

Zusammenarbeit für ein gutes Sterben in der Substitutionsbehandlung

Autor(en): **Zölch, Kaspar / Brandt, Peer-Willem / Hälg, Regula**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **42 (2016)**

Heft 2

PDF erstellt am: **17.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800336>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Zusammenarbeit für ein gutes Sterben in der Substitutionsbehandlung

Sterben und Tod sind in der Arbeit mit älteren Suchtmittelabhängigen immer gegenwärtig. In deren Betreuung und Behandlung ergeben sich auch spezifische Themen: die Einsamkeit vieler PatientInnen, die kaum Vertrauenspersonen haben, um medizinische Entscheide mitzutragen und Sterbende zu begleiten. Oder die Gratwanderung der Fachpersonen zwischen der Respektierung der Selbstbestimmung der PatientInnen (auch bzgl. des Substanzkonsums) und fachlich-medizinischen Vorgaben. Das Aushalten-müssen solcher Konflikte auf Seiten der Fachpersonen und das Vertrauen- und Sich-verlassen-Können auf Seiten der PatientInnen sind wichtige Themen, ebenso eine eingespielte institutionsübergreifende Zusammenarbeit.

Gespräch mit Kaspar Zölch (Stv. Geschäftsführer und Standortleiter Solina Spiez) und Dr. med. Peer-Willem Brandt (Oberarzt, Heroingestützte Behandlung KODA, Bern). Die Fragen für das SuchtMagazin stellten Regula Hälg und Marianne König (Infodrog, Bern)

Schlagwörter:

Tod | Sterben | Pflegeheim | Heroingestützte Behandlung | Selbstbestimmung |

Solina

Der Verein Solina umfasst mehrere Betriebe der Langzeitpflege im Berner Oberland. Solina Spiez bietet 180 Plätze für pflegebedürftige Menschen jeglichen Alters an. 350 Mitarbeitende teilen sich 190 Vollzeitstellen. Zwei Drittel der BewohnerInnen sind im AHV-Alter, die übrigen erhalten Leistungen der Invalidenversicherung. Auch Menschen mit Suchtproblemen sind willkommen. So besteht seit 10 Jahren eine enge Kooperation mit der KODA Bern: PatientInnen der Heroingestützten Behandlung können Pflegeaufenthalte sowie auch die letzte Lebensphase im Solina verbringen, wobei die Heroingestützte Behandlung in Zusammenarbeit mit der KODA weitergeführt wird.

www.solina.ch

KODA

Das zentrale Angebot der KODA in der Stadt Bern ist die Heroingestützte Behandlung. Diese richtet sich an mind. 18-jährige schwerabhängige, langjährige DrogenkonsumentInnen, bei denen andere Behandlungsversuche gescheitert sind. Kernstück der Behandlung ist die Heroinverschreibung: Das Medikament «Diaphin» (Heroin) wird in der KODA in der Regel zweimal täglich unter Kontrolle des medizinischen Fachpersonals injiziert. Zudem werden somatische, psychiatrische und soziale Probleme angegangen. Die KODA bietet 220 Behandlungsplätze an und beschäftigt 34 Mitarbeitende.

www.koda.ch

SuchtMagazin: Bei dem Gespräch geht es vor allem darum, die Sicht der PatientInnen bzw. BewohnerInnen zu Sterben und Tod kennenzulernen, speziell von solchen mit einer Suchtproblematik, und wie damit in der Institution umgegangen wird. Inwiefern ist Sterben und Tod bei KlientInnen und Mitarbeitenden bei Ihnen ein Thema?

Zölch: Bei uns ist das Alltag. Auch von den Mitarbeitenden her. Das Sterben gehört bei uns dazu. Von 80 Austritten, die wir pro Jahr haben, sind rund 50 Todesfälle, aus jedem Alterssegment. Es ist sicher speziell, wenn Personen in jüngerem Alter sterben und ihr Lebensentwurf einen Abschluss findet, der nicht der Norm entspricht. Unter den BewohnerInnen gibt es immer eine grosse Unruhe, wenn jemand mit einer Suchterkrankung stirbt. Ihre Endlichkeit und auch ihr risikohafter Lebenswandel werden ihnen dann bewusst: Man wird nicht 100jährig mit einem solchen Leben. Sie sind dann jeweils ganz «zitterig» und es besteht eine grosse Gefahr des Nebenkonsums. Sie holen sich etwas oder kiffen oder trinken mehr als üblich.

