

Palliativmedizin in der Praxis



Dr. Herbert W.
Kappauf

„Im ambulanten Sektor lässt sich eine Palliativmedizin mit vergleichbarer hoher Qualität wie im Krankenhaus praktizieren, wenn die entsprechenden Versorgungsstrukturen vorhanden sind.“

Dr. Thomas Schindler, Palliativmedizinischer
Konsiliardienst in Nordrhein-Westfalen
(Forum Deutsche Krebsgesellschaft 04/02).

Palliativmedizinische Probleme in der ambulanten Versorgung nehmen zu

Gesellschaftlich ist in den letzten beiden Generationen Sterben mehr aus dem häuslichen Bereich an Krankenhäuser delegiert worden. Sterben wurde somit zur Krankheit und ist gerade wegen der Erfolge der modernen Medizin auch häufiger mit der Endphase einer chronischen Erkrankung verbunden. Seit einigen Jahren nimmt der früher selten erfragte Patientenwunsch, zu Hause zu sterben, zu. Er wird auch durch erfolgreiche Modelle häuslicher Palliativbetreuung gefördert. Auch die strukturellen Veränderungen in Akutkrankenhäusern mit kürzerer Verweildauer werden Hausärzte zukünftig mehr mit palliativmedizinischen Problemen konfrontieren: sowohl in den Sprechstunden als auch bei Hausbesuchen sowie bei der Patientenbetreuung in Pflegeheimen und Pflegehospizen.

Probleme der hausärztlichen Palliativmedizin sind in dem Kasten (rechts) aufgeführt. Die meisten palliativmedizinischen Defizite in der hausärztlichen Versorgung sind durch eine bessere Kommunikation, Kompetenzvernetzung und problemorientierte organisatorische Flexibilität zwischen und von entlassenden Kliniken, mitbehandelnden Spezialisten, ambulanten und stationären Pflege- und Hospizeinrichtungen, spezialisierten Palliativstationen, Apotheken und Kostenträgern zu lösen.

Unheilbar Kranke fürchten weniger den Tod, sondern mehr das Leiden, das ihm vorausgeht: Sie haben am meisten Angst vor Abhängigkeit, vor dem Verlust von Autonomie und menschlicher Würde und vor Schmerzen. Die palliativmedizinische Begleitung Schwerkranker ist deshalb mehr als Schmerztherapie, mehr als sonstiges instrumentelles

oder pharmakologisches Symptommanagement. Sie muss die Autonomie und die menschliche Würde der Kranken so weit wie möglich erhalten und respektieren. Die Angst vor ihrem Verlust motiviert am häufigsten den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe.

Viele Patienten leiden immer noch unter unnötigen Schmerzen

Bei Schmerzen können die häufigen psychosozialen Begleitumstände einer chronischen Erkrankung, wie beispielsweise Angst, Schlafstörungen, Depression, Trauer oder soziale Isolation, die individuelle Schmerzwahrnehmung verstärken, sodass selbst ohne Krankheitsprogredienz die Schmerzintensität zunehmen kann. Eine befriedigende Schmerztherapie muss sich somit um eine allumfassende Symptomkontrolle bemühen und die einzelnen Symptome als miteinander verwobene, multidimensionale Konstrukte verstehen. Besonders bei Krebskranken ist Schmerz oft nicht nur eine Aussage über körperliche Beschwerden, sondern auch über ihre aktuelle psychische Befindlichkeit und ihre Sorge, dass die Krankheit fortschreitet. Damit gewinnen die therapeutische Beziehung und vor allem die gute Kommunikation zwischen Patienten, Ärzten, anderen Therapeuten, Pflegenden und Angehörigen beim Ziel einer befriedigenden Symptomkontrolle eine große Bedeutung. Nichtpharmakologische Maß-

nahmen der Krankenpflege, der physikalischen Therapie oder der psychosozialen sowie spirituellen Beratung und Begleitung können die palliativmedizinische Symptomkontrolle sehr hilfreich unterstützen. Dementsprechend ist die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfehlende Stufenleiter der medikamentösen Schmerztherapie einzubinden (Abbildung 1).

