

Palliative medizinische Versorgung Schwerstkranker in der Klinik

Hintergrund und Definitionen

Insbesondere seit der Mitte des 19. Jahrhunderts hat die Medizin große Fortschritte gemacht. Im ärztlichen Handeln hat dies zu einer Fokussierung auf die Krankheit (weg vom Kranken), auf die Machbarkeit (weg von der Begleitung in der Schicksalhafterkeit) geführt. Tod und Leiden werden ärztlicherseits gerade im Krankenhaus oft als Versagen erlebt. Alte Traditionslinien der Versorgung Sterbender zum Beispiel in den Pilger-Hospizern des Mittelalters sind versandet. Eine erneute Auseinandersetzung mit dem Sterben als Thema der Medizin und Psychologie ist in Europa im wesentlichen seit den 1960er Jahren zu verzeichnen. Die richtungsweisenden Arbeiten der britischen Ärztin Dame C. Saunders (vor allem Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Hospiz-Gründung) und der aus der Schweiz stammenden Amerikanerin E.Kübler-Ross (Interviews mit Sterbenden, Aspekte der Kommunikation und Gesprächsführung) haben zu einer neuen Sensibilisierung in diesen Fragen, zur Entwicklung der Palliativmedizin geführt.

Der Begriff palliativ leitet sich vom lateinischen Wort für Mantel, „Pallium“ ab, ein Mantel, der die Kranken und ihre Angehörigen ganzheitlich „umhüllt“, indem er aus einer Hand effektive Schmerztherapie, Linderung der Symptome, die palliative Pflege sowie eine professionelle psychosoziale/seelsorgerliche Begleitung anbietet.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und verschiedene Fachgruppen haben unterschiedliche Definitionen hierfür vorgelegt. Die WHO

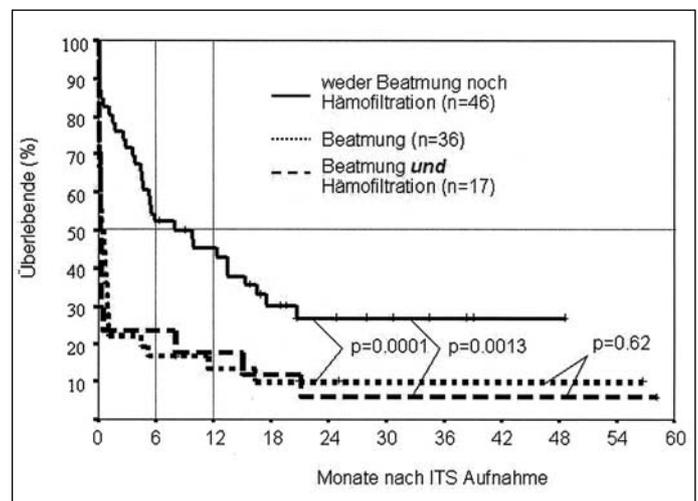
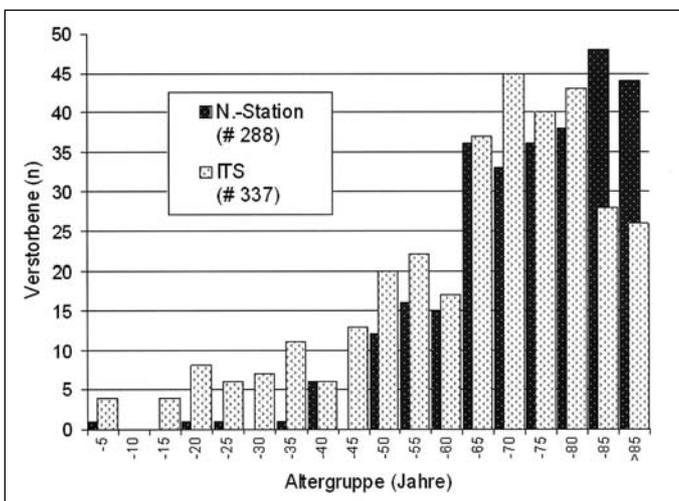
subsummierte in einer früheren Version unter Palliativmedizin die „aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf kurative Behandlung anspricht“. Die neuere, von der WHO im Jahr 2002 geprägte Definition¹ sieht „Palliative Care“ als einen „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen – und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“