SuchtMagazin: Kiffen...?

Zölch: ...nur ausserhalb der «Mauern». Auf dem Balkon oder im Raucherraum ist es nicht erlaubt. Diese Regeln werden durchgesetzt.

Brandt: Jeder Betrieb hat da seine eigenen Regeln. Es ist aber zu sagen, dass die PatientInnen froh über Klarheit sind, auch wenn die Durchsetzung von Regeln manchmal zu längeren Diskussionen führt.

SuchtMagazin: Wie gross ist der Anteil Suchtbetroffener im Solina?

Zölch: Im Moment haben wir 8 Personen in Heroingestützter Behandlung, etwa 10 Methadonsubstituierte und 15 Alkoholabhängige, dazu noch Mischformen. Davon sind 20-30% Frauen. In diesen Zahlen nicht berücksichtigt sind ältere BewohnerInnen, die von Benzodiazepinen abhängig sind.

SuchtMagazin: *Letztere Personen werden erst im Alter abhängig?*

Zölch: Nein, in der Regel besteht die Abhängigkeit von Benzodiazepinen bereits bei Eintritt, oft haben sie z. B. ihr Temesta seit vielen Jahren. Wenn die Leute zu uns kommen, haben sie eine vorbestehende Krankheit. Dass da jemand noch eine Sucht entwickeln würde, würde ich nicht sagen. Der Zugang zum Alkohol ist frei, aber die Medikamente werden dosiert abgegeben. Ausser jemand holt sich draussen etwas. Wenn jemand den Nachttisch voller Medikamente hat, hatte er das auch schon vorher, nicht erst bei uns. Oder dass jemand zu fixen beginnt, weil er am Morgentisch mit einem Heroinpatienten sitzt, hätte ich noch nie gehört.

Brandt: Die Möglichkeit besteht, wobei ich da an eine aus dem Ruder gelaufene Schmerzmedikation oder an eine schlafantagonisierende Medikation mit Benzodiazepinen denke. Fälle, wo BewohnerInnen eines Alten- oder Pflegeheims neu Heroin oder Kokain konsumierten, sind mir nicht bekannt. Wichtig ist, dass mit dieser Problematik, egal ob vorbestehend oder neu aufgetreten, transparent und offen umgegangen wird, um so den Leuten mögliche Therapieoptionen aufzeigen zu können.

SuchtMagazin: *Wie sieht es bei Ihnen in der KODA mit dem Thema «Sterben und Tod» aus?*

Brandt: Obwohl das Thema nicht an der Tagesordnung ist, ist es präsent. Die PatientInnen werden älter, sind multimorbid und müssen sich zunehmend mit schwierigen Situationen auseinandersetzen. Das können schwierige psychische Situationen, z. B. verbunden mit Suizidalität, aber auch schwere somatische Erkrankungen, z. B. Krebserkrankungen, sein. Durch Todesfälle in der «Szene» werden unsere PatientInnen, aber auch die Mitarbeitenden mit dieser Thematik konfrontiert, man kann sich gar nicht entziehen. Ein grosses Thema bei den Mitarbeitenden ist das Aushalten schwieriger Situationen und das Aushalten davon, wie PatientInnen damit umgehen. Für somatische oder psychische Problematiken existieren medizinische Empfehlungen. Wenn jedoch PatientInnen ein ausgeprägtes Autonomiebedürfnis haben und auf ihrem Selbstbestimmungsrecht beharren und den Empfehlungen entgegenhandeln, ist vor allem Aushaltenmüssen gefragt.

SuchtMagazin: *Wie viele Todesfälle haben Sie pro Jahr in der KODA?*

Brandt: 2014 sind sieben PatientInnen verstorben, die in der KODA behandelt wurden, drei durch Suizid und vier aufgrund somatischer Erkrankungen, v. a. Krebserkrankungen. 2015 waren es fünf Todesfälle, alle aufgrund von somatischen Erkrankungen.

SuchtMagazin: *Sie haben bereits medizinische Empfehlungen angesprochen: Ist der Umgang mit dem Thema Sterben und Tod irgendwo verankert, gibt es Konzepte, Leitlinien oder auch Weiterbildungen zum Thema?*

Zölch: Grundsätzlich befolgen wir einen palliativen Ansatz, bei dem das Wohlbefinden das Ziel ist. Dort spielt natürlich die Autonomie, die bereits erwähnt wurde, auch wieder hinein. Z. B. was die Frage von medizinischen Empfehlungen zur Alkoholmenge angeht, die nicht überstiegen werden sollte, damit die Leber es noch verarbeiten kann. Dort müssen die BewohnerInnen selbst bestimmen. Ich schreibe ihnen nicht vor, wie viel Bier es noch verträgt, ich gebe ihnen höchstens eine Empfehlung. Aber Einkaufsmöglichkeiten sind so nah, und die BewohnerInnen entscheiden selber, ob sie fünf Flaschen nehmen oder nur eine.

