

Dr. Rainer Steffensen

Zwischen Leben und Sterben

Alltag eines Arztes
auf einer Palliativstation

Impressum

1. Auflage: Februar 2011
Dresdner Buchverlag GbR, Bürgerstr. 20, 01127 Dresden •
www.dresdner-buchverlag.de

Urheberrecht am Text: Dr. Rainer Steffensen

Lektorat/Korrektorat: „Verlags- & Autorenservice“ Peggy Salomo
Bürgerstr. 20, 01127 Dresden • www.lektorat-salomo.de

Coverbild: Gina Sanders - fotolia.com

Layout: „ellegraph“ Dajana Mehner

ISBN: 978-3-941757-29-5

Preis: 17,90 EURO

INHALTSVERZEICHNIS

Einführung	9	Abgesagt! – Einsame Entscheidung	92
I		Verschiedene Ärzte – verschiedene Meinungen?	97
Die Einarbeitung:		Überheblich	102
Was ist wirksam in der Krise? Gibt es Wunder?	10	Sterbende ablehnen?	106
Verwirrtheit oder eine andere Realität?	12	„Gott im Himmel (Spirit In The Sky)“ – Nina Hagen (Album: „In Ekstase“)	110
Keinesfalls Morphium! – Leiden pur	19	III	
Gott ist ungerecht!	22	Zwischen Einsamkeit und Team – Stagnation auf allen Ebenen	113
Alles „Droge Arzt“ oder Placebo oder was?	30	Brechreiz	114
Ein misslungener Placebo-„Versuch“	34	Keine Lösung – nirgends	117
Die seelische Landschaft von Hoffnungslosigkeit – Baum nach dem Atomschlag	38	Schlechte Laune	120
Gedanken am Ende der Einarbeitung	51	Immer wieder – Verwirrung	124
II		Was ist wessen Problem?	127
Arzt zwischen Aufklärung und Spekulation auf die Restchance	55	Allein gelassen	135
Plötzlich allein!	55	Hoffnung und eigene Autorität	139
Was ist „palliative“ Therapie?	60	Sch...job	141
Unheilbar gerettet	62	Auf der falschen Seite	144
„Sieht das aus wie ein Malignom?“	65	Unfähig	147
„Und kann man denn gar nichts mehr tun?“	69	Hilflos	152
War die Aufklärung erfolgt?	71	Ärztliches Selbstverständnis am Fließband?	154
Aufklärung? Heute nicht!	73	Scheitern an den eigenen Ansprüchen	155
Aufklärung gegen ärztliche Angst?	76	Endlich Hilfe!	156
Palliative Therapie!	81	Die Wende?	159
Darf der Patient allein entscheiden oder ist aller Verzicht Depression?	83	IV	
„Sehen Sie mal, jetzt bewegt sie die Augen sogar wieder!“	85	Wie lebt es sich vor dem nahenden Tod?	163
Fehleinschätzung	88	Dem Tod (ohne Chemotherapie) „entgegengleiten“	164
Nicht sterben, sondern leben in Würde!	91	Manche Patienten benötigen keinen Arzt	166
		Sterben Männer anders?	169
		Der soziale Hinter-Grund	169

„Projektive Identifikation“?	171
Man muss doch etwas tun können! – Das Problem mit den Angehörigen	174
Empathie oder zu sehr „betroffen“?	179
Wie geht es weiter? Und wohin?	183
Was kann ich als Arzt bewegen?	187
Die Hoffnung belassen! – Aber welche?	188
V	
Sterbehilfe?	194
„Finale Spritze“?	194
Aktive oder indirekte Sterbehilfe?	197
Palliativmedizin kontra Sterbehilfe?	199
Wörterklärungen	202
Weiterlesen	206
Der Autor	207

*Dieses Büchlein wäre nicht zustande gekommen ohne die
aufmunternde und kritische Unterstützung von
Dr. R. Rein, E. Kinnigkeit, P.A. Steffensen, F. Blask, H. Nicolaou,
Dr. Ratzeburg, Dr. M. Pätzold und M. Gold.*

EINFÜHRUNG

Das Thema Sterbehilfe ist durch die spektakuläre und höchst umstrittene Beihilfe zum Suizid des Hamburger Ex-Senators Kusch vor einiger Zeit erneut in die öffentliche Diskussion geraten. Wir wurden an die Existenz schwerer und unheilbarer Erkrankungen erinnert, berührt von persönlichem Leid und Hoffnungslosigkeit und mit Fragen konfrontiert wie: Entspringt praktizierte Beihilfe zum Suizid einer fehlgeleiteten (unprofessionellen) menschlichen Anteilnahme? Wie könnten Suizidwünsche bei unheilbaren Erkrankungen abgewendet werden? Sollte moderne Medizin das Leiden bei unheilbaren Erkrankungen nicht verhindern können und sich damit der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid erübrigen?

