

INTERVIEW

mit Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe,
Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages



Palliativmedizin

„Die Palliativmedizin gehört zum Aufgabenbereich jedes Arztes“

Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe mahnt die Ärzteschaft, den Menschen die Palliation als eine sinnvolle Behandlungsform für ein würdiges Sterben zu vermitteln.

Herr Professor Hoppe, warum liegt Ihnen das Thema Palliativmedizin besonders am Herzen?

Hoppe: Es ist unsere Pflicht, das Thema Palliativmedizin und Hospizwesen intensiv zu betreuen, weil die Versorgung der Menschen zurzeit noch nicht flächendeckend und auch nicht überall gleich gut ist. Zudem bin ich davon überzeugt, dass die Debatte um die „Tötung auf Verlangen“ in den Hintergrund treten wird, wenn man die bestehenden Mängel behebt.

Viele Menschen haben heute Angst vor dem Sterben mit hoch technisierten Apparaten und ohne Würde. Haben die Ärzte etwas falsch gemacht, dass sich dieser Eindruck verfestigen konnte?

Hoppe: Nun, in der Retrospektive sicherlich, aber in der Prospektive war die Entwicklung der Intensiv- und Hochleistungsmedizin nicht abzusehen; und damit die Frage, ob man das Leben sinnvoll verlängert oder ob man nicht das Sterben verzögert. Da verfügt man heute über einen anderen Erkenntnisstand, der individuelle Entscheidungen abverlangt, aber auch ermöglicht.

Insofern würde ich das nicht als Vorwurf sehen, sondern als eine Lernphase, wie sie auch in anderen Bereichen vorkommt. Ich denke zum Beispiel an die Digitaltherapie bei Herzinsuffizienz, ein klassischer Fall. Die Medizin von heute kann daher der Fehler von morgen sein.

Dennoch, 52 Prozent aller Deutschen sind laut einer Umfrage skeptisch, dass sie von Ärztinnen und Ärzten am Lebensende angemessen und vertrauensvoll behandelt werden. Das spiegelt einen immensen Vertrauensverlust wider . . .

Hoppe: Das Umfrageergebnis hat mich sehr erschüttert. Wir müssen das in der Bevölkerung vorherrschende Bild schleunigst korrigieren.

Die Palliativmedizin ist vor allem in Kliniken angesiedelt, aber kaum ambulant vertreten . . .

Hoppe: Ja, aber alle neuen Fächer entstehen primär in der Klinik und wandern von dort in den ambulanten Bereich. Ich denke, das wird auch in diesem Fall so sein. Wenn wir genug palliativmedizinische Einrichtungen in Deutschland haben werden – und diese Notwendigkeit ist breit akzeptiert – dann werden sich Anästhesisten und Internisten auch der ambulanten Palliativmedizin zuwenden.

Es ist doch sehr positiv zu sehen, wenn sich jetzt schon geriatrisch orientierte Hausärzte und -ärztinnen, ob nun allgemeinmedizinischer oder internistischer Prägung, diesem Thema widmen. Natürlich müssen diese Kollegen unter würdigen Bedingungen arbeiten können, die Vergütung muss stimmen und die Bürokratie so gering wie möglich sein. Das Gesetz

sieht ja vor, die ambulante Palliativmedizin besonders zu fördern, was die Bundesärztekammer ausdrücklich begrüßt.

Wie steht es um den Standard der Ausbildung, da die Palliativmedizin noch nicht verpflichtend in die Approbationsordnung aufgenommen worden ist?

Hoppe: Das ist richtig, aber die Inhalte dessen, was wir heute Palliativmedizin nennen – also die Schmerztherapie und die seelische Begleitung von schwer Kranken und Sterbenden – war schon immer ein wichtiger Bestandteil der Inneren Medizin und auch anderer Fächer.

Es bestehen aber bundesweit große qualitative Unterschiede . . .

Hoppe: Ja, aber das gilt für die gesamte Weiterbildung. Hier müssen Mindeststandards festgezurrert werden, und die Kammern sind dafür verantwortlich, dass diese auf keinen Fall unterboten werden. Der Entwicklungsprozess ist jedoch noch im normalen Zeitrahmen.



Die Förderung der Palliativmedizin hält der Präsident der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, im DÄ-Interview für eine wichtige Aufgabe der Ärzteschaft.

