



Angesichts einer lebensbedrohlichen Krankheit fehlen oft die richtigen Worte.

Foto: Shutterstock/Photographiee.eu

PALLIATIVMEDIZIN

Die letzten Dinge

Von Ulrike Abel-Wanek / Wer spricht schon gerne über das Sterben? Das Thema Tod ist für viele Menschen ein Tabu. Warum sich das ändern muss, erläutert der Palliativmediziner Dr. Matthias Gockel im Gespräch mit der PZ.

PZ: Sie fordern in Ihrem kürzlich erschienenen Buch einen neuen Umgang mit dem Tod. Warum?

Gockel: Die Dinge, die uns verstören und ängstigen, tun uns nicht den Gefallen, einfach zu verschwinden, wenn wir sie ignorieren. Der Tod ist immer da, daher halte ich es für seltsam, sich keine Gedanken über ihn zu machen. Allerdings ohne vorauseilende Panik, sondern eher als Tatsache, mit der wir uns, ob wir wollen oder nicht, ebenso abfinden müssen wie mit anderen Gegebenheiten des Lebens. Zudem haben Verdrängung und psychische Schutzmechanismen ihren Preis. Sie rauben nicht nur die Lebensfreude und verfestigen die Angst, sondern führen möglicherweise auch dazu, dass am Lebensende jemand anders als wir selber über uns und unser Sterben bestimmen wird. Im Zweifel der Vertreter eines Medizinsystems, das häufig Entscheidungen vorsieht, die nicht unbedingt dem entsprechen, was man sich unter einem guten Sterben vorstellt.

PZ: Wie spricht man über ein Thema, dem fast alle Menschen, egal ob gesund oder krank, möglichst aus dem Weg gehen?

Gockel: Es geht ja nicht darum, sich mindestens einmal wöchentlich mit

seiner Sterblichkeit auseinanderzusetzen. Es geht um einen anderen Umgang mit dem Thema. Und die beste Voraussetzung dafür ist »Wissen«. Was macht mir am Tod die meiste Angst? Was sollte auf keinen Fall passieren? Welche Möglichkeiten gibt es, das Sterben, so gut es geht, nach meinen Vorstellungen zu gestalten? Die Beantwortung solcher Fragen kann die Angst ein Stück weit nehmen.

PZ: Sie behandeln und versorgen Menschen mit schweren, lebensbegrenzenden Krankheiten. Was sind die Aufgaben von Palliativmedizin?

Gockel: Ich würde drei Säulen nennen: erstens die gute Kontrolle von Symptomen, die durch die Erkrankung bedingt sind, spricht Schmerzen, Übelkeit und Luftnot, das sind die am meisten existenziellen Symptome. Bis vor einigen Jahren haben Berliner Palliativstationen 96 Prozent onkologische und 4 Prozent nicht-onkologische Patienten versorgt. Das ändert sich gerade, Stand 2018 sind es jetzt 10 Prozent nicht-onkologische Patienten, die aber eine ähnlich hohe Symptomlast haben, zum Beispiel durch eine terminale Herzinsuffizienz oder COPD. Die körperliche Versorgung der Patienten ist die Grundvoraussetzung, denn wer

Schmerzen hat und schlaflos ist, kann auch über alles andere nicht reden.

Das Zweite ist eine gute Zukunftsversorgungsplanung. Dazu gehört vor allem, sich zu überlegen, wie es mit einem sehr kranken, aber nicht unbedingt akut sterbenden Patienten weitergeht, der nach einem Krankenhausaufenthalt nicht mehr nach Hause kann. Pflegeheime sind hier oft überfordert, der Transport in eine Notaufnahme beinahe vorprogrammiert. Hier gehören schwer kranke Menschen an ihrem Lebensende aber nicht hin. Also sollte man ein palliativ kompetentes Versorgungskonzept aus ambulanter palliativer Pflege bis hin zu einer Hospizaufnahme so früh wie möglich organisieren. Zur Vorsorge gehört zudem eine unmissverständlich formulierte Patientenverfügung. Da gibt es zwar sehr gute Vorlagen, zum Beispiel auf den Internet-Seiten des Bundesjustizministeriums, oft fehlt aber eine Notfallplanung im konkreten Fall, für die eine kompetente Beratung im Sinne von »Advanced Care Planning« beziehungsweise einer vorausschauenden Versorgungsplanung wichtig sein kann.

Die dritte Säule ist die Krankheitsverarbeitung. Häufig trauen sich Patienten nicht, mit ihren Angehörigen über ihren bevorstehenden Tod zu sprechen – und umgekehrt. Unsere Aufgabe ist es, Gespräche zu ermöglichen und zu verhindern, dass viel Unausgesprochenes zurückbleibt, unter dem Verwandte und Freunde von Verstorbenen noch lange leiden können.

PZ: Nicht nur Patienten und Angehörige, auch Ärzte haben Angst, über den Tod zu sprechen, schreiben Sie in Ihrem Buch. Was heißt das für die Palliativmedizin?

Gockel: Der Ansatz von Palliativmedizin ist es, bei lebensbedrohlichen Erkrankungen die Lebensqualität von Patienten und ihren Angehörigen zu verbessern. Im Moment sehen wir die Patienten aber immer noch viel zu spät. Eigentlich sollte es anders sein, der Fachbegriff dazu lautet »Early Integra-



Dr. Matthias Gockel ist leitender Oberarzt der Palliativmedizin im Vivantes-Klinikum am Friedrichshain in Berlin.

