

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Band: 75 (1977)

Heft: 11

Artikel: Sterbende Patienten

Autor: Küpfer, Moritz

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950734>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 06.10.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Sterbende Patienten

von Moritz Küpfer

Spricht man über einen Sterbenden, so meinen viele, es handle sich um jemanden, der in den letzten Zügen liege, um einen Menschen in der Agonie. Sucht man aber in Lexika verschiedener Sprachen, so wird der Begriff des Sterbens weiter gefasst, es lassen sich folgende und ähnliche Definitionen finden: dem Tode entgegensetzen; aus dem Leben ausscheiden; langsam aus dem Leben ausscheiden durch stetiges Schwächerwerden; aufhören zu existieren; das Leben abschliessen oder ihm ein Ende setzen. Wenn ich in meinem Artikel über sterbende Patienten schreibe, so möchte ich meine Aussagen in diesem weiteren Sinne verstanden wissen, das heisst ich will nicht über den unmittelbaren Tod sprechen, sondern über das, was Patienten, das Pflegepersonal und die Mitmenschen erleben, wenn sie mit dem drohenden oder mit dem bevorstehenden Tod konfrontiert werden.

Gerade Angehörige der medizinischen Berufe werden sich immer wieder mit Sterbenden befassen müssen, und während dieser Betreuung treten Probleme auf, auf die wir während unserer Ausbildung schlecht oder gar nicht vorbereitet worden sind. In letzter Zeit ist viel darüber geschrieben worden. Dies scheint mir der Ausdruck eines Bedürfnisses zu sein, solche Fragen zu erörtern, um mehr darüber zu erfahren oder um sich selbst damit auseinanderzusetzen.

Während meiner Tätigkeit in der Mitbetreuung von Sterbenden wurde ich oft gefragt, ob ich Anweisungen geben könne, wie man sich gegenüber Sterbenden verhalten solle. Solche Ratschläge und Regeln können Sie aus meinen Darlegungen nicht erwarten, denn die Probleme kommen an jeden individuell heran, und er muss sich persönlich mit ihnen auseinandersetzen. Es handelt sich um Fragen menschlichen Zusammenlebens und menschlicher Interaktionen, sie lassen sich nicht durch kochbuchartige Ratschläge lösen. Ich möchte durch meine Darlegungen die Probleme aus meiner Sicht beleuchten und versuchen, den Leser zur Mitarbeit und zu eigenem Handeln anzuregen.

Wenn wir uns um Sterbende kümmern, stehen wir drei in sich verschlungenen Problemen gegenüber. Der Patient ist das erste, seine Krankheit und deren Prognose

das zweite, und seine Umgebung das dritte. Es ist deshalb nicht möglich, eines dieser Einzelprobleme gesondert zu betrachten, sie müssen in ihrer Gesamtheit angegangen werden. Dies möchte ich mit einem praktischen Beispiel erklären: Ein Patient ist ins Krankenhaus eingeliefert worden, weil er sich nicht wohl fühlt und «abgeklärt» werden sollte. Die Untersuchungen haben zur Diagnose einer unheilbaren Krankheit geführt. Zuerst wird also der Arzt mit der *Krankheit* konfrontiert und muss sich mit dieser auseinandersetzen, um den besten Behandlungsweg wählen zu können. Da die Krankheit unheilbar ist und damit tief ins Leben des Patienten einschneidet, ist sein Entschluss nicht mehr ein rein technischer (wie zum Beispiel beim Zünähen einer Wunde nach kleinem Unfall), sondern es mischen sich ethische Komponenten bei; der Arzt steht vor einem schweren menschlichen Problem. Je nach seiner persönlichen Erfahrung, seiner erworbenen und anerzogenen Einstellung und je nach seiner inneren – ihm unbekanntem – Konstellation wird er handeln. Der *Patient*, der hilfessuchend zum Arzt gekommen ist, stellt Erwartungen und Ansprüche an ihn, die durch verschiedene Umstände geprägt sind: seine Angst, die Krankheit könnte bösartig und unheilbar sein (dies besonders in der heutigen Zeit der «Aufklärung» durch Presse und Fernsehen); seine früheren Erfahrungen als Patient; seine Beziehungen zu anderen Menschen sowie soziale, ethische, kulturelle und religiöse Einflüsse. Der Arzt kann sich nicht allein mit dem Patienten und dessen Krankheit befassen, denn beide leben in ihrer *Umwelt*, die durch des Patienten Krankheit beeinflusst wird und darauf reagiert. Am meisten werden die am nächsten stehenden Mitmenschen betroffen, die Angehörigen und das Pflegepersonal. Der Patient und seine Umgebung reagieren individuell verschieden, was zu Spannungen führen kann.