SuchtMagazin: *Erstellen Sie aber z. T. Vereinbarungen mit den PatientInnen?*

Zölch: Ja, sie haben alle eine Vereinbarung. Darin wird u. a. die Konsummenge festgelegt, so wird z. B. der Bierkonsum zwischen Arzt und Patient ausgehandelt. Wenn aber jemand mit Heroin oder Methadon substituiert ist, muss er in jedem Fall vor dem Bezug der Substitutionsmedikamente eine Atemalkoholmessung machen. Hat die Person zu viel Alkohol konsumiert, gibt es bei der Verabreichung der Substitutionsmedikamente Anpassungen, um Überdosierungen zu vermeiden. Da sind wir relativ streng und das ist auch in der Vereinbarung festgehalten.

SuchtMagazin: *Müssen nur SuchtpatientInnen einen Alkoholkontrolltest machen oder gilt das für andere auch?*

Zölch: Bei uns darf man trinken. Wenn jemand nicht auffällig ist, muss er auch nicht blasen. Es geht eher darum, bei den SubstitutionspatientInnen kritische Situationen zu verhindern, die durch eine Mischung von Alkohol, diversen psychotropen Substanzen und dann noch Heroin entstehen können. Da sind wir vorsichtig und übernehmen die Vorgaben der KODA. Wir fahren damit nicht schlecht.

SuchtMagazin: *Werden auch Patientenverfügungen im Hinblick auf Sterben und Tod erstellt, wenn jemand eintritt?*

Zölch: Es kommt darauf an, ob bereits solche Verfügungen bestehen. Für uns ist es vor allem wichtig, mögliche Ansprechpersonen zu kennen, die in schwierigen Situationen kontaktiert werden können, um mitzuentcheiden, wenn die PatientInnen selber nicht mehr in der Lage dazu sind: Hospitalisierung ja oder nein, welche Therapien sollen noch versucht werden. Bei den Drogenabhängigen sind das in der Regel sehr wenige Ansprechpersonen – vielleicht ein Sozialarbeiter, der sie noch gut kennt. Und dann geht es auch darum zu wissen, was sie noch für Wünsche haben. Wenn jemand keine solche Verfügung hat, können wir sie zusammen erstellen.

SuchtMagazin: *Wie handhaben Sie das in der KODA?*

Brandt: Wir haben verschiedene Kernkompetenzen bei uns im Team; so sind zwei Pflegefachpersonen mit dem Thema Sterben und Tod betraut. Sie sind die verantwortlichen Ansprechpersonen vor allem für die PatientInnen, aber auch für Fragen der Mitarbeitenden. Als Gefäss haben wir den täglichen Rapport, wo schwierige Situationen im Allgemeinen angesprochen werden und ggf. Entscheidungen getroffen werden; da gehört natürlich auch die erwähnte Thematik dazu. Für die Vertiefung einer bestimmten Problematik gibt es die Gesamteamsitzungen, die einmal monatlich in der KODA stattfinden. Dort können bspw. der Umgang mit schwierigen PatientInnen oder generell schwierige Situationen besprochen und detaillierter angeschaut werden. Von Seiten der PatientInnen können Patientenverfügungen ein Thema sein, dies kommt jedoch nur vereinzelt vor.

SuchtMagazin: *Wird das von Ihnen auch gefördert?*

Brandt: Nicht aktiv. Da sind die PatientInnen in ihrer Selbstverantwortung gefragt. Die Erfahrung zeigt, dass die PatientInnen es sehr schätzen, diese Autonomie zu haben. Besteht Bedarf, sehe ich unsere Aufgabe darin, Unterstützung anbieten zu können. Was Herr Zölch zu den Kontaktpersonen gesagt hat, finde ich wichtig: Wir haben mit den PatientInnen ebenfalls klar festgehalten, welche Kontaktmöglichkeiten es in einem Notfall gibt. Das ist für beide Seiten wichtig und schafft Vertrauen.



