



©Philipp Flury / pixelio.de

## Hospiz und Hausarzt

MICHAEL BÜDKE

Es wird wohl nur wenigen Hausärzten möglich sein, über Erfahrungen mit zahlreichen Hospizen zu berichten, was die Allgemeingültigkeit solch eines Beitrags von vornherein ausschließt. Unter dieser Prämisse möchte ich es trotzdem versuchen, typische Eindrücke, gewonnen in einem Hospiz, zu schildern, die meine eigene Stellung zum Hospiz-Gedanken und seiner praktischen Verwirklichung bestimmt haben und noch bestimmen.

Allerdings hatte ich das Glück, mein erstes Hospiz, mit dem ich nie wieder zu tun hatte, 1994 bei einem kurzen Studienaufenthalt in England von dortigen Kollegen gezeigt und erklärt zu bekommen.

Der Neubau in ländlicher Gegend erschien mir ideal, alles von großer Ruhe geprägt, jedes Patientenzimmer durch eine Glasfront mit der weiten Natur verbunden – schöner hätte man die Idee einer geschützten und würdigen Begleitung aus dem irdischen Leben nicht materiell verwirklichen können. Auch der pflegerische und ärztliche Aspekt schien mir dort gut aufgehoben zu sein.

An diesen schönen ersten Eindruck denke ich heute oft, wenn ich als erste und abrechnungstechnisch hoch wichtige Aktion auf den Verordnungsschein „Finalpflege im Hospiz erforderlich“ schreiben muss.

### Man möchte keine Sterbenden vor dem eigenen Haus

Mit den Eindrücken aus der Ferne sah ich der Entstehung unseres Hospizes erwartungsvoll entgegen. Es war auch, glückliche Umstände schienen das zu ermöglichen, im Grünen geplant, mit schöner Umgebung und der Ruhe einer grünen Uferlandschaft. Anwohnerproteste verhinderten das. Die Bewohner einer ruhigen Gegend mit villenartigen Anwesen wollten keine Schwerkranken und Sterbenden in ihrer Umgebung. Ich kann es noch jetzt kaum glauben. Es passt aber zu Deutschland, ist ähnlich wie mit den Autobahnen. Alles gut und schön, man möchte auch viele davon in gut erreichbarer Nähe, nur nicht am eigenen Haus.

Der charismatische Gründer des Hospizes fand eine andere Lösung, baulich zweckentsprechend, auch großzügig, aber dem ersten Plan nicht ebenbürtig. Aus den schönen Zimmern sieht man Wohnhäuser, aus dem schönen Aufenthaltsraum die Notaufnahme und die Tiefgarage eines Krankenhauses. Soweit zur Akzeptanz bei der Bevölkerung.

### Wie ist nun die Stellung der Ärztinnen und Ärzte und der Patientinnen und Patienten zum Hospiz?

Bei den Ärzten kann ich nur für mich sprechen, aus Gesprächen manche andere Auffassung entnehmen. Für die, die

schon länger und auch vor der Gründung von Hospizen palliativmedizinisch interessiert und tätig waren, ist das stationäre Hospiz eine große Bereicherung und Erleichterung. Man kann mehr machen, muss Angehörige weniger fordern oder auch überfordern, entlastet sie dadurch und gibt ihnen Raum zu einer besseren Begleitung. Die Anwesenheit spezialisierter Pflegekräfte ist von großem Vorteil für alle in diese schwere Lebensphase Involvierten, nicht nur für die Patientinnen und Patienten.

Andere Kolleginnen und Kollegen mögen sich nach den Zeiten zurücksehnen, in denen Sterbende, wenn es ambulant „nicht mehr ging“, im Krankenhaus versorgt und betreut werden konnten, sei es auch „nur“ zum Sterben. Das war nicht an eine Palliativstation gebunden, es ging auch nicht immer gut im Sinne der Palliativmedizin oder des Hospiz-Gedankens, aber es war doch eine Option, die heute aus rein finanziellen Gründen nicht mehr vorgesehen ist. Das ist auch deshalb bedauerlich, weil es die Freiheit der ärztlichen Berufsausübung und die Kollegialität beschädigt. Es muss immer im Ermessen des Arztes stehen, ob er die Behandlung eines unheilbar Kranken zu Hause, im Hospiz, auf der Palliativstation oder, wenn es die nicht gibt (häufig), auf einer Station des Krankenhauses empfiehlt, natürlich in kollegialer Absprache. Heute, im Zeitalter der DRGs (Diagnosen orientierte Abrechnung), müssen dann entsprechende Diagnosen erfunden bzw. vorgeschoben werden. Man möge mir diese kleine Abschweifung vom Thema Hospiz nachsehen.

