

BÜCHER

DROGEN

KULTUR

Entwaffnend ehrlich



Benjamin Maack ist ein erfolgreicher Autor und Journalist und Vater zweier Kinder. Und er erkrankte schwer an Depressionen. Während seines zweiten Psychiatrie-Aufenthalts versuchte er seine Gedanken auf Papier zu bannen. Später machte er aus diesen Notizen ein Buch, über das er im Rahmen eines Internetformats mit Spiegel-Literaturchef Volker Weidermann sprach. Dabei erzählte er auch, wie er mit der Pandemie zurechtkommt. **Seite 9**

Gefährlich einfach



Der Handel mit Drogen wandert – von den Parks und Straßenecken in den virtuellen Raum. Die Dealer im Darknet sind extrem kundenfreundlich und sprechen vor allem ein sehr junges Publikum an, berichten Suchtberater. Gefragt sind vor allem psychedelische Partydrogen. Und sie sind kinderleicht zu haben. Klaas Kindermann, Sozialarbeiter bei der Drogenhilfe Kiel-Ost, hat selbst den Test gemacht. **Seite 18**

Ganz schön analytisch



Netflix gehört zu den Profiteuren der Pandemie: Die Zuschauerzahlen des Bezahlers schossen im Zuge des Lockdown in die Höhe. Neu im Angebot: Die achteilige Serie „Freud“, die die Biographie des jungen Arztes Sigmund Freud mit einem fiktiven Kriminalfall und einer Verschwörung verwebt. Die Kritiken fielen gemischt aus. Der EPPENDORFER bat einen Psychoanalytiker auf die Streaming-Couch. Sein Urteil: **Seite 13**

Die Pandemie der Angst

Die Corona-Krise wird die Psychiatrie verändern – Akut wurde sie vom Hilfesystem und von Patienten mancherorts besser bewältigt als befürchtet

Die Angst geht um – und der virale Auslöser wird die Welt noch Monate, wenn nicht Jahre im Griff haben. Nachdem am Anfang verstörende Bilder aus Italien Panik auslösten und der so genannte Shutdown Millionen Menschen in die Isolation und viele an den Rand der psychischen Bewältigungskraft trieb, scheint die Corona-Krise zum Redaktionsschluss vorerst beherrschbar geworden zu sein – es bleibt die Angst vor einer zweiten Infektionswelle. Einschränkungen und Distanzregeln werden bis zu einer Impfstoffentwicklung insbesondere im psychiatrischen Bereich mit seinen vielfach besonders vulnerablen Klienten bleiben. Zudem steht eine schwere Wirtschaftskrise bevor. Auch sie wird viele zusätzliche Klienten ins Hilfesystem spülen. Das hat aktuell offenbar vielfach erstaunlich flexibel auf die neuen Herausforderungen reagiert. Digitale Kommunikation hat einen steilen Aufschwung erfahren. Ebnet der Umgang mit der Krise den Weg in eine bessere Psychiatrie-Versorgung?

HAMBURG. Angst ist diffus, schwirrt umher wie ein Virus, frisst sich ein und aktiviert Verarbeitungsschemata aus der Vergangenheit. Insofern ist der Umgang mit Angst höchst individuell und situationsabhängig. Manch reizempfindlicher Mensch genoss die Ruhe. Bei manch einem vermeintlich gesunden Menschen offenbart sich in Pandemiezeiten Tiefliedgeres, und während die einen das enge Zusammensein mit der Familie zu erdrücken drohte, verloren sich manch Alleinlebende und depressiv Veranlagte in der Isolation.

Doch so quälend die eine, so kreativ die andere Seite: Da hagelte es Tipps gegen Einsamkeit, outeten sich Betroffene, wurden Webinare und gar Internet-Kongresse aus dem Boden gestampft, digitale Zoom-Konferenzen und -Supervisionen initiiert, eine wissenschaftliche Corona-Studie nach der anderen angekündigt, unzählige Krisentelefone ins Leben gerufen.

Andererseits musste die stationäre Psychiatrie Kapazitäten reduzieren, wurden Tageskliniken und Werkstätten geschlossen, Einrichtungen auf Notbetrieb umgestellt. Das führte zu Krisen. Aber nicht nur. „Ich habe das Gefühl, dass es nicht total nach oben ausschlägt“, berichtete der HGSP-Vorstand und Chef des Gemeindepsychiatrischen Zentrums Eimsbüttel (GPZE) Helmut Krüger aus Hamburg. Ihm seien auch paradoxe Reaktionen berichtet worden wie dass sich Depressive besser fühlten, weil sie nicht mehr allein mit ihrem Problem seien. Ein Klient habe sofort einen Großeinkauf gemacht und angekündigt, zwei Monate nicht die Wohnung zu verlassen. „Das ist ein Mensch mit einer Inselbegabung,

dem macht das nichts aus, der hat Erfahrung damit.“

„Ist es vielleicht ganz förderlich, wenn die realen Bedrohungen mit den inneren Dämonen übereinstimmen?“, fragt Ilse Eichenbrenner in ihrem Brief aus Berlin (Seite 2). Geht es manch Wahnkranken vielleicht besser, weil der Feind nun im Außen steht? Bei anderen können die rigiden Kontaktregelungen und deren Überwachung zu einer gefährlichen Dekompensation führen, wie es eine Schweizer Fallbetrachtung schildert (Judith Weise et al. psych. Praxis 2020: 47: 218-220). Beschrieben wird, wie eine isoliert lebende, Mitte 60-Jährige mit paranoidem Wahn – Menschen mit so einer wahnhaften Störung fänden selten den Weg in die Versorgung – nach einem Suizidversuch positiv in eine Behandlung

„Menschen mit Krisenerfahrung sind krisenerfahren“

eingebunden werden konnte.

