

Podiumsdiskussion und Fachtagung

Sterben: Nicht einsam, sondern geborgen

Von Sandra Wilsdorf

Engagierte, aber auch nachdenkliche Podiumsdiskussion: Auf Einladung von Diakonie und Ärztekammer diskutierten etwa 200 Gäste das Thema „Sterbe(n)-Hilfe!“, darunter Hamburger Ärzte, Kirchenvertreter, Politiker und Pflegekräfte.

Die meisten Menschen möchten gerne zu Hause sterben, am liebsten im Schlaf. Die Realität sieht anders aus: Jedes Jahr sterben in Deutschland etwa 800.000 Menschen, dreiviertel von ihnen im Krankenhaus. Was können wir dafür tun, dass unser Sterben ein wenig mehr so ist, wie wir es uns wünschen? Wie stellen wir sicher, dass Patientenverfügungen im Ernstfall auch gelten? Brauchen wir zusätzliche rechtliche Regelungen? Was ist

Kauch (FDP) und Dr. Wolfgang Wodarg (SPD) aus ganz unterschiedlichen Perspektiven.

Über das Sterben nachdenken

Einig waren sie sich über die Notwendigkeit, beizeiten über das eigene Sterben nachzudenken und eine Patientenverfügung sowie eine Vorsorgevollmacht zu verfassen. „Ich hoffe, dass mehr Menschen sich ihrer Sterblichkeit stellen und zwar bevor der Akutfall eintritt, der Bewusstsein und Entscheidungsfähigkeit trübt“, fasste Dr. Albert Schäfer zusammen. Er hält es für wichtig, dass wir über Werte ins Gespräch kommen, nach denen wir leben und nach denen wir sterben wollen.



Er appellierte an alle Menschen, eine Patientenverfügung so klar und genau wie möglich zu formulieren und sie regelmäßig zu aktualisieren.

Das hielt er für wesentlich wichtiger als die Bemühungen der Politik, Patientenverfügungen bis in das kleinste Detail rechtlich regeln zu wollen: „Ich warne vor dieser Surrogat-Diskussion, die uns von dem eigentlich wichtigen Thema abhält, und das sind die Strukturen.“

Der SPD-Bundestagsabgeordnete und Arzt Wodarg äußerte sich ähnlich: „Ich



Wodarg, Schreiber, Montgomery, von Welser, Stoltenberg, Kauch, Schäfer (v. links)

überhaupt ein würdevoller Tod? Moderiert von NDR-Landesfunkhausdirektorin Maria von Welser diskutierten auf dem Podium Landespastorin Annegrethe Stoltenberg, Ärztekammerpräsident Dr. Frank Ulrich Montgomery, Autor und Journalist Hermann Schreiber, der Ethiker und Pastor im Ruhestand Dr. Albert Schäfer sowie die Bundestagsabgeordneten Michael

Dr. Frank Ulrich Montgomery wies darauf hin, dass es keinen Zweifel gibt: „Patientenverfügungen sind rechtlich bindend.“ Häufig stünden Ärztinnen und Ärzte jedoch vor dem Problem, dass es entweder keine gäbe oder sie mehrdeutig abgefasst seien. „Wir müssen den mutmaßlichen Willen eines Menschen ermitteln, den wir nicht kennen. Das ist oft schwierig.“

glaube, dass das Thema bei der Justizministerin eigentlich falsch aufgehoben ist.“ Seiner Ansicht nach müsse es hingegen mehr um die Versorgung vor Ort gehen. Sein Appell: „Wir müssen Strukturen entwickeln, die den Menschen die Sicherheit geben, dass es in ihrer Nähe Einrichtungen gibt, die sich am Ende um sie kümmern.“ Er kritisierte, „dass es ei-

gentlich niemanden gibt, der für die Strukturen verantwortlich ist.“ Die Kas sen verhielten sich beispielsweise völlig rational, wenn sie sich nicht ausgerechnet auf die Versorgung Sterbenskranker spezialisierten. Denn das wäre so kostenintensiv, dass es sie vermutlich schnell aus dem Wettbewerb katapultieren würde. Auch Journalist und Autor Hermann Schreiber, dem beim Tod seiner Mutter klar wurde, „dass ich ein Verdränger bin“, findet, dass das Ende des Lebens viel zu komplex ist, um sich in einem Gitter aus Begriffen einfangen zu lassen. Seine persönlichen Erfahrungen sind die Grundlage seines Buches „Das gute Ende – wider die Abschaffung des Todes“. Er ist überzeugt: „Sterben ist nicht normierbar.“ Mit der Justiz komme man deshalb nicht weiter.

