

Prof. a. D. Dr. med. dent. habil. Dr. h.c. (UNFV), MAS (College inter-uni.net) Heinz Spranger und Dr. med. dent. R. Hubertus Hommel

# Altern als heilberufliche Handlungskatastrophe?

Heilberufliche Hilfen unter ärztlicher Handlungsführung bei der Symptomatologie des Metabolischen Syndroms (Teil 2)

Erfreulicherweise lassen auch die großen Interventionsstudien aus jüngerer Zeit erkennen, dass der Altersaspekt insbesondere bei chronischen Erkrankungen wie Hypertonie, Koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz oder Diabetes mellitus auch in den Megatrials zumindest in Form von Subgruppen-Analysen Berücksichtigung findet. Beispielhaft hier die Heart-Protection-Study, die die Auswirkungen einer Simvastatin-Behandlung bei über 20.000 Risikopatienten untersuchte. Fast ein Drittel der Teilnehmer (29%) sind über 70 Jahre alt, die Ältesten am Studienende sogar 85 Jahre. Der klinisch relevante Effekt auf Morbidität und Mortalität ist vergleichbar mit dem bei jüngeren Teilnehmern.

Abschließend darf selbstverständlich die „sanfte“ Medizin aus dem bisherigen Kontext nicht ausgenommen und muss einer gleichartigen, kritischen Betrachtung unterzogen werden. Vom Johanniskraut sind beispielsweise durch Induktion von Cytochrom CYP450 bedeutsame Interaktionen, beispielsweise mit Digoxin, Theophyllin, Proteasehemmern oder Immunmodulatoren, bekannt.

## Seniorenreintegration – Die komplementäre Hilfe beim metabolischen Syndrom

Diese unvollständige Aufführung wichtiger Beispiele gesicherter altersmedizinischer Erkenntnisse darf unter keinen Umständen darüber hinwegtäuschen, dass der Bedarf von Erkenntnisgewinnen in diesem Feld ungebrochen groß ist. Im Gegensatz zum Beispiel zu der Produktivität der großen altersmedizinischen Fachgesellschaft Amerikas (AGS), können die wissenschaftlichen Fachgesellschaften Deutschlands nur Bescheidenes leisten. Dafür wird dort an den wenigen Fragestellungen mit großem persönlichen Engagement gearbeitet, wie zum Beispiel bei der fertiggestellten Übersichtsarbeit „Postakute Behandlung und Rehabilitation älterer Menschen nach einem Schlaganfall oder einer hüftgelenknahen Fraktur“.

Grundsätzlich bleibt „start low, go slow“ eine richtige Einstellung, ebenso aber auch die kritische Prüfung der Übertragbarkeit von klinisch relevanten Studienergebnissen auf ältere Menschen. Die häufig schwachen Evidenzlagen sollten geradezu Aufforderung sein, die vorhandenen Evidenzen zu kennen und kritisch umzusetzen. Auch wenn vieles in der Altersmedizin weniger als gewünscht evidenzbasiert ist, sind Ältere ähnlich den Kindern das für „off-label-use“ außerhalb von Studien am wenigsten geeignete Kollektiv. Gerade bei ihnen sollten gut evaluierte und hinsichtlich ihrer Schädigungen bekannte medizinische Prozeduren Anwendung finden.

Weil aber auch neue Therapien beispielsweise in der Demenzbehandlung dringend benötigt werden, muss ein fachübergreifender Konsens aus Forschern, Klinikern und Praktikern aber auch Patienten und der Gesundheitspolitik dafür Sorge tragen, dass patientenorientierte, klinisch relevante Forschung auch Ältere einbezieht.

Die aus der Versorgungsrealität bekannte Polypharmazie bei älteren Menschen fordert geradezu eine Hierarchisierung durch Priorisierung in der Medikamentenverordnung heraus. Medikamenten mit gesicherter Effektivität ist Vorrang einzuräumen, bei zweifelhaften Medikamentenwirkungen sollte eher Verzicht geübt werden.

Die problematische Interferenzlage verlangt nach einer höchstmöglichen Minimierung von verordneten und selbstverordneten Medikamenten. Eine Hierarchisierung der einzelnen Medikamente nach vorhandener bester Evidenz könnte bei Patienten mit Polypharmazie ein Weg sein, das Verhältnis zwischen Nutzen und Schädigungen möglichst günstig zu gestalten.

## Blick über die Grenzen: Japan: „Alten-Wegwerf-Berge“

Keine Nation altert so rapide wie die Japans. Bis 2020 werden 35 Prozent der Japaner über 60 Jahre alt sein. Dem japanischen Sozialsystem droht langfristig der Kollaps – drastischer noch als in Deutschland. Kürzlich hat der japanische Finanzminister Masajuro Shiokawa, mit 81 Jahren der Senior des Kabinetts, gefordert, japanische Greise ins Ausland zu exportieren – Australien und die Philippinen werden im „Silver Columbia Plan“ als Entsorgungsziele vorgeschlagen. Damit möchte „Opa Shio“ die Rentenkassen entlasten.

