



Thomas Binsack

Thomas Binsack, geboren 1953 in München, studierte Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Seine Facharztweiterbildung für Innere Medizin absolvierte er an der Medizinischen Klinik 3 im Klinikum Großhadern. Seit 1991 ist er Chefarzt der Palliativstation St. Johannes von Gott am Krankenhaus Barmherzige Brüder München. Er erwarb eine Zusatzweiterbildung in Palliativmedizin, ist Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und Vorsitzender des Stiftungsrats der Bayerischen Stiftung Hospiz.

Kontakt Dr. Thomas Binsack
Palliativstation St. Johannes von Gott
am Krankenhaus Barmherzige Brüder München
Romanstraße 93
80639 München
Deutschland

Im Vordergrund steht der Respekt vor dem Willen des Patienten

Adelbert Reif im Gespräch mit Dr. med. Thomas Binsack

Sterben macht Angst. Besonders wenn man unter einer schweren, unheilbaren Krankheit leidet, muss man einen qualvollen und schmerzhaften Tod fürchten. So erheben sich immer wieder Diskussionen um eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe. Dr. med. Thomas Binsack, seit ihrer Gründung Chefarzt der Palliativstation St. Johannes von Gott am Krankenhaus Barmherzige Brüder München, warnt vor einem solchen Durchbrechen des Tötungstabus. Für ihn stellen palliativmedizinische und hospizliche Begleitung die Alternative dar zu suizidalen Wünschen Schwerstkranker. Im Gespräch erläutert er das Instrumentarium der Palliativmedizin, das von der Schmerztherapie bis zur Seelsorge reicht. Ein umfassendes und individuelles palliativmedizinisches Konzept ermöglichte Patienten auch im Endstadium einer Erkrankung ein würdevolles, schmerzfreies und symptomarmes Sterben. Zugleich fordert er, dass das Wissen und die Erfahrung der Palliativmedizin und Hospizbewegung auch in die Alten- und Pflegeheime Eingang finden.

conturen: Herr Dr. Binsack, die Palliativstation am Krankenhaus Barmherzige Brüder München wurde 1991 errichtet, um Patienten im letzten Stadium ihrer Krankheit Betreuung zu bieten. Zu Ihren Patienten zählten damals u.a. Aids-Kranke im letzten Stadium. Haben sich die Krankheiten Ihrer Patienten im Laufe der zwanzig Jahre des Bestehens der Station gewandelt?

**Krankheiten
änderten sich
seit 1991**

Binsack: Sie haben sich erheblich gewandelt. So brauchen wir derzeit kaum mehr schwerkranke Aids-Patienten betreuen. Die HIV-Infektion ist durch den Erfolg der Virostatika seit etwa Mitte der neunziger Jahre eine behandelbare Erkrankung geworden mit einer Lebenserwartung, die durchaus nach oben offen sein kann. Von daher ist Aids heute eher eine soziale Herausforderung als eine medizinische und erst recht keine Herausforderung mehr für die Palliativmedizin.

**HIV wurde
behandelbar**

Zugleich ist das Spektrum der Erkrankungen sehr viel weiter geworden und geht über die onkologischen Erkrankungen hinaus.

**Palliative Hilfe
gegen Schmerzen**

Aufgrund ihrer Erfahrungen mit Tumorkranken kann sich die Palliativmedizin öffnen für andere schwere Erkrankungen, zum Beispiel schwere Leberzirrhose, schwere chronisch obstruktive Lungenerkrankung, also Asthma, Emphysem, Bronchitiserkrankung, arterielle Verschlusskrankheit. Patienten, die unter dieser Erkrankung leiden, haben immer wieder stärkste Schmerzen aufgrund der Durchblutungsstörungen in den Beinen und gerade ältere Menschen wollen eine Amputation vermeiden und suchen palliative Hilfe, um die Schmerzen behandeln zu lassen.

ALS, MS

Dann gibt es eine Gruppe von Erkrankungen aus der Nervenheilkunde. Da ist die Herausforderung an die Palliativmedizin die Amyotrophe Lateralsklerose, ALS, die mit schleichenden Lähmungen einhergeht, nicht nur der Extremitäten, sondern vor allem auch der Atemmuskulatur, der Sprechmuskulatur und der Schluckmuskulatur. Diese Patienten brauchen in der letzten Phase ihrer Erkrankung intensive, umfassende Betreuung medizinischer, pflegerischer, sozialer und seelsorgerischer Art. Und schließlich werden uns Patienten mit Endzuständen der Parkinsonerkrankung oder mit Multipler Sklerose zugewiesen.

conturen: Es gibt den Vorwurf, Palliativstationen und Hospize würden lieber Krebspatienten aufnehmen als Patienten mit neurodegenerativen, demenziellen oder chronischen internistischen Erkrankungen. Ist dieser Vorwurf aus Ihrer Sicht berechtigt?

**Herausforderung
Krebs**

Binsack: Heute ist er nicht mehr berechtigt. Er war es sicher. Die größten Herausforderungen bestehen in den onkologischen Erkrankungen. Daher hat die Palliativmedizin anfangs hauptsächlich diese Patienten aufgenommen. Der Krebspatient bündelt bei einer fortgeschrittenen, zum Tode führenden Erkrankung die meisten Probleme in sich wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, großflächige Wunden oder hirnorganische Veränderungen durch Hirnbeteiligungen der Tumorerkrankung.

