

Die Zeichen des Todes aus ärztlicher Sicht

Von Symptomen, professionellem Wissen und dem Aushalten der Untröstlichkeit

Die Geburtsstadt der Gebrüder Grimm ist auch meine eigene. In meiner Kindheit schenkte mir meine Großmutter jedes Jahr einen Adventskalender, hinter dessen Türen sich eines der grimmschen Märchen verbarg. Viele von ihnen habe ich aufgehoben und im letzten Jahr hing einer neben meinem Küchentisch, sodass meine Tage meist mit einer Geschichte begannen. Eine von ihnen beschäftigt mich bis ins neue Jahr hinein – „Die Boten des Todes“:

Der Tod verspricht einem jungen Mann, der ihm geholfen hat, aus Dankbarkeit, ihn erst zu holen, wenn er ihm vorher seine Boten sendet. Der junge Mann wird öfter krank und bekommt Schmerzen. Aber sobald er gesund ist, lebt er vergnügt weiter, in der Gewissheit, er werde nicht sterben. Doch dann klopft ihm der Tod auf die Schulter und sagt: „Folge mir, die Stunde deines Abschieds von dieser Welt ist gekommen.“ Der junge Mann wendet ein, der Tod habe ihm doch versprochen, erst seine Boten zu schicken. Da sagt der Tod: „Habe ich dir nicht einen Boten über den anderen geschickt? Kam nicht das Fieber, stieß dich an, rüttelte dich und warf dich nieder? Hat der Schwindel dir nicht den Kopf betäubt? Zwickte dich nicht die Gicht in allen Gliedern? Brauste es dir nicht in den Ohren? Nagte der Zahnschmerz in deinen Backen? Wird dir's nicht dunkel vor den Augen? Über das alles hat nicht mein leiblicher Bruder, der Schlaf, dich jeden Abend an mich erinnert? Lagst du nicht in der Nacht, als wärst du schon gestorben?“ Der Mensch wusste nichts zu erwidern, ergab sich in sein Geschick und ging mit dem Tode fort.

Bei vielen Menschen ist die Todesfurcht unverhüllt und leicht erkennbar. Bei anderen ist sie ganz subtil und versteckt sich hinter manch anderem Symptom. Doch erleben wir in der Begleitung Sterbender,

dass einige Symptome sehr häufig anzutreffen und mit dem Beginn der Sterbephase oft in engem Zusammenhang stehen. In einer Studie, die Bauduer, Capdupuy und Renoux zwischen 1995 und 1997 in Frankreich gemacht haben, wird Folgendes beschrieben: „The frequencies of the clinical complaints evaluated were the following: pain necessitating opiates 27 %; infection- or disease-related fever 40 %; dyspnoea 44 %; haemorrhage 20 %; CNS disturbances 25 %.“

Die Zeichen des Todes

Dieses Wissen ermöglicht die **frühzeitige und vorausschauende Prüfung** durch die Begleitenden, **welche Medikamente oder Interventionen noch weitergeführt, welche reduziert, abgesetzt oder neu aufgenommen werden sollten**. Meist ist die Applikationsform der Medikamente von der oralen auf subkutane oder intravenöse Gabe umzustellen. Neben der regelmäßigen Re-Evaluation und Dokumentation ist es wichtig, die Patienten und deren Zugehörige in diesen Prozess einzubinden, damit sie ihn nachvollziehen und mittragen können.

Die Schmerzintensität kann sich in der Sterbephase verändern. Dies kann verursacht sein durch: Fortschreiten der Grunderkrankung und damit verbundene Begleitsymptome, Dehydratation, Fieber, Schwitzen, Stoffwechselentgleisungen, Bettlägerigkeit, Schluckstörungen, verzögerte Magen- und Darmpassage sowie Angst vor dem Verlust von Autonomie, vor dem Sterben und dem Tod. Erfahrungen am Malteser-Krankenhaus in Bonn ergaben, dass bei fast der Hälfte (48 %) der Patientinnen und Patienten keine Änderung der Analgetikadosis notwendig war. Bei 32 % musste bei Ansteigen der Schmerzintensität die Opioiddosis erhöht werden. Bei 20 %

entstand die Notwendigkeit, die Analgetikadosis zu reduzieren.

