

Sterben zu Hause

Aus der Sicht des Hausarztes

Karl-Heinz Weber

Die Einstellung zum Tod und den Sterbenden ist in allen Epochen stark durch weltanschauliche, religiöse und transzendente Bindungen und Einsichten geprägt gewesen. Weniger überzeugt von der Machbarkeit der Dinge, war in früheren Zeiten die Ehrfurcht vor dem Leben und Sterben vielleicht größer als heute. Der Verfasser des folgenden Beitrages hat das eh und je kontrovers diskutierte „heiße Eisen“ der Sterbehilfe angepackt. Die angeschnittene Thematik ist geeignet, wichtige Hinweise für alle jene Hausärzte (insbesondere auch für die auf dem Land tätigen) zu geben, die oft glauben, noch die einzigen zu sein, die den Moribunden Beistand leisten. Andererseits könnte er auch jene Ärzte motivieren, die (sei es aus Zeitgründen oder auch aus Unsicherheit) diese „Sterbehilfe“ nicht leisten.

Wer die Biographien französischer Könige liest, ist beeindruckt, wie deren letzte Tage geradezu zelebriert wurden. Aber auch anderenorts zeigt die Kultur- und Sittengeschichte, wie sehr in früheren Zeiten, zumindest unter friedlichen Bedingungen, letzte Tage und Sterben als inhaltsreich und bedeutungsschwer angesehen wurden. Die mehr als heute auf das Transzendente ausgerichtete Weltanschauung nahm sich der Sterbenden mit größerer Zuwendung an. Diese ist wichtiger Inhalt vieler Religionen. Es sei nur an die Sterbesakramente, die „Comendatio animae“ und das „Zügelglöcklein“ (von in den letzten Zügen liegend) erinnert. Weniger überzeugt von der Machbarkeit aller Dinge, war die Ehrfurcht vor Leben und Sterben vielleicht größer als heute.

Nach Aufklärung und Materialismus ist unsere Philosophie anders, bewußt oder unbewußt. Dem Sterbenden gegenüber haben wir eine andere Einstellung. Gesundheit und Stärke werden hochstilisiert zu Idealzuständen, welche mit allen Raffines-

sen moderner Medien und Reklame suggeriert werden. Da ist kein Platz für das Lied vom Tod, der deshalb möglichst ebenso wie das Leiden davor aus dem öffentlichen Bewußtsein verdrängt wird. Krankheit ist da, um geheilt, nicht aber um gelitten zu werden. Das Sterbelager gilt im Zeitbewußtsein fast als Anachronismus.

Tatsächlich hat sich aber gegenüber früher nicht viel geändert. Zwar hat sich das Durchschnittsalter erheblich erhöht, die maximale Lebensdauer aber kaum. In der täglichen Arbeit des Hausarztes ergibt sich das Problem vom Leid und Tod wie eh und je. Es zeigt sich aber, daß es heute schwerer ist, die Sterbefürmen mit dem wechselnden Zeitgeist in Übereinstimmung zu bringen.

Mehr als jeder zweite stirbt heute schon im Krankenhaus. Umfragen und eigene Erfahrungen zeigen aber, daß im Zuge der Tendenz zur Intensivmedizin und Großkrankenhäusern die Angst vor der Anonymität der Klinik zugenommen hat. Dies

hat verschiedene Gründe, wie etwa das intensivmedizinische Nichtsterbenlassen (Franco, Tito), Personalmangel, Arbeitszeitordnung, fehlende geistige Bewältigung, Vereinsamung und vieles andere. Dies adiiert sich zu einer unterschweligen Angst, welche in den letzten Jahren eindeutig zugenommen hat. Jedenfalls werde ich heute weniger als vor zehn Jahren um Krankenhauseinweisungen ersucht. Und in der Tat kommen dem kritischen Arzt häufig Bedenken, ob alte Menschen mit frischem Herzinfarkt oder Apoplex bei stabilem Kreislauf nicht besser zu Hause gelassen werden sollten. Transport und plötzlicher Wechsel in eine so unruhige Umgebung wie eine Intensivstation haben für nicht mehr anpassungsfähige, ältere Menschen auch Gefahren, welche gegen die Vorteile einer konsequenten Überwachung abgewogen werden müssen. Schließlich hat sich trotz des Riesenaufwandes die Sterblichkeit in den letzten Jahren nur wenig verändert.

