

Sterbende als Hausarzt begleiten – eine lohnende Herausforderung

Was können wir erfahren und lernen?

Zur Einleitung die Frage:

Können wir denn überhaupt etwas lernen für diesen allerletzten Lebensabschnitt, der sich ohne unser Zutun ereignet, wie die Geburt am Anfang des Lebens? Lassen wir den Tod nicht besser einfach kommen, sorgen uns nicht und konzentrieren uns auf das Leben?

«Wer gut gelebt hat, der kann auf keinen Fall schlecht sterben. Welchen Tod ihn immer treffen mag, er wird ruhen in Frieden (...)», meint Ludwig Blossius, ein Benediktinerabt des 16. Jahrhunderts, in seinem Kanon des spirituellen Lebens.

Also können wir uns vielleicht doch auf unseren persönlichen Tod vorbereiten? Aber wie? Und wo? Bei wem? Die Antwort liegt auf der Hand: Von den Sterbenden können wir lernen.

Schauen wir uns vorab drei Sterbesituationen an, wie ich sie als Hausarzt erlebt habe.

Da ist jener 56-jährige, allein lebende Konstrukteur mit einem nicht mehr operierbaren Zungengrundkrebs. Seine schwierige Lebensgeschichte prägt die weiteren Entscheidungen rund um die schwere Erkrankung und deren Verlauf wesentlich mit. Die Behandlungsmöglichkeiten sind sehr eingeschränkt, der Patient möchte in dieser Situation keine Grundbehandlung seines Krebsleidens. Sein Wunsch: Begleitung und Linderung. Bei Flüssigkeiten und weicher Nahrung ist das Schlucken gerade noch möglich, die Schmerzen sind nicht im Vordergrund. Da das Sprechen zunehmend schwierig wird, schreibt mir der Patient Briefe und Stichwortlisten zur Sprechstunde. In der Zusicherung, dass ich ihn nach besten Kräften und in Verfügbarkeit begleiten und unterstützen werde, lässt er den Gedanken einer EXIT-Mitgliedschaft fallen.

Schmerzmittel müssen im Verlauf nur spärlich eingesetzt werden, der Patient bleibt grösstenteils selbstständig und mobil bis kurz vor seinem Tod. Die letzten Tage werden schwierig: Schwäche, zunehmende Atemnot und vollständige Schluckbehinderung sind die Leitsymptome. Zusammen mit der Spitex-Mitarbeiterin, auf ausdrücklichen schriftlichen Wunsch des Patienten, entscheiden wir uns zur Infusionsbehandlung mit beruhigenden und schmerzlindernden Medikamenten. Die quälende, leidvolle und schmerzhaft Spannung im Körper löst sich, die Atmung beruhigt sich, das Bewusstsein schwindet, und der Patient schläft friedlich und erlöst gut neun Stunden später für immer ein.

Der kraftvolle Kampf des Patienten mit seiner Krankheit, der Mut und die Besonnenheit, mit denen er medizinische Behandlungen ablehnte und einzig palliative Massnahmen und Medikamente akzeptieren konnte, wie auch das Vertrauen in unsere Begleitung haben mich tief beeindruckt. In der letzten Bereitschaft, sein Leben loszulassen, konnten wir ihn begleiten und unterstützen.

Der 39-jährige Lehrer befindet sich bereits in der Endphase seines ausbehandelten Lymphdrüsenkrebses mit einem Verlauf über 18 Monate. Nach einem dreiwöchigen Spitalaufenthalt wird er mit symptomorientierter unterstützender Therapie nach Hause entlassen. Diese palliative Therapie ist komplex und intensiv: Dauerinfusionen mit vielen beruhigenden und schmerzstillenden Medikamenten, Magensonde direkt durch die Bauchhaut, Schmerzpflaster, Cortison und Sauerstoff. Die häusliche Situation fordert alle Betreuenden bis an die Grenzen: Partnerin und Eltern des Patienten, Spitex-Mitarbeiterinnen, private Betreuerinnen und Hausarzt. Ich übernehme die Ferienvertretung des Kollegen.

Beim ersten Besuch sprechen wir über die inneren Spannungen und Ängste angesichts des nahenden Todes, über die Schmerzen, die vielen Medikamente und vor allem über die schlafgestörten «Horror-nächte» mit Atemnot und Albträumen. Fünf Tage später werde ich zum Nachtbesuch aufgeboten, da die Magensonde verstopft ist, der Magen in der Folge gebläht, der Bauch bretthart und der Puls bei zunehmenden Schmerzen rasend. Die Palliativstation des Spitals ist bereit, den Patienten

anderntags aufzunehmen. Doch er entscheidet, nach nochmaligen Gesprächen mit mir und mit seiner Familie, zu Hause bleiben zu wollen. Wir respektieren diesen Entscheid. Aufgrund der schwierigsten Leidens- und Sterbesituation und auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten, keine Schmerzen und keine Unruhe mehr verspüren zu müssen, werden die Medikamente, vor allen die Schmerz- und Beruhigungsmittel, nochmals angepasst und erhöht und alle möglichen lebensverlängernden Massnahmen eingestellt. Der junge Mann, von seiner schweren Krankheit stark geschwächt und ausgezehrt, wird bald schläfrig, kann seinen Körper entspannen, verliert zunehmend das Bewusstsein und stirbt vier Tage später ruhig inmitten seiner Familie.

Wir konnten ihm diesen letzten Wunsch des begleiteten Sterbens in seinem eigenen neuen Zuhause ermöglichen. Diese Tatsache erfüllte alle Betreuenden, vor allem aber die Familie des Patienten, mit Genugtuung und grosser Dankbarkeit.

