

DER DEUTSCHE SCHMERZTAG 2007

18. Deutscher interdisziplinärer Schmerzkongress Frankfurt/M. · 15. bis 17. März 2007

Praktische Schmerztherapie

Im Fokus: Der Patient im Mittelpunkt von Forschung und Praxis



Nummer 12
16. März 2007

Presse-Mitteilung Palliativmedizin: „Wir können unendlich viel für Sie tun ...“

(Frankfurt/Main) Immer noch sterben in Deutschland sieben von zehn Menschen im Krankenhaus, auf dem Weg dorthin oder im Pflegeheim. Viele davon sterben angstvoll, unter Atemnot und großen Schmerzen, weil die Ärzte in Palliativmedizin nicht ausgebildet sind. „Aber es geht nicht, dass wir Menschen töten, weil Ressourcen fehlen und wir die Schmerztherapie nicht hinbekommen“, lautet das Plädoyer des international renommierten norwegischen Palliativmediziners Professor Stein Husebø auf dem 18. Deutschen Schmerztage in Frankfurt.

Angesichts der demographischen Entwicklung drängt die Zeit. „Wenn wir die Probleme des ‚ergrauenden Kontinents‘ in den Griff bekommen wollen, müssen wir jetzt die Ärmel hochkrempeln“, mahnt Dr. Stein Husebø aus Bergen (Norwegen). Die 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes sagt für das Jahr 2050 eine Verdoppelung der über 60-Jährigen und eine Verdreifachung auf über 10 Millionen der über 80-Jährigen voraus. Wie aber soll das „Seniorenheim Deutschland“ dieser Herausforderung begegnen, wenn schon jetzt die Ressourcen fehlen?

Das von Palliativmedizinern seit Jahren geforderte politisch beschlossene Programm wird nur sehr zögerlich umgesetzt. Dafür breitet sich die Euthanasie-Bewegung aus. In Belgien, Holland, der Schweiz und Oregon (USA) ist das Töten auf Verlangen bereits erlaubt. „Frankreich, Großbritannien und Luxemburg werden die nächsten sein“, prophezeit Husebø. „Etwa 4000 Menschen werden jährlich legal getötet, 900 davon haben das nicht selbst veranlasst. Wenn jedes europäische Land diese Praxis einführt, würden in Europa jedes Jahr 250 000 Menschen getötet. Aber es geht nicht, dass wir Menschen töten, weil Ressourcen fehlen und wir die Schmerztherapie nicht hinbekommen.“

SCHMERZLINDERUNG IST MÖGLICH. Defizite in der Medizinerbildung sind dafür verantwortlich, dass die seit vielen Jahren etablierten Therapierichtlinien zur Versorgung schwerstkranker Menschen nicht umgesetzt werden. „Wir wissen aus Befragungen, dass für Menschen mit unheilbaren Erkrankungen das Wichtigste ist, unnötige Schmerzen und Leid zu vermeiden“, gibt Husebø zu bedenken. „90 bis 95 Prozent dieser Patienten könnten bei fachgerechter Betreuung eine gute Erleichterung ihrer Beschwerden erreichen. Doch sie bekommen oft nicht die erforderlichen Medikamente.“

DAS UNFASSBARE IN WORTE FASSEN. Die medizinische Versorgung darf aber nicht die seelische Vorbereitung auf das Sterben verdrängen. Husebø und sein Team

befragten in Bonn jeweils 200 Krebspatienten, Laien, Pflegepersonal und Ärzte, wie offen der Arzt im Fall einer lebensbedrohlichen Erkrankung zu ihnen sein sollte. In allen vier Gruppen entschieden sich über 90 Prozent der Befragten für eine Aufklärung durch den Arzt. „Wir müssen die Menschen auf das Sterben vorbereiten, weil sie es wollen“, resümiert Husebö. Aber solche Gespräche sind schwer. Auch Ärzte haben Angst vor dem Tod und keine Ausbildung im Überbringen schlechter Botschaften. „Der Unterschied zwischen dem richtigen Wort und dem fast richtigen Wort ist wie der Unterschied zwischen dem Blitz und dem Glühwürmchen“, so der Experte.

OFFENHEIT IST DAS A UND O. Viele Menschen sind beim Gedanken an den Tod erst einmal gelähmt. Manche Informationen kommen durch den emotionalen Schock gar nicht richtig an. Daher ist es wichtig, Informationen zu wiederholen und den Kranken zu fragen, was er über seine Erkrankung weiß. Was für Sorgen plagen ihn? Wie sind die Kinder versorgt? Welche wichtigen Entscheidungen stehen an? Ist der Patient bewusstlos oder verwirrt, müssen diese Fragen mit den Angehörigen besprochen werden.

Die letzte Lebensphase sollte offen und in aller Ruhe besprochen werden und nicht zwischen Tür und Angel. Für solche Zwecke empfiehlt sich ein Gesprächszimmer, in das möglichst Angehörige, auch Kinder, der Patient, sowie eine Krankenschwester eingeladen werden sollten. Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen empfiehlt Husebö, rechtzeitig ein solches Gespräch zu führen und dabei zwei Pläne aufzustellen. Plan A: „Es wird gut gehen, wir ergreifen alle möglichen Therapiemaßnahmen und kämpfen gemeinsam.“ Plan B: „Falls Plan A nicht gelingt, müssen Ziele und Hoffnungen neu definiert werden.“ So fällt es dem Kranken leichter, sich auf das Wesentliche zu konzentrieren und nicht in Hoffnungslosigkeit zu verfallen.

„Extrem wichtig ist in der Begleitung Schwerkranker und Sterbender, dass sie sich auf uns verlassen können“, betont Husebö. „Der Tod ist etwas enorm Wichtiges. Wir dürfen nicht sagen: ‚Wir können nichts mehr für Sie tun‘, sondern ‚wir können unendlich viel für Sie tun‘.“