

3. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

28. bis 30. September 2000
in Göttingen



Nr. 36 / 24. Jahrgang

Berlin, im Oktober 2000

Med- Report

Organ für ärztliche Fortbildungskongresse

**Blackwell
Wissenschaft**

Interview mit Professor Dietrich Kettler, Präsident des 3. Kongresses der DGP

Palliativmedizin geht die ganze Gesellschaft an

„Palliativmedizin – Ausdruck gesellschaftlicher Verantwortung“ war das übergreifende Thema des 3. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), der – gemeinsam ausgerichtet vom Zentrum Anaesthesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin der Georg-August-Universität Göttingen sowie der Ärztekammer Niedersachsen und der Deutschen Krebshilfe e.V. – vom 28. bis 30. September 2000 in Göttingen stattfand. Kongreßpräsident Prof. Dr. med. Dr. h.c. Dietrich Kettler zog im Med-Report-Interview eine erste Bilanz.

Der Kongreß in Göttingen stand unter dem Motto „Palliativmedizin – Ausdruck gesellschaftlicher Verantwortung“. Wunsch oder Wirklichkeit?

Eigentlich sind Gesundheit und Gesundheitspolitik ohnehin Gegenstand der Gesellschaft, weil Gesundheit eben das wichtigste Gut ist, das ein Mensch hat. Ich denke aber, daß die Palliativmedizin hier einen besonderen Anspruch hat, wenn sie das Ganzheitliche in den Vordergrund stellt. Sie ist keine neue Branche der Medizin, sondern sie befaßt sich mit einer besonders belastenden Phase des menschlichen Lebens. Wir werden ja geboren in der Gesellschaft, wir leben in ihr. Und gerade in der Phase des Sterbens, die oft sehr lange dauert, einer schwierigen Phase, um die sich die Palliativmedizin kümmert, geht es um ein möglichst symptomarmes, beschwerdefreies Leben mit optimaler Lebensqualität für die verbleibende Zeit und schließlich auch um ein Sterben in Würde.

Das aber ist offenbar nicht allein Sache der Palliativmedizin, sondern auch anderer, etablierter medizinischer Fachdiszi-

plinen und offenbar ebenso über die Medizin hinaus anderer gesellschaftlicher Kräfte ...

Ich will versuchen, das auf den Punkt zu bringen: Die Anteilnahme der Gesellschaft an der Gruppe der Patienten, die ich beschrieben habe, ist relativ gering. Sterben ist ja überhaupt ein Phänomen, das weitgehend verdrängt wird.

Zumal in unserer so auf die Jugend fixierten Gesellschaft ...

Ja, warum soll ich mich, wenn es mir gut geht, mit dem Sterben befassen. Und so ist auch das Ergebnis, was die Fürsorge für diese Phase angeht. Was verdrängt wird in guten Zeiten, wird nicht wahrgenommen in schlechten Zeiten. Das hat dazu geführt, daß in Deutschland Familien, auch viele Arztpraxen mit dem Phänomen z. B. eines an schwersten Symptomen leidenden Krebspatienten überfordert sind. Sie kommen damit nicht zurecht, er gerät in die Isolation. Ein Patient, der nicht mehr kuriert werden kann, wird häufig auch nicht mehr für voll genommen: Was ist er eigentlich? Ist er etwas, wofür es sich lohnt, noch etwas zu investieren? Er ist eigentlich auch eine Last. Ich sage nicht, daß das überall so ist. Aber in Krankenhäusern kennen wir ja das Problem des Sterbens. Wie wir da oft mit unseren Patienten umgehen, ist nichts, was uns zur Ehre gereicht. Ich will gar nicht meine medizinische Jugend

bemühen, wo es doch oft so war, daß sterbende Patienten aus den Zimmern gefahren wurden, zum Beispiel in das Bad der Station, und wo dann immer geguckt wurde, ob sie noch leben.

Das hat sich sicherlich geändert. Man kann nicht sagen, daß diese schrecklichen Zustände heute noch so sind. Aber der Umgang mit Sterbenden ist etwas ganz Besonderes. Das hat mehrere, vor allem gesellschaftliche Aspekte: die spirituellen Bedürfnisse, seine Symptome, Schmerz, dann Nebenwirkungen der Schmerzmittel, z. B. Verstopfung, psychische Symptome, insbesondere das Gefühl des Verlassenseins. Und dadurch wird der Patient in seiner wichtigsten menschlich-ethischen Eigenschaft – der Wahrnehmung seiner Autonomie – so gestört, daß er dann gar nicht mehr in der Lage ist, seine Selbstbestimmung wahrzunehmen. Und deshalb ist es unser Ziel, die Gesellschaft darüber zu informieren, daß wir erstens diese Patienten sehr wohl wahrnehmen, nehmen wir mal ruhig die Zahl von rund 250 000 sterbenden Krebspatienten pro Jahr in der Bundesrepublik, daß wir ihnen zweitens das zukommen lassen, was sie benötigen, also eine Schmerztherapie, eine psychische Führung, die Wiederherstellung ihrer Kommunikationsfähigkeit. Und das bedeutet zunächst Aufmerksamkeit in der Gesellschaft zu erzeugen, die zur Zeit völlig unzureichend ist. Und es kostet Geld.

Hat sich dieses breite Spektrum von gesellschaftlichen Kräften, die erforderlich sind, um unheilbar Kranken ein Sterben in Würde zu sichern, auf diesem Kongreß widergespiegelt?

Ich denke schon. Wir haben ja diesen 3. Kongreß unserer Gesellschaft von vornherein öffentlich angelegt, wir können es auch politisch nennen. Wir haben mit Herrn Wickert zum einen eine besondere Pressepräsentation gemacht, zum anderen auch mit ihm eine öffentliche Podiumsdiskussion, bei der die Deutsche Krebshilfe mit ihrer Präsidentin, Frau Schipanski, das Bundesgesundheitsministerium, die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, unsere Fachgesellschaft sowie die Kassenärztliche Vereinigung und die Ärztekammer Niedersachsen durch ihre Spitzenreprä-

„Gänseliesel“, das „meistgeküßte Mädchen der Welt“, Bronzefigur auf dem Marktbrunnen in Göttingen
Foto: Studio Wilder

sentanten vertreten waren. Ich denke, die Nachwirkungen wird man erst noch sehen. Es wird sicherlich zu einer sehr intensiven Diskussion nach diesem Kongreß kommen. Und ich hoffe, daß das etwas hilft.

Das Fachliche ist aber dennoch nicht zu kurz gekommen?

Nein, überhaupt nicht. Wir hatten zum einen den Europa-Tag über Palliativmedizin im europäischen Vergleich, wo deutlich geworden ist, daß wir, z. B. gegenüber den Franzosen und den Engländern, einen riesigen Nachholbedarf haben. Was die Zahl der Palliativbetten, was die ambulanten Dienste in Deutschland angeht, sind wir, ich will nicht sagen Entwicklungsland, aber richtige Mittelklasse.

Das hat offenbar auch mit den Strukturen zu tun. Sie haben bei dieser Podiumsdiskussion appelliert, daß sich alle, die in Sachen Palliativmedizin an einen Tisch gehören, dann vielleicht auf Spitzenebene, denn das Bundesgesundheitsministerium war ja nur durch die 4. Ebene, die Krankenkassen waren gar nicht vertreten, zu einer Art Task Force zusammenfinden. Glauben Sie, daß dies in absehbarer Zeit zu Stande kommt,

oder werden das finanzielle Engpässe von vornherein verhindern?

Ich glaube, daß etwas zu Stande kommt. Nicht vom Ministerium her. Frau Fischer hat einen sehr netten, interessierten Brief geschrieben. Ich habe aber den Ministerialrat, der sie vertrat, hinterher gefragt, ob sie eine solche Task Force Palliativmedizin einberufen könnte, bei der zunächst einmal diskutiert würde, was benötigt wird, ohne Schuldzuweisung. Das Schlimme ist ja, wenn Ständesvertreter, Kassen, Ministerium zusammensitzen, dann gibt einer dem anderen die Schuld und sagt, in Deutschland haben wir eine pluralistische Teilung der Verantwortung und der Wahrnehmung der Interessen des Gesundheitswesens. Das stimmt. Der eine macht die Weiterbildung, der andere die Fortbildung, der dritte die Organisation, die Länder sind für die Krankenhausbetten zuständig. Und zum Schluß bleibt interessanterweise kein Schuldiger übrig ...

Aber das Problem ...

Ja, das Problem bleibt übrig. Und das Bundesgesundheitsministerium hat signalisiert, daß es aus strukturellen Gründen nicht in der Lage ist, eine solche

Fortsetzung auf Seite 3

**Med-
Report**



Prof. Dr. Dr. Dietrich Kettler
Kongreßpräsident



Auch auf dem 3. DGP-Kongreß wurden zahlreiche nach wie vor unübersehbare Defizite bei der Behandlung Schwerstkranker deutlich, insbesondere was die Schmerztherapie anlangt. Brauchen wir deshalb Palliativmedizin?

Die Palliativmedizin ist für mich kein Lückenbüßer, sondern eine Fachdisziplin, die erkannt hat, daß Patienten in fortgeschrittenen Stadien von Erkrankungen leiden, obwohl sie nicht derart leiden müßten. Durch eine gute Begleitung, eine gute Kommunikation, eine gute Therapie von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen ist es möglich, daß sie ihr Leben bis zuletzt gut gestalten können.

Sind dazu Spezialisten neben dem jeweiligen Haus- oder Facharzt nötig, der solche schwerkranken Patienten betreut?

Die Palliativmedizin würde ich in zwei Ebenen einteilen. Die erste betrifft Basiswissen, das jeder Arzt in Zukunft beherrschen müßte: Wie kläre ich einen Patienten auf? Dagegen wird massiv verstoßen. Basiswissen sind für mich Fragen der Ethik: Wo sind die Grenzen der Medizin? Zum Basiswissen gehört: Wie gehe ich mit Patienten um, die Schmerzen und andere Symptome wie z. B. Atemnot haben, die bisher nicht ausreichend beseitigt werden? Und wenn ein Arzt mit diesen Problemen nicht zurecht kommt, sollte er den Patienten zu einem Arzt überweisen, der sich speziell mit den Fragen der Palliativmedizin auseinandergesetzt hat.

Im Sinne eines Konsiliardienstes?

Durchaus im Sinne einer Beratung, Betreuung und Empfehlung. Und wenn das ausreicht, kann der Patient wieder zum Haus- oder Facharzt zurückgeschickt werden. Was wir in Zukunft brauchen, ist eine Zusatzbezeichnung für Palliativmedizin. Wir wollen, daß sich jeder Fachbereich, der mit Schwerstkranken, mit Sterbenden zu tun hat, sich mit der Palliativmedizin speziell ausein-

Interview mit Prof. Dr. Eberhard Klaschik, Präsident der DGP

Wir brauchen Schulter-schluß, eine konzertierte Aktion

Ist die Palliativmedizin nur ein „Lückenbüßer“ für Defizite, die von Ärzten bei der Behandlung Schwerstkranker zugelassen werden? Dazu sowie zur Interaktion zwischen Palliativstationen, Hospizen und ambulanten Diensten befragte Med-Report den Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.

andersetzt. Das kann ein Gynäkologe sein, natürlich ein Internist, ein Chirurg oder auch ein Anästhesist sein. Und wenn er sich spezielle Fähigkeiten angeeignet hat, würde ich ihn als spezialisierten Palliativmediziner bezeichnen, ohne daß er der Facharzt für Palliativmedizin ist, ein Spezialist, dem man Patienten überweisen kann, der die Probleme durch Empfehlungen an die Kollegen beseitigt oder der, wenn das so nicht möglich ist, Schwerstkranken auf eine spezielle Palliativstation übernimmt.

Defizite speziell in der Betreuung Sterbender zu verringern, war ja auch das ursprüngliche Anliegen der Hospizbewegung. Gibt es heute zwischen ihr und den Verfechtern der Palliativmedizin noch eine Art Konkurrenz? Wie kann beides zusammenkommen?

Ich habe eigentlich die Hospizidee und die Palliativmedizin nie als Konkurrenz gesehen, denn sie haben ja von vornherein die gleichen Ziele verfolgt. Wenn trotzdem Unterschiede bestanden haben, dann liegt das daran, daß im Hospiz-Bereich ein sehr starker pflegerischer, psychosozialer Schwerpunkt gelegen hat und die Ärzte etwas außen vor gelassen worden sind oder die Ärzte sich nicht ausreichend eingelassen haben; es gab beides. Die Palliativmedizin hat von vornherein versucht, ärztliche Kompetenz im Sinne der Ganzheitlichkeit inklusive der Krankenpflege und der psychosozialen Bereiche einzubringen.



Prof. Dr. Eberhard Klaschik
Präsident der DGP

Die Entwicklung der letzten Jahre bei den Hospizen zeigt sehr eindeutig, daß deren Distanz der ärztlichen Versorgung gegenüber abgenommen hat. Ich wünsche mir für die Zukunft, daß dieser Schulter-schluß noch stärker wird. Die wirklich kompetente ärztliche Einbindung in alle stationären Hospize ist für mich eine unabdingbare Voraussetzung dafür, daß wir den endgültigen Schulter-schluß zwischen Hospizbewegung und Palliativmedizin erreichen.

Wir brauchen also beides, sowohl Palliativstationen an großen Krankenhäusern als auch Hospize?

Wenn man die Entwicklung in Deutschland sieht und die Verteilung von Palliativstationen und Hospizen betrachtet, dann wäre das eine sinnvolle Einigung. Wenn wir zum Beispiel nach Nordrhein-Westfalen schauen, so gibt es in Düsseldorf keine einzige Palliativstation, aber mindestens zwei Hospize. Und wenn es in diesen Hospizen eine adäquate ärztliche Versorgung gibt, dann brauchen wir wahrscheinlich für Düsseldorf keine zusätzlichen Palliativstationen. Ähnlich ist es in anderen Städten. Und wenn ich an Bonn denke, so haben wir dort kein Hospiz, aber zwei Palliativstationen.

Nun gibt es ja bei einem recht großen Prozentsatz Schwerstkranker den Wunsch, zu Hause zu sterben. Wie kann man palliativmedizinische Kompetenz auch in diese Situation einbringen, um diesen Patienten bis zuletzt eine gewisse Lebensqualität zu sichern, ein Sterben in Würde zu ermöglichen?