Drei Veränderungen in der neuen Definition sind bemerkenswert: Erstens geht der Begriff „palliative care“ weit über das rein medizinische „Pflegen“ und „Behandeln“ hinaus. Care hat im Englischen weitere Konnotationen wie Sorge, Umsicht, Bedacht, Achtsamkeit, Fürsorge, Sorgfalt, Obhut. Die lateinische Wurzel (carus = wertvoll, lieb, teuer) zeigt die sprachliche Verbindung zu weiteren Begriffen wie Caritas, charity = Nächstenliebe oder engl. caress = Zärtlichkeit² auf, die für den englischen Muttersprachler in der Bedeutung mehr mitschwingen mögen als eine deutsche Übersetzung im Sinne von „Palliativ-Betreuung“ übertragen kann. In jedem Fall ist „care“ mehr als „Medizin“ und schließt pflegerische und ggf. seelsorgerische Betreuung ein. Zweitens wird in der Neufassung auf das Kriterium

des Nichtansprechens zugunsten der Kategorie „lebensbedrohliche Erkrankung“ verzichtet, was die Definition natürlich sehr weit fasst. Überspitzt formuliert könnte man hieraus vorschnell ableiten, dass zum Beispiel im Sinne der WHO in Zukunft ein Patient mit Polytrauma durch einen Palliativmediziner versorgt werden solle. Doch die Definition ist genauer: es ist nicht „der“ Ansatz sondern „ein Ansatz“ zur Therapie. Progressiv verstanden darf die Definition auch für Akutkranke in lebensbedrohlichen Situationen herangezogen werden, die von einer ganzheitlicheren Betrachtung der Situation, der Einbeziehung der Familien und von der Beachtung spiritueller Probleme in Ergänzung zur spezifischen Therapie der Partikularprobleme ebenfalls profitieren dürften. Der dritte Unterschied kann darin gesehen werden, dass in der Neufassung die Definition durch die Verwendung der Begriffe „Vorbeugen“ bzw. „frühzeitiges Erkennen“ sozusagen vorausschauender geworden ist.

Konkurrenz der „Apparatemedizin“?

Intuitiv wird man gerade ein Krankenhaus der Maximalversorgung als Kontrast zur Atmosphäre der institutionalisierten Palliativbetreuung, der Palliativstation empfinden. Vorstellungen eines seelenlos kalten, reduktionistischen Betriebes voller Apparate und mit ständig wechselnden Bezugspersonen mögen das Bild bestimmen. Patienteneinstellungen in dieser Frage sind sicher ambivalent, man möchte die Vorteile Maximalversorgung mitnehmen, keinesfalls „zu früh aufgeben“ aber auch „nicht an Apparaten, Schläuchen hän-



gen“. Ein Blick in die Statistik des Universitätsklinikums Dresden (2004) zeigt, dass von 625 verstorbenen Patienten³ in etwa die Hälfte auf einer Intensivstation verstorben sind. Dabei sind erwartungsgemäß die jüngeren Lebensaltersgruppen überrepräsentiert, erst in der Gruppe >80 Jahre erlebt ein höherer Anteil seine letzten Tage auf einer Normalstation (Abbildung 1). Ein zweiter auffälliger Gesichtspunkt ist, dass ein relativ hoher Anteil der Todesfälle bereits sehr kurz nach Aufnahme liegt, was sicher in schweren Akuterkrankungen und Unfällen begründet ist.