Durch die Krankheit ist es nicht nur zu einem Vertragsverhältnis zwischen dem Patienten und den Pflegenden gekommen, sondern auch zu menschlichen Interaktionen (Beziehungen). Am fruchtbarsten können sich diese in einem Vertrauensverhältnis entwickeln. Ein solches wird während der ersten Begegnung von Arzt und Patient grundlegend beeinflusst. Als Vertragspartner hat der Patient das Recht, angehört und in ihm verständlicher Sprache über seine Krankheit aufgeklärt zu werden. Er möchte mit all seinen Schwierigkeiten für voll («mündig») genommen werden.

Nun wird aber durch die heutige Technisierung der Medizin die menschliche Kontaktnahme oft vernachlässigt. Das geschieht schon durch die Vielzahl der an einer Untersuchung und Behandlung Beteiligten. Der Patient, der keinen Vertrauensarzt hat, wird verunsichert und vereinsamt. Um die ihm entsprechende Gesprächsebene zu finden, müssen wir den Patienten kennenlernen und ein persönliches Vertrauensverhältnis herzustellen suchen. Wir sollten herausfinden, wie weit er über seinen Zustand unterrichtet ist und wie er über ihn denkt. Schweigen kann oft gebrochen werden, wenn wir ihm zu verstehen geben, dass wir bereit sind, zuzuhören und seine Aussagen vorurteilslos zu akzeptieren und in weiteren Besprechungen zu bearbeiten. Beim Beispiel bleibend, ein Patient leide unter einer unheilbaren Krankheit, drängt sich die Frage für uns auf, ob wir ihn darüber aufklären sollen.

1. Wir können den Patienten ahnungslos lassen unter dem Vorwand, er würde die Wahrheit nicht ertragen. Im weiteren Verlauf werden wir aber immer wieder Fehler begehen – wir sind zu schlechte Schauspieler, um eine auch uns bedrückende Krankheit zu überspielen – und 2. der Patient wird argwöhnisch werden und seine stillen Befürchtungen bestärkt fühlen. Dies führt zu Spannungen und Konflikten, besonders wenn eine einseitige Aufklärung der Angehörigen stattgefunden hat. 3. Der Patient beginnt dann über seine Krankheit zu «wissen», wir wissen es auch, alle gestehen es sich aber gegenseitig nicht ein. Die Vertrauensbasis wird zerstört und der Patient vereinsamt. Aus dem Gesagten und den darin schlummernden Gefahren ergibt sich eine Lösung: 4. der Patient soll klar orientiert werden, ebenso seine Nächsten.

Nur der Zustand des vertrauenden offenen Bewusstseins gibt uns die Möglichkeit, dem Patienten in späteren schweren Stunden menschlich beizustehen, auch wenn wir medizinisch nichts mehr helfen können. Auf das Pro und Kontra der Orientierung des Patienten möchte ich aus Platzgründen nicht eingehen, darüber haben kompetente Leute grundlegende Arbeit geleistet: Elisabeth Kübler-Ross: «Interviews mit Sterbenden»; Barney G. Glaser und Anselm Strauss: «Interaktionen mit Sterbenden»; Egelbert Dunphy: «On caring for the patient with cancer». Ich betrachte einen informierten Patienten als Grundlage für eine menschliche Betreuung bis an sein Lebensende. Nur nach Aufklärung und in gegenseitigem Vertrauen, in wel-

ches auch die Angehörigen und das Pflegepersonal einbezogen werden sollten, kann ein Patient meines Erachtens optimal betreut werden.

Mit den Gegnern von Information und Offenheit dem Patienten gegenüber gehe ich soweit einig, dass zeitlich und inhaltlich unpassende Information dem Patienten mehr schadet als nützt. Damit stellt sich für mich nicht die Frage, ob informiert werden soll oder nicht, sondern *wie* und zu welchem Zeitpunkt. Da die Information dem Patienten helfen und sein Vertrauen stärken soll, muss sie seinen Verhältnissen angepasst sein. Eine Information nur der Information wegen («man muss es ihm doch schliesslich sagen») kann grausam sein. Sie kann uns wohl von der schweren und für viele unangenehmen Aufgabe entbinden, uns mit dem Patienten auseinanderzusetzen und ihm eine Lösung finden zu helfen. Sie befriedigt auch die immer lauter werdenden Stimmen, die die Information des Patienten fordern, sie gibt uns das Gefühl, etwas Nötiges hinter uns gebracht zu haben. In Untersuchungen hat sich ergeben, dass gerade Ärzte durch den Umgang mit sterbenden Patienten seelisch sehr belastet werden, weil sie das bedrückende Gefühl quält, in ihrem Beruf als Heiler versagt zu haben. Auch weil sie, wie die moderne Leistungsgesellschaft, Gedanken über Sterben und Tod verdrängen. Der Sterbende mahnt sie dann an ihre unbewältigten Todesängste.