Die meisten Schmerzzustände in der Palliativmedizin entsprechen Dauerschmerzen, die eine pharmakologisch und pharmakokinetisch adäquate analgetische Dauermedikation erfordern, solange die Schmerzursache gegeben ist. Dafür haben sich besonders Arzneimittel oder Applikationsformen, die das Analgetikum verzögert (Retard-Prinzip) oder kontinuierlich (Schmerzpflaster, Pumpe) abgeben, sehr bewährt. Dauerschmerzen sind jedoch eher selten in ihrer Intensität stabil. Sie werden meist durch situationsabhängige Schmerzspitzen (Durchbruchschmerzen) und immer wieder auch durch neu auftretende Akutschmerzen anderer Genese aggraviert. Für die rasche Kontrolle derartiger Akut- und Durchbruchschmerzen sind Analgetika mit Retard-Galenik und Schmerzpflaster ungeeignet. Bei einer Dauerschmerztherapie sind somit die regelmäßige Analyse der Schmerzdynamik und die Evaluation der Therapieeffektivität wichtig. Genauso erforderlich ist es, die Patienten mit rasch wirksamen Anal-

Häufige Probleme der hausärztlichen Palliativmedizin

- **Kommunikations- und logistische Probleme an der stationär/ambulanten Schnittstelle**

(unleserlicher oder wenig informativer Arztbrief, keine Absprache über weiteres Prozedere und Verantwortungszuständigkeit, Defizite der ärztlichen, pflegerischen oder Arznei- und Hilfsmittel-Versorgung am Wochenende oder nachts, fehlende Betäubungsmittel-Rezeptformulare oder fehlende Erfahrung im Umgang mit Schmerzpumpen bzw. parenteralen Kathetersystemen, Reserviertheit gegen parenterale Therapie in Pflegeeinrichtungen oder häuslichem Umfeld wegen eingeschränkter personeller und budgetärer Ressourcen)

- **Schwierigkeiten der Symptomkontrolle bei**

Schmerzen
Luftnot
Übelkeit und Erbrechen
gestörter Darmtätigkeit (Subileus, Durchfälle)
gestörter Nieren-/Blasenfunktion
cholestatichem Pruritus
exulzerierten Tumorknoten mit putriden Superinfektion oder Arrosionsblutungen
Fatigue und/oder Schlafstörungen
Problemen der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
Angst, Depression
Persönlichkeitsveränderungen, Agitation, Delir

- **Kommunikationsprobleme mit Patienten, Angehörigen, Betreuern und Pflegenden**

(interkulturelle Sprach- und Verständnisprobleme, fehlender Konsens hinsichtlich Therapieziel und Unterstützungsbedarf, Defizite der offenen Kommunikation und im Umgang mit starken Emotionen, Vorwürfen, Konflikten oder problematischen Erwartungen und Therapiewünschen)

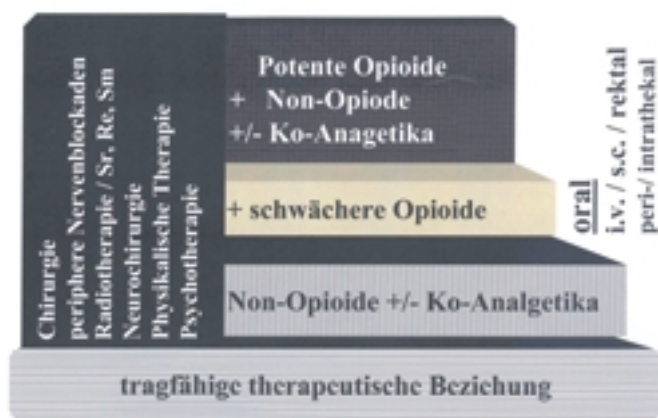


Abbildung: Tumorschmerztherapie in Anlehnung an WHO-Stufenschema.

getika und praktikablen Vorgaben (Dosierung, Häufigkeit, Bolushöhe) für Durchbruchschmerzen zu versorgen.

Von einer Kombination von verschiedenen Non-Opioiden ist aus Toxizitätsgründen abzuraten. Für Durchbruchschmerzen bei einer wirksamen Basisanalgesie mit Non-Opioiden (WHO-Stufe I) und ausgeschöpften therapeutischen Fenster ist ein nicht verzögert freigesetztes Opioid (WHO-Stufe II oder III) sinnvoll. Wird die Analgesie bereits mit Opioiden (WHO-Stufe II oder III) durchgeführt, erfolgt die Behandlung von Durchbruchschmerzen mit dem gleichen Opioid oder einem Opioid mit gleichem Opioid-Rezeptor-Verhalten in einer rasch wirksamen Aufbereitung.