Der hohe Anteil des Sterbens auf der ITS im Umfeld der „Apparatemedizin“ sagt noch nichts über die Qualität der Begleitung und darf nicht vorschnell kritisiert werden. In der Rückschau ist auch kaum zu erfassen, in welchem Umfang schon nicht mehr zu erwarten war, dass eine Krankheit „nicht mehr auf die Behandlung anspricht“ (im Sinne der oben genannten Definition). Dies sei an einer Studie aus dem Universitätsklinikum Dresden veranschaulicht (F.Kroschinsky, M.Weise, T.Illmer et al., 2002). Retrospektiv wurden die Verläufe von allen Patienten analysiert, die mit einer malignen hämatologischen Erkrankung (Leukämien, Lymphome unter Chemotherapie) auf eine Intensivstation verlegt werden mussten. Selbst in der prognostisch ungünstigsten Gruppe der beatmeten Patienten gibt es 10 Prozent langfristige Überlebende. Der Preis ist allerdings, dass rund 75 Prozent der Patienten mit dieser Konstellation auf der ITS versterben, weitere 15 Prozent in den nachfolgenden ~18 Monaten (Abbildung 2). Ist das Apparatemedizin? Hätte die Chance von 10 Prozent nicht wahrgenommen werden sollen? Müssten Patienten mit konkreten Zahlenangaben in diese Entscheidung involviert werden? Mitgenommen werden muss in jedem Fall, dass die Entscheidung über eine Indikation zur Intensivtherapie immer wieder kritisch evaluiert werden muss.

Palliativmedizin als Fachgebiet ist erwachsen aus der Unzufriedenheit, wie Sterbende begleitet und betreut werden. Die Unzufriedenheit lässt sich vor allem in drei Bereichen festmachen (a) unzureichende Symptomkontrolle, vor allem unzureichende Schmerztherapie (b) unzureichende Kommunikation, zu wenig Einbeziehung der Angehörigen (c) unzureichende Beachtung von Bedürfnissen jenseits der medizinisch/pflegerischen Betreuung (religiös, spirituell, künstlerisch, philosophisch.....).

Ein Beispiel

Dies ist auch an einer Klinik der Maximalversorgung zu leisten und soll an einer konkreten Krankengeschichte illustriert werden: Peter Schmidt⁴, verstarb im April 2003 auf einer Station der Inneren Klinik des Universitätsklinikums. Acht Tage zuvor war er dyspnoisch mit beidseitigen Pleuraergüssen und Aszites aufgenommen worden. Weitgehende Symptomkontrolle wurde durch entsprechende Punktionen und Optimierung der Schmerztherapie (Kombination Fentanylpflaster + Metamizol, Anordnung für Durchbruchschmerzen) erzielt. Ätiologisch lag ein metastasierter GI-Tumor vor, der Patient war durch einen wenige Wochen zurückliegenden Aufenthalt bereits bekannt.

Etwa ein Jahr zuvor war der abdominale Tumor primär inoperabel gewesen, es bestand eine eher vage Chance, durch eine neoadjuvante Chemotherapie noch eine kurative Zielsetzung zu begründen, eine Hoffnung, die den Patienten jedoch weit über alle Wahrscheinlichkeit hinaus erfüllte. Unter Therapie trat über Monate keine nennenswerte Remission auf, Schmerzen nahmen zu und wurden mit transdermalem Fentanyl behandelt. Bei zunehmender Obstruktion wurde drei Monate zuvor eine Gastroenterostomie angelegt, eine parenterale Langzeiternährung begonnen. Versuche, die Chemotherapie zu pausieren, waren mit verstärkten enteralen Blutungen und Anämie assoziiert. Bei rasch nachlaufenden Pleuraergüssen konnte im Vorfeld keine befriedigende Pleurodese erzielt werden. In den vorausgegangenen Wochen war eine zunehmende medizinische und pflegerische Versorgung hausärztlicherseits organisiert, die weitere Chemotherapie am Uniklinikum durchgeführt worden.

Nach stationärer Aufnahme fanden Gespräche mit Patient und Angehörigen über das nahende Ende statt. In einem Einzelzimmer bestand die Möglichkeit zu Besuchen rund um die Uhr, zum mit Übernachten. Der Patient legte großen Wert darauf, den Informationsfluss an die Angehörigen zu kontrollieren, von Seiten der Angehörigen war zum Teil entgegengesetzt gewünscht, ihm nicht mehr alles unangenehme an Befunden mitzuteilen. Eine Tochter bemühte sich um eine Übernahme in eine Palliativstation, der Patient lehnte ab, er wünschte keine neuen Bezugspersonen. Nicht alle Konflikte waren lösbar. Das prinzipielle Ende vor Augen, wurde mit dem Patienten besprochen, dass natürlich auch Pleura-

punktionen sein Leben und damit sein Leiden verlängern, er wünschte dies in den ersten Tagen trotzdem explizit. Auch auf Nachfragen war ihm religiöser Beistand kein dringendes Bedürfnis. Obwohl er früher vage den Wunsch geäußert hatte, zu Hause zu sterben, war ihm in dieser konkreten Situation die Verfügbarkeit kompetenter Hilfe per Klingel-Knopfdruck wichtiger, er wollte im Krankenhaus bleiben.

