

Im Portrait: Univ.-Prof. Dr. Herbert Watzke

# Palliativmedizin: Patienten auf dem individuellen Weg begleiten

Wie belastend ist die Betreuung von Palliativpatienten? Patienten haben ein Recht auf Wahrheit, doch wie viel Wahrheit ist ihnen zumutbar? Wie definiert man angesichts des nahenden, unaufhaltsamen Todes den Erfolg der eigenen Arbeit? Am 7. 5. 2010 wird am AKH in Wien die neue Palliativstation mit 12 Betten eröffnet. *linik* sprach mit dem Leiter der Station, Univ.-Prof. Dr. Herbert Watzke, Professor für Palliativmedizin.

Susanne Hinger

## Sie sind Leiter der Palliativstation am Wiener AKH. Wie kommt man zur Palliativmedizin?

Viele kommen durch persönliche Vorerfahrung mit palliativmedizinischen Situationen im Angehörigenkreis dazu, sich irgendwie palliativmedizinisch betätigen zu wollen. Bei mir war es ganz anders, ich hatte keine persönliche Erfahrung in der eigenen Familie. Es war insofern eine Zufälligkeit, als ich eine Station für Allgemeine Innere Medizin hier im AKH geleitet habe, auf der dann – salopp formuliert – zunehmend onkologische Patienten gelandet sind. Es war eine Station, die zur selben Klinik wie auch die Abteilung für Hämatologie und die Abteilung Onkologie gehörte und von diesen sozusagen als Überlauf verwendet wurde. Auf meine Station wurden die eher schlechteren Patienten gelegt, die schon mehrere Chemotherapien hinter sich hatten und für Studien nicht mehr in Frage kamen. Für diese Patienten haben wir dann im Laufe der Jahre Strukturen aufgebaut, die jenen einer Palliativstation entsprechen – mit Psychologen, intensivierter Schmerztherapie, Koordination mit mobilen Diensten, um es Patienten zu ermöglichen, wieder nach Hause gehen zu können, etc. Dann wurde entschieden, dass auch das AKH eine Palliativstation braucht und sich meine Station dafür eignet. Und ich habe mich natürlich auch wissenschaftlich damit beschäftigt. Jahre später wurde dann eine Professur für Palliativmedizin ausgeschrieben, und ich habe mich dafür beworben.

## Was hat Sie bewogen, sich zu bewerben? Warum ist palliativmedizinische Forschung wichtig?

Ich habe gesehen, dass das, was über Palliativmedizin berichtet wurde, sehr wenig evidenzbasiert, aber viel von persönlichem Mitleiden und Mitfühlen getragen war und dass bei diesen Betrachtungen der professionelle Zugang oft zu kurz kam. So hatte ich bei entsprechenden Kongressen den Eindruck, auf sehr viel Empathie, aber wenig Evidenz zu treffen. Gerade diese Patienten verdienen es aber, dass man sich auch mit guten wissenschaftlichen Methoden ihrer Probleme annimmt – ohne zu vergessen, dass die persönliche Beziehung eine ganz spezielle ist. Das waren meine Beweggründe, diese Professur anzustreben.

## Sehen Sie Mitleid als Hemmschuh für einen professionellen Zugang?

Wir sprechen von Empathie, einem Begriff, der ja ein Kunstwort ist, das es früher so nicht gegeben hat und der wahrscheinlich das

ersetzt, was Freud mit „Einfühlen“ bezeichnet. Ich denke, es gibt „Mitgefühl“, mit dem man sich in die Gedankenwelt eines Menschen einfühlen kann und sich vorstellen kann, wie ihm geht. Aber man leidet nicht mit, sondern fühlt mit. Wie Freud sagte: Man braucht eine gewisse Distanz, es muss eine für den Patienten unspürbare Trennungslinie geben zwischen ihm und mir, auch wenn ich sehr gut sehe und fühle, was sich auf der Seite des Patienten tut.

## Kann man diese Haltung – Mitfühlen bei gleichzeitiger Abgrenzung – lernen?

Ich weiß es nicht ... Ich glaube, mache Menschen tun sich damit leichter als andere. Diese Haltung wird auch immer wieder durchbrochen, z.B. in Situationen, die dem eigenen Leben sehr nahe ist. Man sieht das bei jungen Ärzten und Pflegekräften, die diese Haltung mitbringen, und dann kommt eine Situation, die ihrem eigenen Leben sehr nahe ist, wie z.B. eine junge Mutter als Patientin – im eigenen Alter und auch mit kleinen Kindern, und plötzlich bricht diese Trennlinie weg. Ich glaube, bei mir würde das auch passieren, wenn ein enger Angehöriger betroffen wäre.

