

Mund. Die dürre Hand greift den Stenoblock auf dem Nachttisch. „Schwindel“, schreibt er in krakeliger Bleistiftschrift, und der Arzt verspricht, ihm etwas dagegen zu verschreiben. „Sie sollen ja morgen entlassen werden“, sagt er, und Herr König nickt heftig. Ob ein Heimtransport organisiert werden müsse, fragt der Mediziner nach. Herr König schüttelt heftig den Kopf, und der junge Arzt bleibt einen Augenblick unschlüssig stehen. Man möchte es sich nicht vorstellen, wie Herr König mit seinem riesigen Tumor am Kopf stumm und hilflos durch den Regen irrt.

Der Patient zupft den Arzt am Ärmel. „Wie weiter?“ hat er auf seinen Stenoblock

geschrieben. Der Experte überlegt kurz. „In drei Wochen kommen Sie wieder, Herr König, dann sehen wir, ob der Tumor kleiner wird oder stagniert oder ob es zum Progress kommt. Und was wir dann machen.“

Herr Königs Tochter wartet bereits vor der Tür. „Wäre es nicht besser, ihn auf eine Palliativstation zu verlegen?“, fragt sie eindringlich. Dafür sei es noch zu früh, entgegnet der Arzt seufzend. Sie jammert nun fast. Ihr Bruder sei doch erst 14: „Soll der so was mitansehen müssen?“

DIE STIMME des zierlichen Arztes wird jetzt erstmals eine Spur schärfer: „Er will

noch eine Weile zu Hause sein, das ist doch verständlich – oder nicht?“ Man kann es Herrn König eigentlich nicht wirklich wünschen, dass er in die Obhut dieser Familie zurückkehrt. „Aber er muss doch auch mal an uns denken!“, empört sich die Tochter.

Der Onkologe muss zurück in die Sprechstunde, der nächste Patient wartet.

Herr Naujocks ist 66, pensionierter Studiendirektor. Er hatte sich seit Jahren auf die Weltreise gefreut, die er im Ruhestand unternehmen wollte, als er die Diagnose gestellt bekam. Die Angst steht in seinen Augen, als der Arzt den Monitor in seine Richtung dreht und ihm das MRT-Bild erklärt. „Das ist die Bauchspeicheldrüse. Und

„ICH FÜHLE MIT“

Die Krankenschwester Cornelia Hlawatsch, 38, leitet die Palliativstation des Universitätsklinikums Eppendorf in Hamburg. Sie liebt ihre Arbeit.

BEKANNTE SAGEN OFT: „Oh Gott, was du machst, das könnte ich nicht.“ Viele verbinden eine Palliativstation vor allem mit Trauer. Wir haben hier aber auch häufig schöne Momente und durchaus auch Spaß. Nur weil jemand unheilbar krank ist, heißt das ja nicht, dass er nicht gerne lacht und am Leben teilnehmen möchte.

Ich bin seit 13 Jahren Krankenschwester; die Palliativstation habe ich mit aufgebaut. Ich bin stolz darauf, dass wir eine Art Insel geschaffen haben, auf der wir so arbeiten können, wie es den Bedürfnissen von schwerstkranken Menschen und unseren ethischen Vorstellungen entspricht. Wo wir uns Zeit nehmen können für individuelle Begegnungen mit jedem Patienten und seinen Angehörigen. Wir haben zwölf Einzelzimmer. Nach Möglichkeit kümmern sich immer dieselben Fachpflegekräfte um einen Patienten. Zum Team gehören auch Ärzte, Therapeuten, Seelsorger, eine Sozialarbeiterin und ehrenamtliche Kolleginnen. Die ersten Tage sind immer die schwierigsten, wenn ich den Patienten noch nicht gut kenne, noch nicht weiß, was er braucht und was er mag; Möchte er mor-

gens nur einen Kaffee ans Bett bekommen, isst er lieber Müsli oder Brot, möchte er geweckt werden, oder schläft er lieber aus?

Die Patienten sind am Anfang ebenfalls unsicher. Frage ich, wann sie duschen oder gewaschen werden wollen, antworten viele: „Wann es Ihnen passt.“ Ich sage dann: „Mir passt es, wann Sie möchten.“ Es dauert seine Zeit, bis sich Patienten diese Autonomie zurückerobern. In langen Krankenhausaufenthalten geht sie oft verloren.

Die Menschen, die zu uns kommen, leiden unter Schmerzen, Übelkeit, Atemnot, aber auch unter Angst, Unruhe und Depressionen. Wir bemühen uns, diese Beschwerden zu lindern. Es geht immer darum, die Lebensqualität der schwerstkranken Menschen und ihrer Angehörigen zu verbessern. Ihre Bedürfnisse sind immer individuell, sie können körperlicher, psychosozialer oder auch spiritueller Art sein. Um dem Menschen in seiner Ganzheitlichkeit gerecht zu werden, benötigt man ein multiprofessionelles Team. Wenn möglich, werden Patienten je nach Wunsch wieder nach Hause entlassen oder gehen in ein Hospiz.

