

Im Sterben nicht allein lassen

Vorsorge und Hilfen bei Gesundheitseinbrüchen

Von Seniortrainer Willi Löhr, Oberzissen

Krankheit und Leid gehören zum Menschsein. Für lebensbedrohlich schwer Erkrankte sind in jüngster Zeit palliative Schmerztherapie und Hospize aufgebaut und entwickelt worden. Der Präventologe Willi Löhr lenkte bei der ESF-Tagung „Zielorientiert Leben“ in seinem Referat „Vorsorge und Hilfen bei Belastungen und Gesundheitseinbrüchen“ den Blick auf die neue Methode des „Spiritual Care“, die die menschlichen Kräfte erfahren lassen will, die unser Leben tragen. Die Behandelnden können aber die Seelenlage der Schwerkranken nur dann erfassen, wenn sie deren Notlagen auch bei sich selbst zulassen und nicht verdrängen. Nur solchermaßen zwischenmenschlich kommunizierendes Sterben ist würdiges Sterben. Eine wirksame Schmerzbekämpfung ist geboten. Hier die Ausführungen Willi Löhrs, die der Redaktion nur aus Power-Point-Titeln vorlagen und hier in einen kontinuierlich lesbaren Text ausformuliert wurden; soweit sich Änderungen zum gesprochenen Wort ergeben, wird um Verständnis gebeten.

„Es gibt tausend Krankheiten, aber nur eine Gesundheit“, dies umschreibt treffend die Biographie von lange lebenden Menschen. Krankheit macht uns ängstlich. Leid und Katastrophen sind aber oft nicht aus der Theorie zu verstehen oder zu beantworten. Viele offene Fragen bleiben unbeantwortet. Menschliches Leid steht täglich vor unserer Tür. Nachrichten, Internet, tägliche Negativ-Informationen können uns krank machen. Leid begegnet uns in allen Facetten.

Leid verbinden wir auch mit den Begriffen „Hospiz“ und „Palliativhilfe“. Was wissen wir darüber? „Hospiz“ und „Palliative Care“ haben sich als Begriffe in den letzten Jahren etabliert. Neu in der Arbeit mit unheilbar Kranken und Sterbenden wird jetzt die Methode „Spiritual Care“ entwickelt und eingeführt. Hierzu einige Hinweise: Unter Spiritualität verstehen wir die lebendige Beziehung eines Menschen zu dem, was sein Leben trägt, kräftigt und erfreut. Negative Impulse werden eher ausgeschlossen. Spiritualität ist vergleichbar der lebendigen Bewegung des Ein- und Ausatmens. Der Atem Gottes (nach „pneuma aus dem Neuen Testament“ für heiligen Geist) steht für jene Kraft, die dem Menschen Leben in einem umfassenden Sinn schenkt.

Dieses In- Beziehung- Stehen zu den humanen Kraftquellen, hierfür ansprechbar zu sein und auch einen Ansprechpartner zu haben, ist in der alltäglichen Arbeit wichtig. Mit seiner besonderen Achtsamkeit dem Leidenden gegenüber kann der Begleiter das Geheimnis des Todes für sich immer wieder neu entdecken. Er kann den anderen jedoch nur so weit begleiten, als er selbst sich dem eigenen Tod zu stellen bereit ist. Spirituelle Sorge meint also: wir sorgen uns um die Seele des Menschen, des anderen wie um unsere eigene. Spirituelles Wachsen heißt: Ich erkenne mich selbst und das Mitgefühl für den „Anderen“. Die Beziehung zum Gegenüber wird als Prozess durchlebt.

Hospize als Schutzräume

Die seelische und körperliche Erkrankung des Menschen bedarf des Schutzes. Denn Auflehnung von gesunden Lebenskräften gegen zerstörerische Eindringlinge, Verhandeln mit meinem Körper, Aussöhnen und Vergeben tauchen im gesamten Leben auf, nicht nur in der

Hospizbewegung bei der Sterbebegleitung. Auch hier werden wichtige menschliche und geistige Schritte in der Gesundheitsvorsorge oft übersprungen und nicht erkannt. Denn wenn wir uns nicht der spirituellen Sorge widmen, und da geht es in erster Linie auch um die Sorge um unser eigenes Selbst, wenn wir uns nicht um diese eigene Spiritualität kümmern, dann können auch wir nicht Palliative Care oder Prävention in der Gesundheit leisten.

