Essay

Roland Kunz*

Covid-19: die palliativmedizinische und geriatrische Perspektive

Covid-19: from a palliative and geriatric medicine standpoint

<https://doi.org/10.1515/spircare-2020-0074>

Zusammenfassung: Die aktuellen Erfahrungen zeigen, dass Covid-19 besonders ältere Menschen bedroht, die eine höhere Mortalität durch die Infektion aufweisen. Die behördlichen Schutzmaßnahmen wie Besuchs- und Ausgangsverbot sollen sie davor schützen. Sie verursachen aber gleichzeitig neues Leid durch die Isolation und erschweren die Begleitung am Lebensende. Die schlechte Prognose intensivmedizinischer Maßnahmen erfordert eine vorausschauende Planung und Entscheidungsfindung, aber auch ein kompetentes palliatives Versorgungsnetz. Dazu gehört auch Spiritual Care zur Hilfe bei der Bewältigung existenzieller Fragen und Ängste.

Schlüsselwörter: Schutzmaßnahmen, Advance Care Planning, Memento mori, Palliative Care

Abstract: Available evidence has shown that older people are more likely to experience serious and life-threatening complications from COVID-19 infection. In light of the latest government advice about staying at home, and the need to shield care home populations, it is recommended that care homes do not allow visiting. This will pose particular challenges at the end of life, and many residents might suffer from isolation. The poor prognosis of intensive care measures requires advanced careful planning and decision making, but also a competent palliative care network. This also includes spiritual care to help overcome existential questions and fears.

Keywords: protective measures, advance care planning, memento mori, palliative care

Einleitung

Die Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) bedroht die ganze Bevölkerung, am stärksten gefährdet für schwere und tödliche Verläufe sind aber ältere Menschen, die häufig multimorbid und gebrechlich sind. Die bisherigen Erfahrungen zeigen in Europa für die Todesfälle ein medianes Sterbealter um achtzig Jahre (Epicentro 2020). Als besonders gefährdet gelten die Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeinstitutionen, die rund ein Drittel der Todesfälle ausmachen (Bäurle 2020). Neben dem Alter sind sie durch weitere Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Diabetes mellitus oder Herz-Kreislauf-erkrankungen gefährdet. Diese Erkenntnisse führten zu behördlich verfügten Schutzmaßnahmen, zur Angst vor Versorgungsengpässen in den Krankenhäusern und insbesondere auf den Intensivstationen, aber auch zu einer häufigen Angst vor eigener Ansteckung unter dem Gesundheitspersonal, das teilweise selbst zu einer Risikogruppe gehört. Einige Auswirkungen der Bedrohung durch das Virus, der schlechten Prognose für alte Menschen und der verordneten Schutzmaßnahmen wollen wir näher betrachten.

Schutzmaßnahmen und ihre individuellen Folgen

Eine der wichtigsten verhängten Maßnahmen zur Eindämmung der Virusausbreitung und zum Schutz besonders gefährdeter Menschen ist das Besuchsverbot in Krankenhäusern und Heimen. Diese Maßnahme macht aus epidemiologischer Sicht Sinn und die Praxis beweist auch ihre Wirksamkeit. Schaut man aber nicht nur auf Zahlen wie die Infektionsraten, sondern auf die Auswirkungen auf die Zielgruppe, die von diesen Schutzmaßnahmen profitieren soll, eröffnet sich ein zwiespältiges Bild. Viele alte Menschen in Heimen oder im Spital leiden enorm unter dieser Abschottung, aber auch unter den Schutzmaßnahmen im

*Korrespondenzautor: Dr. med. Roland Kunz, Geriatrie und Palliativmedizin, Stadtspital Waid und Triemli, Zürich,
E-Mail: roland.kunz@waid.zuerich.ch

zwischenmenschlichen Umgang mit den Betreuenden. Im Gespräch mit Patientinnen und Patienten unserer akutgeriatrischen Abteilung zeigt sich eine hohe und breit gefächerte Betroffenheit. Viele bezeichnen ihre Grundstimmung als traurig. Sie vermissen den Partner oder die Partnerin, die Familie und fühlen sich sehr allein. Telefonkontakte ersetzen körperliche Nähe nicht, einige sehnen sich nach einer Umarmung, nach Berührung und Wärme. Eine Patientin hat verzweifelt gefragt: „Was habe ich falsch gemacht, dass mir das jetzt angetan wird?“ Das zeigt, dass viele Betagte kaum nachvollziehen können, was der Sinn von Besuchsverbot, Distanzhalten und Gesichtsmaske ist, nämlich der Schutz ihrer eigenen Gesundheit. Weil die Maßnahmen aus verständlichen Gründen trotzdem noch nicht gelockert werden können, ist es umso wichtiger, dass die Betroffenen nicht allein gelassen werden in ihrer Not, dass jemand Zeit hat und zuhört, mit ihnen mitfühlt. Das kann eine wichtige Rolle für die Seelsorgenden sein, weil das Gesundheitspersonal in der aktuellen Situation noch weniger Zeit hat als sonst.

