

Palliativstation

PALLIATIVMEDIZIN AN DER LMU

„BIS ZUM ENDE ENTWICKLUNGEN ERMÖGLICHEN“

Auf der Palliativstation des Klinikums Großhadern wird niemand mehr gesund. Trotzdem geht Oberarzt Dr. Johannes Rosenbruch jeden Abend mit dem Gefühl der Zufriedenheit nach Hause. Zum Beispiel, weil er Sterbenskranken ihren letzten Wunsch erfüllen kann.

Muss ein Palliativmediziner kreativ sein? Dr. Johannes Rosenbruch würde sagen: ja. Er ist geschäftsführender Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin und Oberarzt der Palliativstation am Klinikum Großhadern. Mit Palliativmedizinerinnen, Pflegenden, Psycho-, Physio- und Atemtherapeuten, Sozialarbeitern und Seelsorgern unter der Leitung von Professor Claudia Bausewein arbeitet Rosenbruch an einem gemeinsamen Ziel: Menschen mit tödlich verlaufenden, unheilbaren Krankheiten im Endstadium wie Krebs, fortgeschrittener Herzinsuffizienz, Lungenerkrankungen oder Parkinson in ihrem letzten Lebensabschnitt beizustehen. Ihr Leid soll gelindert oder zumindest erträglicher gemacht werden. Dafür geht das Team auch manchmal unkonventionelle Wege.

In der Klinik für Palliativmedizin gibt es verschiedene Arbeitsbereiche: Der Palliativdienst versorgt pro Jahr circa tausend Patienten im ganzen Klinikum, berät und unterstützt zum Beispiel Onkologen. Möchte ein Patient die letzte Lebensphase zuhause verbringen und braucht spezielle palliativmedizinische Unterstützung, wird das Spezialisierte Ambulante Palliative Care-Team (SAPV) der Klinik in der Innenstadt aktiv. Es bietet alle Behandlungen, die in der Klinik möglich sind, und erspart so etwa 250 Patienten im Jahr den Krankenhausaufenthalt oder einen Notarzteinsatz. Eine Hochschulambulanz in Großhadern wiederum behandelt knapp hundert Patienten, die noch selbst gehen können. Und die Palliativstation unter Johannes Rosenbruchs Leitung versorgt maximal zehn Patienten gleichzeitig, bis sie nach durchschnittlich zehn Tagen in ein Hospiz oder nach Hause kommen. Oder sterben.

Doch nicht nur das körperliche Leid, der ganze Mensch steht im Fokus. Was das bedeutet, verdeutlichen manche der dreihundert jährlichen Fälle sehr eindrücklich. Zum Beispiel der todkranke Mann, der aufgrund seiner ausgeprägten Tumorerkrankung am Hals nicht

mehr sprechen konnte. „Wir dachten, er würde schnell sterben“, sagt Dr. Rosenbruch. „Doch sein Zustand blieb unverändert, drei, vier, sechs Tage lang. Wir fragten uns, was ihn am Leben hielt. Sein Körper jedenfalls konnte es nicht sein.“ Nach einer Woche kam die Tochter des Mannes zu Rosenbruch ins Arztzimmer. Als Altenpflegerin glaubte sie zu wissen, was ihrem Vater zum Sterben fehlte: der Sohn, ihr Bruder, derzeit Häftling in Stadelheim. Bestimmt wollte der Vater ihn ein letztes Mal sehen. Vielleicht könnte Rosenbruch als behandelnder Arzt helfen?