Hospize waren im Mittelalter Rast- und Ruhestätten, in denen Pilger, Reisende und Sterbende Aufnahme und Betreuung fanden. Heute ist Hospiz zu einer Idee und geistigen Bewegung geworden, um einem Leben bis zuletzt Geborgenheit zu ermöglichen. *Die Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand IGSL* ist ein bedeutender Teil der Hospizbewegung in Deutschland und wurde als eingetragener, gemeinnütziger und mildtätiger Verein 1986 in Limburg gegründet. Die IGSL - Hospizgesellschaft ist damit eine der größten Dachorganisationen der Hospizbewegung. Sie hat über 2.800 Mitglieder und mehr als 32 Regionalgruppen und Hospiz-Initiativen sowie 15 Kooperationspartner und Partnerschaftsvereine in Deutschland.

In der Hospizarbeit sind die Beratung über die folgenden, rechtserheblichen Maßnahmen bedeutsam: Die Patientenverfügung (damit werden die Wünsche zur medizinischen Behandlung am Lebensende festgelegt), die Vorsorgevollmacht (damit wird ein Bevollmächtigter zur Durchsetzung der Patientenverfügung eingesetzt), die Vermögensvollmacht (zur Regelung vermögensrechtlicher Angelegenheiten), die Betreuungsverfügung ,(wenn es nicht einer Vorsorgevollmacht kommt), die Behandlungsvereinbarung (zur Festlegung, was im Falle der nächsten Krankheitsstufe gemacht werden soll, falls sie nicht mehr entscheidungsfähig sind), Gedanken zu meinem Sterben (zur Fixierung, wie sich die letzte Lebensphase vollziehen soll), Selbstbestimmung am Lebensende und Notfallausweis.

Die Sterbephasen

Neu sind diese Gedanken nicht. Schon länger bekannt sind in Altenheimen und Kliniken die fünf Sterbephasen nach Elisabeth Kübler-Ross. Es geht hierbei ohne zwingende chronologische Abfolge um folgende Befindlichkeiten:

Nicht – wahrhaben -Wollen und Isolierung: „Nein, ich nicht“. Das ist eine typische Reaktion,

wenn der Patient erfährt, dass er oder sie tödlich krank ist. Verweigerung, so sagt Dr. Kübler- Ross, ist wichtig und notwendig. Dieses Stadium trägt dazu bei, für das Bewusstsein des Patienten die Erkenntnis zu lindern, dass der Tod unvermeidlich ist.

Zorn und Ärger: „Warum ich?“ Die Tatsache, dass andere gesund sind und am Leben bleiben, während er oder sie sterben muss, stößt den Patienten ab. Gott ist ein besonderes Ziel für diesen Zorn, da er als derjenige angesehen wird, der nach Gutdünken das Todesurteil verhängt. Als Antwort für jene, die über die Behauptung schockiert sind, dass solcher Zorn nicht nur erlaubt, sondern unvermeidlich sei, sagt Frau Dr. Kübler-Ross bündig: „Gott kann das aushalten“.

Verhandeln: „Ja, ich, aber“. Die Patienten akzeptieren die Tatsache des Todes, aber versuchen, über mehr Zeit zu verhandeln. Meistens verhandeln sie mit Gott, oft sogar jene Menschen, die niemals zuvor mit Gott gesprochen haben. Sie versprechen, gut zu sein oder im Tausch für noch eine Woche oder einen Monat oder ein Jahr des

Lebens etwas zu tun. Frau Dr. Kübler-Ross bemerkt: „Was sie versprechen, ist total irrelevant, weil sie ihre Versprechen ohnehin nicht halten“.

Depression: „Ja, ich“. Anfangs trauert die Person um zurückliegende Verluste, um Dinge, die sie nicht getan hat, um Fehler, die sie begangen hat. Aber dann tritt er oder sie in ein Stadium der „vorbereitenden Trauer“ ein und bereitet sich auf die Ankunft des Todes vor. Der Patient wird in der Stille reifer und möchte keine Besucher mehr. „Wenn ein sterbender Patient niemanden mehr sehen möchte“, so sagt Dr. Kübler-Ross, „dann ist das ein Zeichen dafür, dass er seine nicht beendete Beziehung zu dir beendet hat, und das ist ein Segen. Er kann nun in Frieden die Dinge gehen lassen“.

Zustimmung: „Meine Zeit wird nun sehr kurz, und das ist in Ordnung so“. Die Autorin beschreibt dieses endgültige Stadium als ein „nicht glückliches Stadium, aber auch kein unglückliches. Es ist ohne Gefühle, aber es ist keine Resignation, es ist vielmehr ein Sieg“: Gottes Hoffnung und geistlicher Weg.

Diese Stadien bieten einen sehr nützlichen Wegweiser, um die verschiedenen Phasen, die ein sterbender Patient durchlaufen kann, zu verstehen. Sie sind nicht absolut; nicht jeder geht durch jedes Stadium in dieser exakten Folge und mit vorhersehbarer Geschwindigkeit. Aber dieses Paradigma kann, wenn es in einer flexiblen und Einsicht hervorbringenden Weise benutzt wird, ein wertvolles Werkzeug beim Verständnis dessen sein, warum ein Patient sich so verhält, wie er es tut.