Vor dem Hintergrund dieser Thematik habe ich mich als Arzt und emotional Beteiligter entschlossen, Berichte über mein persönliches Erleben auf einer Palliativstation zu veröffentlichen und sie in der Auseinandersetzung mit dem Leiden von unheilbar Erkrankten zur Verfügung zu stellen.

Palliativmedizin ermöglicht eine persönliche Begegnung mit Menschen im Endstadium ihrer Erkrankung. Sie kann Patienten durch die Schwierigkeiten auf dem Weg zum Tod führen und entkräftet damit Argumente für aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid.

Das Buch zeigt die Innenansicht einer Palliativstation aus den Augen eines Arztes, der sich beim täglichen Umgang mit Patienten im Endstadium einer Krebserkrankung intensiv mit dem eigenen Erleben auseinandersetzen musste. Es stellt Spannungen dar, die sich von unheilbar Erkrankten auf jede behandelnde und pflegende Person übertragen, und lässt Sackgassen sichtbar werden, in denen sich alle Begleiter im Angesicht von Tod und Sterben verlieren können.

Alle Namen von Patienten, ÄrztInnen, Pflegekräften und sonstigen beteiligten Personen wurden geändert. Auch die Anfangsbuchstaben der Namen stimmen nicht mit denen der Originalnamen überein.

November 2010

DIE EINARBEITUNG: WAS IST WIRKSAM IN DER KRISE? GIBT ES WUNDER?

Die Palliativstation unserer Klinik war anders organisiert als andere Stationen. Sie sollte so ein „Mittelding“ sein zwischen einer großen Wohnung und einer regulären Station mit anwesenden Ärzten und täglichen Visiten. Es gab neben den Funktionsräumen drei Zweibett- und vier Einzelzimmer sowie einen großen Aufenthaltsraum, der im Zentrum der allgemeinen Aufmerksamkeit liegen sollte und gemütlich wie ein Wohnzimmer eingerichtet war. In diesem Raum frühstückten ab 9 Uhr Patienten, Pflegekräfte und Ärzte gemeinsam, wobei alle Patienten animiert wurden, ihre Mahlzeiten in diesem Raum einzunehmen, und die Teilnahme am Frühstück auch für Pflegekräfte und Ärzte „Pflicht“ war.

Nach dem Frühstück begann die tägliche Visite, die mir in meinen ersten Tagen – bei maximal zehn Patienten im Vergleich zur Normalstation, wo von einem Arzt in unserem Haus allein 18 Patienten und mehr zu visitieren waren – sehr übersichtlich erschien. Vor dem Frühstück hatten wir Ärzte von 8 bis 9 Uhr Zeit, uns über die Neuaufnahmen oder Neuigkeiten der anwesenden Patienten zu informieren. Mittags, nach Beendigung der Visiten, gingen wir mit den KollegInnen der gesamten Inneren Abteilung zur gemeinsamen Röntgenbesprechung. Der Nachmittag stand klassischerweise den Neuaufnahmen und dem Schreiben von Entlassungsberichten zur Verfügung.

Ich war schon seit mehreren Jahren von der Palliativstation fasziniert gewesen, da von ihr ein ähnlicher Unnahbarkeitsnimbus ausging wie von den Intensivstationen der Klinik. Wenn im Bereitschaftsdienst, glücklicherweise selten genug, einmal ein Problem auf der Palliativstation zu lösen war, war ich dort gelegentlich mit so unglaublich hohen Morphin-Dosierungen und Schmerzmittel-Perfusoren konfrontiert worden, dass ich mich hoffnungslos über-

fordert gefühlt hatte. Dosierungen in der Palliativmedizin schienen nur etwas für Leute mit längerer Erfahrung zu sein – dies hatte ich derzeit für mich abgespeichert und mich nie ernsthaft getraut, mich für einen Wechsel auf diese Station zu interessieren. Wie konnte man es nur schaffen, dort zu arbeiten?

Zu Beginn meiner Einarbeitungsphase verbrachte ich viel Zeit im Gespräch mit den Pflegekräften und den Kolleginnen der Palliativstation und war erstaunt über die variable Zeiteinteilung und den vergleichsweise geringen Arbeitsstress, mit dem alles abzulaufen schien. Die Zeit nach meiner morgendlichen Ankunft auf der Station beispielsweise, die auf anderen Stationen meist mit Unmengen von Blutentnahmen ausgefüllt war, sodass man kaum Zeit hatte, irgendwo guten Tag zu sagen, verlief hier bei maximal zehn Patienten ziemlich ruhig und richtig „persönlich“ ab. Es gab kleine Begrüßungsgespräche mit den Pflegekräften oder sogar mit Patienten und der Stress, die Blutentnahmen zu bewältigen, bevor der Transportdienst die Röhrchen holen kam, schien unbekannt. Auf dieser „idealen“ Station sollte ich in drei Wochen von meinen ärztlichen Kolleginnen Karin und Beate in die Routine der Palliativmedizin eingeführt werden. Dann würde Karin auf eine andere Innere Station wechseln und ich halbtags an ihrer Stelle stehen. Beate, die schon seit langer Zeit auf der „Palli“ arbeitete, blieb halbtags.