Demenzranke Menschen leiden ganz besonders unter den Auswirkungen der Schutzvorkehrungen. Werden sie während der Corona-Krise in eine Institution eingewiesen, erwartet sie eine zweiwöchige Quarantäne. Sie können nicht verstehen, warum sie nun so verlassen sind und die Sicherheit in vertrauten Beziehungen nicht mehr erfahren dürfen. Oft sind sie durch die Demenz in der verbalen Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt, sie verstehen Absichten des Gegenübers nicht aufgrund der gesagten Worte, sondern durch Wahrnehmung der Mimik, durch Nähe und Berührung. Hinter einer Gesichtsmaske kann aber kein Gesichtsausdruck erkannt werden, manchmal wirkt sie auch bedrohlich wie bei einem Überfall (Schlögl & Jones 2020). Berührungen mit Latexhandschuhen oder Ansprache aus zwei Meter Abstand lösen Angst aus, werden als Ablehnung wahrgenommen und können die Verunsicherung verstärken, sie werden sicher kaum beruhigend wirken.

Wenn für infizierte demente Menschen zusätzlich Einschränkungen der Bewegungsfreiheit veranlasst werden müssen, können sich schwierige ethische Fragen ergeben: Was ist gerechtfertigt, eine Isolation der Betroffenen und allenfalls sogar sedierende Medikamente zu deren Durchsetzung oder eher der Verzicht auf Isolation und Mundschutz unter Inkaufnahme einer möglichen Infektion von Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern? Auch für betreuende Angehörige von Demenzpatientinnen und -patienten zu Hause kann es zur Überforderung werden, wenn sie nicht mehr nach draussen gehen können mit ihrem Patienten, ihrer Patientin voller Bewegungsdrang. Immer in den gleichen vier Wänden die Tage verbringen zu müssen

und keine Möglichkeit für Ablenkung und Bewegung zu haben führen nicht selten zu Spannungen und Aggressionen auf beiden Seiten.

In Zeiten von Angst und Verunsicherung wird für viele Menschen der religiöse Rückhalt wichtig, zum Beispiel der Besuch eines Gottesdienstes. Das Versammlungsverbot verunmöglicht aber Gottesdienste, auch in den Pflegeeinrichtungen. Mit Kreativität und in Absprache mit der Heimleitung ist deshalb nach Formen zu suchen, wie religiöse Räume geschaffen werden können, die Halt und Gemeinschaft vermitteln und trotzdem die epidemiologischen Vorgaben respektieren. Bei Todesfällen sind aktuell nur Beerdigungen im engsten Familienkreis möglich. Diese Einschränkung kann für Mitbewohnende einer Institution eine weitere Belastung bedeuten. Zuerst dürfen sie die Sterbenden, die am Virus erkrankt sind, nicht mehr besuchen, nach dem Tod können sie sich nicht von ihnen verabschieden und bleiben mit ihrer Trauer allein zurück, ohne das Ritual einer Abschiedsveranstaltung.

Memento mori

Aus heiterem Himmel traf die Bedrohung durch das Virus unsere Gesellschaft, die Bilder aus Italien und Spanien mit den zahlreichen Toten, den überforderten Krankenhäusern und den überfüllten Intensivstationen haben Menschen jeden Alters erschreckt. Wir vertrauten bisher alle auf die Möglichkeiten der modernen Medizin und einer scheinbar gut aufgestellten Gesundheitsversorgung, die uns Sicherheit gaben für eine allfällige Krankheitssituation. Und plötzlich wird dieses Sicherheitsgefühl erschüttert, vorher gesunde Menschen sterben nach nur kurzer Krankheit trotz allen medizinischen Anstrengungen. Diese Erkenntnisse und die Bilder im Fernsehen wirken als ein *memento mori*, wie wir es in Mitteleuropa seit Jahrzehnten nicht mehr erlebt haben. Menschen jeden Alters reagieren teilweise mit Panik darauf, schotten sich ab, kontrollieren kritisch das Verhalten der Mitmenschen und verlangen nach härteren behördlichen Maßnahmen. In der Risikogruppe der Betagten gibt es aber nicht wenige, die für sich keine Gefahr sehen wollen, die sich einreden, sie hätten schon grösseren Gefahren getrotzt. Aber etliche vor allem ältere Menschen machen sich angesichts der Bedrohung auch konkrete Gedanken – vielleicht erstmals – über das eigene Lebensende und darüber, was sie bei einer eigenen Erkrankung am Virus möchten, wo sie Grenzen setzen wollen. Sie wünschen Gespräche und Beratung im Sinne eines *Advance Care Planning*. Gesprächspartner für diesen Prozess der Willensbildung können nicht nur Gesund-

heitsfachleute sein, sondern auch andere Vertrauenspersonen wie Seelsorgende.

