

Todeswunsch und Lebenswille: Beides zur gleichen Zeit ist möglich

Vor kaum einem anderen Schicksal haben die Deutschen so viel Angst, wie im Alter dement zu werden, an unerträglichen Schmerzen zu leiden, hilflos zu werden, ihre Selbstbestimmung zu verlieren – und anderen dabei auch noch zur Last zu fallen. Folge sind regelmäßig wiederkehrende öffentliche Debatten um den ärztlich assistierten Suizid, so auch auf einer Fachtagung für Geriatrie in Köln.

von Bülent Erdogan-Griese

„S aure-Gurken-Zeit“, „Sommerloch“, Zeit der Zeitungsenten, Lobbyisten und Hinterbänkler: Jedes Jahr aufs Neue stellt man sich in den Hauptferienwochen zwischen Juli und September, wenn Millionen Bundesbürger in aller Herren Länder urlauben, die Zeitungsabos pausieren und die Fernsehanstalten Filmkost aus der Konserve aufziehen, in den Redaktionen die Frage: „Was sollen wir denn heute berichten?“ Und so schaffte es vor Jahren selbst das Überraschungsei in die ARD-„Tagesschau“.

Debatte flackert immer wieder auf

Zum berühmt-berüchtigten Sommerloch gesellt sich medial seit einiger Zeit jene Phase „zwischen den Jahren“: Dann nimmt sich die vom Weihnachtsbraten kurzzeitig postprandial seditierte Republik Zeit, innezuhalten und in der Alltagshektik verschütteten ethischen Fragen nachzuspüren: Anfang Januar 2014 flackerte jedenfalls die Debatte um die gewerbsmäßige Sterbehilfe erneut auf. Auf den ersten Blick also ein typisches Sommer-wie-Winterloch-Thema: Dieses Mal war die Sache dann doch etwas anders, hat nämlich auch die neue schwarz-rote Berliner Koalition gewissermaßen erst zwischen den Jahren ihre Arbeit aufgenommen. Zweitens: Vor kaum einem anderen Schicksal haben die Deutschen so viel Angst, wie im Alter dement zu werden, an unerträglichen Schmerzen zu leiden, hilflos zu werden,



Den Wunsch eines Patienten, nicht mehr leben zu wollen, sollten Ärzte nicht mit Schweigen beantworten, sondern offen über diese Willensäußerung sprechen, meint Dr. Raymond Voltz, Palliativmediziner an der Universitätsklinik Köln. Denn meist steckt hinter einer solchen Aussage ein Hilferuf nach Linderung von Symptomen und psychosozialer Stützung und Anerkennung als vollwertiger Teil der Gesellschaft. Foto: AIPix/PHN

ihre Selbstbestimmung zu verlieren – und anderen dabei auch noch zur Last zu fallen. Und drittens ließ der Dauerzwist in der Vorgängerkoalition das Thema auf der langen Bank versauern.

Organisierte Sterbehilfe verbieten

Nun also ein neuer Anlauf: Dabei soll nicht nur die gewerbsmäßige, sondern auch die organisierte aktive Sterbehilfe verboten werden, schallt es aus der großkoalitionär geprägten Hauptstadt an der Spree bis in die Metropolen an Elbe, Isar und Rhein. Bis zum Sommer, so die ursprüngliche Hoffnung, sollte eine Regelung getroffen werden, die Organisationen wie dem Schweizer Sterbehilfeverein *Exit* die Tätigkeit in Deutschland untersagt. Inzwischen hat man es nicht mehr ganz so eilig, 2015, so verlautet aus dem Blätterwald, könnte ja auch reichen. Der Tod nimmt schließlich nicht Reißaus.

Mit dem Tod aus ärztlicher wie wissenschaftlicher Perspektive beschäftigt sich Professor Dr. Raymond Voltz, Palliativmediziner an der Universitätsklinik Köln. „Unsere Erfahrung zeigt, dass der Mensch zur gleichen Zeit sowohl einen starken Todeswunsch als auch einen unbändigen Lebenswillen verspüren kann“, sagt Voltz Ende Januar auf der MCC-Fachkonferenz „Geriatrie 2014: Agenda 20/20: geriatrische Strukturen für das nächste Jahrzehnt“ in Köln. Immer wieder löse die Angst der Menschen vor dem Tod und dem Sterben