Vor dem Eintritt in mein Experiment „Palliativstation“ hatte ich mich ziemlich ausgelaugt gefühlt von der Arbeit auf einer „normalen“ peripheren internistischen Bettenstation mit bis zu 36 überwiegend alten Patienten. Ich hatte zuletzt mit einer Kollegin zusammengearbeitet, zu der ich nie einen Draht gefunden und bei der ich immer das Gefühl hatte, mit meinem unbedingten „Gutarbeiten-Wollen“ nicht mehr weiterzukommen. Vielleicht haben mich deshalb die Palliativstation mit der Herausforderung dieser unglaublichen Dosierungen und der Erlebnishunger nach der „richtigen Medizin“, nach Tod und Sterben so magisch angezogen.

Dabei war mir der eigentliche Schritt zur Bewerbung für die Palliativstation innerlich erst durch eine NLP-Ausbildung (Neurolinguistisches Programmieren) möglich geworden, die ich etwa ein Jahr zuvor mit dem „Master“ abgeschlossen hatte. Im Rahmen dieser Ausbildung war mir meine alte Vor-Medizinstudium-Leidenschaft für eine Heilung über die Psyche, für „geistiges Heilen“, wieder begegnet, die mich seinerzeit zum Medizinstudium getrieben hatte. Erst die damit verbundene Rückbesinnung hatte mich „aufgeschlossen“, mich auf das Wagnis und den Neuanfang auf der Palliativstation einlassen zu können. Vielleicht war der Grund aber auch viel banaler – nämlich nicht auf eine andere internistische Station wechseln zu wollen, auf der ich wieder enger in ungeliebte ärztliche Hierarchien eingebunden worden wäre. Als Karin jedenfalls von der Palliativstation auf eine andere Station wechseln wollte und niemand von den KollegInnen den Wunsch nach Veränderungen für sich äußerte, hatte ich endlich doch mein Interesse angemeldet – und jetzt war ich hier.

VERWIRRTHEIT ODER EINE ANDERE REALITÄT?

Meine ersten Arbeitstage während der Einarbeitung waren geprägt durch die Tatsache, dass bei insgesamt maximal zehn zu belegenden Betten nur sieben Patienten bei drei Doktoren auf der Station anwesend waren. Wir redeten viel über die anwesenden Patienten und ihre Krankheitsbilder und alles erschien stressarm und ruhig. Ich fühlte mich eingebettet und geschützt durch das Wissen und die Erfahrung der Kolleginnen und sah meiner Zeit der Nähe zu Tod und Sterben gelassen, aber auch mit Neugier entgegen. Als ich allerdings meinen ersten Bereitschaftsdienst nach dem Wechsel auf die Palli antreten musste, bei dem ich neben der gesamten Abteilung auch für die Palliativstation zuständig war, war

meine Neugier nicht mehr so groß. Es überwog nach einem vollen Arbeitstag diese Bereitschaftsdienststimmung eines „Ich-will-es-eigentlich-nur-überstehen-und-möglichst-wenig-zu-tun-haben“. Bis nachts um halb drei der Pieper ging:

Ich erwachte so langsam aus dem Tiefschlaf. Irgendwie sollte ich auf der Palli zurückrufen!

Ich bin doch noch gar nicht dran! Ich habe die zweite Diensthälfte erst ab halb vier, jetzt ist Berendt dran, wurde mir nach einem Blick auf die Uhr bewusst. Dann erinnerte ich mich allerdings: Hatte ich nicht gestern Abend noch großspurig auf eine Ansage der Verteilung der Dienstzeit zwischen mir und dem Kollegen Berendt auf der Palli verzichtet und mich damit die ganze Nacht für zuständig erklärt (... is ja **meine Station!**)? *Ist doch klar, dass genau dann so was kommen muss! So ein per Telefon nicht lösbares Problem!*

Herr H. war verwirrt und wollte nach Hause – mitten in der Nacht!

Mist und Schön blöd, rief es weiter in mir. *Wie konnte ich der Palli nur sagen, dass sie mich anrufen sollen?! Na ja ... eigentlich kenne ich die Patienten dort ja – im Gegensatz zu Berendt. Und einiges kann man telefonisch regeln, wenn einem der Patient bekannt ist. Aber jetzt? Um diese Zeit? Hätte Schwester Liane nicht die Notaufnahme anrufen können, um zu klären, dass ich gar nicht zuständig bin? Und dann noch so ein „blödes“ Problem!*

Es war telefonisch natürlich nicht klärbar und vorhersehbarerweise würde es überhaupt nicht leicht lösbar sein.