Festlegungen für den Fall weiterer Verschlechterung: keine Reanimation

Erfahrenen Ärzten ist klar, dass in dieser präterminalen Phase die Anwendung intensivtherapeutischer Maßnahmen nicht indiziert ist. Entsprechend dieser Einschätzung erfolgte am dritten Krankenhaustag der Eintrag „im Falle einer akuten Verschlechterung rein supportive Maßnahmen, keine Reanimation indiziert [Datum, Unterschrift]“. Diese Festlegung erfolgte ohne explizite Diskussion mit Patient oder Angehörigen, der Patient wurde lediglich in sehr allgemeinen Worten darüber informiert, dass er von den spezifischen Möglichkeiten einer Intensivstation keinen zusätzlichen Nutzen hätte. Die Rechtmäßigkeit einer solchen Festlegung ohne ausdrücklichen Wunsch des Patienten ist in der Vergangenheit juristisch in Frage gestellt worden (H.J. Rieger, 1999). Gleichzeitig muss darauf hingewiesen werden, dass sich in der jüngeren Literatur viele Stimmen äußern, die klar auch die psychischen Belastungen sehen (L.Fallowfield, 2001), die sich für die Patienten ergeben, wenn sie sozusagen überredet werden sollen, auf eine Intensivtherapie zu „verzichten“, die eigentlich ohnehin keiner anbieten will (und die nicht indiziert ist). Leslie Fallowfield schreibt sehr impulsiv, dass die „Lehnstuhlethiker“, die solche Gespräche unter Berufung auf die Patientenautonomie für notwendig erachten würden, diese doch bitte einmal selbst versuchen sollten. Auch im ansonsten heftig umstrittenen Beschluss des Bundesgerichtshofes vom 17. März 2003 (XII ZB 2/03) wird in völlig klarer Weise festge-

¹ <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

² Auch der Familienname Carl-Gustav Carus, dem Namensgeber der Dresdener Medizinischen Fakultät dürfte auf diesen Stamm zurückgehen.

³ ohne Todesfälle bei Früh- und Neugeborenen

⁴ Name geändert

stellt, dass das Mitspracherecht von Patient (bzw. Betreuer) erst dort einsetzt, wo eine Therapie ärztlicherseits angeboten wird. Das Gericht präzisiert dabei den Begriff der „nicht angebotenen Therapie“ im Nachsatz „...sei es, dass sie von vornherein medizinisch nicht indiziert, nicht mehr sinnvoll oder aus sonstigen Gründen nicht möglich ist.“ Leider ist diese Argumentationslinie seitens der Ärzteschaft bisher nicht aktiv aufgegriffen worden. In dem vorgeschilderten Fall und ähnlichen Situationen halten wir eine oberärztliche Festlegung eines Verzichtes auf Intensivtherapie und Reanimationsmaßnahmen für klar geboten. Dieser Verzicht ist sowohl im Interesse des Patienten als auch im Interesse etwa von Mitarbeitern im Nachtdienst, die in einer medizinisch kritischen Situation einer schnellen Orientierung bedürfen.

Am 6. Tag des Aufenthaltes wurde nochmals ausführlich das weitere Vorgehen besprochen, wobei Herr Schmidt inzwischen einer Konzentration auf rein supportive Maßnahmen zustimmte. Es wurden keine weiteren Pleurapunktionen durchgeführt, Antibiotika, Heparin und andere Medikamente abgesetzt. Bei weiterer Verschlechterung der Gesamtsituation und Dyspnoe wurde am 7. Tag eine Analosedierung mit Morphinferfusor begonnen, der Patient entschlief schmerzfrei in den Morgenstunden des folgenden Tages.

