

Am Ende des Lebens

Wir müssen wieder lernen: Der Tod gehört zum Leben. Diese Feststellung zog sich durch alle Referate und Diskussionen des Schwerpunktes zum Ende des Lebens. Zu den medizinischen Aspekten sprachen Prof. Dr. med. Aristomenis Exadaktylos, Prof. Dr. med. Andreas Stuck und Prof. Dr. med. Peter Jüni. Die Theologin Frau Prof. Dr. Isabelle Noth lenkte die Aufmerksamkeit auf die spirituellen Ansätze im Angesicht von Sterben und Tod.

Altersnotfallmedizin – ein steigendes Bedürfnis

«Alte Menschen sind nicht einfach alte Erwachsene, wir haben hier ein Verständnisproblem in der Medizin, aber auch in der Gesellschaft». Aristomenis Exadaktylos plädierte zum Auftakt für eine spezifischere Medizin für alte Menschen. Die verbesserten Lebensbedingungen – wir seien immer gesünder und würden länger leben – machten sich auch in der Notaufnahme bemerkbar, wo der Anteil der über 65-Jährigen zunehme. Dabei liessen sich drei Patientengruppen unterscheiden: Die «Überlebenden» blieben bis ca. 70 ohne signifikante Krankheit; die «Verzögerer» hätten erst ungefähr ab 80 ernsthafte Krankheiten und die «Entkommenen», die ohne signifikante Krankheit 100-jährig würden. Doch ein längeres Leben täusche nicht über die körperlichen bzw. gesundheitlichen Grenzen hinweg: «Alter ist die eine Sache. Die Gesundheit aber lässt nach, unabhängig davon, wie gut wir zu uns Sorge tragen», so Exadaktylos.

Ganzheitlicher Behandlungsansatz

Die nachlassende Gesundheit fordere ein verbessertes Krankheits- und Unfallmanagement bei alten und sehr alten Menschen. Wichtig sei eine ganzheitliche Beschäftigung mit dem Patienten, betonte Exadaktylos. Die Versorgung müsse sichergestellt und das Schmerzmanagement optimiert werden, um die Risiken zu begrenzen – beispielsweise von (wiederholten) Stürzen. Bereits mit einfachen Präventionsmassnahmen wie einem Verdauungsschlaf oder Gleichgewichtstraining lasse sich das Sturzrisiko mindern. Auch gelte es, kognitive Defizite sorgfältig abzuklären, da sie häufig eine Folge von anderen Problemen seien. «Jemand im Alter von 80, 90 Jahren hat auch die Chance, mit einer durchaus guten Lebensqualität noch älter zu werden, wenn wir dafür sorgen», so der Notfallmediziner.

Geriatrische Komplexbehandlung im Akutspital

Wie dafür gesorgt wird, zeigte Andreas Stuck am Beispiel der drei Grundpfeiler des geriatrischen Angebots des Universitätsspitals. Der erste Grundpfeiler, die geriatrische Komplexbehandlung, richte sich an Patienten, die mehr als eine Woche im Akutspital bleiben müssen. «Wenn jemand längere Zeit im Spital bleiben muss, ist das gefährlich für die Selbständigkeit», warnte der Mediziner. Es bestehe die Gefahr, pflegebedürftig zu werden. Die Komplexbehandlung soll genau dies vermeiden helfen, indem sie auch Begleiterkrankungen erkennt und behandelt. Es gehe um die Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit.

Geriatrische Rehabilitation

Die stationäre geriatrische Rehabilitation, der zweite Grundpfeiler, betreffe «Patienten, die noch eine funktionelle Einschränkung haben und nicht mehr das Akutspital, sondern eine spitalbasierte Rehabilitation benötigen», so Stuck. Die Rehabilitation solle möglichst in den Alltag integriert werden. Analog zur Komplexbehandlung ziele auch die Rehabilitation darauf ab, die Selbständigkeit zu erhöhen und zudem eine sichere Rückkehr nach Hause zu ermöglichen. Pflegeheimeinweisungen und erneute Spitaleintritte könnten so, zumindest teilweise, verhindert

werden. Die Anzahl Rehabilitationsplätze für den gesamten Kanton Bern sei aktuell jedoch noch unzureichend, kritisierte Stuck. Es gebe immer noch unnötige, vorschnelle Verlegungen in Pflegeheime.

