

Palliativmedizin ist „Intensivmedizin“ für Körper und Seele und ein striktes Nein zur aktiven Sterbehilfe.

Ulrich Gottstein

*Herrn Prof.Dr.med.Helmut Siefert, em. Direktor des Senckenbergischen Instituts für Geschichte der Medizin, Universitätsklinikum Frankfurt/Main,
in Verehrung und Dankbarkeit gewidmet.*

Meine Damen und Herren, liebe tschechische und deutsche Kolleginnen und Kollegen,

in den vorausgegangenen Vorträgen haben wir bereits sehr viel über die Grundlagen und Bedeutung der Palliativen Medizin gehört, sodass ich eigentlich kaum weiteres hinzufügen kann. Ich will es dennoch versuchen und mit der Formulierung des Vortragsthemas etwas deutlich machen, was ich in Vorträgen vor medizinischen und besorgten Laien immer wieder erklären musste: **Für uns gibt es das nicht „wir können nichts mehr machen“**, sondern in der Palliativmedizin bemühen wir uns sehr intensiv und erfolgreich darum, dem verbleibenden Leben Schmerzen und Qualen zu nehmen und noch so viel Qualität wie möglich zu geben.

Deshalb habe ich meinen Vortrag „ **Palliativmedizin ist Intensivmedizin**“ provozierend genannt, um gleich von Anfang an deutlich zu machen, dass es Intensivmedizin nicht nur in Akutkliniken gibt mit vielen invasiven Methoden und Überwachungsgeräten, mit Reanimationen und großen Infusionen und Bluttransfusionen, Dauerbeatmung und ständiger Einsatzbereitschaft von Fachärzten, sondern dass auch die Palliativmedizin eine sehr aktive, intensive Medizin ist, aber mit geänderter Zielrichtung bei unheilbaren und chronisch fortschreitenden, das Leben bedrohenden Krankheiten. Statt des Bemühens um Lebenserhaltung und Lebensverlängerung um jeden Preis, das heißt unter Inkaufnahme von weiteren eingreifenden Therapien, obgleich eine wesentliche Besserung und vor allem eine Gesundung nicht mehr möglich sein wird, will die Palliativmedizin dem verbleibenden Leben noch möglichst viel Selbstbestimmung und Qualität schenken.

Natürlich ist es für uns Ärzte sehr befriedigend und wunderbar, mit einer kurativen Medizin vielen Menschen wirksam helfen zu können, so wie ich das auch fast 40 Jahre tun konnte, aber es ist **auch sehr befriedigend, schwerst kranken Menschen versprechen und helfen zu können**, dass sie nicht unter Qualen und körperlichen wie seelischen Schmerzen ihren letzten Lebensweg werden gehen müssen. Wenn ich, wie jeden Monat einmal, von den Visiten in unserem Frankfurter palliativmedizinischen Hospital nach Hause gehe, dann habe ich viele schwerstkranke und moribunde Patienten jeden Alters ab 20 Jahren gesehen, aber ich bin nicht deprimiert, sondern froh darüber, dass diesen von schwerer Krankheit geschlagenen Menschen so gut geholfen wird. Ich werde später über einzelne Patienten berichten.

Aus zwei Gründen habe ich die Einladung gern angenommen, an diesem schönen Saazer Kongress über Palliativmedizin teilzunehmen : Bis zu meinem 65. Lebensjahr