„Menschen mit Krisenerfahrung sind krisenerfahren“, erklärt der Berliner Psychiater Dr. Jann Schlimme. Obwohl in Berlin 30 Prozent der Psychiatriebetten zugunsten der Intensivbereiche stillgelegt werden mussten, auch hier Tageskliniken schlossen und der ambulante Bereich nur sehr eingeschränkt arbeiten konnte, „funktionierte es erstaunlich gut“, so seine Einschätzung. „Ich höre nicht, dass die Sozialpsychiatrischen Dienste am Rad drehen oder in der Eingliederungshilfe



Auch die Masken verändern das Verhältnis der Menschen untereinander. TraumatherapeutInnen befürchten Triggergefahr. Foto: Thommy Weiss/pixelio.de

reihenweise Klienten dekompenzierten.“ Es seien ganz viele flexible und kreative Lösungen entstanden, um Beziehungen zu halten. Wichtig sei, die Menschen aus der Hilflosigkeit zu führen, den Menschen etwas zuzutrauen, sie zu einem aktiven Umgang zu motivieren. Schlimme rät, sich eine „Blase von Normalität“ zu schaffen mit Routinen, Abwechseln von Aktivitäten und Ruhephasen und der sorgsamsten Kontrolle von Einflüssen, die in diese Blase hineingelassen werden.

Der niedergelassene Psychotherapeut hat bereits eine Corona-Infektion hinter sich und arbeitet aktuell in eigener Praxis, und zwar meist über Videotelefon mit Raummikrofon. Das gebe mehr Ruhe im Gespräch als wenn man nur telefoniere, meint er. Einige Patienten kämen weiter in die Praxis, er mache aber auch vermehrt Hausbesuche bzw. Spaziergänge.

Und wie arbeiten Kliniken in Corona-Zeiten? Bei einem virtuellen Symposium der Dr. Becker Klinikgruppe über „Die psychischen Folgen in und nach der Corona-Krise“ bedauerte Dr. med. Thorsten Bracher, Klinikdirektor der Vitos Klinik für Psychosomatik, Eltville, insbesondere den Wegfall der therapeutischen Gemeinschaften mit seinen speziellen Wirkfaktoren sowie von Gemeinschaftsveranstaltungen wie gemeinsames Kochen. Auch Belastungserprobungen am Wochenende seien nicht machbar. Die Patienten untereinander seien distanzierter. Stress- und Angstsymptome nähmen zu. Die therapeutische Arbeit habe schon gelitten, „und es gibt Patienten, die nicht kommen“, berichtete Bracher.

Derweil wurden andernorts (psychoso-

matische) Kuren gecancel und Mitarbeiter in Kurzarbeit geschickt – aber auch neue Ideen für Post-Corona-Kuren entwickelt. Die Heiligenfeld Kliniken etwa haben schnell eine spezifische Kurzzeittherapie für Privatversicherte in ihr Angebot aufgenommen. Daneben stehen Akutkliniken, die – abgesehen von den Vorgaben, alles verschiebbare zu verschieben und Tagesklinik, Gruppengrößen und -angebote runterzufahren – in Teilen einen „ganz normalen Betrieb“ führen, wie aus dem AMEOS Klinikum Hildesheim zu erfahren war (s. Bericht auf Seite 16).

Und was folgt aus dem Ganzen für die Zukunft? Die COVID-19-Pandemie wird die psychiatrische Versorgung in verschiedener Hinsicht erheblich verändern und fördere möglicherweise neue Formen der

Unterstützung und Begleitung außerhalb stationären Settings, wobei die digitale Kommunikation diesen Trend unterstützten könne, schreiben die Schweizer Autoren Dirk Richter und Simeon Zürcher in einem „Corona-Editorial“ in der Psychiatrischen Praxis (2020; 47:173-175). Sie kritisieren den Mangel an aufsuchenden Hilfen als Ersatz für runtergefahrte sta-