Sie müssen eines bedenken: Weder im stationären noch im ambulanten Bereich hat eigentlich bisher jemals ein Arzt eine wirklich qualifizierte Ausbildung in Richtung Palliativmedizin erhalten. Das gab es ja bisher noch nicht an den Universitäten. Einige Ärzte haben sich fortgebildet. Tatsache ist, daß sowohl die Klinik- als auch die Hausärzte durch Spezialdienste unterstützt werden müssen: im Krankenhaus durch Konsiliardienste, im Hausarztbereich haben

sich die ambulanten Palliativdienste sehr bewährt, z. B. in Bonn, Berlin, Göttingen, Tübingen, München. Wenn ein qualifizierter Palliativdienst vorhanden ist, können über 50 Prozent der Patienten bis zum Ende ihres Lebens zu Hause betreut werden, müssen nicht erneut stationär behandelt werden.

Ist das auch in Kooperation mit dem Hausarzt möglich, den der Patient gewohnt ist, dem er vertraut?

Ja, und ich nenne Ihnen eine Zahl aus Bonn: Als wir 1994 einen ambulanten Palliativdienst aufgebaut haben, waren die Ärzte diejenige Berufsgruppe, die diesen Dienst nur in sehr geringem Maße von vier oder fünf Prozent angenommen hat, 1999/2000 sind die Ärzte mit fast 40 Prozent jene Berufsgruppe, die den Palliativdienst am häufigsten anfragt. Das ist ein deutlicher Hinweis auf die gute Zusammenarbeit, auf die Akzeptanz, dafür, daß die Hausärzte erkannt haben, daß ihnen dieser ambulante Dienst die Patienten nicht wegnimmt, sondern eine Unterstützung für Patienten, Angehörige und den Hausarzt ist.

Göttingen – das war der 3. Kongreß Ihrer noch jungen Gesellschaft. Welches Fazit konnten Sie ziehen? Was ist erreicht? Was muß noch bewerkstelligt werden?

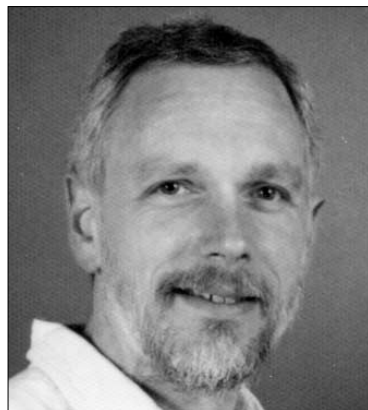
Dieser Kongreß hat gezeigt, daß Palliativmedizin in Deutschland in Bewegung geraten ist. Wir gehen in die richtige Richtung, müssen aber ganz klar sagen: Palliativmedizin ist nicht nur ein Medium der Ärzte, der Pflegekräfte und der anderen Mitarbeiter des multidisziplinären Teams, sondern eine gesamtgesellschaftliche Verpflichtung, die alle annehmen müssen – die Bevölkerung, die Politiker, die Kostenträger im Gesundheitswesen, die Entscheidungsträger im ärztlichen Bereich. Und wenn wir da den Schulter-schluß, eine konzertierte Aktion erreichen, dann geht die Palliativmedizin nicht nur auf den Weg, sondern erreicht auch ein Ziel. □

Medizinische Behandlungen zielen in der Regel darauf ab, definierte Funktionsstörungen oder Beschwerden eines Patienten zu beheben oder zu verbessern. Um den Effekt einer angewendeten Therapie beurteilen zu können, benötigt der Behandler folglich ein Instrument, das die Ausprägung der Beschwerden quantifiziert erfaßt. Nur so hat er die Möglichkeit, Veränderung in der Ausprägung dieser Beschwerden zu messen und Therapieergebnisse zu vergleichen. Solche Instrumente können einerseits technischer Natur sein wie Fieberthermometer, Blutdruckmeßgeräte o.ä., andererseits zählt auch die visuelle Analogskala (VAS) zur Beurteilung der Schmerzintensität dazu. Im einfachsten Fall kann es sich lediglich um eine Liste handeln, auf der z. B. die Anzahl der Episoden des Erbrechens pro Tag registriert wird. Der große Nutzen solcher Instrumente besteht darin, eine Therapie entsprechend dem Ergebnis der Messung anpassen zu können, bis der bestmögliche Effekt erreicht ist. Sie sind daher gut zur Symptomüberprüfungen geeignet, spiegeln aber nicht den Gesamtzustand des Patienten wider.

Das übergeordnete Ziel aller medizinischer Maßnahmen geht aber weit über die reine Symptomkontrolle hinaus und hat immer den Gesamtzustand des Patienten im Blick. Mit dem Ziel, die subjektive Lebensqualität des Patienten zu verbessern, wird deshalb eine Art von Meßinstrumenten erforderlich, die den Nutzen der angewendeten Therapie aus der Sicht des Patienten erfassen kann. Dazu wurden in den letzten Jahren eine Vielzahl von Fragebögen entwickelt, die als Selbsterfassungsinstrumente von den Patienten möglichst allein ausgefüllt werden sollen. Zu den bekanntesten Instrumenten im onkologischen Bereich gehören die überwiegend in Europa

Lebensqualitätsmessung zur Kontrolle der Ergebnisqualität in der Palliativmedizin?

H. Ewald und Mechthild M. Determann, Kiel



Dr. Hermann Ewald



Dipl.-Psychol. Mechthild M. Determann

eingesetzten Fragebögen der „European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC)“ sowie die vorwiegend in den USA verwendeten FACT Bögen. Beide bestehen aus einem Basismodul (z. B. EORTC QLQ30 mit 30 Fragen), das durch erkrankungsspezifische Zusatzmodule ergänzt werden kann.

Mit Hilfe dieser Lebensqualitätsfragebögen ist es möglich, in Ergänzung zu den Symptomkontrollinstrumenten auch die Auswirkungen einer Behandlung auf das subjektive Befinden des Patienten zu erfassen. Das ist u. a. erforderlich, um – bezogen auf ein Symptom – ähnlich effektive Behandlungsstrategien vergleichen zu können, die ja möglicherweise subjektiv deutlich verschieden empfunden werden.

Für palliativmedizinische Patienten

liegt bisher kein validiertes deutschsprachiges Instrument zur Lebensqualitäts-erfassung vor, obwohl gerade für diese Patientengruppe das Verbessern oder zumindest Erhalten der Lebensqualität in der Regel das oberste Behandlungsziel darstellt. Einer der Gründe für dieses Defizit liegt darin, daß die Patienten sich teilweise in so schlechtem Allgemeinzustand befinden, daß ein Beantworten von Fragen zur Lebensqualität nicht mehr möglich ist. Gleichzeitig wird aber auch die Frage diskutiert, inwieweit es ethisch überhaupt vertretbar ist, palliativmedizinischen Patienten, auch wenn sie sich in besserem Allgemeinzustand befinden, die psychische Belastung zuzumuten, die mit dem Ausfüllen solcher Fragebögen verbunden ist.

Im Rahmen des 3. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Palliativmed-

izin wurde deutlich, daß die dringende Notwendigkeit besteht, palliativmedizinische Forschung zu betreiben. Auch unter ethischen Gesichtspunkten sind in der Palliativmedizin Studien nicht nur vertretbar, sondern müssen sogar gefordert werden, um in dieser hochsensiblen Phase des menschlichen Lebens die bestmögliche Betreuung anbieten zu können. Sowohl der Notwendigkeit als auch der ethischen Vertretbarkeit von palliativmedizinischen Studien sind allerdings durch die individuelle Situation des Patienten gleichzeitig Grenzen gesetzt, die nicht überschritten werden dürfen.

Um in der deutschsprachigen palliativmedizinischen Forschung ein validiertes Instrument zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität palliativmedizinischer Patienten zur Verfügung zu haben, wurde von der Kieler Arbeitsgruppe bereits 1998 mit der Entwicklung eines Lebensqualitätsfragebogens für diese Patientengruppe in Anlehnung an die Empfehlungen der EORTC begonnen. Die Entwicklung wird vom Arbeitskreis Forschung der DGP unterstützt. Bisher wurden 3 Phasen der Validierung durchlaufen, wobei der Bogen in der letzten Phase gemeinsam mit der „Kerndokumentation für Palliativeinheiten“ an 12 Zentren eingesetzt wurde. Hierbei wurde der Fragebogen von insgesamt 157 Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme und von 147 Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung ausgefüllt, d. h. mindestens 60 % der auf den beteiligten Palliativstationen aufgenommenen

nen Patienten waren in der Lage, den Fragebogen (zumindest mit Hilfe) zu beantworten.

In der aktuellen Version des Fragebogens wurden insgesamt 8 Dimensionen von Lebensqualität mit jeweils 1-3 verschiedenen Items geprüft, sodaß insgesamt 17 Items zu beantworten waren. Der Bogen trägt damit dem Anliegen Rechnung, die Zahl der Items mit Hinblick auf die häufig geringe Belastbarkeit der Patienten zu beschränken. Besonderen Wert wurde darauf gelegt, auch die häufig nicht erfaßten Bereiche wie Spiritualität, Körperempfinden und emotionale Befindlichkeit abzubilden.

Die Entwicklung ist derzeit noch nicht abgeschlossen. Problemfelder sind bisher die Dimensionen „Körpergefühl“ sowie „Religiosität/Spiritualität“, letztere möglicherweise aufgrund der großen interindividuellen Unterschiede. Im Rahmen der aktuellen Auswertung und Revision wird deshalb diskutiert, ob analog den von der EORTC eingeführten Fragen für die „Global Quality of Life (GqoL)“, die bisher als Kontrollparameter in den Kieler Bogen integriert sind, eine Frage zur „Global Quality of Emotional and Spiritual Life“ sinnvoll wäre, um die entsprechenden Items kontrollieren zu können.

Nach Abschluß der noch ausstehenden Validierungsschritte wird dann erstmals ein deutschsprachiges Selbsterfassungsinstrument zur Messung der Lebensqualität palliativmedizinischer Patienten zur Verfügung stehen.

Korrespondenzadresse:
Dr. Hermann Ewald
Leiter der Palliativstation
Klinik für Strahlentherapie
Universitätsklinikum Kiel
Arnold-Heller-Str. 9
24105 Kiel
ewald@onco.uni-kiel.de

Die Palliativmedizin ist in Deutschland alles andere als etabliert“, unterstrich der Jurist *Prof. Dr. Hans-Ludwig Schreiber* aus Göttingen zu Beginn seines Festvortrags. Entschieden widersprach er einer Sicht, es handle sich dabei um eine „resignierende Medizin, die den Kampf um das Leben und die Gesundheit ihres Patienten schon aufgegeben hat, nur noch an den Folgen teilweise von ihr selbst geschaffener Zustände arbeitet und ein wenig an den Symptomen herumkuriert“. Vielmehr sei es „eine lange vernachlässigte, wohl in Teilen auch von der Medizin verdrängte Aufgabe, für den ‚Austherapierten‘ zu sorgen“. Erfolg in der Medizin dürfe man nicht nur in Heilung von Krankheiten, nicht nur in der Lebensverlängerung sehen, sagte Schreiber. „Auch Hilfe mit den sich immer mehr entwickelnden Mitteln der Schmerztherapie, mit symptomatischen Behandlungen ist eine gleichrangige Aufgabe.“

Die Rechtsprechung habe wiederholt den Vorrang des Lebensschutzes, die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens betont, unterstrich der Jurist. „Nach ärztlichem Selbstverständnis muß sich prinzipiell auch bei Bewußtlosen und sonstigen urteilsunfähigen Patienten die ärztliche Hilfe primär und zunächst immer auf die Erhaltung des Lebens ausrichten, solange bei einem dem Tode nahen Kranken oder Verletzten noch Aussicht auf Besserung besteht.“ Es gebe aber inzwischen auch nach der Rechtsprechung keine Verpflichtung „zur

Festvortrag von Prof. Dr. Hans-Ludwig Schreiber

Nicht eingelöster Anspruch an die moderne Medizin

Erhaltung eines erlöschenden Lebens um jeden Preis“. Der Bundesgerichtshof habe entschieden, daß Maßnahmen zur Lebensverlängerung nicht schon deshalb unerläßlich sind, weil sie teilweise technisch noch möglich sind. Angesichts des bisherigen Grenzen überschreitenden Fortschritts medizinischer Technologie bestimme nicht die Effizienz einer möglichen Apparatur, sondern die an der Achtung des Lebens und der Menschenwürde ausgerichtete Einzelentscheidung die Behandlungspflicht und ihren Umfang.

Nach Ansicht Schreibers muß sich das Behandlungsziel der Palliativmedizin – das von ihr aber noch grundsätzlich zu klären sei – darauf richten, Kranken auch ohne die Behebung ihres Grundleidens noch mögliche Befreiung von Symptomen zu verschaffen, zumindest Linderung oder Erleichterung. Man dürfe jedoch keinen Gegensatz zwischen Lebensverlängerung und Palliativmedizin herstellen. In der Palliativmedizin stehe zwar die Leidenslinderung deutlich im Vordergrund, aber Lebensverlängerung sei natürlich nicht unerwünscht. Es gebe jedoch auch Situationen, in



Prof. Dr. Hans-Ludwig Schreiber

denen kurzfristige Lebensverlängerung noch möglich wäre, aber dem Wohle des Patienten in Übereinstimmung mit seinem Willen widersprechen würde, weil sie mit schweren Belastungen und Qualen verbunden wäre und deshalb als unnütz, als sinnlos erscheine.

„Verweigert ein Patient in Kenntnis der Situation in Wahrnehmung seines Selbstbestimmungsrechtes die Einwilligung in erforderliche ärztliche Maßnah-

men, so endet das ärztliche Behandlungsrecht und die Behandlungspflicht aus dem Arzt-Patienten-Verhältnis zur kurativen Behandlung“, betonte der Jurist. „Der Arzt wird dann zum Begleiter des Patienten, ist für die Basisversorgung, für die bestmögliche Linderung von Schmerzen, Angst und Unruhe zuständig. Ein unrettbar dem Ende seines Lebens entgegen gehender Mensch, dessen Leben nur mit technischen Geräten aufrecht erhalten wird, kann verlangen, daß solche Maßnahmen unterbleiben oder abgebrochen werden.“ Ausdrücklich werde von der Rechtsprechung neuerdings ferner auch anerkannt, daß eine ärztlich indizierte schmerzlindernde Medikation bei todkranken Patienten nicht dadurch unzulässig wird, daß sie den Eintritt des Todes beschleunigen kann.

