

Belastungserleben und Entlastungsmöglichkeiten von Hausärzten im palliativmedizinischen Bereich

CAND. MED. F. PRÖNNEKE*

Forschungsüberblick

In der Diskussion über ein würdevolles Lebensende werden sowohl die Möglichkeiten der Palliativmedizin, als auch die aktive Sterbehilfe heftig diskutiert. Die geplante „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ solle der aktiven Sterbehilfe die Möglichkeit der Schmerzlinde- rung und ganzheitlichen Betreuung der Palliativmedizin entgegen setzen, so Professor Fuchs (DGP).

Diese und andere Debatten zeigen die Aktualität des The- mas Palliativmedizin.

In der Forschung tritt hervor, dass schon einige Gebiete der Palliativmedizin gut erforscht sind, wie zum Beispiel Krebs- leiden und die effektive Schmerztherapie. Andere Bereiche sind allerdings noch nicht ausreichend erforscht. Hierzu zählen chronische Krankheiten wie HIV, chronisch obstruk- tive Bronchitis, Erkrankungen mit kardialen und zerebralen Ursachen. Ein Grund für die unzureichende Erforschung der Palliativmedizin sei, dass mehr Gelder in die Erforschung von kurativer Medizin fließen.

Der grundsätzliche Ansatz der Palliativmedizin ist allerdings bereits gut untersucht. Somit wird deutlich, dass die Einbe- ziehung von Angehörigen, das Ineinandergreifen von ku- rativen und palliativen Maßnahmen von Bedeutung sind. Palliative Care kann somit als ein Unterstützungssystem ge- sehen werden, wobei die Arbeit im Team, die Anerkennung des Lebens und die Trauerbewältigung im Vordergrund ste- hen.

In der Forschung wird weiterhin thematisiert, welche Art der palliativmedizinischen Versorgung den größten Nutzen habe. In diesem Zusammenhang stellt sich der Hausarzt als eine der Personen im Mittelpunkt bei der Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Menschen dar.

Im Januar 2008 wurde die „Hausärztliche Leitlinie Palliativ- medizin“ von der Leitliniengruppe Hessen veröffentlicht. Beschrieben werden hier die Grundsätze der Palliativmedi- zin und die Behandlungsmöglichkeiten. Dabei wird sowohl auf die Schmerztherapie, als auch auf psychosomatische Umstände von Sterbenden eingegangen. Dies zeigt, dass das Thema Palliativmedizin für Hausärzte von großer Be- deutung ist und in vielerlei Hinsicht unterstützt wird.

Interviews – Abgrenzung von der bisherigen Forschung

Das Belastungserleben und die Entlastungsmöglichkei- ten von Hausärzten im palliativmedizinischen Bereich sind bisher noch wenig untersucht worden. Insbesondere wur- den Interviews mit Hausärzten über deren persönlichen Erfahrungen mit der Palliativmedizin wenig geführt und

systematisch qualitativ untersucht. Jene Art der Datener- hebung wird wahrscheinlich neue Aspekte einbringen, die bisher noch nicht bedacht wurden. Diese Arbeit dient der Betrachtung der Vielfalt und Subjektivität der interviewten Hausärzte. Anhand eines Interviewleitfadens soll hiermit die Möglichkeit zur individuellen Stellungnahme über das Thema Palliativmedizin gegeben werden.

Der Fokus meiner Promotionsarbeit liegt auf dem Umgang von Hausärzten mit Palliativmedizin. Hierbei sollte sich zei- gen, inwiefern Allgemeinmediziner die palliativmedizinische Arbeiterleben und wie sie den Praxisalltag in Bezug auf Sterbebegleitung bewältigen. Somit können Möglich- keiten in Erwägung gezogen werden, wie ein Umgang mit der Thematik Palliativmedizin aussehen könnte.

Durch Interviews mit in der Sterbebegleitung aktiven Ärz- ten wird die individuelle Auseinandersetzung mit Schwerst- kranken und Sterbenden beispielhaft dargestellt.