**Krebs grenzt aus
und macht Angst**

Krebs ist darüber hinaus eine Erkrankung, die Menschen mehr stigmatisiert als zum Beispiel eine schwere Herzerkrankung. Er grenzt aus und macht Angst. Mit den Möglichkeiten der modernen Medizin kann er über viele Jahre hinweg gut behandelt werden. Das heißt, er ist eine chronische Erkrankung mit all den Problemen auch für die Familie, die Lebenspartner, die Kinder, manchmal leider auch die Eltern, sodass es sicher berechtigt ist, erst einmal onkologische Patienten zu betreuen.

Hinzu kommt, dass wir in der Onkologie genau wissen, wie die Prognose eines Patienten abzuschätzen ist. Das heißt, auch die juristische Einschätzung, wann man mit einer aktiven Behandlung aufhören und auf palliative Betreuung umschalten muss, fällt dem Arzt leichter als bei einer anderen Erkrankung, bei der es vielleicht Höhen und Tiefen gibt wie etwa der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung. Diese Erkrankung geht durch Lungen-schwund und entsprechende Veränderungen in den Bronchien mit schwerer Atemnot einher. Wir erleben immer wieder, dass diese Patienten schwerst krank aufgenommen werden und nach zwei, drei Wochen entsprechender Behandlung aufstehen und entlassen werden können. Da fällt die ethische Entscheidung, alle therapeutischen Maßnahmen abubrechen und nur mehr symptomatisch die Atemnot zu behandeln, sehr viel schwerer. Inzwischen aber öffnen wir uns diesen anderen Erkrankungen.

*Prognosen
werden sicherer*

conturen: Nehmen Sie auch Demenzkranke auf?

Binsack: Die Palliativmedizin geht von den Symptomen aus und sieht sich im Auftrag, die Symptome zu behandeln. Nun hat der demenzielle Mensch keine schwerwiegenden Symptome. Er hat keine Schmerzen, keine Atemnot, leidet nicht unter Übelkeit und Erbrechen, sodass ein dementer Mensch keine Palliativstation braucht. Was er braucht, sind umfassende menschliche Betreuung, psychosoziale Betreuung, Altenpfleger, die auf ihn eingehen und ihn in seiner Ebene des Denkens abholen.

*Demente Men-
schen brauchen
menschliche und
psychosoziale
Betreuung*

Daher lehnen wir Patienten mit der Diagnose Demenz oder Alzheimer-Demenz ab, es sei denn, sie hätten schon schwerwiegende Symptome oder als Zweiterkrankung einen Tumor. Aber allein die Tatsache, dass jemand nicht mehr für sich sorgen kann, ist keine Indikation zur Aufnahme, auch nicht in Hospize, die nur Menschen aufnehmen, die über das normale Maß hinausgehende Bedürfnisse nach umfassender Pflege und medizinischer Betreuung haben wie etwa Luftröhrenschnittpflege, Pflege einer Sonde im Magen, Pflege einer großen Wunde, die ein Tumor verursacht hat oder eines großen Tumors im Hals-Nasen-Ohrenbereich.

Aber Palliativmedizin und Hospizbewegung, die zusammengehören wie zwei Seiten einer Münze, müssen mit ihrem Wissen und ihrer Erfahrung auch in die Altenheime und Familien hineingehen. Sie müssen sich um die Alten und Demenzkranken sowie die hochbetagten multimorbiden Menschen kümmern und bei ethischen Entscheidungen helfen wie etwa der Frage, ob man

Hospizbewegung

**Fortschreitende
Hirnleistungs-
schwäche**

einen 95-jährigen schwer dementen Patienten, der nicht mehr schlucken kann, manchmal auch nicht mehr schlucken will und das auch kundig machen kann, ernähren müsse. Muss man dem eine Sonde in den Magen legen? Oder darf man ihm zugestehen, dass er sein Leben zu Ende lebt. Unsere Erfahrung, auch die Erfahrung der Neurologen und Psychiater ist, dass die Ernährung beim Fortgang einer Demenzerkrankung nicht das Wesentliche ist, sondern dass der Patient an der Hirnleistungsschwäche, die ja auch andere wichtige Zentren des Gehirns betrifft, verstirbt.

conturen: Ist dieses Einwirken der Palliativmedizin in die Altenheime ein Wunsch von Ihnen oder geschieht das auch?

**Sterbebegleitung
in Altenheimen**

Binsack: Wir haben in München eine Arbeitsgruppe, die sich mit geriatrischer Hospizarbeit und Palliativmedizin beschäftigt. Sie trägt die Haltung der Sterbebegleitung in die Altenheime. Auch die Bayerische Stiftung Hospiz hat es sich vor einigen Jahren zur Aufgabe gemacht, die Hospizidee in die Altenpflegeheime zu implementieren. Inzwischen haben die großen Wohlfahrtsverbände diese Idee aufgegriffen und eigene Programme entworfen.

