

Aktuell &gt; Wissen &gt; Medizin

Interview mit Michael de Ridder

## Sterben gehört nicht ins Krankenhaus

10.11.2012 · Der Notfallmediziner Michael de Ridder leitet das neugegründete Hospiz des kommunalen Krankenhausunternehmens Vivantes in Berlin. Im Interview erklärt er, worum es am Lebensende geht: um umfassende Symptomlinderung zum einen, vor allem aber um Gespräche und die großen Fragen des Lebens.

Artikel

**Herr de Ridder, Sie haben sich öffentlich immer wieder dafür eingesetzt, dem Sterbeprozess und seiner Gestaltung mehr Aufmerksamkeit und mehr Ressourcen zukommen zu lassen und die Patientenautonomie gerade im Hinblick auf das Lebensende ernst zu nehmen. Wie konnten Sie mit Ihren Vorstellungen mitwirken an der Gestaltung des ersten Vivantes-Hospizes?**



© MONIQUE WUESTENHAGEN

Das neue Vivantes-Hospiz auf dem Gelände des Wenckebach-Klinikums

Ich war in alle Aspekte der Gründung und Planung des Hospizes, die auch die künstlerische Ausgestaltung des denkmalgeschützten Gebäudes durch den namhaften Künstler Anton Henning umfasste, eingebunden. Primär aber geht es um das Versorgungs- und Pflegekonzept: Neben bester medizinischer und pflegerischer Versorgung sind für uns Wunsch und Wille des Patienten, seine Hoffnungen und Erwartungen, soweit er sie noch auszudrücken vermag, Dreh- und Angelpunkt unserer Arbeit. Nicht wenige Menschen wollen am Lebensende jedoch am liebsten all ihr eigenes Wollen „abgeben“ und sich völlig in die Obhut anderer begeben. Auch das nehmen wir an und erfüllen es so gut wie möglich: Achtsamkeit, Respekt und Herzenswärme - diese drei Säulen tragen die Arbeit unseres Hospizes.

**In Ihrer Eröffnungsrede sagten Sie, dass Sie sich wünschen, das neue**

## **Hospiz stoße auch eine allgemeine Debatte an. Wo steht die Debatte über die Betreuung Sterbender derzeit?**

Man kann derzeit feststellen, dass neben dem kurativen Auftrag der Medizin auch ihr palliativer Auftrag zunehmend ernst genommen wird: Palliativmedizin ist ärztliches Prüfungsfach geworden, wir haben mehr Palliativstationen, wir haben mehr Ärzte mit der Zusatzausbildung Palliativmedizin, die Hospizbewegung ist dabei, einen großen Aufschwung zu nehmen. Von der Gesellschaft selbst wird das Anliegen einer besseren Versorgung am Lebensende immer vernehmlicher formuliert. Von daher gerät die kurative Medizin unter einen gewissen Druck, im Übrigen natürlich nicht zuletzt durch den demographischen Wandel. Wir werden künftig eine wachsende Zahl Schwerstkranker und chronisch Kranker sowie Pflegebedürftiger zu versorgen haben. Für diese Menschen - und die Krebskranken machen nur einen kleinen Teil von ihnen aus - gilt der palliative Auftrag. Wenn wir ihn wirklich ernst nehmen, werden wir den Pflegeberuf aufwerten müssen, was primär eine Aufgabe der Politik ist. Das bedeutet auch, dass es künftig eine Verschiebung der Ressourcen wird geben müssen, personell wie finanziell, weg von der Akutmedizin - die an Bedeutung verlieren wird - und hin zu einer palliativ orientierten Medizin.

## **Wie viele Plätze hat das Vivantes-Hospiz für solche schwerkranken Patienten am Lebensende?**

Sechzehn Plätze sind von den Kostenträgern vorgeschrieben, und das ist richtig so. Der intime Charakter, den solche Einrichtungen haben sollten, ginge sonst verloren.