„Patienten von heute sind oft unsicher“, sagte Schreiber. „Sie fürchten einerseits eine zu weit gehende und zu lange ausgedehnte lebensverlängernde Behandlung gerade auch in der Intensivmedizin. Andererseits wächst bei Patienten auch die Furcht, zu früh aufgegeben zu werden.“ Die auffällige Zunahme von

Patientenverfügungen sei ein Indiz für Furcht vor „Überbehandlung“. In diesem Zusammenhang verwies der Jurist darauf, daß der Supreme Court der USA in Ablehnung eines Antrags auf Beihilfe zum Suizid Ansprüche auf palliative medizinische Versorgung als verfassungsmäßiges Recht angesehen und anerkannt hat, daß Schmerzbehandlung erforderlich ist sowie Hindernisse für palliative medizinische Versorgung abzubauen sind.

„Palliativmedizin ist nicht nur rechtlich aus den genannten Gründen zulässig, sondern sie entspricht auch einem begründeten Anspruch des Kranken“, sagte Schreiber. „Sie zielt ab auf den Bereich, den die Juristen gemeinsam mit den Medizinern bisher immer ‚passive Sterbehilfe‘ genannt haben – ein Ausdruck, der meiner Meinung nach völlig falsch ist. Das hat mit Passivität nichts zu tun. Der bloße Behandlungsabbruch ist nicht das, was die Medizin dem Patienten schuldet, sondern es ist die noch mögliche Behandlung. Der Patient hat einen Anspruch, und er kann verlangen, von der Medizin nicht als Bruchstück einer versuchten Heilung liegen gelassen zu werden, sondern weiter behandelt, weiter versorgt und weiter betreut zu werden.“ Dies verlange ein tiefgreifendes Umdenken unter den Medizinern. Man könne von einem anderen Paradigma sprechen: „Erfolg in der Medizin ist nicht mehr nur die Heilung einer Krankheit, sondern auch der Beistand beim Inkurablen.“ □

Fortsetzung von Seite 1
Palliativmedizin geht die ganze Gesellschaft an

Task Force einzuberufen. Aber Prof. Eckel, Kammerpräsident in Niedersachsen, der diesem Problem sehr zugetan ist, hat mir versprochen, auf der Ebene der Bundesärztekammer eine solche Diskussion initiieren zu wollen und dazu die Betroffenen auch einzuladen. Aber die Kammer ist natürlich auch irgendwo Partei, Ärztpartei. Und man wird ihr hoffentlich nicht gleich unterstellen, daß es nun wieder um Pfründe für Ärzte geht. Es geht ja wirklich darum, daß die Ressourcen, die vorhanden sind, anders verteilt werden, zu Gunsten einer anderen Klientel, die sich schlecht artikulieren kann. Schwerstkranke, Sterbende haben kein so gutes Sprachrohr, so daß sich andere gesellschaftliche Kräfte dieses Problems annehmen müssen.

Aber heißt das, anderen, kurablen oder rehabilitationsfähigen Patienten etwas wegzunehmen? Oder sehen Sie Reserven in unserem Gesundheitssystem?

Ich sehe, auch aus meiner eigenen Erfahrung an der Universitätsklinik in Göttingen, noch Reserven. Das Wegnehmen ist ja so eine Sache. Ich denke aber, daß Patienten, die unter schlimmen Umständen immer wieder zum Arzt gehen, erhöhte Kosten verursachen, einfach dadurch, daß sie z. B. schmerztherapeutisch schlecht eingestellt sind, schlecht geführt werden. Es gibt eine ganze Palette von Dingen, die dadurch, daß sie schlecht gemacht werden, immer wieder eine ganze Menge Geld kosten.

Also konsequenter, optimal therapieren?

Ja, Rationalisierung heißt auch Kostensenkung. Das ist im Gesundheitswesen genauso wie in der Wirtschaft. Wir haben Betten, die ansonsten aufgegeben worden wären – in Niedersachsen haben wir einige tausend Betten zuviel – in Palliativ-Betten umgewidmet. Das Problem ist, daß das zwar hier in Göttingen und in Stade gelungen ist, doch dazwischen gibt es in Niedersachsen nichts. Die Kassen weigern sich, hier weiter zu gehen. Sie fürchten, in eine Kostenstruktur hineinzugeraten, die sie nicht mehr

beherrschen. Aber den Kopf in den Sand zu stecken und das ganze Problem zu vergessen – das muß man wirklich als einen Skandal bezeichnen.

Die fachlichen Voraussetzungen, um wirklich zu einer neuen Qualität der Betreuung Sterbender zu kommen, sind in Deutschland gegeben?

Sie kennen ja vielleicht unser SUPPORT-Projekt. Das ist ein sehr glücklicher Verbund zweier Projekte. Wir haben zum einen eine sehr gut laufende Palliativ-Station und zum anderen ein ambulantes Versorgungsprojekt in einer Region, die der Bezirksärztekammer Südniedersachsen entspricht, etwa 500 000 Einwohner. Ein Team, das aus Arzt und Schwester besteht, wird immer dort wirksam in der Tumorschmerz-Behandlung, wo es gebraucht wird, in Arztpraxen, in Familien, in Sozialstationen und auch im Hospiz Göttingen. Und es funktioniert mit den niedergelassenen Ärzten vielleicht auch deshalb sehr gut, weil die Ärztekammer Niedersachsen einer der Projektträger ist. Und die Palliativ-Station ist immer, wenn es gar nicht mehr anders geht, ein Backup für solche Patienten. So kann man fast sagen, daß Göttingen eine tumorschmerztherapeutisch ideal versorgte Region ist. Aber das kann nur der Anfang sein. Und wir möchten natürlich, daß das in anderen Regionen in Norddeutschland und anderen Bundesländern ebenso funktioniert.

Wenn Sie ein Fazit nach drei Tagen Plenarsitzungen, Vorträgen, Diskussionen, Seminaren und Workshops ziehen: Ist das Anliegen, das Sie auch mit dem Thema des Kongresses verbunden haben, erreicht worden?

Es ist vorangekommen. Ein Kongreß formuliert per se an den Tagen, an denen er stattfindet, naturgemäß nur die Probleme. Er ist ein Podium, um Defizite deutlich zu machen, das Problem zu thematisieren, in die Öffentlichkeit zu bringen und Aufmerksamkeit zu erzeugen. Und das ist uns, so glaube ich, gelungen. Die Realisierung unseres Kongreßthemas „Palliativmedizin – Ausdruck gesellschaftlicher Verantwortung“ ist nun Aufgabe für uns alle, die Gesellschaft, in der Zukunft. □

Zum Verständnis der Ehrenamtlichen und dessen, was der Sterbende denkt und fühlt, äußern sich die Personen wie folgt:

Die Ehrenamtliche

Ich bin nicht von ungefähr zu dieser Palliativstation als Ehrenamtliche gegangen. Ich fühle mich diesem Thema von Sterben, Tod und Trauer persönlich sehr nahe. Ich möchte zudem ein Zeichen der Solidarität mit diesem Teil unserer Lebenswirklichkeit geben. Auch eine politische Dimension sehe ich in meinem Engagement: Ich möchte durch meine Mitwirkung als Ehrenamtliche ein wenig das gesellschaftliche Tabu des Umgangs mit Sterben, Tod und Trauer durchbrechen. Ich bin bereit, dem Sterbenden dort – aber auch dem System Palliativstation – meine Dienste anzubieten:

Ich habe Zeit. Es ist mir ein wichtiges persönliches Anliegen, Menschen in Grenzsituationen – so wie den Sterbenden – Zeit zu geben. „Zu verschenken“ ist mir zu abgehoben, als ob ich gönnerhaft etwas von mir gäbe. Ich habe Zeit für diese Aufgabe – bemessen sicherlich. Aber wenn ich da bin, bin ich ganz da.

Ich bringe Einfühlung. Ich habe ein natürliches Gefühl für Lebenssituationen. Ich kann mich gut auf andere Menschen einlassen. In Vorbereitungskursen habe ich gelernt, wie hilfreich bestimmte Regeln der Gesprächsführung am Krankenbett sein können. Ich habe gelernt, das nicht alles nur meiner Intuition zu

Ein szenisches Rollenspiel im Krankenzimmer eines Sterbenden

Das Ehrenamt im Palliativ- und Hospizdienst

M. Schnegg, Köln

Am dritten Kongreßtag wurde die Reihe der Übersichtsreferate zu psychosozialen Aspekten in der Palliativmedizin durch ein szenisches Rollenspiel von Matthias Schnegg, Diözesan-Caritaspfarrer in Köln, aufgelockert, das von den Teilnehmern der Sitzung mit viel Beifall aufgenommen wurde. Darin läßt er im Wechselspiel „Die Ehrenamtliche“, den Sterbenden, die professionelle Krankenschwester und den Träger-Vertreter zu Wort kommen.

überlassen. Ich habe auch mitbekommen, daß es bei Gesprächsführung nicht um das Anwenden einer Methode geht, sondern um den Ausdruck einer Haltung gegenüber dem Kranken. Ich gebe mir Mühe, durch meine Einfühlung dem Patienten gerecht zu werden.

Ich bringe Lebenserfahrung. Ich bin nicht von ungefähr in diesen Dienst auf der Palliativstation gegangen. Ich habe in meinem Leben auch Tiefen und Abgründe durchgemacht, die mich ahnen lassen, was in einem Menschen hier vorgeht. Ich kenne Lebenslust und Lebensabgründe. Ich kenne Gottweisheit und Gottverlassenheit. Ich weiß, daß Krisen Neues eröffnen können – und habe doch Angst vor jeder neuen Herausforderung und Anfechtung dieser Art.

Der Sterbende

Ich brauche Zeit. Ich habe Zeit, mehr als mir manchmal lieb ist. Und doch ist

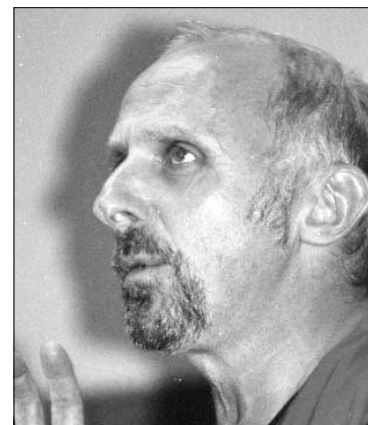
meine Zeit kostbar. Sie ist deutlich bemessen und begrenzt, dicht und zerrinnend zugleich. *Ich brauche Einfühlung.* Ich kenne keine andere Lebenssituation, in der ich so empfindsam und empfindlich geworden bin und angewiesen bin auf verstehende Menschen um mich herum. Mir tut es gut, verstanden zu werden. Manchmal ist es so hilfreich, wenn andere Worte für das haben, was ich empfinde und wofür mir selbst die Worte fehlen. Ich brauche Einfühlung im Respekt vor der Einzigkeit meines Lebens, meines Weges und meiner Stimmungslage. *Ich brauche Lebenserfahrung.* Ich mache die dichteste Lebenserfahrung meines Daseins. Ich brauche die Stärkung durch andere, die mich aufgrund ihres Lebens ahnungsweise verstehen. Endgültig verstehen kann mich niemand, weil sie nicht in meiner Haut stecken. Es geht um mein Leben, meinen Abschied, meine Zweifel, mein

Ringen, meine Ohnmacht, meine Gottanklage...

Die professionelle Krankenschwester

Ich halte das Ehrenamt auf unsere Station für unersetzlich – nicht aus Kosten- oder Zeitersparnisgründen. Ich schätze den Einsatz, weil er das Tor zum „ganz normalen“ Leben offen hält, Solidarität schafft und die Wahrheit von Sterben, Tod und Trauer öffnet in die „gesunde“ Welt. Ich achte diese Ehrenamtliche. Sie weiß, was sie kann, was sie tun will und wann sie zurückzutreten hat. Sie läßt sich auf Reflexion ein. Ich denke an das, was sie dem Sterbenden anzubieten gewillt ist und lasse es auf meinen Dienst hier wirken:

Manchmal beneide ich aber auch Ehrenamtliche, wenn sie sich mit viel Ruhe beim Sterbenden aufhalten können. Was ich unerträglich finde ist, wenn die Ehrenamtlichen sich in den Vorder-



Caritaspfarrer Matthias Schnegg

grund schieben und so tun, als seien sie die, die wirklich Zeit für den Patienten haben. Dann wünsche ich mir, daß sich die Ehrenamtlichen auch in anderen Diensten bewähren, die auf der Station genauso wichtig sind zum Wohlbefinden des Patienten und seiner Angehörigen. Dann wünsche ich mir, daß Ehrenamtliche sich nicht zu schade sind, Papierkörbe zu leeren, schmutzige Wäsche wegzutragen, Handreichungen in der Teeküche zu machen oder an der Pforte eine Zeit am Telefon zu wachen.

Der Träger-Vertreter

Ehrenamtliche sind uns wichtiger Bestandteil unsres Konzeptes. Sie sind nicht Kosten sparende Ersatzleute, sondern Teil des „Systems Palliativstation“. Sie sind der verbleibliche Kontakt zwischen

Fortsetzung auf Seite 5

Definitionsgemäß bedeutet ein Notfall eine meist unvorhergesehene, den Patienten akut gefährdende, bedrohliche Erkrankungssituation, die zur Behebung rasche ärztliche Intervention erfordert. Notfallsituationen in der Palliativmedizin sind oftmals *Entscheidungsnotstände*, da per se die Lebensdauer der Patienten begrenzt ist und das Therapieziel nicht mehr die Lebensverlängerung beinhaltet.

Therapieverzicht nutzt den Notfall als willkommenes Ereignis, die letzte Lebensphase, die trotz optimaler palliativmedizinischer Beschwerden nicht in jedem Falle Linderung und ein qualitativ sinnvolles Leben mit sich bringt, zu beenden. *Aktive therapeutische Intervention* nutzt die Behandlungsmöglichkeiten zur Erhaltung eines begrenzten, aber sinnvollen Lebens.

