäische Palliativgesellschaft wird die aktuellen Entwicklungen unterstützen und auf ihrer Internetseite eine Plattform für Austausch und Diskussion bieten. ■

Prof. Dr. med. Lukas Radbruch, Präsident der European Association of Palliative Care, RWTH Aachen



Weitere Informationen im Internet:
www.eapcnet.org

bei könnte es Aufgabe dieser Zentren werden, ein Forschungsnetzwerk aufzubauen, Forschungsmethoden (weiter-)zuentwickeln sowie translationale Forschungsprojekte zu initiieren. Außerdem sollten sie ein virtuelles Kontrollkollektiv entwickeln, um die Notwendigkeit großer Patientenzahlen bei Therapiestudien zu reduzieren.

Mögen uns bei all diesen Aufgaben die Menschen, die in den letzten 25 Jahren die Palliativmedizin in Deutschland gestaltet haben, Vorbild für die kommenden 25 Jahre sein. ■

*Prof. Dr. med. Raymond Voltz,
Palliativmedizinisches Klinikum
der Universität zu Köln*

Kindern ein „gutes Sterben“ ermöglichen

Plädoyer für einen multidisziplinären Ansatz, der die Familie und öffentliche Ressourcen mit einbezieht

Boris Zernikow, Friedemann Nauck

Im Mittelpunkt der pädiatrischen Hospiz- und Palliativversorgung stehen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit lebensbedrohlichen (LBE) oder lebenslimitierenden (LLE) Erkrankungen sowie deren Angehörige. Für LBE gibt es potenziell kurative Therapien, ein Therapieversagen ist jedoch nicht unwahrscheinlich. Pädiatrische Palliativversorgung (PPV) kann während der Phase eines unklaren Therapieerfolgs oder bei Therapieversagen notwendig werden.

LLE sind definiert als Erkrankungen ohne realistische Hoffnung auf Heilung. Die betroffenen Kinder/Jugendlichen erkranken vor dem 18. Lebensjahr und werden mutmaßlich vor Erreichen ihres 40. Lebensjahrs versterben. Eine weitere unter den Überbegriff LLE zu fassende Gruppe sind Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, deren schwere neurologische Erkrankung an sich nicht fortschreitet, aber mit erheblichen, im Krankheitsverlauf an Häufigkeit und Schwere zunehmenden und potenziell zum Tode führenden Komplikationen einhergeht.

Die Task Force Paediatric Palliative Care der European Association for Palliative Care hat in ihrem IMPaCCT-Statement die ACT-Charta (Association for Children with Life-Threatening or Terminal Conditions and their Families) sowie die Definition der Weltgesundheitsorganisation für pädiatrische Palliativversorgung weiterentwickelt (1):

- „Unter Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen versteht man die aktive und umfassende Versorgung, die Körper, Seele und Geist des Kindes gleichermaßen berücksichtigt und die Unterstützung der betroffenen Familie gewährleistet.“

- Sie beginnt mit der Diagnosestellung und ist unabhängig davon, ob das Kind eine Therapie mit kurativer Zielsetzung erfährt.

- Es ist Aufgabe der professionellen Helfer, das Ausmaß der physischen, psychischen wie sozialen Belastung des Kindes zu erkennen und zu minimieren.“

Solide epidemiologische Erhebungen zu LBE und LLE fehlen. Die Punktprävalenz an LLE wird in Europa auf zwölf bis 13 Kinder pro 10 000 Einwohner geschätzt (2). Studien aus England und Irland gehen von einer Mortalität an LLE im Kindesalter von 1,2 bis 3,6 pro 10 000 Lebendgeborenen aus (3, 4). Eine nordamerikanische Untersuchung über einen Zeitraum von 20 Jahren zeigt, dass jenseits des ersten Lebensjahres Krebs die häufigste Todesursache war, gefolgt von kardiovaskulären (20 Prozent), neuromuskulären (18,5 Prozent) und genetischen (10 Prozent) Ursachen (5).

Schule und Ausbildung

Das Recht auf Bildung ist ein elementares Menschenrecht. Der Schulbesuch sollte allen Kindern mit LLE ermöglicht werden (6). Im Fall einer symptomreich fortschreitenden Erkrankung ist die Schulzeit häufig die Zeit des Tages mit dem wenigsten Leid. Hilfsmittel zur unterstützten Kommunikation spielen in der pädiatrischen Palliativversorgung eine wichtige Rolle. Jugendliche und junge Erwachsene versuchen in der Regel bis wenige Tage vor dem Tod ihren Lebensalltag durch den Besuch der Ausbildungs- oder Arbeitsstelle aufrechtzuerhalten. Mehr als 50 Prozent aller Kinder leiden am Lebensende unter Schmerzen, Appetitmangel, Müdigkeit, Erbrechen, Atemnot und

Verstopfung (7–13). In einer US-amerikanischen Studie schätzten die Eltern die Schmerztherapie ihrer Kinder am Lebensende bei nur 27 Prozent der Kinder als erfolgreich ein. In den Niederlanden und in Deutschland lag dieser Anteil bei mehr als 70 Prozent (14). Psychische Symptome wie Angst und Einsamkeit werden aus Sicht der Eltern zu wenig beachtet und therapiert (14). Am leidvollsten empfanden die Eltern krebskranker Kinder die Symptome Fatigue, Schmerz, Appetitmangel und Atemnot (15). Diese Symptome müssen mit geeigneten Instrumenten regelmäßig evaluiert werden. Medikamentöse und nicht medikamentöse Therapiemaßnahmen sowohl für die Dauertherapie als auch für Symptomkrisen sind verbindliche Elemente eines palliativen Behandlungskonzepts.

