

«Ich glaube nicht, dass ich Angst vor dem Sterben haben werde»

Was kann die Medizin für Sterbende tun? «Sehr viel», sagt Roland Kunz. Der Geriater trug massgeblich zur Verankerung der Palliativmedizin in der Schweizer Gesundheitsversorgung bei. Dorothee Vögeli hat sich mit ihm getroffen.

Viele Leute fürchten sich vor dem Sterben. Am meisten beunruhigt sie die Vorstellung, qualvoll aus dem Leben scheiden zu müssen. Auf diesem Feld hat Roland Kunz viel Erfahrung. Der Chefarzt der universitären Klinik für Akutgeriatrie und Leiter der Palliativstation im Städtischen Spital Waid hat während seines Berufslebens Tausende von Menschen in den Tod begleitet. Bevor er in Pension geht, schaut der Pionier für Palliativmedizin zurück auf die Anfänge einer Bewegung, die den Tod enttabuisiert hat, um die Situation von Patienten am Lebensende zu verbessern.

Herr Kunz, wie halten Sie es aus, Menschen sterben zu sehen?

Ich halte es aus, weil ich das Geschehen am Lebensende nicht aus einer naturwissenschaftlichen Sicht verfolge, sondern die Beziehung zum sterbenden Menschen ins Zentrum stelle. Jemandem innert wenigen Tagen so nah zu kommen, dass Titel, gesellschaftliche Attribute – alles, was dem Betroffenen einst wichtig war – nicht mehr zählen, grenzt an ein Wunder. Ich empfinde es als ein Privileg, in diesem Moment dabei sein und mich auf eine tiefe Beziehung einlassen zu dürfen.

Es wird berichtet, die Schmerzschreie von sterbenden Patienten erinnerten manchmal an Folter. Haben auch Sie schon Situationen erlebt, in denen die Schmerzmittel nicht wirken?

Körperliche Schmerzen können mit den heutigen Möglichkeiten und dem nötigen Know-how immer wirksam gelindert werden, allenfalls unter Inkaufnahme einer gewissen Schläfrigkeit. Der erlebte Schmerz ist aber nie nur ein biologisches Phänomen, sondern auch Ausdruck des seelischen und existenziellen Leidens. Dagegen wirken Schmerzmittel nicht. Wenn psychologische und spirituelle Unterstützung nicht helfen, kann in solchen Situationen eine Sedation angeboten werden, die den Patienten in einen Schlafzustand versetzt.

Sie beobachten, dass der Schritt des Sich-Ergeben-Müssens häufig mit Emotionen verbunden ist, dass aber, wer ihn macht, ruhig gehen kann. Muss man also keine Angst vor dem Sterben haben? Fürchten auch Sie sich nicht davor?

Ich glaube nicht, dass ich Angst haben werde. Aber unterschreiben würde ich nicht, dass das dann tatsächlich so sein wird.

Anfang der 1990er Jahre gehörte Kunz zu einer kleinen Gruppe von Ärzten, die den damals in der Schweiz noch völlig unbekanntem Begriff Palliativmedizin aufs Tapet brachten. Autodidaktisch und mit Vorbildern aus England begann der Insiderklub, eine Medizin für Menschen am Lebensende zu entwickeln. In Vorträgen, Kursen, aber auch über die Medien rückten die Pioniere ihre zentrale Botschaft ins breite Bewusstsein: Nicht nur Krebs-

patienten ohne Aussicht auf Heilung, sondern alle Menschen müssen sich irgendwann mit ihrer eigenen Endlichkeit auseinandersetzen.

In diesem Prozess brauchen Patienten auf Akutstationen, in Pflegeheimen und zu Hause fachliche Unterstützung. Denn der medizinische Fortschritt eröffnet permanent neue Behandlungsmöglichkeiten bei Unfällen und Krankheiten, welche die Betroffenen früher nicht überlebten. Die Menschen werden deshalb älter, können aber immer weniger eines natürlichen Todes sterben.

