

Gedanken zum Sterben im Spital aus altersmedizinischer Sicht

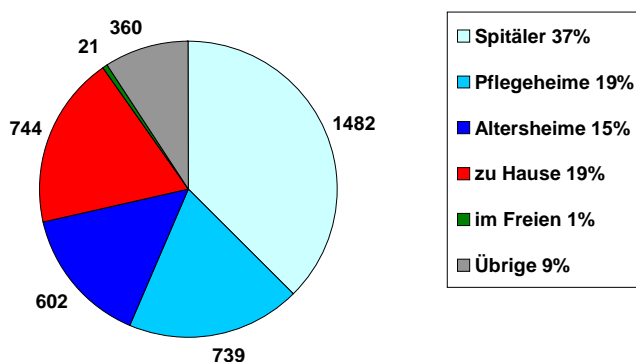
Daniel Grob, Chefarzt der Klinik für Akutgeriatrie am Stadtspital Waid, Zürich
Kurzreferat im Rahmen der Fortbildung der Aerztegesellschaft des Kantons Zürich. 11. April 2002

Sterben im Spital ist häufig.

Dass Menschen im Spital sterben, ist nicht ein seltenes Phänomen. Es wurde als "die moderne und häufigste Form des Sterbens" bezeichnet. Je nach Spital resp. der dortigen medizinischen Angebote, die sich an jeweils spezifische Gruppen von Patientinnen und Patienten richten, kann die Mortalität in Akutspitälern einige bis über 10 Prozent der aufgenommenen und stationär behandelten Menschen betragen.

Das Akutspital ist auch der Ort, wo die grösste Gruppe der pro Jahr sterbenden Einwohner der Stadt Zürich stirbt.

Sterbeorte Einwohner Stadt Zürich 1999
(N=3948) Statist. Jahrbuch der Stadt Zürich 2000

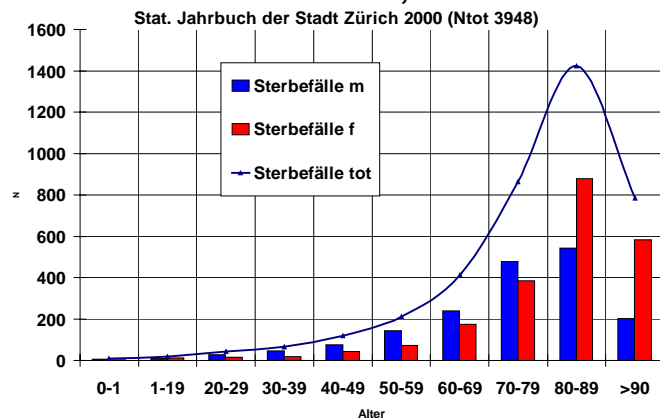


Es sind dies meistens ältere Menschen.

Sterben ist ein Phänomen des Alters geworden.

Sterben ist ein Altersphänomen geworden. Drei Viertel aller Menschen in der Stadt Zürich sterben über 70-jährig, fast 60% über 80-jährig

Sterbefälle nach Alter, Zürich 1999



Sterben als natürlichen Vorgang verschwindet damit aus dem Bewusstsein eines grossen Teils der Bevölkerung und wird zu einem Phänomen der "Randgruppe" der alten und sehr alten Menschen.

Damit sind v.a. Spitäler, die sich mit der Behandlung alter Menschen beschäftigen, mit dem Sterben im Spital konfrontiert.

Die individualistische versus die institutionelle Sicht auf das Sterben im Spital.

Sterben im Spital kann nun aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden. Die uns Ärztinnen, Ärzten und Pflegenden wohlvertraute Sicht ist die individualistische. Sterben als Ereignis eines einzelnen Menschen – auf dem Hintergrund seiner gesundheitlichen Situation, seiner Biografie, seines sozialen Umfeldes.

Aus dieser Sicht werden die im Einzelfall relevanten Fragen z.B. von Palliation und Sterbebegleitung beantwortet. Diese Sicht soll hier nicht weiter verfolgt werden: die Klinik für Geriatrie & Rehabilitation hat eine lange Erfahrung und gelebte Kultur in Palliativ-Medizin; Klinik-Exponenten gehörten auch zu den Gründungsmitgliedern der Schweiz. Gesellschaft für Palliativmedizin.

Hier thematisiert werden soll die institutionelle Sicht auf das Problem "Sterben im Spital" - wie geht die Institution Spital mit dem Sterben um ?