Würde durch Anteilnahme

„Diese Einsichten in die Sterbestadien haben zweifellos vielen Ärzten und Ärztinnen, Pflégern und Schwestern, aber auch vielen Angehörigen geholfen, nicht nur geistig hilflos und verlegen dem Sterben eines Menschen zuzusehen, sondern ihn in menschlicher Anteilnahme, eingestimmt in die wechselnden Stimmungen eines Todkranken, zu begleiten, damit es so auch in der zwischenmenschlichen Dimension ein menschenwürdiges Sterben sei (leider fehlen oft Zeit und Verständnis). Dabei scheint mir eine der wichtigsten Einsichten von Elisabeth Kübler-Ross zu sein, dass der Kranke sehr oft selber aufgrund uns unbekannter psychisch-physischer Signale die Ankunft des Todes spürt, und dass man ihm das Abschiednehmen nur erschwert, wenn man ihm gut meinend das Sterben auszureden versucht. Vielleicht ist dies mit ein Grund dafür, weswegen manche Todkranke ihren inneren Zustand eher der Krankenschwester eröffnen, als ihren möglicherweise protestierenden und lamentierenden Verwandten, ja, weswegen einzelne Sterbende sogar allein zu sterben wünschen oder gerade dann sterben, wenn Angehörige kurz das Zimmer verlassen.“(in Walter Jens und Hans Küng, Menschenwürdig Sterben, S.24)

Die Arbeitsgemeinschaft Elisabeth Kübler-Ross ist eine gemeinnützige Organisation, die sich der Förderung des Konzepts der bedingungslosen Liebe verschrieben hat.

Wichtig ist die aktive und ganzheitliche Behandlung von Patienten mit weit fortgeschrittenen Erkrankungen, wenn sie so weit fortgeschritten sind, dass die Lebenserwartung sehr begrenzt ist. Diese Hilfe setzt da an, wo andere Behandlungsmethoden nicht mehr ansprechen und der Tod unausweichlich ist. Zuvor ist alles zu tun, was in schwerster Krankheit hilft, dazu gehört auch die größtmögliche menschliche Zuwendung. Das Leiden ist in eine erträgliche Richtung zu lenken.

Hilfe im Leid

Wenn alles ausgereizt sei, dürften die Patienten nicht der organisierten oder gar kommerzialisierten (profitorientierten) Sterbehilfe überlassen werden, warnte de Ridder. „Wir müssen uns der außergewöhnlichen Leidenssituation dieser Kranken stellen, denn auch sie haben moralisch ein Anrecht auf angemessene Hilfe“. Chronische Schmerzen sind immer, vor allem, wenn sie verursacht werden durch eine bösartige und vermutlich unheilbare Krankheit, begleitet von starken negativen Gefühlen: Angst, Verzweiflung, Wut, Trauer, und von dem Gefühl das Alleingelassenseins. Es genügt also nicht, dem Patienten Schmerzmittel zu verabreichen, ohne auf diese negativen Gefühle Rücksicht zu nehmen und den Patienten in diesem schmerzhaften Prozess zu begleiten.

Die Schmerzkontrolle kommt an erster Stelle in der Sterbebegleitung. Es geht um medikamentöse und ärztlich begleitete Schmerzbehandlung. In der modernen Palliativmedizin wird das Drei-Stufen-Schema nach der World Health Organisation WHO angewendet. Wie geht man vor? Bei allmählich aufkommenden Schmerzen folgen wir dem Stufenplan: Der moderne Stufenplan geht davon aus, dass der Patient zuerst ein schwaches Schmerzmittel erhält und stufenweise mehr und stärkere Schmerzmittel einnimmt, bis die Schmerzen nachlassen. Das Ziel der Behandlung ist die Schmerzfreiheit, egal mit welchem Mittel und mit welcher Dosis unter Beachtung und Vermeidung der Nebenwirkungen. Die Angst des Patienten zu nehmen vor dem Einsetzen der Schmerzen hat Priorität für das Team.

Geeignete Schmerzmittel

Jeder Mensch spricht anders an auf Schmerzmittel. Man muss also ausprobieren, welches Mittel am besten hilft. Oft wirken auch Kombinationen von zwei oder drei Schmerzmitteln. Morphin und Morphin-ähnliche Schmerzmittel sind die stärksten Medikamente zur Behandlung von Schmerzen. Wir zögern nie, sie zu geben, wenn es zur Behandlung von schwerkranken Menschen medizinisch nötig und gesetzlich erlaubt ist.