war ich ein aktiver internistischer Kliniker, anfangs Oberarzt in den Universitätskliniken München und Kiel, dann Chefarzt der Medizinischen Klinik des Bürgerhospitals in Frankfurt, immer in enger Kooperation mit dem Frankfurter Universitätsklinikum. Dadurch habe ich die Entwicklung der Medizin aus der Zeit vorwiegender Hilflosigkeit (1948) bis zur Höchstleistung in den Jahren bis 1991 aktiv miterlebt. Im Januar 1992 begann ich dann im Auftrag der Evangelischen Kirche in Frankfurt, ein **Hospital für Palliative Medizin** zu planen und aufzubauen. Das wurde das erste in Hessen und dritte in Deutschland. 1996, als wir das Hospital eröffneten, begann für mich ein neuer Lebensabschnitt und das Erlernen und Einarbeiten in die „**Philosophie der Palliativmedizin**“, wie sie schon lange in England getätigt wurde. Die Palliativmedizin ist ganz wesentlich anders, als die kurative Medizin, weil sie Patienten behandelt, die keine kurative Medizin mehr erhalten können oder erhalten wollen, und weil eine ganz intensive Kommunikation mit den Patienten und deren Angehörigen geführt wird. Alle Schmerzen und Beschwerden werden von speziell ausgebildeten Fachärzten multidisziplinär versorgt, den Patienten wird mit Musik- und Kunsttherapie sowie Lymphdrainage und leichten Massagen und mit seelsorgerischen Gesprächen (mit dem Krankenhauspfarrer oder Geistlichen der anderen Konfessionen) geholfen, und es wird Zeit gegeben, um über aktuelle oder künftige Sorgen, Ängste, seelische und spirituelle Not zu sprechen, über das Sterben als Ende und Teil unseres Lebens, über Traurigkeit und Trauer der Patienten und der Angehörigen und schließlich auch über soziale Probleme.

In meinen frühen klinischen Jahren, **besonders bis Anfang der siebziger Jahre, war es in deutschen Kliniken kaum üblich, offen und ehrlich mit schwerst- und todkranken Patienten über den weiteren wahrscheinlichen Verlauf ihres Leidens und Lebens zu sprechen.** Das wollte man den Patienten und sich selbst nicht antun, evtl. überließ man solche Gespräche den Klinikpfarrern. Man glaubte auch, die Patienten würden mit dem Wissen der infausten Prognose zusammenbrechen und man wies oft auf den berühmten deutschen Schriftsteller Theodor Storm hin, der sofort depressiv wurde und nicht mehr arbeiten konnte, als man ihm sagte, dass er ein Magen Carcinom habe. Der Chirurg nahm dann zu einer barmherzigen Lüge Ausflucht und sagte, man habe sich getäuscht, es sei nur ein Magengeschwür. Theodor Storm lebte auf und schrieb die berühmte Novelle „Der Schimmelreiter“. Es muss aber hinzugefügt werden, dass zu jener Zeit das Schicksal unheilbarer Patienten besonders traurig war, weil bis zum endgültigen Sterben Wochen und Monate der Qual vergingen, ohne wirksame Medikamente.

Das ist Gott sei Dank heute ganz anders, nachdem eine Fülle ausgezeichnete Analgetika und Medikamente gegen nahezu alle qualvollen Beschwerden von Krebskranken entwickelt worden sind und weiterhin entwickelt werden. Die Kenntnisse darüber, wie jedes Präparat spezifisch wirkt und in welchen Kombinationen, kann ein Arzt nur haben, wenn er in dieser Medikamentenkunde ausgebildet und in der täglichen Anwendung erfahren ist. Daher ist es berechtigt, Fachärzte für Schmerz-und Palliativmedizin auszubilden, die in palliativmedizinischen Abteilungen und Kliniken, sowie in ambulanten Palliativdiensten und als palliativmedizinische Konsiliaren tätig werden. Es bedeutet eine große Erleichterung für schwerst krebserkrankte Patienten, wenn man ihnen versprechen kann, dass sie später einmal ohne Schmerzen und qualvolle Krankheitssymptome, ohne Erstickungs- und Todesangst, werden sterben können.

Ich sagte, ganz wichtig in der Palliativmedizin sind die **täglichen Gespräche** mit den Patienten. „Wie geht es Ihnen, kommen Sie mit den Schmerzmitteln aus, oder sollen wir etwas ändern? Können Sie schlafen? Fühlen Sie sich durch Beschwerden gequält? Haben Sie Fragen?“, das gehört zu den täglichen zweimaligen Visiten. Die dann beginnenden Gespräche brauchen Zeit zum geduldigen Zuhören und zum verständnisvollen und barmherzigen Gedankenaustausch und Beantworten der Fragen. Diese Gespräche sind ein ganz wichtiger Teil der Therapie, denn auch die Qualität der körperlichen und seelischen Schmerzen wird positiv beeinflusst, wenn der Kranke sich geborgen und getröstet weiß. Den Kranken mit christlichem Glauben ist zusätzlich die Aussage von Jesus ein Trost „alle Eure Sorgen werfet auf IHN, denn ER sorget für Euch“.