Widerspruch und Proteste kamen aus den auserkorenen Gastländern – nicht aus der japanischen Öffentlichkeit. In Nippon sei die japanische Erzählung „Narayama bus-hiko“ wohl bekannt, in der verarmte Dörf-

DR. MED. DENT. HEINZ  
SPRANGER



Studium Zahnheilkunde, Medizin, Literaturwissenschaft, Integrative Gesundheitsförderung, Wissenschaftler in Nosophologie Orale Medizin, Naturheilverfahren, Zahnarzt / Parodontologie und Orale Medizin, privat in D-26906 Dersum, Mitglied im akademischen Lehrkörper des College inter-uni.net. Früher Gründungsdekan der Fakultät Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Privaten Universität Witten/Herdecke, früher Professor und Leiter der Abteilung Parodontologie, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main. Bundesverdienstkreuz am Bande für Leistungen in der Zahnmedizin. Honoured scientific member of International Association Dental Research. Details: [www.dr-spranger.net](http://www.dr-spranger.net) Kontakt: [info@dr-spranger.net](mailto:info@dr-spranger.net) und [heinz.spranger@inter-uni.net](mailto:heinz.spranger@inter-uni.net)

ler nutzlos gewordene Senioren einst auf unwegsame Berge, so genannte „Ubasute Yama“ schleppten, die dort ihrem Hungertod entgegensahen. Übersetzt heißen diese Berge: „Alten-Wegwerf-Berge“. (Quelle: Spiegel online, 13.08.2003)

## Heilberufliche Hilfen im Metabolischen Syndrom am Beispiel der Bewegung

Körperliche Inaktivität und ungünstige Ernährungsgewohnheiten führen auf Dauer auf Grund des zunehmenden Missverhältnisses zwischen Belastung und schwindender Funktionskapazität zum Auftreten von Mikroschäden, die als Schmerzen wahrgenommen werden. Diese Beschwerden fördern wiederum Schonung und letztlich auch Angst vor Maßnahmen zur Bekämpfung des Funktionsdefizites, so dass sich ein Circulus vitiosus bildet, der als Dekonditionierungssyndrom bezeichnet wird. Diese Pathogenese erklärt einen

## DR. MED. DENT. R. HUBERTUS HOMMEL



Geburtsjahrgang 1946. Studium Zahnheilkunde, 2-jährige Tätigkeit am Pathologischen Institut der Johannes Gutenberg Universität Mainz, Abschluss mit Promotion. 25 Jahre kassenzahnärztliche Tätigkeit in eigener Praxis in Wiesbaden, danach Neugründung einer naturheilkundlichen zahnärztlichen privaten Testpraxis auf EAV-Basis (Elektroakupunktur nach Voll), ohne zahnärztliche Tätigkeiten. Komplementäre Ausbildungen: Akupunktur, AK (Applied Kinesiology), Bachblütentherapie, Biosynergetik n. M. Hein, BRT (Bioresonanztherapie), EAV, Homöopathie, Hypnose, Pathophysiognomik. Vizepräsident der Deutschen Medizinischen Gesellschaft für EAV. Chefredakteur "RegulationsMedizin", Vortrags- und Seminaraktivität. Derzeit Studierender zum Master of Health Sciences am College inter-uni.net, campus Seggau. Qualifiziertes Mitglied der GZM, Ordentliches Mitglied des BNZ, Diplome verschiedener komplementär- medizinischer Verfahren.

Großteil der chronischen Beschwerden im Herz-Kreislauf-System wie auch in den Stütz- und Bewegungsorganen. Verständlicherweise treten derartige Schmerzsymptome vornehmlich in der zweiten Lebenshälfte nach Dekompensation von Schutz- und Abwehrmechanismen auf und neigen bei Nichtbeachtung zur Chronifizierung, wobei der ältere Patient - hier definiert als 65 Jahre und älter - von den Folgeerscheinungen des Dekonditionierungssyndroms wie z. B. Herz-Kreislauf-Insuffizienz, Muskelschwäche und Gelenksteife in besonderem Maße betroffen ist. Eine wirksame Prophylaxe oder Behandlung dieser chronischen Beschwerdesymptomatik beim geriatrischen Patienten kann deshalb nur über eine Verbesserung der Funktionskapazität erreicht werden, wie sie durch Physiotherapie, Anleitung zu selbständiger Trainingstherapie und ggf. durch zusätzliche physikalische Therapiemethoden aufgebaut werden kann.

In der Literatur wird auf die Möglichkeiten der physiotherapeutischen Behandlung von Schmerzen zu wenig eingegangen, erst recht beim älteren Patienten. Dabei ist bekannt, dass der mangelnde Trainingszu-

stand im Alter zum Einbruch der kardiovaskulären Kondition, zu nachlassender Weichteilgeschmeidigkeit, zur Reduktion der Muskelkraft, zu Haltungsschwäche, Muskeldysbalancen, zur leichten Ermüdbarkeit und auch zu Stimmungsschwankungen führen kann. Die Vorteile eines aeroben Krafttrainings werden durch eine Reihe von Studien belegt. Dabei wirkt sich ein guter Muskelmetabolismus auch auf typische Alterserkrankungen wie den Diabetes positiv aus.