Wie viele Schmerzmittel? Die Dosis richtet sich nach der Wirkung und der Intensität der Schmerzen. Nach dem Stufenplan beginnt man mit einem einfachen Schmerzmittel: Etwa Paracetamol, Diclofenac, die unter verschiedenen Namen und Kombinationen erhältlich sind. Bei ungenügender Wirkung, also bei Fortdauer der Schmerzen, erfolgt die Dosisanpassung des gleichen Medikaments unter Ausschöpfung der Höchstdosis. Wenn nötig, erfolgt der Übergang auf die nächste Therapiestufe mit stärkeren Schmerzmitteln (wie Tramadol). Bei andauernden Schmerzen geben wir Opiate (so Morphin oder Hydromorphon) in Tabletten- oder Tropfenform (MST continus/Jurnista) oder auch als Suppositorien (Sevredol).

Geeignet sind auch Pflaster (Fentanyl/Durogesic), die, auf die Haut geklebt, innerhalb einer Zeitdauer von 72 Stunden regelmäßige Schmerzlinderung bringen. Wenn Patienten schon starke Schmerzen haben, ist es am besten, gleich mit Morphin zu behandeln. Notwendig ist beides. die Absprachen mit dem Arzt in allen Phasen sowie die ganz persönliche Begeleitung.

Spritzen gegen Schmerzen sind sehr wirkungsvoll, aber sind ausschließlich für plötzlich auftretende sehr starke Schmerzen geeignet. Wenn ein/e Patient/in, die/r längere Zeit unter Schmerzen gelitten hat (was nicht vorkommen sollte), eine gute Dosis von Schmerzmitteln erhält, schläft sie/er möglicherweise in den ersten Tagen. Das ist nicht zwangsläufig ein Zeichen für Überdosierung. Wahrscheinlich ist eher, dass die/der Patient/in durch die lang anhaltende Krankheit erschöpft ist und Ruhe braucht.

Oft muss mit dem Fortschreiten der Krankheit die Schmerzmitteldosis erhöht werden. Das soll ohne Bedenken und Zögern erfolgen. In der Hospizarbeit kann Leid gemildert werden, und zwar personal durch Menschen, medikamentös durch Schmerzmittel, seelisch und geistlich durch Hoffnung und durch Glaube. Dabei ist zu erkennen: Wenn man andere erfrischt, wird man selbst erfrischt. Achten sollte man darauf, sich vom Brot des Lebens zu ernähren und sich durch Gebet zu bewässern. Für das Lebensende gilt der schon bei den frühen Christen heimische Vergleich und das Bild für die Verwandlung des Menschen durch die Auferstehung:“ Für die Raupe ist es das Ende, für den Schmetterling der Anfang. Und: Jeder Anfang hat auch ein Ende!“

Informationen:

1. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. Aachener Str. 5, 10713 Berlin
www.dgpalliativmedizin.de; dgp@dgpalliativmedizin.de; Zeitschrift für Palliativmedizin vierteljährlich.
2. Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V., Adenauerallee 18, 61440 Oberursel Tel: 06171.28600, Fax: 06171.286069; Email: info@dgschmerztherapie.de; Internet: www.dgschmerztherapie.de, DGS-Zeitschrift für angewandte Schmerztherapie, per PDF abrufbar.
3. Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Tiergarten-Tower, Straße des 17. Juni 106 bis 108, 10623 Berlin; Tel. 030.32293290; Fax: 030.322932966; web@krebsgesellschaft.de; Internet: deutschekrebsgesellschaft.de .
4. INKA:Das Informationsnetz für patienten und Angehörige www.inkanet.de wird unterhalten von der Theodor Springmann Stiftung: Patienteninformationsstelle, Reuchlinstraße 10 bis 11, 10553 Berlin Tel: 030.44024079; Email: auskunft@patiententelefon.de
5. Modellprojekt der Uni Greifswald; Modellprojekt zur Verbesserung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung; Internet www.uni-greifswald.de/krebsschmerz
6. Internethilfe Schmerz-Online unter www.schmerz-online.de
7. Die Arbeitsgemeinschaft Elisabeth Kübler-Ross ist eine gemeinnützige Organisation, die sich der Förderung des Konzepts der bedingungslosen Liebe verschreibt. Internet: www.hospiz.org
8. Hospizbewegung Kaarst: Guter Einblick in die Arbeit einer ambulant arbeitenden Hospizgruppe. Hospizbewegung Kaarst e. V., Koordination und Leitung Hospizbüro: Andrea Lißke, Am Jägerhof 4a, 41564 Kaarst, Tel. 02131.605806, Fax: 02131.605836
9. Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand e.V. (IGSL), IGSL-Hospiz e.V., Amtsstraße 1, 55411 Hingen
10. Palliativmedizin: Die blauen Ratgeber. Hg. Deutsche Krebshilfe. V., Buschstraße 32, 53113 Bonn