Wir haben früher, wie bereits erwähnt, in den Kliniken die Patienten über ihre schlechte Prognose nicht voll aufgeklärt, „um ihnen noch eine unbeschwerte Lebenszeit zu ermöglichen“, wir sagten es nur den Angehörigen. Heute, im Zeitalter der wirksamen palliativen und Schmerztherapie, weiß man, dass ein solches Verschweigen nicht mehr angebracht ist, nicht etwa aus juristischen Gründen, sondern aus ärztlich-ethischen Gründen, aus Gründen der Mitmenschlichkeit. Wir wollen die Kranken wissen lassen, wie es um sie steht, aber das muss in einer sehr sensiblen und barmherzigen Weise geschehen, und nicht mit knapper „Aufklärung“. Es ist eine schwere Aufgabe für den Arzt und eine schwere Last für den Patienten, der nicht immer die traurige Wahrheit akzeptieren kann.

Ich will dies an **2 Kasuistiken** verdeutlichen:

Ein 40-jähriger Wissenschaftler, verheiratet, mit einem 7-jährigen Kind, kam mit einem stenosierenden Bronchialcarcinom mit Lymphknotenmetastasierung in meine klinische Behandlung. Da wir eine Chemotherapie und Bestrahlung durchführen wollten, klärte ich den Patienten in langen abendlichen Gesprächen auf, ließ aber die Hoffnung auf Besserung für einen gewissen Zeitraum offen. Er war glücklich, als sich der Tumor sehr gut zurückbildete, aber entsprechend verzweifelt, als später das Rezidiv und eine massive Lungeninfiltration mit Atemnot einsetzten. Er konnte sich nicht mit seiner Lage abfinden, nicht eine palliative Therapie annehmen, als die fortgesetzte Chemotherapie nicht half. Er wollte weiter kämpfen. Er erbat die Verlegung in eine Speziallungenklinik, und ich erfüllte natürlich seine Bitte, obgleich sie objektiv nicht sinnvoll war. In der fremden Klinik ist der Patient dann innerhalb von zwei Wochen traurig verstorben, ungetröstet und verzagt.

Ein 60-jähriger Patient wurde erfolgreich an einem Colon Carcinom operiert. Schon nach etwa 2 Jahren wurde eine große Lebermetastase festgestellt. Es erfolgten eine Leberteileresektion und anstrengende Chemotherapie. Nach kurzer Entlassungszeit stellte man computertomographisch weitere Leber- und Lymphknotenmetastasen fest. Neben einer systemischen Chemotherapie wurde außerdem eine lokale Katheter-Chemotherapie durchgeführt. Natürlich wussten die behandelnden Ärzte, dass die Prognose infaust war, und dass im besten Fall das Leben um ein paar Wochen verlängert werden könne, oft genug aber auch verkürzt werde, dennoch wurde die Fortsetzung dieser Therapie dem Patienten und den Angehörigen empfohlen, die auch zustimmten. Es wurde eine Zeit der Qualen für den Patienten, der dann nach wochenlangem Klinikaufenthalt in der Sterilität des Klinik Krankenzimmers ungetröstet verstarb. Die Angehörigen sagten später, dass der Ehemann und Vater dieser äußerst belastenden Operation und Chemotherapie nicht

zugestimmt hätte, wenn er über seine wahre Situation und die Möglichkeiten der Palliativmedizin in ruhigen Gesprächen aufgeklärt worden wäre.

Meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, natürlich könnte ich aus meinen Erlebnissen und Erfahrungen als Arzt seit 1953 , nun also 53 Jahren, unentwegt weitere Krankengeschichten erzählen, aber die erwähnten zwei Kasuistiken sollen uns nur deutlich machen, wie viele Menschen täglich unter den Qualen ihrer Krankheiten zu leiden haben, denen man mit palliativer Medizin gut helfen könnte.