Die Einzeldosis bei Durchbruchschmerzen soll bei oraler oder rektaler Verabreichung etwa einem Sechstel der bisherigen Tagesbasisdosis entsprechen. Bei parenteraler Applikation können 10 bis 20 % der Tagesbasisdosis, auch wiederholt, zusätzlich zur Basistherapie gespritzt werden. Beim Opioid-Wechsel sind die entsprechenden, vom Applikationsweg abhängigen äquianalgetischen Dosen zu berechnen. Da diese aber im hohen und sehr hohen Dosierungsbereich von potenten Opioiden (WHO-Stufe III) nicht genügend validiert sind, sollte in diesen Situationen eine errechnete äquianalgetische Dosis, anfangs halbiert und im Gramm-Bereich der parenteralen Morphintherapie, noch weiter reduziert werden. Bei nicht ausreichend wirksamer Schmerztherapie sind Dosissteigerungen von Opioiden in Schritten von weniger als 25 % (bei mäßiger Schmerzlinderung) oder 50 % (bei nur geringer Schmerzlinderung) nicht erfolgversprechend. Dies gilt jedoch nicht für Methadon mit seiner besonderen Pharmakokinetik und Kumulationsgefahr. Analgetika mit sehr verzögerter Wirkstoff-Freisetzung, zum Beispiel Schmerzpflaster, sind nur selten für die terminale, häufig durch Zunahme der Schmerzsymptomatik gekennzeichnete Krankheitssituation geeignet, da sie keine flexible Dosissteuerung erlauben.

Obligat ist die Obstipationsprophylaxe bei einer Therapie mit Opioiden. Mittel der ersten Wahl sind antiresorptiv und hydragog wirkende Laxantien (zum Beispiel Bisacodyl, Na-Picosulfat), eventuell kombiniert mit Gleitmitteln und Laxantien, die auf den Defäkationsreflex wirken (zum Beispiel Glycerin- und Bisacodyl-Suppositorien).

Opioid-induzierte Alp- und Wachträume oder Halluzinationen werden von vielen Patienten als sehr traumatisch erlebt, oft jedoch fehlgedeutet und verschwiegen. Nach Initiierung oder Dosissteigerung in einer Opioid-Therapie sollte deshalb danach gezielt gefragt werden. Denn die Opioid-Medikation muss keineswegs abgesetzt werden, da eine entsprechende Begleitmedikation (zum Beispiel niedrig dosiert Lorazepam oder Haloperidol) diese Nebenwirkungen verlässlich verhindern kann.

Nachdem Abgeschlagenheit und Müdigkeit zu den häufigsten Klagen von Terminalkranken gehören, dürfen Sedativa nur sehr überlegt ko-analgetisch verwendet werden, zum Beispiel für die gezielte Behandlung von Schlafstörungen, Agitiertheit und Angst.

Atemdepression, Myokloni oder extreme Miosis sind nicht als Nebenwirkungen, sondern als Zeichen der Opioid-Überdosierung zu werten und erfordern eine erneute Analyse des Schmerzgeschehens. Da Schmerzen das Atemzentrum stark stimulieren, ist bei einer adäquaten Opioid-Therapie auch im sehr hohen Dosierungsbereich die Angst vor einer relevanten Atemdepression wenig begründet.

Luftnot ist immer mit Todesangst vergesellschaftet

Kulturgeschichtlich ist Luft mit Leben gleichgesetzt („Odem einhauchen“). Die Angst zu ersticken („letzter Atemzug“) bedarf somit besonderer therapeutischer Aufmerksamkeit. Bei Opioid-gewöhnten Patienten kann bei belastender Dyspnoe die bisherige analgetisch ausreichende Opioid-Tagesdosis – außer im sehr hohen Dosisbereich – unter

Berücksichtigung der Klinik um 50 % gesteigert werden. Akut wird zum Beispiel Morphin in einer Dosis von 10 bis 20 % der bisherigen Tagesdosis s. c. oder i. v. verabreicht. Bei Opioid-naiven Patienten können akut jeweils 5 bis 10 mg Morphin s. c. oder i. v. gegeben werden. Bei angstbedingter Verschlechterung der Atemökonomie ist Lorazepam (zum Beispiel 1 mg bukkal), Promethazin oder Midazolam als Kurzinfusion nach Effekt sinnvoll. Sauerstoff per Nasenonde hat für viele Patienten auch einen deutlichen (auto)suggestiven Nutzen genauso, wie ein Ventilator am Bett das Gefühl von Luftnot mildern kann.