Obwohl das Bewusstsein der Öffentlichkeit für die positiven Folgen körperlicher Fitness steigt, betreiben nur 4% der erwachsenen Amerikaner ein ausreichendes Training zur Vermeidung eines chronischen Schmerzes, bei den älteren (65 Jahre und darüber) dürften es noch weniger sein.

**Im Gegensatz zu wissenschaftlichen Erkenntnissen befürchten die meisten Betroffenen, dass die Aufnahme eines Trainingsprogrammes mit Auftreten oder auch Verstärkung von Schmerzen, nicht aber deren Bekämpfung verbunden ist.**

Beim myokardialen oder ischämischen Schmerz konnte bei älteren Patienten durch aerobes Krafttraining und Änderung des Lebensstils, insbesondere Diät und Entspannung, eine mindestens 20% Verbesserung der Sauerstoffaufnahme gegenüber untrainierten Senioren erreicht werden mit entsprechender Prophylaxe gegenüber kardiovaskulären Erkrankungen. In den Studien, die sich mit älteren Patienten beschäftigen, wurde deutlich, dass ältere Erwachsene auf aerobe Trainingsprogramme ähnlich gut ansprechen wie jüngere. Das Problem liegt hier eher in der zurückhaltenden Verordnung von aktiven Trainingsprogrammen seitens der Ärzte.

Im muskuloskelettalen Bereich, in dem sich im Alter degenerative Gelenkerkrankungen (Arthrose), entzündliche rheumatische Erkrankungen und häufig chronischer Rückenschmerz manifestieren, ist der Effekt von Physiotherapie und aktiver Trainingstherapie zur Reduktion der Gelenkbelastung, Erhalt bzw. Aufbau der Muskelkraft, Verbesserung von Koordination und Stabilität und Erhaltung der Mobilität unerlässlich zur Schmerzreduktion. Diese Übungsprogramme reichen von Bewegungstherapie im Wasser bis hin zu isometrischen und dynamischen Übungsprogrammen, die ihren positiven Effekt auch auf die für ältere Patienten typischen Stimmungsschwankungen haben, insbesondere auch auf depressive Verstimmungen.

In einer Literaturübersicht konnte nachgewiesen werden, dass Interventionen durch Kombination von physikalischer Therapiemaßnahmen und Trainingstherapie in der Schmerzlinderung und Schadensverminderung erfolversprechender waren als physikalische Maßnahmen allein. Die meisten Studien beziehen sich allerdings auf

ein gemischtes Patientengut, d. h. jüngere wie auch ältere Patienten, und auf Therapieprogramme, die zusätzlich psychologische Verfahren wie kognitive Therapie enthalten. **Eine differenzierte Altersstudie konnte bei älteren Arthrosepatienten (65-82 Jahre) zeigen, dass gegenüber jüngeren die Möglichkeit, passive wie auch aktive Behandlungsverfahren eingehend zu nutzen, weniger ausgeprägt war als bei jüngeren (50-63 Jahre), was sich auch im Therapieerfolg niederschlug.** Widersprüchliche Aussagen gibt es bisher aber zu der Auswirkung von Kurzzeitübungsprogrammen auf die Schmerzveränderung bei älteren Patienten mit fortgeschrittenen Arthrosen. Hier geht es um eine signifikante Schmerzlinderung und Funktionsverbesserung in den Gelenken.

Bezüglich des Osteoporoseschmerzes konnte in mehreren Studien nachgewiesen werden, dass die Schmerzsymptome durch Teilnahme an einem Trainingsprogramm gebessert werden konnten. Obwohl die günstige Rolle der Trainingstherapie bei der Osteoporoseprävention und -behandlung wissenschaftlich belegt ist, mangelt es an Langzeitstudien bei älteren Menschen. Eine Serie kürzlich durchgeführter Studien weist nach, dass Übungstherapie in der Tat den Altersprozess verlangsamen kann. Muskelhypertrophie und Kraftzuwachs wurden bei älteren Personen festgestellt, die sich einem intensiven Krafttraining unterworfen hatten. Eine entsprechend angepasste Trainingstherapie scheint auch bei Behandlungen von depressiven Verstimmungen, Angst und Spannungszuständen genauso effektiv zu sein wie Medikamente und Psychotherapie. Zum jetzigen Zeitpunkt kann aber noch keine endgültige Schlussfolgerung gezogen werden über die spezifische Rolle der Übungstherapie bei der Behandlung emotionaler Verstimmungen bei älteren Schmerzpatienten.

**Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass insbesondere aktive Therapiemaßnahmen wie Krankengymnastik und Trainingstherapie zu einem verbesserten Muskeltonus wie einer erhöhten Muskelkraft und Ausdauer führen.**

Es zeigt sich eine Verbesserung der Blutzirkulation und Atmung, ein größeres Bewegungsausmaß der Gelenke, ein Anstieg der Knochendichte und der Muskelkraft sowie eine verbesserte Koordination und kinästhetische Wahrnehmung. Eine individuell angepasste Trainingstherapie unter Anleitung durch einen professionellen Krankengymnasten oder Trainingstherapeuten führt nicht nur zu psychophysiologischen Fortschritten, sondern auch zur Prophylaxe primärer oder sekundärer Schmerzzustände. Die bisherigen Literaturrecherchen zeigen, dass die Studien zumeist ein gemischtes Patientengut aufweisen, während nur selten ältere Patienten gesondert berücksichtigt werden. Es ist daher derzeit

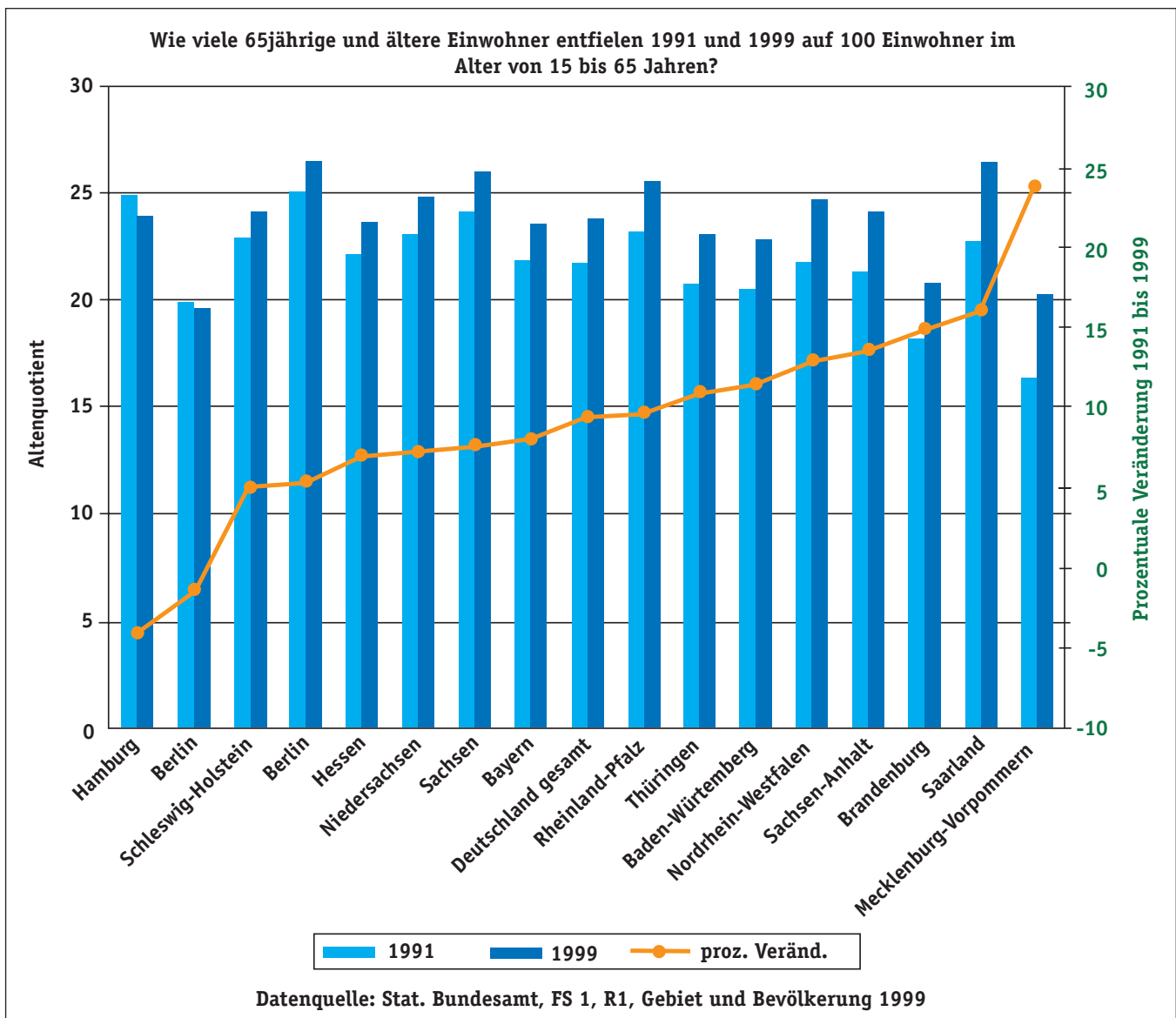


Abb. 1: Relation von Erwachsenen, Senioren und alten Senioren aus dem Blickwinkel des Statistischen Bundesamtes Deutschland

nicht gesichert, ob die Folgerungen und Empfehlungen, die sich aus diesen Studien ergeben, auch auf die älteren Patienten übertragen werden dürfen. Eine zum derzeitigen Stand des Wissens hervorragend ausgearbeitete Literatur findet sich bei Wrobel & Burmester, von denen die oben stehenden Aussagen rezitiert wurden.

### Psychologische Therapie

Die psychologischen Verfahren lassen sich drei verschiedenen Ansätzen zuordnen, die als psychophysiologischer, operanter und kognitiver Ansatz zu bezeichnen sind. Diese Ansätze berücksichtigen die Bedingungen, die zur Chronifizierung von Schmerz beitragen.