Jedes Jahr erkranken in Deutschland etwa 425.000 Menschen neu an Krebs, die Zahl steigt mit zunehmendem Alter der Bevölkerung kontinuierlich. Infolge der Fortschritte in der Therapie sind die Sterbefälle von jährlich 212.000 im Jahr 1998 auf 209.000 im Jahr 2002 zurückgegangen (BGM, ÄZ 20.2.06). Die Zahl der täglich mit ihrer Tumorerkrankung befassten Menschen ist aber viel höher, und die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin geht davon aus, dass **täglich etwa 220.000 Menschen unter behandlungsbedürftigen Tumorschmerzen zu leiden** haben. Hinzu kommt noch die Vielzahl der anderen belastigenden oder gar quälenden Krankheitssymptome.

Diese Entwicklung hatte ja auch in England die damalige Krankenschwester und dann Ärztin und später geadelte Dame Cicely Saunders (die ich noch im Jahr 2004 auf einem Kongress der DGP erlebte) dazu veranlasst, Hospize und später palliativ medizinische Einrichtungen für diese leidenden Krebskranken zu initiieren. Sie sprach davon, dass mehr als nur somatische Therapie erforderlich sei, denn diese Kranken leiden unter einem „ **totalen Schmerz**“, dem körperlichen, aber auch psychischen, spirituellen und sozial bedingten. 1967 wurde nahe London das St. Christopher's Hospice gegründet, und mit dessen Eröffnung war die Geburtsstunde der Hospizbewegung und der modernen Palliativmedizin gekommen. In Deutschland wurde 1983, mit Unterstützung der „Deutschen Krebshilfe“, an der Chirurgischen Universitätsklinik Köln die erste Station für palliativmedizinisch betreute Patienten mit 5 Betten eröffnet. 1992 wurde ich von der Vorsitzenden des Evangelischen Regionalverbandes der Evangelischen Kirche in Frankfurt gebeten, die Planungen für ein Hospiz oder ein Hospital für Palliative Medizin zu übernehmen. Damals bezahlten die Krankenkassen keine Behandlung in Hospizen, und daher gründeten wir ein Hospital, das mit Fachärzten und Fachschwestern schwerstkranke Patienten versorgt.

1996 eröffneten wir in Frankfurt unser „Evangelisches Hospital für Palliative Medizin“ mit 20 Betten. Mit Bedacht liegt das Hospital in der Stadt und nicht abgelegen in schöner Landschaft. Von den Balkons können die Patienten und Angehörigen auf die Straße schauen und die Kinderstimmen des nahen Kindergartens hören. Das Leben soll weitergehen, kurz oder lang, wie die Natur oder Gott es bestimmen.

Bis zum 1. Oktober dieses Jahres wurden 3.040 Kranke behandelt. 19 % konnten nach guter medikamentöser Einstellung noch mal wieder nach Hause entlassen werden, betreut von unserem Ambulanten Palliativdienst (palliative care), in dem zwei Krankenschwestern oder ein in Palliativmedizin geschulter Fachpfleger die Patienten und Angehörigen zu Hause aufsuchen, wenn Fragen oder Probleme

aufzutreten. Die Ärzte des Hospitals stehen telefonisch für Auskünfte und Hilfen bereit. 17 % der Patienten konnten aus dem Hospital in Hospize oder gute Pflegeheime verlegt werden, wenn die Therapie und Überwachung im Hospital nicht mehr erforderlich waren. 64 % unserer stationären Patienten sind bei uns in Frieden verstorben. Die Ärzte und Pflegenden erfahren viel Dankbarkeit. Viele Trauergespräche wurden und werden mit den Angehörigen nach dem Tod der Kranken noch über längere Zeit geführt.