Claudia Bausewein berichtet, dass in den letzten 24–48 Lebensstunden die in Studien beschriebene **Inzidenz eines deliranten Syndroms** auf bis zu 90 % ansteigt. (Bausewein, C. / Roller, S. / Voltz, R.: Leitfaden der Palliativmedizin, 2. Aufl., München/Jena 2004, S. 272.)

Dieses sogenannte **präfinale Delirium** kann die nahen Angehörigen und Freunde irritieren, verunsichern und im Abschiedsprozess zuletzt noch stark belasten. Auch hier gilt eine gute Patientenedukation durch die Betreuenden als Schlüsselkompetenz in der Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen bis zuletzt. Das präfinale Delirium kann durchaus ein reversibler Zustand sein. Es ist möglich, eine motorische Unruhe bei sorgfältig gestellter Indikation medikamentös zu lindern. Eine palliative Sedierung, eine Hydratation oder therapeutische Dehydratation in den letzten Lebenstagen oder -stunden sind kritisch abzuwägen. (Knipping, C.: Lehrbuch Palliative Care, Bern 2007, S. 268–269.)

Nicht alle Leiden in der Sterbensphase können und müssen „unter Kontrolle“ gebracht werden. Offen bleibt zudem auch, was der Sterbende selbst an inneren Leiden erfährt, die für die Betreuenden weder fassbar noch bis zuletzt pharmakologisch zu kupieren sind. (Jonen-Tielemann, I.: Die Terminalphase. In: Aulbert, E./Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin, Stuttgart/New York 2000.)

Dyspnoe in der Sterbephase kann eine unerwartete und bedrohliche Situation für den sterbenden Menschen und dessen Angehörige darstellen. Wichtig erscheint hier, rechtzeitig und differenziert zu erfassen, ob die Dyspnoe im Kontext zusätzlich ablaufender Ereignisse wie Schmerzen, Angst, Trauer, Unruhe oder Panik zu stehen scheint. Ursachen einer Dyspnoe in der Sterbephase können vorausgegangene

medizinische Komplikationen oder Folgen schwerer progredienter Erkrankungen wie Infekte/Sepsis, Pneumonie, Pleuraerguss, Herzinsuffizienz, Lungenembolie, Lungenödem, starker Hustenreiz, Schmerzen oder Nierenversagen sein. Zur Behandlung der Dyspnoe sind Opiate die wirksamsten Medikamente. Wenn sie ausschließlich zur Therapie der belastenden Atemnot eingesetzt werden, benötigt man hier oft nur niedrige Dosierungen mit eindrucklichen Effekten. (Husebo, S.: Was bei Schmerzen hilft, 2. Aufl., Freiburg i. Br. 1999)

Atemnot in der Sterbephase resultiert meistens aus dem Versagen der Atemmechanik und gleichzeitigem Ansteigen des arteriellen CO₂-Partialdrucks. Die Gabe von Sauerstoff entspricht in dieser Situation einem Placeboeffekt. Es ist wichtig, dies den Betroffenen zu vermitteln, damit nicht der Eindruck entsteht, es werde ihnen Wichtiges vorenthalten.

Die sich einstellende Rasselatmung („death rattle“) macht vielen Begleitenden bis zuletzt große Mühe. Kürzlich bemerkte die Tochter eines sterbenden Mannes: „Ich glaube, ich werde nie wieder das Geräusch einer brodelnden Kaffeemaschine hören können, ohne dabei an meinen Vater zu denken...“ Erläuterung pathophysiologischer Zusammenhänge erscheint hier ganz besonders wichtig. Der Grund dieser geräuschvollen Atmung liegt darin, dass es den Patientinnen und Patienten in den letzten Lebensstunden oft nicht mehr möglich ist, das angesammelte Bronchialsekret oder den sich ansammelnden Speichel wie gewohnt zu schlucken bzw. abzuhusten. Oft entwickelt sich in den letzten Monaten auch eine Kachexie, die mit einer Atrophie der Muskulatur im Schlundbereich einhergeht. Das schlaffe Muskelgewebe schlägt durch die Luftzirkulation aneinander und

