

Sterben als Thema in der Ärzteausbildung

Fünf Thesen und Fragen von Mechtild Willi (MW), Leiterin Pflegedienst in einem Akutspital, mit Antworten von Urs M. Lütolf (UML), Professor und Klinikdirektor, Departement Medizinische Radiologie, Klinik für Radioonkologie, Universitätsspital Zürich

Vorbemerkung Mechtild Willi: *Ich gehe davon aus, dass das Thema Sterben in der Ärzteausbildung stark vernachlässigt wird. Durch den Inhalt der Vorlesungen und die Haltung der Dozierenden lernen die Ärztinnen und Ärzte, Lebenserhaltung um jeden Preis als höchstes Ziel zu verinnerlichen. Daran ändern auch die wenigen Spezialvorlesungen zu ethischen Fragen wenig, die heute an einzelnen medizinischen Fakultäten stattfinden (wobei die schwierigen Fragen meist an Ethikspezialisten delegiert werden).*

Durch die Vernachlässigung des Sterbens in der Medizinausbildung entstehen in der Berufswelt verschiedene Probleme mit Auswirkungen aufs ganze Gesundheitswesen. Die folgenden fünf Thesen sollen dies veranschaulichen.

Vorbemerkung Urs M. Lütolf: Ich habe mich bemüht zu verstehen, welche Stimmung und Erfahrung hinter den einzelnen Thesen und den Fragen steht. Mit meinen Antworten möchte ich versuchen, eine Diskussion zu ermöglichen, die weiterführen soll.

1. These: Karl Jaspers sagte einmal: «Einen Menschen begreifen erfordert die Anschauung seines Lebens von der Geburt bis zum Tod.» Den Menschen begreifen wollen, den man pflegt, behandelt und therapiert, gehört zum Berufsethos aller Gesundheitsberufe, auch zu jenem der Ärzte. Durch die Vernachlässigung des Themas Tod in der Medizinausbildung wird der Arzt nicht genügend darauf vorbereitet, diesem Ethos gerecht zu werden. Will die Medizinische Fakultät die künftigen Ärztinnen und Ärzte über-

haupt noch darauf vorbereiten, Menschen zu begreifen? (MW)

Antwort: Die Frage wird aufgeworfen, ob das Thema Tod im Medizinstudium Platz finde. Dies sei die/eine Voraussetzung für das Begreifen des Menschen. (Im Zitat von Jaspers ist allerdings die Betrachtung der Spanne des Lebens angesprochen, nicht explizit das Sterben.)

Im Zentrum des Medizinstudiums, der Ausbildung in Pflege und anderer Medizinalberufsausbildungen steht das Vermitteln von Sachwissen, Fertigkeiten und Haltungen. Während sich Sachkenntnisse und Fertigkeiten in Lehrpläne und Prüfungen fassen lassen, kann ich mir schwer ein Reglement vorstellen, das festlegt, wie unsere Endlichkeit zu thematisieren sei, welches die gültige Haltung dazu sei oder gar wie die Prüfung darüber gestaltet werden müsse.

Ein Stundenplanfach ist die Auseinandersetzung mit dem Tod deshalb nicht. Kurse und Spezialvorlesungen (zum Beispiel im Fach Ethik), die trotz guten Lehrkräften von Studierenden nur in geringer Zahl besucht werden, vermögen lediglich auf dem Papier zu genügen. Einzig Vorbilder in Vorlesungen, Kursen und Praktika sind nach meinem Dafürhalten in der Lage, dieses wichtige Thema im richtigen Moment aufzugreifen. Als «begreifbare Menschen» sollen Dozierende eine der verschiedenen möglichen Haltungen einnehmen und aufzeigen. Ich bin überzeugt, dass die notwendige Entwicklung der Persönlichkeit der angehenden Ärztin auf diese Weise stattfinden kann. Es ist unbestritten, dass die Studierenden auf das Thema Sterben hingeleitet werden sollen und dass Zeit und Raum im Studium dafür

gegeben sein muss. Die Aufgabe der Fakultät¹ muss es sein, menschlich kompetente Dozierende (auch weibliche Lehrärztinnen!) zu wählen, um dem berechtigterweise formulierten Anspruch zu genügen. (UML)