ELIBRO
1955

RIP
LEDESMA
MAY 23 2000
MAY 30 2008
REMEMBRANCE

Y. MOG
1980 - JULY 1980
PROVERBIAL WIFE
MAY 1980

RIP
SOCORRO V. SEVA

FRANCISCO V. SANTIAGO
JOSE P. ENRIQUE
MAY 1980 - JULY 1980

BUENAS NOCHES
MOM
NICE MOM

SuchtMagazin: Wie häufig kommt denn das Thema Sterben und Tod zur Sprache, z.B. in der Teamsitzung oder im Rapport?

Brandt: Das Thema kommt häufig vor. Unsere PatientInnen werden älter und sind meist multimorbid. Somatische oder psychische Verschlechterungen des Allgemeinzustands können zu Hospitalisationen und zu weiterem Abklärungsbedarf führen. Es muss abgeklärt werden, wie es nach dem Spitalaufenthalt weitergehen soll, wie es mit der Wohnfähigkeit aussieht. Es kann um Anpassung und Weiterführung der Substitutionsbehandlung, um Änderungen der Medikamente oder sonstige Fragestellungen gehen. Diese Themen sind an der Tagesordnung, bis hin zum Thema Sterben und Tod. Eine neu diagnostizierte maligne Erkrankung, z.B. Krebs, ist für alle Involvierten eine Herausforderung. Mit unserer Psychologin haben wir in der KODA eine sehr versierte Mitarbeiterin mit Spezialausbildung in Psychoonkologie. Sie ist mit der Thematik gut vertraut und kann professionelle Hilfe anbieten.

SuchtMagazin: Neben den plötzlichen Todesfällen gibt es ja auch länger dauernde Prozesse, man weiss, es geht nun langsam dem Ende zu. Wie gehen Sie da mit SuchtpatientInnen um?

Zölch: Wir versuchen wie bei allen anderen, Wünsche zu erfüllen und Perspektiven zu eröffnen: Was möchten sie noch? Wer sollte noch kommen? Möchten sie noch jemanden besuchen? Nochmals auswärts essen? Solche Sachen treten dann in den Vordergrund. Und wie möchten sie es in der letzten Zeit haben, wer soll noch bei ihnen sein? Oder möchten sie alleine sein? Jemand, der stirbt, hat seine individuellen Bedürfnisse, die wir zu erfragen versuchen oder vielfach auch nur erspüren müssen.

SuchtMagazin: Sie haben vorhin gesagt, bei SuchtpatientInnen fehlten oft Angehörige. Wer nimmt dann ihre Stelle ein?

Zölch: Es sind Mitarbeitende, die Seelsorge oder freiwillige Mitarbeitende. Sie haben alle Grundkenntnisse in Palliative Care. Sterbebegleitung – das ist ein Aushalten, es ist etwas, das fast nicht geschult werden kann: Entweder können Sie sich in die Situation hineingeben und es ist für Sie nicht schwierig, neben jemandem zu sitzen, der stirbt. Einfach sitzen und Zeit schenken. Oder aber es macht Sie nervös, und Sie halten es nicht aus, weil es nicht vorwärts geht.

Brandt: Von unserer Institution her sehe ich in dieser Phase die Aufgabe, dass wir um eine optimale Vernetzung bemüht sind und alle nötigen Stellen und Personen mit einbeziehen: die Angehörigen, falls vom Patienten gewünscht, Spitäler, Palliativstationen, Spitex, Alten- und Pflegeheime. Wichtig ist, dass die Substitutionsbehandlung gerade in dieser schwierigen Phase bis zum Schluss gewährleistet werden kann. Da sind wir auch froh für die gute Zusammenarbeit mit Solina.

SuchtMagazin: Wenn jemand von Ihren PatientInnen im Solina am Sterben ist, besteht der Kontakt weiter oder geben Sie die Verantwortung ab?

Brandt: Der Kontakt mit der KODA und die Substitutionsbehandlung haben im Leben der PatientInnen einen sehr hohen Stellenwert, teilweise gar oberste Priorität. Das gilt umso mehr auch in dieser schwierigen Phase. Wenn es auf das Lebensende zugeht, ist dies meist mit Ängsten behaftet, und bei den SubstitutionspatientInnen besteht die grosse Sorge: Wie geht es mit der Substitution, mit der Substanz allgemein weiter? Ich sehe unsere Aufgabe darin, die Angst zu nehmen und Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Wir bleiben in Kontakt und stellen die Vernetzung sicher.