Es gibt die Entwicklung, dass die jungen Ärzte und die jungen Schwestern und Pfleger ebenso wie die einzelnen Fachärzte palliativmedizinische Kenntnisse erwerben und nachweisen müssen. Auch in die Weiterbildung hat die Palliativmedizin Eingang gefunden. Wir sind da noch nicht am Ende. Die Durchdringung muss noch größer werden. Das hat sicher auch etwas mit Verdrängung und Verleugnung zu tun. Aber das Interesse ist enorm. Bis vor wenigen Jahren hatten wir über tausend professionelle Besucher pro Jahr auf der Station. Sie kamen aus der Pflege, aus der Seelsorge, aus anderen Krankenhäusern, aus Selbsthilfegruppen und ließen sich die Arbeit schildern. Ich denke, die Palliativmedizin wird in absehbarer Zeit ein selbstverständlicher Bestandteil unseres Gesundheitswesens sein.

conturen: Würden Sie der These zustimmen, dass die Menschen immer älter werden und daher immer schrecklichere Krankheiten bekommen?

Binsack: Es ist sicher richtig, dass durch die hohe Lebenserwartung heute mehr Menschen zum Beispiel eine Krebserkrankung bekommen, die sie früher aufgrund einer schweren Infektion gar nicht erleben konnten. Der Alterskrebs nimmt zu. Insgesamt aber steigt die Krebsrate nicht an, abgesehen von einzelnen Patienten-

**Verdrängung und
Verleugnung**

**Alterskrebs
nimmt zu**

gruppen wie zum Beispiel Frauen im Alter von fünfzig Jahren und älter, die ihr Leben lang geraucht haben und jetzt mit den Männern aufholen. Auch erleidet der hochbetagte Mensch Erkrankungen, die gar nicht so große Probleme bereiten. Die Diagnose auf dem Totenschein Altersschwäche oder Kachexie, Auszehrung, am Ende eines langen Lebens ist durchaus berechtigt, wenn Menschen nicht mehr ausreichend essen, das auch nicht mehr wollen, immer schwächer werden, magerer werden, sich einer künstlichen Ernährung verweigern und ihren Weg zu Ende gehen und hochbetagt und lebenssatt sterben. Der Pathologe fände natürlich zwanzig Diagnosen von schwerer Herzkrankheit über Niereneinschränkung bis zur Lungeneinschränkung. Aber jede Erkrankung für sich erklärt nicht, dass der Mensch jetzt sein Leben zu Ende gelebt hat.

conturen: Zu den Symptomen, unter denen ein schwerkranker Sterbender leidet, können Schmerzen, aber auch Atemnot, Übelkeit, geistige Verwirrtheit, Depressivität und Angst gehören. Was vermag hier die Palliativmedizin?

Binsack: Das schwerwiegendste Symptom ist sicher der Schmerz. Er gilt als Symbol für eine schwere Erkrankung. Und das ist beim Tumorleiden tatsächlich der Fall. Über siebzig Prozent der Tumorpatienten in der Endphase leiden an oft unerträglichen Schmerzen, die sie in den Suizid treiben, nach aktiver Euthanasie rufen lassen und das Leben nicht mehr als wertvoll erscheinen lassen. Die Atemnot ist ebenfalls ein drängendes Problem, weil der Mensch bei jedem Atemzug daran erinnert wird, dass er zu wenig Luft bekommt. Und Übelkeit und Erbrechen können auch sehr quälend sein. Von daher ist es wichtig, diese Symptome zu behandeln. Bei den Schmerzen gelingt das am besten. Wir können weit über neunzig Prozent aller Schmerzzustände so gut behandeln, dass das Leben erträglich oder sogar wieder lebenswert und schön wird.

Die Symptomtherapie ist aber nur ein Bereich der Palliativmedizin. Das umfassende Begleiten gehört ebenfalls dazu. Ich kann einem Patienten nicht nur Morphintabletten geben und ihn dann liegen lassen. Ich muss ihn seelsorgerlich begleiten, seine sozialen Bedürfnisse berücksichtigen, seine Familie mittragen. Das verstehen wir unter Palliativmedizin, ein umfassendes Konzept, das auf alle Bedürfnisse des schwer kranken Menschen und seiner Umgebung, seiner Familie und seiner Freunde, eingeht und auch auf

**Auszehrung
am Ende eines
langen Lebens**

**Unerträgliche
Schmerzen**

**Palliativmedizin:
ein umfassendes
Konzept**

**Ein differenzier-
tes Team**

deren Nöte eine Antwort findet. Da geht eine Welt zugrunde mit dem Menschen, der sich ans Sterben macht. Darum kann Palliativmedizin nicht mit Ärzten und Pflegeern allein existieren, sondern in jedem Team gibt es Sozialarbeiter, Familientherapeuten, vielleicht auch Psychologen, Seelsorger, Musiktherapeuten, Atemtherapeuten, manchmal sogar Kunsttherapeuten und ehrenamtliche Mitarbeiter.

conturen: „Die Palliative Care ist eine Disziplin, die durch klinische Erfahrung, Traditionen und Vorbilder geprägt ist, aber kaum durch wissenschaftliche Evidenz“, schreibt der Neurologe und Palliativmediziner Ralf J. Jox. Wie ist es aus Ihrer Sicht um die wissenschaftliche Seite bestellt? Können Sie sich bei Ihrer Arbeit auf eine wissenschaftliche Grundlage stützen?