gesellschaftliche Debatten über Sterbehilfe aus, wie dies aktuell der Fall sei, ergänzt der Neurologe, der das Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik leitet und Präsident des diesjährigen Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) vom 24. bis 27. Juni in Düsseldorf ist. „Man kann zum Beispiel im gleichen Moment auch denken“, blickt Voltz verschmitzt in den Veranstaltungssaal, „dass diese Veranstaltung hochinteressant ist, man aber eigentlich doch lieber eine Runde um den Adenauer-Weiher machen möchte“. Im englischen Wissenschaftsjargon spricht man dann von „Double Awareness“, also einem doppelten Bewusstsein im gleichen Moment. Der Adenauer-Weiher zu Füßen des Konferenzhotels lädt an diesem Tag aber auch wirklich wenigstens zu einem kurzen Spaziergang ein.

Todeswunsch nicht tabuisieren

Mediziner Voltz rät seinen Kolleginnen und Kollegen dazu, den Wunsch eines Patienten, nicht mehr leben zu wollen, nicht mit Schweigen zu beantworten, sondern offen über diese Willensäußerung zu sprechen. Der Todeswunsch sei ohnehin ein differenziertes Phänomen, wie die Praxis zeige: So gebe es die passive Akzeptanz des Todes, die als Anpassung des Patienten an ein nicht kontrollierbares Geschehen verstanden werden könne. Es gebe den Lebensmüden ebenso wie den Patienten, der seinen Todeswunsch oder die Selbst-

tötungsabsicht geheim halte. Ganz selten seien schließlich diejenigen, die ihren Ärzten gegenüber explizit einen Todeswunsch äußerten und um Hilfe ersuchten. Antrieb für den Wunsch zu sterben sei jedenfalls in hohem Maße eine Kombination aus Depression und Hoffnungslosigkeit, berichtet Voltz.

„Wenn ein Patient sagt, er möchte nicht mehr leben, dann meint er in der Regel: Ich möchte so nicht mehr leben!“, stützt Dr. Birgit Weihrauch, frühere Abteilungsleiterin im Gesundheitsministerium, die Ausführungen ihres Kollegen. Ausdrücklich lobt sie die Fortschritte, die der Landesteil Nordrhein in der allgemeinen wie der spezialisierten Palliativmedizin bisher gemacht habe – bei allen noch zu verbessernden Aspekten. Damit hebe sich NRW vom Rest der Republik ab. Experten wie Weihrauch und Voltz verstehen eine gute Palliativmedizin ausdrücklich auch als Antwort auf die Sorge der Menschen, als Senioren in einem Klinikbett dahinzugehen und Familie, Freunden und der Gesellschaft sowohl emotionale und seelische Bürde als auch knallhart kalkulierbarer Kostenfaktor zu sein.

Sondenernährung immer begründen

Die Grenze zwischen kurativer Intervention und Palliation ist für Ärztinnen und Ärzte mitunter schwer zu erkennen, wie Privatdozent Dr. Mathias Pfisterer, Chefarzt der Klinik für Geriatrische Medizin und des Zentrums für Palliativmedizin am Agaplesion Elisabethenstift Evangelisches Krankenhaus Darmstadt erläutert. Relativ einfach ist der Übergang noch bei Krebspatienten erkennbar, wenn die Prognose infaust ist. Bei vielen Patienten mit Organversagen kommt es in Wellen immer wieder zu intensiven kurativen Unterstützungsphasen, der Verlauf ist von Zeiten der Erholung des Patienten geprägt. Wann schließlich die Palliation in den Vordergrund ärztlichen Handelns treten sollte, ist schon schwerer zu beurteilen. Besonders schwer, so Pfisterer, wird diese wichtige Prognosestellung bei dementen Patienten. Demenzbegleitende Symptome im Endstadium seien im Wesentlichen die Schluckstörung, Dehydratation, Aspirationspneumonie und Mangelernährung.

Nach Ansicht von Pfisterer ist die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr bei diesen Menschen als aktive Behandlung immer rechtfertigungspflichtig.

Therapeutische Teams, die auf eine künstliche Ernährung verzichteten, sollten diese Entscheidung auch auf die künstliche Flüssigkeitszufuhr anwenden. Insgesamt zeige sich, dass der infolge einer Dehydratation in Kauf genommene Tod humaner sei als wenn der Patient lediglich nicht mehr ernährt wird. Wird auf eine künstliche Flüssigkeitszufuhr verzichtet oder diese eingestellt, sollten sowohl die Familie des Patienten als auch die Pflegekräfte darüber aufgeklärt werden, dass der Patient an der Grunderkrankung und nicht an der Dehydratation sterben wird, so Pfisterer.