Memory Clinic: Demenz im Alter ist nicht die Regel

Die Memory Clinic als dritter Grundpfeiler dient der diagnostischen Abklärung und Behandlung der Demenz. Eine Demenzerkrankung sei ab achtzig Jahren relativ häufig. Aber: Zwei Drittel der über Neunzigjährigen litten nicht an Demenz. «Es ist eben NICHT normal, wenn man im Alter verwirrt ist, es lohnt sich, das abzuklären. Auch wenn jemand eine Demenz hat, dann kann man durchaus etwas machen in der Memory Clinic», so Stuck. Eine multidimensionale Abklärung und Beratung – neuropsychologisch, psychopathologisch und betreffend Sozialkompetenz – bewirke einen günstigeren Verlauf.»

Altersmedizin am Universitätsspital: Wenig bekannte Pionierarbeit

Auf dem Gebiet der Altersmedizin werde geforscht und ausgebildet, sogar die Finanzierung sei vorhanden. Doch seien die vorgestellten Instrumente der Altersmedizin viel zu wenig bekannt: «Ich finde störend, dass wir eine Altersmedizin haben, die finanziert wäre, die aber nicht bekannt ist und nicht durchgeführt wird», beanstandete Stuck. Dies sei eine Herausforderung für die Leistungsträger selber, aber auch für die ganze Gesellschaft und die Politik. Er schloss mit der Forderung, dass wir «an einer neuen Medizin arbeiten müssen für eine Zukunft, die schon heute begonnen hat».

Stafettenlauf oder ...

Manchmal aber stossen Notfallmedizin und geriatrische Behandlungen an ihre Grenzen und es gilt, den nahenden Tod des Patienten zu akzeptieren. Mit zwei Beispielen führte Peter Jüni in mögliche Behandlungskonzepte schwerstkranker Menschen ein. Auf der einen Seite beschrieb er die herkömmliche Behandlung, den «Stafettenlauf» der Ärzte, bei welchem die Spezialisten «machen, was zu machen ist, ohne zu reflektieren», so Jüni. Es werde ein Problem nach dem andern gelöst – vergleichbar einer Stabübergabe, um die multifaktorielle Erkrankung eines Patienten in den Griff zu bekommen. Identität und Lebensumstände spielten dabei kaum keine Rolle.

... SENS

Als Gegenbeispiel stellte er die umfassende Standortbestimmung SENS vor, bei welcher Patientin, Angehörige und Ärzte gemeinsam die Situation analysieren und die Behandlung festlegen. Die wichtigsten Parameter sind die **S**ymptome (medizinische und persönliche), die **E**ntscheidungsfindung, bei welcher die Patientin für mündig genommen wird und mitentscheidet, das **N**etzwerk und der **S**upport bei der Pflege der Betroffenen. In der «Unit of Care» werden Patienten UND Angehörige eingebunden, um die Aktivitäten des täglichen Lebens zu meistern, Kompetenzen und Netzwerk zu stärken bis und mit der Betreuung rund um den Tod. Diese Art der spezialisierten Palliativpflege – eine bio-psycho-soziale intensive und interprofessionelle Versorgung – verlange eine aufwendige Koordination. Doch «wenn wir nicht im Team arbeiten, geht die Betreuung schief», mahnte der Mediziner. Das balancierte Spiel zwischen zuhause und Spital entspreche Patienten am besten, sei aber nur möglich, wenn «wir uns die Zeit nehmen, uns darauf einlassen, was für uns sehr unbequem ist», so Jüni.