Es ist zu hoffen, dass dieser Patient und seine Angehörigen dies als angemessene palliative Versorgung erlebt haben. Je nach Definition begann „palliative care“ hier schon Monate vorher, im Grunde schon bei Diagnosestellung. Ein zentrales Problem ist, für die jeweilige Krankheitsphase die Zielvorgabe klar zu formulieren und den Mitbetreuenden zu vermitteln. Dies wird üblicherweise als der Übergang von „kurativer“ auf die palliative Zielsetzung problematisiert. Diese Kontrastierung ist in einem hohen Prozentsatz der onkologischen Patienten unzutreffend, da primär keine wirklich kurative Option besteht. Präziser könnte man in solchen Situationen von „Tumorkontrolle“ versus „Symptomkontrolle“ sprechen. Dieser Kontrast tritt auf einer Normalstation stärker zu Tage als auf einer Palliativstation, da bei Übernahme auf eine Palliativstation in aller Regel der Rückzug aus einer aktiven Behandlungsphase des Tumors zumindest begonnen hat. Auf einer Normalstation muss im Extremfall zwischen zwei Betten im selben Zimmer dieser Intensionswechsel vollzogen werden, etwa

wenn bei einem Patienten mit weit fortgeschrittener Erkrankung der diagnostische Reflex eines CTs mangels therapeutischer Konsequenz unterdrückt werden muss, ein CT, das jedoch bei ähnlicher Symptomatik des Bettnachbarn klar indiziert wäre. Fingerspitzengefühl ist gefordert, damit dieser Verzicht von Patienten und Pflegepersonal nicht als Botschaft des Desinteresses und Verlassenseins interpretiert wird.

Gesprächsführung:

Ein zentrales Anliegen der Palliativmedizin ist die angemessene Kommunikation mit dem Patienten. Das Wort Guy de Maupassants „Wirklich Angst hat man nur vor dem, was man nicht versteht“ kann man dabei für beide Gesprächspartner in Anspruch nehmen. Ärzte fürchten Gespräche unangenehmen Inhalts, weil sie zum Teil ungenügend darauf vorbereitet sind. Patienten tragen vermeidbare Ängste mit sich herum, weil entsprechende Gespräche, die Verständnis für Abläufe schaffen könnten, nur unzureichend geführt werden. Kein Lehrtext kann die Erfahrung eines guten Kommunikationstrainings ersetzen, trotzdem sind auch mit einfachen Mitteln Verbesserungen erzielbar. In den USA wurde vor einiger Zeit ein Ansatz propagiert (zum Beispiel W.F.Baile, R.Buckman, R.Lenzi et al., 2000), der sechs relevante Dimensionen eines Gesprächs zu Vermittlung unangenehmer Inhalte mit dem Akronym SPIKES verknüpfte. Dabei steht S für Setting, P für Perception, die weiteren Buchstaben für Invitation, Knowledge, Empathy (Emotion),

Summary. Tabelle 1 versucht in Kürze zu vermitteln, was damit gemeint ist. Kontrolliert man diese sechs Dimensionen, reflektiert man sie (zumindest gelegentlich) nach einem Gespräch, wird sich der Kommunikationsstil verbessern.

Wenn weitergehende psychoonkologische Probleme in der Kommunikation und Krankheitsbewältigung auftreten, besteht am Universitätsklinikum die Möglichkeit, auf Hilfe aus drei Fachgebieten zurückzugreifen (Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Medizinische Psychologie und Psychiatrie). So betreut zum Beispiel die Klinik für Psychosomatik pro Jahr ca. 150 stationäre Patienten mit malignen Erkrankungen konsiliarisch mit. Das Spektrum der Hilfe reicht von der Unterstützung des primär behandelnden Arztes in der Diagnostik bis zu Krisenintervention, supportiven Gesprächen, Trauer- und Sterbebegleitung, Entspannungs- und imaginativen Verfahren, Angehörigenunterstützung und anderes mehr.