Dem Patienten ist aber weder mit Schweigen, «gnädigen» Lügen noch mit schonungsloser Information geholfen. Die Schweizerische Akademie der Wissenschaften hat Richtlinien für die Sterbehilfe festgelegt, in denen sie sagt: «Zu den Pflichten des Arztes (und dazu gehört im weiteren Sinne meines Erachtens auch das Pflegepersonal), welche Heilen, Helfen und Lindern von Leiden als hohes Ziel umfassen, gehört auch, dem Sterbenden bis zu seinem Tod zu helfen. Diese Hilfe besteht in Behandlung, *Beistand* und Pflege (...). Beim Sterbenden hängt die bestmögliche Hilfe von einer Anzahl von Gegebenheiten ab, deren angemessene Würdigung und Abwägung den Arzt vor schwere Entscheidungen stellen kann. Der Arzt hat in seine Überlegungen die Persönlichkeit oder den ausgesprochenen oder mutmasslichen Willen des Patienten, seine Belastbarkeit durch Schmerzen und Verstümmelung, die Zumutbarkeit medizinischer Eingriffe, die Verfügbarkeit therapeutischer Mittel und die Einstellung der menschlichen und gesellschaftlichen Umgebung einzubeziehen.»

Das bringt mich wieder auf die Frage zurück, wie wir den Patienten informieren sollen. Theoretisch lässt sich diese Frage nicht beantworten. Ich selbst habe gute Erfahrungen gemacht mit dem Bestreben, herauszufinden, was der Patient eigentlich von mir wissen möchte. Unsere medizinischen Überlegungen können beim Patienten uns ferne Gedankengänge auslösen,

deren Besprechung für die Behandlung wichtig ist, danach kann allmählich das Gespräch auf den Patienten selbst und auf seine Krankheit übergehen. Zum eben Gesagten ein Beispiel: Eine Patientin mit unheilbarem Krebsleiden lag während meines Besuches stumm, aber mit stark bedrücktem Ausdruck im Bett. Über die Diagnose hatte noch niemand mit ihr gesprochen, und mir schien eine Aufklärung in diesem Zeitpunkt nicht angebracht. So plauderte ich ruhig und teilnehmend mit ihr, fragte sie, ob sie Wünsche hätte oder ob sie gerne etwas fragen möchte. Wieder schwie sie, und ich wollte mich verabschieden, versicherte ihr, dass ich am Abend und in den folgenden Tagen wieder vorbeikommen werde. Sie schwie eine Zeitlang, dann sagte sie zögernd und unter Tränen, dass sie durch den Eintritt ins Krankenhaus ihren Kanarienvogel unbeaufsichtigt hätte zu Hause lassen müssen. Sie hätte nun sehr Angst, dieser könnte trotz zeitweiser Pflege durch ihre Nachbarn verdursten. Nach einem Telefongespräch mit den Nachbarn konnte ich sie beruhigen, dass es ihrem Vogel gut gehe; sie war darauf sehr erleichtert. Dieses scheinbar unwichtige Gespräch war eine Grundlage für viele folgende, während deren wir dann über sie und ihre Krankheit sprechen konnten. Während den Gesprächen über seine Sorgen und seine Krankheit sollte die *Autonomie* des Patienten voll gewahrt bleiben, er sollte als vollwertiger Mensch ernst genommen und als Partner in einem Behandlungs- und Vertrauensverhältnis betrachtet werden. Entscheidungen sollten mit ihm zusammen gefällt werden, wobei wir ihm als Fachleute helfen, zu einem Entschluss zu kommen. Leider wird allzuoft von hoher ärztlicher Warte über den Patienten entschieden. Solche Entscheidungen, seien sie noch so gut gemeint, berauben den Patienten seiner Autonomie und sind eine schlechte Vertrauens- und Behandlungsgrundlage. Gerade dem sterbenden Patienten sollte soviel wie möglich von seiner durch die Krankheit schon geschmäleren Autonomie gelassen werden. Für ihn ist es einschneidend genug, schwer krank und gezwungen zu sein, seinen gewohnten Lebensrhythmus den veränderten Verhältnissen anpassen zu müssen. Dass uns da unsere rein medizinischen Überlegungen irreführen können, möchte ich am folgenden Beispiel zeigen: Eine noch jüngere, an unheilbarem Krebs leidende Patientin verlangte von den Schwestern immer häufiger Schmerzmittel. Die Schwester besprach dies mit dem Stationsarzt, der befürchtete, die Patientin könnte süchtig werden, und deshalb versuchte, ihre Schmerzmitteldosen zeitlich zu beschränken. Dies hatte zur Folge, dass die Patientin für die Schwestern fast untragbar wurde. Sie klagte Schmerzen, kritisierte und nörgelte an allem, was sie taten. Der Kollege berichtete es mir und fragte um Rat. Ich besuchte darauf die Patientin mehrmals und kam mit ihr auf ihre