Die Institution Spital und das Sterben

Das moderne Akutspital ist ein Betrieb, welcher auf Lebensrettung, Gesundung, Rehabilitation oder Lebensverlängerung ausgerichtet ist. Dies wird in der Regel auch so in der Öffentlichkeit kommuniziert. Man findet in entsprechenden Veröffentlichungen von Spitälern (z.B. im Internet) Aussagen wie: "Gesundheit ist wertvoll - wir helfen Ihnen, sie zu erhalten" oder "Alles für Ihr Wohlbefinden" oder auch "unsere Mitarbeitenden setzen sich täglich für die Genesung kranker Menschen ein".

Diese so vermittelten Ziele sind wohl korrekt, sie betonen die heutige Hauptaufgaben des Spitals "Gesundung, Rehabilitation, Lebensrettung, Lebensverlängerung". Die Spitalorganisation ist folgerichtig auch an diesen Zielen ausgerichtet.

Allerdings wurde, wie wir oben gesehen haben, in unserer Zeit der Tod aus den privaten vier Wänden in die Räume des öffentlichen Spitals verlegt. Trotz des wachsenden Anteils der im Spital Gestorbenen ist eine geplante, kommunizierte, spezifische Dienstleistung für Sterbende in den offiziellen Zielsetzungen von Spitälern meist nicht vorgesehen – "Sterben im Spital" ist ein wohl häufig vorkommender, aber eben explizit nicht zielkonformer Prozess. Das Sterben widerspricht den grundlegenden Zielen "Gesundung, Rehabilitation, Lebensrettung, Lebensverlängerung" des Spitals. Dies wird auch durch folgendes illustriert:

Todesraten bestimmter Patientengruppen in Spitälern dienen heute auch als Indikatoren zur Messung der Dienstleistungsqualität und es werden entsprechende Quervergleiche gezogen ("benchmarking") – zum Beispiel in England in der Laienpresse: "Revealed – the hospitals with the worst death rates in Britain" oder in einer im Internet zugängliche Liste mit den Mortalitätsraten einzelner Spitäler in den USA.

Solche Quervergleiche sind natürlich nur statthaft, wenn einerseits identische Patientengruppen verglichen werden (gleicher "Case-Mix"), was ausgeklügelter statistischer Techniken bedarf und wenn andererseits genügend lange Beobachtungszeiten mit genügend grossen Patientengruppen einbezogen werden.

Da Qualitätsmessungen und Benchmarkings primär dazu dienen sollten, die Prozesse im eigenen Spital zu optimieren, stellt sich zudem die Frage, wie solche als unerwünscht angesehenen Outcomes einzelnen Teilen von Dienstleistungsprozessen im Spital zugeordnet werden können. In Bezug auf den in seiner individuellen Entwicklung äusserst komplexen Outcome-Parameter "Sterben" bin ich sehr skeptisch, dass dies überhaupt gelingen kann - können wir aus den Sterberaten bestimmter Patientengruppen irgendwelche sinnvolle Schlussfolgerungen für die Optimierung der Prozesse ziehen ?

Zu dem Phänomen "Sterben im Spital", welches nicht konform ist mit den erklärten Zielen einer Institution und welches heute als negatives Behandlungsergebnis (Outcome) eines Spitals kommuniziert und von der Administration als Benchmarking-Kriterium benutzt werden kann, können aber insbesondere Spitalmitarbeitende keinen positiven emotionalen Zugang finden:

Es ist nicht erstaunlich, dass Sterben von den Mitarbeitenden wie auch den Angehörigen damit oft als Niederlage ärztlicher Bemühungen, als unerwünschten Weg oder als Fehlschlag wahrgenommen wird.

In den letzten Jahren ist in Fachkreisen das Bewusstsein und sind entsprechende Fachkompetenzen für ein würdiges Sterben allerdings gestiegen – dies auf einer Ebene von individuellen Qualifikationen.

Die Fragen aber, wie das Spital als Betrieb auf einen Prozess reagiert, der sich täglich im Betrieb abspielt und der mit den primären Zielen nicht übereinstimmt, ist bis heute nicht beantwortet. Im Gegenteil, die dem Spital als Anreiz zur kostengünstigen Betriebsführung zugewiesenen Systeme (Beispiel Fallkostenpauschalisierung und entsprechenden Druck auf die Aufenthaltstage) können den Zielen einer palliativer Medizin resp. palliativen Kultur entgegenlaufen - es sei dann, man würde gegensteuern z.B. in Form einer Fallkostenpauschale "palliative Behandlung und Pflege".

Üblicherweise und heute in zunehmenden Masse werden häufig vorkommende Prozesse im Spital organisiert – man spricht z.B. von Behandlungspfaden.

Ganz prinzipiell sind heute zwei Strategien erkennbar: Die Hospiz-Bewegung will Schwerkranken und Sterbenden eine Alternative bieten zum hochtechnisierten, therapeutisch orientierten Spital. Damit wird das Spital (zumindest zu einem kleineren Teil) von einer Funktion entlastet, deren Zielkonformität man anzweifelt.