Pflegende und Ärzte müssen in all diesen Situationen auch sensibel auf spirituell-religiöse Bedürfnisse der Patienten reagieren, um so mehr, je größer die wahrgenommene Bedrohung, je wahrscheinlicher das nahende Ende wird. Die Art der Lektüre auf dem Nachttisch kann ein erster Hinweis sein. Da eine religiöse Bindung in jüngeren Generationen oft weniger stark ausgeprägt ist, fehlt möglicherweise manchem jüngeren Mitarbeiter die Wahrnehmung dieser Dimension der Krankheitsauseinandersetzung bei älteren Patienten. Die Beteiligung der Klinikseel-

	Wichtige Faktoren des gelingenden Gesprächs	Typische Fehlermöglichkeiten
Setting	<ul style="list-style-type: none"> • geeignete Umgebung • möglichst "private" Atmosphäre • auf Augenhöhe 	<ul style="list-style-type: none"> • - auf dem Flur angesprochen - von oben herab - Auswahl der Mithörer
Perception	<p>Wahrnehmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • was der Patient weiß • wie es interpretiert wird • was er verstehen kann 	<ul style="list-style-type: none"> • Konsiliartätigkeit: Patienten, die man nicht gut kennt • Einschränkungen durch Fieber, Medikamente • kognitive Störungen, z.B. Patienten mit dementiellen Erkrankungen im Frühstadium
Invitation	<p>Einladung zur Aufklärung</p> <ul style="list-style-type: none"> • will der Patient wirklich wissen? • kein Wissen aufdrängen (?) 	<ul style="list-style-type: none"> • wiederholte Mitteilung bei aktivem Verdrängungsprozess
Knowledge	<p>Vermitteln der Fakten</p> <ul style="list-style-type: none"> • in Portionen • Verständnis erfragen 	<ul style="list-style-type: none"> • zuviel „Fachchinesisch“ • zuwenig „Begriffe“ => zuwenig „begreifen“ => „in den Griff bekommen“
Empathy	<ul style="list-style-type: none"> • Gefühlsregung zu zeigen darf (auf beiden Seiten) nicht als Schwäche verstanden werden 	<ul style="list-style-type: none"> • zu gefühllos • zu emotional
Summary	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenfassung der in beiden Richtungen geflossenen Information 	<ul style="list-style-type: none"> • zu wenig Bezug zum Patienten

modifiziert nach Baile (2000)

sorge kann in der Begleitung von Sterbenden eine große Hilfe, für tief religiöse Patienten eine *conditio sine qua non* sein. Wichtig ist auch hier der vertrauensvolle Austausch zwischen den an der Betreuung beteiligten.

In unmittelbarer Todesnähe gewinnen neben den obligaten Anamnesefragen zur Symptomkontrolle (Schmerzen, Luftnot, Durst etc.) oft biografische Inhalte an Bedeutung. Sterbende reflektieren über ihr Leben, gehen einzelne Abschnitte durch, manchmal im Sinne einer einfachen freudigen oder traurigen Erinnerung, manchmal im Sinne einer Konfliktbearbeitung. Angehörige sind hier von größerer Wichtigkeit als Ärzte und Pflegepersonal, doch schon eine geringe Einbeziehung in diesen Prozess kann das Gefühl von Geborgenheit und Vertrauen stärken. Bereits in dieser Phase beginnt eine gesteigerte Verantwortung

des medizinischen Teams, auch für die Kommunikation mit den Angehörigen und deren Unterstützung in der Trauer. Die Verarbeitung kann unterschiedlichste Formen annehmen, gelegentlich entstehen auch Situationen in denen der Sterbende vom Aktionismus oder der Trauer der Angehörigen überrollt wird und aktiv Ruhezeiten (für beide Seiten) eingefordert werden müssen.