Michael de Ridder

© LÜDECKE, MATTHIAS

---

## **Wo liegt der Unterschied zwischen einem Hospiz wie dem, was Sie in Berlin gerade eröffnet haben, und Palliativstationen an Krankenhäusern?**

Die Palliativstation ist noch eher medizinisch ausgerichtet und deswegen auch am Krankenhaus angesiedelt, obwohl der Palliativgedanke einen Bogen von der Sorge ums körperliche bis hin zum spirituellen Wohlbefinden spannt. Im Hospiz stehen persönliche Zuwendung und Kommunikation ganz im Vordergrund, den Menschen zuzuhören und ihnen beizustehen, ihre Anliegen auszudrücken. Palliativmedizin hat erfahrungsgemäß ihren Schwerpunkt in der Behandlung körperlicher und mentaler

Symptome - was auch immer das für ein Symptom ist. Schmerzen beispielsweise sind eher ein seltenes Symptom am Lebensende. Nur für etwa fünfzehn Prozent aller Menschen ist im Sterbeprozess das Hauptproblem der Schmerz. Luftnot ist ein viel häufigeres Symptom. Wichtiger noch ist es aber, auf die Ängste und Unruhezustände Sterbender eingehen zu können. In einen Dialog zu treten über Fragen an das eigene, vielleicht ungelebte Leben und andere Lebensfragen, die die Menschen umtreiben, wenn sie merken, dass ihr Leben zu Ende geht, das ist im Hospiz, schon weil es frei ist von allem „Klinischen“, eher möglich. Man könnte sagen: Die Grundlage der Arbeit im Hospiz ist beste ärztliche und pflegerische Versorgung, aber in ihrem Zentrum stehen Zuwendung und Kommunikation.

### **Mit welchen Lebensfragen beschäftigen sich die Patienten im Hospiz?**

Sinnfragen, ungelöste Konflikte, das, was Menschen mit sich schleppen. Fragen von Schuld etwa, man ist mit irgendetwas nicht fertig geworden, jemand hat keinen Frieden mit sich selbst oder anderen schließen können. Wir wollen eine Atmosphäre schaffen, die Entlastung ermöglicht, gerade auch mit den und für die Angehörigen: . Den Sterbeprozess mitzerleben ist ja oftmals für die Angehörigen gravierender als für den Sterbenden selbst, der sein Sterben vielleicht schon angenommen hat. Deshalb zielt die Hospizarbeit ebenso auf die Betreuung der Angehörigen wie auf die der Sterbenden selbst.

### **Was bedeutet das personell - wäre es sinnvoll, dass in einem Hospiz Psychologen und Psychiater arbeiten?**

Die Hospizbewegung ist eine Bewegung, die historisch überhaupt nichts mit Medizin zu tun hat, sie entspringt allein bürgerschaftlichem Engagement. Daran will ich auch unbedingt festhalten, weil das nichtprofessionelle Betreuen des Sterbeprozesses so wichtig ist. Das Sterben selbst ist keine Krankheit und keine medizinische Angelegenheit. Sterben gehört nicht ins Krankenhaus. Sterben gehört in die Familie, zu den Angehörigen, unter normale Menschen. Natürlich wollen wir heute beste medizinische Versorgung haben. Aber das ist nicht das, was die Sterbebegleitung ausmacht. Und deshalb übernehmen ehrenamtlich Tätige eine zentrale Aufgabe im Hospiz und befassen sich dort mit den Fragen, die jenseits von den pflegerischen und ärztlichen Versorgungsproblemen liegen, auf psychosozialen und spirituellem Feld also. Die ärztliche Versorgung liegt in den Händen der SAPV-Ärzte. SAPV steht für „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“. Das ist eine Zusatzbezeichnung, die in Berlin inzwischen achtzig Ärzte haben, meist Onkologen, die gemeinsam mit SAPV-Pflegeteams ambulante Versorgung leisten. Denn die meisten Menschen möchten ja in ihrer gewohnten Umgebung sterben, also in ihrem Zuhause. Wenn es aber nicht möglich ist, jemanden zu Hause zu betreuen, aus Gründen eines sehr hohen pflegerischen Aufwands oder aufgrund von sozialer Isolation, dann ist ein Hospiz der richtige Ort. Einen solchen stationären Hospizplatz muss ein Arzt indizieren. Er begründet dies in einem Gutachten, das nahezu immer vom Kostenträger akzeptiert

wird. Die SAPV-Ärzte kommen dann wie Belegärzte je nach Bedarf ins Hospiz.