Schmerzen zu sprechen. Dabei erhielt ich den Eindruck, dass hinter den Schmerzen grosse Ängste verborgen waren, die in Form von Schmerzen ausgedrückt wurden. Im weiteren Gespräch konnte sie mir dann erklären, dass der tastbar wachsende Tumor – sie war über die Krebsdiagnose orientiert – sie äusserst beunruhigte, und sie fragte mich, was man dagegen tun könne. Ich riet ihr, mit ihrem behandelnden Arzt zu sprechen, da ich in Krebsfragen nicht zuständig sei. Anschliessend kamen wir auf ihre Schmerzen zu sprechen, und die Patientin sagte, dass sie Mittel nur nach Schema erhalte und das würde sie fast zur Verzweiflung bringen. Die Angst, die in ihr aufsteige, wenn die Schmerzen nach dem Abklingen der Medikamentenwirkung wiederkämen, könne sie nicht ertragen, das sei viel schlimmer als die Schmerzen selbst. Wir fanden heraus, dass die Schmerzen sie immer wieder erneut an ihren Krebs erinnerten, den sie doch so gerne, wenn auch nur zeitweise, vergessen möchte. Auf die Schmerzmedikamente zu sprechen kommend, erklärte ich ihr, dass diese die Gefahr in sich bergen, süchtig zu machen. Sie wisse dies nun, und ich möchte sie selbst entscheiden lassen, wann sie Schmerzmittel benötige. Ich begriff ihre Angst beim Wiederbeginn der Schmerzen, und durch die Selbstentscheidung (Autonomie) wollte ich sie an ihrer Behandlung aktiv teilhaben lassen. Die Patientin war nach dem Gespräch sichtlich erleichtert. Im Stationsbüro hatte ich einige Mühe, den Kollegen zu überzeugen, dass von nun an die Patientin ihren Medikamentenbedarf selbst bestimmen solle, ohne auf eine Suchtgefahr Rücksicht zu nehmen. Das Resultat des neuen Vorgehens war beeindruckend, die Patientin brauchte viel weniger Mittel als vorher. Sie verlangte abends nach einer Spritze, um ruhig einschlafen zu können, auch manchmal tagsüber, wenn sie Besuch erwartete und mit diesem ungestört zusammen sein wollte. Durch die Wahrung ihrer Autonomie und durch die Linderung der Ängste im Gespräch verringerte sich ihr Bedürfnis nach schmerzlindernden Medikamenten.

Elisabeth Kübler-Ross beschreibt die Reaktion eines Patienten auf das Bekanntwerden seiner unheilbaren Krankheit in sechs verschiedenen Stadien. Nicht alle Patienten durchlaufen diese Stadien in derselben zeitlichen Folge; und einige von ihnen erreichen die letzten Stufen nicht, sie sind für uns die schwierigen Patienten. Ich möchte nur schemenhaft auf die verschiedenen Stadien eingehen; sie bestimmen unser Verhalten dem sterbenden Patienten gegenüber. Als erstes entsteht ein *Schock*; in diesem kann er, wie im folgenden dargelegt wird, auf zwei verschiedene Arten reagieren: durch Panik oder Verdrängung. Im Schock ist der Patient nicht zugänglich, und wir helfen ihm am besten durch Abwarten, ohne dabei seine Eigenständigkeit ausser acht zu lassen. Auf den Schock folgen die *Emotionen*, sie äussern

