

Sterbebegleitung

«Oft geht es um ganz praktische Sachen»

22.6.2012, 00:01 Uhr

Dem Thema Sterben und Tod weichen die meisten Menschen gerne aus. Lukas Ritz ist einer von denen, die täglich damit konfrontiert sind. Er ist Palliativmediziner. Von Monika Zech



Lukas Ritz, Spitalarzt im Hildegard Hospiz in Basel, steht der Sterbehilfe kritisch gegenüber. (Bild: Danish Siddiqui)

Mit einem Weltkongress in Zürich und dem 30. Geburtstag von Exit ist die Sterbehilfe wieder in den Fokus des öffentlichen Interesses gerückt. Aber auch ohne diese Anlässe steigen die Mitgliederzahlen bei den Sterbehilfeorganisationen stetig. Die grösste und umtriebige ist Exit mit 58 000 Mitgliedern. Neben der Sterbehilfe hat sich jedoch auch eine andere, weniger spektakuläre Art, Menschen auf dem Weg in den Tod beizustehen, stetig entwickelt – die Palliative Care, die Sterbebegleitung. Die älteste Spezialklinik für Palliative Care im deutschsprachigen Raum ist das 1986 gegründete Hildegard-Hospiz in Basel. Ein schönes, unscheinbares Haus in einer ruhigen Seitenstrasse im grünen Gellert-Quartier. Einer, der sich hier um die Sterbenden kümmert, ist der Arzt Lukas Ritz.

Herr Ritz, ein Arzt – so die gängige Meinung – soll heilen, Sie aber begleiten Menschen am Ende ihres Lebens bis zu ihrem Tod. Ihre Patienten sterben. Wieso haben Sie sich dafür entschieden?

Ich glaube, viele, die in der palliativen Medizin arbeiten, vertreten eine bestimmte Haltung. Und zu dieser gehört, dass man den Fokus nicht nur auf das richtet, was medizinisch machbar ist, sondern, dass man sich für den davon betroffenen Menschen interessiert. Das heisst, man ist sich bewusst, dass es durch unsere moderne Medizin eine grosse Anzahl Menschen gibt, die länger überleben und dadurch auch lange krank sind und zunehmend Einschränkungen erfahren. Diese Menschen haben ein Recht, dass man sich speziell um sie kümmert.

Aus Ihrer Antwort lässt sich deutlich eine kritische Einstellung zur medizinischen Machbarkeit heraushören.

Ich habe eine kritische Haltung zum Automatismus, bei einer Krankheit in jeder Situation die Überlebenszeit als das Massgebende aller Dinge zu betrachten.

Können Sie erklären, was Sie damit meinen?

Jemand ist hochbetagt, im Spital, das Herz arbeitet nicht richtig, er hat zu viel Wasser im Körper. Er wird, wie wir sagen, «ausgeschwemmt», dann versagen wegen des Flüssigkeitsverlusts die Nieren; der Patient wird wieder mit Wasser «aufgefüllt», es folgt eine Lungenentzündung, diese wird mit Antibiotika behandelt. Da läuft ein Automatismus ab, bei dem gar keine Zeit bleibt, um zum Patienten hinzusitzen und zu hören, was er selber für Wünsche und Vorstellungen hat.

Das tönt ja so, wie wenn sich der Automechaniker über einen Motor beugt.

Ich habe hier eine mögliche Situation – allerdings im Zeitraffer – dargestellt. Eine Situation, bei der mehrere Organe keine Reserven mehr haben und deshalb ein baldiges Versterben des Patienten wahrscheinlicher wird.

Und was ist die palliative Medizin?

Der Begriff, den wir bevorzugt gebrauchen, ist «Palliative Care». Obwohl das leider englisch ist. Aber er ist korrekter. Es geht eben nicht nur um Medizin, sondern es beinhaltet Pflege und umfassende Betreuung – mit den psychologischen und spirituellen Aspekten, manchmal kommen auch finanzielle Aspekte dazu. Palliative Care kümmert sich um Menschen mit einer chronischen Krankheit in einem fortgeschrittenen Stadium – wenn die Überlebenszeit drastisch eingeschränkt ist.

Sind Sie selber mit dem Tod im eigenen Umfeld in Berührung gekommen, was eventuell mit dazu beigetragen hat, dass Sie diese Arbeit gewählt haben?

