

Frau W. hat Schmerzen. Palliativmediziner Hubert Miles entdeckt einen Bluterguss am Rücken. Gemeinsam mit Krankenschwester Paula Lehmann nimmt er sich Zeit für die Fragen der Krebspatientin.

Hausbesuch am Lebensende

Unheilbar krank, den Tod vor Augen, wollen Menschen so lange wie möglich zu Hause leben. Wie ihnen das Palliativteam Frankfurt dabei hilft, erzählen [Christoph Fuhr](#) (Text) und [Jürgen Schulzki](#) (Fotos).

Wenn ein Patient gestorben ist, zünden sie in ihrer Frühbesprechung eine Kerze an. Die Geburts- und Sterbedaten des Patienten werden auf eine Karte geschrieben und in einem Rahmen befestigt. „Es ist unser Ritual, um Abschied zu nehmen“, sagt Pfleger Boris Knopf. Viele Karten hängen an der Wand, denn Abschied gehört für das Palliativteam Frankfurt zum Arbeitsalltag. „Irgendwann ist kein Platz mehr da, dann hängen wir die alten Karten ab und es kommen neue“, erläutert Knopf.

Eine Gründerzeitvilla im Frankfurter Nordend: Im Hochparterre des Hauses befindet sich die Zentrale des Palliativteams Frankfurt. Von hier aus werden Patienten betreut, deren Leben sich dem Ende zuneigt. Patienten, die zum Beispiel Darmkrebs, Brustkrebs, Lungenkarzinome, schwerste Demenz oder andere schlimme Erkrankungen haben. Sie können nicht geheilt werden und müssen bald sterben. Einen Wunsch aber haben die meisten von ihnen präzise formuliert: Sie wollen die letzte Phase ihres Lebens wenn eben möglich zu Hause verbringen.

Jeder Mensch darf zu Hause sterben. Der Gesetzgeber hat im Jahr 2007 festgelegt, dass jeder Mensch zu Hause sterben darf. Um diesen Rechtsanspruch zu sichern, ist längst nicht für alle, aber doch für viele der Sterbenskranken eine besonders aufwändige, professionelle Versorgung nötig – die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Das Palliativteam Frankfurt leistet diese Arbeit. „Wir haben vor etwa fünf Jahren mit vier Mitarbeitern angefangen“, erläutert Knopf. Jetzt sind nahezu 20 Teammitglieder im Einsatz: acht speziell ausgebildete Palliative-Care-Pflegekräfte, ein Vollzeit-Arzt, zwei Ärzte auf halber Stelle, mehrere Ärzte, die an einzelnen Tagen im Dienst sind. Hinzu kommt eine Verwaltungskraft. Auch eine Sozialarbeiterin ist mit dabei. Drei multiprofessionelle SAPV-Teams gibt es in Frankfurt, zwei sind im Umfeld von Kliniken angesiedelt. Das Team aus dem Nordend hat ein anderes Konzept, arbeitet als gemeinnützige GmbH und baut auf eine enge Kooperation mit niedergelassenen Ärzten.

Krisen vorhersehen. Morgens um acht beginnt die Teambesprechung. 34 Schwerstkranken betreut das Palliativteam aktuell. Es gibt permanent Veränderungen und die Mitarbeiter müssen auf dem Laufenden sein. In den nächsten zwei Stunden geht es um viele individuelle Schicksale, um Schmerzen und Luftnot, um Ängste, Unruhe und überforderte Angehörige. Und es geht um therapeutische Optionen. „Bei jedem einzelnen Patienten vorzuschauen, was passieren könnte – das ist für uns besonders wichtig, denn eine gute Krisenantizipation verbessert die Qualität unserer Arbeit“, sagt Boris Knopf, der viele Jahre als Pfleger auf einer Intensivstation gearbeitet hat. Er hat eine Weiterbildung als Gesundheitsnetzwerker gemacht und leitet das Team.

Die Besprechung ist vorbei, die Einsatzpläne sind verteilt. Zu zweit machen sich die Teams auf den Weg. Dr. Hubert Miles, Palliativmediziner, Anästhesist und Schmerztherapeut, fährt an diesem Tag zusammen mit Krankenschwester Paula Lehmann nach Frankfurt-Nied, einem traditionellen Arbeiterstadtteil. Hier gibt es Siedlungen mit vier- bis fünfstöckigen Mietshäusern,

so weit das Auge reicht. Herr F. (74) ist vor vielen Jahren zusammen mit seiner Frau als Russlanddeutscher nach Frankfurt gekommen und hat in Nied eine neue Heimat gefunden. Die Zweizimmerwohnung wirkt gepflegt. „Sie ist nicht groß, aber für uns ist sie groß genug“, sagt seine Frau.