Ausbau palliativmedizinischer Strukturen

Anderer Ansicht war da der FDP-Bundestagsabgeordnete Michael Kauch. Ihm sei es wichtig, dass neben dem Ausbau palliativmedizinischer Strukturen auch die Selbstbestimmungsrechte der Patienten gestärkt werden. „Es gibt da eine Grauzone, die müssen wir schließen.“ Er warnte davor, die Aspekte der Versorgung und der Selbstbestimmungsrechte gegeneinander auszuspielen. „Betroffene und Ärzte haben ein Recht auf Klarheit.“ Der Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion für Palliativ- und Transplantationsmedizin setzt sich außerdem dafür ein, in Deutschland den so genannten „assistierten Suizid“ zu legalisieren und bezieht sich dabei auf das Modell im US-Bundesstaat Oregon. Wenn dort zwei Ärzte eine Lebensdauer von weniger als sechs Monaten prognostizieren und gleichzeitig alle schmerzlindernden Möglichkeiten ausgeschöpft sind, darf der Patient ein Medikament bekommen, mit dem er sich töten kann. Das ist bisher jedoch nur selten in Anspruch genommen worden.

Aktive Sterbehilfe lehnte Kauch jedoch ebenso ab wie alle anderen Podiumsteilnehmer. Annegrethe Stoltenberg erklärte, warum sie den Begriff „Sterbehilfe“ gar für ein „Unwort“ halte. „Es geht aus unserer Sicht nicht um den kurzen Moment des Sterbens, sondern um eine Sterbebegleitung.“

Die Diakonie setze sich deshalb dafür ein, dass natürliche Sterben zuzulassen und Menschen dabei zu begleiten. Die Landespastorin ging dabei auf das Konzept

der „Palliative Care“ ein, bei der sich Angehörige, Ärzte und Pflegende gemeinsam um einen sterbenden Menschen kümmern. „In diesem Begriff stecken die Worte Pallium für Mantel und Care für sorgen – darum geht es doch am Ende mehr als um Selbstbestimmung“, sagte sie.

Wie aber wollen wir sterben? „Auf jeden Fall nicht am Ende eines langen Siechtums“, antwortete Hermann Schreiber auf die Frage. „Sondern gesund, in Frieden und bei Trost.“ Für ihn sei das Verhältnis zwischen Arzt und Patient am Ende des Lebens eine Art Intimbeziehung. „Da gibt es eine Grauzone, und ich plädiere für diese Grauzone.“

Albert Schäfer lenkte das Augenmerk auf den Aspekt, dass der eigene Wunsch nach Sterbehilfe, immer auch andere beträfe. „Ich bestimme nie allein, meine Bestimmung trifft andere.“ Er fragte: „Darf ich durch meinen Sterbewunsch andere in existenzielle Not bringen? Darf ich in Kauf nehmen, dass der Arzt, von dem ich das verlange, vielleicht seine Approbation verliert oder lebenslange Schuldgefühle hat?“

Individuelle Annäherung

Bei Gesprächen über das Sterben spielt auch das Wort „Würde“ eine große Rolle. Menschen wollen in Würde sterben. Ärztekammerpräsident Montgomery wies darauf hin, wie sehr wir uns als Gesunde davor hüten sollten, unsere Vorstellungen den Kranken überzustülpen. „Wir erleben als Ärzte oft, wie Menschen ihre Empfindungen umdefinieren.“ Als junger Arzt habe er häufig Menschen gesehen, von deren Leiden er gesagt hätte, er würde sie nicht ertragen. „Sie aber haben sie ertragen – übrigens mit Würde.“

Und so kann die Auseinandersetzung mit dem Tod immer nur der Versuch einer ganz individuellen Annäherung sein. Nicht an den kurzen Moment des Sterbens, sondern an den Weg dahin. Und an die Frage, wie sich Strukturen schaffen lassen, die es jedem Menschen ermöglichen, so zu sterben, wie er es sich wünscht und es zu seiner Situation passt. Ob in einer Palliativstation, im Krankenhaus, in einem Hospiz oder zu Hause mit Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes. Nicht einsam, sondern geborgen.