Problematische Beispiele für Kommunikation in diesen Situationen gibt es viele. Hier soll eine Szene aus einem Schreiben zitiert werden, in dem sich eine Ehefrau eines Verstorbenen für die lange Betreuung bedankte, aber ausdrücklich das Trauma der Todesstunde wie folgt schildert: „Als mein Mann gerade verstorben war, wurde mir kein Beileid vom Arzt gewünscht, sondern der sagte nur: „nebenan liegt eine 19-jährige, der droht das gleiche

wie Ihrem Mann.“ Da kann man einfach vor Entsetzen keine Antwort geben....“

Hier traf akute Trauer auf Burn-Out. Man könnte fast sagen: zwei leidende Menschen konnten sich nicht helfen. Hätte der Arzt seine eigene Stimmung reflektiert, hätte er sagen können: „es ist furchtbar, wenn man machtlos dem Sterben eines Menschen zusehen muss.“ Hätte er die Stimmung der Frau reflektiert, hätte er ergänzen können „Wenn man so lange mit ihm durchs Leben gegangen ist, muss es ja noch viel schlimmer sein“. Einfache sachliche affirmative Äußerungen „Sie werden jetzt viel Kraft brauchen“, „Jetzt müssen sie für das Kind den Vater ersetzen“ helfen, das unsagbare in Worte zu fassen. Der erwartbare Dank für diese Beistandsgeste würde vielleicht auch dem Arzt helfen, mit seinem Burn-Out besser klarzukommen. Der

Verweis auf das Leiden anderer taugt in einer Extremsituation nur selten als Trost.

Symptomkontrolle:

Beispiel Schmerztherapie

In verschiedenen Medien wurde kürzlich eine Emnid-Untersuchung von Januar 2005 zitiert, nach der bei einer Befragung von 407 Tumorpatienten und deren Angehörigen bei einem Drittel aller Tumorpatienten Schmerzen nicht ausreichend gelindert gewesen seien. Sind diese Zahlen schlecht? Eine ähnliche, wissenschaftlich weit akribischere Untersuchung aus den USA aus dem Jahre 2001 (S.C.Weiss, L.L.Emanuel, D.L.Fairclough et al., 2001) befragte 988 terminal kranke Patienten (darunter 51 Prozent mit Krebserkrankungen) zu ihrer Haltung hinsichtlich der eigenen Schmerzmedikation. Hier berichtete die Hälfte der Patienten über moderate oder schwere Schmerzen, jedoch wollten 54 Prozent der Betroffenen keine zusätzlich Schmerzmedikation. Die angegebenen Gründe waren (bei Tumorpatienten): Furcht vor Abhängigkeit („addiction“) 37 Prozent, Furcht vor physischen Nebenwirkungen 33 Prozent, Furcht vor psychischen („mental“) Nebenwirkungen 34 Prozent, Furcht vor Pillen und Injektionen 29 Prozent. Während das Argument der Abhängigkeit sicher auszuräumen ist, gibt es doch Gründe genug, warum auch in enger Abstimmung mit dem Patienten ein gewisses Maß an residuellen Schmerzen durch einen hohen Prozentsatz von Patienten akzeptiert wird. Der oben geschilderte Patient war ebenfalls nicht in jeder Situation schmerzfrei, modifizierte in eigener Regie Dosierungen aus den oben genannten Gründen auch nach unten. In seinem Fall mag auch eine Rolle gespielt haben, dass er sich durch Schmerzfreiheit nicht einlullen lassen wollte. Er wollte gewissermaßen immer wieder austarieren, ob sich an seinem Zustand etwas verändert habe, den (leichten) Schmerz als Sinnesorgan zur Wahrnehmung der Bedrohung erhalten. In schwierigen Situationen steht am Uniklinikum ein Schmerzdienst der Anästhesie zur Verfügung, der im Jahr unter anderem etwa 350 Konsile bei stationären Patienten durchführt (nicht ausschließlich terminale Krankheitssituationen), was im dargestellten Fall jedoch nicht erforderlich war. Insgesamt scheint sich die Versorgung der Patienten mit

potenten Schmerzmitteln in den letzten Jahrzehnten deutlich verbessert zu haben, als Beleg hierfür berichtet zum Beispiel die ZEIT vor kurzem, dass der Morphium-Verbrauch in Deutschland seit 1985 um mehr als das 20fache gewachsen ist (H.Faller, 2004).