Foto: Claudia Burger

tion«, also »Frühe Integration«. So sieht es auch die Leitlinie der Palliativmedizin vor. Im Idealfall hieße das, bereits bei der Erstdiagnose einer sehr wahrscheinlich tödlich verlaufenden Krankheit prophylaktisch mit dabei zu sein. Die Realität sieht aber anders aus. Auch viele Ärzte reden nicht gerne über den Tod. Sie haben den Beruf gewählt, um zu heilen oder wenigstens die Lebenszeit kranker Menschen zu verlängern. Die Lebensqualität bleibt dabei leider manchmal auf der Strecke. Häufig werde ich erst in den letzten ein oder zwei Lebenswochen der Patienten hinzugezogen, zum Teil leiden sie da schon wochenlang unter starken Schmerzen.

PZ: Was kann speziell die Palliativmedizin dagegen tun?

Gockel: Wir setzen, wenn nötig, auch hoch dosierte Opiate ein, und die Patienten danken es uns. Seit 20 Jahren beobachte ich in Deutschland, und nicht nur hier, eine Art Opiat-Angst in der Ärzteschaft, zum Teil auch bei den Patienten, die sich nicht rational erklären lässt. Bei den Kollegen hilft es dann manchmal nur, mit ihnen persönlich ans Krankenbett zu gehen und zu sagen: »Jetzt ziehen wir mal fünfzig Milligramm Morphin auf diese Spritze, das sind fünf Ampullen, und verabreichen sie dem Patienten.« Und was passiert?

Der Patient sagt: »Danke, Herr Doktor, jetzt wird es endlich besser.«

Auch Luftnot kann man medikamentös gut behandeln. Am besten geht das mit Morphin beziehungsweise mit angstlösenden Benzodiazepinen. Aber auch hier hält die Opiat-Angst und die Furcht vor Überdosierung und Atemdepression viele Ärzte davon ab, effektiv zu therapieren. Letztendlich hilft da nur Fortbildung und Wissenstransfer.

Meine Ausbildung zum Palliativmediziner habe ich vor rund 20 Jahren in München begonnen. Dort hat eine Apothekerin einmal die Woche gemeinsam mit uns Ärzten eine Visite auf Station gemacht. Das war für uns alle ein Riesengewinn an pharmakologischem Wissen. Ich war dann später noch bei verschiedenen Fortbildungen für Palliativpharmazie der Apothekerkammer Berlin als Dozent mit dabei und empfand das als sehr lehrreich.

Nicht jedes Krankenhaus braucht eine Palliativstation, aber sollte ein kleines Team von zwei bis drei Fachleuten haben, die sich mit Palliativmedizin und -pharmazie auskennen und auf die Stationen kommen, um zu beraten.

PZ: Ihr Buch ist ein Appell, mit größerer Entschlossenheit über die sogenannten letzten Dinge zu reden. Wie kann das gelingen?

Gockel: Keinem ist geholfen, wenn ich einem Patienten, der auf Heilung oder zumindest noch einige weitere gute Jahre hofft, aus seinem aufrichtigen Optimismus reiße. Aber alle, die es sich wünschen zu reden, sollten auch die Chance dazu bekommen. Wenn Kollegen sagen, dass sie einem Patienten nicht die Hoffnung nehmen wollen, ist das in Ordnung. Nicht in Ordnung ist es, wenn wir deshalb mit zehn anderen nicht in Kontakt kommen. Die Mehrheit der Patienten will reden, hat aber auch Angst davor. Und dann reden wir über die Angst, und es entwickeln sich oft überraschend normale Gespräche.

PZ: Es gibt in Deutschland rund 330 Palliativstationen in Krankenhäusern, dazu kommen 250 Hospize sowie die ambulante Palliativversorgung und die ambulanten Hospizdienste. Wird der Bedarf weiter steigen?

Gockel: Ich denke schon. Wir haben mittlerweile in fast allen Regionen eine Palliativstation zumindest in erreichbarer Entfernung. Das ist ein Fort-

schritt, ist aber noch nicht genug. Die einerseits positiven, lebensverlängernden Maßnahmen der Medizin führen andererseits auch zu einem längeren Sterbeprozess, der oft ärztlicherseits begleitet werden muss.

Allerdings denke ich, dass es nicht nur Palliativstationen geben sollte. Damit steigt das Risiko, den Tod nur noch spezialisierten Einrichtungen zu überlassen und ihn noch mehr als jetzt aus dem Alltag zu verdrängen. Damit kommen wir auch zu einer ethischen Fragestellung: Wie kommunizieren man miteinander? Wie kommunizieren Ärzte mit kranken Menschen? Was ist eigentlich die Aufgabe des Gesundheitssystems in einer Gesellschaft? Wenn diese Fragestellungen nur noch auf Spezialstationen eine Rolle spielen, haben viele andere Ärzte nicht mehr die Möglichkeit, sich damit überhaupt auseinanderzusetzen und verlieren die entsprechende Kompetenz. Hinzu kommt: Die in den letzten zehn Jahren extrem zunehmende Effizienzsteigerung, die Arbeitszeitverdichtung und die maximal kurzen Liegezeiten erschweren es, überhaupt noch menschliche Medizin zu machen. Viele jüngere Kollegen haben das Primat der Betriebswirtschaftlichkeit schon völlig internalisiert, nicht, weil sie schlechte Menschen sind, sondern weil sie es nicht anders kennen. Sie tun dem System aber nicht unbedingt gut, weil sie alles für normal halten. Leider ist das reibungslose Funktionieren in einem pathologischen System nicht immer ein Zeichen für geistige Gesundheit. /



Matthias Gockel: Sterben. Warum wir einen neuen Umgang mit dem Tod brauchen.

Berlin Verlag 2019, 272 Seiten, Hardcover
ISBN: 978-3-8270-1354-5, EUR 22.

Versandkostenfrei bestellen über: www.govi.de