Fachtagung „Sterbe(n)-Hilfe!“

Neben der Podiumsdiskussion hatten Ärztekammer und Diakonie zu einer **Fachtagung zum Thema „Sterbe(n)-Hilfe!“** eingeladen. In verschiedenen Workshops diskutierten Ärzte, Pflegekräfte, Seelsorger, Ehrenamtliche und interessierte Bürger unterschiedliche Aspekte des Themas. Exemplarisch werden hier Ergebnisse zweier Workshops vorgestellt.

Im Workshop **„Palliative Versorgungsstrukturen in Hamburg – Modelle für Netzwerke“** gab es Informationen zum aktuellen Stand des §37 des SGB V. Im Rahmen der Pflegeversicherungsreform hat der Gesetzgeber eingeführt, dass jeder Bürger Anspruch auf eine „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ hat. Was das konkret heißt und wie der Paragraph ausgestaltet werden soll, wird zurzeit diskutiert. Karin Helmer und Sonja Schneider-Koch vom Diakonischen Werk stellten den Gesetzestext vor und skizzierten den Diskussionsstand. Diese Grundlagen warfen eine Reihe von Fragen auf. Beispielsweise:

- Welche Qualifizierungen werden bei Pflegekräften vorausgesetzt?
- Wie genau und durch wen soll die erforderliche Koordination, bzw. das Case-Management erfolgen? Sollen das Pflegedienste übernehmen oder Ärzte?
- Wie soll die Finanzierung der palliativen Versorgung als eine Leistung der Krankenkassen aussehen?
- Im Gesetz ist von „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ die Rede. Was bedeutet das im Unterschied zur „normalen“ Palliativversorgung? Karin Helmer fasste zusammen: „Die Diskussion zur ambulanten Palliativversorgung zeigte: Die Kooperation zwischen Hausärzten, Fachärzten, Pflegediensten und Ehrenamtlichen gelingt derzeit nur punktuell, primär über die informelle Ebene und nur aufgrund des großen Engagements aller Beteiligten – eine professionelle Struktur existiert noch nicht. Ärzte wie Pflegekräfte haben ein großes Interesse an einer berufsgruppenübergreifenden Qualifizierung. Die Palliative Care Akademie des Diakonischen Werkes Hamburg und das Fortbildungsinstitut der Ärztekammer werden hierzu Gespräche aufnehmen.“

Im Workshop **„Palliative Care – Aktuelle Entwicklungen in Medizin und Pflege“** unter Moderation von Kristina Merz-Sprandel, Diakonisches Fortbildungszentrum auf der Ansharhöhe (DFA), machten zunächst Dr. Christoph Lenzen, Anästhesist und Schmerztherapeut und Sven Goldbach, Palliative Care-Fachpfleger, deutlich, wie wichtig das Zusammenarbeiten verschiedener Professionen bei schwer kranken Patienten ist. Im Rahmen von Palliative Care kümmern sich Angehörige, Pfleger, Ärzte und manchmal Ehrenamtliche gemeinsam um den sterbenskranken Patienten.

Am Thema Schmerz arbeiteten Workshop-Teilnehmerinnen und Teilnehmer exemplarisch heraus, wie wichtig und im Sinne des Patienten eine berufsübergreifende Kommunikation ist. Merz-Sprandel erklärte in diesem Zusammenhang auch die Bedeutung der Schmerzdokumentation. „Pflegerinnen und Pfleger sehen den Patienten sehr viel häufiger. Außerdem reißen sich viele Patienten zusammen, wenn der Arzt kommt. Die Dokumentation gibt einen längerfristigen Überblick.“ Sie betonte, wie groß das Interesse aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer an dieser interdisziplinären Zusammenarbeit in Augenhöhe sei. Sie zeigte sich sehr zufrieden mit dem Verlauf des Workshops und bezeichnet es insgesamt als positive Entwicklung, dass das Thema Palliative Care in Krankenhäusern ebenso wie in Pflegeheimen und bei Pflegediensten an Bedeutung gewönne.

Gastkommentar

Plädoyer für die „Grauzone“

Von Hermann Schreiber

Der Beitrag ist auszugsweise aus dem Buch „Das gute Ende. Wider die Verdrängung des Todes“ entnommen, das vor kurzem als vollständig überarbeitete Neuauflage im Rowohlt Taschenbuch Verlag erschienen ist.

