

Dr Andreas Rainer ROST (D)
19/08/2017

Wenn die Medizin zur Last wird: wann ist weniger mehr?

Mein Vortrag hat 4 Schwerpunkte:

- 1. Nach welchen Grundsätzen behandeln wir Patienten?**
- 2. Wie komme ich mit Patienten und Angehörigen ins Gespräch?**
- 3. Unter welchen Voraussetzungen dürfen wir behandeln?**
- 4. Wie gestaltet sich Palliativmedizin praktisch? („weniger ist mehr!“)**

Als Ärzte haben wir uns der Ethik unterworfen, unseren Patienten Gutes zu tun (beneficence) und sie vor Schaden zu bewahren (nonmaleficence). Gleichberechtigt steht daneben das Prinzip der Autonomie des Patienten (Respect for autonomy) und die faire Verteilung der Leistungen, die das Gesundheitssystem bietet (justice). Diese 4 Prinzipien von Beauchamp und Childress gelten seit ihrer Veröffentlichung 1977 als klassische Prinzipien der Medizinethik.

Ähnliches formuliert der Weltärztebund in seiner Deklaration von Helsinki: „der Arzt soll bei der Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit im besten Interesse des Patienten handeln“.

Soweit die Theorie. Schon Beauchamp und Childress weisen auf die Konflikte hin, die sich bei Gleichberechtigung der 4 Prinzipien ergeben: passen unsere Vorstellungen von Gutes tun mit den eigenen Vorstellungen des Patienten zusammen? Wie oft kollidiert unser „gutgemeintes“ Beneficere mit der Autonomie des Patienten? Welches der beiden Prinzipien ist höher zu bewerten? Jedes Beneficere von uns Ärzten hat die Gefahr der unerwünschten Nebenwirkung. Jedem operativen Eingriff folgen tatsächlich Verletzungen und Schmerzen. Jede Verschreibung eines Medikamentes birgt die Gefahr der Nebenwirkung.

Weil die vier Prinzipien gleichberechtigt sind, ist unser Arztberuf ein freier Beruf: unsere therapeutischen Entscheidungen dürfen nicht mechanistisch einer sogenannten S3-Leitlinie folgen, sogenanntes „Schema F“, sondern sie sollen reflektierend sein, weitsichtig und abwägend (Giovanni Maio). Die ärztliche Kernleistung liegt nicht im praktischen Vollzug, so wichtig der Vollzug auch sein mag, sondern in dem vorausgehenden abwägen, ob die sonst übliche Handlung hier sinnvoll ist oder eine andere.

Ein erstes Beispiel: ein 82-jähriger Patient, Herr U. ehemaliger Diplommathematiker, ist wegen permanentem Vorhofflimmern antikoaguliert worden. Wegen einer zunehmenden Halbseitenlähmung wird er in die Neurologische Klinik auf die Stroke-Unit aufgenommen. Die bildgebende Diagnostik zeigt eine Hirnblutung im Stammganglienbereich. War der Patienten anfangs noch ansprechbar, trübt er in den