Durch Sekret in den Atemwegen bedingtes terminales Rasseln („Todesrasseln“) wird von begleitenden Angehörigen, auch bei bereits komatösen Patienten, häufig als qualvoller Todeskampf erlebt. Hier können Anticholinergika (zum Beispiel N-Butylscopolamin) die Sekretbildung hemmen. Eine geeignete Lagerung ist meist hilfreicher und für den Patienten weniger belastend als wiederholtes Absaugen.

Hunger und Durst korrelieren nicht unbedingt mit Kalorien- und Flüssigkeitszufuhr

Patienten haben ein Anrecht, auch im letztem Lebensabschnitt, nicht unter Hunger oder Durst leiden zu müssen. Um ein Hunger- oder Durstgefühl zu vermeiden, muss und soll aber keineswegs in einer terminalen Krankheitssituation eine an üblichen Standards bilanzierte Flüssigkeits- und Kalorienzufuhr erzwungen werden. Das Durstgefühl sterbender Patienten hängt mehr vom Feuchtigkeitgrad ihrer Zunge und Mundschleimhäute als von ihrem objektiven Hydratationsstatus ab. Andererseits verschwindet nicht selten in der Sterbephase eine Unruhe bewusstseinsgetrübter, exsikkierter Patienten durch eine parenterale (auch subkutane) Flüssigkeitszufuhr. Patientenäußerungen und -wünsche müssen hier adäquat wahrgenommen und verstanden werden. Gerade bei der Anlage von Ernährungs sondens sollten Maßnahmen, die Patientensymptome lindern, kritisch unterschieden werden von Maßnahmen, die primär die Pflege erleichtern oder beschleunigen, auch wenn diese durchaus berechtigt sein können.

... “at the heart of good care is good communication“ *

In der palliativmedizinischen Begleitung unheilbar Kranker ist in einem besonderen Ausmaß interprofessionelle Kooperation und

* Oxford Textbook of Palliative Medicine

ärztliche Kompetenz in „sprechender Medizin“ gefordert. Von Seiten des Arztes sind sein Aushalten emotional schwieriger Situationen, seine therapeutischen Grenzen, genauso seine Fähigkeit zur Problemstrukturierung und Kontaktgestaltung, wenn „Sprechen schwer fällt“, „alles gesagt ist“ oder dialogische Kommunikation nicht (mehr) möglich ist, wichtige therapeutische Instrumente, die für Angehörige ein stützendes Modell für ihre Sterbebegleitung werden. Benennen, erklären, wertschätzen, Kontakt halten, berühren und Bezugspersonen auch bei bewussten Patienten zu Kontakt ermutigen, sind hier wichtige Elemente. Gefragt und unabdingbar sind aber nicht nur Techniken der Gesprächsführung und Beziehungsgestaltung, die Patienten und Angehörige ernst nehmen und emotional stützen, sondern auch eine ärztliche Haltung, die Tod und Sterben als Teil des eigenen Lebens integriert hat.

Zusammenfassung

Palliativmedizin ist zwar ein neuer Name in der Medizin, aber kein inhaltlich neues Arbeitsgebiet. War doch die Betreuung von unheilbaren Kranken stets ureigenster Bestand-