### **Arbeiten auch Ärzte ständig im Hospiz?**

Nein. Das Team dort besteht pro Schicht aus vier Pflegekräften für maximal sechzehn Patienten. Dazu kommen ehrenamtlich Tätige, die beispielsweise im Hospiz eine Sitzwache übernehmen können, vorlesen oder Gespräche führen. Selbstbestimmung, Wünsche erfüllen, das steht für uns ganz oben. Wenn beispielsweise ein Patient nachts um vier Uhr Mousse au Chocolat haben will, dann machen wir das. Wir haben auch eine Küche, in der Besucher für ihre sterbenden Angehörigen auf Wunsch selbst kochen können. Der symbolische Gehalt der Zubereitung einer Mahlzeit für einen Menschen ist ja enorm hoch, ein wichtiger Teil unseres Konzeptes. Aber es wird natürlich immer Probleme geben, für die man auch am Lebensende einen Spezialisten hinzuzieht, um die Symptombehandlung wirklich optimal zu gestalten, etwa bei speziellen Schmerztherapien.

### **Nach welchen Kriterien werden die Plätze in Ihrem Hospiz vergeben?**

Der Landesverband der Betriebskrankenkassen, der Vertreter unser Kostenträger, macht bestimmte Vorgaben. Zum Beispiel sollte die ärztlich abschätzbare Lebenserwartung eines Patienten wenige Wochen nicht überschreiten. In den Berliner Hospizen lag im Jahr 2010 die durchschnittliche Verweildauer eines Patienten zwischen 22 und 24 Tagen. Vielleicht an dieser Stelle ein Hinweis: Kliniken sollten ein Hospiz nicht „missbrauchen“: Das tun sie dann, wenn sie Menschen ins Hospiz verlegen, die bereits unmittelbar im Sterbeprozess sind; Menschen also, die absehbar nur noch wenige Stunden leben und unter Umständen nur deswegen verlegt werden, weil die Klinik die Zahl der eigenen Sterbefälle niedrig halten will.

### **Werden nur Vivantes-Patienten aufgenommen?**

Vivantes versorgt in Berlin etwa ein Drittel aller Patienten, die eine klinische Behandlung benötigen, für 600 von ihnen war 2010 ein Hospizplatz indiziert. Wir konnten jedoch nur etwa die Hälfte von ihnen in den existierenden Berliner Hospizen unterbringen. Auch das war für uns ein Anlass für die Gründung eines eigenen Hospizes. Dennoch sind wir grundsätzlich für alle Berliner offen. Natürlich wollen wir unsere eigenen Kliniken „bedienen“, wir haben drei Onkologien und eine HIV/AIDS-Station, aus der Patienten zu erwarten sind. Vermutlich wird es eine Warteliste geben. Dann geht es nach der Dringlichkeit der Indikation. Letztlich aber muss da jedes Hospiz seinen eigenen Weg finden.

**Trotz allem wollen offenbar die meisten Menschen zu Hause sterben. In den meisten europäischen Ländern sterben allerdings noch immer zwischen fünfzig und siebzig Prozent der Menschen im Krankenhaus.**

In Deutschland sterben etwa 45 Prozent aller Bundesbürger in der Klinik. Das ist immer noch zu viel. Man sagt oft über unsere Medizin, das Sterben sei in ihr nicht vorgesehen, Ziel sei schließlich das Überleben des Patienten, seine Heilung. Ich bin nicht sicher, ob man das so sagen sollte. Aber: Die Medizin wird den terminal Kranken allzu oft nicht gerecht, zumal in der Institution Krankenhaus. Eines meiner Hauptanliegen ist es, deutlich zu machen, dass kurative Medizin und palliative Medizin gleich wichtig und ethisch gleichrangig sind. Und dass man etwas dafür tun muss, dass junge Mediziner nicht nur dort Karriere machen wollen, wo es um medizintechnische Methoden, um bildgebende Verfahren, um Endoskopie und Herzkatheter geht, sondern dass sie den ärztlichen Auftrag auch dann als bedeutsam und erfüllend wahrnehmen, wenn man nicht mehr kurativ tätig sein kann, sondern palliativ tätig werden muss. Dem mehr Gewicht zu verleihen wird vermutlich durch den demographischen Wandel erzwungen, aber im Augenblick ist das diesbezügliche ärztliche Interesse noch sehr verhalten.