bewirkt ebenfalls rasselnde Atmung. Diese wird vermutlich von den Sterbenden selbst nicht mehr wahrgenommen. Die Gabe von Anticholinergika erzeugt extreme Mundtrockenheit und sollte daher nur zurückhaltend eingesetzt werden. Gleiches gilt für das Absaugen von Mund und oberem Rachen. Die endotracheale Absaugung verursacht fast immer mehr Leiden, als sie von Nutzen ist.

Der akute Harnverhalt und die Obstipation sind weitere Symptome, die sich in der Sterbephase quälend einstellen können.

Das Aushalten der Untröstlichkeit

Oft sind es jedoch gar nicht die körperlichen Symptome, die für den Sterbenden und dessen Zugehörige im Vordergrund stehen. Vieles von dem, was Menschen glaubten im Laufe ihres Lebensflusses am Ufer zurückgelassen zu haben, kommt eines nach dem anderen, wie Treibholz, das nach einer Sturmflut an den Strand gespült wird, in dieser letzten Lebensphase zu ihnen zurück. Gerade dann wünschen sie sich Solidarität, ein „Du“ an ihrer Seite. Wer sie begleitet, hat die Möglichkeit, zunächst eine ganz verschlüsselte Sprache verstehen zu lernen, die Sterbende oft benutzen. Oft wird in Bildern ausgedrückt, was die Seele erlebt. Gut, wenn auch der Begleitende einfach da sein kann, auf das hören kann, was der Sterbende ihm sagt, und sich auf das einlässt, was von dem sterbenden Menschen kommt. Der Begleiter ist nicht der Lehrer des Sterbenden. Vielmehr einer, der sich hineinhorcht in das Geheimnis seines Lebens und seines Sterbens. Je vorurteilsloser und empathischer das geschieht, desto mehr wird der Sterbende sich öffnen und die Fragen ansprechen, die jetzt wichtig sind.

Das Erzählen ist oft Bewältigung von Gefühlen. Werden Gefühle wie Trauer, Wut,

Schmerz, Zorn, Enttäuschung u. a. m. in Worte gefasst und einem Gegenüber verständlich gemacht, erfolgen Bearbeitung und Einordnung eher diffus erlebter Aspekte. Gebraucht werden dann keine Ratschläge, keine vorschnellen Tröstungen und kein schnelles Antworten, sondern das Aushalten der Untröstlichkeit. Rituale können auch da „sprechen“, wo Worte fehlen. In Ritualen geht es grundsätzlich immer um Sinn. Menschen in Krisen begegnen anderen mit erheblichen Zweifelsäußerungen am Sinn allen Lebens auf der ganzen Linie. Menschen erleben in einer Ohnmachtserfahrung Hilflosigkeit und Einsamkeit, wogegen ein Ritual zu einer Gemeinschaft im gemeinsamen Hören, Sprechen und Konzentrieren auf einen gemeinsamen Mittelpunkt verbindet (Nagel, B. In: Kremer, R./Lutzi, J./Nagel, B.: Unfall als Krise, Göttingen 2011, S. 71–78.)

An dieser Stelle wird deutlich, dass Palliative Care nicht das Monopol einer Berufsgruppe ist. Vielmehr sind die Bedürfnisse der Betroffenen Anlass, sich buchstäblich zusammensetzen, um sich auseinanderzusetzen.

Wir denken oft, dass wir immer noch mehr lernen müssten an Methoden, Fähigkeiten, Möglichkeiten des Umgangs. Doch keine unserer erlernten Techniken wird wirksam sein, wenn nicht ein mitfühlen des Herzes dahintersteht. Und: Vieles wird wirksam sein, wenn nur ein mitfühlendes Herz dahinter steht. ■

„Sterben ist ein Prozess von ein paar Minuten vor dem Tod, wenn dem Gehirn Sauerstoff entzogen wird, alles andere ist Leben.“

(Patch Adams)