folgenden Tagen ein und wird komatös. Die erneute Bildgebung zeigt eine Zunahme der Hirnblutung. Als Palliativmediziner werde ich zum Konsil gerufen, von Seiten der neurologischen Kollegen sei keine Besserung zu erwarten. Ich soll die weitere Behandlung und Vorbereitung für die Entlassung mit beraten. Am Krankenbett finde ich eine verzweifelte Ehefrau vor. Wir suchen uns einen ruhigen Platz auf Station und setzen uns. Sie berichtet von der Patientenverfügung, die ihr Mann vor Jahren handschriftlich verfasst hatte und die sie in Kopie auf Station abgegeben hat. Obwohl darin der Passus vermerkt ist, dass bei unwiderruflicher Schädigung des Gehirns keine künstliche Ernährung, weder über die Vene noch durch die Magensonde erfolgen soll, hat ihr Mann einen Schlauch durch die Nase erhalten und wird darüber ernährt. Sie ist in seiner Betreuungsvollmacht als Bevollmächtigte eingesetzt. Die Ehefrau weist die behandelnden Ärzte und Pflegekräfte auf diesen Passus hin. Deren Reaktion lautet: „wollen Sie Ihren Mann verhungern lassen?“ Sie sieht den ethischen Konflikt und ist allein nicht in der Lage ihn zu lösen. Gemeinsam besprechen wir das weitere Vorgehen: sie möchte ihn gerne nach Hause holen um ihn dort mit Unterstützung bis zum Lebensende begleiten und pflegen zu können. Wir einigen uns, dieses Ziel so rasch wie möglich umzusetzen und zu Hause dann über den Verbleib der Magensonde gemeinsam zu beraten. Drei Tage vor der Entlassung zieht sich Herr U. mit der nicht gelähmten rechten Hand die Magensonde. Dieses Mal bleibt die Ehefrau standhaft und verweigert die Erlaubnis eine neue Magensonde zu legen. Herr U. wird ohne Sonde nach Hause gebracht und bleibt dort bis zu seinem Lebensende.

Als begleitende Ärzte dürfen wir Patienten und Angehörige unterstützen, Konflikte sowohl aktiv auszufechten als auch auszuhalten, bis äußere Umstände im weiteren Verlauf schwierige ethische Entscheidungen vereinfachen oder manches Mal von allein lösen! Wir dürfen dabei die Not der Menschen sehen, sowohl von Patienten als auch von deren Angehörigen, dürfen ihnen zuhören, ihnen Zeit schenken und ihnen damit vermitteln: wir nehmen sie ernst. Als Behandler versuchen wir im Therapieregime zu einem Konsens zu kommen, was mit allen Beteiligten nicht immer gelingt. Wir dürfen – am Rande - auch die Schwierigkeiten der Ärzte im Klinikalltag sehen unter dem Diktat von Zeit- und Kostendruck. Ärzte handeln dann häufiger nach festen Regeln. Sie gehen nur noch im Algorithmus nach sogenannter „objektiver“ Befundlage vor und berücksichtigen dabei die Situation des Patienten, seine Wünsche und Vorstellungen nicht (nach G. Maio).

Ein 82jähriger Patient, Herr H. kommt nach häuslichem Sturz auf unsere Palliativeinheit. Bis zu diesem Ereignis lebte er allein in eigener Wohnung. Bekannt war bei ihm eine sekundäre akute myeloische Leukämie auf dem Boden einer seit 2 Jahren bekannten chronischen Leukämie. Der Kollege aus der Ambulanz, der ihn die vergangenen 2 Jahren betreut hat berichtet verzweifelt von seinem Eigensinn: alle vorgeschlagenen medikamentösen Therapien wurden abgebrochen oder von vornherein abgelehnt. Ich setze mich an sein Bett und wir schauen uns an. Ich stelle ihm die Frage: „was denken Sie wie es mit Ihnen weitergeht?“ Entrüstet kommt von ihm die Antwort: „Sorgen Sie dafür, dass ich wieder zu Kräften komme. Ich will wieder nach Hause“. –„Das kann ich gut verstehen“. Erstaunt schaut er mich an. „Zu Hause ist es doch am Schönsten“ erkläre ich meine Antwort. „Was fehlt Ihnen denn damit Sie wieder nach Hause können?“ Er überlegt, kann es nicht benennen. „Ihre Krankheit ist nicht heilbar“ versuche ich den Gesprächsfaden weiter zu spinnen. Diese Tatsache ist ihm bewusst und im weiteren Verlauf kommen wir auf Alternativen wie stationäres Hospiz zu sprechen. „Da muß ich aber meinen Fernseher mitnehmen, den habe ich neu gekauft“. Da kann ich versichern, dass es möglich sein wird den eigenen Fernseher mit ins Hospiz zu nehmen. Wir dürfen ihn dort anmelden. Zur Verlegung kommt es nicht mehr: alle Plätze im Hospiz sind belegt, die Warteliste lang. Seine Ambivalenz kommt in den Gesprächen immer wieder durch: einerseits möchte er nun nicht länger leben, wo er vor Schwäche nicht mehr ohne Hilfe aus dem Bett kommt. Andererseits möchte er doch noch weiterleben und wieder Bluttransfusionen haben, die ihn früher gestärkt hatten. Herr H. bekommt 2 Konserven Blut transfundiert. Eine Besserung seiner Schwäche verspürt er dieses Mal nicht mehr. Wir beenden die Leukämietherapie, setzen alle Laborkontrollen ab. Herr H. ist mit der Verteilung seines Nachlasses stark beschäftigt: sein Roller, sein Handy wird uns angeboten: was wir dankend ablehnen. Zwei Tage vor seinem Tod winkt er mich ins Zimmer: ich soll an seinen Schrank gehen und dort eine Stofftüte rausnehmen: darin sind zwei geschnitzte Tierfiguren aus Afrika, von denen er oft erzählt hat: „die müssen Sie mitnehmen!“ ist sein letzter Auftrag an mich.