Angesichts der Möglichkeiten künstlicher Lebensverlängerung war bereits in den 1970er Jahren der Begriff des selbstbestimmten Sterbens aufgekommen. Lanciert hatte ihn die damals gegründete Sterbehilfeorganisation Exit, welche die Rolle der Ärzte am Sterbett problematisierte und dafür sorgen wollte, dass die Betroffenen mit Patientenverfügungen und Suizidhilfe das Heft in die Hand nehmen können.

Roland Kunz und sein Insiderklub versuchten, die damals politisch aufgeheizte Diskussion zu versachlichen: Suizidhilfe könne eine Option sein, sagten sie. Je mehr Menschen aber Zugang zu Palliativmedizin hätten, umso marginaler werde die Rolle der Suizidhilfe. Inzwischen ist der palliative Behandlungsansatz ein fester Bestandteil der Schweizer Versorgungsplanung geworden. Die Mitgliederzahlen der Sterbehilfeorganisationen steigen trotzdem rasant.

Wie viele Ihrer Patientinnen und Patienten sind mit einer Sterbehilfeorganisation aus dem Leben geschieden?

Während meiner dreijährigen Tätigkeit am Spital Waid gab es keinen derartigen Fall. Aber im Spital Affoltern sind innert zehn Jahren, während deren ich 2000 Patienten auf der Palliativstation betreute, zwei Schwerkranken zu Exit gegangen. Bei einem Mann mit der degenerativen Nervenkrankheit ALS konnte ich den Schritt nachvollziehen. Eine Frau, bei der die Selbständigkeit höchste Priorität hatte und die an starken Schmerzen im Bewegungsapparat litt, verabschiedete sich telefonisch von mir.

Hatten Sie versucht, die Frau vom Suizid abzubringen?

Wir konnten ihre Schmerzen wirksam lindern, aber ihre Behinderung im Alltag nicht beseitigen. Welchen Zustand ein Mensch als nicht mehr lebenswert betrachtet, ist eine sehr individuelle Wahrnehmung. Leiden lässt sich nicht objektivieren. Es gibt Menschen, für die ein Leben im Rollstuhl unerträglich ist, andere können sich damit arrangieren.

Ist also – abgesehen von wenigen Ausnahmen – Suizidhilfe auf den Palliativstationen kein Thema?

Oh doch! Beim Eintritt auf die Palliativstation fragen wir alle Patientinnen und Patienten, ob sie Mitglied einer Sterbehilfeorganisation sind. Etwa ein Viertel bejaht die Frage, die für uns



Roland Kunz, Pionier der Palliativmedizin und Chefarzt der Akutgeriatrie am Stadtspital Waid, geht in Pension.

SIMON TANNER/NZZ

ein guter Einstieg ins Gespräch übers Lebensende ist.

Wie geht das Gespräch weiter?

Wir fragen, weshalb die Patienten Mitglied einer Sterbehilfeorganisation sind, welche Ängste sie umtreiben und vor welchen Situationen sie sich fürchten. Dann fragen wir, was wir tun können und wie der Betroffene sterben möchte. Im Laufe des Gesprächs erörtern wir Szenarien, die all das umfassen, was trotz Krankheit noch möglich ist. Gleichzeitig sprechen wir auch über die Grenzen, die der Patient setzen will.

Als Kunz Medizin studierte, erkrankte sein Vater an Darmkrebs. Das Desinteresse der Ärzte an der Situation des schwerkranken Mannes erschütterte ihn und gehört zu den Schlüsselerlebnissen für seinen beispiellosen Einsatz für die Palliativmedizin.