2. These: Im Unterschied zu den Ärzten wird den Pflegenden in der Ausbildung ein humanistisches Menschenbild vermittelt, welches Sterben und Tod als natürliche Ereignisse im Lebenskontext sieht. Die unterschiedliche Prägung der beiden Berufsgruppen führt zu unterschiedlichen Vorstellungen über die Notwendigkeit bestimmter Behandlungsmassnahmen und ist die wichtigste Ursache von Konflikten in der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden. Viele Ärztinnen und Ärzte sind aufgrund ihres Ausbildungshintergrunds nicht bereit oder nicht fähig, vom humanistischen Menschenbild der Pflegenden zu lernen. Können sich Medizinprofessoren vorstellen, dass Ärzte von Pflegenden lernen können? (MW)

¹ Im Folgenden wird wiederholt die Fakultät wie eine Person angesprochen. Die Fakultät ist aber keine Person, sondern eine Versammlung von Professoren (ordentlichen, ausserordentlichen und Assistenzprofessoren) sowie Vertretern der Studierenden, Assistenten und Privatdozenten, welche die Aufgabe hat, den Betrieb von Lehre und Forschung durch Wahl-, Struktur- und andere Vorschläge an die Oberbehörde sicherzustellen. Der Lehrstuhlinhaber entscheidet autonom, welche Teile seines Fachgebietes abgedeckt werden (Lehrfreiheit). Inhaltliche Gesamtkonzepte der Lehre treten gegenüber der Lehrfreiheit der Lehrstuhlinhaber in den Hintergrund. Ein operationeller Katalog von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, nicht aber Haltungen, wurde vom Bund (Parlament) im Interesse des Patienten erstellt (Medizinalprüfungsordnung, letzte Revision 1981). Erst das neue Medizinalbildungsgesetz, das im Jahr 2003 in den eidgenössischen Räten zur Diskussion steht, sieht die Fakultäten als Verantwortungsträger für die Vermittlung von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten und versucht auch zu vermittelnde Grundhaltungen im Verhältnis zum Patienten sowie zu den übrigen Medizinalberufen zu formulieren. Die Frage, ob der Tod ein Thema der Lehre sei, ist somit bisher den einzelnen Dozenten, nicht der Fakultät, zu stellen.

Antwort: Professoren, wie alle Ärztinnen und Angehörigen von Medizinalberufen, lernen von den Patientinnen und Patienten: Diese lassen uns erfahren, was Krankheit und Tod ist. In der Berufsarbeit vermitteln sich Ärztinnen und Ärzte, PhysiotherapeutInnen, Hebammen und Pflegenden gegenseitig Wissen und zeigen sich Möglichkeiten des Umgangs mit Kranken und Krankheiten. In diesem Austausch gilt für mich (und viele meiner Kollegen) keine Hierarchie. Im Rahmen eines Tutorats an der Medizinischen Fakultät Zürich gibt es – als Beispiel für diesen Austausch – nach ausbildungsspezifischer Untersuchung und Erhebung am Krankenbett eine gemeinsame Beurteilung und Besprechung von Pflegenden und Medizinstudierenden. (Im Hinblick darauf, auf welche Art und in welcher Tiefe das Wissen erworben wird, bestehen sinnvollerweise weiterhin Unterschiede zwischen den Ausbildungsgängen.) Wer offen ist, von Patientinnen und Patienten sowie von seinen MitarbeiterInnen zu lernen, wird sich in menschlicher Weise entwickeln können. Die Bemühungen um ein gelebtes «humanistisches Menschenbild» in Mittelschule, Schwesternschule oder an der Universität kann nur ein Schritt innerhalb dieses andauernden Prozesses sein. Keine Bildungsstätte und keine Berufsgattung kann für sich das Monopol beanspruchen, als Einzige eine humanistische Haltung zu vermitteln oder gar zu leben. (UML)