Søren Kierkegaard (1813-1855, dänischer Philosoph, Theologe und Schriftsteller) hat es treffend beschrieben, wie wir einem Menschen helfen können und dabei seine Wünsche und Vorstellungen berücksichtigen. Ich zitiere: „Wenn wir jemand helfen wollen, müssen wir zunächst herausfinden, wo er steht. Das ist das Geheimnis der Fürsorge. Wenn wir das nicht tun können, ist es eine Illusion zu denken, wir könnten anderen Menschen helfen. Jemand zu helfen impliziert, dass wir mehr verstehen als er, aber wir müssen zunächst verstehen, was er versteht.“ Zitat Ende. Kierkegaard gibt den Auftrag „herausfinden, wo der Patient steht“.

Im neuen Testament geht Jesus bei seinen Krankenheilungen ähnlich vor. In Markus 10 Vers 51 fragt er den blinden Bartimäus: Was willst du, dass ich für dich tun soll? Was ist das für eine Frage!? Die objektive Befundlage ist doch klar: blind! Jesus wartet auf die Antwort des Kranken bevor er handelt. Oder in Johannes 5 trifft Jesus einen gelähmten Mann am Teich Betesda. 38 Jahre dauerte schon seine Krankheit. In Vers 6 stellt er ihm die Frage ob er noch Hoffnung hat: Als Jesus ihn liegen sah und vernahm, dass er schon so lange krank war, spricht er zu ihm: Willst du gesundwerden? (Joh. 5, 6) Jesus nimmt sich Zeit und nimmt die ganze Person ernst bevor er handelt.

Ich eröffne Arzt-Patient Gespräche mit Fragen an mein Gegenüber: was weiß er schon von seiner Erkrankung? Wie stellt er sich vor, dass es mit ihm weitergeht? (es folgt ein kleiner Exkurs über ärztliche Gesprächsführung): Herr H. hatte ich eine offene Frage gestellt, wie seine Vorstellungen über seine Zukunft sind. Ich kann genauso gut in die Vergangenheit fragen: „Schildern Sie mir bitte, was sie über ihre Erkrankung und bisherige Behandlung alles wissen“. Eine Grundregel: diese Gespräche immer wenn möglich im Sitzen führen: auf einem Stuhl, notfalls auch auf dem Fußende des Bettes, wenn es der Patient erlaubt. Wir sollen dem Patienten in Augenhöhe begegnen – und alle Beteiligten sind durch das Hinsetzen viel entspannter. Falls Angehörige dabei sind, sollte wenn möglich der Patient zu Wort kommen, auch wenn Angehörige es manches Mal besser wissen. Diese Rede des Patienten dürfen wir nicht unterbrechen, sondern durch Nicken und „Mmh“ verstärken. Allenfalls Fragen wie: „erklären Sie mir bitte nochmal, wie sie das – ich wiederhole den Ausdruck des Patienten - gemeint haben?“ In der Regel dauert diese Schilderung des Patienten nicht länger als 2 Minuten. Dadurch erfahren wir nicht nur seinen Kenntnisstand, sondern auch was ihn ängstigt und wie er damit umgeht.