Tatsächlich kennen viele, die Palliative Care ausüben, den Tod aus ihrem persönlichen Umfeld. Bei mir selber ist das auch der Fall. Ich habe meinen Vater verloren, als ich vier Jahre alt war, meine Mutter, als ich gut 19 war. Von daher habe ich das Sterben immer schon als eine Realität erlebt, etwas, das direkt um mich herum vorkommt. Ob das der Grund ist, dass ich palliative Medizin mache, kann ich nicht sagen.

Die meisten Menschen weichen dem Gedanken an den Tod und an die Vergänglichkeit des Lebens gerne aus. Wohl auch ein Arzt. Fällt es Ihnen nicht schwer, ständig Menschen sterben zu sehen?

Die Aufgabe, die ich für unser Haus und für mich sehe, ist die, dem Patienten die letzte Zeit seines Lebens möglichst gut zu gestalten, seine Lebensqualität zu steigern. Und wenn ich erleben kann, dass ein Mensch so gehen kann – mit möglichst wenig Schmerzen oder anderen Symptomen, vielleicht konnte er noch wichtige Gespräche führen, etwas Unerledigtes klären, er konnte Abschied nehmen von seinen Angehörigen – dann ist das eine sehr schöne Arbeit.

Was heisst «die Lebensqualität steigern» konkret?

Wir versuchen, dem Patienten Raum zu schaffen, in dem Angebote vorhanden sind, aus denen er wählen kann. Nicht alle haben dieselben Bedürfnisse. Auf der einen Seite, auf der medizinischen, sind das Therapien gegen Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Unruhe, Angst und verschiedene andere, um Beschwerden zu lindern. Dazu kommt der pflegerische Aspekt, zum Beispiel wenn ein Tumor nach aussen wächst und Wundversorgung braucht. Im Weiteren geht es um spirituelle, seelsorgerische Aspekte, auch um finanzielle. Oft geht es um ganz praktische Sachen: Jemand will unbedingt noch jemanden treffen, der im Ausland lebt. Bei all diesen Dingen versuchen wir, Unterstützung zu bieten.

Wie lange sind die Patienten etwa im Hospiz?

Das ist unterschiedlich. Es kommt vor, leider, dass jemand nach einem Schlaganfall in tiefem Koma zu uns kommt und in diesem Zustand schnell verstirbt. Andere sind einige Tage oder Wochen hier; es gibt aber auch Patienten, die mehrere Monate bei uns sind. Das sind dann allerdings spezielle, eher seltene Umstände, die das erforderlich machen. Wenn man von einem Durchschnitt reden möchte, würde ich sagen, die Aufenthaltsdauer beträgt knapp zwei Wochen.

Wird der Aufenthalt von den Krankenkassen bezahlt?

Ja, denn die palliative Behandlung ist eine akutmedizinische Massnahme, die durch die Tagespauschale und nicht durch die Fallpauschale abgerechnet wird. Jedenfalls bis jetzt nicht.

Anlass für unser Gespräch ist der Sterbehilfe-Kongress von letzter Woche in Zürich. Er hat die Diskussion um die Sterbehilfe angeheizt. Sehen Sie Palliative Care als Alternative?

Palliative Care ist meines Erachtens unbedingt eine Alternative zum assistierten Suizid. Wenn man die Anzahl Patienten anschaut, die den palliativen Weg wählen – Palliative Care wird ja auch von Hausärzten und in Pflegeheimen gemacht –, dann zeigt sich, dass der weitaus grösste Teil der Menschen einen natürlichen Tod stirbt. Es ist halt so, dass das Interesse der Medien an den Sterbehilfeorganisationen gross ist und somit auch das Thema des assistierten Suizids populär geworden ist.

Wieso ist das Interesse so gross? Exit hat laufend mehr Mitglieder. Wie erklären Sie sich das?