Binsack: Ja, weil Palliativmedizin schon sehr lange betrieben wird. In den angelsächsischen Ländern gibt es dieses Fach seit Mitte der sechziger Jahre. In dieser Zeit wurden viele Studien erstellt, Studien zur Lebensqualitätsforschung oder zur Erfolgskontrolle der Symptomenbehandlung, also wie gut und wie häufig eine suffiziente Schmerztherapie gelingt.

**Neue Lehrstühle
forschen**

Auch an den neuen Lehrstühlen für Palliativmedizin, die überall entstehen, wird Forschung betrieben. Da wird untersucht, ob sich die Lebensqualität aus der Sicht des betroffenen Patienten durch bestimmte Maßnahmen wie Schmerztherapie oder umfassende Betreuung erhöht. Lebensqualität kann man inzwischen zumindest subjektiv messen und in der Statistik auch gut verwerten. Am Lehrstuhl Spiritual Care der Ludwig-Maximilians-Universität untersuchen Professor Eckhard Frick und Professor Traugott Roser, wie eine umfassende seelsorgerische Begleitung den Menschen hilft, ihr Sterben zu bewältigen. Bisher hat man das immer behauptet. Heute kann man das nachweisen. Erste Ergebnisse sprechen dafür, dass Seelsorge genauso wichtig ist wie Pflege, Medizin und Sozialarbeit. Die Teilnahme an solchen Studien muss mit den Patienten genau besprochen werden. Aber diese Studien sind wichtig, um unser Anliegen auf ein Fundament zu stellen, das auch die Kostenträger überzeugt.

conturen: Besteht da Skepsis oder gar Misstrauen?

Binsack: Wir müssen den Kostenträgern zeigen, dass wir nicht irgendwelchen Voodoo-Zauber machen, sondern auf dem wissenschaftlichen Fundament der allgemeinen Medizin stehen und un-

**Seelsorge ist
genauso wichtig**

**Wissenschaft-
liche Fundamente**

sere Medikamente entsprechend einsetzen. So nehmen wir zum Beispiel regelmäßig an einer Qualitätskontrolle teil. Wir dokumentieren die Symptome unserer Patienten, den Erfolg unserer Behandlung und schließlich auch das weitere Vorgehen, wo der Patient hingehet und wo er weiter begleitet wird.

Als wir 1991 begannen, legte die Bundesregierung ein Forschungsprogramm auf, die BOSOFÖ-Studie. Da mussten die damals gegründeten 16 Palliativstationen drei Jahre lang dokumentieren, warum der Patient kam, wie sein Verlauf war und wie es weiterging. Damit konnten wir der Bundesregierung, aber vor allem den Kostenträgern belegen, dass die Palliativmedizin kein neues Bedürfnis schafft, sondern auf ein bestehendes Bedürfnis eine sinnvollere, effektivere und damit auch kostengünstigere Antwort gibt.

Wir kennen den Drehtüreffekt, den schwerkranke Patienten immer wieder erleiden. Sie werden aufgenommen. Man behandelt sie ein bisschen und schickt sie schnell wieder nach Hause. Drei Tage später läuft etwas aus dem Ruder. Der Notarzt weist den Patienten in die nächste Klinik ein und es beginnt von Neuem. Innerhalb von vier Wochen hat der Patient drei Klinikaufenthalte und keiner ist effektiv. Wenn dagegen die Palliativmedizin einen Patienten nach Hause entlässt, versucht sie, wirklich alles zu bedenken und ein Netz zu knüpfen in der Versorgung. Wir übermitteln dem Hausarzt einen Therapieplan, geben den Angehörigen eine Notfalladresse, schulen eine gute Pflegekraft und reden mit den Angehörigen und Patienten auch über das, was auf sie vielleicht zukommen kann und was zu tun ist, wenn der Patient auf das Sterben zugeht.

conturen: Können Sie voraussagen, wie das Sterben Ihrer Patienten verlaufen wird und mit ihnen darüber reden?

Binsack: Nachdem heute fast kein Mensch unserer Gesellschaft mehr Erfahrungen im Begleiten Sterbender hat, weil es in den siebziger, achtziger Jahren an Institutionen delegiert wurde, muss man mit den Betroffenen und den Angehörigen darüber reden, wie ein solcher Sterbeprozess vor sich geht. Damit hat die Palliativmedizin auch die pädagogische Aufgabe, über etwas zu reden, was tabuisiert ist. Wir stellen fest, dass wir auf sehr offene Ohren stoßen.