Das Büro des Chefs der schweizweit bedeutendsten Klinik für Altersmedizin ist klein und spartanisch eingerichtet. Es passt zum bescheidenen Auftreten dieser schmalen, bärtigen Koryphäe auf dem Gebiet der Geriatrie. Ende April wird Kunz 65, dann wird er seine Führungsaufgaben auch in der Spitalleitung der fusionierten Spitäler Triemli und Waid abgeben. Momentan eilt er jedoch noch von Sitzung zu Sitzung, nimmt auch in spitalexternen Kommissionen, in Vorständen oder an der Universität Termine wahr, um spätabends Manuskripte für Vorträge und Bücher zu verfassen. Das enorme Pensum ist dem Vielbeschäftigten keine Sekunde anzumerken. Seine

Körperhaltung, sein Blick signalisieren: Hier sitzt jemand, der zuhört, einer, dem man vertrauen kann.

Tatsächlich wäre Kunz gerne Hausarzt geworden. Denn bereits als Jugendliche hatte er sich für die Menschen interessiert, für ihre Lebensgeschichten, ihre Pläne und Leidenschaften. Der Beruf des Hausarztes schien ihm seinen Wunsch in optimaler Weise zu erfüllen, den Menschen möglichst nahe zu kommen. Dass zum Dasein in der Welt auch Sinnfragen gehören, war in seinem christlich geprägten Elternhaus selbstverständlich. Sein Vater war Architekt, seine Mutter war im kaufmännischen Bereich tätig. Während des Medizinstudiums fiel ihm auf, wie dominant das naturwissenschaftliche Interesse der Kommilitonen war und wie wenig ihn eine Spezialisierung lockte.

Hausarzt ist er trotzdem nicht geworden, obwohl er gegen Ende seiner Ausbildung zum Facharzt für allgemeine innere Medizin bereits eine Praxis plante. Seine letzte Assistenzarztstelle in einem Pflegeheim brachte ihn davon ab. Zurück im Spital fiel ihm auf, dass die Patienten auf seiner Station gleich alt waren wie die Heimbewohner, die Ärzte sich aber ausschliesslich auf die Behandlung kranker Organe und das Operieren von Knochenbrüchen konzentrierten.

Die blosse Zerlegung von Menschen mit einer langen Lebenserfahrung in anatomische Einzelteile und das Ausblenden seelischer wie biografischer Realitäten fand er absurd. Er spezialisierte sich auf Geriatrie. Als er 1988 seine erste ärztliche Pflegeheim-

leitung übernahm, hatte er ein weiteres Schlüsselerlebnis: Er realisierte, dass 80 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner im Heim sterben, dass er aber nicht wusste, was er ihnen bieten könnte. Fortan konzentrierte er sich auf die Verbindung von Geriatrie und Palliativmedizin.

Für landesweites Aufsehen sorgte Kunz vor bald zwanzig Jahren. Um der Bevölkerung die Angst vor dem Sterben zu nehmen, öffnete er 2002 einem Filmteam des Fernsehens die Türen von ihm aufgebauten Palliativstation im Pflegezentrum des Spitals Limmatal. Vier Jahre später baute er am Spital Affoltern eine Abteilung für Akutgeriatrie sowie ein überregionales Kompetenzzentrum für Palliative Care auf.

Auch nach seinem Wechsel ans Zürcher Stadtspital Waid packte er sofort die Chance und konnte die Gesundheitsdirektion wie die Spitalleitung von der Notwendigkeit einer Palliativstation überzeugen. Eine Kernaufgabe war zudem die Weiterentwicklung des Universitären Geriatrie-Verbunds. Die Idee dahinter: die grosse akutgeriatrie Abteilung am Waidspital zusammenzubringen mit Forschung und Lehre.

Viele Patienten auf der Akutgeriatrie sind demenzkrank. Was bedeutet dies im klinischen Alltag?

Entscheidungen lassen sich nicht innert wenigen Minuten fällen. Das birgt die Gefahr, kognitiv eingeschränkte Patienten zu übergehen. Dem geriatrischen Personal ist jedoch bewusst, dass auch Menschen mit einer beginnenden