Sollte es in Zukunft einen Facharzt für Palliativmedizin geben?

Hoppe: Da man die Palliativmedizin zu mehreren Fächern addieren kann, gehört sie systematisch wohl eher in den Bereich der Zusatzbezeichnungen.

Entspricht die psychosoziale Versorgung schwerstkranker Patienten Ihrer Ansicht nach den Erfordernissen, oder besteht da auch noch Verbesserungsbedarf?

Hoppe: Da besteht eindeutig Verbesserungsbedarf. Leider gibt es

nur verarbeitet werden, wenn er gleichzeitig aus medizinischer und psychologischer Sicht gesehen wird und entsprechend behandelt wird.

Wie steht es um die Qualifikation des Pflegepersonals? Brauchen wir den Palliativpfleger oder -pflegerin?

Hoppe: Ja, unbedingt. Das müssen Profis sein, richtige Profis, die die Patienten lagern, umlagern und dafür sorgen, dass sie nicht in ihren Exkrementen liegen, dass sie adäquat mit Nahrungsmitteln und mit Flüssigkeit versorgt werden.

Schmerztherapie mehr hilft, dann versetzt man die Betroffenen in eine Art Narkose, damit sie den Rest ihres Lebens ohne Schmerzen überstehen. Die terminale Sedierung ist somit eine Form der Sterbebegleitung, die dafür sorgt, dass jemand würdig einschläft. Das hat nichts mit Tötung auf Verlangen zu tun.

Bringt die Erwähnung der Palliativmedizin im Gesundheitsreformgesetz einen Fortschritt?

Hoppe: Ja. Der Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung ist sicher ein wirklicher Pluspunkt des Gesetzes. Eine Aufwertung wird aber dauerhaft nur dann gelingen, wenn die Finanzierung – ambulant wie stationär – solide geregelt ist. Budgetierungen sind da absolut kontraproduktiv.

„Wenn es für die Patienten keine Kausaltherapie mehr gibt, ist die Palliativmedizin für viele eine sinnvolle Behandlungsform.“

eine gewisse Auseinandersetzung zwischen den ärztlichen und den Psychologischen Psychotherapeuten oder Psychosomatikern, da müssen wir als Kammer für Klarheit sorgen.

Es mag einige Patienten geben, die mit der psychologischen Psychotherapie zurechtkommen, aber die Mehrheit, insbesondere die Tumorkranken, braucht eine psychosomatische Betreuung durch Ärzte, die die Eigenschaften der verschiedenen Tumoren und ihre Therapie kennen. Dieser gewaltige Lebenschnitt kann von dem Kranken

Dafür ist nicht jeder Mensch geeignet. Aber auch der Geeignete kann diese Art der Pflege nur eine Zeit lang machen, er braucht Unterbrechungen. Selbst die Gutwilligsten stumpfen sonst ab, darunter leidet dann die Qualität.

Die Palliativmedizin ist ein breites Feld, zu dem auch die terminale Sedierung gehört. Manche Menschen sehen darin allerdings bereits eine „milde Form“ der Tötung auf Verlangen. Wie begegnen Sie diesem Eindruck?

Hoppe: Die terminale Sedierung ist indiziert, wenn keine geeignete

Sind Sie denn insgesamt optimistisch, was die Entwicklung der Palliativmedizin angeht?

Hoppe: Ja, das bin ich, weil ich ganz sicher bin, dass viele oder praktisch alle Ärzte es einsehen, dass die Palliativmedizin zu ihrem Aufgabenfeld gehört. Wenn es für die Patienten keine Kausaltherapie mehr gibt, ist die Palliativmedizin für sehr viele eine sinnvolle Behandlungsform. Diese Erkenntnis wird auch eine entsprechende Konsequenz bei der Weiter- und Fortbildung haben. Das hängt nicht nur mit Geld zusammen. ▶

In Deutschland gibt es immer mehr private, profitorientierte Krankenhäuser. Die Palliativmedizin ist jedoch kein lukrativer Bereich. Wird man diese Form der Sterbebegleitung nur an kommunalen Einrichtungen erfahren?