SuchtMagazin: Gibt es Mitarbeitende der KODA, die PatientInnen im Solina oder in anderen Institutionen besuchen?

Brandt: Generell besuchen, ja. Der Kontakt bricht nicht ab. Wenn unsere SubstitutionspatientInnen im Spital oder in einer anderen Einrichtung, z.B. im Solina sind, wird die Heroingestützte Behandlung weitergeführt. Das Diaphin wird von uns geliefert und wir nehmen zusätzlich eine Coaching-Rolle ein.

SuchtMagazin: Gehen Sie oder Mitarbeitende der KODA auch an Beerdigungen? Ist das ein individueller Entscheidung von einzelnen Mitarbeitenden, wie sie das handhaben?

Brandt: Ja genau. Viele Mitarbeitende haben ein sehr langes und auch gutes Verhältnis zu den PatientInnen. Da ist es ihnen freigestellt, auch zu den Beerdigungen zu gehen. Für mich als behandelnder Oberarzt ist es schwierig, da es mir schlichtweg nicht möglich ist, zu allen Beerdigungen zu gehen. Es soll erst gar kein Raum für unnötige Spekulationen über eine mögliche Selektion aufkommen und daher habe ich für mich persönlich entschieden, zu keiner Beerdigung zu gehen. Das ist aber eine Entscheidung, die jeder für sich selbst treffen muss.

Zölch: Bei uns ist es Brauch, dass bei allen Beerdigungen zwei bis drei Personen vom Wohnbereich mit dabei sind. Das ist ein Standard, es hilft den Mitarbeitenden auch abzuschliessen. Bei den KODA-PatientInnen sind häufig nur der Sozialarbeiter, der Bestatter und das Grüppchen von uns dabei, allenfalls nehmen wir noch weitere Personen mit, die den Verstorbenen gekannt haben. Das sind oft triste Beerdigungen, da fragt niemand nach dem Verstorbenen, da ist niemand traurig. Aber das ist halt ihr Lebensentwurf, der letztlich auch auf diese Einsamkeit hin angelegt war.

SuchtMagazin: Ist die Zeit, wenn es auf das Sterben zugeht, auch der Moment, wo Sie mit den Angehörigen Kontakt aufnehmen?

Zölch: Grundsätzlich bereits beim Eintritt, nicht erst in der letzten Phase. Wir fragen, ob und wann sie kommen möchten. Der Einbezug der Angehörigen ist bei uns von Anfang an wichtig, wenn die BewohnerInnen das wollen. Das ist ihr Entscheid.

Brandt: Bei uns ist die Erfahrung ebenfalls, dass es bei einem Grossteil der PatientInnen sehr wenig Kontakte gibt, aber ich stelle auch immer wieder fest, dass sich in schwierigen Situationen doch noch einige Familienangehörige zu Wort melden und manchmal auch der Meinung sind, den Behandlungsprozess und das weitere Prozedere massgeblich mit beeinflussen zu müssen, obwohl jahrelang kein Kontakt zu dem Patienten bestand. Das führt mitunter zu Schwierigkeiten und es besteht die Gefahr, dass die eigentlichen Bedürfnisse der PatientInnen in den Hintergrund rücken und die Bedürfnisse der Angehörigen in den Vordergrund. Man sollte sich dessen bewusst sein und die PatientInnen gezielt einbeziehen.

SuchtMagazin: Gibt es Aspekte, auf die Sie bei abhängigen Personen besonders achten müssen, wenn sie sterben?

Zölch: Wenn die Substitutionsbehandlung gut läuft, die Medikation geklärt ist, wenn die Gratwanderung zwischen «klar sein» und «schmerzfrei sein» mit der betroffenen Person irgendwie sauber ausgelotet ist, dann habe ich nicht das Gefühl, dass es etwas Anderes ist. Es stellt sich jedoch die Frage, was noch verabreicht werden soll, wenn jemand mit Heroin bereits an der obersten Grenze ist und trotzdem immer noch Schmerzen hat. Wie viel Fentanyl kann ein solcher Körper noch vertragen, bis jemand schmerzfrei ist? Welcher Rezeptor empfangt da noch irgendetwas?

SuchtMagazin: Gibt es Unterschiede bei den PatientInnen? Geht es eher Richtung «klar sein» oder «schmerzfrei sein»?