Als Notfallsituationen (Abb.) gelten Kompressionserscheinungen (z. B. obere Einflußstauung, drohendes Querschnittssyndrom bei Rückenmarkskompression, intrakranielle Drucksteigerung, gastrointestinale Obstruktion usw.), metabolische Entgleisung (Hyperkalzämie, o.a.), Hyperviskositätssyndrome (Paraproteinämie, Priapismus), Gerinnungsstörungen (thrombo-

Tumorinduzierte Notfallsituationen

R. Hartenstein, München

Notfallsituationen	
Kompressionserscheinungen • Obere Einflußstauung (Vena-cava-superior-Syndrom) • Drohendes Querschnittssyndrom (Rückenmarkskompression) • Intrakranielle Drucksteigerung • Gastrointestinale Obstruktion (z.B. Ileus, Gallengangsverschluß) • Obstruktive Uropathie (Harnverhaltung, Stauungsniere) • Bronchusobstruktion • Herztamponade (durch Perikarderguß) • Atemnotsyndrom (durch Pleuraerguß)	Gerinnungsstörungen • Thrombozytopenische Blutung durch Knochenmarkinfiltration • Disseminierte intravasale Gerinnung
Hyperviskositätssyndrome • Paraproteinämie • Priapismus	Metabolische Entgleisung (zumeist paraneoplastisch) • Hyperkalzämie • Hypoglykämie • Inadäquate ADH-Sekretion
	Arrosionsblutungen • HNO-Bereich • Lungenblutung • Gastrointestinale Blutung • Makrohämaturie

zytopenische Blutung durch Knochenmarkinfiltration, disseminierte intravasale Gerinnung) oder Arrosionsblu-

tungen (Lungenblutung, gastrointestinale Blutung, Arterienruptur im HNO-Bereich usw.).



Prof. Dr. Reiner Hartenstein

Entscheidungshilfen zur Notfallbehandlung in der Palliativmedizin sind der geäußerte Wunsch des Patienten, eine entsprechende Patientenverfügung oder die Kenntnis des mutmaßlichen Willens des notfallmäßig Erkrankten bei Nicht-Ansprechbarkeit, die Verfügbarkeit einer Behandlungsoption zur Notfallbeseitigung, die Einschätzung des aktuellen Allgemeinzustands des Patienten im Rahmen der Notfallsituation, die Lebensqualität des Erkrankten vor dem Notfall,

die voraussichtliche Lebensdauer des Patienten vor Eintritt des Notfalls, die Erfolgsaussichten der Notfallbehandlung überhaupt sowie die mögliche Belastung des Sterbenskranken durch die Notfallbehandlung selbst.

Vor allem muß aber bei der Entscheidung zur Notfallbehandlung eine Abwägung zwischen dem medizinisch Machbaren und dem für den Patienten Sinnvollen („medical futility“) stattfinden und abhängig von der verfügbaren Zeit möglichst auch im Team der Behandelnden besprochen werden.

Für den Grenzbereich zwischen medizinisch Machbarem und für den Patienten Sinnvollem lassen sich keine allgemeingültigen Handlungsrichtlinien festlegen. Der bewußtseinsklare, informierte und aufgeklärte Patient selbst entscheidet, ob eine kausale oder eine lediglich symptombezogene Notfallbehandlung durchgeführt wird.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Reiner Hartenstein
4. Medizinische Abteilung
Städtisches Krankenhaus
München-Harlaching
Akadem. Lehrkrankenhaus d. Univers.
Sanatoriumsplatz 2
81545 München

Med-Report-Infodienst

12h-Hydromorphon:

Neues Referenzopioïd in der Tumorschmerztherapie?

Welche Eigenschaften sollte ein Opioid mitbringen für die Therapie chronischer Schmerzen? Frau Dr. Marianne Kloe vom Tumorzentrum Bochum definierte diese Eigenschaften anlässlich einer Pressekonferenz in Hamburg am 11. Juli 2000 wie folgt: eine gute orale Bioverfügbarkeit, eine ausreichende Wirkdauer, möglichst keine Wechselwirkungen mit anderen Pharmaka und möglichst keine aktiven Metabolite mit Kumulationstendenz. Alle diese Forderungen erfüllt das neue Opioid Hydro-

morphon, das nun seit ca. 1 Jahr als orale 12h-Formulierung zur Verfügung steht. Es hat im Vergleich zu allen anderen starken Opioiden mit ca. 8 % die deutlich geringste Plasmaproteinbindung.

Niedriges Potential von Arzneimittelinteraktionen

Daraus leitet sich ein niedrigeres Potential von Arzneimittelinteraktionen ab, was insbesondere bei multimorbiden Patienten vorteilhaft sein kann, da diese oft eine Polypharmakotherapie benötigen.

Palladon wirkt effektiv und rasch

In der kürzlich abgeschlossenen Anwendungsbeobachtung (8/99-6/00) an 603 Patienten konnte die Schmerzintensität im Durchschnitt von 6,9 NRS (11stufige Skala von 0 = kein Schmerz bis 10 = stärkste vorstellbare Schmerzen) auf 4,5 (Tag 3) bzw. 3,3 am 7. Behandlungstag gesenkt werden und das, obwohl der Großteil der Patienten mit Stufe-II- (47 %) bzw. Stufe-III-Opioiden (34 %) vorbehandelt war.

Effektive Schmerztherapie, die weniger belastet

Erzielt wurde diese Schmerzsensenkung mit einer mittleren Dosierung von nur 2 x 4 mg Palladon. Die opioidtypischen Begleiterscheinungen wie Müdigkeit, Übelkeit und Obstipation entwickelten sich unter der Therapie mit Palladon und einer gezielten Begleitmedikation sehr günstig: Klagten unter der Vortherapie knapp die Hälfte der Patienten unter diesen unerwünschten Symptomen, waren unter Palladon mehr als 80 % der Patienten ohne Beschwerden. Auch die Anzahl der benötigten Analgetika konnte im Vergleich zu Vortherapie bei besserer

Schmerzlinderung deutlich reduziert werden: Die Anzahl der Patienten, die drei Analgetika benötigten, halbierte sich annähernd (von 13 auf 7,1 %), die Patienten, die nur ein Analgetikum benötigten stieg hingegen um 17 % (von 41 auf 58 % der Patienten).

Parallel mit der guten Schmerzlinderung konnte auch die Lebensqualität deutlich gesteigert werden. So verbesserte sich unter der Therapie mit Palladon die schmerzbedingte Beeinträchtigung der allgemeinen Aktivität um mehr als 50 %, was auch die Lebensfreude und die Fähigkeit, soziale Beziehungen zu pflegen, nachvollziehbar positiv beeinflusst hat. □

Fortsetzung von Seite 4
Das Ehrenamt im Palliativ- und Hospizdienst

„normaler“ Welt und unserer Station. Sie sind Zeichen der Solidarität mit den Sterbenden, den Angehörigen, auch mit uns als hier Dienstuenden. Sie tragen Kompetenzen an Menschlichkeit, an Charisma ein, die nicht professionell ersetzt werden können. Das Bekenntnis zum Ehrenamt ist wahrhaftig.

Es kann nur in der ihr gebührenden Anerkennung stehen, wenn wir als Träger vor der Anwerbung von Ehrenamtlichen ganz klar wissen, was wir von ihnen im Rahmen unseres „Systems“ wollen. Wenn das in Grundstrukturen klar ist, suchen wir Ehrenamtliche, binden wir sie auch interdisziplinär ein, um den Ort und Ablauf ihres Einsatzes zu reflektieren. Fürsorgepflicht für die Sterbenden heißt, daß sie Ehrenamtlichen begegnen, die zu ihrem Wohl da sind. Sie sind nicht Profis, also in ihren

Kompetenzen auch deutlich anders als die pflegenden, seelsorgenden oder medizinischen Profis.
Die Fürsorgepflicht gegenüber den Ehrenamtlichen bedeutet, klar zu umschreiben, welches ihre Aufgaben auf der Station sein können. Zu diesen sind sie optimal zu befähigen und zu begleiten. Das muß dem Träger auch finanzielle Mittel wert sein. Die optimale Befähigung bringt eine Gradwanderung mit sich, denn wir machen den Ehrenamtlichen evtl. Lust auf quasi-profes-

sionelles Tun. Diese Gradwanderung ist immer im Blick zu halten, nicht um die Ehrenamtlichen damit klein halten zu wollen, sondern um den Dienst am Sterbenden zu optimieren. Fürsorge zeigt sich ebenso in den ganz selbstverständlich zu erwartenden Konfliktfällen zwischen Ehrenamt und Hauptamt, entsprechende Mittel des Konfliktmanagements bereit zu halten.
Fazit: Ehrenamt ist kein Alibi. Ehrenamt ist Bestandteil der Station und muß nach den Bedingungen vor Ort

beschrieben und konzipiert werden. Und wenn dann Konflikte sind, dann haben sie eine bessere Chance, gemeistert zu werden – letztlich zum Wohl derer, die nicht nur nach Konzept, sondern aus der Haltung unseres Dienstes hier im Mittelpunkt stehen: die Sterbenden und ihre Angehörigen.

Korrespondenzadresse:
Matthias Schnegg
An Lyskirchen 12
50676 Köln

Man kann diese Situationen in zwei Gruppen einteilen: Eine „primär“ palliative Situation ist gegeben bei Patienten in einer klinisch ausweglosen, aber behandlungsintensiven Situation, wie z. B. der terminalen respiratorischen Insuffizienz bei chronisch obstruktiver Atemwegserkrankung. Die dramatische Dyspnoe kann oft durch nicht-invasive Unterstützungsverfahren gelindert werden, sie erfordert aber geschultes Personal und entsprechendes Monitoring. Dies läßt sich in der Regel nur über eine Intensivstation rekrutieren. Erscheint die Belastung für den Patienten trotzdem unerträglich, kann man sich auch für eine maschinelle Beatmung in Narkose entscheiden, wissend, daß die Prognose für eine Entwöhnung vom Respirator sehr ungünstig ist.

Wesentlich häufiger entsteht die „sekundär“ palliative klinische Situation: Wegen eines ungünstigen Verlaufs wird in der Intensivmedizin die Entscheidung zu treffen sein, ob und wann und wie eine primär mit kurativem Anspruch begonnene Therapie in eine solche mit palliativem Anspruch verändert werden muß. In großen dokumentierten Patientenkollektiven steht man in 6-13 % der auf der Intensivstation behandelten Fälle vor einer solchen Situation. Ungeklärte Fragen machen diesen Weg für alle Beteiligten äußerst problematisch: Wann und wie erkennt man, daß ein Patient nicht zu retten sein wird? Ist eine Therapiebeschränkung (Withholding) oder ein Therapieabbruch (Withdrawing) juristisch und ethisch erlaubt? Verliere ich meine Glaubwürdigkeit als Intensivmediziner, wenn ich den kurativen Anspruch aufgebe? Wenn man die Therapie umstellt, wie geht man vor? Wie beendet man die kurative Behandlung? Darf man den Respirator ausstellen? In welcher Form das palliative Ziel in der Therapie umgesetzt wird, hängt im Einzelfall von der Erfahrung der beteiligten Ärzte ab. Die Nähe zu Formen der Sterbehilfe verunsichert häufig und kann dazu führen, daß die Behandlung, obwohl offensichtlich ohne

Intensiv- und Palliativmedizin – ein Widerspruch in sich?

A. van de Loo, Freiburg

Die Szenarien der modernen, hochtechnisierten Intensivmedizin und der Palliativmedizin stehen scheinbar an entgegengesetzten Polen des breiten Spektrums der heutigen Medizin. Jedoch findet man in der Intensivmedizin zahlreiche palliative Situationen, wenn man Palliativmedizin als aktive Therapie mit linderndem, aber nicht heilendem Anspruch definiert.

positive Perspektive, unverändert fortgeführt wird.

Rechtssprechung sorgte für mehr Klarheit

Die Rechtssprechung der vergangenen Jahre hat hier für mehr Klarheit gesorgt. So heißt es z. B. in einer Entscheidung des BGH: „...bestimmt nicht die Effizienz der Apparatur sondern die an der Achtung des Lebens und der Menschenwürde ausgerichtete Einzelfallentscheidung die Grenze ärztlicher Behandlungspflicht“ (BGH St 32, 367, 379). Besondere Bedeutung kommt in der neueren Rechtssprechung zudem der Erforschung des mutmaßlichen Willens des Patienten zu.

Für diesen äußerst problematischen Bereich liegen nur wenige offizielle Leitlinien der Fachgesellschaften vor. Folgendes Vorgehen soll zur Diskussion gestellt werden. Es führt nach den

Erfahrungen des Autors in der Praxis zu ärztlich und juristisch in der Regel korrekten Entscheidungen: Eine Entscheidung zur Beendigung einer Intensivtherapie mit kurativem Anspruch muß grundsätzlich jederzeit getroffen werden können. Am Anfang steht die sorgfältige Analyse der vital bedeutsamen Organsysteme: Neurologische Defizite, Ausmaß eines Kreislaufversagens, Verlauf der respiratorischen Situation, Vorliegen eines Leber- oder Nierenversagens, einer therapierefraktären Infektion oder einer Einschränkung der hämatopoetischen Leistung des Knochenmarks. Aus den hier gewonnen Informationen vermag der erfahrene Intensivmediziner die Prognose mit großer Sicherheit abzuschätzen. Für einzelne Bereiche wird der Rat eines Spezialisten hinzugezogen. Score-Systeme sind im intensivmedizinischen Einzelfall weniger hilfreich. Dann sollte man versuchen, im Gespräch

mit den Angehörigen den mutmaßlichen Willen des Patienten, welcher hier in der Regel nicht selbst befragt werden kann, zu ergründen. Eine vorliegende Patientenverfügung muß berücksichtigt werden.

In Zweifelsfällen „Ethik-Konsil“ heranziehen

In Zweifelsfällen kann ein spezialisiertes Team zur Beratung herangezogen werden („Ethik-Konsil“). Eine Entscheidung wird mit den Mitarbeitern der Station offen diskutiert. Bestehen Unsicherheiten bezüglich der Prognose, wird die Therapie mit kurativem Ansatz in keinem Fall beendet. Die endgültige Entscheidung zu einem Abbruch der Maßnahmen mit kurativer Intention und einer Überleitung in die palliative Therapie ist eine ärztliche. Sie fällt der fachlich zuständige, erfahrenste Chef- oder Oberarzt. Ist die Entscheidung getroffen, wird die sedierende (z. B. Midazolam i.v.)