SCHWERPUNKT:
Zum Thema Pandemie & die Folgen lesen Sie Berichte auf den Seiten 2, 4, 5, 6, 7, 15, 16, 19, 20, 22

tionäre Hilfen und eine entsprechende Empfehlung der DGPPN zur Zurückhaltung. Auch Jann Schlimme wünscht sich für die Nach-Pandemie-Zeit eine Umsteuerung Richtung mehr ambulante Behandlung, gerade auch in Krisenzeiten durch aufsuchende multiprofessionelle Teams. Frei werdende Räume könnten für eine Entzerrung der Stationen und mehr Einzelzimmer genutzt werden, meint er. Die neu integrierten digitalen Möglichkeiten könnten personalsparend die Vernetzung vereinfachen, etwa wenn Sektorkonferenzen per Video abgehalten werden. Politisch fordert er ein zweckgebundenes Digitalgeld als Aufschlag auf die Grundsicherung und mehr Schutzräume für Frauen und Kinder sowie für Obdachlose Unterbringung ohne Bedingungen („Housing first“): Die Pandemie habe insbesondere auch gezeigt, wie wichtig sicheres Wohnen sei, so Schlimme. **Anke Hinrichs**

AUS DEM INHALT

BLICKPUNKT	HAMBURG
Suizidbeihilfe: Die Sache mit der Autonomie Seite 3	Zwischen allen Stühlen: Erinnerung an die Rapoport's Seite 14
SUCHT	SCHLESWIG-HOLSTEIN
Corona & die Suchthilfe: Tests und neue Substitutionsambulanz Seite 5	Erst kam das (Wohn-) Glück, dann kam das Virus ... Seite 15
DIALOG	SUCHT
Bock & Schulz über „Psychose zu Zeiten der Corona-Krise“ Seite 6	Alkohol bleibt die „Todesdroge“ Nummer Eins Seite 18
GESCHICHTE	SELBSTHILFE
Von Pest bis Spanische Grippe: Was auf frühere Pandemien folgte Seite 7	Krisenhilfe aus dem Campingwagen Seite 20
MENSCHEN	BÜCHER
Hölderlin: Das Klischee vom Genie im Turm Seite 9	Von den Wechselwirkungen zwischen Darm und Psyche Seite 21

Corona, Ethik und Menschenwürde

Die Triage und die Sorge der Menschen mit Behinderung

Die Corona-Pandemie wirft auch hochbrisante ethische Fragen auf. Etwa die, ob man regelhaft Fußballspieler testen darf, damit wieder Spiele stattfinden können, wenn für Altenheime nicht genug Schutz vorhanden ist und diese daher ihre Bewohner weiter isolieren müssen? Sollen man Alte und Risikogruppen konsequent isolieren, damit die überrige Gesellschaft und Wirtschaft „normal“ funktionieren können? Ist es überhaupt ethisch verantwortbar, alte Menschen und Sterbende längere Zeit massiv in ihrer (Kontakt-) Freiheit zu beschränken? Besonders heftig wurde auch über die sogenannte Triage diskutiert.

BERLIN (hin). Am Anfang der Pandemie standen dramatische Bilder aus Italien, wo überforderte Ärzte und Pflegekräfte wegen zu wenig Beatmungsgeräten über Leben und Tod entscheiden mussten. Daraus folgte auch hierzulande die ethische Debatte um die Triage (zu deutsch: auswählen, in Anlehnung an den französischen Sanitätsdienst aus den Kriegzeiten, von „trier“ kommend).

Gemeint ist die Auswahl, welche Patienten im Fall von Ressourcenknappheit vorrangig behandelt werden und welche nicht. Diesbezügliche, erste Empfehlungen mehrerer Fachgesellschaften ließen weniger Chancen für Menschen mit körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen befürchten.

Das führte zu Protesten und zu Forderungen nach einer gesetzlichen Regelung bzw. einer Debatte im Bundestag. Zuletzt aktualisierten die Fachgesellschaften ihre Empfehlungen für die Entscheidung, welche Patienten im Fall des Falles intensivmedizinisch behandelt und welche „nur“ palliativmedizinisch versorgt werden sollten. „Wir haben

darauf hingewiesen, dass nach diesen Empfehlungen „Menschen mit körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen im Zweifelsfall in die Gruppe der nicht zu behandelnden Patienten eingestuft werden sollen“.

Der Deutsche Ethikrat hatte im März in einer Stellungnahme zur Corona-Pandemie betont, dass der Staat keine Handlungsmaxime für die sogenannte Triage vorgeben sollte. „Der Staat darf menschliches Leben nicht bewerten, und er darf deshalb auch nicht vorschreiben, welches Leben in einer Konfliktsituation vorrangig zu retten ist“, heißt es darin. Das Gremium verwies auf die Verantwortung der Fachgesellschaften. Und Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) erklärte schließlich noch, keine gesetzliche Regelung zu der Frage anzustreben.

Am 23. April vermeldeten die acht Fachgesellschaften schließlich eine Aktualisierung ihrer klinisch-ethischen Empfehlungen. „Wir haben unter anderem deutlicher klargestellt, dass Grunderkrankungen und Behinderungen kein legitimes Kriterium für Triage-Entscheidungen sind. Zudem wurde die Prüfung des Patientenwillens vor der Aufnahme auf die Intensivstation stärker hervorgehoben“, so Professor Uwe Janssens. Bei der klinischen Erfolgsaussicht gehe es um die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient die aktuelle Erkrankung mithilfe der Intensivtherapie überleben wird. „Die längerfristige Überlebenswahrscheinlichkeit und Lebensqualität spielen dabei keine Rolle“, sagt Professor Georg Marckmann, Vorstand des Instituts für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München, und Präsident der Akademie für Ethik in der Medizin. Es gelte der Gleichheitsgrundsatz. In Deutschland werde nicht dem 80-Jährigen von vornherein die Behandlungsmöglichkeit verweigert. Es wird differenziert: Der Schweregrad der aktuellen Erkrankung und relevante Begleiterkrankungen wie zum Beispiel schwere vorbestehende Organdysfunktion mit prognostisch eingeschränkter Lebenserwartung spielen eine wesentliche Rolle.