Nach dem psychophysiologischen Ansatz chronifiziert Schmerz durch einen Circulus vitiosus von erhöhtem Muskeltonus und Schmerzerleben. Ein erhöhter Muskeltonus kann z. B. durch mechanische Fehlbelastungen oder durch Reaktionsbereitschaf-

ten auf der Grundlage einer Diathese entstehen (Diathese-Stress-Modell). Wird der erhöhte Tonus über lange Zeit hinweg aufrechterhalten, kommt es zu einer Veränderung des Muskelstoffwechsels, der das Schmerzerleben fördert. In der Therapie wird eine Tonussenkung angestrebt, wobei Entspannungsverfahren eingesetzt werden. Die progressive Muskelrelaxation hat sich als sehr erfolgreich erwiesen, wobei häufig auch Biofeedback-Geräte verwendet werden.

Der operante Ansatz führt Chronifizierung zusätzlich auf die motorischen Reaktionen auf den Schmerzreiz zurück. Besonderes Augenmerk wird auf das Schonverhalten gelegt. Die Therapieverfahren beziehen sich neben einem körperlichen Training auch auf die Förderung genussvollen Verhaltens und Erlebens, um die Aktivität weiterhin zu steigern.

Der kognitive Ansatz schließlich geht auf Verzerrungen der Wahrnehmung und des

Denkens ein, die häufig als Konsequenz eines Dauerschmerzes entstehen. Die Patienten sehen mit trüben Gedanken in die Zukunft, entwickeln Katastrophenphantasien und werden passiv. Sie nehmen die ihnen verbliebenen Bewältigungsmöglichkeiten nicht mehr wahr und fühlen sich zunehmend hilflos.

Der therapeutische Ansatz besteht darin, gemeinsam mit den Patienten deren Coping-Strategien zu evaluieren, neue Coping-Strategien kennen zu lernen und zu erproben, um auf diese Weise wieder Zuversicht in die Fähigkeit zur Kontrolle des Schmerzes zu gewinnen.

Nach der vorliegenden, noch nicht sehr umfangreichen Literatur ist der Erfolg psychologischer Strategien bei älteren Menschen davon abhängig, dass die Programme an die speziellen Bedürfnisse älterer Menschen angepasst wurden. Hierbei handelt es sich um das Bedürfnis, Zuwendung zu erhalten und genügend Zeit zur

Verfügung gestellt zu bekommen, um sich an neue Anforderungen anzupassen.

#### Für die Therapie ist von Bedeutung:

- vereinfachte Instruktionen und Wiederholungen der Instruktionen durch die Patienten,
- schriftliche Informationen zur Unterstützung des Gesagten,
- Intensivierung des Kontaktes zwischen Therapeut und Patient,
- Erleichterung des Hörverständnisses durch geringen räumlichen Abstand und besonders deutliche Sprache,
- Erhöhung der Anzahl der Sitzungen bei gleichzeitiger Verringerung des zeitlichen Umfangs,
- geringere Steigerung des Schwierigkeitsgrades bei Übungen zur Steigerung der körperlichen Aktivität, sehr kleine Schritte,
- Überprüfung der Medikation daraufhin, ob hierdurch Aktivität und Lernvermögen beeinträchtigt sein könnten (Konsum von sedierenden Medikamenten, z. B. Benzodiazepinen)

#### Praktische Vorbereitung der Senioren auf einen Pflegebedarf

Pinquart & Sörensen haben 2000 einen Fragebogen entwickelt, der der Vorbereitung von Senioren auf einen zukünftigen Pflegebedarf dienen soll. Innerhalb ihrer Skalenkonstruktion und in teststatistischer Überprüfung fanden sie, ausgehend von der Annahme, dass eine Vorbereitung auf künftige Stressoren deren Bewältigung unterstützen kann. Deshalb wurde ein Fragebogen zur Vorbereitung auf einen zukünftigen Hilfs- und Pflegebedarf (FVP) entwickelt.

#### Der Fragebogen umfasst drei Teile:

- Erwartungen über die Nützlichkeit des Vorausplanens und zum wahrgenommenen Risiko, künftig Hilfe oder Pflege zu benötigen,
- Prozesse der Vorbereitung (Gewahr werden des Pflegerisikos, Informationsvermeidung, Sammeln von Informationen über Pflegeoptionen, Präferenzen bilden, Aktivitäten zur Realisierung der Pläne, Zufriedenheit mit bisherigen Aktivitäten zur Vorbereitung) sowie
- Planinhalte (getrennt für einen vorübergehenden und langzeitigen Pflegebedarf). Befunde zur Validität der Skalen werden für 574 Senioren (65-93 Jahre) berichtet. So geht z. B. eine erhöhte Vulnerabilität, in Zukunft Hilfe oder Pflege zu brauchen, mit mehr Vorausplanen einher. Zudem bestehen Zusammenhänge zur internalen Kontrollüberzeugung und zu habituellen Entscheidungsstilen. Daten zur Stabilität der Skalen wurden an einer Teilstichprobe von 103 Senioren gewonnen.