Opiode spielen eine überragende Rolle in der Therapie von Schmerz und Dyspnoe (12). Am Lebensende erhalten 75 bis 96 Prozent der Kinder Opiode (16). Mehrere Arbeiten berichteten einen extremen Dosisanstieg in den letzten Lebenstagen (8, 17). Die Dosis muss zügig dem Schmerzverlauf und bisherigen Therapieerfolg angepasst werden. Schon zu Beginn einer Opioidtherapie kann das Zehnfache der üblichen Startdosis notwendig sein (eTabelle 1). Immer ist die regelmäßige Opioidgabe durch Bedarfsmedikation zu ergänzen. Opioidnebenwirkungen wie Übelkeit und Obstipation müssen antizipiert und prophylaktisch behandelt werden.

Elterliche Belastung und Geschwister

Kreibergs und Mitarbeiter befragten 446 Eltern, deren Kinder an Krebs verstorben waren (18). Am

Vodafone Stiftungsinstitut für Kinderschmerztherapie und Pädiatrische Palliativmedizin, Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln – Universität Witten/Herdecke: Chefarzt Priv.-Doz. Dr. med. B. Zernikow

Universitätsmedizin Göttingen, Abteilung Palliativmedizin: Prof. Dr. med. F. Nauck

meisten litten die Eltern, wenn sie die Versorgung ihres Kindes als nachlässig erlebt hatten, post mortem nur wenige Kontakte mit ihrer Kinderonkologie stattfanden oder die Kinder einen schweren Sterbeprozess hatten (19). Als hoch wird die palliative Versorgungsqualität eingeschätzt, wenn schlechte Nachrichten sensibel kommuniziert werden, Ärzte die Kinder direkt ansprechen und die Eltern das Gefühl haben, klare Informationen über das zu Erwartende zu erhalten und auf den Tod vorbereitet zu sein (20).

Im Alltag müssen die Eltern praktische, finanzielle und informationelle Ressourcen erschließen (21–25). Es bleibt kaum Zeit, für sich selbst oder für sich als Paar zu sorgen (21). Die kontinuierlichen Versorgungsaufgaben führen nicht selten zu körperlich-seelischer Erschöpfung (24, 26). Mütter übernehmen in der Regel den größten Teil der Versorgung des Kindes und leiden vergleichsweise stärker als Väter (27, 28). Eine verlässliche Kooperation mit professionellen Helfern vermag die elterliche Belastung erheblich zu reduzieren (24).

Geschwister von Kindern mit LLE oder LBE haben ein erhöhtes Risiko einer Beeinträchtigung ihrer körperlichen und seelischen Gesundheit (29–33). Viele Geschwister weisen eine erhöhte allgemeine Ängstlichkeit auf (34) und leiden unter Schuldgefühlen (35, 36). Störungen im Sozialverhalten, wie Regression und vermehrte Aggression, Schulprobleme, Schlaf- und Essstörungen sowie Kopfschmerzen, werden gehäuft berichtet (35, 36, 37). Geschwister können aber auch positive Entwicklungen zeigen. Sie erlangen eine zunehmende Wertschätzung des eigenen Lebens und der eigenen Familie, erhöhte Empathie für andere Menschen sowie ein gesundes Selbstbewusstsein mit beschleunigter Persönlichkeitsentwicklung (35, 36). Professionelle Geschwisterarbeit bietet die Möglichkeit, das Risiko körperlicher oder seelischer Erkrankungen zu verringern (34, 36, 37). Mögliche Unterstützungsformen können Geschwistergruppen oder die „adäquate“ Einbindung des

Geschwisters in die Patientenversorgung (33, 38) sein.

Guter, gelungener Kommunikation wird in der Palliativmedizin von erwachsenen Patienten, Angehörigen, Eltern und Versorgenden gleichermaßen eine Schlüsselstellung zugesprochen (39, 40). Besonderheiten der PPV bestehen darin, dass Eltern oft Hauptansprechpartner sind, Kinder besonderer Kommunikationsformen bedürfen und Unsicherheit darüber besteht, inwieweit die Kinder und Geschwister „aufgeklärt“ und in Entscheidungsprozesse einbezogen werden sollen. Das Verschweigen des Unausweichlichen oder Notwendigen führt in der Regel nicht dazu, dass das Kind seine Restlebenszeit angstreicher leben kann, sondern zu einer Angst in Einsamkeit – gleiches gilt für Geschwister. Dabei darf die Familie nicht „überfahren“ und zur Annahme der „Wahrheit“ gezwungen werden, aber auf Fragen muss wahrheitsgemäß geantwortet werden. Fehlende Offenheit wird von den Eltern nach dem Tod des Kindes in der Regel beurtet, insbesondere dann, wenn sie im Nachhinein der Ansicht sind, das Kind habe seinen Tod geahnt, aber keine Möglichkeit gehabt, darüber zu sprechen (41).

Tod und Sterben

Der Begriff „Tod“ ist zunächst lediglich eine Worthülse – erst allmählich kann ein Kind dieses Wort kognitiv und emotional mit Inhalt füllen. Die Entwicklungsphasen in der Entstehung der Todesvorstellungen sind als Orientierungshilfe zu verstehen – Kinder haben sehr individuelle Vorstellungen vom Tod (42–56) (eTabelle 2). Wenn ein Kind stirbt, sollte der Tod in der Klasse oder der Kindergartengruppe keinesfalls „tot“ geschwiegen, sondern aufgearbeitet werden.

Wenn Kinder mit LLE im Krankenhaus sterben, geschieht das häufig nicht auf der ihnen bekannten, sondern auf einer Intensivstation (57, 58). Kinder und Eltern bevorzugen die häusliche PPV und ein Sterben zu Hause (59, 60). Bei einer umfassenden pädiatrischen Palliativversorgung können mehr als 50 Prozent aller Kinder mit LLE zu Hause sterben (61–66). Das Sterben zu

Hause muss sorgfältig begleitet werden. Dazu gehört,

- mehrere vorbereitende Gespräche zu führen
- Maßnahmen für zu erwartende Symptome zu besprechen
- Notfallmedikamente und nicht medikamentöse Hilfen bereitzustellen
- einen Plan für Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit von Pflege und Arzt zu erstellen
- eine schriftliche „Do not resuscitate“-Order und einen Notfallbrief bereitzulegen, aus dem hervorgeht, welche Therapiebegrenzungen mit den Eltern/Kindern besprochen wurden und wie die medizinische Situation ist
- eine Vorabinformation der zuständigen Notarzt-Einsatzzentrale bereitzustellen.