3. These: Die Tessiner Gesundheitsdirektorin Patricia Pesenti sagte kürzlich an einer Tagung, es brauche keine neuen politischen, sondern neue kulturelle Rahmenbedingungen, um die Anspruchshaltung der Bevölkerung zu beeinflussen. Dem ist beizupflichten. Und es ist anzufügen: Es wäre die Aufgabe der Medizinausbildung, die künftigen Ärzte durch intensive Auseinandersetzung mit Sterben und Tod zu einem Menschenbild und einer Haltung hinzuführen, mit der sie die Ansprüche ihrer Patienten – insbesondere im Rahmen der kontinuierlichen hausärztlichen Begleitung –

wesentlich beeinflussen könnten. Wieweit fühlt sich die Fakultät für die Anspruchshaltung der Bevölkerung zuständig? (MW)

Antwort: Ich spüre hier eine gesplittete Haltung: In den ersten Thesen und Fragen erscheint das Bild des autoritären Arztes im Verhältnis zu den Angehörigen der Medizinalberufe als revisionsbedürftig. In dieser These wird ein (dem Patienten gegenüber) autoritärer Arzt gefordert:

Ein autoritärer Arzt (instruiert von einer womöglich noch autoritäreren Fakultät) soll wie ein strenger Vater seine Patienten zur Mässigung in der Beanspruchung von Gesundheitsleistungen anhalten. Motivation soll die Auseinandersetzung mit dem Tod sein.

Die Tatsache, dass Überweisungen in Spitäler für die letzten Lebenstage die Regel sind, hat viel mit unseren heutigen Lebensformen und der Auflösung der Grossfamilie zu tun. Ob es dem Hausarzt (und indirekt der Fakultät) zukommt, diese gesellschaftlichen Verhältnisse zu kurieren?

Die kostentreibende Anspruchshaltung manifestiert sich aber nur zu einem Teil im Angesicht des nahen Todes. Wer nimmt Einfluss auf die Konsumhaltung im Bereich Komfort und Wellness in Spital und Ambulanz, gegen die wir uns viel schwerer abgrenzen können als bei Patienten in den letzten Lebenstagen?

Für mich stellt sich eine Frage an die heutigen Menschen und späteren Patienten: Kann der Tod, der wie «eine Frucht in ihnen hängt» (siehe Rilke: «Das Stundenbuch» [Kasten]), noch reifen? Oder muss «der kleine Tod» in unserer Gesellschaft die Regel sein? (UML)

4. These: Im Gesundheitswesen entstehen immense Kosten durch teure Untersuchungen und Therapien, die das Leben nur um Tage verlängern. Diese Kosten könnten vermieden werden, wenn Ärztinnen und Ärzten in ihrer Ausbildung lernen würden, eine würdevolle Sterbebegleitung als eine ihrer Kernaufgaben zu verstehen. Ist die Fakultät fähig und bereit, die künftigen Ärzte auf die Sterbebegleitung vorzubereiten und so einen Beitrag zur Kostensenkung zu leisten? (MW)

Antwort: Wann es an der Zeit ist, eine aktive Therapie zu verlassen und nur noch supportive Massnahmen zu treffen, ist nicht offensichtlich: Patient, Angehörige und wir alle in den Medizinalberufen versuchen mit Hilfe unseres unterschiedlichen Rüstzeugs, diesen Moment nicht zu verpassen. Ein universitäres Programm in Sterbebegleitung sehe ich nicht als Lösung. Hier ist die Weiterbildung, hier sind wiederum Vorbilder in der Weiterbildungszeit (zu denen ich Patienten, Angehörige, Ärztinnen/Ärzte und andere Angehörige von Medizinalberufen zähle) die massgebenden Instanzen, auch wenn im Studium die Thematik des nahen Todes gegenwärtig sein oder immer wieder in Erscheinung treten muss. Dass dadurch eine Kostenersparnis erreicht werden kann, bezweifle ich. (Ein Thema für patientennahe Forschung?) (UML)

