

Begleitung sterbender Patienten

„Viele Ärzte fühlen sich durch das Studium nicht genug vorbereitet“

Wie erleben Ärzte und Pfleger die Betreuung von sterbenden Patienten? Was ist besonders belastend, was wird als hilfreich erfahren? In einer Studie sind fast 500 Mitarbeiter aus Krankenhäusern, Pflegeheimen und der ambulanten Versorgung ausführlich dazu befragt worden. MMW sprach darüber mit dem Studienleiter Prof. Wolfgang George vom TransMIT-Projektbereich für Versorgungsforschung in Gießen.

?

Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych.
Wolfgang George
Wissenschaftlicher Leiter
TransMIT-Projektbereich für
Versorgungsforschung



MMW: Was ist für Sie die wichtigste Erkenntnis aus der aktuellen Studie?

George: Die wichtigste Erkenntnis ist die, dass die Befragten sehr präzise in der Lage sind, die Belastungen und Schwierigkeiten zu analysieren und einen Handlungsplan zu entwerfen, wie sich die Betreuung Sterbender, aber auch die Situation der Mitarbeiter verbessern ließen. Es besteht also nicht ein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungsproblem. Das geht vor allem aus den offenen Fragen hervor; wir haben es bisher noch in keiner Studie erlebt, dass sie so intensiv genutzt wurden. Es besteht offensichtlich ein sehr großer Aussprachebedarf.

MMW: Wie gut bewältigen Ärzte die Erfahrungen mit sterbenden Patienten?

George: Es gibt eine größere Gruppe, die sich nicht hinreichend ausgebildet sieht, zugleich sehr früh in der beruflichen Praxis mit der Betreuung unheilbar kranker und sterbender Patienten konfrontiert wird und diese Erfahrungen rückblickend als belastend und auch prägend bewertet. Das kann Motivation für Veränderungen und Engagement bedeuten, aber auch zu Rückzug oder wenig hilfreichen Einschätzungen führen.

MMW: Woran mangelt es in der ärztlichen Ausbildung?

George: Es ist das gesamte Spektrum möglicher Curriculumsinhalte von der Gesprächsführung bis hin zu den Möglichkeiten eigener Abgrenzung bei gleichzeitig aufzubringender Empathie. Wichtig wäre es, wenn die verschiedenen Kompetenzziele der Ausbildung als integraler Bestandteil nicht nur in der Palliativmedizin, sondern in allen Fächern, die betroffen sind, vermittelt würden, also etwa in Geriatrie, Innerer Medizin, Intensivmedizin. Und natürlich ist die kollegiale Begleitung in der beruflichen Rollenfindung wichtig.

MMW: Wovon hängt es ab, wie belastend die Betreuung von Sterbenden empfunden wird?

George: Wir konnten auf verschiedenen Ebenen Faktoren identifizieren, die Helfer belasten: ein junges Alter des Sterbenden, aber auch äußere, strukturelle Versäumnisse, verdichtete Arbeitsprozesse, zu wenig Zeit oder ein als schlecht empfundenen Arbeitsklima. Aus den offenen Fragen haben wir starke Hinweise dafür, dass zahlreiche Mitarbeiter in der Vorstellung arbeiten, sie könnten die Abläufe nicht hinreichend beeinflussen. Dies gilt auch für die Ärzte.

MMW: Welche beruflichen oder privaten Voraussetzungen helfen, Sterbende zu betreuen, ohne Schaden zu nehmen?

George: Natürlich sind eine gute Aus- und Fortbildung und die menschliche

Qualität des Teams wichtig. Überrascht waren wir über die nach Aussage der Befragten große Bedeutung der ‚persönlichen Werthaltung‘. Bereits in einer früheren Studie konnten wir zeigen, dass Mitarbeiter, die sich als aktive Christen bezeichnen, weniger gefährdet sind. Praktisch könnte daraus auch folgen, dass die Krankenhäuser ihre Werte viel klarer zeigen und verfolgen sollten, als ich das aktuell beobachten kann. Das Gutachten des Deutschen Ethikrates ‚Patientenwohl im Krankenhaus‘ gibt hier klare Orientierung und wäre für die Mitarbeiter ein wichtiges Wertesignal.



Angehörigen eine schlechte Nachricht überbringen – auch das will gelernt sein.