BOSOFÖ-Studie

**„Drehtüreffekt“
bei schwerkranken
Patienten**

**Tabu des
Sterbens**

**Ein konkretes
Beispiel**

Ich gebe Ihnen ein Beispiel: Wir haben einen relativ jungen Mann um die fünfzig Jahre mit einem weit fortgeschrittenen Hals-Nasen-Ohren-Tumor bei uns betreut. Er war noch in gutem Zustand, blutete aber immer wieder aus diesem Tumor im Rachen heraus. Die Blutung konnte man nicht stillen, sie stand meistens von selbst. Der Mann konnte damit gut umgehen und wollte heim. Wir bereiteten das gut vor und besprachen eingehend mit der an sich sehr ängstlichen Ehefrau, was passieren könnte, wenn wieder eine Blutung eintrete. Wir sagten ihr, dass sie Ruhe bewahren müsse und ihren Mann begleiten. Drei Wochen hörten wir nichts. Dann kam sie und berichtete, wie sie vor wenigen Tagen in der Nacht bemerkt habe, dass ihr Mann aufgestanden sei und sie ihm ins Bad nachgegangen sei. Er habe am Waschbecken gesessen und geblutet. Dann habe sie sich an unser Gespräch erinnert und sei dabeigebblieben. Innerhalb weniger Minuten sei ihr Mann schwach geworden und in ihre Arme gesunken. Sie habe ihn auf den Badezimmerboden gelegt und er sei sichtbar tot gewesen. Wenn sie nicht gewusst hätte, was sie tun müsse, hätte sie ihn allein gelassen, wäre völlig umsonst irgendwohin gerannt und hätte ihn hernach tot liegend vorgefunden. So habe sie ihn in den letzten Minuten begleiten können. Über so etwas zu reden, ist für alle schwierig, auch für den Arzt. Aber die Frau war uns unendlich dankbar dafür, dass sie genau das tun konnte, was in dem Fall richtig war.

**„Sterben
in Würde“**

conturen: „Sterben in Würde“, lautet die oft zitierte Ziel- und Wunschvorstellung. Was bedeutet das? Soll es heißen, dass der Sterbende um sein Sterben weiß und es bewusst annimmt?

Binsack: Im Vordergrund steht der Respekt vor dem Willen des Patienten, sei er geäußert oder vorausverfügt. Dieser Wille kann auch darin bestehen, mit ihm nicht über seine Krankheit zu reden, weil er sie bewusst verdrängen möchte. Ich habe in diesen zwanzig Jahren gelernt, dass jeder seinen Weg geht. Menschen, die immer schon sehr offen waren, gehen auch mit ihrem Sterben offen um und reden darüber. Andere, die ihre Probleme Zeit ihres Lebens mit sich selbst ausgemacht haben, wenig gesprochen und vieles verdrängt haben, sind auch im Sterben eher verschlossen. Das haben wir zu respektieren.

**Was bedeutet
„Würde“?**

Würde ist ein schwieriger Begriff. Für mich heißt er zuerst einmal Respekt vor dem anderen und dessen Eigenart. Nicht ich weiß, wie man stirbt, sondern der Patient muss es erforschen und er hat

sehr viel Einfluss auf diesen Weg. Ein offener Mensch wird sich erhoffen, dass er auf eine klare Frage auch eine Antwort bekommt. Vielleicht hat er vorher die Erfahrung gemacht, dass auf Fragen nach dem Sterben immer Ausflüchte kommen und erfährt jetzt von einem palliativmedizinischen Arzt, dass es auch eine vernünftige Antwort gibt, dass er auf die Frage, wie sein Sterben sein werde, Auskunft erhält. Wir stellen fest, dass der Patient nach einem behutsamen Gespräch, in dem er endlich eine Antwort bekommen hat auf das, was ihn bedrückt, sehr viel ruhiger und gelassener wird.

Dann sage ich eine Banalität: Würde heißt auch, dass so weit wie möglich der Lebensrhythmus und die Lebensgewohnheiten des Patienten respektiert werden, dass ein Patient, der Zeit seines Lebens ein Nachtarbeiter war, nicht um zwanzig Uhr schlafen muss, weil das Pflegepersonal das so bestimmt. Und derjenige, der immer schlecht aus dem Bett rausgekommen ist, darf erst recht in seiner schweren Krankheit ausschlafen, auch wenn das unseren Klinikalltag über den Haufen wirft. Also Palliativpflege ist eine sehr individuelle Pflege, die auf die Wünsche der Menschen eingeht. Dazu gehört auch das Zugeständnis, dass für viele Menschen leben bis zuletzt rauchen bis zuletzt bedeutet. Manche sagen, es sei noch ihre einzige Freude. Sie wüssten, dass sie durch das Rauchen krank geworden seien. Aber jetzt habe es auch keinen Sinn mehr aufzuhören. Das positiv zu unterstützen, hat auch etwas mit der Würde zu tun.

Und mit Würde hat schließlich zu tun, dem Menschen nicht aufzuzwingen, was ich für richtig halte, er aber gar nicht. Das betrifft Ernährung, Flüssigkeitszufuhr und auch Schmerztherapie. Es gibt Menschen, die haben Schmerzen und wollen trotzdem nicht ausreichend Schmerzmittel. Da haben sie das Recht auf eine Aufklärung, auf ein behutsames Angebot. Aber wenn sie keine Schmerzmittel möchten, müssen wir das respektieren. Ärzte haben mitunter das Problem, dass sie sich, wenn sie etwas gut Gemeintes vorschlagen und es abgelehnt bekommen, gekränkt fühlen. Diese professionelle Kränkung zu reflektieren und sie eben nicht als Kränkung zu empfinden, gehört auch zu dem, was palliativmedizinisch tätige Ärzte lernen müssen.

conturen: „In guten Kliniken wird geweint“, sagte der Berliner Palliativarzt Matthias Gockel. Stimmen Sie dem zu?