Priv.-Doz. Dr. Andreas van de Loo

und analgetische (z. B. Alfentanil) Therapie in der Dosierung so erhöht, daß eine tiefe Narkose entsteht. Lebensverlängernde Maßnahmen werden beendet. Aus ethischer Sicht ist es möglich, die maschinelle Beatmung zu beenden. Für den Arzt, der die Extubation bei einem solchen Patienten vornehmen soll, ist dies jedoch eine erhebliche psychische Belastung.

Zusammenfassung: Der Übergang von einer kurativen in eine palliative Behandlungssituation ist in der modernen Intensivmedizin nicht selten. Dieser ärztlich, juristisch und ethisch problematische Grenzbereich erfordert intensive Diskussionen und Empfehlungen um eine sichere Entscheidungsfindung zu erleichtern.

Korrespondenzadresse:
Priv.-Doz. Dr. Andreas van de Loo
Universitätsklinikum Freiburg
Medizinische Universitätsklinik
und Poliklinik
Abt. Innere Medizin
Elsässer Str. 2m/Haus 1a
79110 Freiburg
vandeloo@Med1.Ukl.Uni-Freiburg.de

Med-Report-Infodienst

Wie sich die Schmerzchronifizierung verhindern läßt

Möglichst wirksame Präparate von Anfang an

Neue theoretische Erkenntnisse darüber, was im Organismus passiert, wenn akute Schmerzen chronifizieren, finden zur Zeit Eingang in die praktische Therapie. Inzwischen ist klar: Am besten läßt sich die Chronifizierung verhindern, wenn möglichst wirksame Präparate an den Anfang der Behandlung gestellt werden. Die Konsequenz daraus: Man muß das WHO-Stufenschema nicht immer mit Präparaten der Stufe I beginnen, sondern es ist – angepaßt an das Schmerzbild – auch ein Einstieg mit Stufe II oder sogar III möglich.

Dies war eine der Empfehlungen, die Schmerzforscher beim Deutschen Schmerztage 2000 in Frankfurt an ihre Kollegen in der Praxis weitergaben. Prof. Dr. Walter Ziegglängsberger vom Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München erläuterte, warum die rechtzeitige adäquate Therapie beim akuten Schmerz so wichtig ist.

Erstens ist es natürlich unethisch, Patienten unnötig leiden zu lassen. Zweitens kann nur die frühzeitige effektive Schmerzlinderung die Chronifizierung verhindern. Und es gibt sogar noch einen dritten wichtigen Grund, wenn sich neue experimentelle Daten bestätigen: nämlich die Nervenzellen vor dem Untergang zu bewahren.

Der Münchner Schmerzforscher berichtete über Untersuchungen, die den Schluß zulassen, daß ein extrem langer Schmerzreiz schließlich eine Apoptose der Neuronen induziert, die Zellen also in den Selbstmord treibt. Das heißt, eine wirksame frühzeitige Therapie hat wahrscheinlich zusätzlich noch einen neuroprotektiven Effekt.

Ganz besonders wichtig ist die frühzeitige Behandlung jedoch um zu ver-

hindern, daß sich ein Schmerzgedächtnis ausbildet. Nach wiederholter Reizung – es reichen schon 100 bis 150 Schmerzreize aus – kommt es am Hinterhorn im Rückenmark zu funktionellen und strukturellen Veränderungen, die denjenigen bei Lernprozessen im Gehirn sehr ähnlich sind. Dabei ändert sich auch die Genexpression, wie Ziegglängsberger auf einer vom Unternehmen Krewel Meuselbach unterstützten Veranstaltung erläuterte. Aufgrund dieser Veränderungen reagiert das Neuron schon auf sehr leichte Reize oder wird sogar „spontanaktiv“. Bereits Bewegungen von Haaren oder leichte Berührungen reichen aus, um den Patienten starke Schmerzen empfinden zu lassen. Sogar ohne den Input eines Reizes können Schmerzempfindungen auftreten.

Sowohl die Chronifizierung als auch der Selbstmord der Neuronen werden zusätzlich gefördert, wenn zu den starken Schmerzreizen noch Stressfaktoren hinzu kommen, etwa die Cortisol-Spiegel hoch sind. Besonders gefährdet, zu chronischen Schmerzpatienten zu werden, sind daher z. B. Personen, die bereits dem Streß vieler Operationen ausgesetzt

waren. Umgekehrt läßt sich die Streßreduktion aber auch nutzen, um die Chronifizierung zu verhindern. Ziegglängsberger: „Vergessen Sie über der medikamentösen Behandlung nicht das Gespräch mit dem Patienten als sehr wirksames Anti-Streßmittel“ – und damit auch als Anti-Chronifizierungsmaßnahme.

Hat sich erst einmal ein Schmerzgedächtnis ausgebildet, ist es schwierig, es wieder zu löschen. Antiepileptika können die Spontanentladungen dämpfen. Die Hyperaktivität verringern auch andere Wirkstoffe, die den Ionenaustausch an der Zellmembran verändern. Der „Goldstandard“ seien aber nach wie vor die Opiode, sagte Ziegglängsberger. Diese Substanzen wirken sowohl prä- wie auch postsynaptisch.

Sie senken die Freisetzung des Neurotransmitters Glutamat, die K⁺-Kanäle werden geöffnet und der Ca²⁺-Einstrom an der postsynaptischen Zelle wird verringert. So wird die Erregung gedämpft, was schließlich langfristig sogar die Genexpression wieder verändern kann und möglicherweise so sogar zu einem langsamen „Verblassen“ des Schmerzgedächtnisses führt. □

Erstmals Förderpreis „Palliativmedizin“

In diesem Jahr wurde erstmals der von der Mundipharma GmbH (Limburg/Lahn) gestiftete und mit 10.000 DM dotierte Förderpreis „Palliativmedizin“ vergeben. Diese Preisstiftung ist eine weitere Initiative von Mundipharma im

Engagement für die Palliativmedizin in Deutschland.

Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Prof. Dr. Eberhard Klaschik, übergab die Auszeichnungen im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung. Dr. Hans-Joachim Möhle, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krebs-

hilfe, nahm den Sonderpreis 1999 für die Deutsche Krebshilfe e. V. entgegen, die für ihr langjähriges und weitblickendes Engagement in der Palliativmedizin ausgezeichnet wurde.

Den Preis für das Jahr 2000 nahmen Dr. Rainer Sabatowski, Dr. Lukas Radbruch, Dr. Georg Loick, Dr. Thomas Meuser und Prof. Dr. Klaus Lehmann von der Universität Köln sowie Friedemann

Nauck vom Malteser Krankenhaus Bonn für ihre Arbeit „Entwicklung und Stand der stationären palliativmedizinischen Einrichtungen in Deutschland“ entgegen. Sie faßt die Ergebnisse einer bisher einmaligen deutschlandweiten Be-

fragung von 50 Palliativstationen und 64 Hospizen zusammen, bei der deutlich wurde, daß es noch erhebliche Defizite nicht nur bezüglich der Zahl der Betten und Einrichtungen sondern auch im Hinblick auf die Qualität der dort angebotenen Leistungen gibt. Die Umfrage ist die Grundlage für das erste Verzeichnis palliativmedizinischer Einrichtungen in Deutschland.

Bewerbungen für den Förderpreis „Palliativmedizin“ für das Jahr 2001 können noch bis zum 31.12.2000 eingereicht werden. Die Ausschreibungsunterlagen sind anzufordern bei Prof. Dr. E. Klaschik, Malteser Krankenhaus, von-Hompesch-Str. 1, 53123 Bonn. □



Große Unterschiede in Europa

F. Nauck, Bonn

Hospizarbeit und Palliativmedizin haben sich in Europa in den vergangenen zehn Jahren rasch, jedoch inhaltlich z. T. sehr unterschiedlich entwickelt. Im stationären Bereich etablierten sich Hospize und Palliativstationen, die in Großbritannien im Gegensatz zu Deutschland beide von Ärzten geleitet werden und sich in ihrem Aufgabengebiet kaum unterscheiden.

In Großbritannien wurde die Palliativmedizin bereits 1987 als Fachdisziplin anerkannt. Heute existiert dank 212 Palliativstationen und Hospizen, 21 Kinderhospizen, und insbesondere den 339 Konsiliardiensten (Hospital Support Teams) eine flächendeckende stationäre palliativmedizinische Versorgung. Außerdem sind in Großbritannien 243 Tageshospize und 433 ambulante Dienste registriert.

Bei der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung gibt es nicht nur in Deutschland große Unterschiede hinsichtlich der Leistungsangebote und ihrer Qualität. Das Spektrum reicht von ehrenamtlicher Sterbegleitung bis zu hochqualifizierten ambulanten palliativmedizinischen Diensten.

Einen Überblick über das quantitative Leistungsangebot gibt obige **Tabelle**.

Strukturierte Fort- und Weiterbildung nach einem Curriculum für Palliativ Care bzw. -medizin ist in vielen Ländern eine Rarität. Wird sie überhaupt angeboten, dann meist durch Hospiz- und Palliativinitiativen, ohne jedoch obligatorischer Teil der Ausbildung von Medizinern und dem Pflegepersonal zu sein. Lehrstühle bzw. (Stiftungs-)Professuren für Palliativmedizin gibt es in Großbritannien, Schweden, Norwegen, Deutschland und demnächst in den Niederlanden.

Die Entwicklung der Palliativmedizin in Europa wird auch an der sprunghaften

Zunahme der Mitglieder der European Association for Pallitiv Care (EAPC) sichtbar. Im Jahre 2000 gehörten ihr

bereits 23 nationale Palliativgesellschaften mit zusammen mehr als 30.000 kollektiven Mitgliedern an. Ziel der

EAPC ist neben der Veranstaltung von Kongressen, dem Knüpfen von Netzwerken und der Unterstützung bei der

Land	Palliativ- und Hospizbetten pro 1 Mio Einwohner	Ambulante Dienste pro 1 Mio Einwohner
Großbritannien	53	6,8
Spanien	20	?
darunter Katalonien	58	7
Niederlande	?	13
Deutschland	12	0,28

Etablierung von Hospizarbeit und Palliativmedizin die Entwicklung eines möglichst europaweit einheitlichen Verständnisses von Palliativmedizin.

Korrespondenzadresse:
Friedemann Nauck
Zentrum für Palliativmedizin
Malteser Krankenhaus
von-Hompesch-Str. 1
53123 Bonn
dgp-bonn.mtg@clinet.de



Friedemann Nauck

Ankündigung

4. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin mit Fortbildungsakademie

Qualität und Fortschritt in der Palliativmedizin

10. bis 13. Oktober 2002
in München

Kongreßpräsident:
Prof. Dr. Reiner Hartenstein,
München
Tel.: 089 / 6210-2731
Fax: 089 / 6210-2443
Internet: www.palliativmedizin2002.de

Kongreßorganisation:
P & R Kongresse GmbH
Bleibtreustr. 12A, 10623 Berlin
Tel.: 030 / 8851-027
Fax: 030 / 8851-029
info@pr-kongresse.de

Wegen und Möglichkeiten, die Defizite in der Palliativmedizin zu überwinden, waren das Thema einer öffentlichen Podiumsdiskussion zum Abschluß des zweiten Kongreßtages.

Bevor „tagesthemen“-Moderator Ulrich Wickert anderen das Wort gab, verlas er eine Nachricht: „Das Recht des Patienten auf palliativmedizinische Betreuung ist seit dem 9. Juni gesetzlich verankert. Der Gesetzgeber gibt eine einleitende Definition der Palliativpflege und legt die Verpflichtung der an der Krankenversorgung teilnehmenden Krankenhäuser und Kliniken fest, eine angemessene Schmerzbehandlung sowie den Zugang der Patienten zur Palliativpflege zu sichern. Besondere finanzielle Dispositionen für die Hauspflege werden angekündigt ... Jeder Arbeitnehmer hat seit dem 9. Juni Anrecht auf einen dreimonatigen unbezahlten Urlaub zur Sterbebegleitung von Verwandten ersten Grades und jeder anderen in seinem Haushalt lebenden Person.“ Und dann löste Wickert das Rätsel durch die Mitteilung, daß dieses Gesetz 1999 in Frankreich erlassen wurde.

Wie es – bestenfalls – hierzulande aussieht, schilderte anschließend Silvia Scheepstra, deren Vater, erst 58 Jahre alt, im April dieses Jahres an Darmkrebs gestorben ist: Als sich sein Zustand immer weiter verschlechterte, wollte er keine Behandlung mehr, gab den Angehörigen zu verstehen, daß er zu Hause sterben möchte. Sie wollten ihm diesen Wunsch gern erfüllen, doch stellte sie die Pflege des Todkranken immer wieder und oft auch plötzlich vor völlig neue Situationen und Probleme. „Glück-

Öffentliche Podiumsdiskussion über Defizite in Deutschland

Palliativmedizin ist nicht billig, aber preiswert

licherweise haben wir zu diesem Zeitpunkt erfahren, daß es SUPPORT gibt“, sagte Frau Scheepstra und erläuterte, was dieses Modellprojekt zur palliativmedizinischen Rund-um-die-Uhr-Versorgung in Südniedersachsen auszeichnet. Das Wichtigste, so betonte sie, ist, „daß der Patient im Mittelpunkt steht, seine Lebensqualität, seine Wünsche und Bedürfnisse, zuallererst Schmerzfreiheit“. Deshalb erwarte sie von Politikern, Krankenkassen und den anderen Entscheidungsträgern, daß SUPPORT nicht nur erhalten bleibt, sondern daß dieses Versorgungskonzept auch in anderen Gegenden eingeführt wird.