Advance Care Planning

Schwere Verläufe der Covid-19-Erkrankungen sind wie erwähnt vor allem bei betagten, multimorbiden Patientinnen und Patienten zu erwarten. Trotz Hospitalisation und Intensivmedizin ist ihre Mortalität sehr hoch, von den beatmeten hochaltrigen Patientinnen und Patienten mit einem Lungenversagen überleben aus Erfahrung der Intensivmediziner höchstens ganz wenige. Über diese Fakten und Prognosen sind vor allem alte Menschen mit Vorerkrankungen, wie sie insbesondere in Pflegeinstitutionen angetroffen werden, zu informieren. Und die Ärztinnen und Ärzte müssen die Indikation für eine Krankenhauseinweisung von multimorbiden alten Menschen mit einer Covid-19-Erkrankung sehr sorgfältig abwägen und am ehesten bei Komplikationen von Begleiterkrankungen in Betracht ziehen. Wenn sie den Willen und die persönlichen Abwägungen des Betroffenen kennen, wird das die Entscheidung für oder gegen eine Einweisung erleichtern. Viele Befragungen zeigen: die meisten Menschen wünschen sich, nicht auf einer Intensivstation zu sterben, sondern in ihrem gewohnten Umfeld. Dieser Wunsch und die schlechte Prognose einer intensivmedizinischen Behandlung sprechen deutlich für eine vorausschauende Planung (D: Behandlung im Voraus planen, CH: Gesundheitliche Vorausplanung) mit allen Risikopatienten, schon vor oder spätestens bei Diagnosestellung einer Infektion mit dem Coronavirus.

Zur palliativen Behandlung und Betreuung gehört wesentlich der Aspekt der offenen, adäquaten und einfühlsamen Kommunikation mit dem Patienten und auf dessen Wunsch mit seinen Angehörigen. Eine verständliche und wiederholte, stufenweise Aufklärung versetzt den Patienten in die Lage, realistische Erwartungen zu entwickeln und ermöglicht eine eigenständige Willensbildung und Entscheidung (SAMW 2006/2013: 9).

Die Aufklärung über die Ernsthaftigkeit der Infektion und die schlechte Prognose einer intensivmedizinischen Behandlung, aber auch über die Möglichkeiten der *Palliative Care*, ermöglicht den Betroffenen einen Prozess der selbstbestimmten Weichenstellung. Diese individuelle Entscheidung ist wenn möglich mit den Angehörigen abzusprechen und dann entsprechend zu dokumentieren (erweiterte Patientenverfügung, ärztliche Notfallanordnung). Das Dokument muss jederzeit zugänglich sein z. B. für Notärzte, um unerwünschte Hospitalisationen als Folge der Unkenntnis des Willens zu vermeiden.

Die meisten existierenden Vorlagen von Patientenverfügung sind nur bedingt hilfreich, weil sie sich auf einen Zustand beziehen, in dem keine Aussicht mehr auf Besserung besteht. Im Falle einer Corona-Infektion geht es aber um die vorausschauende Planung für eine Situation, in der der Ausgang noch unklar ist, eine Erholung also durchaus auch möglich ist. Da keine spezifische Therapie gegen das Virus besteht, spricht nichts gegen das Abwarten des weiteren Verlaufes am aktuellen Betreuungsort, sofern die angemessene Pflege und Betreuung gewährleistet ist. Bei einem günstigen Verlauf erholt sich der Patient, die Patientin wieder, kommt es aber zu einer ernsthaften Verschlechterung, hilft die vorher gefasste Entscheidung für die Planung der nächsten Schritte. Hat sich ein Patient, eine Patientin gegen eine Krankenhausbehandlung entschieden, ist die kompetente palliative Begleitung vor Ort zu planen.

