

Zusammenfassende Schlussbetrachtung mit autobiografischem

Bezug

THOMAS LICHTER

In dieser Zusammenfassung der vorangehenden Artikel vieler (ehemaliger) Aktiver bei der Begleitung von Sterbenden ist es mir ein Bedürfnis, entlang meiner eigenen Entwicklung auch die Lebensabschnitte der Autoren von „Der Mensch“ aus verschiedenen Blickwinkeln zu kommentieren. Es wird hier nicht um Evidenzen und Literatur belegte Erkenntnisse, sondern um das persönliche Erleben gehen.

Während des Studiums und der Facharztweiterbildung erfuhr man in den siebziger Jahren über das Sterben des Menschen so gut nichts; es machte den Eindruck dass dieser normale Prozess aus der Sicht der Ärzte nur ein zu verheimlichender Misserfolg sei. So fand auch oft dieser Prozess des menschlichen Lebens hinter verschlossenen Türen gelegentlich in einem Badezimmer, zumindest aber hinter einem Sichtschutz statt. In der Lernphase eines Studierenden bzw. jungen Arztes hatte diese menschliche Lebensphase keinen Platz; die Lehrenden hatten ihm aber auch keinen Platz eingeräumt.

Zum Ende der Weiterbildung in einer Landpraxis wurden die Aspekte des Sterbens und des Todes wichtiger. Die Begleitung des Menschen von der Wiege zur Bahre wurde selbst erlebt und auch von den Lehrern in der Praxis authentisch vermittelt. Ich habe selbst Konzepte für die eigene Praxistätigkeit entwickelt und in ständigem Verbesserungsprozess diese zunehmend empathischer gelebt. Im Laufe der jetzt über 25-jährigen Praxiszeit habe ich mich, begleitet durch eine langwierige psycho-therapeutische Weiterbildung, mutiger der Begleitung von Sterbenden und der Betreuung von Trauernden mehr zugewendet. Bis zum Beginn der neunziger Jahre war es selbstverständlich, dass Krankenhausärzte bei mir anriefen und fragten, ob ich einen finalen, „austherapierten“ Patienten zu Hause bis zum Tod versorgen könnte.

Seit Anfang der neunziger Jahre ist die Welle der Palliativmedizin von der britischen Insel und aus Skandinavien nach Mitteleuropa „geschwappt“ und es fand sich schnell eine große Zahl von „Spezialisten“, die sich am kompetentesten fühlten, den neuen Bereich der Sterbebegleitung in „Palliativmedizin“ umzuwandeln. Dieser Prozess hat viele gute Aspekte und fördert einen besseren Umgang mit dem Sterben, den Sterbenden, den Angehörigen und den Begleitern. Die Hospizbewegung hat zunächst im stationären, später auch im ambulanten Bereich viele Anhänger gefunden und versucht damit auch das Thema Sterben und Tod in der Gesellschaft zu enttabuisieren. Diskussionen um

unterschiedliche Dimensionen in der Sterbehilfe erreichten Deutschland aus der Schweiz, Belgien und Niederlande, um auch hier umsetzbare Kriterien für humane ärztliche und pflegerische Arbeit leisten zu können.

Die große Britin Cicely Saunders, Gründerin des „St. Christophers Hospice“ in London, hat Maßstäbe gesetzt mit ihrer Devise „nicht dem Leben mehr Tage geben, sondern den Tagen mehr Leben geben!“, und so hat sie auch gut vermittelt, dass es nicht um mehr Technologie sondern mehr Menschlichkeit geht - ihre These lautete „High touch, low tech“. Im ambulanten, besonders hausärztlichen Bereich zeigte sich im Gespräch mit Kollegen ein Aufbruch hin auch zur Kompetenzverbesserung durch Fortbildungen und Qualitätszirkel. Schmerztherapie und Behandlung von quälenden Symptomen standen dabei im Mittelpunkt. Die lebenslang betreuenden Hausärzte arbeiteten bisher mit ihren langjährigen Patienten und deren Angehörigen oft in guter Kooperation mit Gemeindeschwestern, um den Patienten konsequent bis zu ihrem Ende und die Angehörigen darüber hinaus zu begleiten.

Seit Beginn des dritten Jahrtausends rückt für mich die Palliativmedizin weg von der Basis: pharmatherapeutische und technische Maßnahmen werden vermehrt ausgebaut unter der Maßgabe hier Leiden zu lindern. Humanität mit größerer menschlicher Nähe scheint aber nicht unbedingt vermehrt in die Sterbebegleitung einzufließen. Patienten werden in der Regel auch in der Schlussphase ihres Lebens mit oft vielen schwierigen Problemen hin- und hergeschickt, und ihr Wunsch zu Hause im vertrauten Kreise sterben zu können, scheint oft gefährdet. Einzelne Projekt-Gruppen, die den Patienten zu Hause besuchen (Support Göttingen), scheinen hier eine Brücke zu bilden zwischen der traditionellen Aufgabenteilung nach Wunsch der Betroffenen und den neuen Ideen zur Arbeit im möglicherweise größeren Team mit Spezialisten aus der Palliativmedizin.