Herr H. ist ein Patient mit Kolon-Ca und massiven Lebermetastasen. Er ist ziemlich verwirrt und will wirklich nach Hause.

Liane hatte deshalb schon die Ehefrau angerufen und sie gefragt, ob sie nicht zur Station kommen und ihren Mann beruhigen könnte. Mitten in der Nacht! Das wollte die natürlich nicht oder war offensichtlich damit überfordert. (Wer will das schon? Ich konnte die Ablehnung gut nachvollziehen.) Und da der Mann immer noch nach Hause wollte und alle Medikamente zur Beru-

higung ablehnte, musste ich ran. Dabei hätte die Sache durchaus auch mein ärztlicher Dienstkollege Berendt regeln können. *Doch der schläft jetzt schön weiter, obwohl er dran ist. Was ist mein ärztlicher Vorteil ihm gegenüber? Warum habe ich bloß die Zeiten nicht angegeben? Ich Idiot!*

Ich wusste nicht, ob ich „bedient“ oder angetan sein sollte ob meines heroisch stillen Einsatzes ohne Wissen des anderen. Aber der Frust überwog mitten in der Nacht. Ich konnte mich nur damit trösten, dass ich ja sowieso nicht so gut geschlafen hatte. Und schlecht geträumt. Und den Patienten besser kannte. Also los!

Während mir diese Gedanken durch den Kopf gingen, war ich schon angezogen und unterwegs über den Hof zur Palli.

Der Patient saß bei meiner Ankunft mit Liane im Aufenthalts- und gemeinsamen Essraum der Station. Angezogen. Mit einigen Sachen in der Hand. Als er mich sah, erkannte er mich offensichtlich und fragte, wie es denn jetzt weitergehen solle. Dabei war er gesprächiger als sonst tagsüber und er erzählte, dass sein Zimmer zu hell sei. Er war einigermaßen adäquat zur Situation orientiert, aber nicht zum großen Rahmen.

Liane saß etwas entfernt, hörte anfänglich zu, aber musste dann zum Telefon gehen, weil die Ehefrau des Patienten zurückrief, um sich nach dem Stand der Dinge zu erkundigen.

Wie sollte es aber wirklich weitergehen? Die Frage des Patienten war mehr als berechtigt.

Ich wusste es allerdings auch nicht.

„Tja, Herr H., wie soll es weitergehen? Sie können oder wollen nicht schlafen und ich kann nicht. Muss jetzt wegen Ihnen hier überkommen. Nachts um drei!“

Was sollte ich sagen? Ich hatte mich hingesezt, betrachtete den Patienten, der konsterniert und ratlos aussah, und erzählte nach seiner berechtigten Frage erst einmal von mir. Von meiner Enttäuschung über das nächtliche Wecken. Warum sollte er das nicht hören? Das betonte zu Recht die Absurdität seines nächtlichen Wunsches. Dabei saß er da wie ein Häufchen Unglück. Wusste anscheinend wirklich nicht, wie es weitergehen sollte.

Mein Mitleid besänftigte mich etwas. *Was kann er denn eigentlich dafür?* Auch hatte die Situation etwas, so mitten in der Nacht. Ich war ja jetzt sowieso da. Hatte ja schlecht geschlafen. *Ob ich nun hier sitze und mit dem Patienten rede oder mich in meinem Bett bei Krankenhausträumen herumwälze, ist auch egal.*

Glücklicherweise war der Patient nicht im Geringsten aggressiv (dann wäre alles deutlich komplizierter gewesen), sondern einfach durcheinander. Ich hatte also erst einmal Zeit. Konnte entspannt sitzen und mich mit ihm unterhalten. Und er dachte jetzt wirklich laut darüber nach, wie es weitergehen sollte. War sich anscheinend auch bewusst, dass es mitten in der Nacht war und er nicht hatte einschlafen können. Von „nach Hause gehen“ war nicht mehr die Rede. Aber jetzt konnte es ja nur darum gehen, wie es jetzt – um diese Zeit – weitergehen sollte, um nichts anderes. Nicht um das große Ganze. Auf jeden Fall wollte der Patient mir einmal das Zimmer zeigen, mit dem er irgendwie nicht klarkam. Ich stand auf und folgte ihm, weil das erst mal die richtige Richtung für ihn war. Dabei konnte er tagsüber kaum allein laufen. Derzeit hätte er gar nicht versuchen können, sich auf den Weg nach Hause zu begeben. Jetzt ging es aber mit dem Laufen. Sehr langsam zwar, aber allein. Allerdings ging der Patient zu seinem alten Zimmer, das unmittelbar neben dem lag, in das er am Nachmittag umgeschoben worden war. Dort wollte er sich erst einmal hinsetzen.