sich als Depression oder als Katharsis (warum ich?). Im emotionalen Stadium ist der Patient noch immer schwer zugänglich, er befasst sich hauptsächlich mit sich selbst, dadurch kann er für die Pflegenden schwierig werden. Am meisten erreichen wir dann durch aktives Zuhören und Nichtpersönlich-Nehmen der gegen uns gerichteten Emotionen. Wenn der Patient sich einer teilweisen Annahme seines Zustandes nähert, beginnt er mit *Verhandeln*. Dabei gibt er entweder flach (Ausverkauf) oder versucht zu feilschen (ja, wenn ich nur noch . . . , dann). Hier sollten wir ihm entgegenkommen, ohne uns durch Erwecken falscher Hoffnungen zu beteiligen. Es folgt das Stadium des *Erkennens*, das sich in Verzweiflung äussern kann oder indem der Patient beginnt, sich real mit seinem Zustand auseinanderzusetzen. Hier dürfen wir ihn auf keinen Fall aufmuntern, sonst verbauen wir ihm den weiteren Weg. Wir können ihm aber durch eigene oder durch die Hilfe anderer bei der Erledigung von Wichtigem (Familienangelegenheiten, Finanzielles usw.) helfen; wir anerkennen ihn dabei. Im nun folgenden Stadium der *Verbindlichkeit* kann er verzweifelt sein, resigniert, oder er beginnt den Tod als Erfüllung seines Lebens anzunehmen. Wir sollten jetzt sehr zurückhaltend sein, aber «da sein». Wir sollten sein zeitweises Bedürfnis, allein zu sein, achten, meist braucht es dann nicht mehr viele Worte, diese können auch sehr schwerfallen. Der Schritt in das letzte Stadium, in das des *Abschlusses*, ist dann nicht mehr weit; wir erleben es als Hilflosigkeit oder als stille Ergebenheit des Patienten. Dabei ist unser Wirken am besten das eines verstehenden Mitmenschen: Lindern von Schmerzen, Erleichterung der Atmung und den Sterbenden nicht allein lassen sind am wichtigsten. Wie der Patient diese Stadien durchlaufen wird, ist schwer vorauszuahnen. Ich habe immer wieder gesehen, dass Patienten vor dem eigentlichen Tod wenig oder keine Angst haben. Was sie aber sehr beunruhigen kann, ist die Angst vor Schmerzen und vor dem Alleingelassenwerden in den letzten Stunden. Schmerzen können wir mit den heutigen Medikamenten lindern, und die Gewissheit, dass der Patient sich jederzeit an uns wenden kann, hilft ihm viel. Seine Einsamkeit können wir ihm durch Zuziehen von Hilfspersonen erträglicher machen. Am besten fragen wir ihn, wen er bei sich haben möchte (Autonomie!). Die Familie – vorausgesetzt, dass die Verhältnisse harmonisch sind – kann viel dazu beitragen, ebenso gute Freunde. Eine wichtige Stellung nimmt der Seelsorger ein, der leider heute oft in der Betreuung nicht genügend eingesetzt wird, weil der Arzt glaubt, das ganze Geschehen sei eine rein medizinische Angelegenheit. Auch Vorurteile spielen eine Rolle, in der Auffassung, dass der Seelsorger nicht geschult sei, sich mit sterbenden Kranken zu befassen, und dass ein blosses Bibelwort wenig helfe. Seit einigen Jahren gibt es aber auch

in der Schweiz in der Krankenseelsorge speziell ausgebildete Pfarrer, die uns in unserer Aufgabe beistehen können. Ebenfalls ein sich interessierender Arzt, der in der Betreuung sterbender Patienten ausgebildet ist, kann helfen. Dies geschieht am besten in Gruppenarbeit. Er soll den anderen nicht einfach die schwierige Arbeit abnehmen, sondern er soll ihnen helfen, sie gemeinsam zu bewältigen. So ist dem Patienten besser geholfen, und alle Beteiligten können für spätere ähnliche Situationen lernen.

Unsere Aufgabe ist schwierig; dazu meint Engelbert Dunphy: «Das Geheimnis der Betreuung von Krebspatienten ist, sich um sie zu kümmern, an ihrem Schicksal teilzunehmen. Der Patient ist verletzlich, und wir sollten deshalb einen mitfühlenden Dialog mit ihm anstreben. Die Betreuung ist eine sehr persönliche Angelegenheit, kein Arzt kann dem andern sagen, wie er sich verhalten soll. Die Verhältnisse ändern sich von Patient zu Patient und von Arzt zu Arzt, aber es ist von grösster Wichtigkeit zuzuhören, zu verstehen und zu klären. Immer sei der Patient der *erste* in der Beziehung, dann sollen auch die Familie und das Pflegepersonal einbezogen werden. Auch wenn die Krankheit unheilbar ist, soll dem Patienten ein Hoffnungsschimmer gelassen werden, ohne aber falsche Hoffnungen zu erwecken.»