Für eine sensible, gleichzeitig aktive Herangehensweise plädiert auf dem Kongress auch Professor Dr. Werner Vogel vom Evangelischen Krankenhaus Gesundbrunnen in Hofgeismar. Seit 45 Jahren kümmern sich Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und andere Gesundheitsberuflicher in Hofgeismar um die Gesundheit älterer Menschen. Behandelt werden unter anderem Patienten, die einen Schlaganfall erlitten haben oder unter den Folgen von Stürzen oder anderen Erkrankungen wie Morbus Parkinson oder Multiple Sklerose leiden. „Bevor wir anfangen, klären wir das Therapieziel, und zwar gemeinsam mit dem Patienten.“ Dieser müsse Therapien und die Entscheidungen für diese verstehen und nachvollziehen können – und deren Erfolg auch aktiv wollen. Anderenfalls laufe die Intervention ins Leere, so der Ärztliche Direktor der nach eigenen Angaben ältesten Spezialklinik für Geriatrie in Deutschland.

Motivation in der Gruppe

Im Hofgeismarer Stadtteil Gesundbrunnen setzt man seit langem auch auf die Motivation in der Gruppe durch die Gruppe. Patienten, die eine Übung noch nicht beherrschen, können sich am Fortschritt der anderen aufrichten und Anleitung unter Gleichen erfahren. „Das an der Alltagsfunktion orientierte Miteinander ist das Erfolgsgeheimnis unserer Arbeit“, sagt Vogel. In der täglichen Arbeit habe sich als wesentlich herausgestellt, den Sorgen der Patienten Rechnung zu tragen: „Alle unsere Patienten haben große Angst davor, zu stürzen. Daher müssen wir ein hohes Maß an Sicherheit gewährleisten und unseren Patienten auch vermitteln, dass sie bei uns sicher sind“, zeigt Vogel ein Bild, auf dem sich ein Mann an einem Gehstock stützt und so wieder Mobilität erlangt.

Die grundlegenden Probleme der Geriatrie zeigen sich für Vogel in der finanziellen Ausstattung altersmedizinischer Angebote und in der Vernetzung aller an der Versorgung beteiligten Akteure: So müssten ausreichend Therapieplätze vorgehalten werden und auch genügend Zeit für die Therapie eingeplant werden. Darüber hinaus gelte es, die derzeit „impermeable Membran“ zwischen dem ambulanten und stationären Sektor durchlässig zu machen.

Geriatric schon im Studium

Den Geriater als Experten des oft multimorbiden, chronisch kranken Patienten schon im Medizinstudium in den Fokus des ärztlichen Nachwuchses zu rücken, das hat sich Professor Dr. Ralf Joachim Schulz, Inhaber des Lehrstuhls für Geriatrie der Universität zu Köln, zum Ziel gesetzt. Die Herausforderung ist dabei grundlegend: Geriatrie als Fach, das den ganzen Menschen und alle medizinischen Sphären in den Blick nehmen muss, also von der Prävention über die Kuration und Rehabilitation bis hin zur Palliation, tut sich schwer in der trennscharfen Schilderung eigener Aufgaben und Kompetenzen – noch dazu in der Kooperation mit anderen Disziplinen. Was macht also den Geriater in der täglichen Versorgung aus, fragt Schulz, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, in die Runde? Lediglich die Rolle als „Cash Cow“ im DRG-Betrieb Krankenhaus?

Antworten auf diese Frage soll nach dem Willen von Schulz neben der Etablierung des Facharztes für Innere Medizin und Geriatrie auch eine verstärkte Grundlagenforschung erbringen, die bislang allerdings noch in den Kinderschuhen stecke und finanziell besondere Anforderungen stelle. So könne die DGG die 100.000 Euro, die in etwa für eine S3-Leitlinie aufzuwenden seien, aus ihren Mitteln nicht stemmen, so Schulz. Insgesamt stelle sich die klinische Versorgung, Lehre und wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem alten Menschen in Deutschland als „zartes Pflänzchen“ und sehr heterogen dar. Dies zeige sich schon bei der völlig unterschiedlichen Namensgebung der bundesweit derzeit acht Lehrstühle für geriatricische Medizin. Bei der personellen Besetzung hat sich in Köln jedenfalls schon einiges getan. Am Lehrstuhl sind sechs Mitarbeiter und 19 Doktoranden tätig.