

# Wenn es für die Heilung zu spät ist

## Palliativmedizin lindert Symptome / Dr. Willenbrink: Kein Mensch spricht über Tod und Sterben

Rund 830 000 Menschen sind im vergangenen Jahr gestorben. Laut einer aktuellen Studie der Deutschen Hospiz Stiftung wurden nur 12,5 Prozent der Sterbenden hospizlich oder palliativ begleitet. Der Bedarf an einer solchen Begleitung sei etwa fünfmal so hoch. Tatsächlich – so das Ergebnis einer anderen Studie – weiß die Mehrheit der Bevölkerung nicht, was sich hinter Begriffen wie Hospiz und Palliativmedizin verbirgt. Sven Borchers hat mit dem Chefarzt der Klinik für Palliativmedizin und Schmerztherapie im Klinikum Links der Weser, Dr. Hans-Joachim Willenbrink, gesprochen.

### Frage: Wofür steht Palliativmedizin?

**Hans-Joachim Willenbrink:** Palliativmedizin ist ein Therapiekonzept, das teamorientiert arbeitet. Im Mittelpunkt steht nicht die Heilung, sondern die Linderung von krankheitsbelastenden Symptomen wie Übelkeit, Atemnot, Schmerzen und psychischen Veränderungen, wenn eine ursächliche Behandlung nicht mehr erfolgen kann oder sinnlos ist. Wir sprechen dabei nicht von absoluter Schmerzfreiheit, das ist nur ein kleiner Bestandteil. Palliative Medizin umfasst auch die gesamte psychosoziale Betreuung.

### Weshalb ist die Bedeutung der Palliativmedizin so gestiegen?

Wir haben zum Beispiel immer weniger Menschen, die andere zu Hause pflegen können. Kein Mensch spricht über Tod und Sterben. Es ist auch eine gesellschaftliche Frage, wie wir mit alten, mit sterbenden, mit behinderten Menschen umgehen. Wir verdrängen das im Grunde und stellen sehr viele Ressourcen für eine vermeintlich heilende Medizin zur Verfügung, die eigentlich gar keine mehr ist und zusätzliche, unnötige Probleme nach sich zieht. Unterschiedliche Fachgesellschaften haben inzwischen erkannt, dass medizinische Aspekte teilweise weit in den

palliativen Bereich hineingehen. Wir gehen heute davon aus, dass circa 10 000 neue Pflegebetten zusätzlich pro Jahr benötigt werden. Dafür sind wir medizinisch und gesellschaftspolitisch überhaupt noch nicht gewappnet.

### Wer sind denn die Patienten?

Das sind nicht nur Tumorpatienten. Bei denen hat die palliative Behandlung mal angefangen. Wir haben aber auch neurologisch Erkrankte, die an einer Muskelschwäche leiden. Die führt letztendlich dazu, dass die Atmung behindert wird. In solchen Fällen ist zu klären, wie man das Atmen einigermaßen erleichtern kann. Dann gibt es Patienten mit einer Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems. Weil das Herz absolut keine Leistung mehr erbringt, sind die Patienten nur noch bettlägerig und pflegebedürftig und leiden unter massivster Atemnot.

### Welche Rolle spielen Hospize?

Palliativmedizin und Hospizarbeit bauen aufeinander auf, ergänzen sich. Palliativmedizinische und pflegerische Maßnahmen können der primäre Behandlungsansatz sein, während andere Schwerstkranke überwiegend eine intensiviertere psychosoziale Zuwendung benötigen. Selbstverständlich gibt es fließende Übergänge. Stationäre und ambulante Hospizstrukturen sind unabdingbare Betreuungskonzepte. Wir integrieren die Patienten nur vorher in die Krankenhäuser, bevor sie ins Hospiz gehen. Das Hospiz ist eine Einrichtung des Sterbens. Auf den Palliativstationen werden die Patienten wieder entlassen, wenn ihr Zustand nicht schon zu schlecht ist.

### Wie sieht die palliative Behandlung aus?

Weil die Fälle so unterschiedlich sind, gibt

es kein allgemeingültiges Therapiekonzept. So etwas wie ein Kochbuch, das haben wir nicht. Lange Zeit hatte die Palliativmedizin deshalb so etwas wie einen Versuchscharakter. Das hat sich mit zunehmender Forschung geändert. Normalerweise ist es so, dass in den Kliniken bei diesen Schwerstkranken nur Teilprobleme angegangen werden können. Ein palliativmedizinischer Liaisondienst, wie er im Links der Weser existiert, kann sich dann um weiterführende Probleme kümmern. Derzeit hat das noch Modellcharakter. Da haben wir in den Krankenhäusern noch ein Akzeptanzproblem.

### Viele schwerkranke Menschen wollen gar nicht mehr in ein Krankenhaus...

Das stimmt, es ist eine dritte Versorgungsebene neben der stationären Versorgung in den Kliniken und in Alten- und Pflegeheimen notwendig. Wir müssen Wege finden, die außerhalb der institutionalisierten Sterbekultur laufen. Es wird derzeit diskutiert, wie man es alten, schwerstpflegebedürftigen Menschen ermöglicht, dass sie in ihrem häuslichen Milieu bleiben können.

### Das bedeutet ambulante Behandlung...

Genau. Das ist aber ein Problem. Es gibt zwar seit zwei Jahren entsprechende Ausführungsbestimmungen für die Krankenkassen. Die Kassen kommen dem einfach nicht nach. Die Umsetzung verläuft nicht mit der notwendigen Energie oder gar nicht, weil man sich nicht damit anfreunden kann, dass es um ein teamorientiertes Behandeln geht. Der Gesetzgeber verlangt eine Teambetreuung, bei der eigentlich sowohl Ehrenamtliche, Pflegekräfte, Ärzte und Psychiater oder Psychologen beteiligt sind. Die Krankenkassen verhandeln zurzeit ausschließlich mit Pflege und mit Ärzten. So kommen wir nicht weiter. Dabei stehen für den ambulanten Bereich 220 Millionen Euro Verfügung, von denen seit eineinhalb Jahren nichts abgerufen werden kann, weil die notwendigen Verträge fehlen – obgleich die nötigen Strukturen vorhanden sind.



Hat den 6. Bremer Palliativkongress am vergangenen Wochenende organisiert: Dr. Hans-Joachim Willenbrink.

FOTO: FR