Ich glaube, das passt in unsere Zeit. Begriffe wie Selbstbestimmung oder Selbstverantwortung werden heutzutage gerne gebraucht. In diesem Kontext wie auch in anderen Bereichen, etwa in der Politik. Das sind offensichtlich griffige Schlagwörter, leicht zu verstehen. Aber man muss sich schon überlegen, was selbstbestimmt wirklich heisst. Der Mensch lebt ja nicht in einem Vakuum, wo er nur auf sich selber hören und völlig unabhängig und unbeeinflusst bestimmen kann. Der Begriff Selbstbestimmung lässt sich auch zerpflücken, bis er nichts

mehr wert ist. Schliesslich hat man noch eine Familie mit einer Meinung, ein Umfeld; man hat vielleicht finanzielle Rahmenbedingungen, die einem Vorgaben machen. Aber ein wichtiger Grund für das gestiegene Bedürfnis nach Sterbehilfe scheint mir auch der medizinische Fortschritt zu liefern, der für viele bedrohlich ist. Die Vorstellung, nur noch an den Schläuchen zu hängen, macht vielen Menschen Angst. Und Angst lässt sich leicht bewirtschaften. Ausserdem ist es sehr einfach geworden, einer solchen Organisation beizutreten. Man kann im Internet auf die Seite gehen, mit ein paar Klicks ist man Mitglied. Das war wohl 1982 noch etwas komplizierter.

Die Sterbehilfe wird vor allem von religiösen Kreisen kritisiert, aber auch von der Ärzteschaft. Sie sind da offensichtlich keine Ausnahme.

Religiös bin ich nicht, kritisch der Sterbehilfe gegenüber ja. Die Ärzteschaft ist grundsätzlich aufgrund ihres historischen Berufsethos kritisch. Der hippokratische Eid, den man als Arzt leistet, sieht überhaupt nicht vor, dass man als Arzt einem Menschen Gift gibt, damit er sich das Leben nimmt. Im Gegenteil. Laut diesem ist es nicht einmal erlaubt, jemandem mitzuteilen, wie er sich umbringen könnte. Historisch gesehen ist Sterbehilfe keineswegs eine ärztliche Aufgabe und wird auch nicht als solche angeschaut. Dennoch gibt es heute Ärzte, die diesem Thema offen gegenüberstehen. Aus meiner Sicht ist die Achillesferse die Auswahl der Menschen, die für eine assistierte Selbsttötung infrage kommen: zu bestimmen, wer darf und wer nicht, ist eine äusserst anspruchsvolle Aufgabe. Diese Entscheidung sollte von externen, von der Organisation unabhängigen Fachleuten überprüft werden müssen.

Eine gefährliche Nebenwirkung der Sterbehilfe, sagen Kritiker auch, sei der Druck, der damit auf alte Menschen ausgeübt werde. Dass sich bei vielen das Denken manifestiere, lieber die Abkürzung Suizid zu nehmen als jemandem zur Last zu fallen.

Ich bin überzeugt, dass diese Überlegung «ich falle nur noch zur Last» oder «ich koste nur noch» bei vielen eine Rolle spielt. Aber das hat nicht nur mit der Bekanntheit der Sterbehilfe zu tun, sondern ist leider insgesamt ein gesellschaftliches Phänomen. Auch der Druck auf die finanziellen Leistungen im Gesundheitswesen hat enorm zugenommen, und es wäre erstaunlich, wenn da keine Reaktion käme von den alten Menschen.

Sprechen Sie den Sterbehilfeorganisationen auch Verdienste zu?

Durchaus. Als Erstes die Patientenverfügung. Diese Organisationen sind massgeblich daran beteiligt, dass diese Möglichkeit, seinen Willen kundzutun, in den letzten 30 Jahren bekannt geworden ist. Das Zweite ist etwas Grundsätzliches: Die Einstellung der Gesellschaft zum Suizid generell hat sich verändert. Während früher Fälle von Suizid eher vertuscht und tabuisiert wurden, ist der Umgang damit insgesamt offener geworden. Ich glaube, die Sterbehilfeorganisationen haben dazu beigetragen, dass diese Art zu sterben heute als Realität akzeptiert wird.

Was ist eine Patientenverfügung, was lässt sich damit regeln?

Da steht drin, welche Vorstellungen und Wünsche man hat, wenn man sich selber nicht mehr äussern kann. Erst dann hat sie Gültigkeit. Wenn beispielsweise drinsteht, man wolle keine künstliche Beatmung, und man kommt mit einer schweren Lungenentzündung ins Spital, japst nur noch und möchte beatmet werden, dann gilt das, was man sagt, und nicht das, was in der Patientenverfügung aufgeführt ist. Diese ist ausschliesslich für den Fall, in dem man sich selber nicht mehr äussern kann.

Als Nichtmedizinerin kann ich aber schlecht selber beurteilen, was mir helfen könnte und was nicht. Besteht nicht die Gefahr, dass ich pauschal Massnahmen ablehne, die mein Leben retten könnten? Sollte man das zusammen mit seinem Hausarzt machen?