„Grunderkrankungen und Behinderungen kein legitimes Kriterium“

unter anderem deutlicher klargestellt, dass Grunderkrankungen und Behinderungen kein legitimes Kriterium für Triage-Entscheidungen sind, so Professor Uwe Janssens, Präsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI).

Nach den ersten Empfehlungen sollten diejenigen Patienten behandelt werden, bei denen für die Behandlung „eine gute Erfolgsaussicht besteht“. Zu den Kriterien für eine schlechte Erfolgsaussicht zählten die Fachgesellschaften auch „allgemeiner Gesundheitsstatus, Gebrechlichkeit“. Um den Grad der Gebrechlichkeit zu messen, gibt es eine Gebrechlichkeitsskala, die Clinical Frailty Scale. Es gibt neun Stufen, von 1 „sehr fit“ bis 9 „terminal erkrankt“.

Sigrid Arnade von der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben, ISL, kritisierte im Deutschlandradio, in den Empfehlungen werde implizit nach „lebenswert“ und „lebensunwert“ unterschieden. „Daher lehnen wir, also Menschen mit Beeinträchtigungen, den Vorschlag vehement ab.“ Der Bundestag müsse sich damit beschäftigen, forderte sie. Auch der Jurist Oliver Tolmein hatte

Diskussion über Beatmung Hochbetagter

Hospizverband fürchtet Automatismus

BONN (epd/rd). Ein Großteil der schwer erkrankten Corona-Patienten ist betagt und vorerkrankt. Der Wittener Palliativmediziner Matthias Thöns hält es für falsch, dass diese Menschen derzeit automatisch eine Intensivbehandlung mit künstlicher Beatmung erhielten. Das bedeute zwei bis drei Wochen schmerzhaftes Prozeduren. Hinzu komme in Zeiten von Corona: „Man kann in diesem Fall seine Familie nicht mehr sehen.“

Tatsächlich überlebt ein Großteil der schwerstkranken Corona-Patienten trotz Beatmung nicht. Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zitiert eine britische Studie, wonach durch die Beatmung auf der Intensivstation nur das Leben jedes dritten Patienten gerettet werden konnte. Michael Thelen, Geschäftsführer eines Pflegeheims in Bonn, plädiert deshalb dafür, alte und vorerkrankte Menschen lieber palliativ zu behandeln und sie im Kreis ihrer Familie sterben zu lassen. Das sei schon immer der Weg gewesen, den die meisten Menschen am Ende eines Lebens bei einer Lungenentzündung gewählt hätten.

Auch der Hospiz- und Palliativ-Verband NRW befürchtet, dass die Möglichkeit einer palliativen Versorgung von schwerkranken und alten Corona-Patienten nicht genug Beachtung findet. „Ich nehme wahr, dass derzeit eine sehr starke Apparatefixierung im Gange ist“, stellt die Verbands-Vorsitzende Ulrike Herwald fest. Lukas Radbruch, Direktor der Klinik für Palliativmedizin der Universität Bonn, sieht das anders. „Die Diskussion geht derzeit in die falsche Richtung“, ist er überzeugt. Zwar gebe es Situationen, in denen die Erfolgsaussichten einer Intensivbehandlung so schlecht seien, dass man den Patienten besser palliativmedizinisch begleiten sollte. „Ich sehe es aber nicht so, dass alte Menschen überwiegend lieber sterben wollen, als eine Intensivbehandlung durchzumachen.“

Die Malteser haben angesichts des möglichen schweren Verlaufs einer COVID-19-Erkrankung das Musterformular ihrer Patientenverfügung erweitert. Es kann unter www.malteser.de/patientenverfuegung kostenfrei im Internet heruntergeladen werden.

Brief aus der Hauptstadt



Zentrum der Macht: der einst von Christo verpackte Reichstag.

In echt ist echt besser

Wenn Sie diesen Brief aus Berlin in den Händen halten freuen Sie sich sicher. Endlich mal wieder etwas zum Anfassen. Haben Sie auch schon die Nase voll von Telefon- und Video-Konferenzen, egal ob per Skype oder Zoom? Die Redaktionssitzung der „Sozialen Psychiatrie“ und das Plenum der drei Berliner Besuchskommissionen hat zwar in diesem Format ganz gut geklappt, aber wir sind uns alle einig: In echt ist echt besser.