Nicht sofort ins Krankenhaus. Herr F. liegt im Pflegebett, hat Lungenkrebs und wird seit drei Wochen vom Palliativteam betreut. „Tagelang ging es ihm schlecht, heute geht’s ihm wieder richtig gut“, sagt Frau F., und für eine Sekunde entsteht der Eindruck, als wolle sie damit sagen: Er ist auf dem Weg der Besserung. Doch das täuscht. Sie weiß sehr genau, dass ihr Mann unheilbar krank ist. „Ich würde mir so sehr wünschen, dass er mehr isst“, sagt sie, „aber er kann nur ganz schlecht schlucken.“ „Meine Frau kocht mir Süppchen, alles andere geht nicht“, sagt Herr F. Er hat zuletzt immer stärker abgenommen und wiegt nur noch 55 Kilogramm. „Gestern hat meine Frau mich gebadet, und ich dachte, ich komme nicht mehr aus der Wanne“, klagt er. Seine Stimme klingt leise, jedes Wort fällt ihm schwer, er leidet an schwerer Atemnot.

Dr. Miles öffnet eine seiner Taschen. „Ich habe heute ein mobiles Ultraschallgerät mitgebracht, wir wollen untersuchen, wie es mit dem Wasser in Ihrer Lunge aussieht.“ Der Arzt entdeckt Wasser im rechten Lungenflügel, in einer Menge, die eine Punktion im Krankenhaus rechtfertigen würde. Er erläutert Herrn F. Vorteile, verschweigt aber nicht mögliche Risiken einer Punktion. Der Patient wirkt skeptisch. Er ist schon einmal in einer Klinik punktiert worden. Hat das etwas gebracht? Er schüttelt den Kopf. Wassertabletten – ja, die hätten zumindest vorübergehend gewirkt. Herr F. erweckt den Eindruck, als gefalle ihm der Gedanke an die Punktion nicht – und er scheint irritiert. Miles fragt zur Sicherheit noch einmal nach: „Sind Sie



Kerzenlicht und Karten mit Geburts- und Todestag der Verstorbenen: Mit diesem Ritual nimmt das Palliativteam Abschied.

mit einer Punktion einverstanden?“ „Nein, jetzt nicht direkt“, sagt er, „ich kann ein paar Tage warten.“

Zuspruch für Angehörige. Herr F. bekommt ein opioidhaltiges Pflaster gegen Schmerzen. Es muss alle drei Tage gewechselt werden. Ein Pflaster mit höherer Dosierung würde die Schmerzen besser unterdrücken, aber das lehnt Herr F. ab. „Wir müssen uns an die Wünsche der Patienten halten, auch wenn wir selbst andere therapeutische Vorstellungen haben“, sagt Miles. Krankenschwester Paula Lehmann beobachtet immer wieder, dass Patienten große Vorbehalte haben, wenn es darum geht, die Opioiddosis zu erhöhen. Im Gespräch mit dem Ehepaar F. geht es jetzt um weitere Medikamente und Dosierungen. Miles lässt sich Zeit, das tut Herrn F. gut. „So lange es geht, will ich hier keine Pflegekraft haben, noch schaffe ich das alleine“, sagt seine Frau. „Setzen Sie sich nicht unter Druck, entscheidend ist, dass Sie sich wohlfühlen“, rät der Arzt und reicht dem Patienten zum Abschied die Hand. „Ich bin dankbar, dass wir nicht allein sind“, sagt Frau F. und öffnet die Wohnungstür. „Es ist ein gutes Gefühl, wenn das SAPV-Team kommt.“

Kooperation mit Konfliktpotenzial. Auch der Hausarzt besucht Herrn F. regelmäßig. Er muss die SAPV verordnen und ist für das Palliativ-Team ein wichtiger Kooperationspartner. SAPV kann als alleinige Beratung, als Koordinationsleistung, aber auch als Teil- oder vollständige Patientenversorgung verordnet werden. Nichts läuft am Hausarzt vorbei. „Wir stellen dennoch immer wieder fest, dass gerade Hausärzte wenig oder gar nichts von unserer Arbeit wissen“, bedauert Miles. Argumente wie:

Der Hausarzt ist für das Palliativteam ein wichtiger Partner.