*Differenzierte
Rücksichtnahme*

*Mit dem Rauchen
aufhören?*

*Schmerzmittel:
ja oder nein?*

**Gefühle zulassen:
Man darf weinen**

Binsack: Ja. Ich möchte dieses Wort sehr unterstützen. Gefühle zuzulassen, ist in unserer Zeit schwierig, weil wir alle so cool sein müssen ein Leben lang und im Beruf immer die Fassade bewahren. In der schweren Krankheit sollte man das nicht tun müssen. Da ist gerade bei Männern viel Überzeugungsarbeit zu leisten und sie dazu zu bringen, auch traurig zu sein und zu weinen. Häufig bitten sie um Entschuldigung, wenn sie solche Gefühle haben und ich muss sie ermutigen, traurig zu sein und das auch herausfließen zu lassen. Im Fließen löst sich manches. Das gilt auch für Männer, wenn sie Angehörige sind. Der Mann darf über seine schwerkranke Frau weinen. Dafür muss aber die Atmosphäre vorhanden sein. Und das können Palliativmedizin und Hospizarbeit leisten.

**Tötung auf
Verlangen?**

conturen: In den letzten Jahren kam immer mehr die Diskussion darüber auf, dass man sein Ende selbst bestimmen möchte und selbst entscheiden möchte, wann das Leben für einen nicht mehr lebenswert sei. Die Stichworte hierzu sind Selbsttötung oder Tötung auf Verlangen...

Binsack: Überlegungen dieser Art bestehen, wenn Patienten Furcht vor einem schlimmen Weg haben. Vielleicht haben sie bei einem anderen Menschen einen solchen Tod erfahren und beschließen für sich, lieber aktiv das Schicksal in die Hand zu nehmen und den Suizid zu praktizieren oder die aktive Sterbehilfe einzufordern, wie sie in manchen Ländern Europas inzwischen legalisiert ist. Ich meine, dass palliativmedizinische Kenntnisse und hospizliche Begleitung die Alternative darstellen zu solchen Wünschen.

Es mag in früherer Zeit auch ein Kapazitätsproblem bestanden haben. Dass die Hospizarbeit einen solchen Aufschwung erlebt hat, ist jetzt erst zu sehen. Inzwischen gibt es so viele Palliativbetten, dass eigentlich kein Mangel mehr besteht. Auch die Kassen haben in der ambulanten Begleitung Schwerkranker ihre Verantwortung erkannt. Alle diese Aspekte müssten diesen Wunsch nach aktiver Sterbehilfe klein erscheinen lassen.

**Tötung löst kein
Problem**

Es ist meine feste Überzeugung, dass Tötung nie ein Problem löst. Sie mag vordergründig dem Betroffenen als Lösung erscheinen. Aber sie löst sicher nicht die Probleme derjenigen, die zurückbleiben, die ihr Leben lang mit dieser Hypothek leben müssen, einen Angehörigen durch Selbsttötung verloren zu haben und vielleicht Schuld daran zu haben. Das heißt nicht, dass ich einen Men-

schen, der Suizid verübt, verurteile. Aus der Suizidforschung wissen wir, dass es bei aller Bemühung und Fürsorge um schwer kranke oder depressive Menschen nicht vermeidbar ist, wenn jemand seinen Weg ganz klar gehen will. Wir können Suizide nicht immer verhindern. Mit diesem Schicksal müssen wir leben, sei es als professioneller Betreuer, sei es als Familie.

conturen: Wird sich voraussichtlich eines Tages eine gesetzliche Erlaubnis der Tötung auf Verlangen durchsetzen? Denn immer mehr Länder tendieren in diese Richtung...

Binsack: Ich hoffe es nicht, weil ich überzeugt bin, dass das Durchbrechen des Tötungstabus wesentliche Änderungen in der Gesellschaft hervorruft, dass damit Leben verfügbar und anderen Interessen untergeordnet wird. Das sind ganz schnell wirtschaftliche Interessen. Dann geht es zur Kontingentierung menschlichen Lebens, so wie wir ja bereits vieles kontingentiert und pauschaliert haben. Der alte Mensch kostet.

Es gibt Länder, in denen ab einem Alter von 65 Jahren keine Hüftimplantation mehr gezahlt wird. Dann bekommen wir eine Zwei-Klassen-Gesellschaft. Das ist eine Spaltung der Gesellschaft, die sie nicht überleben wird. Das wird ein Hauen und Stechen. Ich hoffe, dass auch unsere nachwachsenden Generationen so viel Verstand haben, dass wir da zusammen solidarisch bleiben. Wenn man heute Berichte aus der Altersforschung liest, stellt man fest, dass die Solidarität zwischen den Generationen immer noch enorm ist. Die Enkelkinder hängen an schwer kranken Großeltern. Wir erleben, wie wichtig es der übernächsten Generation ist, die Verbindung zu ihren Wurzeln zu haben.

conturen: Hans Küng hat in seinem Buch mit Walter Jens auf eine Art schleichender Euthanasie hingewiesen. Mehr Ärzte, schrieb er, praktizierten insgeheim Tötung auf Verlangen, als allgemein bekannt sei.