Ein wichtiger Teil unserer Arbeit besteht neben der Kontrolle der Krankheits-symptome darin, für den Patienten da zu sein, ihm zuzuhören. Unsere Arbeit beinhaltet ja auch die Begleitung in den letzten Tagen und Stunden, die Sterbegleitung. Diese Situation mit dem Patienten und den Angehörigen auszuhalten und nicht in Aktionismus zu verfallen, genau abzuwägen, ob der Sterbende von einer Intervention profitiert oder durch sie belastet wird – das ist für mich immer wieder eine große Herausforderung. Als Pflegekraft bin ich es ja gewohnt, immer etwas tun zu müssen.

WIR BEGLEITEN auch die Angehörigen. Für sie ist die Situation ebenfalls sehr belastend – sie müssen erleben, wie ihre Partnerin oder ihr geliebter Mann zunehmend durch die Krankheit eingeschränkt wird. Angebote zur Musik-, Kunst- oder Gesprächstherapie richten sich deshalb immer auch an sie. Sterben die Patienten bei uns, können die Trauernden in aller Ruhe Abschied nehmen. Wir helfen, den Tod begreifbar zu machen. Wenn trauernde Angehörige möchten, begleiten wir sie auch nach

hier haben wir einen nicht mehr nur lokalen Lymphknotenbefall.“ Der Krebs ist zu weit fortgeschritten zum Operieren.

Herr Naujocks wirkt wie vor den Kopf geschlagen. Er kennt die Diagnose schon länger. Aber zu Hause in seinem Stadtkrankenhaus wollten sie ihn operieren.

Er ist in die Universitätsklinik gekommen, weil er dem heimischen Krankenhaus

misstraut hat. Er wollte eine zweite Meinung, eine bessere Alternative. Er ist nicht hierhergekommen, damit sie ihm alle Hoffnung nehmen.

Der junge Arzt blickt seinen Patienten eindringlich an: „Herr Naujocks, rein technisch kann man das operieren. Aber eine Operation würde Ihnen nicht viel bringen. Die Chancen, dass wir Sie so operieren können, dass der Krebs vollständig entfernt ist, stehen gleich null, aber die Belastungen durch eine solche OP sind gigantisch. Wir müssten Ihnen nicht nur den Pankreasschwanz herausnehmen, sondern auch die Nebenniere, eine Niere – und einen Großteil des Magens. Sie würden Mo-

nate brauchen, um sich davon zu erholen, wenn überhaupt.“

Herr Naujocks schweigt. Weder füllt sich seine Augen mit Tränen, noch entgleisen ihm die Gesichtszüge. Für einen Menschen, der sein Todesurteil empfangen hat, hat er sich erstaunlich gut im Griff. „Wir würden Ihnen stattdessen eine Chemotherapie anbieten“, fährt der junge Arzt fort, „damit bekämen wir die Schmerzen unter Kontrolle und würden Ihr Leben verlängern.“

„Und wozu?“, fragt Herr Naujocks resigniert.

Der junge Onkologe lächelt: „Damit Sie Ihre Weltreise machen können!“

ER WIRKT WIE VOR DEN KOPF GESCHLAGEN.



Krankenschwester Hlawatsch

YVONNE SCHMEDEMANN / SPIEGEL WISSEN

dem Tod ihres geliebten Menschen noch, laden sie zu Erinnerungsstunden und Gesprächsrunden ein.

In die Situation der Betroffenen kann ich mich natürlich nur bedingt hineinversetzen. Die Erfahrung des Sterbens kann man letztendlich nicht teilen. Ich bin auch nicht betroffen wie die Angehörigen. Wenn eine mir nahestehende Person erkrankt, fühle ich mich viel unsicherer als gegenüber unseren Patienten. Ich glaube, es ist wichtig, sich abzugrenzen, gleichzeitig aber eine gewisse Berührbarkeit zu bewahren. Ich fühle mit, darf aber nicht mitleiden. All die Schicksale, die wir erleben, könnte ich alleine nicht verarbeiten. Hier helfen Gespräche in unserem Team, außerdem haben wir regelmäßig Supervision.

WENN EIN PATIENT VERSTIRBT, ist es tröstlich, wenn es ein Sterben war, wie es sich der Patient gewünscht hatte, schmerzfrei, vielleicht in Begleitung seiner Familie. Belastender ist der Tod jüngerer Menschen, die bis zuletzt um ihr Leben kämpfen und womöglich kleine Kinder hinterlassen.

Manchmal wird auf der Station sogar geheiratet! Ich erinnere mich auch noch gut an einen Mann, der tagelang davon schwärmte, dass er nach langer Zeit wieder Matjes mit Bratkartoffeln gegessen hatte. So etwas öffnet einem die Augen für die vermeintlich kleinen Dinge des Lebens.

AUFGEZEICHNET VON BRITTA KESSING