

Palliativmedizin – Fragen an die Fortbildung von Ärzten und Patienten

von Loch, E.-G., Bad Nauheim

Durch die zunehmende Lebenserwartung der Einzelnen, die jetzt schon in Mitteleuropa für Mann und Frau über 82 Jahre liegt, kommen zusätzliche medizinische Probleme auf die betreuende Ärzteschaft zu.

Erkrankungen, die sich durch einen energetischen Verbrauch entwickeln, werden zunehmend häufiger auftreten. Gerade bei der Versorgung schwerstkranker Patienten muss der Arzt/die Ärztin darauf achten, seine/ihre medizinische Kompetenz so weit als möglich zu wahren. Für uns in der medizinischen Fortbildung müssen dabei, um das Konzept einer zufriedenstellenden ärztlichen Versorgung beizubehalten, nicht nur neue wichtige Fundamente berücksichtigt werden, sondern die bestehenden medizinischen Kenntnisse müssen an ein palliativ-medizinisches Gesamtbild angepasst werden. Denn es ist allgemein zu berücksichtigen, dass gerade in der medizinischen Ausbildung die Begleitung schwerstkranker Patienten ein stiefmütterliches Dasein führt. Ähnlich gilt dies leider auch für die allgemeine, klinische Ausbildung.

Diese Lücken zu füllen, ist eine der Schwerpunkte der Akademie mit dem Lernziel: Was ist Palliativmedizin?

Was umfasst palliativ-medizinische Versorgung?

Einer der Kernpunkte, um diese Aufgabe zu lösen, sind die Erkenntnisse für die Kollegen, die Interdisziplinarität zu pflegen und eine Multiprofessionalität miteinander aufzubauen und beides zu verbinden. Gerade die Multiprofessionalität spiegelt sich schon in der Auswahl der Referenten dieser Tagung wider. Ethische, juristische und sozialmedizinische Probleme werden hier ja berücksichtigt und müssen bei der

- 2 -

Weiter- und Fortbildung bedacht werden. Sie gehören in die Integration der Betreuung unserer Kranken. Das Verständnis der Kollegen der verschiedenen Fachdisziplinen – Interdisziplinarität – setzen wir voraus und fordern sie immer wieder an.

Was ist also Palliativmedizin?

Dabei müssen einerseits die Kenntnisse des behandelnden, begleitenden Arztes zu Grunde gelegt werden und die zunehmenden Anforderungen, die die Patienten durch die geforderte Patientenautonomie an ihn stellen. Vorwiegend stehen diesem Arzt Schwerkranke des Stoffwechselbereichs, ernster neurologische Erkrankungen mit möglichem Abbau der Hirnsubstanz und malignen Veränderungen gegenüber. Bekannt ist ja die Multimorbidität am Lebensende. Für die ärztliche Herausforderung bedeutet dies einen möglichen Verzicht auf eine spezielle Therapie im Hinblick auf den Erhalt einer akzeptablen Lebensqualität. Eine englische Kollegin, Cicely Saunders, drückte dies folgendermaßen aus: **Wir können dem Leben nicht mehr Tage hinzufügen, aber den Tagen mehr Leben.**

Auch hier kommt es zu einer Konfrontation mit unserer bisherigen medizinischen Ausbildung. Sie beruht ja letztlich auf dem Eid des Hypokrates: **Leben zu erhalten.** Für die Palliativmedizin heißt jedoch diese Herausforderung nicht alleine medizinische Kriterien zu berücksichtigen, sondern juristische, ethische und soziale

Gesichtspunkte müssen gegeneinander abgewogen werden. Die Reduktion auf eine reine schmerz- oder onkologische Therapie genügt deshalb nicht mehr. Sie muss aber auch in jedem Fall beherrscht und in die Gesamtbegleitung eingefügt werden. Der sterbende Patient/die sterbende Patientin bedarf auf jeden Fall der Begleitung.

- 3 -

Dies ist und war schon immer eine immense Herausforderung für jeden einzelnen Arzt. Natürlich kann alles in sachliche Argumente eingebracht werden, wie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit, sowie stillen von Hunger und Durst. Dies gilt besonders für die kachektischen Patienten. Hier liegen natürlich auch wichtige Ansätze für die Fort- und Weiterbildung um ein insbesondere im Hinblick auf die medikamentösen Möglichkeiten geeignete Begleitung zu finden. Die Entscheidung für lebenserhaltende Therapie, einschließlich der künstlichen Ernährung, Flüssigkeitszufuhr, bedürfen spezifisch medizinischer Kenntnisse. Und dies alles bei der Propagierung der Patientenautonomie im Hinblick auf die Sterbebegleitung. Hier liegen die neuen Aufgaben für den Arzt, die erkannt und der Gegenwart angepasst werden müssen.

Die Fortbildung muss auf diese veränderten Schnittstellen eingehen.

Ist schon eine interdisziplinäre Therapieentscheidung schwer, dürfen die multiprofessionellen Überlegungen nicht aus dem Auge verloren werden.

