

Zu Hause

Der Palliativdienst begleitet Menschen in ihrem vertrauten Umfeld.



Im Hospiz

In Bremen gibt es zwei stationäre Hospize in Walle und in Schönebeck.



Auf Station

Im Klinikum Links der Weser versorgt die Palliativstation sterbenskranke Patienten.



Da-sein

Statt über Sterbehilfe zu diskutieren, müssen Versorgungslücken für Sterbende geschlossen werden

Nein, die Schmerzpumpe wie auch andere medizinisch-technischen Möglichkeiten sind nicht entscheidend bei der Versorgung von sterbenskranken Patienten. Oberarzt Dr. Christof Ronge vom Team der „Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung“ (SAPV) führt den kleinen Apparat vor, den zum Beispiel unheilbar an Krebs Erkrankte mit sich führen können. Auf Knopfdruck versorgt sie die kleine Automat mit einer voreingestellten Dosis eines Medikaments. „Solche Geräte können helfen, die Lebensqualität zu erhöhen, aber eine Garantie für Schmerzfreiheit bieten sie keinesfalls. Das muss man offen sagen. Viel wichtiger ist eine verlässliche Versorgung und intensive Begleitung der Patienten“, betont Ronge. „Auch wenn wir die Symptome schwerer Erkrankungen bei allen Bemühungen nur unzureichend unter Kontrolle bekommen, reicht das für viele Menschen aus und sie fühlen sich gut versorgt. In der Unwägbarkeit einer schweren Erkrankung mitzugehen, ist für uns als Palliativdienst das Entscheidende, nicht die Aussage: ‚Wir kriegen das medizinisch schon in den Griff‘, die wir möglicherweise nicht einlösen können.“

Die meisten wollen zu Hause sterben

Der Ambulante Palliativdienst begleitet und versorgt mit seinem Team aus Ärzten, Pflegefachkräften, Seelsorgerinnen und Psychologen die todkranken Patienten zu Hause. Die meisten von ihnen leiden an aggressivem Krebs oder Nervenerkrankungen – mit „eskalieren Symptomen“. Das bedeutet, sie können über Hausarzt und Pflegedienst nicht mehr ausreichend betreut werden. Wenn normale Versorgungsmöglichkeiten an Grenzen stoßen, kann der Hausarzt SAPV verschreiben – in der Hoffnung, dass das Team kurzfristig freie Kapazitäten hat. Die meisten Menschen aus dieser Patientengruppe wünschen sich, in ihrer vertrauten Umgebung sterben

zu können. In Bremen hat das eine Team allerdings nur Kapazitäten von 18 bis 20 SAPV-Plätzen, obwohl es seit 2007 ein Rechtsanspruch auf Palliativversorgung im häuslichen Umfeld gibt. Hochrechnungen gegen davon aus, das mindestens 55 Plätze dauerhaft in Bremen nötig wären, um den Bedarf zu decken.

Basisversorgung nicht geregelt

„Was ‚Allgemeine Palliativversorgung‘ ist, hat man bisher noch gar nicht definiert. Die SAPV trifft immer wieder auf Patienten, die noch gar nicht schmerzmedizinisch eingestellt wurden. Die Basisversorgung und eine ethische Beratung sind nicht selten unzureichend, wenn sich nicht engagierte Hausärzte und Onkologen z.B. auf diesem Gebiet einsetzen, denen oft die Zeit dafür fehlt“, kritisiert Dr. Hans-Joachim Willenbrink, Chefarzt der Palliativstation im Klinikum Links der Weser. Neben dieser Station und der SAPV gibt es in Bremen noch zwei stationäre Hospize und zahlreiche ambulante Hospizdienste zur Begleitung Sterbender. „Statt nur über assistierten Suizid zu diskutieren, sollten wir unser Augenmerk auf die offensichtlichen Versorgungslücken richten“, fordert Willenbrink.