### **Was halten Patientinnen und Patienten und deren Angehörige vom Hospiz?**

Drei Beispiele:

#### **Frau Z.**

78jährige Patientin mit einem Nierenzellkarzinom, metastasierend, zunehmende Komplikationen und steigender Pflegebedarf. Frau Z. lebt bisher völlig autark in eigener Wohnung, hat viele Interessen und eine gute soziale Einbindung. Sohn und Schwiegertochter, beide auch meine Patienten, leben in der Nähe und haben sich bisher in der Weise um sie gekümmert, dass sie ihr schwere Dinge abgenommen haben (Renovierung, Möbelkauf u. ä.) und sie regelmäßig besuchen oder zu sich einladen. Ausgesprochen gute Familienverhältnisse. Frau Z. hat Angst vor dem Tod, vor der Einsamkeit der Nacht, vor unwürdigen schmutzigen Zuständen. Die Angehörigen sind in Panik, solange sie nicht sicher sind, was in ihre Zuständigkeit fällt. Solange Frau Z. in ihrer Wohnung ist, fühlen sie sich trotz des Pflegedienstes für alles verantwortlich, sind spürbar überfordert, was ihnen die Bewältigung der Situation erschwert, ihre Ressourcen, der Mutter souverän und hilfreich zu begegnen, einschränkt. Die Entscheidung, in das stationäre Hospiz zu gehen, fällt einvernehmlich nach langen Gesprächen, in denen ich nur Alternativen aufzeige und moderiere. Frau Z.

stirbt dort nach drei Wochen, kann in Ruhe Abschied nehmen, hat deutlich weniger Ängste und wird von den Kindern ruhig und vorbildlich begleitet.

#### **Herr L.**

Ende 2001 erscheint in meiner Praxis ein 64jähriger Rentner mit diffusen Rückenbeschwerden und unklarer Gewichtsabnahme. Er war 1976 zum letzten Mal beim Arzt, stammt aus einer ganz anderen Ecke Deutschlands, hat sein Leben lang auf verschiedenen Baustellen gearbeitet und ist allein stehend. Eine Partnerschaft ist vor Jahrzehnten gescheitert, er hat wirklich keinen nahe stehenden Menschen. In Halle ist er „irgendwie hängen geblieben“, hat sich in einer billigen Pension am Stadtrand eingemietet, hat sonst keinen Wohnsitz. Schnell stellt sich ein chronisch myeloproliferatives Syndrom heraus, unklare pulmonale Rundherde und Osteolysen in Brustwirbelkörpern und Rippen können einem metastasierenden papillären Schilddrüsenkarzinom zugeordnet werden. Es schließen sich umfangreiche Therapieversuche an (totale Thyreoidektomie, ablative RJ-Therapie, Lokalrezidiv-Exstirpationen, Metastasen-Resektionen, BWK-Dekompressionsoperation, Rippenresektion, schließlich bei Hirnmetastasierung palliative Bestrahlung u.a.m.). Herr L. nimmt alles mit bemerkenswerter Gelassenheit hin, hat zwischenzeitlich Phasen relativen Wohlbefindens und ist der einzige Patient, der mich im Sommer 2002 teilnahmsvoll im Krankenhaus besucht, in dem ich mit einer bimalleolären Sprunggelenkfraktur liege! Bis zum Schluss bleiben die Schwestern des Pflegedienstes und ich seine einzigen Ansprechpartner, denen er auch vertraut, als es schließlich um die Aufnahme in das stationäre Hospiz geht. In der Pension sind alle Möglichkeiten ausgeschöpft, die Inhaber sind überfordert, Herr L. ist durch Hirnmetastasen und Morphine erheblich eingeschränkt. In den letzten Märztagen 2003 zieht er ins Hospiz ein. Auch jetzt habe ich den Eindruck, er fühlt sich nicht ausgeliefert, sondern er vertraut. Anfang Mai stirbt er dort schmerzfrei und friedlich.