Zum Schluss möchte ich noch mit Beispielen darlegen, was für eine wichtige Rolle die Aufklärung des Patienten im gegenseitigen Verhältnis spielt.

Eine Krankenhauspatientin hatte die röntgenologischen Zeichen einer Sarkoidose, einer chronischen, aber im allgemeinen gutartigen Krankheit. Vor ihrer Verheiratung war sie Krankenschwester, in der Krankengeschichte stand aber Hausfrau. Zur Sicherheit wurde neben den klinischen Untersuchungen noch eine Lungenbiopsie durchgeführt, der Patientin gegenüber wurde zuversichtlich gesprochen. Zum Erstaunen aller stellte sich die als gutartig erhoffte Krankheit als verstreuten Lungenkrebs dar. An eine Operation konnte deshalb nicht mehr gedacht werden, und es wurde eine cytostatische Behandlung (krebshemmende Medikamente) vorgesehen. Um die Patientin «nicht zu belasten», wurde ihr weiterhin von ihrer «Entzündung» gesprochen, sie bedürfe einer Behandlung mit Medikamenten. Zur Abklärung und Einleitung der Behandlung wurde sie in die Spezialabteilung geschickt. Ahnungslos betrat sie diese Abteilung, über deren Eingang auf einem grossen Schild «Onkologie» stand. Während der Behandlung dort wurde wieder von einer «Entzündung» gesprochen. Näheres erfuhr die inzwischen misstrauisch gewordene nicht. So wurde sie in hausärztliche Behandlung entlassen. Das Wort Onkologie war ihr unbekannt, beschäftigte sie aber zusehends, und, zu Hause angekommen, suchte sie dessen Bedeutung im medizinischen Wörterbuch: Onkologie, die

Lehre von den Geschwülsten. Verzweifelt und verbittert rief sie darauf den sie im Krankenhaus betreuenden Arzt an und machte ihm Vorwürfe, dass er ihr nicht die Wahrheit gesagt habe. Dann riss der Kontakt mit ihr ab, meine Versuche, sie zu erreichen, blieben erfolglos. Ich kann mir aber leicht vorstellen, wieviel Leiden diese «gnädige Lüge» der Patientin noch bereitete und wie schwer es danach der behandelnde Hausarzt hatte.

Ein älterer Patient kam nach einer Zeit des Gewichtsverlustes und des Schwächerwerdens ins Krankenhaus zur Abklärung. Schon beim Eintritt vermutete er, er könne an Krebs leiden. Die ihn untersuchenden Ärzte sahen die Vermutung bestätigt. Seine Frau, die befürchtete, ihr Mann könne die Wahrheit einer solchen Diagnose nicht ertragen und würde sich bei deren Bekanntgabe das Leben nehmen, bat die Ärzte, nur ihr die Wahrheit zu sagen und ihn zu schonen. Nachdem die Diagnose erhärtet war, wurde sie aufgeklärt. Von da an besuchte sie ihren Mann häufiger und mit besonderer Aufmerksamkeit, verschwieg ihm aber ihr Wissen. Die Ärzte hielten sich an den Wunsch der Gattin und schwiegen auch, das Theaterspielen begann. Dadurch wurde der Patient misstrauisch, und als eines Tages ein neuer Assistent zu ihm ins Zimmer trat, fragte er ihn direkt: «Herr Doktor, sagen Sie mir doch endlich, dass ich Krebs habe, ich weiss es ja doch!» Der unvorbereitete Assistent versuchte sich aus der misslichen Situation zu ziehen, musste dem Patienten aber doch seine Vermutungen bestätigen. Er versuchte noch den Mann zu trösten, ihm Hoffnung lassend. Der Patient dankte ihm dann für seine Offenheit und für sein Vertrauen, zugleich bat er ihn, diese Diagnose seiner Frau nicht mitzuteilen. Sie würde es nicht ertragen, daran denken zu müssen, dass er bald sterben werde; diesen Kummer möchte er ihr ersparen. Wieder kam die Gattin auf Besuch, beide wussten nun die Wahrheit, aber da sie beide einander schonen wollten, redeten sie nicht miteinander darüber. Auch von ärztlicher Seite wurde nichts zur Aufklärung getan. Ich hatte die Gelegenheit, das tragische Theaterspiel der beiden Ehegatten mitzuerleben. Eine menschliche Kommunikation zwischen den beiden Ehepartnern war unmöglich geworden, und der Mann starb einsam. Seine Frau brach nach seinem Tod fast zusammen und machte sich Vorwürfe, ihrem Mann in den letzten Stunden nicht besser beigestanden zu sein. Dies ist eines der bedrückendsten Beispiele der Nichtinformation, das ich erlebt habe. Auch wenn man anders handeln möchte, können grosse, fast unüberwindliche Schwierigkeiten auftreten. Dies soll das letzte Beispiel zeigen:

Wegen einer Patientin, einer früheren Krankenschwester, die eines «gebrochenen» Knies wegen eingeliefert worden war und nun auf das Einsetzen eines künstlichen Gelenkes wartete, wurde ich um Mit-

hilfe ersucht. Die Patientin sei vollständig unerträglich, sagten die gereizten Schwestern, und sie würde die ganze Station mit ihren masslosen Wünschen auf den Kopf stellen. Es kostete alle grosse Überwindung, sie zu pflegen, und auch die Stationsärzte machten nur mit Widerwillen kurze und sachliche Visiten. Bei meinem ersten Besuch fand ich eine erstaunlich gesund aussehende Frau mittleren Alters. Sie war sehr gespannt und begann, kurz nachdem ich ihr den Zweck meines Besuches erklärt hatte, heftig über die sie vernachlässigten Schwestern und Ärzte zu schimpfen. Ich hörte sie ohne viel zu sagen an und brachte dann das Gespräch auf ihre Krankheit. Sie erzählte mir, dass sie vor einigen Jahren wegen eines Krebses eine Brustoperation gehabt hätte. Seither sei sie aber geheilt, nun habe sie das Knie gebrochen; sie warte auf das Einsetzen einer Prothese, um möglichst bald wieder nach Hause gehen zu können. In ihrem Gespräch mutmasste sie mit keinen Zusammenhängen zwischen ihrer jetzigen und der früheren Krankheit. Das Knie war nicht gebrochen, sondern durch Metastasen zerstört worden. Weitere, ihre Krankheit nicht betreffende Dialoge beruhigten die Patientin, und sie wurde dadurch für die Pflegenden der Abteilung erträglich. Diese hatten sich in einem Gruppengespräch mit ihren Problemen und denen der Patientin auseinandersetzen können, und dadurch wurde ihr Verständnis für die Frau grösser. Die kurz darauf durchgeführte Operation war erfolgreich, und die Patientin machte rasche Fortschritte, so dass man an ihre Entlassung denken konnte. Einem Gespräch, in dem ich ihr bewusst die Möglichkeit geben wollte, über ihre wahre Krankheit zu sprechen, wich sie immer wieder aus. Es wäre unangebracht – sogar grausam – gewesen, ihren Panzer der Verdrängung zu durchbrechen, deshalb plauderten wir über scheinbar Nebensächliches. Die erhoffte Entlassung konnte einer rapiden Verschlechterung ihres Allgemeinzustandes wegen nicht erfolgen, und schwer deprimiert blieb sie im Krankenhaus liegen. Trotz der Verschlechterung sprach sie während jedem meiner Besuche über das Nach-Hause-Gehen und wie sie ihre Wohnung neu einrichten wolle. Mir blieb nichts anderes als ihr zuzuhören und sie in ihrer Hoffnung zu belassen, ohne ihr aber falsche Hoffnungen zu machen. Ihr Zustand verschlechterte sich weiter, und dennoch blieben die Gespräche beim Heimkehren und bei der einzigen Tochter hängen. Eines Tages wurde ich gerufen, weil es ihr schlecht ging. Ich trat ins Zimmer, alles war scheinbar so, wie ich es von meinen wochenlangen Besuchen her kannte. Heute war die Patientin aber wortkarg und schaute mich ängstlich fragend an. Ein Gespräch konnte sich nicht entwickeln, es blieb beim schweigsamen Beisammensein. Plötzlich ergriff die Patientin das Wort und sagte mit bewegter Stimme: «Herr Doktor, Sie können nun gehen, ich

weiss, dass Sie noch andere Patienten zu besuchen haben, und ich weiss auch, dass ich trotz Ihrer und Ihrer Kollegen Bemühungen verrecken werde», dann war sie wieder still. In der folgenden Nacht starb sie. Mit ihren letzten Worten an mich gab sie zu verstehen, dass sie um ihre Diagnose wisse, und sie hatte sich nur in diesen harten Worten ausdrücken können. Für kurze Zeit hatte sie die für sie lebensnotwendige Mauer der Verdrängung durchbrochen.