Angst vor dem Alleinsein und Schmerzen

Die meisten Menschen haben am Lebensende Angst vor Schmerzen und dem Alleinsein. Tragfähige, verlässliche Versorgungsstrukturen sind im Kampf gegen diese Ängste ein gutes Argument. Kontrolle und Therapie von Schmerzen, Luftnot, Übelkeit, Erbrechen, Ängsten und Schlaflosigkeit, aber auch die Versorgung ausgehnter Tumorwunden gehören für das SAPV-Team zum Arbeitsalltag. Ganz ähnlich wie auf der Palliativstation. Rund um die Uhr können SAPV-Patienten in

Krisensituationen eine Notrufnummer wählen, täglich bekommen sie Besuch von Mitgliedern des Teams. Die Versorgung der körperlichen Probleme ist dabei nur ein Aspekt. „Um die Verzweiflung zu lindern, ist die psychosoziale, aber auch die spirituelle und seelsorgerliche Unterstützung für viele Betroffene sehr wichtig“, sagt Silvia Teuwsen, Seelsorgerin der Bremischen Evangelischen Kirche im SAPV-Team. „Die Einsicht, nicht alles bis zum Lebensende in der Hand zu haben und regeln zu können, ist zunächst schmerzhaft.“ Die Unterstützung der Angehörigen, die durch die häusliche Versorgung besonders herausgefordert sind, gehört ebenso zu Silvia Teuwsens Aufgaben. „Es gibt oft Zweifel, ob die Situation zu bewältigen ist. Als Seelsorgerin vermittele ich zwischen Patienten und Angehörigen.“ Schuldfragen, das Verhältnis und Konflikte in der Familie, aber auch die eigene Glaubens-Geschichte, werden von den Patienten angesprochen. „Der größte Wunsch ist, im Frieden mit den Kindern und der Familie aus diesem Leben zu gehen.“ Mit Gott haderten die wenigsten. „Ich erlebe einen sehr lebensklugen Umgang mit dem Schicksal, das den Patienten auferlegt ist, eine teils beeindruckende Gelassenheit und die Erkenntnis, dass unser Leben ein Geschenk Gottes ist, über das nicht wir verfügen.“

Möglichkeiten jenseits der Sterbehilfe

Zwischen zwei Dritteln und drei Vierteln der Deutschen sprechen sich in Umfragen dafür aus, Sterbehilfe zu erlauben. „Eine Euphorie, die auch aus Unkenntnis anderer Möglichkeiten kommt“, meint Christof Ronge, Arzt im SAPV. „Ärzte können Therapien unterlassen, Versorgungen einstellen und Menschen so – ohne aktives Zutun – sterben lassen. Sterben-Lassen setzt aber eine wesentliche aktivere, eigenverantwortlichere Entscheidung des Patienten voraus, als wenn jemand kommt



Dr. Christof Ronge (rechts) vom Ambulanten Palliativdienst und Dr. Hans-Joachim Willenbrink, Chefarzt der Palliativstation im Klinikum Links der Weser (links).

und ihnen den Giftcocktail reicht. Sie muss aber notwendigerweise eng begleitet werden.“ Denn beim assistierten Suizid wird der Arzt zum Beteiligten, weil der Patient das Gift z.B. nicht mehr allein beschaffen oder auch trinken kann. Geht es nach der Bundesärztekammer, wird diese Beteiligung am Suizid eines Patienten mit Berufsverbot und demnächst womöglich auch strafrechtlich geahndet.