Palliative Care bei schweren Verläufen

Oft verläuft die Corona-Infektion während ein bis zwei Wochen relativ harmlos und erfordert nur allgemeine unterstützende pflegerische Maßnahmen. Innert Stunden kann es aber bei einem Teil der Fälle zu einer dramatischen Verschlechterung kommen mit einem zunehmenden Lungenversagen. Dann ist eine wirksame und kompetente palliative Symptomlinderung gefragt, um das Leiden in den letzten Stunden oder Tagen zu lindern. Diese Massnahmen können nur ohne Verzug eingeleitet werden, wenn sie im Voraus geplant und besprochen wurden, von den zuständigen Ärztinnen und Ärzten entsprechend verordnet sind und die Medikamente vor Ort griffbereit sind. Die Fachgesellschaft Palliative Geriatrie hat deshalb Empfehlungen publiziert, wie die häufigsten Symptome behandelt werden können und welche Medikamente für den Einsatz bereitstehen müssen (Kunz & Minder 2020).

Das häufigste zu erwartende Problem ist die Atemnot. Kein anderes Symptom ist existenziell so bedrohlich, deshalb wird es meistens durch Gefühle der Angst und Panik noch verstärkt. Sauerstoffzufuhr ist in diesen Situationen bezüglich therapeutischer Wirkung umstritten, kann aber rein symbolisch eine Erleichterung bringen durch das Gefühl, weniger um das Lebenselixier Luft kämpfen zu müssen. Die adäquaten medizinischen Maßnahmen bestehen einerseits in der Verabreichung von Morphin als wirksamstem Medikament gegen Atemnot und andererseits in der Anwendung angstmindernder Medikamente sowie beruhigendem Beistand. Das heisst, die Patientinnen und

Patienten dürfen in dieser Situation nicht allein gelassen werden. Wenn das Pflegepersonal aber durch viele Kranke überlastet ist und die Angehörigen durch ein Besuchsverbot ferngehalten werden, kann das jedoch schwierig werden. Für die Begleitung Sterbender müssen deshalb Ausnahmegewilligungen möglich sein. Diese haben auch den Besuch einer Seelsorgerin, eines Seelsorgers zu umfassen. Wichtig ist die Aufklärung, dass kein Mensch bei einem Atemversagen ein bewusstes Ersticken erleiden muss – was von vielen ohne entsprechende Informationen befürchtet wird. In diesen Situationen ermöglicht eine palliative Sedierung, bei der der sterbende Mensch mit Schlafmitteln in einen künstlichen Schlaf versetzt wird, dass das Ersticken nicht bewusst erlebt werden muss. Die Sedierung ist keine Form der Sterbehilfe, sondern eine palliative Maßnahme zur Symptomlinderung. Der Tod tritt als Folge des Atemversagens ein und wird nicht durch die sedierenden Medikamente verursacht.

Fazit

Die Pandemie mit dem Coronavirus führt zu einer Erkrankungs- und Sterbewelle, wie es unsere Generation noch nie erlebt hat. Diese löst existenzielle Ängste in breiten Kreisen aus, von den Risikogruppen über Mitarbeitende des Gesundheitswesens bis in weite Teile der Bevölkerung. Das Gespräch über diese Ängste, aber auch über die eigene Endlichkeit und über den persönlichen Willen zum Lebensende ist in kurzer Zeit stark ins Zentrum gerückt.

Und die Wichtigkeit der Implementierung einer guten palliativen Versorgung in allen Settings, nicht nur für onkologische Erkrankungen, wurde noch nie so deutlich.

Literatur

- Epicentro (2020) Characteristics of SARS-CoV-2 patients dying in Italy. Report based on available data on April 23th, 2020 (online). Rom: EpiCentro – Istituto Superiore di Sanità (Zitierdatum: 29.04.2020), abrufbar unter https://www.epicentro.iss.it/en/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_23_april_2020.pdf
- Bäurle A (2020) Ein Drittel aller COVID-19-Todesfälle in Heimen (online). Ärztezeitung, 23.04.2020 (Zitierdatum 29.04.2020), abrufbar unter <https://www.aerztezeitung.de/Nachrichten/Ein-Dritter-aller-COVID-19-Todesfaelle-in-Heimen-408859.html>
- Schlögl M, Jones CA (2020) Maintaining Our Humanity Through the Mask: Mindful Communication During COVID-19. Letter to the editor. JAGS 00:1-2, abrufbar unter <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.16488>
- SAMW (2006/2013) Medizin-ethische Richtlinien Palliative Care (online). Bern: Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften. (Zitierdatum 29.04.2020), abrufbar unter <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>
- Kunz R, Minder M: Covid-19-Pandemie (2020) Aspekte der Palliative Care für alte und gebrechliche Menschen zu Hause und im Alters- und Pflegeheim (online). Zürich Berlin Wien: FGPG (Zitierdatum 29.04.2020), abrufbar unter https://www.fgpg.eu/wp-content/uploads/2020/03/FGPG-Empfehlungen-zur-Betreuung-betagter-und-gebrechlicher-Menschen-im-Kontext-Covid-19_20200322.pdf