„Diesen Patienten betreue ich seit 30 Jahren, da brauche ich kein SAPV-Team, das kann ich allein“, sind dem Palliativarzt vertraut. „Dabei sind wir ja gar keine Konkurrenz“, betont Miles, „wir ergänzen die Arbeit der Hausärzte, doch das will leider nicht jeder verstehen.“ Selbst eine Kooperation, die im Kern funktioniert, birgt Konfliktpotenzial – zum Beispiel bei der Verordnung von Medikamenten. Grundsätzlich gelte: Der Patient muss von dem Arzneimittel profitieren, sagt Miles. Ein blutfettsenkendes Medikament etwa mache in einer Phase, in der sich das Leben dem Ende zuneigt und der Patient ohnehin kein Fett mehr isst, keinen Sinn mehr: „Ob das Cholesterin dann bei 250 oder 300 liegt, ist egal. Wenn er Lust darauf hat, soll er doch lieber mal ein Bier trinken oder sogar ein fettes Schnitzel essen. Entscheidend ist in dieser Phase die Lebensqualität.“ Nicht jeder Hausarzt sieht das genauso, berichtet Miles, das könne therapeutische Entscheidungen zuweilen kompliziert machen.

Wenn alles zu viel wird. Die nächste Patientin wartet auf das Palliativteam. Die Fahrt führt aus dem Arbeiterstadtteil Nied in Richtung Norden nach Oberursel in den Taunus. „Wir bewegen uns ständig in unterschiedlichen sozialen Milieus“, sagt Paula Lehmann, die eine Weiterbildung als Palliative-Care-Fachkraft absolviert hat. Da gibt es zum Beispiel Besuche bei alkoholkranken Messies in verkommenen Wohnungen, und danach warten Patienten in Penthäusern mit Marmorböden und allem erdenklichen Luxus.

Frau W. lebt in einem Zweifamilienhaus in einer Top-Wohngegend. Der Ehemann ist an Demenz gestorben. Ihr Sohn wohnt mit seiner Frau im zweiten Stock. Frau W. leidet an einem



Ärzte, Palliativ-Care-Pflegekräfte, Sozialarbeiterin: Im Palliativteam Frankfurt arbeiten verschiedene Berufe eng zusammen.



Zwischen Arbeiterviertel und Villenvorort: „Wir bewegen uns ständig in unterschiedlichen sozialen Milieus“, sagen Krankenschwester Paula Lehmann und Palliativmediziner Hubert Miles.

Bronchialkarzinom. Sie empfängt das Palliativteam an der Haustür, die wenigen Treppenstufen bis in die Wohnung machen ihr Probleme, sie atmet schwer und ringt um Luft. Frau W. ist an diesem Tag allein zu Hause, Sohn und Schwiegertochter sind krank. „Ihr seid Bazillenschleudern, habe ich ihnen gesagt, bleibt mir erstmal weit genug weg“, Frau W. lacht. Sie wirkt freundlich und präsent, erläutert präzise ihre Probleme, hört aufmerksam zu, macht Scherze. Und dann kommt doch der Punkt, an dem alles zu viel wird. Urpötzlich schießen ihr die Tränen in die Augen. „Entschuldigen Sie bitte“, sagt sie und hat ihre Emotionen Sekunden später wieder im Griff.

Wärmflasche statt Massagegerät. „Haben Sie Schmerzen?“, fragt der Arzt. „Ja, mir zieht es im Rücken.“ Miles entdeckt einen Bluterguss. Schnell stellt sich heraus, dass Frau W. mit einem Massagegerät gearbeitet hat, um den Rücken zu entlasten – dreimal am Tag, und das war zu viel. „Einmal reicht“, mahnt Miles. Es gebe Medikamente gegen Verspannungsschmerzen, erklärt er. Aber auch eine mit einem Handtuch umwickelte Wärmflasche könne gut helfen. Frau W. verspricht, dass sie das Gerät nur noch einmal am Tag benutzen wird.

„Ich tue mich schwer mit Medikamenten, ich habe mich immer dagegen gewehrt“, sagt sie. Wer mit dieser Einstellung durchs Leben ging, dem fällt es nicht leicht, neun Arzneien parallel einzunehmen. Frau W. wirkt resigniert. „Der Medikamentenplan? Ich schaue schon gar nicht mehr drauf.“ Und doch: Die Patientin hat offenbar sehr genau die Details des Plans im Blick und hält sich an die Vorgaben. Das Team stellt Fragen zur Medikation. Es geht um Pflaster, Nasenspray, Tabletten. Wie ist es mit der Übelkeit am Morgen? Und mit dem Durchschlafen in der Nacht? Die Therapie wird angepasst und optimiert.