Werde ich von Patienten bei Krebserkrankung nach seiner Prognose gefragt, stelle ich zunächst die Gegenfrage, wie er sie selber einschätzt. Häufig kommen überraschend präzise Einschätzungen. Andernfalls kenne ich dann die Einschätzung des Patienten, wie unrealistisch er seine Krankheit plant. Wenn wir eine Prognose abgeben sollen nennen wir nie einen Zeitpunkt: bis Ostern oder bis Weihnachten, auch keine Zahl: höchstens noch 3 Monate oder 3 Jahre. Schließlich sind wir Ärzte mit viel Fachwissen, aber keine Propheten. Besser sind Zeiträume: bei schlechter Prognose z.B. wenige Wochen – oder sogar Tage und umgekehrt. Solche Gespräche erscheinen nur schwer, sie können so erleichtern: die Patienten dürfen endlich über ihre Sorgen und Nöte sprechen. Wir haben die Geduld zuzuhören: damit fühlen sie sich ernst genommen. Wir wissen dann, wo „der Patient steht“. Daraus entsteht ein Arbeitsbündnis: neudeutsch auch „Compliance“ genannt.

Manche Patienten spüren das nahende Lebensende und haben das Gefühl: nicht sie und ihr behandelnder Arzt haben die Krankheit im Griff, sondern die Krankheit hat sie jetzt im Griff. Nur meint ihr behandelnder „Organ“-Mediziner: er habe immer noch einen Pfeil gegen die Krankheit im Köcher. Der Organmediziner ist auf dem „Hoffnungstrip“, der Palliativmediziner auf dem „Realitätstrip“. Meinen Sie jetzt bitte nicht: der Palliativmediziner macht es jedem recht. Ich darf nicht jedem Sterbenskranken etwas über seine eingeschränkte Prognose erzählen.

Es gibt nicht wenige Patienten, die bis zuletzt am Leben festhalten wollen und sich an jedem Strohhalm klammern, den ihnen ein Arzt entgegenhält. Manche reisen durch die Republik, bis sie den passenden Arzt für sich gefunden haben. Schwierigkeiten besonderer Art entstehen dann, wenn sich die Hoffnung als Illusion entpuppt oder noch schlimmer, der behandelnde Arzt ein schwarzes Schaf oder Scharlatan ist. Mit der Not hilfesuchender Patienten lässt sich viel Geld verdienen. Die Belastungen dieser Art von „Medizin“ am Lebensende möchte ich heute nicht weiter ausführen.

Angehörigen, die mich von einem Gespräch mit den Patienten abhalten wollen, versuche ich zu vermitteln: Ich werde nur solche Fragen beantworten, die gestellt werden und die Fragen, die nicht gestellt werden, beantworte ich nicht. Wie oft stellt sich dann heraus: sowohl der Patient als auch seine Angehörigen wissen sehr gut über die Krankheit Bescheid, haben aber nicht gewagt sich darüber auszutauschen aus Angst den jeweils anderen zu belasten. So können wir durch ein klärendes Gespräch helfen, die letzte gemeinsame Zeit in offenem Austausch und Planung zu verbringen statt in immer stärkerer Vermeidung der Realität.