Intensivstationen im Krankenhaus sind in aller Munde. Intensivpflege zu Hause bedeutet bei uns aber eine wirkliche „Marktlücke“. Viele Organisationen erwerben sich hier große Verdienste, aber das Ergebnis ist noch ungenügend. Vor hundert Jahren wäre es undenkbar gewesen, daß jeder zweite im Krankenhaus sterben würde. Die Hospitaleinweisung hatte einen Beigeschmack nach armen Leuten. Häusliche Pflege durch Angehörige bis zum bitteren Ende war die Regel. Da es wenig Krankenhausbetten gab, blieb nichts anderes übrig, als aus der Not eine Tugend zu machen. Es sieht aber heute fast danach aus, daß diese häusliche Pflege von unheilbar Kranken (manchmal auch von Angehörigen) wieder bevorzugt wird. Sicher gibt es keine Norm. Vielen kann im Krankenhaus durch konsequente Diagnose und Therapie in früher nicht gekanntem Ausmaß geholfen werden, andere Schwerkranke wollen ihrer Familie den Anblick ihres eigenen Elends ersparen. Aber es gibt auch Todkranke, welche den Wunsch äußern, zu Hause sterben zu können. ▷

Sterben zu Hause

Ist dies der Fall, so sind Angehörige und Hausarzt gefordert, die noch verbliebene Zeit so angenehm und den Tod so würdig wie möglich zu gestalten. Alle unsere Bemühungen sollen darauf hinausgehen, dieses Ideal zu erreichen.

Der Tod würde viel von seinem Schrecken verlieren und wieder zur Selbstverständlichkeit werden, wenn die moderne Gesellschaft mit diesem Problem besser fertig würde.

Das Ziel moderner Hausarztmedizin sollte sein, daß der Patient

- ▶ zu Hause möglichst lange sein gewohntes Leben führt;
- ▶ Aktivität und Aktionsradius möglichst langsam einschränkt;
- ▶ möglichst lange außer Bett bleibt;
- ▶ möglichst wenig Schmerzen und Leidensdruck hat;
- ▶ schließlich im Kreise und Haus seiner Angehörigen ohne schweren Todeskampf friedlich einschläft.

Natürlich ist der Tod mit allen Mitteln zu bekämpfen, aber die Würde des Menschen geht vor. Die Gnade eines erfüllten Lebens und gnädigen Todes ist freilich nicht sehr häufig. Und die Würde des Menschen ist schwer zu definieren, glücklicherweise aber – wie die Erfahrung zeigt – in der Praxis leichter als in der Theorie.

Pflege und Therapie Unheilbar Kranker in ihren letzten Tagen und Wochen werfen eine Fülle von Fragen auf: Warum tun wir uns so schwer? Welches sind die psychologischen, juristischen, ausbildungsmäßigen, wirtschaftlichen, finanziellen, ethischen und gesellschaftlichen Schwierigkeiten?

Psychologische Einstellung

Die psychologische Einstellung von Patienten, Pflegepersonal und Angehörigen ist am schwersten zu be-

einflussen. Der Tod ist mit einer Urangst verbunden, und seit Jahrtausenden versuchen Religionen und Philosophen sich damit zu vergleichen. Es sei an die Begriffe Nirwana, Sansara, Paradies und Erlösung erinnert. Dennoch ist man immer wieder beeindruckt, wie unterschiedlich Angehörige reagieren.

Diese Reflexionen werden unter dem Eindruck einer Familie geschrieben, die ihren Vater mit Apoplex und Darmkrebs zu Hause sterben ließ. Die richtige Einstellung gegenüber dem Schicksalsschlag todgeweihter Angehöriger ist ein Gradmesser der Persönlichkeit. Niemand wird leichtfertig einen Stein werfen, sind doch die Menschen in ihrer Art verschieden. Häufig geht die Pflege wirklich nicht, wenn Angehörige arbeiten oder körperlich und seelisch dazu nicht in der Lage sind. Zweifellos sind dies mitunter aber auch nur Ausreden für verständliche Schwächen. Viele sagen: „Ich kann das einfach nicht“ oder: „Im Krankenhaus ist immer jemand da“. All dies ist begreiflich. Aber im Grunde ist die Pflege gar nicht so schwer, wenn die psychologische Einstellung richtig ist.