Praxis jetzt

Wie sieht dies denn zur Zeit meist in der Praxis aus? Kommt es bei einem derartigen Patienten zu Betreuungsschwierigkeiten, wird meist die Lösung in einer Krankenhauseinweisung gesucht. Dies auch häufig auf Bitten der Angehörigen des Betroffenen. Dabei ist den Beteiligten bewusst, dass der Großteil der hilfeschuchenden Sterbenden gerade die häusliche Umgebung für sich in Anspruch nehmen möchte. Die Klinik sucht dann ihr Heil in einer sorgfältigen Diagnostik mit bildgebenden Verfahren und Laborparametern, die häufig höher eingeschätzt werden, als die Medizin durch Sehen, Fühlen und Tasten. Nach relativ kurzer Zeit werden dann die Patienten mit einem etwas geänderten aber aufwendigen Therapievoranschlag wieder

- 4 -

nach Hause entlassen. Die Schnittstelle Praxis und Klinik bedarf hier dringend einer Ergänzung zum Beispiel durch die zunehmend sich bildenden Hospize.

Diese müssen aber so flexibel sein, dass sie nicht allein stationär sondern ergänzend auch ambulant tätig sein können. Eine Koordination von Pflege und medizinischer Betreuung ist erforderlich. Die Verschiebung der Schnittebenen und auch das Erkennen der unterschiedlichen Versorgungsebenen müssen nicht nur gesehen sondern auch gelebt werden. Eine neue auch sehr verantwortungsvolle aber auch zeitintensive Aufgabe des Hausarztes. Verständlicherweise erfordert dies große finanzielle Ressourcen, die zwangsläufig die Politik auf den Plan ruft. Nur durch eine flächendeckende Versorgung ist hier Abhilfe zu schaffen, weil die Zahl der Betroffenen und damit aller Beteiligten, langsam bedingt durch die zunehmende Lebenserwartung, wächst.

Wie wird die Zukunft aussehen?

Die verschiedenen Ebenen müssen erkannt und unseren Kollegen bewusst gemacht werden. Eine sicher hilfreiche Weiter- und Fortbildung ist dabei der Hinweis, alle Beteiligten an einen Tisch zu bringen und sich wertfrei miteinander auszutauschen.

Die gemeinsame Kommunikation muss wie eine Selbstreflektion erlernt werden, um die eigenen Standpunkte, zum Beispiel mit dem Umgang von Sterben und Tod zu überdenken. Noch mehr als bisher muss eine neue Nähe – Distanzregulierung –

erlernt und ein Schutz vor der eigenen Überforderung erkannt werden. Unwillkürlich wird man dabei Hilfen bei Seelsorgern und Sozialarbeitern suchen und finden. Die Organisation von Hilfsmitteln, sei es das Beatmungsgerät oder die Hilfen, zum Beispiel Betroffene zu baden, muss organisiert und die notwendigen finanziellen

- 5 -

Ressourcen über die Krankenkassen erschlossen werden. Durch die immer kürzer werdenden Liegezeiten in Krankenhäusern werden die häuslichen Belastungen zwangsläufig größer. Unsere Kollegen müssen dies erkennen, damit das schwächste Glied der Kette – der Patient/die Patientin – nicht zum Spielball zwischen Institutionen wird. Wir wissen, dass die größte Pflegeleistung bei derartigen Fällen immer noch die Familie daheim erbringt. Aber die demografische Entwicklung zeigt uns gleichzeitig, dass durch die reduzierte Kinderzahl, das Streben allein zu sein und zu leben, sich eine weitere Herausforderung entwickeln wird, die ebenfalls einer Lösung bedarf. Wer betreut Alleinstehende?

Gegensätze verbinden

Rückblickend auf unsere bisherige Tätigkeit wird vielleicht all das bisher gesagte in der Äußerung aufgehen, das leistet doch gestern, heute und wahrscheinlich auch morgen der Allgemein- oder Hausarzt? Doch hier liegt ein gewisser Irrtum vor. Im Rahmen unserer Tagung wird zum Beispiel die spezielle Palliativmedizin der Neurologie besprochen. Und das müssen wir gerade für die Zukunft aufgeben, weil die Zahl der Erkrankten am Lebensende immer häufiger durch die Altersstruktur zunehmen wird. Die neurologische Klinik allein kann auf die Dauer nicht nur chronisch erkrankte behandeln, denn auch die akuten Fälle bedürfen sorgfältiger Diagnostik und Therapie. Dies ist meist nur kurzfristig lösbar, die chronisch Kranken werden aber älter und erleben immer häufiger zusätzlich behandlungsbedürftige Krankheiten. Also muss auch in einer neurologischen Klinik Interdisziplinarität gelebt werden. Allein die Todesursache Krebs hat sich in den letzten 50 Jahren fast verdreifacht. An der Letalität hat sich praktisch jedoch nichts geändert.

- 6 -

Ein weiterer Konflikt besteht darin, dass die Mehrzahl der Bevölkerung der Meinung ist, dass der Medizin eine scheinbar grenzenlose Machbarkeit innewohnt. Daraus entwickelte sich verständlicherweise eine zunehmende Patientenautonomie mit den Patientenverfügungen. Jeder soll über sich selbst bestimmen können, bringt dann den weiteren Konflikt zwischen Arzt und Patient. Die Selbstbestimmung des Patienten darf nicht die Behandlungspflicht des Arztes aufheben oder sie einschränken.

Auch hier bedarf es neuer Erkenntnisse für beide Seiten, sie aber immer zu Gunsten der betroffenen Patienten/Patientinnen gelöst werden sollte.

Hier sehen wir die Aufgaben der Akademie nicht nur für die Kollegen, das betreuende, medizinische Personal und all den anderen sozialen Helfern mit Informationen für den täglichen Umgang mit derartigen Patienten aufzuzeigen. Dies gilt unabhängig, ob die Betroffenen stationär oder ambulant betreut werden.

Alles geschieht unter dem Motto unserer Akademie
„Wer aufhört besser zu werden, hört auf gut zu sein“.