In den vorausgegangenen Vorträgen wurden die Probleme um die **Legalisierung der sogen. aktiven Sterbehilfe**, also die ärztlich vermittelte Tötung von Patienten auf deren Wunsch, bereits besprochen. Ich möchte daran erinnern, dass in Deutschland, seit vermehrt über die stationäre und ambulante Palliativmedizin sowie die Hospize und Hospizvereine in den Medien berichtet wird, die Zahl der Menschen, die sich für die Legalisierung der ärztlichen Tötung aussprechen, stark zurück gegangen ist.: Während sich 1990 bei einer Befragung der „Dt. Gesellschaft für Humanes Sterben“ 70 % und nach 10 Jahren sogar 80 % für die Legalisierung ausgesprochen hatten, betrug die Zahl bei einer Befragung im Auftrag der „Dt. Hospizstiftung“ im Jahr 1990 58% für die Legalisierung, und im Jahr 2000 bei erneuter Befragung nur 35 % . Daran erkennt man, wie groß der Einfluss der Fragestellung ist, je nachdem ob keine Hilfen erwähnt werden (wie bei der Dt.Ges.f.Hum.Sterben) oder ob auf die Möglichkeiten der Schmerz- und Hospiztherapie hingewiesen wird. Eine weitere Befragung von 1.000 Personen im Jahr 2004 ergab bei den über 60-jährigen ein Votum für „aktive Sterbehilfe“ von nur noch 25 %, also weiter abfallend, wenn auch immer noch erschreckend hoch. Dennoch ist deutlich, dass die Angst und Sorgen, ein Lebensende in Qualen und mit Schmerzen und Verlust der Würde erleiden zu müssen, abnimmt, wenn den Menschen versprochen werden kann, dass man ihnen heutzutage so wirksam helfen kann, dass sie nicht unter unerträglichen Schmerzen und Qualen leiden würden, sondern dass das Leben trotz tödlicher Krankheit noch lebenswert sein kann und ein Sterben in Frieden und Würde ermöglicht werde. Die Erfüllung dieser Wünsche durch weiteren Ausbau der stationären und ambulanten Palliativmedizin und der Hospize muss weiter von der Öffentlichkeit gefordert werden, und die Regierung muss zu ihrem Versprechen stehen, die notwendige Finanzierung zu garantieren.

Von unseren über 3.000 krebskranken Patienten hat natürlich manch einer gesagt „ ich wünschte, es wäre bald zu Ende“, aber **keiner hat die Ärzte bedrängt, aktiv das Leben zu beenden.**

Zum Abschluss noch einige **Kasuistiken**:

Ein 72-jähriger Pastor mit einer diffusen carcinomatösen Lungeninfiltration, erfolglos in einer Onkologischen Klinik behandelt, mit zunehmend starker Atemnot bei ansonsten noch erträglichem Zustand. Er arbeitete noch zu Hause an seinen Memoiren, bei ständiger Sauerstoffzufuhr durch Nasensonden. Er hatte größte Angst davor, demnächst zu ersticken. Ich versprach ihm, dass er jeder Zeit in unser Hospital für Palliative Medizin kommen dürfe, wenn es nicht mehr gehe, und wir dafür sorgen würden, dass er nicht mit Erstickungsängsten werde sterben müsse. So geschah es dann auch akut. Trotz Sauerstoff und Morphinmedikation war er hochgradig kurzatmig und kämpfte gegen die Atemnot. Verzweifelt stöhnte er „ helf mir!“. Ich sagte ihm, dass er nun nicht mehr kämpfen solle, sondern sich in Gottes Hand fallen lassen solle. Wir würden jetzt medikamentös seine Atemnot und Ängste

beseitigen. Der Patient erhielt Midazolam (Dormicum) und Morphin als „terminale Sedierung“ intravenös. Er schlief im Beisein seiner Ehefrau friedlich ein und ist später in den ewigen Schlaf übergegangen.

Eine etwa sechzig jährige Patientin mit hochgradiger Schwäche und starken Schmerzen bei metastasiertem Mamma- Carcinom. Sie erhielt eine kombinierte Schmerztherapie und wurde schmerzfrei. Sie wunderte sich darüber, wie gut es ihr gehe. Sie begann, sich mit ihrem Schicksal zu versöhnen und Abschied zu nehmen. Sie ließ sich den in ihrem Leben gesammelten Schmuck bringen, putzte jedes Stück fein säuberlich auf ihrem Bett und dachte lächelnd daran, wann und wo sie es erworben hatte. Etwa 10 Tage später starb sie getröstet und in Frieden.