teil ärztlichen (Be-)Handels in Klinik und hausärztlicher Praxis. Dieser ärztlichen Tätigkeit ist aber bei der Faszination für die kurativ-therapeutischen Fortschritte der modernen Medizin wenig Aufmerksamkeit im Sinne einer systematischen Kompetenzentwicklung zuteil geworden. Die Palliativmedizin als ein in den letzten drei Jahrzehnten entstandenes interdisziplinäres Arbeitsgebiet hat sich zum Ziel gesetzt, diese Defizite bei der therapeutischen Begleitung Schwerkranker im letzten Lebensabschnitt inhaltlich und strukturell anzugehen. Denn gerade die medizinischen Erfolge, die akute Todesfälle reduzieren und unheilbare, früher rasch tödlich verlaufende Erkrankungen zu chronischen Leiden machen, steigern im gleichen Ausmaß die ärztliche Konfrontation mit palliativmedizinischen Problemen. Gefordert ist ärztliche Kompetenz bei der Symptomkontrolle komplexer Beschwerden, besonders aber von Schmerzen, die in den Patientenbefürchtungen eines Leidens vor dem Tod ganz vorne stehen und auch in der Alltagsrealität immer noch häufig inadäquat behandelt werden. Genauso wichtig ist es, Luftnot von Patienten und ihre Angst, qualvoll zu ersticken, zu mindern. Hunger und Durst gestillt zu bekom-

men, gehört auch in der terminalen Krankheitsituation zu den basalen Patientenrechten. Diese Empfindungen korrelieren jedoch nicht unbedingt mit der Kalorien- oder Flüssigkeitsbilanz.

In der emotional hoch besetzten terminalen Krankheitsphase sind Symptome multidimensional zu verstehen und anzugehen. Die palliativmedizinische Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen zielt darauf ab, sie trotz aller Einschränkungen leidlich gut im Leben zu halten. Entscheidend dafür sind nicht nur medizinische und psychosoziale Kompetenz, sondern auch eine hohe ärztliche Bereitschaft zu interdisziplinärer und interprofessioneller Zusammenarbeit, ethischer Reflexion und zur Akzeptanz therapeutischer Grenzen.

Anschrift des Verfassers:

*Dr. Herbert W. Kappauf,
Onkologische Schwerpunktpraxis, MediCenter,
Owaldstraße 1a, 82319 Starnberg,
Fax 08151-559302,
E-Mail: onkologie.starnberg@t-online.de*

Jeder stirbt seinen eigenen Tod

Die meisten Ärztinnen und Ärzte geben auf, wenn sie nicht mehr heilen können. Die Erfahrung in Hospizen und Palliativstationen beweist, dass sich das Leiden Todkranker immer besser lindern lässt. Schwerer ist es oft, gegen Vorurteile anzukämpfen. Denn die Palliativmedizin ist weitaus mehr als Morphingeben und „Händchenhalten“.

Etwas abseits liegt die Palliativstation. Ein langer lichtdurchfluteter Gang führt direkt zur Station. Mit dem Öffnen der Stationstür fällt jegliche Hektik des Krankenhausalltags ab. Es brennen zwei Kerzen. Zwei Patienten sind in dieser Nacht gestorben. Die junge Mutter und der alte italienische Mann. Die Frau hatte zwei Kinder, die im Aufenthaltsraum spielen. Abwechselnd gehen die Angehörigen in das Zimmer und nehmen Abschied. Schwester Beate geht einfühlsam auf die Angehörigen zu, nimmt sich Zeit und unterstützt sie in dieser schwierigen Situation. Auf der Palliativstation gibt es auch ein Abschiedszimmer, hier liegt der italienische Mann. Er verstand sich gut mit seinem Zimmergenossen Franz. Jetzt liegt Franz allein im Zimmer. Schwester Beate pflegt Franz schon seit einer Woche. „Franz fragte mich heute, ob er die Nacht überleben werde“, sagt Schwester Beate. Wahrscheinlich nicht.



Team der Palliativstation:
Dr. Susanne Roller,
Yvonne Petersen,
Schwester Beate und
Dr. Thomas Binsack (v. li.).