„Dogmatische Antworten helfen nicht“

Der Begleitung von Patienten mit Suizidwunsch dürfen Ärzte sich keinesfalls entziehen, meint dagegen Hans-Joachim Willenbrink, Leiter der Palliativstation im Klinikum Links der Weser. „Nicht durch die Hand eines Arztes, aber an der Hand eines Arztes stirbt der Patient dann. Letztlich ist das eine Gewissensfrage, die jeder Arzt mit sich selber ausmachen muss und die sich nicht rechtlich regeln lässt.“ Dogmatische Antworten helfen nicht weiter, ist die Erfahrung der Ärzte: „Natürlich hören wir Wünsche nach Sterbehilfe. Wenn Menschen die konkreten Versorgungsmöglichkeiten erleben, ändert sich diese Haltung meist. Wir nehmen das Selbstbestimmungsrecht des Patienten sehr ernst und versuchen, seine Wünsche möglichst genau zu erspüren und umzusetzen.“ Wer nicht mehr leben will, der kann z.B. auf eine weitere künstliche Ernährung verzichten – ohne dass das Wort „Sterbehilfe“ im Raum steht. „Die Herausforderung, den Willen des Patienten umzusetzen und überlebensnotwendige Dinge einzustellen, ist sehr groß.“ Ronge erzählt von einer Patientin, die mit fortschreitender Lähmung eine Atemmaske brauchte, um nicht zu ersticken. „Die wollte sie nach halbjähriger palliativmedizinischer Begleitung durch uns nicht mehr tragen. Hätten wir sie abgenommen, wäre die Patientin qualvoll erstickt. Wir haben sie schlafen lassen, so dass

sie das von ihr gewünschte Einstellen der Beatmung nicht mehr gespürt hat. Das ist rechtlich möglich.“ Die Entscheidung wurde im Team diskutiert und auch ihre Familie wurde psychotherapeutisch begleitet.

„An der Hand des Arztes sterben, nicht durch die Hand des Arztes“

Der derzeitigen Sterbehilfe-Diskussion verschließen können und wollen sich die Ärzte des Palliativteams im Klinikum Links der Weser auf keinen Fall. „Das wäre an der Realität vorbei.“ Die Debatte um die organisierte, auch kommerzielle Sterbehilfe will der Bundestag in Kürze beginnen. Arztpräsident Montgomery und die überwältigende Mehrheit des Ärztetages hatten sich bereits 2011 dafür ausgesprochen, den ärztlich assistierten Suizid zu verbieten. Ärzte sollten Profis für das Leben, nicht für den Tod sein, argumentiert der Arztpräsident. Tötung auf Verlangen (aktive Sterbehilfe) ist bereits heute verboten. Wer Anderen beim Suizid hilft, muss bislang nicht mit strafrechtlichen Konsequenzen rechnen. Ob man der Sterbehilfe-Diskussion mit standes- oder strafrechtlichen Regelungen begegnen kann, da bleiben die Bremer Palliativärzte Willenbrink und Ronge skeptisch. „Letztlich muss die ethische und ärztliche Diskussion im Vordergrund stehen, wenn wir im konkreten Einzelfall Therapieentscheidungen treffen.“ Die Diskussion um die Sterbehilfe hat auch im politischen Raum längst begonnen. Wie schnell sie sich ausweiten kann, zeigen Holland oder Belgien. Dort geht es in der Sterbehilfediskussion längst nicht mehr nur um schwerstkranken Tumorkranken. „Das heißt in Holland: ‚Sterben auf Verlangen‘ und das ist Euthanasie und die geschieht nicht selten ohne Einwilligung des Betroffenen. Solche Vorgehensweisen hatten wir auch in der Nazizeit in Zusammenhang mit so genanntem

„lebensunwertem Leben“, stellt Hans-Joachim Willenbrink fest.

Mit vertrauten Menschen sprechen

Wie auch immer die Politik die knifflige Rechtsfrage regelt: Eine Patientenverfügung und vor allem eine Betreuungsvollmacht für eine Person des Vertrauens ist in jedem Fall eine Hilfe für Ärzte wie für Angehörige. „Das setzt ein intensives Gespräch mit Personen meines Vertrauens voraus“, sagt Seelsorgerin Silvia Teuwsen. Die Vollmacht ist dabei noch wichtiger. Denn eine Patientenverfügung kann nur Eckpunkte für Entscheidungen vorgeben, aber nicht jeden möglichen Fall voraussehen. „Das intensive Gespräch mit dem Bevollmächtigten ist hilfreicher als eine Verfügung aus Textbausteinen, die sich oft in sich selbst widerspricht“, betont Christof Ronge. Der Satz ‚Ich will an keine Maschine angeschlossen sein‘, nütze im Ernstfall nichts.

Text/ Fotos: Matthias Dembski