Die 86-jährige, vitale, originelle und sehr eigenwillige Patientin empfängt mich beim Hausbesuch, den ihr Sohn verlangt hat, einerseits besorgt, andererseits lachend: «Sie wüessed, dass ich denn bestimme, was söll ga!» Ich betreue sie seit drei Jahren hausärztlich. Die eigene Autonomie und die Selbstbestimmung über jegliche medizinischen Vorschläge und Behandlungen sind ihr sehr wichtig. Sie fühlt sich unsicher auf den Beinen, ist mehrmals gestürzt, leidet an chronischen Durchfällen und nimmt an Gewicht ab. Ich taste einen grossen und harten Tumor im Bauch. Für weitere Abklärungen ist sie vorerst nicht bereit, willigt aber zwei Wochen später in der Sprechstunde in eine Blutentnahme und in eine Computertomografie-Untersuchung ein. Es finden sich mehrere ausge dehnte Tumore im Bauch, welche die Organe und die Gefässe verdrängen und einengen, und viele Ableger im Bauch, in den Leisten und in den Lungen. Die Patientin ist rasch entschlossen, wünscht kein aktives medizinisches Vorgehen und verfasst eine Patientenverfügung. Sie sagt mir: «Ich möcht i Rued gla wärde!» Kurz vor Weihnachten erneuter Besuch: Die Patientin weint. Sie hat stark geschwollene und aufgedunsene Beine, die Haut beginnt unter der Spannung zu reissen. Sie erwähnt

mir gegenüber das erste Mal ihre EXIT-Mitgliedschaft. Ich führe mit der Patientin und ihrem Sohn ein langes Gespräch über palliative Möglichkeiten und über die Begleitung in der terminalen Phase im häuslichen Umfeld. Der Allgemeinzustand verschlechtert sich langsam, aber stetig. Viele andere schwierige Symptome treten auf: Atemnot, Druckstellen und Hautblasen, Bauchdruck, aber kaum Schmerzen. Die Spitex begleitet und pflegt intensiv, ebenso Sohn und Partnerin. Die Patientin entscheidet sich, ihr Leben mit EXIT zu beenden. Der Sohn stützt den Entscheid. Ich biete ihr eine intensivere palliative Behandlung und Morphinum an, aber sie lehnt ab. Fünf Tage später erlebe ich die Patientin beim Hausbesuch zögernd – ja ambivalent, aber geistig sehr präsent. Sie fühle sich gut betreut, habe keine Schmerzen, im Bett auch keine Atemnot. Sie wolle, ja sie brauche keine Medikamente. Beim Abschied schaut sie mich mit verklärtem Blick und einem Strahlen im Gesicht an und sagt leise: «Sie sind en guete Mönsch.» Tief berührt und fast etwas beschämt (ich habe doch nur meine ärztliche Pflicht getan) ergreife ich nochmals still ihre Hand, setze mich abermals ans Bett und verweile schweigend bei ihr. Zwei Tage später erfahre ich beim Kontrollbesuch, dass die EXIT-Vorbereitungen für eine Woche pausiert wurden. Unterstützt durch Schmerz- und wenig Beruhigungsmittel stirbt die Patientin ruhig und friedvoll nach zwei weiteren Tagen zu Hause während der Nachtwache einer Spitex-Mitarbeiterin.

Drei Monate dauerte dieses letzte Leiden. Erfüllt von ihrem reichen Leben, in welchem sie auch viele Schicksalsschläge ertragen musste, konnte sich die Patientin schlussendlich vertrauensvoll in unsere Betreuung und Pflege übergeben und zeigte am Lebensende grosse Dankbarkeit. Wir alle, die Familie, die Spitex-Kolleginnen und ich als Hausarzt durften uns erfreuen über diese erfüllende und gelungene Terminalpflege und -begleitung.

Zum Schluss: Mögliche und offene Antworten

Was können wir nun von den Sterbenden erfahren und lernen? Und was haben wir ihnen zu bieten auf ihrem letzten, vielleicht sehr schmerzvollen Weg?

In aller Bescheidenheit, nach 30-jähriger hausärztlicher Tätigkeit, darf ich sagen: Wir erfahren und lernen vieles, und wir können einiges bieten. Die hausärztliche palliativmedizinische Begleitung hat viele medizinische und medikamentöse Möglichkeiten, die Sterbephase menschlich und würdig zu gestalten und den Sterbenden auch und gerade im häuslichen Umfeld nah bis in den Tod zu begleiten. Das «Handwerk» dazu können wir Hausärzte uns im Verlaufe unserer Praxistätigkeit aneignen. Neben Familie und Angehörigen leisten Pflegepersonen, Seelsorger, Palliativdienste, Ärzte und viele andere einen grossen und verantwortungsbewussten Einsatz im Dienste von Sterbenden.

Jede Begleitung eines Menschen in seinen Tod löst beim Begleiter eine neue reifende Erfahrung aus. Unsere Endlichkeit wird uns wieder bewusst. Der Sterbende lehrt uns das Loslassen. Dies ist wohl die letzte mögliche Entscheidung.

«Unser Leben ist eine unablässige Meditation über unsere letzte Entscheidung: die einzige Entscheidung, die zählt», schreibt Thomas Merton, Trappistenmönch (1915–1968, USA) in «Meditationen eines Einsiedlers».

Werden wir einst fähig sein, am Lebensende die richtigen Entscheidungen zum richtigen Zeitpunkt zu treffen?

Werden wir fähig sein, die letzten Augenblicke im Leben achtsam zu erfahren? Das letzte Wegstück, wenn auch steinig und herausfordernd, hat seinen wichtigen Wert im Abschluss des persönlichen Lebens, wie ich es in den Beispielen zu zeigen versucht habe.

Von den Sterbenden könnten wir's lernen...