Frau D. wurde von ihren Kindern aus Marokko nach Deutschland geholt wegen eines Gallengangskarzinomes. In der Vergangenheit waren immer wieder Stents eingesetzt worden in die Gallenwege. Jetzt sahen die Kollegen der Gastroenterologie keine weitere Möglichkeit den Gallestau zu beheben. Die Patientin wird von Sohn und Tochter begleitet, als ihr Bett auf die Palliativstation geschoben wird. Ihr Gesicht ist eingefallen, die Haut dunkel und lederartig, nur am Augenweiß ist der Ikterus zu erkennen. Ihre Tochter kommt gleich auf mich zu: „Sie dürfen ihr nichts von ihrer Krankheit sagen!“ Die Tochter spricht fast akzentfrei Deutsch. Seit 18 Jahren ist sie mit einem Deutschen verheiratet. Sie dolmetscht mir alle Fragen: ob Schmerzen, Luftnot, Hunger oder Durst bestehen. Die Mutter lächelt müde bei jeder Frage: Nein. Sie ist extrem schwach, kann nicht mehr aus dem Bett aufstehen. Nach der Untersuchung nehme ich die Tochter mit ins Arztzimmer. „Wenn meine Mutter hört wie krank sie ist, gibt sie sich ganz auf. Sie war schon früher depressiv“ ist ihre Begründung. Ich schaue sie fragend an. „Über was sprechen sie mit Ihrer Mutter? Hat sie gefragt, wie es mit ihr weitergeht?“ - „Nein. Wir sprechen über die Familie in Marokko, über meine drei Jungen.“ – „und die Krankheit?“ – „Da sage ich, dass es wieder besser wird!“. Ich schaue die Tochter fragend an: „Wie sprechen sie mit ihrer Mutter, wenn sie spürt, dass es ihr immer schlechter geht – und Sie sagen es wird besser?“ Langes Schweigen: „ja ich weiß...ich muss mit meinem Bruder sprechen.“

Ich möchte jetzt auf die zwei Grundvoraussetzungen medizinischer Behandlung kommen: zum ersten benötigen wir die Zustimmung des aufgeklärten Patienten, zum zweiten bedarf es einer medizinischen Indikation.

Zunächst die Zustimmung: eine Aufklärung muss umso präziser sein, je risikoreicher und belastender die geplante Behandlung sein wird. Sie soll in Worten erfolgen, die der Patient versteht. Schaubilder tragen zum Verständnis bei. Die Aufklärung muss ehrlich sein; wenn geringe Erfolgsquoten bestehen sind diese auch zu benennen (z.B. die Drittlinien - Chemotherapie bei einem soliden Tumor). Nur dann kann ein Patient entscheiden, ob er die unausweichlichen Nebenwirkungen auszuhalten will. Oder er verzichtet auf die statistische Möglichkeit der geringen Lebensverlängerung und hat damit für seine verbleibende Lebensspanne eine bessere Lebensqualität: die Belastungen der Chemotherapie entfallen. Wir kommen damit zu einem „informed consent“ mit der Möglichkeit, die Entscheidung zu einem anderen Zeitpunkt zu revidieren.

Chemotherapie ablehnen heißt nicht automatisch immer kürzer zu leben. In einer Untersuchung von Thamel in den USA wurden Patienten mit fortgeschrittenem Lungenkrebs untersucht. Alle waren nicht heilbar und bekamen Chemotherapie. Die erste Gruppe der Patienten wurde von Anfang an palliativmedizinisch betreut, die zweite Hälfte erst bei Bedarf im weiteren Krankheitsverlauf. Natürlich war die Lebensqualität in der ersten Gruppe besser, gemessen an verschiedenen Scores und dem Anteil an Depressionen. Das erstaunliche Ergebnis war, dass die Hälfte der Patienten mit frühem Beginn der Palliativunterstützung im Mittel 11,6 Monate lebte, die erst mit späterem Einsatz 8,9 Monate. Dabei hatte diese zweite Gruppe mehr Chemotherapien und war in den letzten 4 Lebenswochen häufiger auf einer Intensivstation.

Ist der Patient nicht mehr in der Lage, selbst zu entscheiden, fragen wir nach einer Patientenverfügung, wenn möglich mit Betreuungsvollmacht. Eine Patientenverfügung beschreibt im Eingangsteil bestimmte Erkrankungsphasen wie zum Beispiel einen bereits eingetretenen Sterbeprozess oder einen unumkehrbaren Schaden des Gehirns. Wenn diese eintreten, sollen die nachfolgenden Patientenwünsche umgesetzt werden, wie Verzicht auf lebenserhaltende Therapien oder Sorge für ausreichende Symptomlinderung. In nicht wenigen Fällen ist die aktuelle Erkrankungssituation aber nicht beschrieben als Voraussetzung für die

nachfolgenden Behandlungswünsche. Und ab wann wissen wir, dass ein Gehirnschaden unumkehrbar ist, ab wann liegt ein Koma auf Dauer vor?