Die Beispiele illustrieren, dass an einer Klinik der Maximalversorgung die palliativmedizinischen Sachkompetenzen der Onkologie, der Psycho-Onkologie, Schmerztherapie und andere mehr vorhanden sind. Die Verteilung auf sehr unterschiedliche Personen und Institutionen sowie die im neuen DRG-Vergütungssystem gewollte Minimierung der Liegezeiten macht die Koordination dieser Sachkompetenzen sowie die Erkennbarkeit einer klaren Bezugsperson aus Sicht des Patienten zu einer schwierigen, aber letztlich doch lösbaren Aufgabe.

Integration in die Ausbildung:

Wo immer Defizite erkannt werden entsteht der Ruf nach institutionalisierten Veränderungen. Leider haben multiple berechtigte Verbesserungswünsche zu einem hohen Grad an Reglementierung des Medizinstudiums geführt. Da „palliative care“ in hohem Maße von Motivation und Engagement lebt, muss in der weiteren Entwicklung kritisch hinterfragt werden, ob Pflichtcurricula für Palliativmedizin als völlig eigenständiges Fach ein Schritt in die richtige Richtung sind.

Wichtiger erscheint uns, das Thema integriert in „organmedizinischen“ Vorlesungen und Lehrveranstaltungen mit aufzugreifen. Dies muss aber bei den Lehrenden explizit eingefordert werden. Im Dresdener Konzept des Problemorientierten Lernens (DIPOL®) ist ein Praktikum der Gesprächsführung (und Übermittlung schlechter Nachrichten) als Pflichtseminar in den Onkologie-Kurs des 5. Studienjahres integriert. Seit mehreren Jahren wird eine zum Teil interaktive Vorlesung „Palliativmedizin und onkologische Grenzsituationen“ (in Zusammenarbeit mit dem St. Joseph-Stift Dresden) angeboten. Hier wird zum Einen versucht, Begriffe und Grundkenntnisse des Symptommanagements zu vermitteln. In realen Fallschilderungen werden Studenten einbezogen und müssen etwa über weitere Diagnostik, Gesprächsinhalte oder Therapieentscheidungen abstimmen. Dies wird verknüpft mit Nachdenken über

Trauer, unter Einschluss der Reflektion von Tod und Sterben in Literatur, Bildender Kunst und Musik. Dies sind auch Mittel, mit denen man aufzeigen kann, wie das Thema verstärkt im Leben verankert werden kann. Wenn beispielsweise in einem Hörsaal unmittelbar nach einer medizinischen Falldiskussion Herbert Grönemeyers „Der Weg“ erklingt, wird erlebbar, wie Kunst die geschilderte Situation noch realer erscheinen lässt, wie Kunst ein Mittel zur Bewältigung schwieriger Lebensphasen darstellen kann. Erstmals im vergangenen Jahr wurde ein freiwilliges Seminar „Palliativmedizin“ angeboten, das noch mehr Raum zur Diskussion und Einbringung eigener Gedanken seitens der Studenten möglich machte. In diesem Rahmen wurde auch die Ausstellung „NOCH MAL LEBEN“ des deutschen Hygienemuseums Dresden (eine Fotoausstellung über das Sterben) sowie die Palliativstation des St.-Joseph-Stifts Dresden besucht, wo die Möglichkeit bestand, sich mit Patienten und deren Angehörigen zu unterhalten. Das in diesen Lehrveranstaltungen vermittelte Bild der Palliativmedizin lässt sich auch im Sinne einer Akzeptanz des Todes als ein Teil des Lebens verstehen. Durch diese Form der deutlichen Bejahung des Lebens und Sterbens soll der Tod weder beschönigt noch hinausgezögert werden. Palliativmedizin ist damit auch eine eindeutige Absage an die aktive Sterbehilfe. Es ist eine bleibende Herausforderung für ein Krankenhaus, dies im klinischen Alltag bestmöglich zu reflektieren und umzusetzen.

Literatur bei den Verfassern

Anschriften der Verfasser:
PD Dr. med. Ulrich Schuler
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Medizinische Klinik und Poliklinik I
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

Dr. med. Heinrich Günther
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Medizinische Klinik und Poliklinik I
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

Barbara Schubert
Krankenhaus St. Joseph-Stift
Wintergartenstraße 15/17
01307 Dresden