Die Familie sollte auf den Tod ihres Kindes vorbereitet und die für das Kind wichtigsten Menschen, unabhängig vom Sterbeort, sollten anwesend sein. Für das Palliativteam gilt es, den Blick außerdem auf die Hilfsbedürftigkeit der Großeltern sowie anderer Freunde und Verwandte zu weiten.

Finanzielle und sonstige Hilfen

Nicht selten kann nur ein Elternteil berufstätig sein. Viel Zeit und Energie verwenden Eltern darauf, die ihnen gesetzlich zustehenden Hilfen erst einmal zu finden und ihre Inanspruchnahme einzufordern. Die derzeit aktuelle Fassung der Broschüre der Deutschen Kinderkrebsstiftung ist unter www.kinderkrebsstiftung.de/pdf/sozinf2005.pdf zu erhalten. Ein möglichst wohnortnaher KKP(Kinderkrankenpflege)-Dienst kann über die Internetseite <http://wegweiserhospiz.shifttec.de> gefunden werden.

Bei unheilbarer Erkrankung eines Kindes (von unter zwölf Lebensjahren) mit nur noch geringer Lebenserwartung besteht ein zeitlich unbegrenzter Krankengeldanspruch für ein gesetzlich krankenversichertes Elternteil. In Ausnahmefällen kann die Leistung auch nach Vollendung des zwölften Lebensjahrs bewilligt werden.

TABELLE

Unterschiede der Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu älteren Erwachsenen

Palliativversorgung Bereiche	Besonderheiten	
	bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen	bei älteren Erwachsenen
Allgemein	Die Palliativversorgung wird maßgeblich vom chronologischen Alter, der Grunderkrankung sowie dem kognitiven, emotionalen und statomotorischen Entwicklungsstand bestimmt.	Die Palliativversorgung erfolgt im Wesentlichen bei Patienten mit weit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen und belastenden körperlichen Symptomen sowie psychosozialen Problemen
Organisation		
● Flächendeckende ambulante Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> ● schlechte Kosten-Nutzen-Relation: wenige Betroffene => hohe Vorhaltekosten für 24h-Bereitschaft ● lange Fahrzeiten ● wenig Erfahrungen durch geringe Fallzahlen bei niedergelassenen Ärzten und Pflegediensten 	<ul style="list-style-type: none"> ● Eine Vielzahl verschiedener Versorgungsformen muss miteinander verzahnt werden, um eine flächendeckende Versorgung bei einer hohen Anzahl betroffener Patienten sicherzustellen.
● (Kinder-) Hospize, Aufgaben	● vorrangig Entlastungspflege	● Vorrangig Versorgung am Lebensende, mehr als 90% der aufgenommenen Patienten sterben dort.
● Palliativstationen	● nicht vorhanden, eine in Planung	● ca. 150 in Deutschland, steigende Tendenz
Medizinische Herausforderungen		
● Prognose	● schwer einzuschätzen	<ul style="list-style-type: none"> ● Prognosescores ● Lebenserwartung wird eher überschätzt als unterschätzt
● Datenlage zu medikamentöser Therapie	● extrem limitiert	<ul style="list-style-type: none"> ● limitiert, aber in Teilbereichen evidenzbasierte Empfehlungen wie z. B. die Empfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zur Therapie von Tumorschmerzen (2007 schon in 3. Auflage)
● Problemfelder	<ul style="list-style-type: none"> ● onkologische Patienten: Blutungen, schwer zu klassifizierende Schmerzen, Juckreiz, gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus, Transfusionen, parenterale Schmerztherapie ● nicht onkologische Patienten: Beatmung, therapierefraktäre Krampfanfälle, Spastik, Unruhe, Schlafstörung, zentrale autonome Schlafstörung, zentrale autonome Funktionsstörungen und Ernährungsprobleme, Obstipation 	<ul style="list-style-type: none"> ● bei meist onkologischen Patienten: neuropathische Schmerzen, starke Tumorschmerzen, maligne intestinale Obstruktion, Dyspnoe, Verwirrtheit ● nicht onkologische Patienten: therapierefraktäre Schmerzen, Unruhe, Demenz, Entscheidungen zur Therapiezieländerung
Pflegerische Herausforderungen		
	<ul style="list-style-type: none"> ● Beratung, Schulung und Supervision der Eltern ● onkologische Patienten: PCA(patientenkontrollierte Analgesie)-Pumpen, Ernährungsinfusionen, Transfusionen, Ernährungsstörung ● nicht onkologische Patienten: Beatmung, Symptomerfassung und -deutung, Ernährungsprobleme, Handling bei schwerer Mehrfachbehinderung, basale Stimulation 	<ul style="list-style-type: none"> ● Beratung, Schulung und Supervision der Patienten und/oder Angehörigen ● bei onkologischen Patienten: PCA-Pumpen, Ernährungsinfusionen ● exulzierende Wunden ● Kachexie
Psychologische und soziale Herausforderungen		
	<ul style="list-style-type: none"> ● Kindergarten/Vorschul-/Schulbildung und Berufseinstieg ● Versorgung umfasst die ganze Familie ● Entfremdung der Eltern ● „Schattenkinddasein“ der Geschwister ● Rückschritte bei einer LLE* stehen im krassen Widerspruch zu erwarteten Fortschritten der Kindheitsentwicklung ● Fehlendes Verständnis für die limitierten Zeit- und Energiereserven bei Mutter/Vater/Geschwister ● Adoleszente und junge Erwachsene befinden sich im Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt 	<ul style="list-style-type: none"> ● psychosoziale Begleitung des Patienten und der Angehörigen ● sozialrechtliche Beratung auf Grundlage der Sozialgesetzbücher ● Unterstützung bei der Kontaktaufnahme, Anmeldung und Überleitung in weitere Betreuung (Pflegedienste, Hospize etc.) ● Ehrenamt ● Trauerbegleitung
Spiritualität		
	<ul style="list-style-type: none"> ● vom Entwicklungsstand abhängige Vorstellungen von eigener Erkrankung, Sterben, Tod und Zeit danach ● nicht christliche Religionen und ethische Vorstellungen spielen eine große Rolle 	● spirituelle Begleitung bisher nicht ausreichend gewährleistet
Ethische Fragen		
	<ul style="list-style-type: none"> ● Vorgehen bei extremer Frühgeburtlichkeit ● Einbeziehung von Kindern in Diagnose- und Entscheidungsprozesse (Einwilligungsfähigkeit nicht statisch) ● Eltern als Fürsprecher ihrer Kinder ● Therapiezieländerung oft ohne ein erreichtes Alter oder Lebensziel ● Genetische Erkrankungen führen bei Eltern zu Auseinandersetzungen mit eigenen Schuldgefühlen und moralischen Ansprüchen (weitere Schwangerschaften?, pränatale Diagnostik? etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ● unterschiedliche Angebote der Trauerbegleitung vorhanden ● Patientenverfügung ● Vorsorgevollmacht ● „künstliche“ Ernährung ● Therapiezieländerung ● Palliativmedizin in der Intensivmedizin
Aus-, Weiter- und Fortbildung		
	<ul style="list-style-type: none"> ● etablierte multidisziplinäre Weiterbildung ● Das Erkrankungsspektrum stellt extrem hohe Ansprüche an Professionelle, Möglichkeiten einer supervidierten Ausbildung im stationären Setting existieren jedoch bis dato nicht. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ausbildung in der Medizin und Krankenpflege bisher nicht flächendeckend ● Curricula für die Weiterbildung von allen Berufsgruppen vorhanden ● Eine große Anzahl von Professionellen wird für eine flächendeckende Versorgung benötigt. Problem von Qualität und Quantität

