



Dr. med. Hans Kaspar Schulthess Geschäftsführender Herausgeber



Dr. med. Dr. sc. nat. Andreas Bähler Herrliberg



Dr. med. Christian Häuptle St. Gallen



Dr. med. Markus Hug Delémont



Dr. med. Hans-Ulrich Kull Küsnacht



Dr. med. Astrid Lyrer-Gaugler Basel



Dr. med. Carmen Steinacher-Risler Müllheim



Dr. med. Corinne Weber-Dällenbach Zürich



Dr. med. Manfred Wicki-Amrein Willisau

Palliative Care

Der Bund und Kantone sind bestrebt, in den nächsten Jahren die palliative Medizin auszubauen und zu organisieren. Kürzlich wurde ich als Hausarzt kurzfristig zu einem öffentlichen Symposium eingeladen. Anwesend waren nebst mir am «round table» ein Seelsorger, eine Leiterin eines Pflegeheims, Leiterin einer bestehenden Palliativstation und eine Referentin der Palliative Care.

Einleitend wurde eindrücklich dargestellt, wie sich zukünftig die Situation aus demographischer Sicht entwickle und wie gross der Bedarf und das Interesse und wie wichtig eine interprofessionelle Zusammenarbeit sei.

Die Wichtigkeit einer Umgebungstherapie und Abklärung mit Einbezug der Angehörigen, Verwandten sowie Kindern und sogar Nachbarn wurde anhand von Beispielen dargestellt. Es beständen häufig Wissenslücken, Unterversorgung und Überforderung, was verständlicherweise einen grossen Leidensdruck bedeute.

Sterben im Beisein der Angehörigen müsse gelernt sein mit interprofessioneller Unterstützung und Begleitung.

Als Hausarzt wurde ich im Symposium dann auch gefragt, wie ich die Situation einschätze und wie ich das mit der Sterbebegleitung so erlebe.

Ich habe mich als Hausarzt in ländlicher Umgebung kaum getraut zu schildern, dass eine palliative Begleitung quasi zum Alltag gehöre, und es kaum Zeiten gäbe, in welchen nicht mindestens ein oder zwei Patienten im Palliativstadium stünden. Im Publikum habe ich eine Angehörige eines aktuell Betroffenen mit terminaler Nieren- und Herzinsuffizienz erkannt, mit welcher ich bereits viele hitzige Stunden mit Aufklärungs- und Angehörigengesprächen sowohl am Telefon als auch am runden Tisch verbracht habe.

Erst jetzt wurde mir bewusst, dass dieses Verhalten ja gar nicht mehr so selbstverständlich sein könnte. Bin ich da in diesem Fall womöglich zu wenig ausgebildet? Hätte ich da in diesem oder jenem Fall anders handeln müssen?

Jetzt, wo der Notfalldienst zentral im Spital organisiert wird, sind es nebst Hintergrunddienst nur noch gerade diese Fälle, wo wir ganz sporadisch einmal nachts aus dem Bett geholt werden, weil wir eine Schmerzmittelanpassung, Angstzustände oder verunsicherte Angehörige behandeln oder beruhigen, oder einfach nur das Gefühl von «da sein» geben müssen.

Ich erinnere mich noch, wie mir mein Vorgänger vor vielen Jahren stolz geschildert hat, wie er noch regelmässig in der Nacht zu Hausgeburten gerufen worden sei. Seit sich vor Jahren in der Region glücklicherweise eine Gynäkologin niedergelassen hat, werden in unserer Praxis keine gynäkologischen Untersuchungen mehr durchgeführt. Ich kenne aus dem Notfalldienst einige jüngere Kollegen, welche keine Kinder untersuchen wollen, da sie sich zu wenig kompetent fühlen.

Ich kann mir gut vorstellen, dass ich in ein paar Jahren hören werde: was, Du hast noch palliative Fälle betreut? So etwa ähnlich, wie ich meine pensionierten Kollegen erstaunt frage – was, du hast noch Hausgeburten durchgeführt!

Heute, wo meist nur einzelne Angehörige die meist komplexen Fälle bereits früh und meist sehr lange tragen und betreuen, wo die Spitäler gezwungen werden, die ausbehandelten Fälle möglichst rasch zu entlassen, wo unsere Leistungsgesellschaft sich Arbeitsausfälle von Angehörigen kaum leisten kann, Spitex Betreuung in diesen Fällen meist nur einen Tropfen auf den heissen Stein bedeuten und die Gesellschaft es verlernt hat, über den Tod oder gar «das Leben danach» zu sprechen, muss es wohl eine Entwicklung geben, damit die Würde im Leben bis zur letzten Stunde erhalten bleibt und der Wunsch nach Exit nicht überhandnimmt.

Insgeheim hoffe ich, dass wir diese Kompetenz und Rolle als Hausarzt nicht verlieren oder verlernen, da wir mit unseren Patienten meist mit dem Erstkontakt mit Diagnosestellung bis zum Tod in nächster Verbindung stehen und uns diese Krankengeschichten den Alltag bereichern und uns häufig demütig werden lassen.

Weiter hoffe ich, dass dem Wunsch des Patienten wohl möglichst lange entsprochen werden kann, und wir auch in diesen Situationen kompetent in der Lage bleiben, eine gute Triage durchzuführen.

Dr. med. Manfred Wicki, Willisau