Sterbebegleitung

Seit 13 Jahren arbeitet Dr. Thomas Binsack, Leiter der Palliativstation, engagiert auf der Station. „Ganz bewusst hat er sich für die Palliativmedizin entschieden“, sagt er. In seiner Studentzeit hatte er viele Krebspatienten sterben sehen. Ende der Siebzigerjahre waren plötzlich Heilungschancen in der Behandlung von Krebspatienten zu erkennen. „Man spürte die Euphorie in der Medizin als

beispielsweise die erste Knochenmarktransplantation stattfand“, meint Thomas Binsack. Heilung war das oberste Ziel, ohne weiterzudenken. Inzwischen stimmt das nicht mehr. Viele Ärztinnen und Ärzte glaubten, es könne nichts mehr getan werden, wenn eine Chemotherapie ausgereizt war. Thomas Binsack erinnert sich an frühere typische Bemerkungen: „Die letzte Chemotherapie war innovativ, aber wir können leider nichts mehr für sie tun.“ Für den Patienten hieß das: „Mein



Im Gedenkbuch können Angehörige die letzten Erinnerungen niederschreiben.

Arzt lässt mich fallen.“ „Und ich sage heute, wir können zwar nichts mehr in Richtung Heilung tun, jedoch werden wir alles versuchen, ihre Schmerzen zu lindern. Die Zeit, die ihnen bleibt, die wird gut, damit sie ihren Weg würdevoll gehen können“, sagt Thomas Binsack. Zwischendurch klingelt immer wieder das Telefon. Das Ärzteteam auf der Palliativstation leistet auch Beratungs- und Aufklärungsarbeit, wenn Hausärzte, Angehörige oder Patienten anrufen. „Durch meine Arbeit in der Palliativmedizin habe ich gemerkt, dass sich jetzt Gott sei Dank ein Wandel vollzogen hat“, betont er.

Jutta A. wartet angespannt auf das Aufnahmegespräch. Ihre Mutter soll auf der Palliativstation würdevoll sterben können – ohne Schmerzen –, das ist ihr Anliegen. Ganz offen spricht Thomas Binsack über den Tod, das Sterben. Der Tod ist hier kein Tabuthema. „Viele Patienten und Angehörige fühlen sich befreit, wenn offen über die Krankheit und den Tod gesprochen wird“, sagt er. Ganz individuell wird versucht, das Sterben für die Patienten und die Angehörigen so „angenehm“ wie möglich zu machen. Ein Blick über die Palliativstation zeigt, dass dieser Vorsatz auch gelebt wird. Den Patientinnen und Patienten stehen zwei Aufenthaltsräume zur Verfügung. Schwester Beate sitzt mit einem Patienten im Raucherzimmer. Rauchen ist erlaubt, ebenso das Glas Wein oder die Flasche Bier am Abend. „Was unsere Arbeit hier auszeichnet, ist vor allem die Individualität in der Pflege“, sagt Schwester Beate. Sie öffnet behutsam die Tür und nimmt sich Zeit für die Pflege ihrer Patienten. Ihre Kolleginnen und Kollegen übernehmen inzwischen anfallende Arbeiten. „Gerade diese Zusammenarbeit habe ich oft vermisst“, betont sie. Im Foyer steht ein Vogelkäfig. Das Zwitschern bringt Lebendigkeit in das Stationsleben. Eine ältere Dame sitzt davor und beobachtet die Vögel. Eine Besucherin führt einen

Hund an der Leine. Auch das ist keine Ausnahme. Die Hospiz-Idee wird vom gesamten Team getragen, dem Pflegekräfte, Ärzte, Seelsorger und Sozialarbeiter sowie ehrenamtliche Helfer angehören.

Lange Zeit ist es Annemarie D. gut gegangen. „Ich habe mich entschieden, keine lebensverlängernden Maßnahmen zuzulassen“, sagt sie. Für Annemarie D. bedeutet das, keine weiteren Transfusionen. Die ambulante Betreuung ermöglichte ihr, zu Hause bei ihrer Familie zu sein. „Jetzt muss ich wieder zu euch“, so Annemarie D. am Tag der Aufnahme. Sie hat starke Schmerzen, auch Atemnot. Zusammen mit Annemarie D. wird besprochen, wie es weitergehen soll. „Es ist uns gelungen, durch eine sinnvoll abgestimmte Schmerztherapie ihr Leiden zu lindern“, sagt Thomas Binsack.