## Wie sehen Sie das aus Patientensicht? Was will ein Patient in einer solchen Situation, wie viel Professionalität, wie viel Nähe oder Abstand?

Das Wichtigste, das Patienten generell wollen, ist, als Mensch und ihrer Menschenwürde, in ihrem Sein geachtet zu werden – und das unabhängig davon, ob sie mit gebrochenem Fuß das Krankenhaus betreten oder mit terminaler Krebserkrankung. Dass man sie als Mensch – außerhalb der Erkrankung – erkennt. Dass es gelingt, Menschen in dem zu erkennen, wofür sie sich fühlen und halten. Wenn man zu einem Menschen kommt, der immer sehr unabhängig und selbstbestimmt war, und man das im Gespräch einflechten kann, ist das etwas, was Beziehung schafft und Menschenwürde akzeptiert.

Man will als Mensch erkannt werden, mit dem ganzen Leben und nicht nur mit dieser Erkrankung. Auf dieser Basis lässt sich all das, was transportiert werden muss, dann auch viel leichter transportieren.

## Wie viel Wahrheit ist dem Patienten zumutbar?

Die Wahrheit ist in dem Sinn zumutbar, als sie der Patient erfragt und nicht ungewollt erfährt. Das ist Grundlage der Kommunikation, die wir auch so unterrichten. Es gibt diesen Vergleich, der besagt, dass man die Wahrheit den Patienten anbieten sollte wie einen Mantel, in

---

*„Die Geburt stellt sich ja eher als uniformer Weg dar. Das Sterben hingegen ist ein Extrembeispiel von Individualität. Die Verwirklichung so eines persönlichen Weges ist auch ein Teil der Menschenwürde.“*

**Univ.-Prof. Dr. Herbert Watzke,**  
Professor für Palliativmedizin, AKH Wien

---



den er hineinschlüpfen kann, und sie den Patienten eben nicht an den Kopf wirft. Ich spreche von einer Plattform der Wahrheit, die man vor dem Patienten ausbreitet, er sieht sie und weiß, dass er dort im Gespräch darauf steigen könnte und dort alles erfährt, was er will, ohne dabei verletzt zu werden, d.h. in einer Atmosphäre, die er auch als Schutz empfindet. Das Problem bei der Übermittlung der Wahrheit ist, dass diese Bereitschaft, alles zugleich ehrlich und einfühlsam zu sagen, auch entsprechend vermittelt werden muss. Gelingt das nicht, werden die Patienten nicht fragen.

#### **Wie vermittelt man diese Bereitschaft, alles zu sagen?**

Oft geht es ganz einfach. Zunächst muss man einmal am Anfang des Patientenkontaktes Stellung nehmen und sagen: „Von mir können Sie immer alles erfahren. Wir sind auch dazu da, um Ihnen all das zu sagen, was Sie über die Erkrankung wissen wollen.“ Das kann man so stehen lassen, der Patient sagt vielleicht im ersten Moment gar nichts. Wenn er Vertrauen fasst, dann kann er diese „Plattform“ betreten. Die Schwierigkeit liegt häufig darin, dass Patienten sehr gut erkennen, wenn ein Arzt zwar sagt, man könne ihn alles fragen, unbewusst aber nonverbal das Gegenteil kommuniziert, weil er sich in einer derartigen Situation und Kommunikation unsicher fühlt. Dann wird der Patient die verbal ausgebreitete Plattform nicht betreten.

#### **Palliativstation am AKH**

##### **Am 7. 5. 2010 wird die neue Palliativstation mit 12 Betten eröffnet.**

War die Station bislang mit nur 5 Betten in eine interne Station – räumlich und personalmäßig – integriert, wird nun eine eigene abgeschlossene Station mit eigenem Personalstand und räumlicher Trennung (wohnlicheres Ambiente, Zutrittssperren) geschaffen.

Der Personalstand liegt bei 3 Ärzten, was knapp über den ÖBIG-Kriterien liegt (1 Arzt auf 5 Patienten) und sich durch die zusätzlichen Forschungsaufgaben einer Universitätsklinik erklärt. Der Personalstand des Pflegepersonals entspricht mit einem Pflegeschlüssel von 1,2 pro Patient dem einer Intermediate Care Station. Dazu kommen eine Psychologin und eine Sozialarbeiterin und die Kooperation mit der Physiotherapie. Vorwiegend werden am AKH onkologische Patienten betreut.

#### **Wie viel wollen Patienten tatsächlich wissen?**

Das ist ganz unterschiedlich, das kann man vorher nicht sagen oder abschätzen. Einerseits gibt es Menschen, die sind äußerst abgeklärt und wollen z.B. in möglichste genauen Zeitangaben wissen, wie lange sie noch zu leben haben.