Eine 65-jährige Patientin mit ausgedehntem Mundbodencarcinom und dichter zerfallender Infiltration der Halsorgane, mit Trachealkanüle und Schluckunfähigkeit. Operationen und Bestrahlungen hatte sie erfolglos hinter sich. Ich fragte sie bei der Visite, wie es ihr gehe, und trotz ihres jammervollen Zustands schrieb sie auf einen Block „danke, sehr gut“. Sie besah sich Photoalben und hörte Musik. Vor Ostern ließ sie sich die Friseurin kommen, am Ostersonntag kamen die Enkelkinder, es wurden sehr schöne Stunden mit einigen im Zimmer versteckten Ostereiern. Wenige Tage später verstarb die Patientin ohne Qualen und in Frieden.

Ein 50-jähriger Patient aus Korea mit Pankreascarcinom, totaler Appetitlosigkeit und Schmerzen. Bei uns wurde er schmerzfrei und bekam wieder etwas Appetit. Zusammen mit seiner Ehefrau wurde in unserer Küche ein für den Patienten wohl schmeckendes Essen bereitet. Er erholte sich so gut, dass er mit seiner Frau in seine Heimat fliegen konnte, von wo er uns einen dankbaren Brief schrieb. Etwa 4 Wochen später starb er in seinem Heimatort.

Ein 60-jähriger Patient mit zerfallenden und blutenden Halstumoren bei Mundbodencarcinom. Seine Schmerzen und Qualen konnten gut beherrscht werden. Seinem dringenden Wunsch entsprechend konnte er nach Hause entlassen werden, wo er mit seinem Hund glücklich spielte und spazieren ging. Nach 3 Wochen wurde er wieder eingewiesen und starb dann bald in Frieden.

Ein 65jähriger Patient mit weit fortgeschrittenem Bronchialcarcinom und starker Verschleimung und Erstickungsängsten. Nachdem eine gute Besserung eingetreten war, wollte er dringend noch einmal nach Hause entlassen werden, obgleich seine Frau davor große Angst hatte. Mit Unterstützung eines Pflegevereins und des Hausarztes sowie mit Besuchen unserer Schwester des ambulanten Palliativdienstes ging es ganz gut etwa 3 Wochen lang, dann wurde der Patient moribund. Anstatt den Notarzt zu rufen, der den Patienten sofort stationär eingewiesen hätte, rief die Ehefrau in großer Angst unsere Schwester des ambulanten Palliativdienstes. Sie erkannte sofort, dass der Patient ein finales Röcheln und keinen Erstickungsanfall hatte, blieb mit der Ehefrau am Bettrand sitzen und hielt die Hand des bewusstlosen Patienten. Er starb seinem Wunsch entsprechend in Frieden zu Hause.

Meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich möchte nun meinen Vortrag beenden. Ich habe gezeigt, dass mit dem **Gesamtkonzept der Palliativmedizin**, die eine aktive, intensive Medizin ist, den Patienten wirksam geholfen werden kann, sodass sie ohne Schmerzen und quälende Symptomatik,

d.h. mit noch einem Teil selbstbestimmter Lebensqualität, den letzten Teil ihres Lebens leben können.

Erforderlich dazu sind natürlich:

1. Eine exzellente Schmerztherapie und Behandlung der quälenden Krankheitssymptome.
2. Die psychischen, spirituellen -seelsorgerischen und sozialen Bedürfnisse der Patienten und Angehörigen sowie des Behandlungsteams müssen während der Krankheit sowie beim Sterben und in der Zeit danach integriert sein.
3. Der Tod wird als Teil des Lebens akzeptiert und nicht verschwiegen oder versteckt. Das Leben aber wird bejaht. Wenn möglich, soll der Patient noch einmal nach Hause entlassen werden können. Der Tod soll durch die Therapie weder beschleunigt noch hinausgezögert werden, wenn der Sterbevorgang begonnen hat.
4. Palliativmedizinische Behandlung stellt weder eine Minimaltherapie dar, noch einen Therapieabbruch, sondern die Fortführung der für den Patienten optimalen Therapie bei geändertem Therapieziel, nämlich Maximierung der Lebensqualität statt Maximierung der Lebensdauer.
- 5. Die Palliativmedizin ist eine segensreiche Behandlung schwerstkranker und leidender Menschen und eine eindeutige Absage an die „aktive Sterbehilfe“.**