*LLE: lebenslimitierende Erkrankung

Wichtige Elemente von PPV sind:

- niedergelassene Kinder- und Jugendärzte sowie Hausärzte
- Sozialpädiatrische Zentren
- ambulante Kinderkrankenpflege-dienste
- ambulante Kinderhospizdienste
- Trauergruppen für Kinder und Eltern, Geschwistergruppen
- „Bunte Kreise“ (sozialpädiatrische Nachsorge)
- Kinderkliniken
- stationäre Kinderhospize oder stationäre Angebote der Kurzzeitpflege
- klinikgestützte, multiprofessionelle „Brückenteams“ (eTabelle 3)

Hinzu kommen vielfältige lokale Angebote der Organisation Verwaiste Eltern (www.verwaiste-eltern.de), der Kirchen oder der Jugendämter. Die erste Palliativstation für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit acht Betten ist vom Land Nordrhein-Westfalen genehmigt und wird 2008/09 an der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln – Universität Witten/Herdecke entstehen.

Es existiert ein von den Ärztekammern anerkanntes Curriculum für die Zusatzweiterbildung in PPV für Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Kinderärzte und psychosoziale Mitarbeiter (67). Eine an diesem Curriculum orientierte 200 Stunden umfassende Weiterbildung wird seit April 2005 in Datteln angeboten, andere Anbieter ziehen nach. Die wichtigsten Unterschiede in der Versorgung von Kindern und Erwachsenen sind, dass die PPV ein weites Krankheitsspektrum umfasst und durch den kognitiven, emotionalen, sozialen, spirituellen und körperlichen Entwicklungsstand der Kinder geprägt wird (Tabelle).

Fazit

Wirkungsvolle pädiatrische Palliativversorgung ist nur mittels eines breiten multidisziplinären Ansatzes möglich, der die Familie und öffentliche Ressourcen mit einbezieht. Pädiatrische Palliativversorgung kann in Krankenhäusern der höchsten Versorgungsstufe, auf kommunaler Ebene und zu Hause beim Patienten erbracht werden. Das Ziel, allen Kindern in Deutschland ein „gutes Sterben“ zu ermöglichen, ist noch lange nicht erreicht.

■ Zitierweise dieses Beitrags:

Dtsch Arztebl 2008; 105(25): A 1376–80

Anschrift für die Autoren

Chefarzt Priv.-Doz. Dr. med. Boris Zernikow
Vestische Kinder- und Jugendklinik
Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5, 45711 Datteln
E-Mail: B.Zernikow@Kinderklinik-Datteln.de



eTabelle 1–3 unter:

www.aerzteblatt.de/artikel081376

Weitere Informationen unter:

www.aerzteblatt.de/plus2508

Literaturverzeichnis unter:

www.aerzteblatt.de/lit2508

STANDARDS PÄDIATRISCHER PALLIATIVVERSORGUNG IN EUROPA

Optimale Versorgung

Die Bedürfnisse von Kindern mit lebenslimitierenden und lebensbedrohlichen Erkrankungen und ihrer Familien sind in ganz Europa gleich. Davon ging jedenfalls eine Gruppe von Ärzten aus Europa, Kanada und den USA aus, die sich vor zwei Jahren in Trento (Italien) traf, um über die Situation der pädiatrischen Palliativmedizin in Europa zu diskutieren. Die Ärzte vertraten die Ansicht, dass den Bedürfnissen der Kinder nur im Rahmen eines „umfassenden und integrativen Versorgungsmodells unter Beteiligung geschulter, multidisziplinärer pädiatrischer Palliativteams“ positiv begegnet werden könne. Außerdem wurden von dem International Meeting for Palliative Care in Children, Trento (IMPaCCT) auch eine Definition pädiatrischer Palliativmedizin erstellt und Mindeststandards vereinbart. Der Originaltext wurde im *European Journal of Palliative Care* 2007; 14(3): 109–14 publiziert. Übersetzt wurde er von Priv.-Doz. Dr. med. Boris Zernikow.