Diesem Wunsch schloß sich der Vorsitzende der KV Niedersachsen, Dr. Gramsch, nachdrücklich an. Er hob hervor, daß sich dem SUPPORT-Projekt unerwartet viele Hausärzte angeschlossen haben. Kongreßpräsident Prof. Dr. Kettler unterstrich die Bedeutung des ganzheitlichen Ansatzes der Palliativmedizin. Sie müsse wirklich zum Anliegen der ganzen Gesellschaft werden. DGP-Präsident Prof. Dr. Klaschik verwies darauf, daß es beim Ausbau entsprechender Konsiliardienste möglich würde, daß 50-70 % der Patienten zu Hause sterben. „Palliativmedizin ist nicht billig, aber preiswert“, betonte er. Als Präsidentin der Deutschen



Silvia Scheepstra schilderte am Beispiel ihres Vaters das Wirken von SUPPORT

Krebshilfe e.V. konstatierte die Thüringer Wissenschaftsministerin Prof. Dr. Schipanski „großen Nachholbedarf“. Noch immer fehlten fast 3500 Palliativbetten. Sie sehe in drei Richtungen Handlungsbedarf: Erstens müsse der Auf- und Ausbau von Palliativstationen

und Hospizen vorangetrieben werden, zweitens müßten viel mehr Ärzte lernen, Palliativmedizin umzusetzen, und drittens müßten die ambulanten Dienste gestärkt werden. Palliativmedizin sollte nicht nur in speziellen Stationen geleistet werden, sondern auch Einzug halten in internistischen, chirurgischen, geriatrischen und intensivmedizinischen Abteilungen.

Der Präsident der Ärztekammer Niedersachsen, Prof. Dr. Eckel, unterstrich insbesondere die Notwendigkeit, daß Palliativmedizin obligatorischer Teil der ärztlichen Ausbildung wird. Dafür müsse die Approbationsordnung geändert werden, doch die Novellierung liege auf Eis. Die Ärztekammer werde sich bemühen, palliativmedizinische Weiterbildung möglichst vielen Ärzten vieler Fächer zu Teil werden zu lassen. „Wie können Ministerien – Dienstämter – einer Bürgerbewegung dienen?“, fragte der ehemalige Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V., H. Pera. Seiner Meinung nach kommt es darauf an, viele Wege zu beschreiten, solche wie SUPPORT, aber ebenso der Hospizpflege.

In Vertretung von Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer versicherte Ministerialrat Baum, daß die Führung des Ministeriums der Palliativmedizin

große Bedeutung beimesse. Durch Projektmittel habe man den Aufbau von 18 Palliativstationen gefördert und auch SUPPORT unterstützt, weil man dieses integrative Projekt für zukunftsweisend halte. Man könne aber „nicht die Bundeswehr ausschicken“, um Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhäuser zu veranlassen, Finanzstrukturen zu schaffen, die erforderlich sind, um solche Projekte dauerhaft zu sichern. Leider verbiete es der föderale Staat, mehr zu tun. Das Sozialgesetzbuch sehe auch keine Möglichkeit vor, bestimmte medizinische Disziplinen besonders zu fördern.

Das löste nicht nur im Publikum, sondern auch auf dem Podium Unmut aus. So äußerte KV-Chef Gramsch, die Gesundheitspolitik sei „eher bestrebt fiskalische Probleme zu lösen als Probleme der Patienten“. Sie scheue sich, die Frage zu beantworten, was der Bürger künftig noch von der GKV bezahlt bekommt. Ärztekammerpräsident Prof. Eckel bezeichnete die Budgetierung als „Antwort von gestern auf die Probleme von morgen“. Und Prof. Schipanski forderte Krankenkassen, deren angekündigte Sprecher verunfallt bzw. plötzlich erkrankt und deshalb abwesend waren, sowie Ärzte- und Krankenhausvertreter auf „über den Tellerrand zu schauen“. Kongreßpräsident Prof. Kettler regte an, unter Leitung des BMG eine Art „Task Force“ aller einzuberufen, die für Palliativmedizin Verantwortung tragen müßten. Doch der Ministeriumsvertreter hält das für ausgeschlossen. Schließlich lebe man nicht in Frankreich. Leider.

C.D.

Med-Report-Infodienst

Jüngste Anwendungsbeobachtung mit MST® Retard-Granulat belegt effektive Schmerzreduktion bei guter Verträglichkeit

Sondenpatienten profitieren von einfacher Handhabung innovativer Morphinzubereitungen

Auch für multimorbide Patienten mit chronischen Schmerzen im Tumor- und Nichttumor-Bereich gibt es hochwirksame retardierte Morphinpräparate, die in patientenfreundlichen Zubereitungsformen vorliegen und somit die Compliance wesentlich erhöhen. Das belegt eine aktuelle Anwendungsbeobachtung, bei der die Wirksamkeit, Verträglichkeit und Handhabbarkeit von MST® Retard-Granulat getestet wurde. Das Analgetikum wird 2x täglich verabreicht (Wirkdauer: 12h) und als trinkbare Retard-Suspension in Wasser aufgeschwemmt. MST® Retard-Granulat ist für die Sondengabe geeignet und zusätzlich streu-

fähig (z. B. über weiche Nahrung wie Joghurt); es ist in den Wirkstärken 20/30/60/100 und 200 mg erhältlich.

Bei der multizentrischen Anwendungsbeobachtung wurde im Beobachtungszeitraum von einer Woche ein Kollektiv von 637 Patienten mit starken andauernden Schmerzen untersucht. 66,3 % der Patienten waren bereits analgetisch vorbehandelt, die meisten davon mit Stufe-II-Opioiden. Im Versuchsverlauf wurde bei den Patienten die mittlere Schmerzintensität mit Hilfe einer elfstelligen Numerischen Rating-Skala (NRS) ermittelt (NRS=0 kein Schmerz; bis 10=stärkste vorstellbare

Schmerzen).

Bei rund 70 % der Patienten verbesserte sich die mittlere Schmerzintensität nach einer Woche von 7 (Medianwert) auf ein Niveau unter 3 auf der Schmerzskala. Die Schmerzreduktion lag somit bei deutlich über 50 %. Bei weiteren rund 24 % der Patienten wurde die Schmerzsituation verbessert, d. h. es trat eine Schmerzreduktion auf Werte über 3 ein. Die Beeinträchtigung von Lebensbereichen wie Stimmung, Schlaf und Lebensfreude reduzierte sich im Therapieverlauf deutlich um zwischen 1,8 und 3,5 Punkten. Dieser Effekt war am stärksten im Bereich des Nacht-

schlafes mit einer Absenkung der Werte auf 3,4 Punkte.

MST® Retard-Granulat ist auch geeignet für Patienten mit Sonden oder Schluckschwierigkeiten (z. B. nach Resektionen oder aufgrund von Tumoren, die die Nahrungswege verlegen). Die Wirksamkeit und Verträglichkeit nach Sondengabe unterschied sich nicht von der nach oraler Gabe, wobei 96,3 % der Anwender die Handhabung von MST® Retard-Granulat mit „gut“ beurteilten und 77,2 % eine Wirkdauer von zwölf Stunden und mehr angaben. Das Präparat zeichnete sich durch eine gute Verträglichkeit aus, denn obwohl opioidtypische Begleitsymptome (Obstipation, Müdigkeit, Übelkeit, Erbrechen) auftraten, lag die Inzidenz an nebenwirkungsbedingten Therapieabbrüchen bei nur 1 %.

□

dieses Präparat bei Knochenschmerz „bevorzugt“ anzuwenden. „Wegen der guten Analgesie, der zusätzlichen antipyretischen Eigenschaften und der geringen Beeinflussung der Thrombozytenfunktion hat Metamizol einen hohen Stellenwert in der Tumorschmerztherapie bei Kindern“, hoben R. Sittl et al. in Fortschritte der Medizin (1998/15) hervor. Es ist für Kinder ab 3 Monaten zugelassen und wird von Aventis als Novalgin® nicht nur als Filmdoublets und Injektionslösung, sondern auch als Zäpfchen für Erwachsene und Kinder sowie als Tropfen angeboten. Letztere sind für Säuglinge und Kleinkinder bis zu drei Jahren die einzige indizierte orale Applikation. In diesem Zusammenhang sei darauf verwiesen, daß Aventis seit kurzem Novalgin®-Tropfen auch in einer 100-ml-Flasche als N3-Packung anbietet, was dem Tumorschmerzpatienten bei Dauermedikation die doppelte Zuzahlung für N2-Packungen erspart.

□

Novalgin®-Tropfen jetzt auch als 100-ml-Packung N3 verfügbar

Metamizol in der Tumorschmerztherapie

In der Behandlung von Patienten mit Tumorschmerzen hat Metamizol (Novalgin®) seit Jahren einen festen Platz. Das Pyrazolonderivat findet als hochwirksames nichtsaures antipyretisches Analgetikum in allen drei Stufen des WHO-Therapieschemas Anwendung, nicht zuletzt auch bei Kindern. Metamizol gilt in Deutschland als wichtigstes nichtopioidales Analgetikum in der Tumorschmerztherapie. Zu den Vorzügen des Wirkstoffs gehört, daß er frei von gastrointestinalen Nebenwirkungen z. B. der Antirheumatika ist und auch die Blutgerinnung nicht beeinflusst.

Der Wirkmechanismus von Metamizol ist noch nicht vollständig aufgeklärt, doch weisen Untersuchungsergebnisse darauf, daß Metamizol und sein pharmakologisch wirksamer Hauptmetabolit

4-N-Methylaminoantipyrin (MAA) sowohl über einen zentralen als auch einen peripheren Wirkmechanismus verfügen. Metamizol wird nach oraler Gabe vollständig zu MAA hydrolysiert, dessen Bioverfügbarkeit bei ca. 90 % liegt, wobei sie bei oraler Gabe etwas höher ist als bei parenteraler Gabe.

Eine deutliche analgetische Wirkung von Metamizol setzt im Allgemeinen nach 30 bis 60 Minuten nach oraler und etwa 30 Minuten nach parentaler Gabe ein und hält etwa vier Stunden an. Die Einzeldosierung bei Erwachsenen beträgt in der Regel zwischen 500 und 1000 mg Metamizol-Natrium. In der Regel sollten 5 g/Tag bzw. 70 mg/kg Körpergewicht in 24 Stunden nicht überschritten werden. Bei parentaler Applikation erhalten Erwachsene und

Jugendliche ab 15 Jahren im allgemeinen Einzeldosen von 1 bis 2,5 g, jüngere Kinder und Säuglinge von 6 bis 16 mg pro kg Körpergewicht.

Das starke Analgetikum wirkt laut H. Broer und H. G. Schnürc (Gynäkologie 1997/30) „spasmolytisch mit guten Effekten bei viszerale Schmerzen z.B. Kapselspannungsschmerz, Koliken und Spasmen des Gastrointestinaltrakts und der ableitenden Harnwege“. Auch E. Heidemann (Internist 1999/40) nennt es als Mittel der Wahl bei Koliken der Hohlorgane. Während Broer und Schnürc betonen, daß Metamizol „ebenfalls effektiv gegen ossäre Schmerzen“ ist, rät T. Schlunk vom Interdisziplinären Tumorzentrum Tübingen in seinen Empfehlungen zur Schmerztherapie bei Tumorkranken,

**Blackwell
Wissenschaft**

Med-Report

Herausgeber und Verlag: Blackwell Wissenschafts-Verlag GmbH
Kurfürstendamm 57
D-10707 Berlin
Telefon 030 / 32 79 06-32
Telefax 030 / 32 79 06-42
e-mail: medreports@blackwis.de
Internet: http://www.blackwell.de

Geschäftsführung:
Dr. Anne Lütcke
Michael Brielaier

Chefredaktion:
Dr. Beata Dümde
Redaktion:
Dr. Claus Dümde
Dr. Susanne Schelosky-Lauß

Anzeigen: Blackwell Wissenschafts-Verlag GmbH
Jutta Weber-Pianka
Tel.: 030 / 32 79 06-30
Fax: 030 / 32 79 06-42
e-mail: anzeigen@blackwis.de

Verlagsrepräsentanz:
Rosi Braun
Postf. 13 02 26
D-64242 Darmstadt
Tel.: 0 61 51 / 5 46 60
Fax: 0 61 51 / 59 56 17
e-mail: rbraunwerb@aol.com

z.Zt. gültige
Anzeigenpreisliste 14/2000
ISSN 0934-3148

Die Beiträge im „Med-Report-Infodienst“ gehören nicht zum wissenschaftlichen Programm. Für ihren Inhalt sind allein die jeweiligen Autoren bzw. Institutionen oder Unternehmen verantwortlich.

Nr. 36 / 24. Jahrgang
Berlin, im Oktober 2000

b

Aufklärung und Hoffnung – ein Widerspruch?

H. W. Kappauf, Nürnberg

Der sterbende Mensch ist die Kränkung des technologischen Machbarkeitsanspruches unserer „aufgeklärten“ Gesellschaft, die dahingehend ihre größte Hoffnung in die moderne Medizin setzt – eine Hoffnung, die Grenzen der Machbarkeit von Leben und Überleben zu erweitern. Aufklärung von Patienten über eine unheilbare Krankheit und Sprechen über Todesbedrohung und Sterben werden somit in einer auf Heilung und Kampf gegen den Tod ausgerichteten Medizin zu schwierigen Aufgaben. In der patientenorientierten palliativmedizinischen Begleitung Schwerkranker ist aber Aufklärung eine Notwendigkeit und Hoffnung eine therapeutische Aufgabe.

„Den Tod verkünden heißt den Tod geben“ (Hufeland)

Schon Hippokrates riet Ärzten, sich von unheilbar Kranken fernzuhalten, nicht mit ihnen zu sprechen. Diese Forderung basiert wohl einerseits auf einem Selbstverständnis des Arztes als Heiler, andererseits vielleicht auch auf einem professionellen Sicherheitsbedürfnis. Denn Ärzte mußten in der Medizingeschichte nicht selten für den Tod ihrer Patienten sogar mit ihrem Leben büßen.

Vor diesem kulturellen Hintergrund konnte sich eine offene ärztliche Kommunikation mit Todkranken nicht entwickeln. Die positive Bewertung von Hoffnung war dagegen in unserer abendländischen Kultur fest imprägniert, zum Beispiel mit dem biblischen „Die Hoffnung aber läßt uns nicht zuschanden werden“ (Römerbrief 5;5). Hoffnung wird hier als Haltung, als Zustand formuliert. Prof. Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1836), der nicht zuletzt als Direktor der Berliner Charité die moderne westliche Medizinentwicklung sehr beeinflusst hat, versteht Hoffnung ganz anders: „Schlaf und Hoffnung sind die beiden besten Elixiere“, schreibt er



Dr. Herbert W. Kappauf

1796 in „*Makrobiotik oder die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern*“. Hoffnung wird von ihm dabei einerseits auf die Überlebenszeit bezogen und andererseits als Wirkstoff verstanden, den man eben analog zum Schlafmittel ärztlicherseits geben, vorenthalten oder wegnehmen kann. Hufeland wird jedoch ebenfalls der Ausspruch zugeschrieben: „Den Tod verkünden, heißt den Tod geben.“

In diesem Verständnis sind Hoffnung und die Aufklärung von Patienten über eine unheilbare Krankheitssituation in der Tat unvereinbar. Ärztlicherseits wurde in der Tat eine offene Kommunikation über infauste Diagnosen und Prognosen bis vor etwa 30 Jahren allgemein als *unethisch* abgelehnt, um nicht Hoffnung zu nehmen. Nach aktuellen Veröffentlichungen rechtfertigen so aber auch heute noch viele Ärzte ihre Tabuisierung des Themas Sterben und Tod. Sie sehen eine wesentliche berufliche Aufgabe darin, ihren Patienten im

Hufelandschen Verständnis Hoffnung „einzufußeln“.