Aufnahmekriterien

Derzeit gibt es 80 Palliativstationen in Deutschland. Solche Stationen sind Teil einer Klinik, entweder als eigenständige Fachabteilung organisiert oder in eine bestehende Abteilung integriert. Sie werden ärztlich geleitet und erfüllen die Voraussetzungen des gesetzlichen Krankenhausbegriffs (§ 2 Nr. 1 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze – KHG, § 107 Abs. 1 SGB V). Palliativstationen sind keine Pflegeeinrichtungen, sondern gehören zur akut-stationären Patientenversorgung. Aufgenommen werden Patienten im letzten Stadium einer unheilbaren Krankheit. „Das sind vor allem Menschen mit bösartigen Tumorerkrankungen, AIDS und schweren neurologischen Leiden“, so Thomas Binsack. Da es sich bei der Palliativstation um eine klinische Einrichtung handelt, muss vom bisher behandelnden Arzt die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung bescheinigt



Beratung am Telefon.

werden. Außerdem soll der Patient vor der Aufnahme über seine Erkrankung aufgeklärt sein und darüber, wie viel Zeit ihm noch bleibt. Doch das ist leider nicht immer der Fall.

Morphinmythos

Auf der Palliativstation bleiben manche Patienten mehrere Wochen, andere nur einen Tag. Im Schnitt begleiten Ärzte und Pflegepersonal die Patienten zwei Wochen. „Wir sehen uns als professionelle Begleiter“, meint Dr. Susanne Roller. Sie arbeitete zuerst im Fachbereich Onkologie. Jetzt ist sie Stationsärztin und engagiert sich vor allem in der Palliativmedizin. Ein großes Anliegen von Susanne Roller ist die Selbstbestimmung am Ende des Lebens. Eine wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes ist die Patientenverfügung. „Mindestens 20 % unserer Patientinnen und Patienten haben mittlerweile eine Patientenverfügung“, sagt Susanne Roller. Doch oft entscheiden Angehörige über die Behandlung am Lebensende und nicht der Patient. „Wir fragen häufig“, so Susanne Roller, „was glauben Sie, hätte sich ihre Frau oder ihr Mann in ihrer jetzigen Situation gewünscht?“ Nach einer Pause antworten dann viele: „Meine Frau oder mein Mann war eine starke und stolze Person. So wie es ihr oder ihm jetzt geht, so hätte sie oder er es nie haben wollen.“ Neben der ärztlichen Sterbegleitung kommen dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten und den Möglichkeiten der Vorsorge für den Fall schwerer Krankheit und qualvollen Sterbens immer größere Bedeutung zu. Eine Patientenverfügung sorgt dafür,



Zimmer mit Aussicht.

dass rechtzeitig Entscheidungen über das eigene Sterben getroffen würden. „Im Falle einer schweren Krankheit sollte auch der behandelnde Arzt vorausschauend handeln und mit dem Kranken Therapien festlegen – auch über das Unterlassen bestimmter, medizinischer Therapiemöglichkeiten“, betont Susanne Roller. Gegen den „therapeutischen Nihilismus“ kämpft sie an. Das Lebensende eines Sterbenden könne still und friedlich verlaufen. Dies setze aber adäquate Behandlung und Fürsorge in der letzten Zeit voraus. „Unsere Erfahrung sagt uns“, so Susanne Roller, „dass Schmerzen und andere belastende Symptome bei sterbenden Patienten sehr häufig unterdiagnostiziert und entsprechend unterbehandelt werden.“ Zahlreiche ältere Menschen leiden unter vielen Krankheiten in schwierigen Kombinationen mit Krebs oder Demenz. „Immer noch werden Morphin oder andere Schmerzmedikamente zu spät und/oder falsch verordnet“, betont die Ärztin. Früher haben Ärztinnen und Ärzte vieles als schicksalhaft hingenommen, zum Beispiel wenn Sterbende vor Schmerz geschrien und erbrochen haben, wenn sie in Angst und Depression verfallen sind. Das Team der Palliativstation erzählt von gleichen Erlebnissen und Bildern, wenn der Tod naht. Sterbende verbringen ihre letzten Atemzüge allein in sterilen Badezimmern, Tote werden abgestellt zwischen Infusionsständern und Desinfektionsmitteln. „Das passiert immer noch, das sind keine Geschichten“, sagt Susanne Roller. Nachvollziehbar, dass so viele Menschen Angst haben, im Krankenhaus zu sterben. Nur jeder Zehnte stirbt zu Hause.