Nach dem IMPaCCT-Statement soll „jedes Kind ungeachtet der finanziellen Möglichkeiten der Familie gleichen Zugang zu pädiatrischer Palliativversorgung haben“. Bei jeder medizinischen Entscheidung müsse das Beste im Interesse des

Kindes immer oberste Priorität haben. Das Kind dürfe keiner Behandlung ausgesetzt werden, die es belastet, ohne ihm einen erkennbaren Nutzen zu bringen. Außerdem gehen die Standards davon aus, dass jedes Kind täglich und rund um die Uhr das Recht auf eine angemessene Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle durch den Einsatz pharmakologischer und komplementärer Therapien haben soll. „Jedes Kind muss würdevoll und respektvoll behandelt werden; es hat unabhängig von seinen körperlichen und intellektuellen Fähigkeiten ein Recht auf Privatsphäre,“ heißt es weiter. Den Bedürfnissen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen sollte besondere Beachtung geschenkt werden. Die Autoren des IMPaCCT-Statements halten es für essenziell, „dass zumindest die in diesem Dokument empfohlenen elementaren Standards der pädiatrischen Palliativversorgung in ganz Europa implementiert werden.“ Zahlreiche deutsche Organisationen unterstützen die Inhalte und Ziele von IMPaCCT. *Kli*



Der vollständige Text ist abrufbar unter:
www.aerzteblatt.de/plus2508

Bestehende Angebote besser vernetzen

Der ambulante Palliativdienst am Malteser-Krankenhaus in Bonn kümmert sich um schwerstkranke Tumorkranken. Die Mitarbeiter helfen dabei, den Alltag zu organisieren und unterstützen die Angehörigen.



Dass sie unheilbar krank ist, sieht man Ilse Ebeling auf den ersten Blick nicht an: Gut ge-launt öffnet die 78-Jährige ihre Wohnungstür. Sie freut sich über Besuch, denn den Großteil des Tages ist sie allein. Dann sitzt sie in ihrem Ledersessel im Wohnzimmer, liest ein Buch oder schaut fern. „Darmkrebs“ – diese Diagnose war für Ebeling ein Schock, und sie hat sich mehr und mehr zurückgezogen.

Es ist Hildegard Nienhaus, die geklingelt hat und nun die Treppe hinaufkommt. Die 57-jährige Krankenschwester vom ambulanten Palliativdienst am Zentrum für Palliativmedizin des Malteser-Krankenhauses Bonn, schaut regelmäßig vorbei. Und man merkt, dass die beiden Frauen eine tiefe Sympathie verbindet. „Ich fühle mich wirklich gut versorgt“, sagt Ebeling.

Krebskranke und Angehörige sind oft überfordert

„Bei Frau Ebeling stehen zurzeit nicht so sehr die körperlichen Symptome im Vordergrund, sondern die psychosoziale Betreuung“, erklärt Nienhaus später. Sie fährt alle zwei Wochen zu der Patientin, die sich zurzeit noch komplett allein versorgt. „Aber es ist schon alles für den Fall geklärt, dass es Frau Ebeling schlechter geht“, sagt die Krankenschwester. Die Patientin wolle dann in ein Hospiz. Kinder habe sie nicht, und auch keine Angehörigen in Bonn.

Für Krebskranke ist eine kontinuierliche Betreuung enorm wichtig. Manchmal verschlechtert sich ihr Zustand in kürzester Zeit. „Dann muss alles ganz schnell gehen und von jetzt auf gleich funktionieren“, weiß Martina Kern, Bereichspflegedienstleiterin am Bonner Zentrum für Palliativmedizin. Deshalb sei eine gute Zusammenarbeit aller Be-

teiligten gefragt. Zentrales Anliegen des ambulanten Palliativdienstes ist deshalb die Koordination. Die Mitarbeiter halten Kontakt zum Hausarzt, zum Pflegedienst, organisieren Hilfsmittel und beraten die Patienten sowie deren Angehörige. Die meisten sind in der belastenden Situation überfordert: Anträge stellen, eine Haushaltshilfe organisieren, ein Hospiz suchen. Das schaffen viele nicht allein. „Die Koordination kann man aber nicht mal so nebenbei machen, da braucht man vernünftige Netzwerke“, betont Kern.

24-Stunden-Rufbereitschaft

Pflegerisch werden die Mitarbeiter des Palliativdienstes nur in besonderen Fällen tätig. Der Schwerpunkt ihrer Arbeit liegt in der Organisation. Darüber hinaus hat der ambulante Palliativdienst jedoch noch weitere Aufgaben: Er übernimmt die psychosoziale Betreuung der Krebskranken. Außerdem überwachen die Mitarbeiter die Schmerztherapie und Symptomkontrolle. Und es gibt eine Rufbereitschaft rund um die Uhr: Tagsüber stehen die Mitarbeiter des Palliativdienstes zur Verfügung, abends und nachts werden die Anrufe auf die palliativmedizinische Station des Malteser-Krankenhauses umgeleitet.

Das Bonner Zentrum für Palliativmedizin hat Pioniercharakter: Bereits 1990 wurde die Palliativstation gegründet. Drei Jahre später nahm der ambulante Palliativdienst seine Arbeit auf. Zum Team des Dienstes gehören vier Krankenschwestern und eine Sozialarbeiterin, die allerdings für das gesamte Zentrum zuständig ist. Aktuell werden 66 Patienten betreut, davon 42 regelmäßig. Zu den restlichen bestehen lose Kontakte. „Die Hausbesuche werden auf die Wünsche und

Bedürfnisse der Patienten abgestimmt“, berichtet Nienhaus. Sie arbeitet seit zwei Jahren für den Palliativdienst und bezeichnet ihre Tätigkeit als „sehr sinnerfüllend“. Sie erinnere sich auch noch an die Zeit, als Sterbende im Krankenhaus ins Badezimmer geschoben wurden. Deshalb identifiziere sie sich mit dem Ansatz der Palliativmedizin, dass man immer etwas für die Patienten tun kann. Wichtig für Nienhaus ist der ganzheitliche Anspruch ihrer Tätigkeit.