Erkenntnisinteresse und persönliche Motivation

Das Thema Sterben und Tod interessiert mich schon seit ei- niger Zeit.

Eine Grenzerfahrung war während meines Pflegeprakti- kums auf einer chirurgischen Station von großer Bedeu- tung. Eine ältere Dame lag offensichtlich im Sterben. Die erste Maßnahme, die damals ergriffen wurde, war die Ver- legung auf ein Einzelzimmer. Sie stöhnte und es waren ein- deutige Rasselgeräusche der Atmung zu hören. Außerdem bäumte sich die Patientin immer wieder auf. Deshalb wurde die Tür geschlossen, um andere vorbeigehende Menschen nicht zu belästigen. Die Versorgung wurde immer schlech- ter mit der Begründung, die Dame würde sowieso sterben. Der schwerkranken und sterbenden Dame wurde keinerlei palliativmedizinische Versorgung gewährt. Auch die Ange- hörigen wurden nicht mit einbezogen.

Ich musste lange an diese Situation mit der Dame im To- deskampf denken. Die tiefere Auseinandersetzung mit dem Thema Palliativmedizin machte mir bewusst, dass ein der- artiges Leiden nicht nötig ist. Hätte der behandelnde Arzt damals Hilfe eines Experten auf dem Gebiet hinzugezogen, wäre der Dame vielleicht der Kampf erspart geblieben.

Das Thema Sterben sollte kein Tabuthema mehr sein, son- dern vielmehr als ein Teil des Lebens angesehen werden. Hierbei spielen Faktoren wie Menschenwürde und Lebens- qualität eine entscheidende Rolle. „Dem Leben nicht mehr Tage geben, sondern den Tagen mehr Leben geben“, wie Cicely Saunders, Gründerin des „St. Christophers Hospice“ in London sehr treffend äußerte.



©Henrik G. Vogel / pixelio.de

Das große Gebiet der Palliativmedizin stellt für mich die Verknüpfung zwischen Medizin in Form von Arzneimitteltherapien und der psychosozialen Begleitung von Patienten und deren Angehörigen dar. Es wird interessant sein, die Rolle des Allgemeinmediziners als ärztliche Mittelpunktfigur vieler Patienten im palliativmedizinischen Bereich zu explorieren. Der Hausarzt nimmt vor allem für Menschen, die den Wunsch haben zu Hause zu sterben, eine entscheidende Rolle ein. Diese Position und der jeweilige individuelle Umgang mit der Palliativmedizin als Behandlungsmöglichkeit wecken meine Neugier.

Ausschnitte der ersten Interviews

Aus den ersten Interviews wurden erste für mich eindrucksvolle Stellen ausgewählt und Rubriken zugeordnet.

Die Rolle des Hausarztes

Dieser Abschnitt soll darstellen, wie Hausärzte ihre Rolle beim Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden selbst sehen:

Sie müssen eigentlich da sein, sie müssen nicht jeden Tag anwesend sein, aber sie müssen einfach greifbar sein, einmal für den Patienten, wenn es Probleme gibt oder auch für die Angehörigen.

(Über einen Sterbenden) Aber er entspannte sich sofort, wenn ich seine Hand [..lacht, weint kurz, schluckt..] genommen habe, hat er sich beruhigt.

Aber dass ich schon versuche, denen irgendwo Mut und Kraft zu geben und zu sagen: Ja, wir kämpfen drum, wir wollen das. Dass man also medizinisch das Letzte raus holt, die also medizinisch gut versorgt und denn auch so ein bisschen wie Seelsorger, wie ein halber Pfarrer handelt.

Ich gebe immer noch Hoffnung quasi bis zum letzten Tag.

Es ist [seufzt] befriedigend, aber vielleicht auch ein bisschen hart. Es ist ein angenehmes Gefühl, wenn man dabei war und der Patient ist friedlich eingeschlafen, ohne sich groß zu quälen. ... dann hat man seinen Job gut gemacht, glaub ich.

Faktor Zeit

Ein für Hausärzte essentieller Faktor ist die Zeit. Es ist naheliegend, dass Palliativ-Patienten in der Regel mehr Zeit benötigen als ein Durchschnittspatient in der Praxis.