Krankenpflege ist auch eine Ausbildungsfrage. Angehörige und Laienpfleger können unter Anleitung des Arztes sehr weitgehende Hilfestellung leisten. So gilt es beispielsweise als selbstverständlich, daß der Diabetiker sich sein Insulin selbst spritzt. Wenn man aber die Angehörigen fragt, ob sie dem Kranken unter Anleitung die abendliche Morphiumspritze geben können, verneinen sie meist entsetzt. In der Regel macht dies deshalb der Arzt oder die Gemeindeschwester. Wenn Not am Mann ist, sollte bei den gemeinnützigen Organisationen (Johanniter, Malteser, Gesundheitsamt oder auch zugelassene freiberufliche Ärzte) Gelegenheit gegeben werden, einen Spritzenschein für subkutane Injektionen zu machen. Eine Injektion in eine aufgehobene Hautfalte zu geben, ist eine Verrichtung, die jeder machen kann. Es muß ihm nur gezeigt werden. Was dem Insulin-kranken an sich selbst erlaubt ist,

sollte dem Ehepartner per Gesetz nicht verwehrt werden, zumal es doch täglich vorkommt, daß ein insulinpflichtiger Diabetiker zum Beispiel Sehstörungen hat, wonach dann die richtige Dosierung und Applikation vom besser sehenden Ehepartner vorgenommen wird.

Natürlich ergeben sich dabei auch juristische Probleme. Es obliegt dem Gesetzgeber, klare Regelungen zu schaffen, damit die Angehörigen ohne Furcht Verrichtungen an Schwerkranken und Sterbenden vornehmen können, wenn sie vom Arzt autorisiert und informiert worden sind.

Guter Wille und Hilfsbereitschaft dürfen nicht in den Ruf unerlaubter Euthanasie umgedeutet werden.

Häufig wird argumentiert, daß die Kranken zu schwer wären, um von den Angehörigen oder Pflegern gewaschen oder angehoben werden zu können. Dabei gibt es heute hydraulische Hebebühnen, welche dies leichtmachen. Diese werden auch gelegentlich von Organisationen oder Krankenkassen ausgeliehen. Mag eine solche Hebebühne 2000 DM kosten, so kann beispielsweise bei einer Vermietungsgebühr von 20 DM monatlich schon ein „Gewinn“ erzielt werden. Der Arzt könnte dies machen, aber er hat Angst, man könne ihm ein Geschäft mit der Krankheit vorwerfen. Als die Medien das Geschäft mit der Krankheit anprangerten, haben sie das Kind mit dem Bade ausgeschüttet. Sicher war es richtig, Mißstände anzuprangern, aber sie haben damit auch segensreiche, gutgemeinte, sachkundige, effektive Hilfe totgeredet. Durchschnittlich ist das Wissen über die Krankenpflege noch gering. Die bald unbezahlbaren Krankenhauskosten werden die Notwendigkeit ergeben, häusliche Pflegeprobleme wieder stärker zu beachten. Der allzu großzügigen Rationalisierung des Pflegevorganges im Hospital werden hierdurch Grenzen gesetzt. Dies hat sein Gutes, läßt sich doch die Pflege Sterbender nicht nur unter Kosten/Nutzeneffekten betrachten. Die psychologische Barriere ist groß, steht

sie doch der modernen Erfolgsmentalität gegen.

Ansätze sind vorhanden, Hauspflegekosten über die gesetzliche Krankenkasse zu zahlen („Oma auf Krankenschein“). Die Ergebnisse sind bisher spärlich und dürften kaum besser werden. Es liegt in der Natur der Sache, daß sich das Dreigestirn „Opferbereitschaft, Sachleistungsprinzip und Gewinnstreben“ schlecht verträgt.

Geschäft mit der Krankheit?

Gesundheitspolitisch kann eine medizinische Versorgung durchaus deshalb so teuer sein, weil sie im einzelnen so billig ist. Wehe dem Kassenarzt, der versuchen sollte, seinen Patienten Küchen- oder eigene Pflegedienste gegen Gebühr zu organisieren! Sofort würde ihm das Geschäft mit der Krankheit vorgeworfen. Dabei würde mehr echte private Initiative mit seriösem Gewinnstreben viel Gutes tun und letztlich Geld einsparen helfen. Ein Gesundheitswesen kann auch aus Angst vor Profiten unwirtschaftlich sein, wie in den Staatshandelsländern.

Das Geschäft mit dem Tod muß nicht unbedingt „unmoralisch“ sein. In vernünftige Formen vom Gesetzgeber gelenkt, würden erhebliche Lebensqualität und Einsparung großer öffentlicher Mittel gewonnen. Die freie Unternehmerinitiative beginnt heute erst wieder beim Beerdigungsgeschäft. Dabei wäre sie gerade vorher bei der Pflege Schwerkranker und Sterbender so notwendig.