Zölch: Das kann man so nicht sagen. Viele wissen selber, was ihnen guttut. Der eine will regelmässig seinen Whisky, der bekommt ihn dann auch. Das ist nicht EL-tauglich, aber es hat sehr viel mit Palliation zu tun.

SuchtMagazin: Gibt es auch Suchtkranke, die mit einer Überdosis sterben möchten?

Zölch: Das war bei uns nie ein Thema.

Brandt: Die meisten PatientInnen bei uns waren in ihrer Vorgeschichte bereits mit dieser Thematik konfrontiert, wobei aktuell Überdosierungen bei ihnen eher kein Thema sind. Viele sind geprägt von zumeist negativen Erlebnissen mit psychischen Krisen, wie z.B. Traumata oder Suizidalität, und mit Allgemeinzustandsverschlechterungen aufgrund von körperlichen Gebrechen. In schwierigen Situationen entwickelt jeder Mensch gewisse Bewältigungsstrategien, wobei für Suchtkranke oftmals zunächst der Substanzkonsum als «Erste Hilfe» zur Verfügung steht. Auch im Rahmen einer Substitutionsbehandlung kann dies vorkommen und sollte beachtet werden. Gegebenenfalls sind Dosisanpassungen notwendig und die Komplexität nimmt zu, wenn es gleichzeitig um eine adäquate Schmerzbehandlung geht. Die Substitutionsbehandlung und die ausreichende Dosierung des verschriebenen Heroin stehen für die PatientInnen gerade in einer schwierigen Situation meist an oberster Stelle. Man muss Druck aus der ganzen Geschichte nehmen, so können sich die PatientInnen auch mit anderen Themen in Verbindung mit dem Tod, wie z.B. Abschiednehmen, auseinandersetzen. Durch eine adäquate Substitutionsbehandlung wird auf ein sehr starkes Bedürfnis der PatientInnen eingegangen und so kann ein angstauslösender Faktor reduziert werden.

Zölch: Ja, um nicht noch Stress zu haben, nach draussen gehen zu müssen, um sich zu versorgen. Sondern dass sie sagen können: «Ich brauche mehr», und wir passen die Dosis an.

Brandt: Die PatientInnen sind gerade in dieser Phase froh um Klarheit und Verlässlichkeit und dass eine gute Vernetzung stattfindet, damit es in der Hinsicht nicht zu Problemen kommt.

SuchtMagazin: Im Leadartikel des SuchtMagazin schreibt der Autor, dass Randständige nicht so selbstbestimmt sterben können wie die Allgemeinbevölkerung, u.a. weil ihnen das Vertrauen in die Institution fehlt, in der sie sterben. Das wäre bei Ihren Institutionen, wo viel Gewicht auf Vertrauen und Verlässlichkeit gelegt wird, also anders?

Brandt: Ja, für die meisten PatientInnen von uns ist die KODA die Tagesstruktur überhaupt, sie haben ihre Kontakte dort, nicht nur unter den MitpatientInnen, sondern auch beim Behandlungsteam. Viele PatientInnen sind auch lange Jahre bei uns, da kann man schon sagen, dass sich da ein gewisses Vertrauensverhältnis aufgebaut hat.

SuchtMagazin: Sprechen die PatientInnen bzw. BewohnerInnen untereinander über das Thema Sterben und Tod?

Zölch: Vor mir nicht zwingend, ausser jemand ist gestorben. Dann kommen sie, gerade die Jüngeren, klopfen an die Türe: «Könnte mir das jetzt auch passieren?» Aber wie sie sich untereinander austauschen, weiss ich weniger.

Brandt: Das ist auch bei uns so: Wenn jemand gestorben ist, ist dies das Gesprächsthema unter den PatientInnen in der KODA. Da wird viel darüber geredet, auch viel nachge-

fragt: «Was ist passiert? Warum ist es passiert? Wie geht es weiter?» Der Tod eines Mitpatienten bedeutet für viele eine Konfrontation mit der eigenen Geschichte und der eigenen Endlichkeit. An diesen Tagen geht dann ein Ruck durch die PatientInnen, es findet eine Auseinandersetzung mit dem Tod statt. Ein Tag später ist das Thema dann meist schon deutlich in den Hintergrund gerückt und andere Dinge sind wichtiger.

SuchtMagazin: Wie steht es mit der Einsamkeit? Wie wirkt sich das beim Sterben aus?