Ich höre von den vielen Kolleginnen und Kollegen, die im psychosozialen Feld arbeiten, wie sie und ihre Klienten über die Runden kommen. Im Betreuten Einzelwohnen gibt es verbindliche Telefontermine und Spaziergänge mit einzelnen Klienten. Die Tagesstätten und Werkstätten sind anscheinend in Berlin alle geschlossen; bei den Kontakt- und Beratungsstellen gibt es unterschiedliche Lösungen: Bei „Platane“ zum Beispiel dürfen immer acht Klienten die Räume betreten, andere haben ganz geschlossen. Erstaunlicherweise scheinen die meisten Klienten diese hoch angespannte Situation viel besser zu verkraften, als wir es befürchtet haben. Endlich sind die Bürgersteige leer! Ist es vielleicht ganz förderlich, wenn die realen Bedrohungen mit den inneren Dämonen übereinstimmen? Triggert der Virus die Paranoia, oder schafft er eine neue, gemeinsame Normalität? Jetzt haben wir alle zusammen Angst.

Die drei Gruppen der Berliner Besuchskommission können auf unabhängige Zeit keine Besuche durchführen. Das Besuchsverbot gilt auch für uns. Aber wie ist es mit den Gerichten? Berliner Richter machen sich anscheinend noch vor Ort ein Bild, in Brandenburg wurde auf Homeoffice umgestellt: Entscheidung nach Aktenlage.

Es sind deutlich weniger Patienten auf den psychiatrischen Stationen, dafür sind diese fast durchweg schwer erkrankt. Es kommt zu einer problematischen Konzentration jener Menschen, die auf keinen Fall nachhause können, oder gar kein zuhause haben. Aufnahmen werden vermieden, um Kapazitäten für die Pandemie zu schaffen.

Ähnlich ist es auch in der Berliner Schlossparkklinik. Das ist ganz gut so, denn die Psychiatrische Klinik hat

ihren Chefarzt Prof. Tom Bschor verloren. Wie man hört waren er und die Klinikleitung sich nicht einig über die Auslegung der PsychPV bzw. der neuen PPP-Richtlinie. Zwei Arztstellen

„Die meisten Klienten scheinen die Situation besser zu verkraften, als wir befürchtet haben“

fielen weg, daraufhin sperrte Bschor eine halbe Station. Er wurde gekündigt. Nun hat die Psychiatrische Abteilung gleich drei Ärzte weniger. Diese Personalie ist ein weiteres Zeichen der Ökonomisierung unseres Gesundheitswesens. Privatwirtschaftlich agierende Träger legen hier vermutlich noch einen Zahn zu. Doch im großen Tsunami der aktuellen Corona-Krise scheinen derartige Skandälchen unmerklich zu versickern.

Auch die DGSP ist vom Virus betroffen: Unser 50-jähriges Jubiläum kann zumindest nicht auf der Jahrestagung gefeiert werden, denn die fällt aus. Mit den Kurzfortbildungen sind entscheidende Einnahmen weggebrochen. Wie gut, dass wenigstens unser „Berliner Archiv für Sozialpsychiatrie“ gut über die Runden kommt. Wer schon immer mal sortieren wollte, der hat jetzt Zeit dazu. Dank der Kartons von Thomas Bock entwickle ich mich inzwischen zur Experte für die Hamburger Sozialpsychiatrie.

Ich bin viel draußen, natürlich auf Abstand. Ist Ihnen schon aufgefallen, dass es zwar viele Plakate, aber keine Werbung mehr gibt? Na gut, fast keine. Bei „Ruhe bewahren, Dildos benutzen“ vermute ich eine gewisse Verkaufsabsicht. Aber was ist mit „Liebe zeigen, Abstand halten!“ Hertha BSC schreibt, auf blauem Grund: „Nur nach draußen gehn wir nicht.“

Ilse Eichenbrenner

Betrifft: Abs.:

Die Autorin arbeitete als Sozialarbeiterin im Sozialpsychiatrischen Dienst Berlin-Charlottenburg und ist seit Jahrzehnten der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie und ihrem Berliner Landesverband verbunden. Sie hat mehrere Bücher verfasst und ist Redaktionsmitglied der Zeitschrift „Soziale Psychiatrie“.

IMPRESSUM

EPPENDORFER

Zeitung für Psychiatrie & Soziales
www.eppendorfer.de

Jahrgang 33 C 42725

Verlagsanschrift:

AMEOS Nord, Regionalzentrale

Wiesenhof, 23730 Neustadt in Holstein

info@eppendorfer.de

Herausgeber:

Michael Dieckmann

AMEOS Gruppe (Vi.S.d.P.)