Binsack: Das ist eine weit verbreitete Meinung. Es ist auch etwas Wahres dran. Aber das müssen beide Partner miteinander ausmachen. Der einer macht sich strafbar, der andere nötigt den anderen zur Straftat. Das betrachte ich als individuelles Problem. Für Extremfälle des Lebens betonen auch die beiden großen Kirchen immer wieder den Primat des Gewissens. Aber es ist für mich ein großer Unterschied, ob ich als Gesellschaft etwas legali-

Tötung auf Verlangen macht Leben verfügbar

„Der alte Mensch kostet“: Keine Therapie mehr für Alte?

Solidarität ist wichtig

„Schleichende Euthanasie“?

Primat des Gewissens

siere oder ob ich im Einzelfall anders handle und es vor meinem Gewissen verantworte.

conturen: Nun gibt es ja eine Bandbreite: aktive und passive Sterbehilfe, töten und sterben lassen. Kann man da eindeutige Grenzen ziehen?

Binsack: Begrifflich schon. Es gibt wenige Grenzfälle, die man ethisch beleuchten muss, um zu einem Urteil zu kommen. Aktive Sterbehilfe, juristisch Tötung auf Verlangen, ist das aktive Eingreifen einer Person, meistens des Arztes auf Wunsch des Patienten, mit dem Ziel, den Tod innerhalb kurzer Zeit, meistens Minuten, herbeizuführen. In den Ländern, in denen sie legalisiert ist, sind die Voraussetzungen eine schwere, zum Tode führende Erkrankung und Symptome, die kaum anders beherrschbar erscheinen. Passive Sterbehilfe ist das Zulassen des Sterbens eines anderen auf dessen Wunsch hin. Das ist heute juristisch, von den Gesetzgebungen her und von den Rechtsprechungen des Bundesgerichtshofs klar geregelt. Der Wille eines Patienten, der keine weitere Therapie mehr zulässt, muss respektiert werden. Aus juristischer Sicht stellt jedes therapeutische Eingreifen Körperverletzung dar und bedarf daher einer Zustimmung. Und wenn der Patient zur Antibiotikatherapie, zur Transfusion, zur vielleicht lebensrettenden Operation oder zur künstlichen Ernährung keine Einwilligung gibt, hat der Arzt das zu respektieren.

**Aktive und
passive
Sterbehilfe**

Von daher sind wir auf einem juristisch sicheren Terrain. Allerdings hat sich in der Ärzteschaft diese Haltung noch nicht klar durchgesetzt. Da müssen wir noch lernen. Es ist auch ein Generationenproblem. Der heute erfahrene ältere Arzt ist in einem völlig anderen Umfeld aufgewachsen. Er verstand sich als patriarchalischer Sachwalter der Interessen des Patienten, der am besten wisse, was für den Patienten gut sei. Heute sprechen wir von einem partnerschaftlichen Verhältnis. Und die jungen Ärzte, die jetzt nachwachsen und auch universitär schon mit Palliativmedizin befasst werden, denken ganz anders. Sie respektieren solche klaren Willensäußerungen von Patienten.

Passive Sterbehilfe ist ein unglücklicher Begriff, den wir nicht mehr gerne verwenden. Denn es ist ja nicht so, dass wir nichts tun. Wir tun nur etwas anderes, so dass ich statt „passive Sterbehilfe“ lieber den Begriff der „Therapiezieländerung“ verwende. Wir hören nicht mit der Therapie auf. Früher sprach man vom austherapierten Fall, für den nichts mehr getan werden könne.

**Arzt und Patient
sind Partner**

**Was ist
„austherapiert“?**

Heute können wir es Patienten, für die nichts Heilendes mehr getan werden kann, mit der palliativen Medizin ermöglichen, ihren Weg in Würde und möglichst symptomarm zu Ende zu gehen. Wir begleiten die Patienten, behandeln ihre Symptome, führen aber keine lebensverlängernden Maßnahmen durch.

*Symptomarmes
Ende des Weges*

conturen: Deutschland ist durch seine belastete Vergangenheit bei diesem Thema besonders gehemmt und die Angst, eine ungewollte Instanz könne bestimmen, was lebenswert sei und was nicht, ist in jeden Fall berechtigt. Aber haben Sie das Empfinden, dass es für den Schwerkranken selbst eine Bereicherung ist, sein Leben zu Ende zu leben?

Binsack: Ja, wenn wir seine Würde respektieren, wenn wir ihn achten als Persönlichkeit und wertschätzen bis zuletzt, können diese letzten Wochen und Tage sehr wertvoll sein. Sie werden von fast zwei Dritteln aller Schwerkranken bewusst erlebt. Ich bin überzeugt, dass dieser Weg ganz wichtig ist, erstens für den Patienten, um sein Leben selbst zu vollenden, und zweitens für die Angehörigen, denen die Möglichkeit gegeben wird, Abschied zu nehmen, den Patienten immer wieder zu besuchen und zu erfahren, wie er sich langsam zurückzieht.