Brandt: Ein Grossteil unserer PatientInnen ist wirklich vereinsamt oder droht zu vereinsamen. Da versuchen wir in der KODA Unterstützung zu bieten. Mit verschiedenen Gruppenangeboten versuchen wir, eine Tagesstruktur zu geben und der Vereinsamung entgegenzuwirken. Bei schwer kranken PatientInnen, die bspw. zu Hause durch die Spitex versorgt oder auf einer Palliativstation betreut werden, stossen wir an unsere Grenzen. Wenn familiäre Beziehungen fehlen, kann man das kaum auffangen. Umso wichtiger erscheint es mir, dass es für solche Situationen speziell geschulte Leute gibt, wie z.B. Seelsorger, Pfarrer und Ehrenamtliche.

Zölch: Bei uns haben SuchtpatientInnen das normale Angebot, das allen zur Verfügung steht. Sie können in Gruppen mitmachen, ins Restaurant gehen, wir gehen mit ihnen weg, aber der Wunsch muss von ihnen kommen. Z.T. haben sie auch Kontakte untereinander, aber häufig eher oberflächliche, z.B. dreht der eine dem andern eine Zigarette. Dass da ein intensiver Austausch untereinander wäre, das ist eher selten.

SuchtMagazin: Was sind im Zusammenhang mit Suchtmitteln und Sterben Fragestellungen, bei denen man an Grenzen stösst?

Brandt: Bei uns geht es um Schadensminderung und da muss man auch damit leben, dass sich ein Patient entgegen gut gemeinter Ratschläge und medizinischer Empfehlungen verhält und sich für einen anderen Lebensweg entscheidet, obwohl aus medizinischer Sicht noch einiges verbessert werden könnte. Es geht um anempfohlene Abklärungen oder medikamentöse Behandlungen, die die Lebensqualität verbessern könnten, die jedoch von den PatientInnen abgelehnt werden. Was ist der ärztliche Handlungsspielraum, wenn indizierte Interventionen kategorisch abgelehnt werden und im weiteren Verlauf zum Tode führen werden. Es ist eine tägliche Motivationsarbeit nötig, die jedoch nicht immer fruchtet und für den Behandler unbefriedigend verlaufen kann.

Zölch: Ich erinnere mich an einen Bewohner, der mit Exit aus dem Leben scheiden wollte. Er schaffte es von seiner Grunderkrankung und seinem Zustand her aber nicht mehr, mit Exit Kontakt aufzunehmen. Die Frage stellte sich: Wer macht das für ihn? Er hatte auch keine Angehörigen mehr. Der Beistand sagte, dass sei nicht sein Job, von der KODA her waren sie auch sehr zurückhaltend, ich selber darf es von der Institution her nicht. Wie geht man auf legalem Weg mit einem solchen legitimen Wunsch um? Wir verstanden den Patienten, es ging ihm wirklich nicht gut. Jemand kontaktierte Exit dann über Umwege. Der Patient konnte allerdings friedlich sterben, bevor die ganze Geschichte ins Rollen kam. Vielleicht brauchte er aber einfach diese Wahlmöglichkeit. Das war so eine Grenzerfahrung. Darum ist es ja so wichtig, dass man vorgängig klären kann, wie man mit kommenden schwierigen Situationen umgeht.

SuchtMagazin: Welche ethischen Fragestellungen tauchen sonst noch auf?

Zölch: Wie viel Bier mag es bei einer Leberzirrhose trinken? Wenn ein Patient eintrübt, wenn also eine Beeinträch-

tigung des Bewusstseins vorliegt, wird er hospitalisiert. Das Spital sagt dann, wir nehmen diesen Patienten nicht mehr auf, wenn er nicht weniger trinkt. Das bringt uns in eine Zwischmühle, mit ganz schwierigen Entscheiden. Da stehen Wünsche der BewohnerInnen den rationellen Abläufen in einem Spital entgegen. Und wir müssen uns fragen, sollen wir jetzt restriktiver sein und auf dem einen Bier beharren? Aber ich bin ja kein Polizist, das ist nicht meine Aufgabe.

Brandt: Ja, das selbstbestimmte Leben ist ein grosses Thema. Da stellt sich bei jemandem mit einer Suchtmittelabhängigkeit aber natürlich die grosse Frage: Wie weit ist dieses Leben denn überhaupt selbstbestimmt? Bei einer Krankheit, die behandelt werden kann, fragt sich, wie weit sich der Patient selber für oder gegen eine adäquate Behandlung entscheiden kann. Es geht um selbstbestimmtes Leben, mit oder ohne Sucht. Klar, als Arzt muss ich immer auch schauen, ob eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt und ob gegebenenfalls eine Gefährdungsmeldung erforderlich ist, wobei das Ziel und der Wunsch der PatientInnen nicht aus dem Auge verloren werden sollten.