MMW: *Wie wirkt sich die Erfahrung mit dem Sterben im Krankenhaus auf das Verhältnis zum eigenen Tod aus?*

George: Nur wenige fühlen sich durch ihre Berufserfahrungen besser auf das eigene Sterben vorbereitet, einige sogar schlechter. Das Wissen um die eigene Endlichkeit – die sog. ontologische Konfrontation – ist für Ärzte und Pfleger hilfreich. Das zeigte sich in unserer Studie auch daran, dass die Erfahrung des Sterbens im persönlichen Umfeld als hilfreich für die berufliche Arbeit beschrieben wird. Umgekehrt stellt die Verdrängung des Themas sicher ein Risiko dafür dar, durch die berufliche Konfrontation mit dem Sterben überfordert zu sein.

MMW: *Viele Befragte in Krankenhäusern und Pflegeheimen sehen ihre Einrichtung nicht als den Ort, an dem sterbende Angehörige gut aufgehoben wären ...*

George: Das ist ein hartes Resümee, gerade weil es ja die Helfer sind, die am besten wissen, dass es gute und legitime Gründe für den Aufenthalt in einem Krankenhaus bzw. in einer Pflegeeinrichtung gibt. Passend dazu ist der Befund, dass die Kollegen, die in der ambulanten Betreuung arbeiten, das häusliche Umfeld eindeutig präferieren.

MMW: *Welche Botschaft aus der Studie möchten Sie den Entscheidern in Politik/Gesundheitswesen nahebringen?*

George: Den Weg weiter zu beschreiten, das Sterben zu Hause als Ziel zu verfolgen bzw. das häusliche Milieu in Pflegeheimen und auch in Krankenhäusern zu ermöglichen. Das Ideal ist ein inklusives Modell, wie es auch in der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen gefordert wird: menschenwürdiges Sterben im vertrauten Umfeld ermöglichen. Eine starke Konzentration von Sterbenden bringt neue Probleme hervor. Mit einer möglichst lebensnahen und häuslichen Versorgung wird es den Sterbenden und ihren Betreuern besser gehen. ■

Interview: Dr. Beate Schumacher

Am Lebensende kann sie eine Belastung sein

Keine künstliche Flüssigkeitszufuhr in der Sterbephase

Den Patienten nicht verdursten lassen – dieser Grundsatz gilt bei Sterbenden nicht mehr. Auf assistierte Hydratation sollte in dieser Phase verzichtet werden.

— Die Frage, ob bei Sterbenden noch eine künstliche Zufuhr von Flüssigkeit erfolgen soll, wird immer wieder kontrovers diskutiert. „Unabhängig von an-

deren Behandlungszielen hat der Arzt bei Palliativpatienten in jedem Fall für eine Basisbetreuung zu sorgen“, so Dr. Klaus Maria Perrar. Dazu gehöre auch das Stillen von Hunger und Durst. Doch das Sterben dürfe durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen Therapie ermöglicht werden, wenn dies dem Patientenwillen entspricht. „Dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, zumal diese für Sterbende eine schwere Belastung dar-

stellen können“, so Perrar. Sterbende verspürten keinen Durst, quälend sei jedoch die Mundtrockenheit.

Ein Verzicht auf assistierte Ernährung und Hydratation in der Sterbephase hat für den Betroffenen wesentliche Vorteile: Weniger pulmonale Sekretion, Stau, Husten und Luftnot, weniger Urinausscheidung, weniger Magen-Darm-Inhalt und dadurch weniger Erbrechen, Übelkeit, abdominale Schmerzen, Völlegefühl, Durchfall, weniger Lagerungswechsel, weniger periphere Ödeme, weniger Schmerzen und Unwohlsein durch Zugänge und Schläuche, weniger Fixierung, um eine Manipulation an Schläuchen zu verhindern. „Künstliche Flüssigkeitszufuhr bringt keine Verbesserung von Symptomen, Lebensqualität und Überlebenszeit“, so Perrar. Auch lindere Flüssigkeitszufuhr die Mundtrockenheit nicht. Wichtiger sei vielmehr eine sorgfältige Mundpflege. Die Beseitigung von Mundtrockenheit gehöre zur Symptomkontrolle in der Sterbephase. ■

Dr. Peter Stiefelhagen

Quälende Mundtrockenheit lindern!