Gesetzliche Regelungen sollten ab 2005 vermehrt die Qualität der palliativmedizinischen Versorgung verbessern. Für mich fragwürdige Gutachten zeigen an Einzelbeispielen schlechte Versorgungen von Sterbenden in der hausärztlichen Ebene auf; beispielweise werden im Gutachten durch die MHH, in Auftrag gegeben durch die niedersächsische Landesregierung, Pflegeeinrichtungen nach der hausärztlichen Versorgung von Sterbenden befragt.

Es werden jetzt Strukturen geschaffen, die durch anfängliche Subventionen unterstützt werden. Diese „Palliativ-Stützpunkte“ sollen koordinierend und beratend für alle Beteiligten bei der Sterbebegleitung im palliativen Versorgungsprozess der Patienten helfen. Hier wird von vielen engagierten Menschen im Hospizbereich, von Ärzten in Klinik und Praxis sowie Pflegepersonal versucht, Strukturen aufzubauen, die die Versorgung verbessern könnten. Nach aktiver Mitarbeit in einem solchen Palliativstützpunkt als leitender Arzt konnte ich feststellen (wie auch Kollegen in Nachbarkreisen), dass diese Angebote von Ärzten und Pflegenden so gut wie nicht angenommen werden. Im persönlichen Gespräch mit beim Sterben begleitenden Ärzten und Pflegenden gewinnt man den Eindruck, dass eine solche koordinierende Hilfe z. B. durch Stützpunkte oder „Hotlines“ als unnötig angesehen wird; den Herausforderungen für eine verbesserte palliative Versorgung würde man durch eine Vielzahl von Fortbildungsangeboten ausreichend gerecht.

Die Einrichtung der speziellen ambulanten Palliativversorgung könnte die Basisversorgung wie bisher eher gefährden, da hier oft durch Spezialisten ohne Basiserfahrung höchste Hürden aufgebaut werden, um „die Versorgung am Lebensende zu verbessern“. Diese Ausrichtung der Palliativmedizin geht bei den Hausärzten einher mit dem subjektiv empfundenen Gefühl des Herausgedrängt-werdens aus einer ihrer ursprünglichen Aufgaben, nämlich der Sterbebegleitung; und dies führt zu Resignation und Rückzug. So muss man deutlich die Gefahr sehen, dass eine von Staat und Gesellschaft gewollte Verbesserung der Sterbebegleitung durch einen Ansatz, der fast ausschließlich durch Spezialisten vorgegeben wird, die bisherigen oft stillen „Leistungsanbieter“ aus ihrem Arbeitsbereich vertreibt. Die hohen bürokratischen und „Kompetenz sichernden“ Anforderungen werden von der betroffenen Arztgruppe zunehmend nicht mehr erfüllt werden können.

Zu den Artikeln unter dem Thema „Beim Sterben Begleiten“ gestatte ich mir noch einige Bemerkungen und evtl. Ergänzungen anzufügen.

Der erste Bericht einer chronisch kranken Frau mit zunehmenden Einschränkungen ihrer Funktionen, aber einem starken Willen Menschlichkeit auch in ihre letzte Lebensphase zu bringen, fordert immer wieder meine Aufmerksamkeit neue Entwicklungen immer kritischer zu begleiten und mit ihr gemeinsam humane Visionen zur Gestaltung am Lebensende zu entwickeln.

Die langjährige Gemeindegeschwister des Nachbarortes hat ihre zentrale Rolle zusammen mit dem Hausarzt mehrfach an drastischen Beispielen gezeigt und verdeutlicht, wie menschliche Versorgung in der Schlussphase des Lebens

sich früher mit positiven und negativen Aspekten abgespielt hat. Doch manche dieser scheinbar überkommenen Abläufe und Begleitungen könnten Vorbild für morgen sein. Die Konzentration auf wenige lieb gewonnene und bekannte Menschen im Umkreis in der letzten Lebensphase ist wichtig für hohe Lebensqualität und ein Ummantelt-Sein (Palliativversorgung) im wirklichen Sinne.

Diese Beobachtungen und Erfahrungen macht sich „mein“ Altenheim im näheren Umkreis zu Nutze und gestaltet in beeindruckender menschlicher Wärme die letzte Lebensphase mit hoher Qualität in Bezug auf menschliches Miteinander und intensiver Begleitung bis zum letzten Atemzug nach Wunsch der Betroffenen und Angehörigen. Es bedarf dabei nicht großer technischer Bemühungen, sondern einem Bewusstsein der wirklich wichtigen Dinge für den Abschied aus dem irdischen Leben.

Auch wenn Sterben zu Haus oder im Altenheim aus irgendwelchen Gründen nur schwer möglich wäre, zeigt ein engagierter Palliativmediziner sehr gute Möglichkeiten auf, eine menschlichere Situation für die Sterbebegleitung auch im Krankenhaus zu schaffen. Das bewusste Herangehen an mehr menschliche Nähe und Einbindung der Angehörigen nach Wünschen des Betroffenen wird auf Palliativstationen oder auch in Palliativzimmern gut umgesetzt werden können.