#### **Frau M.**

Frau M. kannte und mochte ich schon als Student vor dem Physikum, sie war Sekretärin an der Uni. Ich freue mich, als sie mit 66 Jahren meine Patientin wird, zunächst 8 Jahre lang mit „Allerweltskrankheiten“, dann einer TIA. Alles gut beherrschbar, sie ist kooperativ und aktiv, hat einen sehr großen Bekanntenkreis und ist als tiefgläubige Katholikin in ihrer Gemeinde fest verankert. Angehörige hat sie nicht. Bei einer Routineuntersuchung finde ich im Juni 2003 einen Nierentumor, schnelle Bestätigung und Operation eines Nierenzellkarzinoms. Nach unproblematischem Verlauf Ende 2005 plötzliche und rasante locoregionale und zerebrale Metastasierung, es ist nur eine palliative Behandlung möglich. In großer Ruhe und Gelassenheit regelt Frau M. ihre Angelegenheiten, wünscht sich selbst die Aufnahme in das Hospiz, sobald das nötig wird. Sie kennt es gut, hat zahl-



reiche Kranke und Sterbende dort besucht und getröstet. Bei der Einweisung bin ich mir mit den mitbehandelnden Onkologen einig, dass sie noch etwa 1 bis 3 Monate leben wird. Sie stabilisiert sich, das Hirnödeme ist gut begrenzt, der Appetit kommt wieder, Angst- und Verwirrheitszustände lassen sich erfolgreich behandeln. Sie hat viel Besuch, den sie schließlich sogar begrenzen muss, führt viele Gespräche, regelt abschließend alles selbst und kann völlig gelassen über ihren Tod sprechen, dem sie in festem Glauben mit banger Freude entgegenseht. Ich muss mir Gedanken machen, wie ich dem MDK gegenüber den langen Hospiz-Aufenthalt verteidigen kann. Frau M. stirbt ruhig 11 Monate und 10 Tage nach dem Einzug dort; ich habe in meiner langen hausärztlichen Tätigkeit noch nie eine so glücklich aussehende Tote gesehen. Mehrere Monate später bringen mir zwei Patienten unabhängig voneinander ein Gedicht, das Frau M. im Hospiz geschrieben und ihnen bei Besuchen geschenkt hat:

**Dichten soll ich, wird empfohlen,  
wo soll ich den Grips herholen?  
Ausgebrannt ist mir der Kopf,  
kurz die Haare, weg der Schopf.  
Bauch und Hirn voll Metastasen,  
das Leben ist bald ausgeblasen,  
doch wenn's dem lieben Gott gefällt,  
verlass ich ohne Angst die Welt,  
's ist eh' nur Zwischenstation,  
was sind da 1000 Jahre schon?  
Darum kein Mitleid, frohgemut,  
mein Schutzengel meint's immer gut!!**

Soweit einige wichtige Eindrücke, die mir als Hausarzt in Zusammenarbeit mit dem Hospiz zuteil geworden sind und die mich gestärkt haben. Ich bin froh über diese Möglichkeit. Wir haben hier eine uralte christliche (und sicher nicht nur christliche, sondern ur-menschliche) Tradition wieder aufgenommen, die durch die Möglichkeiten der modernen Medizin verschüttet war, manchen nicht mehr notwendig erschien und die im Umgang mit unheilbar Kranken doch unverzichtbar ist. Hoffen wir, dass möglichst viele Ärzte und Pflegenden sich dieser Tradition besinnen, sich in ihr üben und dass nicht auch der Hospiz-Gedanke und seine praktische Umsetzung in den Mühlen der Vielschwätzer, Kostenrechner, Kontroll- und Effizienzfanatiker wieder zerstört werden. ■

*Verfasser: Dr. med. Michael Büdke, Jg. 1952, Facharzt für Allgemeinmedizin seit 1987, niedergelassen in Halle/Saale.*