The multimillion dollar conversation

Studien zeigen, dass die klassische «Stafettenlauf-Behandlung» sehr kostenintensiv ist und dass hohe Kosten am Lebensende mit einem qualitativ schlechteren Sterben korrelieren. Werde jedoch in der letzten Lebensphase frühzeitig und offen darüber gesprochen, dass es keine Heilung gebe, dann könne die Lebensqualität oft verbessert und sogar ein Lebensvorteil erzielt werden. Diese Standortbestimmung, «the multimillion dollar conversation» führe zu wesentlich geringeren Behandlungskosten. Und «das ist gut investiertes Geld, weil der Wille und die Erwartungen der Patientin gewahrt werden» ist Jüni überzeugt. Hauptaufgabe der Palliative Care sei es, in Gesprächen den nahenden Tod zu antizipieren und die Bedürfnisse der Sterbenden, ihre

Ängste und Wünsche, zu verstehen und ernst zu nehmen. Jüni schloss mit dem Bild des Basler Totentanzes und den Worten «es ist schwierig uns zu vergegenwärtigen, dass Tod und Erkranken immer da sind, unsere Existenz ist verdammt fragil. Aber in der palliativen Situation sind wir genau dazu aufgefordert.»

«Herr, lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen»

Dieses Anfreunden mit dem Gedanken an den Tod kann Spiritual Care unterstützen. «Es gehört zu den grundlegenden Einsichten, dass wir Menschen zwar alle wissen, dass wir sterben werden, dass wir es zugleich dennoch erst lernen müssen», begann Isabelle Noth ihr Referat. Wie aber können wir lernen, den Tod in unsere Lebensführung einzubeziehen? Hier spiele die Theologie eine massgebliche Rolle, denn sie befasst sich mit Sinn- und Bedeutungswelten. So sei die Trennung von wahr und unwahr, von Fakt und Fiktion, wie wir sie aus den Naturwissenschaften kennen, aus der Sicht der Theologie irrelevant. Es gehe vielmehr um ein anderes komplexes Nachdenken, eine Art dritte Denkweise.

Das Diesseits rückt in den Vordergrund

Der Fokus hat sich in der modernen Theologie vom Jenseits auf das Diesseits verschoben. Der Tod werde nicht mehr als Strafe für begangene Sünde, als Feind und nicht zum Menschen gehörend, gewertet. Im Gegenteil, im neu entwickelten Verständnis der heutigen Theologie sei der Tod konstitutiv mit dem Menschsein verknüpft. Im Bewusstsein der Begrenzung des Lebens trete nun die Suche nach einem erfüllten, gesättigten Leben in den Vordergrund. Der Ethiker und Gerontologe Heinz Rüegger formulierte es so: «Sterben lernen wir, wenn wir so zu leben lernen, dass uns das Leben nährt und sättigt, dass wir nicht von dem Gefühl getrieben werden, das Entscheidende verpasst zu haben.»

Spiritual Care im Dienste des Patienten

Genau damit befasst sich Spiritual Care. Sogar die WHO hat in Ihrem Gesamtkonzept von Palliative Care die spirituellen Bedürfnisse mitaufgenommen. Der moderne interdisziplinäre Ansatz lautet neu: bio-psycho-sozial-*spirituell*. Dazu sind neue Lehrstühle und Masterstudiengänge eingerichtet worden. So auch in Bern, wo sich in einem einzigartigen, trifakultären Studiengang für Spiritual Care Theologen, Mediziner und Humanwissenschaftler mit den Fragen der Spiritualität befassen: Wie können spirituelle Bewältigungsstrategien im Dienste des Patienten eingesetzt werden? «Der Tod wird oft auf den Intensivabteilungen als eine verlorene Schlacht erlebt und hinterlässt eine Reihe ermatteter medizinischer Krieger» – so Noth. Diesem naturwissenschaftlich technokratischen Verständnis vom Tod als Feind könne Spiritual Care entgegenwirken. Es gehe darum, eine lebensfreundliche Spiritualität zu pflegen, «klug zu werden und ein weises Herz zu gewinnen», um ein Einüben der Selbstwahrnehmung, ein Sterbender zu sein. Dann würden die Zwänge des alltäglichen Lebens zweitrangig. «Der Gedanke an den Tod macht das Leben wertvoller», schloss die Seelsorgerin ihr Referat.

Martina Dubach und Sarah Beyeler