Existiert keine schriftliche Patientenverfügung, muss nach dem mutmaßlichen Patientenwillen geforscht werden an Hand früherer Willensäußerungen. Neben Angehörigen kann dazu auch der langjährige Hausarzt befragt werden.

Frau L. hatte einen mehrwöchigen Aufenthalt in einer externen Klinik hinter sich, als sie auf unsere Palliativeinheit eingewiesen wurde. Beim vergeblichen Versuch, ein lokales Rezidiv eines Rektum - Karzinoms operativ zu entfernen, war es zu einer Blasenverletzung mit nachfolgend Urosepsis, dann Lungenversagen mit 4-wöchiger Beatmung und kurzzeitiger Reanimation in Folge eines koronaren Ereignisses gekommen. Sie war jetzt kreislaufstabil, spontanatmend, aber äußerst geschwächt und mental nicht in der Lage, ihre Krankheitssituation zu verstehen. Im Verlegungsbrief war notiert, dass Frau L. verheiratet ist ohne Kinder und eine gesetzliche Betreuung für sie eingerichtet worden war. Befragt nach Ihrem Ehemann, währte sie ihn in einer anderen Klinik. Durch Telefonat mit dem Hausarzt konnten wir ihre familiäre Situation klären: ihr Ehemann war seit Jahren wegen Parkinson und Demenz in einem Pflegeheim. Mit dem Hausarzt besprachen wir ihren mutmaßlichen Willen: bis zur Erkrankung hatte sie ihn täglich treu im Pflegeheim besucht. Über unseren Sozialdienst organisierten wir die Unterbringung in dem Pflegeheim des Ehemannes.

Ist kein mutmaßlicher Patientenwille zu eruieren, muss eine ärztliche Entscheidung durch den Behandler zum Wohl des Patienten getroffen werden. Der Schutz des Lebens hat dabei großes Gewicht.

Die zweite Grundvoraussetzung für die Behandlung ist die medizinische Indikation. Indikation kommt aus dem Lateinischen: „indicare“ - zeigt an. Das Indicare umfasst nicht nur die Diagnose der Erkrankung, sondern den ganzen Patienten: ist er für diese Behandlung geeignet oder nicht. Besteht umgekehrt keine Indikation für eine bestimmte Behandlung, brauchen wir mit dem Patienten darüber auch nicht sprechen – es sei denn er fragt danach: dann müssen wir erklären, warum diese Behandlung nicht in Frage kommt. Oft werde ich gefragt, warum bei Metastasen in der Leber nicht eine neue Leber transplantiert wird. Eine Metastasenleber als Teil einer fortgeschrittenen Krebserkrankung IST keine Indikation zur Lebertransplantation.