Enttäuschte Hoffnung auf Heilung ist noch keine Hoffnungslosigkeit

In der gegenwärtigen wissenschaftlichen Diskussion kommt Hoffnung ernsthaft

meist nur in ihrer Negation vor: als Hoffnungslosigkeit, das bisher einzige Muster der Krankheitsauseinandersetzung, das in vielen Krankheitssituationen recht schlüssig abgesichert mit einer schlechteren Prognose korreliert. Davon ausgehend ziehen viele medizinische

Ratgeber und Laienmedien den unzulässigen und empirisch nicht belegten Umkehrschluß, indem sie der Hoffnung eine Prognoseverbesserung im Sinne höherer Heilungschancen zuschreiben. „Wieder gesund werden“ und „Prognose Hoffnung“ lauten dementsprechend die

deutschen Titel amerikanischer Bestseller-Sachbücher. Damit wird Hoffnung reduziert auf eindimensionales *positives Denken* und eine *Erfolgsethik*, bei der ein Mißerfolg Hoffnung ausschließt. Schwerkranken, deren legitime Hoffnung auf Heilung und Genesung enttäuscht wird, sind deshalb nicht notwendigerweise hoffnungslos, sondern in ihrem Krankheitserleben gewinnen andere Hoffnungen an Bedeutung.

In der Medizin bezieht sich *Aufklärung* auf Seite 12

Jeder unheilbar kranke Krebspatient hat ein schweres Einzelschicksal, das mit großen Leiden, Ängsten und Schmerzen verbunden ist“, leitete „tagesthemen“-Moderator *Ulrich Wickert*, der sich als Schirmherr des SUPPORT-Projekts der Ärztekammer Niedersachsen für die Palliativmedizin engagiert, sein Statement ein. Jedes dieser Schicksale, das jeden treffen kann, sei ein individuelles Drama, für den Patienten wie für dessen Angehörigen. „Trotzdem haben Krebspatienten hierzulande keine Lobby“, beklagte er. „Während wir für alle möglichen Krankheiten und Wehwehchen wirksame Mittel und Behandlungen angeboten bekommen, können vor allem unheilbar Krebskranke nicht unbedingt darauf vertrauen, eine optimale Therapie zu erhalten, die ihre Schmerzen lindert und ihnen ein Leben und Sterben in Würde ermöglicht.“ Für Gesunde gebe es „Wellness“-Angebote wie „Sand am Meer“, aber effiziente Betreuungsmöglichkeiten für Todkranke müsse man suchen wie die „Stecknadel im Heuhaufen“. „Es wird Zeit, daß dieser Mißstand zum öffentlich diskutierten Thema wird“, betonte Wickert. „Unsere Gesellschaft muß sich verstärkt gerade um diejenigen Menschen kümmern, die ihr nicht mehr lange angehören werden.“

Kongreßpräsident *Prof. Dr. Dr. Dietrich Kettler* verwies darauf, daß der Begriff Palliativmedizin auf das lateinische *pallium* (Mantel) zurückgeht und definiert wird als „Behandlung von Patienten mit aktiver, progredienter und bereits weit fortgeschrittener Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist.“ Von herausragender Bedeutung seien die adäquate Schmerztherapie und Symptomkontrolle sowie die ganzheitlich ausgerichtete Betreuung und Begleitung für den Patienten und sein soziales Umfeld. Darin, daß Palliativmedizin ihr Hauptaugenmerk auf die Beseitigung oder zumindest weitgehende Linderung von Symptomen und auf die Begleitung und Betreuung auch der unheilbar Kranken lenkt „manifestiert sich quasi ein dringend erforderlicher Paradigmenwechsel der Medizin“, betonte er.

„Als weiterer elementarer Baustein der Palliativmedizin gilt die offene Kom-

Pressekonferenz zu Defiziten und Perspektiven der Palliativmedizin

Ein Paradigmenwechsel ist nötig

Wie notwendig ein gesellschaftliches Engagement für die Behandlung und Begleitung Schwerstkranker bis zum Ende ihres Lebens ist, was dafür bereits getan wird und was zu tun bleibt, stand im Mittelpunkt einer gut besuchten Pressekonferenz am 2. Kongreßtag.

munikation mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowohl bei der Übermittlung schlechter Nachrichten als auch bei Hilfestellungen zur Trauerarbeit“ legte Kettler dar. „Mittlerweile hat sich die *Krisenintervention* im Sinne einer physischen und psychischen Stabilisierung von Krebspatienten als ein weiterer Arbeitsschwerpunkt herauskristallisiert, um damit die Rehabilitation des Kranken in seinem persönlichen Lebensraum zu ermöglichen.“ Neben die medizinische Therapie trete gleichwertig die psychosoziale und spirituelle Betreuung sowohl der Patienten als auch ihrer Angehörigen. Über allem stehe schließlich eine umfassende und ganzheitliche Krankenpflege.

Palliativmedizin vielerorts noch in den Anfängen

Obwohl es im Rahmen der 2. Stufe des „Modellprogramms der Bundesregierung zur besseren Versorgung von Krebs-

patienten“ zu einem Gründungsanstoß von Palliativstationen gekommen ist, stecke die Palliativmedizin in Deutschland vielerorts nach wie vor in den Anfängen, betonte Kettler. „Die ‚palliative Landkarte‘ zeigt noch große regionale Unterschiede.“ So streben zwar einige Bundesländer, so Nordrhein-Westfalen, eine flächendeckende palliativmedizinische Versorgungsstruktur an: im europäischen Vergleich nehme der Entwicklungsstand der deutschen Palliativmedizin quantitativ aber nach wie vor nur eine bescheidene Randposition ein. „Hier zeigt sich für Deutschland ein enormer Handlungsbedarf sowohl in der Etablierung weiterer Institutionen als auch in der bisher kaum existenten wissenschaftlichen Aufarbeitung: zahlreiche Fragestellungen zur Behandlung von unheilbaren Tumorkranken“, hob er hervor. Die Versorgung von Tumorkranken im Endstadium könne erst dann signifikant verbessert werden, „wenn es gelingt,

praktikable, effektive und tragfähige Behandlungskonzepte anzubieten und diese auch im akademischen Unterricht sowie in der Pflegeausbildung zu vermitteln“.

Kettler verwies darauf, daß vielerorts Anästhesiologen direkt oder über angegliederte anästhesiologische Schmerzambulanzen (Bonn, Köln, Göttingen) maßgeblich zur Entwicklung der deutschen Palliativmedizin beigetragen haben. Einrichtung und Betrieb von Palliativstationen seien jedoch keine originären Aufgaben eines speziellen Fachgebietes: „Wichtiger als die Zuordnung zu einer bestimmten Abteilung ist aber die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller relevanten Fachabteilungen des betreffenden Krankenhauses und vor allem auch die Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten.“

Die Palliativmedizin in Deutschland sei zwar in Bewegung geraten, sagte *Prof. Dr. Eberhard Klaschik*, Präsident der



Pressekonferenz mit Prof. Dr. Eberhard Klaschik, Gerda Graf, Prof. Dr. Dr. Dietrich Kettler, Ulrich Wickert, Dr. Eva Kalbheim-Gapp, Prof. Dr. Heyo Eckel (von rechts nach links)

DGP. Dies dürfe jedoch nicht darüber hinweg täuschen, „daß der gegenwärtige Stand der Versorgung Schwerkranker und Sterbender in Deutschland immer noch völlig unzureichend ist“. Er verwies insbesondere auf folgende Fakten:

- Rund drei Viertel aller Patienten, die an den Folgen ihrer Tumorerkrankung sterben, leiden während ihres letzten Lebensjahres an zum Teil unerträglichen Schmerzen, die von den behandelnden Ärzten oft nicht adäquat behandelt werden.
- Weil es vielen Ärzten an palliativmedizinischem Grundwissen fehlt, erfolgt auch die „Kontrolle“ anderer körperlicher Symptome überwiegend nach dem „trial and error“-Prinzip.
- Bei der Verarbeitung ihrer psychischen, sozialen und seelischen Nöte werden die Patienten und deren Angehörige weitgehend im Stich gelassen.
- Viele Ärzte haben keine klaren Vorstellungen vom Sterben und wissen meist nicht, daß sterbende Menschen fachkundige Hilfe benötigen.
- Die ambulante palliativmedizinische Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen ist trotz zahlreicher ambulanter Dienste immer noch völlig unzureichend.
- Die stationäre Versorgung dieser Patientengruppe wird insbesondere von den deutschen Universitäten fast völlig vernachlässigt.
- Ausbildungsangebote für Studenten sind eine Rarität und bisher nur an wenigen Universitäten realisiert.
- Fortbildungskurse für Ärzte und Krankenpflegepersonal gibt es ebenfalls nur in wenigen Städten.
- Forschung auf dem Gebiet der Palliativmedizin gibt es in Deutschland bisher fast überhaupt nicht.

„Für die Zukunft werden deshalb in Deutschland neue Konzepte benötigt, um alle in die medizinische Behandlung involvierten Berufsgruppen – insbesondere Ärzte und Krankenpflegepersonal – in die Lage zu versetzen, Palliativmedizin anzubieten“, betonte Klaschik. Um der Palliativmedizin in Deutschland den Stellenwert zu verschaffen, der ihr zukommt, müßten allerdings nicht nur Pflegekräfte und Ärzte sowie deren Standesorganisationen, sondern auch die Bevölkerung, Politiker und Kostenträger

Fortsetzung auf Seite 11

Med-Report-Infodienst

Opiode – essentieller Bestandteil der Rheumatherapie

Vorteile von Valoron® N retard bei multimorbiden Patienten

Bei der chronischen Polyarthritiden sind für den Patienten die Schmerzen primäres Symptom des Krankheitsgeschehens. „Angesichts der heutigen Kenntnisse über die Schmerzchronifizierung ist es jedoch nicht mehr vertretbar, die Schmerzintensität monatelang als Maßstab für die Wirksamkeit einer antirheumatischen Therapie heranzuziehen, ohne schmerztherapeutisch einzugreifen“, betonte *Dr. med. Gerhard Müller-Schwefe*, Göppingen, Tagungspräsident des Symposiums Schmerz und Rheuma. „Wir sind verpflichtet, frühzeitig eine Schmerztherapie durchzuführen. Opiode, z. B. retardiertes Tilidin/Naloxon*, sind frühzeitiger obligater Bestandteil einer rationalen pharmakologischen Prävention der Schmerzchronifizierung.“

Haupt- und Leitsymptom der chronischen Polyarthritiden sind Schmerzen. Sowohl der Schmerz als auch die Ursache des Schmerzes müssen behandelt werden, betonte *Prof. Dr. med. Michael Hammer*, Sendenhorst. Wenn trotz guter Basistherapie, ausreichender Dosierung nichtsteroidaler Antirheumatika (NSAR), ausgeschöpfter lokaler Therapie und

gleichzeitiger Gabe kleiner Analgetika weiterhin Schmerzen bestehen, sollten laut Hammer Opiode eingesetzt werden. „Die Lebensqualität der Patienten muß so optimal wie möglich aufrechterhalten werden. Hierzu gehört auch in der Rheumatologie der frühzeitige Einsatz von Opioiden“, betonte Hammer. Gleichzeitig ist eine interdisziplinäre Betreuung von Patienten mit starken Schmerzen durch Hausarzt, Rheumatologe, Schmerztherapeut, Orthopäde und Psychologe zu empfehlen.

„Was nützt es“, fragte Gerhard Müller-Schwefe, Göppingen, „wenn wir den Krankheitsverlauf langfristig günstig beeinflussen und die Entzündung eindämmen, die Patienten aber aufgrund der Schmerzen immobil werden, d. h. die Gelenkfunktion gestört wird, Muskulatur und Bänder sich verkürzen?“ Deshalb plädierte er für eine konsequente, langfristige Analgetikatherapie.

Sein Fazit: Die Schmerzchronifizierung und das Management des Schmerzes bestimmen bei der primär chronischen Polyarthritiden wesentlich den Krankheitsverlauf und die Lebensqua-

lität der Patienten. Mit Diagnosestellung muß deshalb die effiziente Schmerztherapie essentieller Bestandteil der rheumatologischen Therapie sein. Das Verweigern einer effizienten Schmerztherapie einschließlich der Opiode ist unethisch und führt zu sekundären Krankheitsfolgen mit der Konsequenz weiterer Bewegungseinschränkung.

Differenzierter Einsatz von Opioiden und NSAR bei Multimorbidität

Vor allem ältere multimorbide Patienten sind schmerztherapeutisch oft unterversorgt. Bedenken hinsichtlich Unverträglichkeiten und möglicher Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten scheinen hier übervorsichtiges Verhalten zu bewirken. Bei differenzierter Vorgehen läßt sich aber eine sichere und effiziente Schmerztherapie auch dieses Patientenkollektivs gewährleisten. So sollten Patienten mit Niereninsuffizienz oder Ulkuspatienten keine nichtsteroidale Antiphlogistika (NSAR) erhalten, warnte *Prof. Dr. med. Gerd Geißlinger*, Frankfurt/Main. Bei Leberinsuffizienz muß auf Paracetamol und Diclofenac verzichtet werden.