Personelle Engpässe werden nicht unüberwindbar sein, denn richtig dargestellt, organisiert und bezahlt, werden sich sicher Pflegekräfte finden lassen, zumal unter einer oberflächlichen materialistischen Fassade des modernen Zeitgeistes durchaus noch idealistische Reserven liegen. Dies zeigt der lebhafteste Besuch der Kirchentage.

Wie die Dinge nun aber liegen: Wie soll der Hausarzt sich konkret ver-

halten, wenn ein Patient zu Hause bis zum Tode gepflegt werden will? Das Problem beginnt mit der Aufklärung. Darüber gibt es kein Patentrezept. Was für den einen unerträglich ist, kann für den anderen ein Segen sein. Auch nach jahrzehntelanger medizinischer Erfahrung macht der Arzt noch psychologische Fehler.

Meist sage ich die Wahrheit erst, wenn ich vom Patienten „in die Enge“ getrieben werde. Wenn er nicht danach fragt, nehme ich an, daß er die Wahrheit nicht wissen will, und spreche von einer chronischen Entzündung, von der man nicht wisse, ob sie nicht eines Tages bösartig sein könne.

Will der Patient die Wahrheit unbedingt wissen, so sage ich sie ihm unter Hinweis auf den Wettlauf mit der Wissenschaft und die heutigen therapeutischen Möglichkeiten. Die Wahrheit zu sagen, ohne Hoffnung zu nehmen, ist sehr schwer. Nur zu oft gelingt es nicht, weil unlösbar wie die Quadratur des Kreises. In jedem Falle sage ich aber, daß Schmerz, Luftnot, Übelkeit und viele andere Mißempfindungen heute weitgehend medikamentös beseitigt werden können.

Den Leidensdruck behandle ich zunächst mit kleiner Psychotherapie und einer Kombination von Tranquilizern und einem Thymoleptikum.

Über jeder Todesahnung liegt ein Hauch von Depression. Was liegt deshalb näher, als ein Antidepressivum zu geben, etwa Amitryptilin und Chlordiazepoxid. Nach Fortschritt der Krankheit gebe ich Neuroleptika teils zur Potenzierung von Schmerzmitteln, teils zur allgemeinen Dämpfung. Beispielsweise dreimal täglich 70 mg Triflupromazin. Schmerzmittel werden meist in der Reihenfolge Salicylsäure, Koffein, Phenacetin, Tilidin, Pentazocin gegeben. In der Endphase, wenn die Schmerzen unerträglich und das Ende abzusehen ist, lege ich meist eine Infusion mit der Braunüle an und lasse in 24 Stunden zwei bis drei Liter Sterofundin mit insgesamt acht Ampullen Triflupromazin und zwei Ampullen Hy-

dromorphon-Atropin einlaufen. Gegebenenfalls noch zweimal am Tag Diazepam i. m.

Dabei sind die Patienten dann meist nicht mehr ansprechbar und schlafen auf Grund ihrer Herzschwäche ein.

Im idealen Fall geschieht dies im Kreise ihrer Angehörigen. Durst, Angst, Schlaflosigkeit und Schmerzen sind so meist sicher zu beherrschen. Schwierigkeiten beim Urinieren werden mit Hilfe eines Dauerkatheters beseitigt. Gegen unfreiwilligen Stuhlabgang helfen freilich nur Erwachsenenwindeln.

Bei Venenschwierigkeiten habe ich auch schon ambulant Kavakatheter angelegt und über viele Tage infundiert. Das Auswechseln der Infusionsflaschen wird entweder vom Arzt selbst vorgenommen oder von den Angehörigen, nachdem es unter Aufsicht des Arztes geübt wurde.

Wenn irgendmöglich, wird der Sterbende vom Arzt vor und nach der Sprechstunde besucht. Er bereitet dabei auch die Infusionsflaschen vor und macht die Spritzen. Es ist immer wieder erstaunlich, wie sehr in dieser Phase Patienten und Angehörige ihren Arzt brauchen, obwohl im strengen Sinne nicht mehr zu helfen ist. Dies alles erfordert sehr viel Idealismus, der, wenn er seines Sinngehaltes nicht beraubt werden soll, unbezahlbar ist und unbezahlbar bleiben wird. Der Mediziner ist nie mehr Arzt als in diesen schweren Stunden.

Dieses Procedere ist weder Lebensverlängerung um jeden Preis noch passive Euthanasie. Es ist das Bemühen, dem Patienten einen würdigen Tod zu gewährleisten.

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Karl-Heinz Weber
Internist
Schloßstraße 4-6
4330 Mülheim/Ruhr