Oft bin ich während meiner Tätigkeit Konflikten und Schwierigkeiten anfangs ratlos gegenübergestanden. Sie lösten sich aber im Gespräch mit erfahreneren Kollegen und im Gruppengespräch. In der Gruppe suchten wir gemeinsame Lösungen, wo der Einzelne nicht mehr weiter wusste, es entstand eine menschliche Zusammenarbeit. Ich glaube, dass auf diese Art die Probleme der Sterbenden am fruchtbarsten angegangen werden können. Die Gruppe hilft dem Einzelnen, die schwere Verantwortung zu tragen, gibt den nötigen Ausgleich, ohne den Einzelnen seiner eigenen Verantwortung zu entheben. In der Gruppenarbeit, in der Ärzte, Seelsorger und Pflegepersonal zusammenarbeiten, habe ich immer wieder Anregungen und Mut zum vertieften Weiterarbeiten erhalten. In der Gruppenarbeit erhält die Betreuung Sterbender auch Dankbares und Schönes: Dort, wo das medizinische Heilen aufhört, beginnt der menschliche Beistand. Wenn wir wieder gelernt haben, dass dieser Beistand nicht einem «Versagen» vor der ärztlichen Aufgabe gleichkommt, sondern zu ihr gehört, können wir in ihr auch Befriedigung finden und werden uns selbst gegenüber kritischer. Wir verlieren den Zwang – aus inneren unbekannteren Gründen –, mit dem Patienten noch etwas zu unternehmen, statt ihn in Ruhe sterben zu lassen. Dass es dazu eines gut fundierten medizinischen Wissens bedarf, möchte ich nicht unerwähnt lassen, es ist die Grundlage unseres Handelns.

Einige Literaturangaben:
Elisabeth Kübler-Ross: Interviews mit Sterbenden (Kreuz Verlag)
B. G. Glaser und A. Strauss: Interaktionen mit Sterbenden (Vandenhoeck)
Paul Moor: Die Freiheit zum Tode (Rowohlt)
W. L. Morgan und Georg L. Engel: Der klinische Zugang zum Patienten (Huber)
Engelbert Dunphy: On caring for the patient with cancer (New England Journal of Medicine, Vol. 295, Nr. 6)
L. M. Liegner: St. Christophers Hospice (JAMA 234: 1047 ff./1975)
Cecily Saunders: The care of the dying patient (Contact Ltd. London)

Anschrift des Verfassers:
Dr. Moritz Küpfer,
Anästhesiologe FMH,
Reichenbachstrasse 51, 3004 Bern

18. Internationaler Kongress in Jerusalem, Israel 3. bis 8. Sept. 1978

Die israelische Hebammen-Vereinigung (Sektion der Nationalen Vereinigung der Krankenschwestern in Israel) fühlt sich geehrt, dass als Austragungsort des 18. Kongresses des Internationalen Hebammenverbandes Jerusalem gewählt wurde. Sie wird ihr möglichstes unternehmen, um diesen Kongress für alle Teilnehmer zu einer wertvollen und angenehmen Erfahrung werden zu lassen.

Die Teilnahme am Kongress gibt Ihnen auch die Gelegenheit, das Land Israel kennenzulernen, seine Schönheit, seine Einwohner, seine historisch und archäologisch interessanten Stätten, seine heutige Entwicklung.

Wir laden Sie alle ein, an unserem Kongress teilzunehmen, und heissen Sie heute schon herzlich willkommen.

Bitte notieren Sie sich folgende Daten in Ihrer Agenda: 3. bis 8. September 1978.

Mit freundlichem Gruss

Rachel Reches, Präsidentin

Internationaler Hebammenverband

Präsidentin:

Rachel Reches, Israel

Ehrenpräsidentin:

Georgette Grossenbacher, Schweiz

Vizepräsidentinnen:

Olga Julio, Chile

Ruth Rasmussen, Dänemark

Kassierin:

Betty Knox, Grossbritannien

Sekretärin:

F. Margaret Hardy, Grossbritannien

Israelisches Organisationskomitee

Präsidentin: Rachel Reches

Kassierin: Kleile Lerner

Sekretärin: Chana Degani

Hasia Gur-Arye, Batya Calev,

Rahel Schalk

Vorläufiges Kongressprogramm

Freitag, 1. September 1978

Ankunft der Teilnehmer

Sitzung des Exekutivkomitees

Samstag, 2. September 1978

Einschreibung (am Abend)

Sonntag, 3. September 1978

Einschreibung und Verteilung des Kongressmaterials

Vormittags:

Interkonneffioneller Gottesdienst