Darauf haben Pinquart & Sörensen Prävalenz und Korrelate der Vorbereitung auf einen zukünftigen Hilfs- oder Pflegebedarf im Alter als einen Kulturvergleich zwischen Deutschland und den U.S. vorgenommen

Studien mit Senioren bilden nämlich einen neuen Bereich im wissenschaftlichen Programm Deutschlands. Vorerst konzentriert sich die Forschung auf spezielle Gruppen, die gegenwärtig oder zukünftig Hilfe benötigen. Ein breiter angelegter survey-orientierter Untersuchungsansatz, wie in der Forschung über Jugendliche und junge Erwachsene, müsse noch entwickelt werden. Bisherige Forschungen in diesem Bereich zeigten, dass zwar viele Senioren allgemein darüber nachdenken, einmal Hilfe oder Pflege zu benötigen, dass aber nur wenige konkrete Pläne für eine solche Situation machen. Der Umfang und der Inhalt des Nachdenkens über einen zukünftigen Pflegebedarf, Präferenzen für Hilfsangebote und konkrete Entscheidungen werden bei im Privathaushalt lebenden Senioren im ländlichen und städtischen Raum Deutschlands und der USA untersucht. Befragt wurden ca. 300 Senioren aus den alten Bundesländern, 300 aus den neuen Bundesländern und 600 aus zwei amerikanischen Bundesstaaten. Die Autoren finden deutliche nationale und regionale Unterschiede im Vorausplanen: Amerikanische Senioren haben mehr Vorkehrungen für einen zukünftigen Hilfs- und Pflegebedarf getroffen als deutsche Senioren und Westdeutsche wiederum mehr Vorkehrungen als Ostdeutsche. Die Autoren fanden hierbei, dass die Verfügbarkeit von Ressourcen und die (wahrgenommene) Stabilität von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen einen wichtigen Einfluss auf nationale Unterschiede im Vorausplanen haben.

#### Handlungsführung des Arztes bei infauster Prognose (unter Berücksichtigung der Stellungnahme der deutschen Bundes-Ärztekammer 1998)

Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht jedoch nicht unter allen Umständen. Es gibt Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr indiziert sind, sondern Begrenzung geboten sein kann. Dann tritt palliativ-medizinische Versorgung in den Vordergrund. Die Entscheidung hierzu darf nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden.

Unabhängig von dem Ziel der medizinischen Behandlung hat der Arzt in jedem Fall für eine Basisbetreuung zu sorgen. Dazu gehören u. a.: Menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lin-

dern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.

Art und Ausmaß einer Behandlung sind vom Arzt zu verantworten. Er muss dabei den Willen des Patienten beachten. Bei seiner Entscheidungsfindung soll der Arzt mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern eine Übereinstimmung suchen. Aktive Sterbehilfe ist unzulässig, auch dann, wenn sie auf Verlangen des Patienten geschieht. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos. Gleiches gilt für alle Heilberufler.

Bestehende Richtlinien können dem Arzt die eigene Verantwortung der Behandlungsführung in der konkreten Situation nicht abnehmen. Bei Patienten mit infauster Prognose, die sich noch nicht im Sterben befinden, kommt eine Änderung des Behandlungszieles nur dann in Betracht, wenn die Krankheit weit fortgeschritten ist und eine lebenserhaltende Behandlung nur Leiden verlängert. An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung treten dann palliativ-medizinische und pflegerische Maßnahmen. Die Entscheidung über Änderung des Therapieziels muss dem Willen des Patienten entsprechen.

Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden, d. h. Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so zu helfen, dass sie in Würde zu sterben vermögen. Die Hilfe besteht neben der Behandlung im Beistand und Sorge für Basisbetreuung.

Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens dürfen in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unterlassen oder nicht weitergeführt werden, wenn diese nur den Todeseintritt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann. Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf. Eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen sollen, ist unzulässig.

Die Unterrichtung des Sterbenden über seinen Zustand und mögliche Maßnahmen muss wahrheitsgemäß sein, sie soll sich aber an der Situation des Sterbenden orientieren und vorhandenen Ängsten Rechnung tragen. Der Arzt kann auch Angehörige oder nahestehende Personen informieren, es sei denn, der Wille des Patienten steht dagegen. Das Gespräch mit ihnen gehört zu seinen Aufgaben.

**Wichtigste Grundlage aller Aktionen der Behandlungsführung und Behandlungsbegleitung ist im § 1 GG explizit die Würde des Menschen, die unantastbar ist.**

**Wenn in der letzten Märzwoche des Jahres 2004 beide christliche Kirchen in Deutschland zu den Patientenrechten, auch der letzten Lebens-Zeit, Stellung beziehen, machen sie damit auf das wichtigste Phänomen der Zukunft aufmerksam:**

Ärztliche Behandlungskompetenz und heilberufliche Handlungskompetenz haben auch in der so genannten Grauzone unmissverständlich zu dominieren, in der ärztlich begleitet, die Schmerzen gelöscht und Verdursten verhindert, aber auf quälende und aussichtslose Materialschlachten verzichtet wird. Leider haftet der Enthaltsamkeit von maximal Möglichem der Akutmedizin in diesen Phasen noch immer der Ruch des Gesetzlosen an.