Die 1998 und zuletzt im Mai 2004 neu formulierten „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ postulieren bereits in der Präambel die Aufgabe des Arztes, „Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen.“ Das bedeutet konkret: „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 unter menschenwürdigen Bedingungen sterben können.“

Verlöschendes Leben

Für den Arzt gibt es kein „lebensunwertes“ Leben, wohl aber verlöschendes Leben – und eben dieses bedarf seiner. Wenn er nicht zu jenen Ärzten gehört, die den Patienten im Stich lassen, sobald die Schlacht gegen die Krankheit verloren ist, wird er seinen Auftrag auch dann nicht für erfüllt halten, wenn er keine Macht mehr über den Tod hat. „Dann kann er“, sagt der Arzt und Autor Sherwin Nuland, „zumindest noch Kontrolle über den Sterbevorgang ausüben, seinen Verlauf beeinflussen und seine Dauer mitbestimmen.“

„Wenn meine Zeit kommt“, sagt Nuland, „werde ich Hoffnung aus dem Wissen schöpfen, dass man mir unnötige Schmerzen und sinnlose Versuche, meine Leiden zu verlängern, erspart. Hoffnung schöpfe ich aus der Gewissheit, dass ich im Sterben nicht allein gelassen werde.“ Dazu gehört eine Art Intimität, und die ist nicht selbstverständlich in der Beziehung zwi-

schen Arzt und Patient; sie ist leider eher die Ausnahme.

Und was heißt hier eigentlich „Grauzone“? Ist das die angemessene Bezeichnung für einen Bereich, in dem etwas geschieht, was sich der exakten Festlegung offenkundig verweigern muss? Und wer möchte ernsthaft bestreiten, dass die Verantwortung eines Arztes im Umgang mit dem ihm anvertrauten Leben und Sterben weiter reicht als rechtliche Normen? Gewiss steht der Arzt nicht über der Rechtsordnung. Aber alle juristischen Überlegungen bewegen sich in gehöriger Distanz von der konkreten Situation im Sterbezimmer, die der Arzt ohnehin allein mit sich und seinem Gewissen bewältigen muss. Das heißt, die Gewissensentscheidung des Arztes im konkreten Einzelfall (und der sie auslösende – oft sehr komplexe – Sachverhalt) entzieht sich der Einordnung in rechtliche, aber auch in moralische Kategorien.

Nun fragen manche Ärzte zu Recht, ob den Befürwortern ärztlicher Sterbehilfe eigentlich bewusst sei, was sie den Medizinerinnen da zumuten. Der Arzt Hermann Hepp schreibt: „Verlassen wir die Position, Helfer beim Sterben zu sein, und überschreiten wir den Rubikon, indem wir Helfer zum Sterben werden, so wird der Arzt zum gefährlichsten Mann jedes Staatswesens.“ Aber wo genau dieser Rubikon verläuft – darüber sind sich auch die Mediziner nicht einig.

Auf Intimität hoffen

Der Arzt Dietrich Niethammer hingegen glaubt, die Bitte um Hilfe am Lebensende müsse eine Angelegenheit zwischen Arzt und Patient bleiben, die kein Gericht und keinen Gutachter etwas angehe. „unsere jetzigen Möglichkeiten reichen aus, wenn Ärzte und die Menschen in unserer Gesellschaft ihre Verpflichtungen gegenüber den Mitmenschen ernst nehmen... Die einzige rechtliche Regelung, die wir Ärzte einfordern sollten, ist ein Schutz vor Strafe, wenn wir unseren Patienten adäquat beigetragen haben.“



Ich bin kein Mediziner, kein Philosoph und auch kein Rechtsgelehrter; ich messe mir nicht die Kompetenz zu, den Äußerungen der Bundesärztekammer oder des Bundesgerichtshofs eigene hinzuzufügen – außer dieser: Ich hätte ein noch besseres Leben, wenn ich den Tod wie einen Freund erwarten dürfte; wenn ich sicher sein dürfte, dass mir in der höchsten Not jemand helfen würde, mein Sterben zu beenden, solange es noch Ähnlichkeit mit meinem Leben und noch nicht alle Würde verloren hat. Ich bin, wie Walter Jens, der Überzeugung, Millionen Menschen könnten gelassener ihrer Arbeit nachgehen, wenn wir wüssten, dass uns eines Tages ein Arzt zur Seite stünde, kein Spezialist, sondern ein Hausarzt wie Dr. Max Schur (der Hausarzt von Sigmund Freud) es war ... Ja, es lebte sich leichter mit diesem Wissen.“ Ich hoffe auf jene Intimität, die kein Gesetz gewähren kann. Ich plädiere für die „Grauzone“.

Das Buch:

Hermann Schreiber, „Das gute Ende. Wider die Verdrängung des Todes“, vollständig überarbeitete Neuauflage, Rowohlt Taschenbuch Verlag.