Dann also hinsetzen auf die beiden Stühle neben dem kleinen Tisch und wieder darüber nachdenken und sprechen, wie es weitergehen sollte. Dabei versuchen, herauszukriegen, was das Problem seines Zimmers sein könnte. Hatte das Ganze irgendetwas mit der nachmittäglichen Bett-Umschiebe-Aktion in das jetzige Zimmer zu tun, weil das vorherige Zimmer dem Patienten zu hell war? Fand er sich deshalb nicht mehr zurecht? Bestimmt war das „Kind“ dadurch „in den Brunnen gefallen“, das dämmerte mir jetzt. Schon abends hatten die Pflegekräfte von Verwirrtheitstendenzen des Patienten gesprochen. Mit dem neuen Zimmer sei er irgendwie auch nicht zufrieden. Dabei lag es unmittelbar neben dem vorherigen, welches aktuell

noch nicht neu belegt worden war. Aber die Informationen vom Abend nützten jetzt auch nichts mehr ...

Jetzt saß der Patient wieder in seinem alten Zimmer und ich philosophierte mit ihm über das Schlafen in der Nacht und darüber, wo den nun sein Bett stehen würde nach dem Umschieben. Das wusste er offensichtlich nicht ganz genau, obwohl er sich an das Umschieben zu erinnern schien.

Erkannte er den Waschraum seines alten Zimmers wieder, in dem er sich schon mehrfach gewaschen hatte bzw. in dem er gewaschen worden war? Er musste ihn anschauen. Dabei wies ich ihn auf Unterschiede und Ähnlichkeiten zu dem Zimmer hin, in dem jetzt sein Bett stand. Dann musste er auch noch einmal in seinem neuen Zimmer nachschauen, das ja unmittelbar neben dem alten lag. Es gab sein Bett und ebenfalls einen Waschraum. Genauso komfortabel wie das alte Zimmer. Kein wesentlicher Unterschied.

Pause.

Was sollte ich tun? Vielleicht würde er einen „Schnaps“ (ich sagte „Schnaps“ und meinte das flüssige Medikament Haloperidol) zum Schlafen nehmen? Das hatte ich dem Patienten schon vorher angeboten, doch ohne wesentliche Reaktion oder Antwort. Das wäre die beste Lösung, hatte ich gedacht – und dachte es immer noch. Irgendetwas richtig Sedierendes. Aber drängen ließ sich der Patient, der früher einmal Zimmermann gewesen war und fast doppelt so große Hände hatte wie ich, nicht. Ich konnte nichts in Richtung einer Medikamenteneinnahme unternehmen, was mich ärgerte.

Mein Kollege hätte die Sache sicherlich so geregelt: Mit „Haloperidol-Schnaps“. Schwupp und sediert und Schluss jetzt und ins Bett! Und ich sitze noch hier. Mitten in der Nacht!

Aber wenn die Sedierung nicht funktioniert hätte, was anzunehmen war (meist funktioniert das genau dann nicht, wenn man es will), wäre der Patient nicht eingeschlafen und dann wäre ich eine Stunde später sowieso dran gewesen. Oder mein Kollege hätte die Sache wider Erwarten nicht regeln können und mich bei dem ihm unbekanntem Patienten dazugeholt.

Ich bin gegenwärtig einfach der Mann von der Palli! Den Schwarzen Peter hätte ich in jedem Fall gehabt.

Nun waren wir aber auch schon in dem Zimmer mit seinem Bett. Herr H. hatte sich wie selbstverständlich auf die Bettkante gesetzt. Eigentlich genial. Er war da, wo er nachts hingehörte. Nur den „Schnaps“ lehnte er weiterhin ab. Seit der Operation würde er keinen Schnaps mehr trinken. Das verstand ich und fand es bemerkenswert. Überhaupt war mir der Mann in seiner geradlinigen Art nicht unsympathisch. Er hatte wirklich keine aggressiven und abwehrenden Tendenzen. Nur so etwas nachvollziehbar völlig Ratloses.

Wie kann man nur die Situation stabilisieren, dachte ich.

Jetzt legte er sich sogar unaufgefordert ganz ins Bett.

Was soll er aber auch sonst tun? Eigentlich ist doch alles klar. Hier steht sein Bett. Es ist mitten in der Nacht. Was ist naheliegender, als sich in das eigene Bett zu legen? Bloß ... wird er drin bleiben?

Ich erzählte ihm noch einmal von meinem Aufwand, hierher kommen zu müssen. Mitten in der Nacht. Zu ihm! Jetzt war sowieso alles egal in dieser etwas skurrilen Konversation über Betten und Zimmer und das Schlafen. Wenn der Patient verwirrt war, würde er es vergessen. Nachteile hatte ich nicht zu befürchten, weil er nicht vorwurfsvoll oder aggressiv war – und es war ehrlich. Ich war ja auch wirklich frustriert gewesen. Über seine und meine Situation. Warum sollte ich das nicht mitteilen?