Dabei wird dieses Kapitel der Medizin in der Zukunft noch stärker an Bedeutung gewinnen als in der Vergangenheit. Nur in diesem Kontext ist das folgende Forschungsergebnis zu gewichten. Drängt man nämlich ein zwangsläufiges Geschehen in Phasen, so kann der Leser möglicherweise daraus schließen, dass diese schicksalhaft sind. Ohne aber das Ärztliche und nicht nur Medizinische, das alles Tun führt, sind auch diese Phasen kaum zu trennen. An so genannten, leider häufig abqualifizierten, Laborwerten ist das Metabolische Syndrom ablesbar. Wenn alle pathologischen Werte gleichmäßig die obere Grenzbewertung anstreben, ist auch ärztlicherseits eine eindeutige Änderung von pharmakologischen und anderen Aktivitäten vorzunehmen. Diese ist aber so individuell, wie das Arztsein dem Patienten gegenüber.

**Sterbephasen, die in der Reihenfolge und Intensität verschieden sind (nach Kübler-Ross; Quelle: [www.Lebensgedanken.de](http://www.Lebensgedanken.de))**

Sterbeforscher (Thanatologen) untersuchen, ob und wie sich sterbende Menschen mit dem Tod auseinander setzen. Oft wird dabei der Sterbeprozess als Entwicklung beschrieben, die bei verschiedenen Menschen ähnlich verläuft. Die so erkannten Muster führen zur

Beschreibung von Sterbestadien oder Sterbephasen.

Das bekannteste, aber auch umstrittene Konzept ist das Phasenmodell der Ärztin und Sterbeforscherin Elisabeth Kübler-Ross. In diesem sind die Erfahrungen von über 200 sterbenden Patienten aus den USA verarbeitet, mit denen sie gesprochen hat. Danach verläuft die psychische Verarbeitung des Sterbens bei allen Menschen, die ausreichend unterstützt werden, in fünf Phasen.

#### **Phase 1: Nicht-Wahrhaben-Wollen und Isolierung**

Der Betroffene kann seine schwere, unheilbare Erkrankung innerlich noch nicht anerkennen. Er fordert neue Untersuchungen, glaubt an Verwechslungen oder beschuldigt die behandelnden Ärzte der Unfähigkeit. Oft werden Verordnungen nicht eingehalten, da sie nach Einschätzung des Patienten auf einer „falschen“ Grundlage erstellt sind. Die Verleugnung mildert den Schock. So gewinnt der Kranke Zeit, Kraft zu sammeln, um mit der Wahrheit fertig zu werden.

#### **Phase 2: Zorn**

Hat der Betroffene die tödliche Krankheit als solche anerkannt, wird er zornig und eifersüchtig auf die anderen, die leben dürfen („Warum muss es mich treffen?“). Es kommt zu einer Flut negativ getönter Emotionen, die den Sterbenden mit sich fortreißen können. Dies äußert sich dann oft in „Kleinigkeiten“ wie Unzufriedenheit mit dem Essen, dem Zimmer, den Mitpatienten, dem Pflege-team und den Ärzten, in Sonderwünschen, aber auch in heftigen Streitigkeiten mit der Familie und aggressiven Beschuldigungen.

#### **Phase 3: Verhandeln**

In dieser – meist kurzen – Phase wird der bevorstehende Tod als unvermeidbar anerkannt. Weiteres Verdrängen oder Ausweichen ist nicht mehr möglich, „der Körper sagt die Wahrheit“. Die Sterbenden versuchen durch „Verhandeln“ einen Aufschub, also mehr Lebenszeit, zu erreichen. Sie feilschen mit den Ärzten (z. B. um andere Therapien) und mit dem Team (Versprechen, sich anzu-

passen, an Therapien teilzunehmen).

Durch ihre Bereitwilligkeit, einen Einsatz zu bringen, werden sie manchmal zu „zahmen“, pflegeleichten Patienten. Aber auch das Schicksal oder Gott werden zu (Handels-)Partnern im Kampf des Sterbenden um ein Stückchen mehr Leben. Gelübde werden geleistet, Verpflichtungen abgelegt.

Dem Inhalt solcher Versprechungen liegen oft Schuldgefühle zu Grunde: Der Sterbende gelobt, etwas zu tun, was er als wichtig erkennt, aber noch nicht geleistet hat. Die Patienten sind in dieser Phase sehr verletzlich.

#### **Phase 4: Depression**

Ein neues Stadium wird erreicht, wenn der Patient jede Hoffnung aufgibt und in ein Meer von Traurigkeit versinkt. Es handelt sich bei dieser Reaktion aber nicht um eine Depression im engeren Sinn, die medikamentös angegangen werden muss. Daher ist der Ausdruck Phase der Traurigkeit zutreffender. Den Sterbenden überwältigt das Gefühl eines entsetzlichen Verlustes. Er bereut zurückliegende Versäumnisse und trauert um all das, was er verlieren wird: Partner, Kinder und Freunde. Probleme, die er nicht mehr lösen kann (z.B. finanzielle Sorgen der Familie), erwecken Kummer, und begangenen Fehler rufen Schuldgefühle hervor.