Der ambulante Palliativdienst ist mittlerweile in Bonn und Umgebung etabliert. Anfangs jedoch gab es auch Vorbehalte und Unsicherheiten, gerade bei den ansässigen Pflegediensten. „Die haben aber schnell gemerkt, dass wir ergänzend arbeiten“, sagt Kern. Auch die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten funktionierte gut. Erst kürzlich wurde ein Vertrag zu integrierter Versorgung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und drei Krankenkassen abgeschlossen. Ansonsten läuft die Finanzierung unter anderem über das Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in Nordrhein-Westfalen.

Mit der jüngsten Gesundheitsreform wurde im Sozialgesetzbuch der Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung verankert (§ 37 b SGB V). Kern begrüßt diese gesetzliche Neuerung, sieht aber auch Gefahren. Mancherorts könne eine Konkurrenzsituation entstehen, befürchtet sie. Wichtig sei es vor allem, die Hausärzte einzubinden. „Außerdem brauchen wir nicht überall neue Strukturen, sondern wir müssen die bestehenden Versorgungsangebote besser vernetzen.“ ■

Dr. med. Birgit Hibbeler

Heft 37, 12. September 2008

PALLIATIVMEDIZIN

Nationale Charta zur besseren Betreuung Sterbender

Mit einer nationalen Charta wollen Palliativmediziner, die Hospizbewegung und die Bundesärztekammer die Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen verbessern. „In der letzten Lebensphase muss alles getan werden, damit Menschen ohne Schmerzen, selbstbestimmt und in Würde leben können. Nur so wird es auch gelingen, der Debatte um den sogenannten selbstbestimmten Tod und die aktive Sterbehilfe glaubwürdig und überzeugend etwas entgegenzusetzen“, sagte der Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Prof. Dr. med. Christoph Fuchs, bei einer Auftaktveranstaltung zur Entwicklung der Charta.

Die Betreuung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland habe bereits große Fortschritte gemacht. So seien inzwischen 160 Palliativstationen und Hospize sowie ein zunehmend dichter geknüpftes Netz an ambulanten Versorgungseinrichtungen aufgebaut worden. Dennoch würden immer noch viele Betroffene von diesen Angeboten nicht erreicht. Sie litten unter Schmerzen und anderen schweren Symptomen und fühlten sich häufig an ihrem Lebensende alleingelassen. Ziel des Charta-Prozesses sei es deshalb, „die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema zu fördern, für künftige Entwicklungen eine Orientierung zu geben und sich auf gemeinsame Ziele und ein gemeinsames Handeln zu verständigen“, teilten die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, der Deutsche Hospiz- und Palliativverband und die Bundesärztekammer mit. *Kli*

Heft 48, 28. November 2008

STERBEKULTUR IM KRANKENHAUS

Ein würdevoller Abschied

Eine durchgängige Umsetzung der Palliativversorgung sollte strukturell verankert und gelebt werden.



Es gab keinen Protest, als meine Großmutter 1980 wie selbstverständlich ihre letzten Lebenstage im Badezimmer eines Krankenhauses verbrachte. Bei meiner ersten Arztstelle Mitte der 80er-Jahre war es dann immerhin ein Einzelzimmer am Ende des Flurs, wo Menschen (trotz!) laufender Infusion starben – häufig als Ersatz für jedweden menschlichen Beistand. Immerhin wurde ein Morphingetränk in hoher Dosierung eingesetzt, „damit der Betroffene nichts spürt“. Weder Krankenhausmitarbeiter noch Angehörige fühlten sich darüber hinaus zuständig.

Wie konnte es zu dieser beschämenden Fehlentwicklung in einem sich selbst als kulturell hochstehend und zivilisiert bezeichnenden Land mit einem „fortschrittlichen“ Gesundheitssystem kommen? Zum einen haben die millionenfachen Sterbe- und Todeserlebnisse im Zweiten Weltkrieg zu einem Trauma geführt, das ein Überleben nur mit durchgängiger Verdrängung dieser Erlebnisse (und aller aktuell Sterbenden) zuließ. Damit verbunden gingen traditionelle Rituale, die das Sterben und den Tod begreifbarer machen, verloren. Zum anderen hat sich dank medizinischer Entwicklungen mit zuverlässigen und nachhaltigen Behandlungserfolgen ein euphorisches Gefühl der Kontrolle über Krankheiten ausgebildet. Als „Nebenwirkung“ wurde der Tod als Versagen und Misserfolg gedeutet. Damit musste auch das Sterben als Vorstufe zum Tod kollektiv verdrängt werden. Hospiz und Palliativmedizin stellten die Vorstellung einer rational begründeten Beherrschbarkeit von Krankheit infrage.

Die Einrichtung würdevoller Räume

Die meisten Befragten in Deutschland legen ihren Wunschsterbeort nach Hause – gleichzeitig liegt die

Wahrscheinlichkeit, in Deutschland in einem Krankenhaus zu sterben, bei über 50 Prozent. Die Hospiz- und Palliativversorgung verfolgt seit mehr als zwei Jahrzehnten mit teilweise großem Erfolg das Ziel, die Rahmenbedingungen für ein Sterben zu Hause zu verbessern. Trotz dieser erfolgreichen Flächenbewegung wird das Krankenhaus weiterhin ein häufiger Sterbeort in Deutschland bleiben. Die bisherige Betreuung von Sterbenden in Krankenhäusern ist meist noch von zufälligem Bemühen, Unkenntnis, Verdrängung und Zeitdruck gekennzeichnet. Selbst die in einigen Kliniken bereits eingerichteten Palliativstationen und -bereiche ziehen nicht zwangsläufig eine systematische Veränderung der Sterbekultur für alle Patienten der Häuser nach sich.