Opiode sind in all diesen Fällen einsetzbar, müssen jedoch in Abhängigkeit von der Begleiterkrankung differenziert ausgewählt werden. Morphin-6-Glukuronid, der aktive Metabolit des Morphins, kann bei niereninsuffizienten

Patienten kumulieren. Da die hydrophile Substanz nur langsam in das ZNS übergeht, kommt es dort zu einer gegenüber dem Plasma um 20-30 Stunden verzögerten Kumulation. Dies kann im Extremfall zu einer späten Bewußtlosigkeit des Patienten führen, die unter Umständen erst nach bereits erfolgtem Absetzen des Morphins auftritt und eine engmaschige Überwachung des Patienten sowie mehrfache Dialysen erforderlich macht.

Im Gegensatz hierzu kann retardiertes Tilidin/Naloxon* bei Niereninsuffizienz problemlos eingesetzt werden. Eine Kumulation ist nicht zu befürchten, so daß auch keine Dosisreduktion erfolgen muß. Retardiertes Tilidin/Naloxon* kann deshalb auch bei älteren, Niereninsuffizienten eingesetzt werden.

Plastische Veränderungen im ZNS und Schmerzchronifizierung

Prof. Dr. med. Walter Zieglgänsberger, München, wies aus der Sicht des Grundlagenforschers darauf hin, daß die Auswirkungen einer chronischen Monoarthritis keinesfalls nur lokal sind. Die betroffenen Patienten klagen mit zunehmender Krankheitsdauer auch über Schmerzen in anderen Körperregionen. Dies ist nicht Folge einer „psychischen Überlagerung“, so Zieglgänsberger, sondern das Ergebnis von plastischen Veränderungen im ZNS.

Beispielsweise konnte gezeigt werden, daß wiederholte Schmerzreize aus dem arthritisch veränderten Gelenk ein sogenanntes „wind-up“ bewirken, d. h. der Schmerz wird immer stärker empfunden. Nach etwa 150 Schmerzsalven kommt es zu anhaltenden spontanen Entladungen des zwischengeschalteten multirezeptiven Neurons, ohne daß weitere Schmerzreize aus der Peripherie eintreffen. Hält diese Situation länger an, kommt es über eine Genexpression zur Chronifizierung des Schmerzes. Eine weitere Folge der erhöhten Reaktionsbereitschaft des zwischengeschalteten Neurons ist, daß Afferenzen aus anderen Körperregionen dieses Neuron relativ leicht überschwellig erregen können – eine Erklärung dafür, weshalb geringfügige periphere Reize außerhalb des befallenen Gelenks starke Schmerzen induzieren können.

*Retardiertes Tilidin/Naloxon wird unter dem Warenzeichen Valoron® N retard von der Gödecke AG und der Parke-Davis GmbH in Deutschland vertrieben.

Quelle: Symposium Schmerz und Rheuma – Optionen für die Schmerztherapie bei Multimorbidität anlässlich des 11. Deutschen interdisziplinären Schmerzkongresses in Frankfurt/Main am 4. März 2000

Fortsetzung von Seite 10
Ein Paradigmenwechsel ist nötig

vom Sinn und der Notwendigkeit von Palliativmedizin überzeugt werden. „Zu fordern ist eine gerechtere Verteilung vorhandener Ressourcen: Neben der Bereitstellung von Geldern für Krebs-Prävention, -Heilung und -Nachsorge müssen nun endlich auch für die Palliativmedizin Mittel in ausreichendem Umfang zur Verfügung gestellt werden. „Schon seit mehr als 15 Jahren ist die Palliativmedizin eines der wesentlichen Anliegen der Deutschen Krebshilfe“, unterstrich deren *Pressesprecherin Dr. Eva Kalbheim-Gapp*. Für den Auf- und Ausbau der Palliativmedizin in Deutschland habe der eingetragene Verein bislang etwa 60 Millionen Mark Spendengelder zur Verfügung gestellt. Damit wurden Palliativstationen und Hospize eingerichtet sowie Forschungsprojekte unterstützt. „Die anhaltend große Unterstützung aus der Bevölkerung für die Arbeit der Deutschen Krebshilfe, die sich auch in stetig steigenden Spendeneinnahmen manifestiert, ist ein Indiz für die Wichtigkeit des Themas Palliativmedizin“, sagte Frau Kalbheim-Gapp. „Zu den nachhaltigen Aktivitäten der Deutschen Krebshilfe gehört auch die Einrichtung einer Stiftungsprofessur für Palliativmedizin an der Universität zu Köln; so erhalten auch Lehre und Forschung im Bereich der Palliativmedizin neue Impulse.“ Je früher angehende Mediziner mit Palliativmedizin konfrontiert würden, desto realistischer könnten sie sich damit auseinandersetzen und ihre eigenen Erlebnisse, Erfahrungen und Gedanken mit einbringen. Ein vermehrter Patientenkontakt sei deshalb schon während des Studiums zu fordern. „Nur wer einem unheilbar kranken Menschen aufmerksam zuhört, wer sich mit seinen Nöten auseinandersetzt und seine Ängste und Hoffnungen ernst nimmt, wird in der Lage sein, lindernd und schützend tätig zu werden.“ „Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Förderung von ambulanten, teilstationären, stationären Hospizen und Palliativmedizin e.V. zeigt schon durch ihre Namensgebung, welchen großen Wert sie auf Interdisziplinarität von Palliativmedizin und Hospiz legt“, unterstrich deren *Bundesvorsitzende Gerda Graf*. „Palliativmedizin und Hospizbewegung gehören untrennbar zusammen, um die Lebensqualität schwerstkranker Patienten bis zuletzt erhalten zu können.“ Palliativmedizin ohne Hospizidee degradiere sich zu Elitemedizin physischer Schmerz- und Symptomkontrolle. Andererseits bleibe auch der Hospizgedanke Stückwerk eines wohlgemeinten Ansatzes, wenn bei der Betreuung von Patienten palliativmedizinische Aspekte nicht adäquat berücksichtigt werden. „Die Hospizidee ist nur dann richtig verstanden, wenn im Interesse des Sterbenskranken keine Prioritätenliste der jeweiligen Disziplin erstellt wird, sondern der Patient im Mittelpunkt aller Bemühungen steht und unter dem Aspekt der Ganzheitlichkeit betreut wird.“ Der Sterbenskranke habe ein Recht auf koordinierende Maßnahmen in dem Umfang, wie es sein Krankheits- und Sterbeprozess erfordert. Von allen, die am Betreuungsprozess schwerstkranker Patienten beteiligt sind, müsse „die sensible Fähigkeit erlernt werden, Sterben im Leben zu würdigen, damit die Grenze zwischen Lebensqualität und Sterbequalität so verwischt, daß sie eins werden im therapeutischen Konzept“. Nachdem in jüngster Vergangenheit eine Absicherung der stationären Hospize durch die Aufnahme einer entsprechenden Vereinbarung im Sozialgesetzbuch (§ 39a SGB V) erreicht wurde, verfolge die BAG-Hospiz als nächstes Ziel, auch die ambulante Hospizarbeit durch eine ähnliche Regelung gesetzlich abzusichern.

Modellprojekt SUPPORT

Auf das Modellprojekt SUPPORT, das die Ärztekammer Niedersachsen in enger Kooperation mit dem Zentrum Anaesthesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin am Universitätsklinikum Göttingen seit 1996 umsetzt, ging deren *Präsident, Prof. Dr. med. Heyo Eckel*, näher ein. Er erläuterte, wie dadurch schwerkranken Tumorkranken eine umfassende und kompetente palliativmedizinische Betreuung und Versorgung

in ihrer gewohnten Umgebung ermöglicht wird: Ein mobiles Team speziell geschulter Ärzte und Pflegekräfte mit umfassenden Kenntnissen in Schmerztherapie und Symptomkontrolle betreut ambulant die Patienten und unterstützt deren Angehörige. Eckel hob hervor, daß dieses „Palliative-Care-Team“, das mit ambulanten Pflegediensten und Hausärzten zusammenarbeitet, jeden Tag rund um die Uhr erreichbar ist. SUPPORT versuche so, die bestehenden Lücken in der palliativmedizinischen

Betreuung zu schließen und die Kluft zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu überbrücken. „Kern des Behandlungskonzeptes ist die fach- und strukturübergreifende, ganzheitliche Patientenbetreuung, bei der nicht nur das körperliche, sondern auch das seelische Befinden des Patienten im Mittelpunkt steht“, betonte der Ärztekammer-Präsident. Dadurch könne SUPPORT den Patienten ein möglichst hohes Maß an Lebensqualität und ein Sterben in Würde ermöglichen. Da

Krebspatienten, die ständig unter unerträglichen Schmerzen leiden und davon vollkommen in Anspruch genommen werden, oft kein Interesse mehr an ihrer Umwelt und an sozialen Kontakten hätten, stelle eine kompetente und effektive Schmerztherapie für sie „aktive Lebenshilfe“ dar. „Die Ärztekammer ist sich der gesellschaftlichen Bedeutung der Palliativmedizin bewußt“, unterstrich Eckel. „Die Krankenkassen und auch die Politik sollten sich dieser Aufgabe ebenfalls stellen.“ □

Fortsetzung von Seite 9
**Aufklärung und Hoffnung –
ein Widerspruch?**

rung sehr unterschiedlich auf die Mitteilung von prozeduraler, diagnostischer, oder prognostischer Information. Dementsprechend differenziert muß das Verständnis von beispielsweise „voll“ aufgeklärten Krebspatienten betrachtet werden. *Gatteliari und Mitarbeiter*

zeigten beispielsweise, daß „voll aufgeklärte“ Krebspatienten eines renommierten Tumorzentrums zwar ihre Diagnose und die ihnen vorgeschlagene Therapieform benennen können, jedoch nur im viel geringeren Maße deren realistische Zielsetzung und die Ausdehnung ihrer Malignomkrankung. Noch häufiger überschätzen Patienten die prognostische Wertigkeit von weiteren krankheitsspezifischen Therapiemaßnahmen.

**Aufklärung braucht eine Struktur
und therapeutische Zielsetzung**

Ein Verständnis von Aufklärung als vorrangig juristisches Postulat einer möglichst standardisierten, sachlichen Informationsübermittlung kann somit Patienten und ihren Angehörigen um so weniger gerecht werden, je mehr in ihrem subjektiven Krankheitserleben Angst, Hilf- und Hoffnungslosigkeit dominieren. Dies trifft in einem besonderen

Maß für palliative Krankheitssituationen zu, besonders dann, wenn eine Krankheitsprogredienz thematisiert wird, die durch eine weitere krankheitsspezifische Behandlung nicht mehr realistisch kontrolliert werden kann.

Aufklärung, die diesen Namen verdient, braucht eine therapeutische Zielsetzung und eine dahingehend dienliche Struktur: eine unklare Situation, in der angstbesetzte Wahrnehmungen und widersprüchlich oder bedrohlich erlebte

Einzelinformationen verunsichern, soll in einem dialogischen Prozeß hinsichtlich realistischer Handlungsoptionen geklärt und erklärt werden. Dabei wird ärztlicherseits nicht einmalig ein medizinischer Befund oder eine veränderte Krankheitsrealität mitgeteilt. Vielmehr muß eine dialogische Struktur des Aufklärungsprozesses dem Patienten und seinen mitbetroffenen Bezugspersonen ein Modell bieten, sowohl für den gegenwärtigen als auch den zukünftigen Umgang mit angstbesetzten und bedrohlichen Krankheitsthemen.

Der aufklärende Arzt benötigt zuerst selbst Aufklärung über die innere Realität des Patienten, seine subjektive Krankheitssichtweise. Subjektivität spielt eine wesentliche Rolle bei der Patientenbewertung von unkonventionellen Therapiemethoden – ist jedoch auch ein wesentlicher Bestandteil der heutigen wissenschaftlichen Definition von Schmerz.

Aufklärung erfordert somit kommunikative Kompetenz, die keineswegs synonym zu verbaler Eloquenz verstanden werden darf. Verbal eloquente Informationsmitteilung ist sogar nicht selten ein ärztliches Mittel, um in der „Aufklärung“ eine dialogische Struktur und damit Kommunikation über emotional belastende Themen zu vermeiden. Beim Versuch, eine bedrohliche Realität sachlich zu beschreiben wird leicht übersehen, daß menschliche Kommunikation mehr emotional als kognitiv geleitet ist.

**Hoffnung erfragen
statt Hoffnung einflößen**

Hoffnung ist die Erwartung eines angestrebten Gutes. Hoffnung ist aber keine absolute Größe, sondern eine individuell bestimmte Variable. Somit besteht die ärztliche Aufgabe im Aufklärungsprozeß weniger darin, Hoffnung zu geben oder „einzufüllen“, als Hoffnungen zu erfragen und diese realistisch und ganz konkret zu ermutigen. Hoffnung schwindet dann, wenn Handlungsoptionen nicht mehr bestehen oder individuelle Werthierarchien im Erleben der Krankheitssituation keinen Unterschied mehr machen. Eine richtig konzipierte Aufklärung vermittelt auch in einer unheilbaren Krankheitssituation Hoffnung, indem sie auch dann realistische Handlungsoptionen aufzeigt, empathisch begleitet und Autonomie respektiert – und sei es hinsichtlich medizinischer Prioritäten im letzten Lebensabschnitt, der Wahl der Sterbeumgebung und der anwesenden Bezugspersonen. Hoffnung wird also durch die Tatsache des begrenzten Lebens nicht um ihren Sinn gebracht. Für todkranke Patienten und ihre Angehörigen schließt die Thematisierung des Sterbens keineswegs Hoffnung aus, sie gibt ihr lediglich einen Rahmen.

Der Hufelandsche Satz „Den Tod verkünden, heißt den Tod geben“ muß in einer wissenschaftlich fundierten Medizin durch einen Leitsatz der Herausgeber des Standardbuches der Palliativmedizin ersetzt werden: „At the heart of good care is good communication“. Denn offene, empathische Kommunikation ist die Quintessenz palliativmedizinischer Begleitung und Grundbedingung einer kompetenten Symptomkontrolle. Sie ermöglicht und erhält Hoffnung wie sie - zitiert nach Reiner Kunze - Vaclav Havel definiert: „Hoffnung ist eben nicht Optimismus. Es ist nicht die Überzeugung, daß etwas gut ausgeht, sondern die Gewißheit, daß etwas Sinn hat, ohne Rücksicht darauf, wie es ausgeht.“

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:
Dr. Herbert W. Kappauf
Klinikum Nürnberg
Medizinische Klinik 5
Inst. f. Med. Onkologie u. Hämatologie
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1
90419 Nürnberg
herbert.kappauf@t-online.de