Glücklicherweise kam es nicht falsch an. Er fragte sogar, ob ich noch schlafen könnte, worauf ich antwortete, dass ich nachher möglicherweise noch zu einem Betrunkenen in die Notaufnahme müsste (das war ja wirklich nicht so selten und wäre dann allerdings Maximalfrust).

Jetzt lag er im Bett und zog sich seinen Trainingsanzug aus.

Er hatte sich ins Bett gelegt! Ich war fast an meinem und dem möglicherweise gemeinsamen Ziel angekommen. Der Patient lag wieder im Bett! Ohne „Schnaps“.

Vielleicht doch noch ein Medikament zum Schlafen? Ich wäre doch sein Arzt und könne ihm das empfehlen! Aber er wollte

nicht. Er schlafe auch zu Hause nicht richtig. Einnehmen würde er dann nichts. Also okay. Bloß vorsichtig. Er lag ja im Bett. Vorhin hatte er noch gegessen. Besser konnte es nicht werden, wenn er zu Hause auch nicht schlafen konnte. Nur noch klären, ob er liegen bleiben würde, wenn das Licht aus wäre.

Ich wollte ihm den Lichtschalter zeigen. Dabei fand ich den selber nicht. Musste erst Liane fragen. Dann probeweise das Licht ausschalten. Das sollte er mal schön selber machen. Wenn er es selber tat, würde ich vermutlich nicht zurückkommen müssen. Wenn nicht, wäre ich echt dran. Es wäre meine Diensthälfte und dann würde das freundliche Auf-den-Patienten-Eingehen vielleicht nicht mehr funktionieren. Dann Zwangseinweisung? Festhalten und eine Spritze in den ...? Bloß nicht! Er tat mir leid, war nicht unsympathisch und mir nähergerückt. Und es schien zu funktionieren. Er blieb liegen und machte es sich sogar noch ein wenig bequemer.

4.15 Uhr! *Ja. Es ist gelungen!*

Er fragte mich noch einmal, ob ich denn würde schlafen können. Ich wusste es nicht. Hatte ja auch immer Schwierigkeiten beim Einschlafen in diesem Haus.

Also los jetzt! Besser kann es nicht mehr werden!

Noch kurze Nachauswertung mit Liane, die auch froh war, dass das Ganze so glimpflich ausgegangen war. Dann zurück in die Diensträume. Es dämmerte schon und eine erste Amsel trällerte.

Eine wesentliche Angst vor meinem Eintritt in die Palliativstation war die vor dem Umgang mit dem Tod – oder besser gesagt: vor dem Umgang mit dem Sterben von Patienten. Zwar hatte ich in meiner täglichen Stationsarbeit in der Inneren Medizin immer wieder mit Tod und Sterben zu tun gehabt und mir dadurch ein gewisses „Know-how“ zugelegt, zulegen müssen, aber auf den „normalen Stationen“ hatte es sich im Wesentlichen um alte Menschen gedreht. Junge Patienten im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte, aber mit einer schweren, möglicherweise zum Tod führenden Erkrankung sind „ein anderes Ding“. Die nahmen vermutlich wahr, dass

ich mich bei ihnen in vieler Hinsicht nicht kompetent fühlte und auf Ober- oder Chefarzt verweisen musste. Einen Patienten mit einer unheilbaren Krebserkrankung, der jünger war als ich, hatte ich überhaupt nur ein Mal in meinem bisherigen Arztleben behandelt – und das war schrecklich.

KEINESFALLS MORPHIUM! – LEIDEN PUR

Das gibt's doch gar nicht! Der will tatsächlich kein Schmerzmittel haben! Das halte ich nicht aus! Wie kann denn so etwas sein?

Ich war völlig überrascht und ärgerte mich vor mich hin, nachdem ich zum ersten Mal allein mit dem Patienten gesprochen hatte. Sonst war immer seine Mutter bei ihm gewesen. Fast schien es, als wenn sie ihn bewachen würde. Dabei wollten wir ihm gar nichts tun, wollten aber durchaus Schmerzmittel verabreichen. Und jetzt hatte ich von dem Patienten, der etwas jünger war als ich, selbst gehört, dass er kein Morphin haben wolle. Auf gar keinen Fall! Herr Dr. ... hätte ihm gesagt, dass er dann gar keine Chance auf Heilung mehr haben würde. Die Erkrankung sei schon weit fortgeschritten, hätte der zwar auch gesagt, aber es gäbe noch eine Heilungschance – jedoch ohne Morphin. Dabei hatte er Schmerzen – und zwar massiv! Schmerzen mit einer deutlichen vegetativen Reaktion. Er war sichtbar schweißgebadet, als ich mit ihm gesprochen hatte. Aber ich war nicht im Geringsten an den Patienten herangekommen. Wie einen Schild hatte er mir seinen „Glauben“ vorgehalten – den Glauben an das, was dieser „Wunderheiler Dr. Sowieso“ gesagt hatte. Er würde noch geheilt werden, wenn er sich nicht durch Morphin vergiften lassen würde! Er müsse nur durchhalten, auch wenn die Ärzte etwas anderes sagen sollten. Es stimme nicht, was die sagten, sondern das, was er, der Heiler, sagen würde. Eine Heilung sei noch denkbar, weil die Krebserkrankung ein seelisches Problem wäre. Sie sei durch einen plötzlichen Schreck ausgelöst worden, ein plötzliches und unerwartetes Er-