*Abschied und
Trauer*

Früher wurden die Besuchszeiten in den Kliniken eingeschränkt und auf Intensivstationen wurde gar kein Besuch zugelassen. Das hat sich heute geändert. Wir ermuntern die Angehörigen unserer Patienten dazu, in diesen letzten Tagen immer wieder da zu sein, weil die Trauer danach in der Regel leichter bewältigt werden kann, wenn man vorher schrittweise Abschied genommen hat. Gut bewältigte Trauer lebt auch von dem Weg, der bis zum Ereignis des Todes gegangen wurde. Wer früh mit der Trauerbegleitung beginnt, der kann hernach viel leichter mit dem Tod umgehen, als jemand, der das vermeidet, leugnet und dann plötzlich von dem Ereignis überwältigt wird.

conturen: Was auch in diesen Komplex gehört, ist die so genannte Patientenverfügung, mittels derer man über jene Lebensphase Entscheidungen treffen kann, in der man keine Entscheidungen mehr treffen kann. Sind Sie damit konfrontiert? Halten Sie es für sinnvoll? Kann man sich, voll im Leben stehend, wirklich in die Perspektive des eigenen Endes hineindenken?

*Patienten-
verfügung*

Binsack: Das ist für den gesunden Menschen sicher schwierig. Aber er kann im Laufe einer schweren Erkrankung die Entschei-

dungen, die er in der Patientenverfügung festgelegt hat, revidieren. Man vergibt sich nichts, wenn man aus der heutigen Sicht Entscheidungen trifft. Die Patientenverfügung soll nicht mit sich selbst abgemacht werden, sondern im Dialog mit den Angehörigen, mit einem Vertrauten, mit einem Bevollmächtigten, den man auch offiziell als Sachwalter einsetzt für die Zeit, in der man nicht mehr fähig ist, seinen Willen zu äußern. Und dieses Gespräch ist wichtig zur Krankheitsverarbeitung.

*Lebensweise
und spirituelle
Haltung*

Von daher halte ich die Patientenverfügung für ein wichtiges Instrument, für den bereits Erkrankten auch deswegen, weil er sich anlässlich dieses Instruments Gedanken über sein Sterben machen muss. Viele Patientenverfügungen enthalten ein Blatt, auf dem nach der Lebensweise und religiösen Haltung gefragt wird. Das zu formulieren, halte ich für sehr wichtig.

Die Patientenverfügung hat eine enorme Aufwertung erlangt durch diese wirklich spektakuläre Gesetzgebung vor Jahren, als der Deutsche Bundestag über die Parteien hinweg und mit großer Mehrheit die Respektierung der vorausverfügten Patientenautonomie gesetzlich beschlossen hat. Darüber sind wir sehr froh. Das war für mich eine Sternstunde des Deutschen Bundestags. Viele Aufsehen erregende, Bahn brechende Urteile, zuletzt des Bundesgerichtshofs, haben den Boden für diese Gesetzgebung bereitet. Heute gibt es Rechtssicherheit sowohl für die Patientenangehörigen, als auch für den Arzt.

conturen: Die Palliativstation St. Johannes von Gott ist eine Einrichtung des Ordens der Barmherzigen Brüder. Sie nehmen zwar Patienten aller Glaubensrichtungen auf. Aber spielen der christliche Gedanke und vor allem die Vorstellung eines Jenseits eine zentrale Rolle für Ihre Arbeit?

*Christlich
geprägte
Motivation*

Binsack: Ja, das spielt sowohl für die Ordensmänner eine große Rolle, die die Idee tragen und für diese Einrichtungen verantwortlich sind, als auch für unsere Mitarbeiter. Als kirchliche Einrichtung sind wir gehalten, Mitarbeiter bei uns aufzunehmen, die zu dieser Religion stehen und sie auch leben. Das heißt, für uns ist die Motivation sicher christlich geprägt, aber von einer großen Toleranz getragen.

*Respekt
und Toleranz*

Ein muslimischer Angehöriger sagte mir, sie hätten für ihre Mutter dieses Krankenhaus ausgesucht, weil sie wüssten, dass hier Religion respektiert werde und sie Muslime sein dürften. Vor ei-

nigen Wochen hatten wir einen muslimischen Imam zu Gast, der uns über die Riten und Traditionen des Islams kundig machte. Denselben Respekt zeugen wir Menschen, die Atheisten sind und an ein Weiterleben nach dem Tode nicht glauben können. Das heißt nicht, dass man nicht auch seine eigenen Jenseitsvorstellungen bekennen muss, wenn man gefragt wird.

Es ist ein Anliegen der Barmherzigen Brüder weltweit, das zurückgeht auf den Ordensgründer Johannes von Gott, dass sie jeden Menschen, der um Hilfe bittet, aufnehmen, ungeachtet der Herkunft, der Rasse, der Religion und der Lebenshaltung. Als wir 1991 unsere Arbeit begannen, war es eine Bedingung des Ordens, dass wir, Ärzte und Pflegende, auch Aids-Patienten aufnehmen. Das war damals keine Selbstverständlichkeit und brachte uns großen Respekt.

***Jenseits-
vorstellungen***

***Barmherzige
Brüder, Johannes
von Gott***