Internet: www.eppendorfer.de

www.ameos.eu

Abonnement:

aboservice@eppendorfer.de

Tel.: (04561) 611-4430 (C. Franke)

Anzeigen: anzeigen@eppendorfer.de

Tel.: (4561) 611-4557 (E. Schröder)

Redaktionsleitung, Layout und Satz:

Anke Hinrichs (hin)

Redaktionsbüro NORDWORT

Große Brunnenstr. 137, 22763 Hamburg,

Tel.: 040 / 41358524,

E-Mail: mail@ankehinrichs.de,

redaktion@eppendorfer.de

Mitarbeiter dieser Ausgabe:

Martina de Ridder, Sönke Dwenger,

Ilse Eichenbrenner, Michael Freitag (frg),

Esther Geißlinger (est), Michael Göttische

(gö), Annemarie Heckmann (heck),

Dr. Verena Liebers, Karolina Meyer-

Schilf (kms), Cornelia Stolze, Gesa Lampe

(gl), (rd) steht für Redaktion, Agentur: epd

Druck: Boyens MediaPrint, Heide

Es gilt die Anzeigenpreisliste 2019. Der Eppendorfer erscheint zweimonatlich und kostet jährlich 39,50 Euro (Sozialtarif: 25 Euro).

* Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Gewähr übernommen.

* Männer und Frauen sind gleichberechtigt – aber

Texte müssen auch lesbar sein. Wegen der besseren

Lesbarkeit hat sich die Redaktion entschieden,

auf die zusätzliche Nutzung der weiblichen Form

zu verzichten.

Die Sache mit der Autonomie

■ Das aktuell BVerfG-Urteil zur Suizidbeihilfe stärkt die Selbstbestimmung – Die Politologin und Medizinethikerin Prof. Ingrid Schneider sieht darin auch den Ausdruck eines Trends zur Entsolidarisierung

Stärkt das jüngste Urteil zur Sterbehilfe die Autonomie des Einzelnen? Die Politologin Ingrid Schneider hat Zweifel. Sie befasst sich seit Jahren mit Technikfolgenabschätzung sowie mit Recht und Ethik der modernen Medizin und war als Sachverständige für viele politische Gremien wie den Bundestag, das EU-Parlament und den Österreichischen Nationalrat tätig. Ein Gespräch über Würde, Rechte und die eigentlichen Ängste der Patienten.

EPPENDORFER: Frau Schneider, vor kurzem hat das Bundesverfassungsgericht das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung in Deutschland für nichtig erklärt. Ist das Recht, sich selbst zu töten und dabei Angebote von Dritten in Anspruch zu nehmen, ein „Akt autonomer Selbstbestimmung“ und ein „letzter Ausdruck von Würde“, wie es die Richter formuliert haben?

INGRID SCHNEIDER: Natürlich haben Selbstbestimmung und die Freiheit, über das eigene Leben zu entscheiden, einen hohen Wert. Den achte ich auch hoch. Aber das, was da im Namen der Autonomie der Betroffenen betrieben wird, bedeutet zum Teil alles andere als Selbstbestimmung.

EPPENDORFER: Wie meinen Sie das?

SCHNEIDER: Wir gehen bei solchen Diskussionen immer vom autonomen, rationalen Menschen aus. Wir glauben, unser Denken und Fühlen seien etwas Beständiges, das bis zum Ende unseres Lebens gleich bleiben wird. Wir unterstellen, dass wir wissen, wie wir in bestimmten Situationen reagieren werden und handeln wollen. Wir glauben, unser Wille sei frei und unabhängig von gesellschaftlichen Umständen und Einflüssen. Aber das ist ein Trugschluss. Wir sind soziale Wesen. Wir sind immer auch abhängig von anderen Menschen. Deswegen sind wir empfänglich für die Erwartungen und Wertzuschreibungen der Personen, die uns umgeben. Aus meiner Sicht hat das Bundesverfassungsgericht mit seinem Urteil eine Schneise in eine sehr problematische Richtung geschlagen.

EPPENDORFER: Woran machen Sie das fest?

SCHNEIDER: Bisher war die Beihilfe zur Selbsttötung die Ultima Ratio, also der letzte Lösungsweg, wenn zuvor alle sonstigen Lösungsvorschläge verworfen wurden. Es ging um schwerkranke Menschen ohne Aussicht auf Heilung, denen ein qualvoller Tod droht. Jetzt aber haben die Richter die Tür ganz weit für die Beihilfe zum Suizid aufgestoßen. Sie haben das Selbstbestimmungsrecht ganz hoch und den Lebensschutz sehr niedrig angesetzt. Auch die Reichweite der Suizidbeihilfe ist viel größer als vorher. Die Richter haben betont, dass der Rechtsanspruch in jeder Phase des Lebens besteht, unabhängig vom Zustand des Betroffenen, gleich ob man jung oder alt, unheilbar krank oder einfach total verzweifelt ist. Das ist ein absoluter Umbruch. Auch ein junger Erwachsener mit Liebeskummer und fehlendem Ausbildungsplatz könnte jetzt Suizidbeihilfe beanspruchen.

EPPENDORFER: Vielleicht entspricht aber genau das dem Wunsch vieler Menschen. Umfragen zeigen, dass ein Großteil der Deutschen für Sterbehilfe ist.