eignis, das schon längere Zeit zurückliegen würde und bisher nicht verarbeitet worden sei. Und wenn dieser seelische Schrecken erkannt wäre, würde er auch geheilt werden. Es dürfe nur keine Vergiftung durch chemische Mittel stattfinden! Und einen „Schreck“, ein einschneidendes Lebensereignis, hatte der junge Mann tatsächlich vor ein paar Jahren gehabt. Da war seine Freundin bei einem Motorradunfall ums Leben gekommen!

Irgendwie wollte ich immer noch nicht wahrhaben, dass der Patient ernsthaft diesen Mist glaubte. Er war doch jünger als ich – und wenn ich mich hinsetzte und ihm ernsthaft erklärte, dass wir ihm helfen könnten bei seinen Schmerzen, die er bei seiner Krebserkrankung im Endstadium hatte, dann würde er sich doch behandeln lassen, hatte ich gedacht. Aber der Patient hatte mir nur die gleiche Leier erzählt, wie wir sie schon von seiner Mutter gehört hatten: „Kein Morphium, sonst hat er gar keine Chance mehr!“

Wir waren zwar verwundert, nahmen das anfänglich aber erst einmal hin, denn der Patient konnte zu Hause nicht mehr adäquat versorgt werden. Es war klar, dass sein Leiden weder von ihm noch von der Mutter auszuhalten war. Wir könnten es erst einmal mit anderen Mitteln versuchen und vielleicht lassen sie sich noch umstimmen, hatten wir gedacht. Wenn wir nur mit dem Patienten allein reden könnten ... Wer hätte erwartet, dass der Patient an der Meinung dieses ominösen Wunderheilers festhielt?!

Ich wurde während des Gesprächs zunehmend ärgerlich über so viel Ignoranz und das Herunterbeten von Ansichten eines mir Unbekannten. Dabei bin ich ja selbst für alternative Heilmethoden und einen „geistig-seelischen“ Bezug sehr empfänglich und habe mich immer wieder damit beschäftigt, zuletzt auf diesem Seminar mit dem Titel „Heilungsstrategien des Jesus von Nazareth“.

Aber wenn einem die Metastase schon zur Brust herauswächst, ist der Krebs leider unheilbar! Unheilbar! Keine Chance mehr! Nichts möglich! Nothing! Auch mit dem Glauben nicht!

Ich brummelte immer noch vor mich hin. Der Krebs wuchs „dem

Jungen“ tatsächlich aus der Brust heraus. Er hatte ein Bronchialcarcinom, das per continuitatem (wie es so grausig für ein kontinuierliches Durchwachsen durch alle anderen Gewebe heißt) durch die anliegenden Gewebe bis nach außen durchgebrochen war. Ein ganz ungewöhnlicher Befund bei so einem jungen Mann – und inoperabel!

Und der Typ will kein Morphin wegen der Hoffnung auf Heilung, die ihm ein ferner Wunderheiler, den er nicht einmal persönlich kennt, sondern nur durch einen Briefwechsel, versprochen hat?! Was fällt einem dazu noch ein?! In welcher (Patienten-) Welt bin ich da gelandet?!

Ich blieb damals hilflos und frustriert zurück. Hatte mich innerlich so aufgeregt und war so ärgerlich auf die Mutter und den Patienten geworden, dass fortan der Oberarzt hatte zu dem Patienten gehen müssen, bis dieser auf unserer Station gestorben war. Als der Zustand des Patienten sich so verschlechtert hatte, dass er gar nicht mehr aufstehen konnte und von Beruhigungsmitteln, die nicht an Morphin erinnerten, „vollgedröhnt“ war, hatte der Oberarzt mit der Mutter dann doch noch eine Regelung zur Gabe von Opioiden finden können. Der Patient verstarb nicht viel später.

Die Betreuung durch den Oberarzt und das abschließend doch noch glückliche, weil schmerzarme Ende hatten mir seinerzeit signalisiert, dass dieser Patient eine bessere Betreuung als die meine benötigt hatte.

Und jetzt war ich also auf der Station, wo ich für solche Gespräche keinen Oberarzt mehr zur Hilfe rufen konnte, so, wie damals. Hier war ich selbst für Patienten zuständig, die alle „jung“ waren für die Verhältnisse in der Inneren Medizin. Viele hätten noch berufstätig sein können, wenn sie sich nicht im Endstadium ihrer unheilbaren Krebserkrankung befunden hätten.