Seelenpflege

„Jeder stirbt seinen eigenen Tod“, meint Dr. Yvonne Petersen, Stationsärztin. Eine Aussage, die etwas nach einem Wildwest-Film klingt. Dieser Satz beinhaltet aber weitaus mehr. „Wir versuchen dem Sterbenden zu helfen, ihn darauf vorzubereiten, was mit ihm passiert“, sagt die Ärztin. Oft wünschen sich Angehörige noch ein erlösendes Wort, so wie im Kino. Aber die wenigsten Sterbenden sagen noch etwas zum Schluss.

Ganz unterschiedlich gehen Patientinnen und Patienten mit dem Tod um. Viele schaffen es, gewisse Angelegenheiten noch ins Reine zu bringen, andere spielen sich gegenseitig Normalität vor, bis zum Ende.

„Eine alte Dame verdrängte das Sterben, den Tod bis zuletzt vehement, wenn ich mit ihr über ihre Situation sprechen wollte“, erzählt Yvonne Petersen. „Irgendetwas hielt sie davon ab zu sterben, aber sie schaffte es nicht, mit mir über ihre Situation zu sprechen.“ Ein paar Tage später schilderte die alte Dame einen Traum von ihr: „Ich sollte verreisen und musste doch tatsächlich in einen Zug einsteigen, der unendlich schmutzig war.“ Eine Woche danach erzählte sie wieder einen Traum: „Ich bin eingeladen worden, eine tolle Reise zu machen. Der Zug hatte einen schicken Speisewagen. Ich habe mich entschieden, mitzufahren.“ Die beiden Träume waren ein Symbol für den bevorstehenden Tod. Die alte Dame hatte nie über den Tod gesprochen, sie war anfangs noch nicht bereit. Über das Symbol der Zugreise konnte sie über den eigenen Tod sprechen.

Die Ärztin schildert einfühlsam, wie wichtig die „Pflege der Seele“ am Ende des Lebens sein kann, wie es etwa gelingen kann, einem Menschen mit einer scheinbar „negativen Le-

bensbilanz“ das Wahrnehmen „gelungener Teile“ der eigenen Biographie zu ermöglichen.

Stationsrituale

Im Jahr sind es ungefähr 300 Kerzen, die brennen. Doch nicht immer gelingt es abzuschalten. „Manchmal fällt es schwer, vor allem wenn Parallelen zum eigenen Leben bestehen“, so Thomas Binsack. Distanz ist ein wichtiger Faktor. Damit niemand mit seinen Gedanken und Gefühlen allein bleibt, gibt es auch für das Personal Unterstützung. Gespräche über Fälle und Probleme mit Patienten und Angehörigen oder auch unter Kollegen finden in regelmäßigen Abständen statt. „Das ist wichtig für einen selbst und für die Teamarbeit“, meint Schwester Beate. Vor allem als Team sehen sich die Mitarbeiter der Palliativstation. Pflegepersonal, freiwillige Helfer, Seelsorger und Ärzte arbeiten miteinander.

Eine ganze Reihe von Ritualen haben sie auf der Palliativstation entwickelt, um besser mit dem Tod leben zu können. Rituale sind wichtig für Patienten und Angehörige und für das Team. Die Kerzen vor den Sterbezimmern gehören dazu. Auch ein Gedenkbuch, das Angehörige gestalten. Es finden sich Gedichte, selbst gemalte Bilder und Dankeswünsche darin. Jeder hinterlässt ein ganz persönliches Zeichen für seinen Angehörigen.

Die Station füllt sich mit Menschen. In der Stationsküche werden Kekse und Kaffee zubereitet. Heute findet ein Gedenkgottesdienst statt. In der kleinen Kapelle der Palliativstation finden sich das Team und die Angehörigen ein. Auch hier brennen zwei Kerzen – 24 Stunden lang.

Tanja Reuß (BLÄK)

ANZEIGE:

DATA VITAL
Da ist Leben drin.

Mehr Infos?
Tel. 0551/4990948

Jetzt aber fiX zu Linux

DAVID X
Die Software-Alternativen für Ihre Praxis

DATA VITAL GmbH & Co. KG
Willi-Eichler-Str. 25, 37079 Göttingen
E-Mail: DAVIDX@DATA-VITAL.de
Internet: www.DATA-VITAL.de