Herr R ist 78 Jahre alt, als er in unsere Klinik eingeliefert wird. Vor über 1 Jahr war ein Magenkarzinom erfolgreich operiert worden. Vor wenigen Monaten zeigten die Untersuchungen Metastasen im Oberbauch. Im Laufe der ambulant begonnenen Chemotherapie hatte sich sein Zustand gravierend verschlechtert: er hatte stark an Gewicht verloren, die Schmerzen in der Brust- und Lendenwirbelsäule ließen ihn nicht zur Ruhe kommen. Vor Schwäche konnte er nur noch mit Hilfe aus dem Bett aufstehen. Im ersten Kontakt mit ihm wirkte er traurig und gedrückt. „So möchte ich nicht weiter leben“ war einer seiner ersten Sätze. „Aber da dürfen Sie ja nicht nachhelfen“ meinte er dann mit einem feinen Lächeln. „Da haben Sie recht“ erwiderte ich, „aber mit Behandlung der Schmerzen dürfen wir doch helfen?“ Wir kamen überein, seine Schmerzen zu behandeln (eine absolute Indikation) und gleichzeitig nach der Ursache der Rückenschmerzen suchen zu dürfen (relative Indikation). Wir veranlassten eine ganze Reihe von Untersuchungen wie Computertomografien von Brust- und Lendenwirbelsäule, Laborteste und eine Lumbalpunktion ohne die Ursache für seine Rückenschmerzen damit erklären zu können. Parallel wurden die Schmerzen mit Novamin, Opiaten und Pregabalin therapiert und hielten sich damit für ihn auf einem erträglichen Niveau. Trotz täglicher Physiotherapie nahm die Schwäche zu, bis nach einer Woche eine Parese beider Hände auftrat. Ruhig und gefasst wiederholte Herr R. seine Eingangsworte und meinte: in wenigen Tagen würde er nicht mehr leben. Ich gab ihm recht und meinte: das wäre durchaus möglich. Nur mache es mich unruhig, wenn ich die Ursache für seinen Zustand immer noch nicht wüsste. Ob er mir erlaube, noch eine Kernspintomografie seiner Halswirbelsäule zu veranlassen? Ich hätte die Hoffnung eine Ursache für die Schwäche seiner Hände zu finden, die man auch beseitigen könne. Er willigte wieder ein. Bis die Untersuchung am nächsten Vormittag durchgeführt wurde, konnte er auch beide Beine nicht mehr bewegen. Die Kernspintomografie zeigte einen Abszess zwischen dem 7. und 8. Halswirbel mit Ausläufern in den epiduralen Anteil des Spinalkanals und nach prävertebral. Wir baten den Neurochirurgen um Beratung des Patienten mit dem Hinweis, dass er ein unheilbares Krebsleiden hat. Ich war dann überrascht, wie schnell Herr R. dem Vorschlag des Neurochirurgen zustimmte, ihn noch am gleichen Abend zu operieren. Ich

hatte eher erwartet, dass Herr R. den Vorschlag des Neurochirurgen ablehnen würde. Vor der Verlegung in die Neurochirurgie drückte ich Herrn R. die gelähmte Hand und meinte zu ihm: „Herr R, sie hatten sich gewünscht, schnell zu sterben, wenn es einmal so weit ist. Vielleicht gewährt Ihnen unser Herrgott diese Chance während der Operation. Oder es wird wieder besser mit Ihnen.“ Herr R. wurde noch am gleichen Abend operiert und der Abszess entlastet.

Herr R. hatte uns ausdrücklich erlaubt, auch körperlich belastende Untersuchungen durchführen zu dürfen. Umgekehrt hatten wir uns bemüht, ihm vor jeder Untersuchung genügend Bedarfs-Schmerzmittel zu geben.

Wird ein Patient palliativ therapiert, dürfen wir vieles absetzen, was zuvor jahrelang und regelmäßig eingenommen wurde. Cholesterinsenker und Antidiabetika (die Patienten essen kaum noch etwas). Die seltenen Blutzuckermessungen haben nur das Ziel „Entgleisungen“ nach oben oder unten zu verhindern. Überhaupt müssen wir uns fragen, ob dieser oder jener Labortest noch Konsequenzen nach sich zieht. Viele Antihypertensiva müssen beendet werden: durch Schwäche und Gewichtsverlust ist der Patient bereits hypoton. Können Tabletten nicht mehr geschluckt werden, müssen die NOT - wendigen Mittel (z.B. Schmerzmittel) alternativ gegeben werden: als Suppositorium, als subkutane Injektion, als Pflaster oder Nasenspray. Die Menge an Infusionen muss dringend reduziert oder komplett beendet werden: Ödeme oder Lungenüberwässerung erzeugen vermeidbare Symptome. Durst kann nicht mit Infusionen gelöscht werden. Dafür sorgt eine regelmäßige Mundpflege mit Getränken, die dem Patienten Geschmack und Genuss verschaffen.