Das Sterben wird aus dem Spital genommen oder zumindest auf eine dazu spezialisierte Abteilung verlegt (in Hospize oder Palliativstationen, welche eine andere Zielsetzung besitzen als kurativ-rehabilitative).

Die gegensätzliche Strategie würde darin bestehen, die Spitalorganisationen so flexibel zu gestalten, dass auch im kurativ-therapeutisch orientierten Spital ein menschenwürdiges Sterben ermöglicht wird.

Kann oder muss Sterben im Spital deshalb organisiert werden ?

Kann oder muss nun auch "Sterben im Spital" organisiert werden ? Und wenn ja, was wären dann die zu beachtenden Grundvoraussetzungen ?

Sterben von Spitalpatientinnen und -patienten ist in aller Regel ein Prozess, der bei der Aufnahme ins Spital weder vorhersehbar noch angezielt ist - es werden kaum je Patientinnen "zum Sterben" ins Spital eingewiesen. Der Sterbeprozess wird im Verlaufe der Behandlung erkennbar und unausweichlich. Das Spital kann und darf sich diesem Prozess nicht verschliessen - eine Verlegung von sterbenden Patientinnen und Patienten in eine andere Institution wird heute (noch?) zu Recht in aller Regel als inhuman betrachtet. Die Bedürfnisse von sterbenden Menschen, wie persönliche Sterbebegleitung, menschliche Anteilnahme, Wahrung der Intimität, Angehörigen-Begleitung, geeignete medizinische Massnahmen (die keineswegs ein "Nichts-mehr-Tun" bedeuten!), Anerkennung von Todes-Riten und insbesondere genügend Raum, Zeit und Betreuungskontinuität müssen in der Spitalorganisation berücksichtigt werden.

Dies bedeutet ein Mehr an Flexibilität der Prozeduren, ein Mehr an Team-Vereinbarungen und -Kommunikation, ein Mehr an ärztlichem und pflegerischem Beistand, ein Mehr Zeit und Raum und ein Mehr an weichen Faktoren wie Kommunikation, Zuwendung, Intimität.

Der Prozess Sterben im Spital steht damit in scharfem Kontrast zu den heute dominierenden technisch-orientierten und durchorganisierten Prozessen eines modernen Akutspitals.

Ausblick

Im Hinblick auf die Häufigkeit des Sterbens im Spital und auf den oft überraschend einsetzenden Sterbeprozess führt aus der Sicht einer altersmedizinischen Klinik kein Weg daran vorbei, spezielle Vorkehrungen, "Programme", Behandlungspfade für sterbende Patienten im Akutspital zu treffen – mit dem Ziel der Entwicklung einer "palliativen Organisationskultur".

Es ist dies eine grosse Herausforderung an die Klinik und deren Mitarbeitenden, welche befähigt sind, im Einzelfall verschiedene Therapiekonzepte anzubieten: von kurativer Therapie über Rehabilitation bis zu Palliation und Sterbebegleitung; Dies nicht selten beim gleichen Patienten.

Die Schwierigkeit wird darin bestehen, diese palliative Organisationskultur im Hinblick auf die Spitalzielsetzungen und das im Spital negative Image des Sterbens umzusetzen. Erschwerend kommt hinzu, dass einige der dazu absolut notwendigen Rahmenbedingungen in Zukunft mit Sicherheit schlechter werden – z.B. der Faktor "verfügbare Zeit".

Ich denke, dass gerade unsere altersmedizinische Klinik, in welcher weiche Faktoren wie Kommunikation, Beziehungspflege, Teamarbeit etc. seit jeher hohen Stellenwert besitzen und in welcher bereits viel palliativ-medizinisches Wissen vorhanden ist, hierzu gute Voraussetzungen bietet:

Sterben im Spital muss zum expliziten Thema der Organisation gemacht und damit organisiert werden, entsprechender persönlicher Einsatz von Mitarbeitenden muss von der Institution belohnt werden und professionelle Kompetenz von Einzelpersonen muss zum Bestandteil der Gesamtorganisation werden.

Literatur / Unterlagen:

- NZZ-Format 1997
- Statistisches Jahrbuch der Stadt Zürich 2000
- Websites: www.triemli.ch, www.insel.ch, www.kssg.ch
- Pennington M. Memento mori - eine Kulturgeschichte des Todes. Kreuz-Verlag Stuttgart 2001
- Heller A. Menschenwürdig Sterben als Frage der OE im KHS. 16. Internat. Krankenhaussymposium Berlin 1998
- Sterbehilfe. Bericht der Arbeitsgruppe an das Eidg. Justiz- und Polizeidepartement. März 1999
- Huber F. Finanzierung der Palliative Care aus der Sicht der Sozialversicherung. Managed Care 8; 2001