Rosenbruch schrieb an die Gefängnisleitung, ein Besuch des Inhaftierten könnte der letzte Wunsch seines Patienten sein. Tags darauf brachten Wärter den Sohn in Handschellen auf die Station. Zum Besuch beim Vater wurden sie abgenommen. Unter Tränen nahm der Sohn Abschied, entschuldigte sich. Und ermöglichte seinem Vater, endlich zu gehen. Wenige Stunden später entzündeten Mitarbeiter eine Kerze vor seiner Tür – das Zeichen dafür, dass der Patient verstorben war. Bald würde wieder ein neuer, unheilbar kranker Mensch in dem Zimmer liegen. „Wir schauen auch, ob psychische, soziale oder spirituelle Nöte vorhanden sind“, sagt Rosenbruch. Eine Frau hat starke Schmerzen, und kein Medikament hilft. Im Gespräch könne sich zum Beispiel herausstellen, dass sie auch unter der Furcht leidet, ihr Mann könnte nach ihrem Tod zuhause nicht alleine zurechtkommen. Eine Sozialarbeiterin hilft dann bei der Organisation eines Heimplatzes. Angehörige sind Teil der sogenannten „Unit of Care“. Sie können bei ihren Liebsten auf der Station übernachten, werden psychosozial unterstützt und informiert, wie sie ihn zuhause weiter versorgen können und was Hausarzt und Hausapotheker wissen müssen.



▲ Atemtherapie in der Palliativstation

„Wir wollen bis zum Ende Entwicklungen ermöglichen“, sagt Rosenbruch. Das Leben solle dabei weder abgekürzt noch herausgezögert werden. Wenn nötig, müsse man für eine solche Behandlung auch kreativ sein und vermeintliche Grenzen überwinden – wie die Zweifel, ob ein Häftling ins Krankenhaus kommen kann oder wer das dann bezahlt. Bei der Auslastung der Station hingegen macht Dr. Rosenbruch keine Kompromisse: Die Station ist in der Regel mit mehr als 85 Prozent belegt, mehr ist kaum möglich, auch wenn ein freies Bett immer möglichst zeitnah wieder belegt wird. Da stets zwei bis drei Patienten auf der Warteliste stehen, ist die Situation oft unbefriedigend, für alle.

Der Palliativdienst hingegen, der Patienten in ganz Großhadern betreut, hat seine Patientenzahl in den vergangenen fünf Jahren verdoppelt. Die Möglichkeiten einer solchen Behandlung, sagt Dr. Rosenbruch, würden Fachärzten und Patienten zunehmend bewusst. Doch noch häufig werde das Team erst in letzter Minute gerufen. Johannes

Rosenbruch würde sich „ein Mitschwingen palliativer Maßnahmen von Anfang an“ wünschen. Viele Patienten, glaubt er, seien getrieben von Therapien und Diagnosen; durch die Palliativbehandlung könnten sie ein wenig zur Ruhe kommen. Doch deren Endgültigkeit schreckt ab. Fachärzte müssen eingestehen, dass sie mit ihren Mitteln am Ende sind – und Behandelte sich damit abfinden, nie mehr gesund zu werden. Vielen Patienten mache das Angst, sagt Rosenbruch. Doch wenn der Druck raus sei, seien sie dankbar für temporäre Verbesserungen.

Noch ist die Abrechnung palliativer Maßnahmen kompliziert. Extras wie Atemtherapie und Rehamittel finanziert die Klinik aus Spenden, auch die Begrünung des Balkons, auf dem sich die Patienten wohl- und gut fühlen sollen. Da mehr betreut und beraten werde und die Behandlung in der Regel nicht mit aufwendigen technischen Maßnahmen erfolge, sei Palliativmedizin für die Kassen finanziell unattraktiv, sagt Rosenbruch. Er wünscht sich deshalb ein Modell wie in Australien, wo das Entgeltsystem der Palliativmedizin aus der normalen diagnosebezogenen Vergütung ausgegliedert ist. An der LMU wird dazu aktuell geforscht.



▲ Teambesprechung von Ärzten und Pflegern

„Jemand kümmert sich liebevoll um mich“ – diese Erfahrung sei für die Patienten, deren Leben mittelfristig nicht mehr gerettet werden kann, sehr wertvoll und könne die Lebensqualität extrem steigern. Wie es ihm damit gehe, dass auf seiner Station trotzdem kein Patient mehr gesund werde, frage ein Freund ihn manchmal. Dr. Rosenbruch, der schon am Bett eines verstorbenen Patienten geweint hat, erzählt dann von den „echten therapeutischen Begegnungen“, die auch er als Behandelnder erlebe. „Ein perfekter Stent ist eine tolle Leistung“, sagt der gelernte Internist. Aber das hier sei weniger mechanisch, „es gibt mir persönlich mehr“.

■ kf