5. These: Ärzte in grossen Kliniken mit Forschungsauftrag haben die starke Tendenz, Patienten immer wieder Hoffnungen zu machen, dass bald die richtige Therapie oder das benötigte lebensrettende Medikament auf den Markt kommt. Dadurch wird oft der richtige Zeitpunkt verpasst, um mit dem Patienten und den Angehörigen das bevorstehende Ende zu thematisieren. So verliert die Familie wertvolle Zeit für letzte gemeinsame Gespräche und Erlebnisse. Wenn Ärztinnen und Ärzte in ihrer Ausbildung lernen würden, offen und ehrlich über Sterben und Tod zu sprechen, würde dies das Image der Ärzte positiv beeinflussen. Wie lehren Sie und Ihre Kollegen die Studierenden, mit Patienten und Angehörigen über Sterben und Tod zu sprechen? (MW)

Antwort: Die Frage, an mich persönlich gerichtet, kann ich wie folgt beantworten:

Studierende hören in der Vorlesung² und am Krankenbett (als Teilnehmer

² In begleitenden Gedanken werden im Rahmen der Vorlesung in Radio-Onkologie an der Medizinischen Fakultät Zürich im vierten und sechsten Studienjahr Themen im Grenzbereich der Medizin angesprochen. So zum Beispiel im Sommersemester 2001 mit zwei Gedichten von Rilke, die das Thema Tod zum Inhalt hatten (siehe Kasten).

Aus dem «Stunden-Buch»

(von Rainer Maria Rilke)

Denn, Herr, die grossen Städte sind verlorene und aufgelöste;
....

Da leben Menschen, weisserblühte, blasse,
und sterben staunend an der schweren Welt.
Und keiner sieht die klaffende Grimasse,
zu der das Lächeln einer zarten Rasse
in namenlosen Nächten sich entstellt.

Sie gehn umher, entwürdigt durch die Müh,
sinnlosen Dingen ohne Mut zu dienen,
und ihre Kleider werden welk an ihnen,
und ihre schönen Hände altern früh.

Die Menge drängt und denkt nicht sie zu schonen,
obwohl sie etwas zögernd sind und schwach, –
nur scheue Hunde, welche nirgends wohnen,
gehen ihnen leise eine Weile nach.

Sie sind gegeben unter hundert Quäler,
und, angeschrien von jeder Stunde Schlag,
kreisen sie einsam um die Hospitäler
und warten angstvoll auf den Einlasstag.

Dort ist der Tod. Nicht jener, dessen Grösse
sie in der Kindheit wundersam gestreift, –
der kleine Tod, wie man ihn dort begreift;
ihr eigener hängt grün und ohne Süsse
wie eine Frucht in ihnen, die nicht reift.

O Herr, gib jedem seinen eigenen Tod.
Das Sterben, das aus jenem Leben geht,
darin er Liebe hatte, Sinn und Not.

aus: *Das Stunden-Buch*. In: Rainer Maria Rilke: *Die Gedichte*,
Insel Verlag, Frankfurt am Main, dritte Auflage 1987: 291–293.

Todese Erfahrung

(von Rainer Maria Rilke)

Wir wissen nichts von diesem Hingehn, das
nicht mit uns teilt. Wir haben keinen Grund,
Bewunderung und Liebe oder Hass
dem Tod zu zeigen, den ein Maskenmund

tragischer Klage wunderbar entstellt.
Noch ist die Welt voll Rollen, die wir spielen.
Solang wir sorgen, ob wir auch gefielen,
spielt auch der Tod, obwohl er nicht gefällt.