Schmerz hat 24 Stunden Sprechzeit und nicht von ... bis!

Ja, es ist manchmal schon ein ganz schöner zeitlicher Aufwand.

Wenn sie mehr Zeit hätten, sich öfters noch ein bisschen länger zu denen ans Bett setzen würden, dann würden sie natürlich noch ganz andere Sachen erfahren oder vielleicht auch mitnehmen. Aber so beschränkt es sich ja oft doch auf das medizinisch Notwendige.

Sie brauchen mehr Hausbesuche, sie brauchen Hausbesuche auch zu sogenannten Unzeiten, entweder früh morgens oder abends und die Hausbesuche brauchen Zeit. Also unter einer halben, dreiviertel Stunde kommen sie da selten raus.

Abgrenzung

Während der Interviews wurde deutlich, dass einige Hausärzte sich von ihrer Arbeit mit Palliativpatienten zu distanzieren versuchen. Doch es gelingt ihnen nicht immer:

Wo man als Arzt versucht, das nicht so nah an sich heran kommen zu lassen, ja? Professionalität ist, dass man das nicht so auslebt.

Wenn die Praxistür zu ist, ist das erstmal als wenn eine Schublade zuklappt.

Also wenn ich meine Probleme praktisch hier von der Praxis oder von einigen Patienten mit nach Hause nehmen würde, könnte ich nicht schlafen.

Das Problem ist eigentlich nur, dass man versucht, selber nicht irgendwo sich rein ziehen zu lassen und unter zu gehen. Da muss man so den Mittelweg kriegen.

Man leidet ja auch 'n bisschen mit den Patienten. Die kennt man ja denn teilweise auch sehr lange.

Mitbetreute Angehörige

Die nachfolgenden Zitate sollen einen Einblick in den Umgang von Hausärzten mit Angehörigen geben. Hierbei wird thematisiert, inwiefern Hausärzte die Angehörigen in den Alltag und den Behandlungsablauf integrieren.

Der Alltag: Anrufe außer der Reihe, (in denen) emotionsbeladen oftmals auch was von Angehörigen vorgetragen wird oder Forderungen ... Meist müssen die Angehörigen mehr betreut werden als der Sterbende, weil bei vielen das Sterben verdrängt wird.

Das sich Aufopfern erschöpft ja auch irgendwann und brennt auch pflegende Menschen aus. Und da muss man die Leute wieder abholen und aus dem Loch rausholen.

Meist hole ich noch einen Angehörigen dazu, dass der dieselbe Information bekommt, dass nicht etwas im Raume steht oder was falsch verstanden wird bei der Aufklärung.

Und sie müssen auch die Angehörigen vorbereiten auf bestimmte Dinge, die kommen können. Dass die also nicht panisch da stehen.

Manche sterben ja auch über einen längeren Zeitraum und da entwickelt man ja auch eine gewisse Beziehung zu den Angehörigen.

Zusammenfassende Reflexion

Einige Hausärzte konnten sehr engagiert über das Thema Palliativmedizin reden und schienen erleichtert, sich über diesen Part des Alltags eines Hausarztes äußern zu können. Allerdings gab es auch andere, denen es schwer fiel, sich bei dem Thema Sterben und Tod zu öffnen. Hier scheint das Thema noch tabubehaftet zu sein. Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, die für einen Hausarzt zur Verfügung stehende Zeit mit den Bedürfnissen eines Schwerstkranken und Sterbenden abzugleichen.

Es wäre noch eine Art Netzwerk wünschenswert, das den Hausärzten den nötigen Rückhalt verschafft, ihre Arbeit kritisch hinterfragen zu können und daraus Konsequenzen zu entwickeln. Außerdem könnten wie in einem Notdiensting die möglichen – auch zeitlichen Belastungen – auf mehrere Schultern verteilt werden. ■

Literatur bei der Verfasserin

* „vom Doktor-Vater abgestimmt“



©dixiland / pixelio.de