In dieser Zeit ist es dem Sterbenden möglich, sich umfassend mit der Realität seines Todes auseinanderzusetzen. Er verfasst z.B. ein Testament oder bringt Geschäfte zum Abschluss. Möglicherweise ändert sich seine persönliche Lebensphilosophie. Manchmal können jahrelang verhärtete Positionen noch verlassen werden: z.B. ist die Aussöhnung mit einem verfeindeten Bruder eine Erfahrung, die auch den Angehörigen den Abschied erleichtert. Die Depression kann in eine Phase vorbereitender Trauer münden, mit der sich der Sterbende auf den nahen Tod vorbereitet. Er wird stiller und zieht sich zurück. Dieser Rückzug kann für die Angehörigen schmerzlich sein, ist aber ein Zeichen dafür, dass es dem Patienten gelingt, sich von seinen

Bindungen zu lösen und die Dinge der Welt hinter sich zu lassen.

#### **Phase 5: Zustimmung**

Die letzte Phase ist gekennzeichnet von Zustimmung und ruhiger Erwartung des Endes. Der Sterbende hat seinen Frieden mit der Welt gefunden und akzeptiert den nahenden Tod auch wenn oft noch eine schwache Hoffnung aufrechterhalten wird, doch nicht sterben zu müssen. Dieses Stadium ist fast frei von Gefühlen. Der Patient ist müde und schwach, schläft viel und möchte meist nicht gestört werden. Er verständigt sich oft nur noch mit Gesten oder wenigen Worten.

#### **Daneben gibt es auch anders lautende Theorien:**

Spranger behauptet 2004, dass sich die Phaseneinteilung aus dem Zusammenspiel zwischen Grunderkrankung des Patienten, Begleitschäden in dieser Erkrankungsform, Schäden durch die heilberufliche Tätigkeit (iatrogen pharmakologisch) und das Eingehen der ärztlichen Leitkompetenz auf die kaskadischen Krisen in der heterologen Sequenz der systemischen Apoptosen ergibt.

**Beispielsweise beschreibt der Arzt A. Kruse ganz verschiedene Verlaufsformen in der Auseinandersetzung mit dem Sterben, die von der Biographie des Sterbenden mit beeinflusst werden (Quelle: [www.moerschel.de/sut.htm](http://www.moerschel.de/sut.htm)):**

- Akzeptanz des Todes und gleichzeitige Suche nach den Möglichkeiten, die das Leben noch bietet
- Resignation und Verbitterung – das Leben wird nur noch als Last empfunden, der nahende Tod steht im Zentrum der Gedanken
- Linderung der Todesängste durch Erfahrung neuen Lebenssinns und durch die Überzeugung, noch wichtige Aufgaben im Leben zu haben
- Bemühung, den nahenden Tod nicht in das Zentrum des Erlebens treten zu lassen.
- Durchschreiten von Phasen tiefer Depression zu einer Hinnahtnahme des Todes.



**Literatur:**

Inoue, Yasushi: Meine Mutter. Suhrkamp, Frankfurt/Main 1990

Kübler-Ross, E.: Über Tod und Sterben. Gütersloher Verlags-  
haus 2004. ISBN 3-57900990-7

Leisering, Lutz: Alternde Bevölkerung - veralteter Sozialstaat? Demographischer Wandel als Politik? In: Politik und Zeitgeschichte vom 23.8.1996

Mayer, K.Z. und Baltes, P.B. (Hrsg): Die Berliner Altersstudie. Akademie Verlag, Stuttgart 1996

Müller-Rüsch, Hans-Reiner: Vorbericht der Landesgruppe Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland in der DASL zur Jahrestagung 2002

Niejahr, Elisabeth: Die Alten sind die Anderen. Eindrücke aus der Republik der Alten. In: Schader-Stiftung (Hg.): wohn-wandel. Szenarien, Prognosen, Optionen zur Zukunft des Wohnens. Darmstadt 2001. S. 168-173

Pinquart, M. & Sörensen, S.: Entwicklung eines Fragebogens zur Vorbereitung von Senioren auf einen zukünftigen Pflegebedarf. Diagnostica (2000) 46; Heft 3 : Abstract

Roloff, Juliane: Alternde Gesellschaft in Deutschland. Eine bevölkerungsstatistische Analyse. In: Politik und Zeitgeschichte vom 23.8.1996

Schwabe U. und Paffrath, D. (Hrsg): Arzneiverordnungs-Report 2002, Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. Springer-Verlag, Berlin 2003

Sörensen, S. & Pinquart, M.: Vulnerability and access to resources as predictors of preparation for future care needs in the elderly. Journal of Aging and Health 12 (3), 275-300

Sörensen, S. & Pinquart, M. (2000). Preparation for future care needs by West and East German older adults. Journal of Gerontology (2000) 55B : 357-367

Wrobel, N. und Burmester, G.: Innere Medizin. Geriatrie. Zentral-  
krankenhaus Bremen Nord. Norbert.wrobel@zkhNord.de; Gerd.burmester@zkhNord.de

**Kontakt zum Autor:**

Prof.a.D.Dr.mult. Heinz Spranger  
Interuniversitäres Kolleg für Integrative  
Gesundheitsförderung  
Graz/Schloss Seggau

heinz.spranger@inter-uni.net  
<http://www.dr-spranger.net>  
praxis@drhommel.de  
[www.drhommel.de](http://www.drhommel.de)