Es ist so: Je gesünder und jünger man ist, umso schwieriger und anspruchsvoller ist es, eine Patientenverfügung zu machen, die dann im konkreten Fall wirklich nützlich ist. Man weiss ja nicht, ob man einen Verkehrsunfall hat und im Koma liegt, ob man eine schwere Lungenentzündung hat oder einen Schlaganfall. Deshalb denke ich, ja, es ist sicher sinnvoll, sich mit dem Hausarzt zusammzusetzen und die Verfügung gemeinsam mit ihm auszufüllen.

Oder ich mache sie dann, wenn ich tatsächlich krank bin oder auf das Ende des Lebens zugehe?

Ja. Dann kann man, respektive der Hausarzt, etwas präziser einschätzen, welche Situationen auf einen zukommen könnten. Vielleicht, dass irgendwann die Atmung nicht mehr ausreichend ist. Oder man sich irgendwann nicht mehr selber ernähren kann. Dann kann man sich im Voraus darüber Gedanken machen und niederschreiben, was dann geschehen soll.

Haben Sie eine Patientenverfügung gemacht?

Nein, ich habe keine.

Ist das Vertrauen in die Ärzte so angeschlagen, dass viele Menschen meinen, sie müssten schriftlich bestimmen, was mit ihnen im Krankheitsfall geschehen soll?

Ich denke nicht, dass das Vertrauen angeschlagen ist. Aber, wie schon gesagt, sind die medizinischen Möglichkeiten in den letzten Jahren so gross geworden, da hat sich vieles verändert. Das hat vor allem damit zu tun. Mich dünkt wichtig, dass man irgendwann einmal mit den Angehörigen über das Thema redet. Mündliche Äusserungen sind besser als gar keine. Meine Frau – sie ist ebenfalls Ärztin – und ich haben das so gemacht. Wir haben gegenseitig vereinbart, dass sie mein Sprachrohr ist, wenn ich mich nicht mehr äussern kann. Und ich ihres im umgekehrten Fall. Wenn jemand Vertrautes die ungefähren Vorstellungen von einem kennt, hat man jemanden, der sich für einen einsetzen kann.

In Sachen Palliative Care hinke die Schweiz anderen Ländern hinterher, sagen Fachleute. Welche Länder machen das besser?

Zum Beispiel England oder Kanada, Deutschland ist ebenfalls weiter als wir. Dort ist das Angebot umfangreicher und die unterschiedlichen Akteure sind besser vernetzt – was wir als sinnvoll erachten. Mit einem besser strukturierten Netzwerk könnten Spitex, Hausärzte und ebenso Privatpersonen das Angebot auch besser nutzen und wissen, wo sie sich informieren können. Dazu kommt die Ausbildung: Wir haben in der Schweiz weder einen Facharzt Palliative Medizin noch einen solchen Schwerpunkt. In Deutschland gibt es einen Schwerpunkt, in England den Facharzt. Andere Länder sind also auch in diesem Punkt weiter. Ausserdem – wenn es in der Ausbildung weder Schwerpunkt noch Facharzt gibt – ist Palliative Care in Bezug auf die Karrieremöglichkeiten nicht so interessant wie andere Fächer in der Medizin.

Kann einem das Wissen, dass es Palliative Care gibt, die Angst vor dem Sterben ein bisschen nehmen?

Ich glaube, wenn man hört, dass es eine Disziplin gibt, die für einen auch in den letzten Lebenswochen und -stunden da ist, und dass man Schmerzen wirklich und effektiv lindern kann, kann das einen schon beruhigen. Auf der anderen Seite sind vielen Menschen Sterben und Tod nicht aus eigener Anschauung bekannt, und darum können sie nicht wissen, welche Entwicklung und Veränderung – körperlich und psychisch – in den letzten Lebenswochen stattfindet. Und wenn man das alles nicht kennt, hat man grundsätzlich schon mal Unsicherheit oder Angst.

Können Sie diese Entwicklung beschreiben?

Es gibt Abläufe, die naturgegeben sind, die waren schon immer so. Und sind in der Palliativmedizin so. Jemand wird immer schwächer und mag nicht mehr aufstehen, bei vielen chronischen Krankheiten geht der Hunger weg. Der eine mag vielleicht kaum mehr etwas, ein anderer gar nichts mehr essen. Der Körper verändert sich, die Fettanteile gehen weg, das Gesicht wirkt eingefallen. Häufig nimmt auch der Wachzustand ab, man ist in einem Dämmerzustand. Diese Veränderungen setzen sich fort. In den letzten Lebenstagen ist das Bewusstsein nicht mehr nur dämmerig, sondern oft komatös.