Der Beitrag gibt Erfahrungen wieder, die auf der Einrichtung eines integrierten Palliativbereichs im Klinikum Salzgitter seit 1994 (fünf Hospizzimmer auf vier Stationen) und auf der Etablierung eines Palliativzentrums im Marienstift Braunschweig seit 2005 (Angliederung einer 6-Betten-Palliativstation an eine Normalstation und je ein Palliativzimmer auf zwei weiteren Stationen) beruhen. Zunächst sollten würdevolle Räume eingerichtet werden. Wir haben uns für Einzelzimmer für die Betroffenen entschieden. Würde bezieht sich aber nicht nur auf die materielle Struktur, sondern vielmehr auf die Atmosphäre des Raums, die den Kranken in seiner letzten Lebensphase bedürfnisorientiert umhüllt. Jede (innere) Station hat mindestens ein Palliativzimmer erhalten. Damit soll eine durchgängige Umsetzung der Palliativversorgung verankert und gelebt werden. Die Raumausstattung dieser Palliativzimmer unterscheidet sich in einigen Aspekten von „normalen“ Krankenzimmern, indem jeweils eine Bettcouch und ein bequ-

mer Polstersessel mit Stehlampe hinzugefügt wurden. Die Krankenbetten und der Nachttisch sind zum Teil aus Holz gefertigt.

In die Palliativzimmer werden schwer kranke symptomatische Patienten mit einer begrenzten Lebenserwartung, Sterbende sowie Patienten mit Beschwerden zur Einstellung auf eine palliative Behandlung (zum Beispiel Tumorkranke in einem relativ stabilen Zustand) aufgenommen. Das Zimmer kann aber auch für Kranke genutzt werden, die eine intensive Betreuung durch Angehörige erfahren. Idealerweise sind sowohl Patienten als auch Angehörige über den Stand der Erkrankung aufgeklärt und über die Ziele der Hospizidee und Palliativmedizin informiert. Zumindest werden alle Betroffenen gefragt, ob sie mit der Verlegung in ein Einzelzimmer einverstanden sind.

Da sich sowohl die Erkrankten als auch die Angehörigen zeitweise zurückziehen möchten, wurde ein Aufenthaltsraum der Station umgestaltet. So ist ein sogenanntes Rückzugszimmer mit Schlafsofa, Sessel, Couchtisch und Schrank entstanden, das auch Angehörigengesprächen dient. Bereits die Einrichtung mit Bettcouch spricht eine ausdrückliche Einladung an die Familie zur Begleitung rund um die Uhr aus. Mahlzeiten werden unentgeltlich angeboten. Damit lehnt sich das Konzept an das „Rooming-in“ der Geburtshilfe und Pädiatrie an. Je nach Fähigkeiten werden die Angehörigen in Pflegemaßnahmen einbezogen. Nach Eintritt des Todes können sich Familie und Bekannte ohne zeitliche Begrenzung verabschieden.

Un erwartet Verstorbene aus einem Mehrbettzimmer oder der Intensivstation können in das sogenannte Abschiedszimmer verlegt werden, wo durch eine entsprechende Einrichtung mit Bildern, Pflanzen und dezenter Beleuchtung eine besinnliche Atmosphäre geschaffen wurde. Dort sind Abschiednehmen und Aussegnung möglich. Da der nicht vorhergesehene Tod in einem Mehrbettzimmer selten eintritt, dient das Abschiedszimmer auch als Besprechungszimmer. Diese Multifunktionalität entspricht wie auch bei den Palliativ- und Rückzugszimmern ei-

ner bewusst gewählten konzeptionellen Durchlässigkeit. Seelsorger leisten neben einem regelmäßigen Gesprächs- und Begleitangebot einen Bereitschaftsdienst. Jeder Angehörige eines im Krankenhaus Verstorbenen wird zu einem „nachgehenden“ Gespräch und außerdem zu einem gemeinsamen Abschiedsgottesdienst eingeladen. Hospizhelfer werden bei alleinstehenden Schwerkranken oder auf Wunsch beziehungsweise mit Einverständnis von Angehörigen in Kooperation mit dem örtlichen Hospizverein vermittelt. Ehrenamtliche übernehmen auch die Begleitung zu Hause nach der Entlassung, wobei das erste Kennenlernen idealerweise schon in der Klinik stattfindet. Palliativverfahren Pflegende und Ärzte stehen mit ihren Kenntnissen für jeden Betroffenen auch außerhalb der Palliativstation beziehungsweise des Palliativzimmers zur Verfügung. Eine exklusive Insellösung soll verhindert werden. Als weiterer Nebeneffekt werden auch „normale“ Patienten nach den gleichen Regeln der Symptomenkontrolle behandelt. Menschen in ihrer geschwächten Lebensphase sind ganz besonders auf eine gute Kommunikation zwischen den ambulant-stationären Versorgungsstrukturen angewiesen. Neben einer Sozialarbeiterin und „Überleitungsschwester“ stehen die Mitglieder eines ambulanten Palliativpflegedienstes zur Seite, um Art und Ausmaß der weiteren Versorgung abzusprechen, vorzubereiten und je nach Bedarf zu übernehmen.

Die schwierigste Aufgabe bezieht sich auf die Haltungsänderung der Mitarbeiter. Mindestens ein Arzt oder eine Ärztin sowie ein Pfleger oder eine Pflegerin haben eine Zusatzausbildung mit dem Abschluss „Palliativmedizin“ beziehungsweise „palliative care“ absolviert. Die gemeinsame Vorbereitungsphase zum Thema Tod und Sterben aller Stationsmitglieder einschließlich Seelsorgerin umfasste neun Treffen à 1,5 Stunden im monatlichen Abstand und ist inhaltlich an einen Kurs für Hospizhelfer angelehnt. Formal handelte es sich um Dienstbesprechungen mit verpflichtendem Charakter unter der Leitung beziehungsweise Moderation des palliativmedizini-

schen Arztes. Nach Abschluss der Vorbereitung finden regelmäßig und verpflichtend themenbezogene Stationsbesprechungen und Supervisionen statt. Die Reflexion im geschützten Kreis dient dem Lerneffekt und der emotionalen Stabilisierung.