Doch als du gingst, da brach in diese Bühne
ein Streifen Wirklichkeit durch jenen Spalt
durch den du hingingst: Grün wirklicher Grüne,
wirklicher Sonnenschein, wirklicher Wald.

Wir spielen weiter. Bang und schwer Erlerntes
hersagend und Gebärden dann und wann
aufhebend; aber dein von uns entferntes,
aus unserm Stück entrücktes Dasein kann

uns manchmal überkommen, wie ein Wissen
von jener Wirklichkeit sich niedersenkend,
so dass wir eine Weile hingerissen
das Leben spielen, nicht an Beifall denkend.

aus: *Neue Gedichte*. In: Rainer Maria Rilke: *Die Gedichte*,
Insel Verlag, Frankfurt am Main, dritte Auflage 1987: 464–465.

genügen, müssen Studierende gewisse charakterliche Grundvoraussetzungen mitbringen und sich im Kontakt mit Vorbildern entwickeln können. Ein gutes intellektuelles Rüstzeug, das leider (meiner Meinung nach zu Unrecht) oft als Gegensatz zum menschlichen Potenzial dargestellt wird, erachte ich als beste Voraussetzung, um im Studium genügend Kapazitäten zu haben, diese Haltungen heranzubilden. Wer den Stoff nur mit grösster Mühe organisieren und verarbeiten kann, wird bei der Entwicklung der menschlichen Dimension Defizite erleiden. (UML) ■

AutorInnen:
Mechtild Willi Studer
Altes Gerichtshaus
8934 Knonau

Prof. Dr. Urs M. Lütolf
Klinikdirektor
Klinik für Radio-Onkologie
Departement Medizinische
Radiologie
UniversitätsSpital Zürich
Rämistrasse 100
8091 Zürich

von Tutoraten), wie ich Gespräche mit Patientinnen und Patienten führe. Sie erfahren, dass die schlechte Prognose, die beschränkten therapeutischen Möglichkeiten, der Verlauf der Krankheit zum Tod hin offen angesprochen werden können. Palliativmedizin ist Lehrinhalt und Prüfstoff. Die Eröffnung der Palliativstation am Universitäts-spital durch die Klinik für Radio-Onkologie wurde von der Spitalleitung vor einigen Jahren als wichtiger Schritt erkannt, um der nichtkurativen Medizin Raum zu geben und sie als universitäres Anliegen zu fördern. In der Palliativstation ist es Teil einer alltäglichen Medizin, den nahen Tod anzusprechen. In diesen Gesprächen erfahren wir, dass auch mit Blick auf den Tod Hoffnung ein wichtiger Teil der Lebensqualität ist. Ich weiss, dass viele meiner Kollegen in ähnlicher, immer sehr persönlicher Weise, für diese Thematik offen sind, auch wenn nicht überall äh-

lich ideale Voraussetzungen geschaffen werden können, wie dies in einer Palliativstation möglich ist. (UML)

Abschliessende Bemerkungen von Urs M. Lütolf: Sich gegenseitig begreifen wollen, nicht nur aus dem Augenblick für einen Augenblick, sondern mit Blick auf die Spanne des Lebens, wurde mit dem Zitat von Jaspers gefordert. Ich kann dieser Forderung nur zustimmen. Sie soll aber nicht nur für Medizinalpersonen (Physiotherapeutinnen, Pflegenden, Ärztinnen) den Patientinnen gegenüber, sondern auch für Medizinalpersonen untereinander Grundstein des Zusammenwirkens sein. Nur so können starre Bilder und Vorurteile zugunsten einer positiven Entwicklung der medizinischen Betreuung abgebaut werden. Die Thesen und Fragen zeigen im Weiteren die ungebrochen hohen Ansprüche an Haltung und Bildung der Ärztin/des Arztes. Um diesen zu