Finden Sie, das zu erleben ist wichtig?

Für die Betroffenen mache ich mir nicht an, das zu beurteilen. Aber ich erlebe sehr oft, dass der Überlebenswille bis zum Schluss nie ganz weggeht, ein Rest ist immer noch da. Es sind die letzten Lebenstage, die gehören zum Sterben. Das spielt auch bei den Angehörigen mit, und sie haben Zeit, sich zu verabschieden.

Manche reden von einer Zwischenwelt, in der sich Sterbende befinden.

Es gibt immer wieder Begebenheiten, die einem nahelegen, dass da noch etwas ist, was wir nicht wissen. Ich bin nicht unbedingt der Typ, der solchen Dingen nachstudiert. Manchmal ist dahinter auch einfach das Bedürfnis, Gegebenheiten zu deuten. Ich weiss es nicht.

Zuweilen heisst es von einem Verstorbenen, er sei «schön gestorben». Gibt es einen schönen Tod?

Generell beruht eine solche Aussage natürlich auf der Beobachtung von aussen, streng genommen müsste man die fragen, die gestorben sind. Vielleicht idealisiert man auch, weil das einem hilft, den Tod besser zu akzeptieren. Aber es gibt schon gewisse Umstände, bei denen man von einem schönen Tod sprechen kann.

Wenn jemand entschläft?

Ich meine, auch was sich vor dem Tod abgespielt hat, trägt dazu bei. Wenn jemand im Reinen ist mit seinem Leben und mit seinen Angehörigen, vielleicht noch bereichernde Begegnungen gehabt hat, kaum Schmerzen und, ja, einschlafen konnte, ohne speziell noch zu leiden. Da würden wohl die meisten von uns sagen: Das ist ein schöner Tod.

Haben Sie Angst vor dem Tod?

Ich muss ehrlich sagen, ich mache mir kaum Gedanken über den eigenen Tod. Es kann einmal vorkommen, wenn ich einen gleichaltrigen Patienten betreue. Dass ich dann denke, das könnte jetzt auch ich sein. Aber ansonsten ist der eigene Tod abstrakt.

Dennoch möchte ich Ihnen zum Schluss noch diese Frage stellen: Wie würden Sie sich Ihren Tod wünschen, wenn Sie denn einmal daran denken? Sie wissen ja, wie er eintreten kann.

Es ist wesentlich einfacher zu sagen, was ich mir nicht wünsche: das Leiden. Das betrifft aber eigentlich das Leben, nicht den Tod.

Der 44-jährige Arzt Lukas Ritz arbeitet seit zweieinhalb Jahren im Hildegard-Hospiz in Basel, der ältesten Spezialklinik für Palliative Care im deutschsprachigen Raum. Am Clara- und Bruderholzspital sowie in einer internistischen Arztpraxis machte er die Ausbildung zum Internisten. Zuletzt war er auf einer Dialysestation tätig. Dort werden Patienten mit einer Nieren-Ersatztherapie behandelt. Rund die Hälfte dieser Patienten seien Diabetiker, sagt Ritz, und würden an vielen schweren Komplikationen des Diabetes leiden. Neben den medizinischen Massnahmen kämen deshalb jeweils auch palliative zur Sprache. Die Frage, wann man bei den schwer kranken Patienten mit der Dialyse aufhöre, sei immer wieder Thema. «Deshalb war für mich der Schritt von der Dialyse zur Palliativmedizin kein so grosser», sagt Ritz. Lukas Ritz ist verheiratet und Vater von zwei Kindern.

Themen	Gesellschaft , Altersvorsorge , Suizid , Sterbehilfe
veröffentlicht	22.6.2012 - 00:01
zuletzt geändert	16.7.2012 - 00:08
Artikelgeschichte	Erschienen in der gedruckten TagesWoche vom 22.06.12
Downloads	Printausgabe vom 22.06.12 (PDF, 670kb)
Artikel-Webcode	tageswoche.ch/+aynzm

Web-Ansicht zum Kommentieren und Weiterleiten: <http://www.tageswoche.ch//+aynzm>