Das Konzept kann bei der Entwicklung des Projekts „Sterbekultur im Krankenhaus“ Unterstützung bieten: Der entscheidende erste Schritt besteht in der Motivation und Initiative zu diesem Projekt, muss er doch alle gängigen Tabus durchbrechen. Außerdem benötigt man die Bereitschaft, sich organisatorisch und menschlich auf die Versorgung von Schwerkranken, Sterbenden und ihren Angehörigen vorzubereiten. Auch die Bereitstellung und Ausstattung von Räumen, Qualifizierungsmaßnahmen in der Palliativmedizin für einzelne Mitarbeiter sowie Begleitung der Mitarbeiter durch regelmäßige Besprechungen und Supervision sind erforderlich. Und schließlich ist Geduld angebracht, weil sich menschliche Haltung nur in einem längeren Prozess verändert.

Respektvolle und mitfühlende Kommunikation

Die Erfahrungen zeigen eine zunehmende Wahrnehmung für die Bedürfnisse von Schwerkranken. Die Betroffenen wirken zufrieden. Angehörige sind häufig trotz Belastung und Abschiedsschmerz dankbar für die An- und Aufnahme. Die betreuenden Mitarbeiter berichten über eine höhere Arbeitszufriedenheit. Sterbende „erziehen“ zu einer allgemein respektvollen und mitfühlenden Kommunikation.

Ausblick: Die Einrichtung einer Palliativstation beziehungsweise einzelner Zimmer reicht für die Implementierung einer Sterbekultur im Krankenhaus nicht aus, sondern bildet eine Basis, von der aus die Versorgung aller Betroffenen organisiert werden muss. Die nachhaltige Reflexion über Möglichkeiten und Grenzen der Medizin auf das Leid eines jeden einzigartig betroffenen Menschen führt zu einer von Bescheidenheit und Demut geprägten Haltung. ■

*Dr. med. Rainer Prönneke
Marienstift Braunschweig
Helmstedter Straße 35, 38102 Braunschweig*

Palliativmedizin als Alternative

Gisela Klinkhammer

Viele Ärzte in Deutschland sind überraschend dafür, unheilbar kranke, leidende Patienten beim Suizid zu unterstützen oder auf ihren Wunsch hin deren Leben beenden zu dürfen. Das geht aus einer im Auftrag des „Spiegels“ erstellten Studie hervor, für die 483 Ärzte, die als Klinikfacharzt oder Hausarzt regelmäßig Schwerstkranke behandeln, vom Meinungsforschungsinstitut TNS Healthcare befragt wurden. Danach würde rund ein Drittel (35 Prozent) eine Regelung befürworten, die es Ärzten ermöglicht, Patienten mit schwerer, unheilbarer Krankheit beim Suizid zu unterstützen. Jeder sechste Arzt (16,4 Prozent) spricht sich für aktive Euthanasie aus, fast jeder fünfte gab an, bereits ein- oder mehrmals von Suizidbeihilfefällen erfahren zu haben. Fast 40 Prozent der Befragten können sich vorstellen, Patienten bei der Selbsttötung zu assistieren. Für die aktive Sterbehilfe bejahten dies immerhin noch 16 Prozent.

„Der Wunsch wird sehr selten an Ärzte herangetragen, weil die Menschen wissen, dass wir das nicht dürfen. Es wäre auch schlimm, wenn wir das machen würden; das sagen Ärzte in Deutschland einhellig und in riesiger Geschlossenheit“, meinte dazu der Präsident der Bundesärztekam-

mer (BÄK), Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe. Zustimmung bekam er für diese Ansicht auch von den beiden großen Kirchen in Deutschland. In einem gemeinsamen Gespräch waren sich BÄK, Vertreter der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) und der Deutschen Bischofskonferenz darin einig, dass eine Mitwirkung von Ärzten bei der Selbsttötung dem ärztlichen Ethos widerspreche und nicht zu rechtfertigen sei.

Die regelmäßig aufkeimende Debatte um die Zulässigkeit des ärztlich assistierten Suizids hat sicher mehrere Gründe. „Manchmal habe ich den Eindruck: Wo es früher noch um das Heil der Seele ging, geht es heute nur noch um den heilen Körper“, betonte der Ratsvorsitzende der EKD, Bischof Wolfgang Huber, anlässlich der Woche des Lebens. „Unsere Großeltern hofften auf die Erlösung; wir hoffen nur noch auf Gesundheit. Wenn das nicht klappt, fordert man ein schnelles Ende. Denn ein beschädigtes Leben gilt nicht mehr als sinnvoll. Ärzte sehen sich vor die Erwartung gestellt, ihre Patienten von Krankheit und Leiden zu erlösen“, vermutete Huber. Auch wenn die Betreuung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland schon große Fortschritte gemacht

hat, so ist das Ergebnis der Umfrage wohl nicht zuletzt auch damit zu erklären, dass die palliativmedizinische Versorgung noch längst nicht den Standard erreicht hat, der nötig und umsetzbar wäre. Im Vergleich zu anderen Ländern sei Deutschland in der Palliativversorgung noch unterdurchschnittlich, betonte Prof. Dr. med. Raymond Voltz, Köln, Mitte November beim 70. Aachener Hospizgespräch. So hapert es nach wie vor an der Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Offenbar um Kosten zu sparen, zögern die Krankenkassen die Vertragsverhandlungen mit potenziellen Leistungserbringern hinaus.

Wichtig wäre es außerdem, die Palliativmedizin fest in die Lehrpläne des Medizinstudiums zu etablieren. Denn, so eine frühere Untersuchung, je geringer die medizinischen und ethischen Kenntnisse zur Leidenslinderung sind, desto eher befürworten Ärzte eine aktive Euthanasie. Doch nur wenn Menschen schmerzlos und in Würde sterben können, kann es auch gelingen, der Debatte um die aktive Sterbehilfe und die ärztliche Beihilfe zum Suizid glaubwürdig und überzeugend etwas entgegenzusetzen.