Am anderen Extrem stehen jene, die mit fliegenden Fahnen im Kampf gegen den Krebs fallen und auch bei „ausgebreiteter Plattform“ niemals nach ihrer Überlebenschance oder verbleibenden Lebenszeit fragen. Auch diese Patienten sehen wir immer wieder. Dazu gehören auch jene Krebspatienten, die den Gedanken nicht ertragen können, keine Chemotherapie mehr erhalten zu können. Dieser massive Wunsch nach Chemotherapie hat sicher viele Ursachen. Es entspringt dann oft nicht mehr nur dem Kampf gegen den Krebs und um das Überleben, sondern auch dem Kampf gegen die Betreuenden, die wegen fehlender Wirksamkeit oder schwereren Nebenwirkungen keine Therapie mehr geben. Das bekommt dann oft auch eine Bedeutung, die weggeht von dem, den Krebs behandeln zu wollen, dahin, noch etwas Sinnvolles zu tun, den eigenen Willen durchzusetzen. Im Positiven hat das auch etwas mit Autonomie zu tun.

Solche Situationen belasten uns Betreuende immer sehr, weil wir denken, Patienten so weit bringen zu müssen, dass sie loslassen können. Aber es gibt sehr, sehr viele, die nicht loslassen.

Man hört dann ja oft, würden die Onkologen von Anfang an ehrlich aufklären und sagen, dass die Erkrankung eine ist, an der der Patient einmal sterben wird, könnten die Patienten dann leichter loslassen. Ich halte das für eine unüberprüfte Hypothese: Das ist vielleicht einer der Gründe, warum manchen Patienten das Loslassen so schwer fällt, aber ganz sicher nicht der einzige oder wichtigste.

#### **Ist das nicht auch eine Frage der Hoffnung, die man einem Menschen lässt, und wie dieser Mensch damit auch aktiv an der Bewältigung seiner Erkrankung mitarbeiten kann?**

Die Frage ist, was man unter Hoffnung versteht? Ich denke, es ist unehrlich und außerdem kontraproduktiv, wenn man Hoffnung generiert für etwas, das gar nicht mehr da ist. Als Palliativmediziner macht man ständig die Erfahrung, dass viele Patienten erleichtert sind, wenn sie das von einem ehrlich hören, was sie selbst schon länger fühlen: nämlich, dass die Erkrankung ständig fortschreitet und das Leben dadurch begrenzt ist. Die zu- ▶



© Jaroslaw Grudzinski - Fotolia.com

---

*„Das Wichtigste, das Patienten generell wollen, ist, als Mensch und in ihrer Menschenwürde, in ihrem Sein geachtet zu werden – und das unabhängig davon, ob sie mit gebrochenem Fuß das Krankenhaus betreten oder mit terminaler Krebserkrankung.“*

---

nehmende Diskrepanz zwischen dem, was Patienten selbst fühlen, was sie am nonverbalen Verhalten ihrer Umgebung ablesen, und dem, was ihnen verbal an „Hoffnung“ vermittelt wird, ist für viele massiv belastend. Wie belastend das ist, merkt man an der Dankbarkeit, die diese Patienten nach dem Aufklärungsgespräch formulieren. Nur wer diese Dankbarkeit nie gespürt hat, kann glauben, dass die künstlich hochgehaltene „Hoffnung“ für diese Patienten besser ist.

Dass diese Aufklärung professionell erfolgen muss, dass sie in der Regel ein Prozess ist, an dem der Patient mitarbeiten muss und nicht einfach ein einziges, direktives Aufklärungsgespräch, versteht sich von selbst.

### **Ist es nicht auch eine unglaubliche Last und Verantwortung, die bei solchen Gesprächen auf Ihnen ruht?**

Es liegt auf einer ganz anderen Ebene, aber so ein Gespräch zu führen bedeutet so viel Verantwortung zu übernehmen, aber auch mindestens so viel Befriedigung zu erleben, wenn es gelingt, wie bei einer schweren Operation.

### **Wie definieren Sie Ihren Erfolg?**

Erfolg ist es unter anderem, wenn es gelingt, den Patienten in ihrer verbleibenden Lebenszeit einen Mantel der Betreuung anbieten zu können, der für ihn maßgeschneidert ist und ihn in einer oft sehr schwierigen Zeit seines Lebens vor Unbill schützt. Es geht dabei nicht darum, diese Zeit in einer vorgegebenen Weise zu gestalten, sondern den Patienten auf seinem individuellen Weg zu begleiten. Die Geburt stellt sich ja eher als uniformer Weg dar. Das Sterben hingegen ist ein Extrembeispiel von Individualität. Die Verwirklichung so eines persönlichen Weges ist auch ein Teil der Menschenwürde.

**Vielen Dank für das Gespräch!** ■