Die Erfahrungen eines allgemeinmedizinischen Hospizarztes zeigen an einigen Beispielen sehr deutlich, wo die Schwerpunkte einer Sterbebegleitung unabhängig vom Sterbeort liegen sollten.

Mit etwas Stolz möchte ich auch die Arbeit einer meiner ersten Doktorandinnen vorstellen, die aus ihren Interviews zum Belastungserleben von Hausärzten eine erst Zusammenstellung nach Themen sortiert erstellt hat. Auch hieraus könnten alle Begleiter beim Sterben für sich wichtige Erkenntnisse gewinnen oder ihr eigenes Verhalten bzw. Empfinden mehr oder weniger bestätigt sehen.

Modelle zur Fort- und Weiterbildung wurden vielerorts in Deutschland geplant und auf den Weg gebracht. Besonders erwähnenswert erscheint mir das Pamino-Projekt im nördlichen Baden-Württemberg zu sein, welches von einer Gruppe von Allgemeinärzten der Universität Heidelberg initiiert und betreut wird. Hier ist meines Erachtens gut eine Synthese gelungen aus ambulanter und stationärer Verzahnung im Bezug auf die Palliativversorgung von Menschen am Lebensende. Hausärztliche Belange werden sehr gut berücksichtigt und ebenso die Wünsche und Anliegen der Patienten mit ihren Angehörigen.

Zusammen mit Kollege Dr. Mühlenfeld aus Bremen habe ich selbst ein vier Module umfassendes Fortbildungskonzept entwickelt, welches dezentral überall von geschulten Referenten nutzbar ist, um ein Aktualisieren des Wissens schnell und in kleiner Gruppe mit größtmöglichem Freiraum für alle Teilnehmer auch für Diskussionen etc. zu ermöglichen. In den ersten Pilotprojekten habe ich selbst diese Module genutzt und erlebt, wie in Gruppen von 10-15 Beteiligten beeindruckende Diskussionen teilweise fast im Sinne einer Balintgruppe möglich wurden. Das Thema Sterben und Tod konnte hier im geschützten Raum durch vorgegebene Module behandelt werden. Es wurde für alle Teilnehmer immer sichtbar, wie aktiv hausärztliche Kollegen meist im Stillen mit ihrem gewohnten Team und den Gemeindegewestern eine für mich teilweise sehr beeindruckende Begleitung beim Sterben leisten. In diesen Diskussionen war immer wieder klar zu erkennen, wie sich eine große Trauer breit machte über die bürokratische Installierung z. B. von Palliativstützpunkten und dem Fördern der strukturierten ambulanten Palliativversorgung mit Millionen von Euro, ohne die ohne Zusatzhonorar geleistete hausärztliche Palliativarbeit auch finanziell zu würdigen.

Einige idealistische Kollegen haben es sich zur Aufgabe gemacht, auch aus dem ambulanten Bereich heraus Palliativstützpunkte zu leiten und mit Leben zu erfüllen. Diese beratende und teils koordinierende Arbeit wird aber von den niedergelassenen Kollegen oft verkehrt verstanden. Es geht nicht darum hier besserwisserisch eigene Kompetenz zu

verbreiten, sondern in schwierigen Situationen ohne großen bürokratischen Aufwand eben beratend als erfahrener und intensiver weitergebildeter Kollege Erfahrungen und Empfehlungen weiter zu geben. Ein Kollege aus dem Nachbarstützpunkt für Palliativversorgung hat „das Handtuch geworfen“ aus Enttäuschung über die geringe Akzeptanz und den deutlich spürbaren Widerstand in der ambulanten Versorgung sowohl auf Arzt- als auch auf Schwesternseite. Vielleicht kann dieser Aufruf auch die angesprochenen Kollegen etwas wachrütteln, um in Zukunft eine bessere und kooperativere Arbeitsebene zu finden.

Die Artikel von Prof. Eckart Sturm, einem der ersten allgemeinmedizinischen Professoren in Deutschland, dem Initiator letztendlich der Arbeitsgemeinschaft Medizinische Anthropologie und dem Erstherausgeber von „Der Mensch“, möchte ich gesondert kurz ansprechen als Erbe an die zukünftige Generation von Ressourcen orientiert denkenden Menschen. Der Hausarzt steht bei dieser Versorgung im Mittelpunkt, eben von der Wiege bis zur Bahre. Diese ganzheitliche Herangehensweise sollte über diesem Heft „Beim Sterben begleiten“ ganz im Vordergrund stehen. Ich will als Hausarzt und Hochschullehrer nicht noch mehr anfügen, aber den Schlusssatz meines väterlichen Freundes Eckart Sturm nur unterstreichen:

„Der Mensch, der Betroffene auch in schwierigen Lagen eben auch am Lebensende, ist uns das Wichtigste, wie der Name unseres Printmediums ja deutlich aufzeigt.“ ■



©Matthias Bozek / pixelio.de