Rufbereitschaft rund um die Uhr. Im Vergleich zu Herrn F. ist Frau W. wesentlich mobiler, der Tumor ist noch nicht so weit fortgeschritten. „Ich will nicht, dass ich zu Hause mal total hilflos bin“, stellt sie klar. „Der Gedanke, dass mir dann alle helfen müssen, gefällt mir nicht.“ Noch führt sie den Haushalt alleine und wird zweimal in der Woche von einem Pflegedienst entlastet. Wenn die Versorgung zu Hause zu kompliziert wird, will sie in ein Hospiz gehen.

„Funktioniert Ihr Hausnotruf?“, will Dr. Miles beim Abschied wissen. „Ja, prima“, sagt Frau W. Sie trägt ihn wie eine Kette am Hals. Löst sie ihn aus, wird der Rettungsdienst alarmiert. Die Dienststelle schickt dann nicht sofort einen Rettungswagen, sondern ruft beim Palliativteam an. Dort gibt es eine 24-Stunden-Rufbereitschaft: Ein Arzt und eine Pflegekraft sind rund um die Uhr erreichbar. Sie entscheiden, was zu tun ist.

Das Team fährt zurück in die Zentrale. Jetzt geht es an die Schreiarbeit. Exakt müssen die Mitarbeiter auch für die Qualitätssicherung dokumentieren, was sie bei Hausbesuchen diagnostisch und therapeutisch gemacht haben. Wie viele betreute Patienten konnten tatsächlich zu Hause sterben, wer muss zwischendurch wie oft in ein Krankenhaus, wie viele interdisziplinäre Teamsitzungen haben stattgefunden? Diese Daten muss das Palliativteam regelmäßig auch an die Krankenkassen kommunizieren.



„Ich will nicht, dass ich zu Hause mal total hilflos bin“, sagt Frau W. und zieht für diesen Fall ein Hospiz in Erwägung. Noch führt sie ihren Haushalt alleine.

Den Patientenwillen ergründen. Ein neuer Patient, es geht um einen Erstbesuch. Er dauert in der Regel zwei Stunden. Bekannt ist bisher: Der Mann leidet an schwerer Demenz und Polyneuropathie, eine Erkrankung des Nervensystems. Sein Allgemeinzustand ist schlecht. Die Angehörigen wünschen sich für ihn eine palliative Behandlung. Manch einem Patienten und seiner Familie ist nicht klar, dass das SAPV-Team keine kurativen Ziele verfolgt, sondern Symptome und Leiden lindern will. „Patienten, die auch kurz vor ihrem Tod die Hoffnung auf Heilung nicht aufgegeben haben und ins Krankenhaus wollen, wenn es ihnen schlechter geht, sind für unsere Versorgungsform nicht geeignet“, sagt Miles. Nicht immer ist es einfach, den Patientenwillen zu ergründen – und der ist oft nicht deckungsgleich mit den Wünschen der Angehörigen. „Sollten sich Schwerstkranke in der bereits laufenden Versorgung umorientieren, würden wir auch diese Entscheidung respektieren“, sagt Knopf.

Der Tod wird nicht schöner. Beraten, Unterstützen, Entlasten – das sind Kernaufgaben des Teams. „Wir machen den Tod nicht schöner und das Sterben nicht besser“, weiß Knopf. „Wir bieten den Menschen an, mit ihnen die schwere Zeit am Lebensende gemeinsam auszuhalten. Wir sorgen dafür dass sie symptomfrei oder zumindest symptomarm sterben können.“ 20 Prozent dieser Arbeit bestehe aus einer guten Symptomkontrolle, „das kann man erlernen“, sagt der Pfleger. „80 Prozent ist Beziehungsarbeit.“ Das verlange ein hohes Maß an Empathie, an Bereitschaft, sich immer wieder neu in die individuelle Situation der Patienten hineinzusetzen. Knopf lässt keinen Zweifel: „Wer diese Fähigkeit nicht mitbringt, der hat in der Versorgung von sterbenskranken Menschen nichts verloren.“ ■

Christoph Fuhr ist Redakteur bei der „Ärzte Zeitung“ (Springer Medizin) in Neu-Isenburg. **Jürgen Schulzki** ist freiberuflicher Fotograf in Köln.