Hoppe: Meines Erachtens werden sich in Zukunft auch private Krankenhausträger der Palliativmedizin annehmen; sie zeigen ja auch Interesse für die Geriatrie. Aus einer

rung bei den Siechen des späten Mittelalters und zu Beginn der Krankenhausbewegung. Im Rahmen der Vernaturwissenschaftlichung der Medizin in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts und im gesamten 20. Jahrhundert sind jedoch Mängel entstanden. Diese Defizite sind durch die Anästhesiologie und die Intensivmedizin revitalisiert worden.

„Die Grundsätze zur Sterbebegleitung und die Empfehlungen zum Umgang mit der Patientenverfügung sind exzellent, das ist auch von Juristen mehrfach bestätigt worden.“

Untersuchung geht hervor, dass sich die nicht profitorientierten Krankenhausbetreiber hinsichtlich der Organisation und Betriebswirtschaft genau so verhalten wie die profitorientierten. Insofern sitzen alle in einem Boot.

Während in Großbritannien die Palliativmedizin und das Hospizwesen als Einheit gesehen werden, trennen wir diese Bereiche in Deutschland. Halten Sie das für sinnvoll?

Hoppe: Ich weiß nicht, warum sich die Bereiche unterschiedlich entwickelt haben. Palliativmedizin ist an sich die Urmedizin – also die Versorgung der Bevölke-

Ein Unterschied sehe ich darin, dass die Palliativmedizin eine wissenschaftliche Komponente hat, was aber nicht bedeutet, dass in den Hospizeinrichtungen nicht auch Palliativmedizin betrieben wird. Beide haben riesige Schnittmengen, die man eigentlich nicht trennen kann.

Das Hospizwesen lebt zum großen Teil von Spendeneinnahmen, die Palliativmedizin nicht. Würde die Palliativmedizin bei einer Zusammenführung nicht finanziell profitieren?

Hoppe: Die palliativmedizinischen Lehrstühle in Deutschland sind überwiegend Stiftungslehrstühle, die von der Deutschen Krebshilfe und ande-

ren Einrichtungen finanziert werden. Sie leben in gewisser Weise auch von Spenden und von Stiftungen.

Warum sind Sie gegen eine gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen und warum gegen eine Reichweitenbeschränkung?

Hoppe: Ich bin nicht grundsätzlich gegen die gesetzliche Regelung, ich bin nur dagegen, dass die Interaktion zwischen Patient und Arzt beziehungsweise Pflegekraft ins Gesetz geschrieben wird.

Das Gesetz wäre in Ordnung, wenn es die gegenwärtige Rechtslage bestätigen würde. Die ist ja eigentlich klar, sie ist nur nicht bekannt genug. Eine Patientenverfügung ist für den Arzt eine Hilfe, wenn er den mutmaßlichen Willen ermitteln muss, weil das zur Fürsorgepflicht für die Patienten gehört. Mithilfe der Verfügung ist wenigstens ein Anhaltspunkt dafür zu erkennen, welche Wertvorstellungen ein Mensch hat und welche vielleicht auch nicht.

Eine Beschränkung der Reichweite auf irreversibel tödliche Krankheitsverläufe würde den Eindruck erwecken, dass alles, was von dieser beschränkten Reichweite nicht erfasst ist, unerheblich ist. Damit würden wir vor dem Problem stehen, dass Meinungsäußerungen von Verfügenden nicht so verwertet werden können, wie das bisher der Fall ist.

Die Bundesärztekammer hat Grundsätze zur Sterbebegleitung und Empfehlungen zum Umgang mit Patientenverfügungen* veröffentlicht, die international hohe Anerkennung genießen. Aber sie scheinen hierzulande nicht ausreichend wahrgenommen zu werden.

Hoppe: Deswegen werde ich sie an jeder Ecke erwähnen, wo ich nur Ärzte treffe. Die Grundsätze und die Empfehlungen zum Umgang mit der Patientenverfügung sind exzellent, das ist auch von Juristen mehrfach bestätigt worden. Es gibt weltweit derzeit nichts Besseres. Beide Papiere dürfen daher nicht so diskret behandelt werden wie bisher. ■

Die Fragen stellten Gisela Klinkhammer, Dr. med. Vera Zylka-Menhorn und Heinz Stüwe.

@ *Beide Papiere im Internet: www.aerzteblatt.de/plus2207