Palliative Medizin ist eine „leichte“ Medizin: wir dürfen uns „nur“ um die Beschwerden der Patienten kümmern, müssen nicht mehr kämpfen um jede Lebensverlängerung. Wir dürfen Symptome kontrollieren, die Sorge wann das Leben zu Ende geht, dürfen wir Gott überlassen. Danach gefragt, kann ich manchen Patienten sagen: „wir haben noch eine Instanz über uns die bestimmt, wie lange Sie leben dürfen“. Oder ich darf erklären: „wir haben hier auf dieser Welt nur unseren zweiten Wohnsitz...“. Diese Leichtigkeit bei der Arbeit verschafft uns auch die Möglichkeit, der ernstesten Situation mit Humor begegnen zu können. Dabei dürfen wir keinesfalls ÜBER den Patienten lachen, sondern MIT ihm Lachen. Lachen ist die gesunde und trotzigere Reaktion, die schlimme Situation nicht zu ernst nehmen zu müssen. Dazu muss sich die Situation ergeben. Klinikclowns bringen von Berufs wegen den Humor mit, wir dürfen ihn bei passender Gelegenheit wohldosiert verwenden.

Bei einem 26-jährigen chinesischen Patienten mit weit fortgeschrittenem Krebsleiden benötigten wir für die Medikamentenzufuhr einen Katheter in die Vene. Seine junge Freundin wollte unbedingt im Zimmer bleiben, während ich den Katheter setze. Mehr um sie abzulenken, warf ich ihr die Anleitung zum Katheterlegen aus der sterilen Verpackung zu: Sie solle lesen, ob ich alles richtig machte. Kurz danach lachte sie laut: bei den verschiedenen Sprachen war auch Chinesisch dabei.

Palliative Medizin ist eine „schwere“ Medizin: wenn der Patient ähnlich alt oder sogar jünger ist als wir. Wenn uns die Endlichkeit auch unseres Lebens bewusst wird. (Psalm 90, 12) Wenn die Patienten weinen und uns auch die Tränen in die Augen steigen. Dann dürfen wir auch – einzelne- Tränen vergießen. Tränen reinigen die Seele. Es darf uns dabei nicht überschwemmen. Wir dürfen dankbar werden für unsere Kräfte und unsere Gesundheit. Für die Möglichkeiten, die wir haben, anderen zu helfen. Mittrauern heißt, bei dem anderen stehen bleiben und aushalten und dabei an der Situation nichts ändern können. Das kann trösten.

Patienten an ihrem Lebensende zu begleiten, schenkt Weisheit: wir sollen schnell zum Hören, aber langsam zum Reden sein (Jakobus 1, 19). Die Menschen vor uns in ihrer Krankheit haben nur noch wenig Zeit, ein ganzes Leben liegt hinter ihnen. Manche berichten erstaunliche Dinge aus ihrem Leben, wie sie Schwierigkeiten gemeistert haben: es lohnt sich, zuzuhören und Zeit für sie zu haben. Sich ihnen als Begleiter anzubieten auf dem letzten Abschnitt, macht die Patienten sicherer vor dem Unwägbareren. Viele haben keine Angst vor dem Tod, aber Angst vor der Sterbephase. Meinen wir nicht, ich allein könnte das nur oder könnte es am besten! Versichern Sie, dass ein ganzes Team mit Ihnen zusammen arbeitet: sie als Arzt können nicht immer anwesend sein. Ein Team trägt den Patienten, ich als Einzelner wäre überfordert. Ich darf brennen für ihre Arbeit, muss mich aber vor dem „ausgebrannt sein“ hüten. Es ist tröstlich für mich, zu wissen dass ich

auch als leitender Arzt nicht der wichtigste Mitarbeiter im Team bin. Schließlich hat uns Jesus versprochen:
Ich bin bei euch alle Tage bis an der Welt Ende (Matthäus 28, 20).