Mein anfänglicher Respekt vor dem Umgang mit palliativen Patienten und die Unsicherheit im Gespräch waren dementsprechend groß und ich war froh, dass ich während der Einarbeitung nur

passiver Teilnehmer bei den Visiten von Karin oder Beate zu sein brauchte. Ich saß daneben, hörte, was sie sagten, fand es adäquat zur Situation und dachte mit ihnen darüber nach, welche Medikamente zur Therapie noch eingesetzt werden konnten oder ob diagnostische Maßnahmen ergriffen werden sollten. Ich kam niemals in die Nähe des Gefühls, nicht mehr allein entscheiden und auf Fragen des Patienten nur ausweichend antworten zu können. Das war ja bei meinen bisherigen Visiten mit „jüngeren“ krebskranken Patienten das Hauptproblem: Über die Aussage hinaus, dass eine metastasierte Tumorerkrankung in der Regel, bis auf sehr wenige Ausnahmen, nicht mehr heilbar war, konnte ich ihnen gar nichts weiter sagen. Weder wusste ich, wie lange der Patient noch zu leben hatte, noch konnte ich eine Aussage über den Verlauf machen, noch hatte ich eine Ahnung, was den Patienten nach der Mitteilung der „Todesdiagnose“ noch bewegen könnte. Solche Gespräche hatte ich nie geführt, das war Sache des Oberarztes gewesen. Jetzt aber war es anders: Ich war auf der Palliativstation angekommen, musste alles selber regeln und in den Diensten waren auch Karin und Beate leider nicht mehr verfügbar.

GOTT IST UNGERECHT!

Stress! Herzklopfen! Angst! Es hatte gepiept! Und es war tatsächlich die Palli! Und das bei meinem zweiten Dienst seit Beginn dort!

Frau S. hätte (wieder) eine Schmerzkrisis! „Worst case“ überhaupt!

Frau S. – die Patientin mit dem hohen Querschnitt bei Wirbelsäulenmetastasen eines malignen Melanoms! Sie hatte wieder Schmerzen – und genau in meinem Dienst! Oh Gott, warum bei mir?! Die Pflegekräfte hätten schon bei Anbahnung des Geschehens etwas getan, wurde mir mitgeteilt, und Carbamazepin und Novamin verabreicht. Es hätte aber nur kurz gewirkt

und die Dynamik nicht unterbrechen können. Jetzt sollte ich ran – dabei war ich doch erst acht Tage auf der Palli! Was sollte ich denn machen bei einer Patientin, die schon einen Perfusor mit 300 mg (!) Morphin pro Tag (in einer starken Schmerzspritze sind 5 bis 10 mg enthalten!) „zu laufen“ hatte, angemischt mit 6 g Novamin (Tageshöchstdosis)? Zusätzlich bekam sie 600 mg Carbamazepin oral (normale Tagesdosis, nicht mehr steigerbar, da spiegelabhängig), drei Mal 4 mg Dexamethason (ein Kortison-Medikament; könnte dauerhaft noch auf drei Mal 8 mg gesteigert werden) und ein Antidepressivum.

Was sollte *ich* da noch machen, wo medikamentös nichts mehr zu machen war? Wo diese Situation bisher die anderen, die Erfahrenen, die Ärzte der Palli, geregelt hatten?

Jetzt also ich! Ich hatte Bereitschaftsdienst und war damit der zuständige Arzt, an den sich die Pflegekräfte wenden sollten, wenn sie nicht mehr weiterkamen.

Immer ich! Sch...dienste! Niemals lassen die einen in Ruhe! Nichts können sie selber regeln!

Glücklicherweise gab es einen Plan von meiner Kollegin, was zu tun sei, wenn die orale Gabe von Carbamazepin und Novamin nicht helfen würde: Als Stufe zwei sollten 100 mg Dexamethason (eine „Wahnsinnsdosis“; entspricht ca. der 20-fachen Dosis eines anderen Kortisons, das im anaphylaktischen Schock gegeben wird!) gespritzt werden. Dabei war ich froh, dass es – wie auf der Palli üblich für den Fall einer Krise – überhaupt eine Vorgabe gab! Ich brauchte nur etwas aufziehen lassen und musste nicht mit leeren Händen vor Frau S. erscheinen.

Als ich in das Zimmer kam, war es bedrückend ruhig. Die Patientin lag still im Bett und „jammerte“ leise vor sich hin. Der Sohn saß daneben und hielt ihre Hand. Keiner der beiden sagte etwas, die Patientin sah nicht zu mir. Die Anspannung im Raum war fast mit den Händen greifbar. Lähmend. Wie sollte *ich* hier der große Retter sein?

Ich ging um das Bett herum und sagte ebenfalls erst einmal nichts außer meinem Namen und meiner Funktion. Ich musste Zeit gewinnen und mich in die Situation hineinfinden.