SCHNEIDER: Bestimmte Arten von Sterbehilfe sind hierzulande ja schon längst erlaubt oder zumindest straffrei. Passive Sterbehilfe zum Beispiel wie der Verzicht auf lebensverlängernde

Maßnahmen ist möglich, sofern eine gültige Willenserklärung in Form einer Patientenverfügung vorliegt. Auch indirekte Sterbehilfe ist zulässig. Wenn also ein Arzt etwa längere Zeit Morphium zur Schmerzlinderung verabreicht, was dazu führen kann, dass sich die Lebensdauer verkürzt. Wenn es

dass genau das ein häufiges Motiv für assistierten Suizid ist. Womöglich wird das Angebot der Suizidbeihilfe jedoch als stille Aufforderung verstanden, dass der Betroffene doch bitte nicht der Gesellschaft zur Last fallen soll. Daran sieht man: Selbstbestimmung ist etwas sehr Janusköpfiges.

wären bei der aktiven Sterbehilfe angekommen.

EPPENDORFER: Was wäre denn so schlimm an der aktiven Sterbehilfe?

SCHNEIDER: Wie man im US-Bundesstaat Oregon sehen kann, wo ärztliche Beihilfe zum Suizid seit 1997 erlaubt ist, oder in den Niederlanden,

scheiden muss, ob und wann er das tödliche Medikament verschreibt. Mit einem Gutachten und dem Rezept bestätigt er gewissermaßen, dass dieses Leben nicht mehr wert ist, gelebt zu werden. Unklar ist, nach welchen Kriterien das beurteilt werden soll. Ist der Sterbewunsch echt oder vor allem ein Hilfeschrei? Wie lange im Voraus darf ein Arzt das tödliche Mittel verordnen? Unweigerlich kommen wohl auch Aspekte mit ins Spiel wie die Frage, was es zum Beispiel kosten würde, ein sehr teures neues Medikament auszuprobieren, einen Patienten mithilfe von viel Physiotherapie wieder beweglicher zu machen oder noch einmal eine andere Form der Schmerztherapie zu versuchen. Daran zeigt sich, dass es in der Debatte um Sterbehilfe auch um wirtschaftliche Interessen geht. Und zwar wohl mehr, als die meisten Menschen ahnen. Tatsächlich ist sie Ausdruck eines allgemeinen Trends zur Entsolidarisierung der Gesellschaft und zur Individualisierung von Verantwortung.

EPPENDORFER: Das müssen Sie genauer erklären.

SCHNEIDER: In den vergangenen Jahrzehnten hat sich das Arzt-Patienten-Verhältnis stark verändert. Früher war das eine sehr paternalistische Beziehung. Der Arzt hatte das Wissen, er war die fachliche Autorität und hat entschieden, was für den Patienten am besten ist. Heute ist das Verhältnis sehr viel partnerschaftlicher. Der Arzt mit seiner Expertise berät den Patienten, und beide entscheiden dann gemeinsam, was die richtige Therapie oder Vorgehensweise ist.

EPPENDORFER: Das ist aber doch positiv.

SCHNEIDER: Ja, das finde ich auch gut und wichtig. Ich glaube aber, dass der Wunsch nach Selbstbestimmung heute in einigen Bereichen überschießend ist. Denn es ist natürlich schön, von einem partnerschaftlichen Verhältnis zu sprechen. Dennoch bleibt diese Beziehung immer asymmetrisch. Patienten haben zum einen nicht die gleiche Expertise wie Mediziner. Zum anderen ist ein Mensch, der schwer krank ist, in einer sehr verletzlichen Situation. Da kommen elementare Gefühle wie Angst, Hoffnung, Einsamkeit ins Spiel. Wenn Beihilfe zum Suizid eine Art Dienstleistung wird, die von Ärzten angeboten und erbracht werden kann, dann ändert sich fundamental das ärztliche Selbstverständnis, das bisher der Fürsorge und dem Lebensschutz verpflichtet ist. Seit einigen Jahren kommt noch ein anderer Faktor dazu. Der Patient wird heute sehr stark als Kunde behandelt. Das ist auch ein Resultat der Ökonomisierung der Medizin.

EPPENDORFER: Woran ist das Ihrer Meinung nach erkennbar?

SCHNEIDER: Das können Sie in vielen Bereichen beobachten. Zum Beispiel bei den zahlreichen diagnostischen Tests, die einem beim Arztbesuch mitunter regelrecht aufgedrängt werden und deren medizinischer Nutzen oft fraglich ist. Oder bei den Erstattungsregeln in Krankenhäusern. Es gibt eine Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen. Das Verfassungsgericht hat zwar den Kostendruck im Gesundheitssystem angesprochen, aber letztlich in seinem Urteil die Individualethik vor die Sozialethik gestellt.

Dem Gesetzgeber ist jetzt aufgetragen, zum „Recht auf selbstbestimmtes Sterben“ Regelungen zu treffen, damit es nicht zu eklatanten Fehlentwicklungen kommt. Welche Zulassungsbedingungen soll es für Sterbehilfevereine geben? Wie soll die Begutachtung geregelt werden? Wie verhindert man ein Abgleiten in die aktive Sterbehilfe? **Cornelia Stolze**



Walter Jens 2005 bei einer Rede vor der Akademie der Künste.