SuchtMagazin: Wie steht es mit Autonomie in Bezug auf Suizide? Wissen oder vermuten Sie zuvor jeweils etwas und wirken z.B. durch vermehrte Betreuung daraufhin, die Ausführung zu verhindern?

Brandt: Wir haben ein spezielles Klientel; es sind Patien-

tInnen, die neben ihrer Suchterkrankung meistens mehrere psychiatrische Komorbiditäten haben, z.B. Persönlichkeitsstörungen oder Depressionen. Das heisst, Suizidalität ist bei vielen PatientInnen bereits schon Thema gewesen und kann immer wieder aktuell werden. Als hoch spezialisiertes psychiatrisches Ambulatorium können wir Hilfe anbieten.

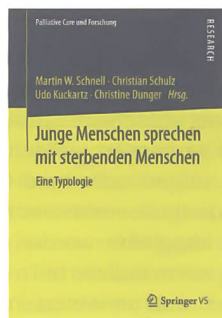
SuchtMagazin: Wie wird mit Situationen umgegangen, wo ein Entschluss von einem Tag auf den anderen kommt und nicht im Vorhinein feststellbar ist, dass sich jemand umbringen will.

Brandt: Solche Fälle gibt es und ich denke jeder, der eine gewisse Zeit mit Psychiatrie-PatientInnen gearbeitet hat, hat so eine Erfahrung machen müssen. Eine Patenlösung gibt es für diese Situationen nicht und es kann vorkommen, dass es trotz bestmöglicher Behandlung ohne Vorwarnzeichen zu Suiziden kommt. Dies kann eine Belastung sein, auch für das Behandlungsteam.

SuchtMagazin: Gibt es noch Fragen, die wir vergessen haben?

Zölch: Für mich ist zentral, unabhängig von der Grunderkrankung: Ich gehe empathisch auf die Leute zu. Kann ich sie so mit ihrem Lebensentwurf – ob ich ihn begreife oder nicht, ist nicht die Frage – annehmen? Sie so annehmen, wie sie sind: That's all. Und so sterben sie auch. ●

Bücher zum Thema



Junge Menschen sprechen mit sterbenden Menschen. Eine Typologie
M.W. Schnell/C. Schulz/
U. Kuckartz/C. Dunger (Hrsg.)
2016, Springer, 171 S.

Die AutorInnen stellen eine existenzphilosophische Untersuchung in den Mittelpunkt: Was bedeutet es für das Leben des lebenden Menschen, dass er eines Tages sterben muss? Sie haben zu diesem Zweck ermittelt, wie sich die Einstellung junger Menschen zur Endlichkeit des eigenen Lebens durch Gespräche mit einem sterbenden Menschen ändert. Die Forschungsergebnisse zeigen, worin der existenzielle Sinn des Faktums der Endlichkeit für das Leben besteht. In einer sozialwissenschaftlichen Studie wird der Änderung der Einstellung zur eigenen Sterblichkeit durch ein Gespräch mit sterbenden Menschen nachgegangen. Die Forschung befasst sich auch mit vulnerablen Personen am Lebensende.



selbst bestimmt sterben. Was es bedeutet. Was uns daran hindert. Wie wir es erreichen können.
Gian Domenico Borasio
2014, Beck, 206 S.

Die öffentliche Debatte über das Lebensende wird häufig auf die Frage nach Suizidhilfe reduziert, die aber nur einen winzigen Teil der Bevölkerung trifft. Was ist aber mit der riesengrossen Mehrheit an Menschen, für die es nicht darum geht, den eigenen Todeszeitpunkt selbst bestimmen zu wollen? Was bedeutet «selbstbestimmtes Sterben» in der modernen Gesellschaft? Und was hat es mit den Begriffen aktive, passive, indirekte Sterbehilfe, Behandlungsabbruch, Suizidhilfe etc. auf sich? Ausgehend von neuesten wissenschaftlichen Studien hilft das Buch, eigene Vorstellungen über das Lebensende zu entwickeln, und beschreibt Mittel und Wege, um diesem Ziel möglichst nahe zu kommen. Es bietet konkrete Hinweise, wie man sich auf die letzte Lebensphase so vorbereiten kann, dass sie den eigenen Wünschen entspricht.