**Immerhin hat die Bundesvertretung der Medizinstudierenden gerade dafür gestritten, dass Palliativmedizin ein eigenes Fach im Studium bleibt und nicht mit der Schmerztherapie zusammengelegt wird.**

Von den Anästhesisten war und ist es unangemessen, zu glauben, sie könnten mit der Schmerzmedizin auch das gesamte Feld der Palliativmedizin mit übernehmen. Vielmehr ist die Schmerzmedizin ein Teil der Palliativmedizin und nicht umgekehrt. Palliativmedizin ist seit kurzem Prüfungsfach, und das hat auch mit Initiativen zu tun, die aus der Studentenschaft kommen. Ein Beispiel: Zusammen mit meinem Kollegen Matthias Gockel leite ich eine kleine Stiftung für Palliativmedizin. Im kommenden Jahr werden wir den Stiftungspreis an eine Gruppe von Medizinstudenten verleihen, die sich um die Propagierung der Palliativmedizin im Rahmen des Medizinstudiums besonders verdient gemacht haben.

**Welche Veränderungen sind erforderlich, damit die Bedeutung der Palliativmedizin in der Ausbildung und Praxis von Medizinern besser verstanden würde?**

Der Palliativgedanke muss entsprechend der Bedeutung, die ihm zukommt, nachhaltiger zur Geltung kommen. Ein Beispiel: Wenn zu mir jemand in die Rettungsstelle kommt, mit rasenden Kopfschmerzen, erwartet derjenige zunächst raschen Beschwerderückgang, das heißt Linderung. Erst dann will der Patient die Ursache wissen. Der Palliativgedanke, also das Symptom zu lindern, ist immer das Erste und Grundlegende in der Medizin. Die ursächliche, kurative Abklärung eines Symptoms ist immer nachgeordnet. Im strengen Sinn kurativ behandeln kann man in der Medizin im Übrigen nur wenig: Infektionen, Knochenbrüche, auch einige Leukämieformen. Für die großen Krankheiten - etwa Diabetes, Bluthochdruck - haben wir nur Möglichkeiten zur Verfügung, die die Amerikaner mit dem Begriff „half-way technologies“ beschreiben. Das heißt, man kann sie noch nicht kurativ behandeln, aber

wir können sie so behandeln, dass die Menschen weitestgehend beschwerdefrei mit ihnen leben können. Natürlich ist der Palliativgedanke, bezogen auf das Lebensende, enger gefasst. Aber im Prinzip geht es um das Gleiche: um gute Symptombehandlung, unabhängig davon, ob ich ein Sterbender bin oder nicht. Der kurative Aspekt ist natürlich auch immer von größter Bedeutung, aber man muss sich diesen Zusammenhang klarmachen, um den Wert von Palliativmedizin und die Bedeutung, die sie hat, richtig einzuschätzen. Letztlich geht es darum, den Palliativgedanken in der Medizin mehr zu verankern und ihn für die Patientenzufriedenheit mehr als bisher nutzbar zu machen.

---

## Weitere Artikel

- ☰ Palliativmedizin: Nicht nur am Lebensende >
- ☰ Ein würdiger Ort für die letzten Tage >

---

## **Das heißt, Palliativmedizin und kurative Medizin sind gar nicht unbedingt immer ein Gegensatz.**

Nein, sie ergänzen einander und verschränken sich oftmals miteinander. Beispiel: die „palliative Chemotherapie“. Auf den ersten Blick scheint das ein Widerspruch zu sein - ist es aber nicht -, bei einem Tumor zum Beispiel, der Knochenmetastasen und schwere Schmerzen mit sich bringt. Mit einer palliativen Chemotherapie kann man die Metastasen unter Umständen zum Einschmelzen bringen und so weniger Schmerzen und weniger Schmerzmittelgebrauch erreichen. Es geht hier auch darum, den Krankheitsprozess in gewisser Weise aufzuhalten. Man kann dadurch eine Verlängerung der Überlebenszeit erreichen, was ja sinnvoll, ja geradezu geboten sein kann. Stellen wir uns vor, jemand hat einen metastasierenden Tumor. Er hat einen Sohn in Australien, der aber erst in vier Wochen kommen kann und der seinen Vater - und der den Sohn - noch einmal sehen möchte. Dann sollte alles Menschenmögliche unternommen werden, um Vater und Sohn diesen Wunsch zu erfüllen.

*Die Fragen stellte Christina Hucklenbroich.*

---

Michael de Ridder leitete von 1996 bis 2011 die Rettungsstelle des Vivantes- Klinikums in Berlin. Bekannt wurde er durch sein Buch „Wie wollen wir sterben?“ (DVA), das 2010 erschien. Darin plädiert er für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin.

Quelle: F.A.Z.

Hier können Sie die Rechte an diesem Artikel erwerben >