Foto: Etan J. Tal

„Nicht totmachen, bitte nicht totmachen!“

■ Walter Jens: Am Ende kam es dann doch alles anders

E hatte sich zeit seines Lebens vehement für die aktive Sterbehilfe eingesetzt: der 1923 geborene Literaturwissenschaftler Walter Jens. Er wolle „nicht als ein dem Gespött preisgegebenes Etwas sterben und der Nachwelt als zuckendes Muskelbündel in Erinnerung bleiben“, so seine Begründung. Für dieses Recht habe er leidenschaftlich, teilweise sogar erbost gestritten, berichtet sein Sohn Tilman Jens. Doch nachdem Walter Jens mit Anfang 80 an Demenz erkrankt ist, kommt alles

anders. Nach und nach verfällt er in geistige Umnachtung, ist oft unruhig, verzweifelt, aggressiv, greift mitunter sogar seine Frau täglich an. Immer wieder bittet er um Hilfe, will nicht mehr leben.

Irgendwann ist sich die Familie sicher, dass sie ihr einst gegebenes Versprechen einlösen muss: ihm mit Hilfe eines befreundeten Arztes Suizidbeihilfe zu leisten. Zwei Tage nach Neujahr 2007, scheint es, ist der Zeitpunkt gekommen. Schweren Herzens bereitet die Familie alles vor. Doch dann

sagt Walter Jens den entscheidenden Satz: „Aber schön ist es doch.“ Das war eine unglaubliche Szene, erinnert sich Tilman Jens, insbesondere da sie sich zu einem Zeitpunkt abspielte, zu dem er sich sicher war, dass es der größte Wunsch seines Vaters war zu sterben.

Zwei Jahre später spricht Walter Jens nur noch ein paar Worte wie: „Bitte, bitte hilf mir.“ Aber auch: „Ich will nicht sterben.“ Und: „Nicht totmachen, bitte nicht totmachen.“ Walter Jens stirbt im Juni 2013.

aber darum geht, geschäftsmäßige Beihilfe zur Selbsttötung in Auftrag zu geben, stellen sich noch einmal andere Fragen. Es geht um das Selbstverständnis und Ethos von Ärzten, für die bisher Suizidbeihilfe nicht zu ihren Aufgaben gehört. Und um die Zulassung von kommerziellen Sterbehilfevereinen.

EPPENDORFER: Vielen Patienten geht es gar nicht nur um körperliche Qualen. Sie fürchten, durch eine Krankheit nicht mehr sie selbst zu sein. Sie wollen nicht in einen „würdelosen“ Zustand geraten.

SCHNEIDER: Diese Sorge ist verständlich. Die Frage ist aber, ob es wirklich menschenunwürdig ist, wenn man zum Beispiel als alter oder schwer kranker Mensch gefüttert werden oder Windeln tragen muss. Ist es nicht etwas anderes? Geht es nicht vielmehr um die Sorge, dass einer Person, die zum Pflegefall geworden ist, kaum noch Zuwendung und Achtung gewährt wird? Ich denke, hinter der Sorge um den „Verlust der Würde“ steckt vor allem die Angst, anderen Menschen ausgeliefert zu sein und der eigenen Familie pflegerisch und finanziell zur Last zu fallen. Tatsächlich bestätigt das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil,

Wer darüber hinaus möchte, dass Sterbehilfe auch bei Menschen mit Demenz oder im Zustand des Wachkomas erlaubt sein soll, ist schon bei der nächsten Stufe angelangt. Das heißt: Nicht mehr der Betroffene selbst, sondern Dritte entscheiden über dessen Leben, nach seinem vorab erklärten mutmaßlichen Willen. In der Regel sind das die Angehörigen oder der behandelnde Arzt. Dann wäre dann wirklich der Dammbreach passiert, und wir

wo Ärzte sogar aktive Sterbehilfe leisten dürfen, können sich Normen und Werte einer Gesellschaft durch eine gesetzliche Zulassung radikal verschieben. Auch wenn das häufig leise und unauffällig geschieht. Dadurch, dass ein anderes Klima in der Gesellschaft herrscht, wächst der Erwartungsdruck.

EPPENDORFER: Wo und wie äußert sich ein solcher Druck?

SCHNEIDER: Nehmen Sie zum Beispiel an, es geht um eine ältere Dame, die schon viele Jahre im Heim ist, sich immer schlechter bewegen kann und zunehmend über Schmerzen klagt. Mit der Zeit wächst da vielleicht schon bei dem einen oder anderen Angehörigen der Gedanke, dass es jetzt doch eigentlich an der Zeit wäre ... Solche Erwartungen aus dem Umfeld bleiben zwar in der Regel unausgesprochen. Aber oft sind sie für die Betroffenen durchaus spürbar. Wenn man dann in einer sehr verletzlichen Situation Beihilfe zum Suizid anbietet, macht man als Arzt eine Tür auf. Und nicht nur das. An diesem Punkt kommen wir auch ganz schnell in eine Rationalisierungsdebatte.

EPPENDORFER: Inwiefern? SCHNEIDER: Weil der Arzt ent-



Ingrid Schneider ist Professorin für Politikwissenschaft an der Universität Hamburg und arbeitet im Fachbereich Informatik/Ethik in der Informations-technologie. Foto: privat