

Wie wollen wir sterben?

Angelika Sandtmann

Seit gut einem Jahr ist in Deutschland das Gesetz zur Patientenverfügung (»Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts«) in Kraft, das das Selbstbestimmungsrecht der Patienten deutlich stärkt. Dem Willen des Patienten auch für den Fall, dass er seinen Willen nicht mehr äußern kann, wird Vorrang vor dem Postulat des Lebensschutzes gegeben. Der liberalste der drei im Bundestag diskutierten Gesetzesentwürfe hatte sich durchgesetzt (vgl. DIE DREI 4/2009). Die in der Patientenverfügung angegebenen Festlegungen für oder gegen bestimmte Behandlungen sind für den Arzt bindend. Weitere juristische Klärungen wurden durch das lange erwartete Grundsatzurteil des Bundesgerichtshofes (BGH) vom 25.6.2010 getroffen. Der BGH sprach den Münchner Rechtsanwalt Wolfgang Putz vom Vorwurf des versuchten Totschlags frei. Putz, der seit Jahrzehnten Patienten und ihre Angehörigen in punkto selbstbestimmtes Sterben juristisch vertritt und bei Gegnern als »Advocatus Diaboli der Sterbehilfe« verschrien ist, hatte seiner Mandantin 2007 geraten, den Schlauch der Magensonde durchzuschneiden, über den ihre seit fünf Jahren im Koma liegende Mutter künstlich ernährt wurde, was die Mandantin auch durchführte. Vorausgegangen war ein Rechtsstreit mit dem Pflegeheim über die Beendigung der künstlichen Ernährung, der schließlich zugunsten der Mandantin ausgegangen war; die Heimleitung griff dennoch ein und führte die Sondenernährung fort; zwei Wochen später starb die Patientin eines natürlichen Todes. Der BGH fordert in seinem Grundsatzurteil, dass der Wille eines kranken oder sterbenden Menschen von Ärzten und Pflegenden unbedingt beachtet werden müsse, unabhängig davon, ob die Grunderkrankung einen irreversiblen tödlichen Verlauf genommen habe. Bei bewusstlosen Patienten sei allein deren mutmaßlicher Wille entscheidend. So ma-

che sich niemand strafbar, der den erklärten Willen eines Menschen beachtet und deshalb beispielsweise eine künstliche Ernährung abbreche. Das Heim habe »kein Recht, sich über das Selbstbestimmungsrecht des Patienten hinwegzusetzen«, so die Vorsitzende Richterin Ruth Rissing van Saan in der Urteilsbegründung.¹

Mit den neuen rechtlichen Bestimmungen sollte die weit verbreitete Angst in der Bevölkerung vor dem Schreckgespenst einer Apparatedizin, die den Patienten durch viele Schläuche an Geräten hängend zum Weiterleben zwingt, genommen werden. Wurde dies erreicht? Verfolgt man die weiter anhaltende öffentliche Diskussion, kann kaum der Eindruck entstehen, dass hier vorhandene Ängste verschwunden sind. Etwa 10% der Deutschen haben bisher eine Patientenverfügung verfasst. Gar als gefährliche Illusion hat Paolo Bavastro in der Märzausgabe dieser Zeitschrift die gesetzliche Regelung bezeichnet, da rechtlich-normative Regelungen nicht primär ethischen Problemen gerecht werden können. Neuen Zündstoff erhalten die Diskussionen um würdevolles Leben und Sterben durch die Ansichten des Berliner Arztes Michael de Ridder. Der Internist und Palliativmediziner spricht sich in seinem Buch *Wie wollen wir sterben?* (siehe auch unter »Buchbesprechungen«) für eine »neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin« aus. Aus seiner berechtigten Kritik am modernen Medizinbetrieb (Aufmerksamkeit nur auf die Wiederherstellung einzelner Organe oder Organsysteme gerichtet, nicht auf das Schicksal des Patienten; Patient nur als Krankheitsträger betrachtet; das medizinisch-technisch Machbare und das Patientenwohl driften allzu oft auseinander; Tod als medizinische Niederlage, als statistischer Störfaktor) entwickelt er die Forderung nach einem radikalen Wandel des

ärztlichen Denkens und Handelns: die ärztliche Standesethik müsse sich von dem alleinigen Grundsatz, das Leben des Kranken zu schützen und zu erhalten, verabschieden und primär das Selbstbestimmungsrecht des Patienten achten. »Unverrückbarer Maßstab ärztlichen Handelns ist und bleibt das Wohl des Patienten. Es hat primär *seinem* Willen zu folgen. Sich von der Authentizität dieses Willens zu überzeugen, ist Pflicht des Arztes; aber es steht ihm nicht zu, diesen Willen abschließend zu bewerten!«,² denn der Patient sei nicht dazu da, der ärztlichen Standesethik gerecht zu werden, sondern umgekehrt habe diese den Bedürfnissen der Patienten zu folgen. Als Konsequenz aus dieser Grundsatzhaltung sieht de Ridder in Notfällen die ärztliche Beihilfe zum Suizid nicht allein als ethisch gerechtfertigt, sondern unter Umständen sogar als ethisch geboten an! Selbst der Bitte um direkte aktive Sterbehilfe dürfe sich der Arzt unter Umständen nicht entziehen.³

Diese Forderungen gelten als Tabubruch der ärztlichen Ethik; de Ridder wird der Vorwurf gemacht, das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient schwer geschädigt zu haben. Doch Vertrauensbrüche gibt es auf beiden Seiten, sowohl im Unterlassen ärztlicher Hilfe wie in aufgezwungenen Behandlungen! Auf den ersten Blick scheinen sich zwei Grundprinzipien feindlich gegenüberzustehen: zum einen die Forderung nach einem selbstbestimmten Lebensende, zum anderen die Forderung nach Lebensschutz. Erstere wird von Vertretern der sogenannten Sterbehilfebewegung (z.B. den Sterbehilfeorganisationen »Dignitas« oder »Exit«) oder auch anderen unabhängigen Denkern⁴ aufgestellt: Lebensschutz um jeden Preis wird als Fremdbestimmung verstanden; Suizid oder assistierter Suizid werden toleriert oder gar als autonome Handlung gedeutet und folglich aktiv unterstützt. Lebensschutz als oberste Maxime zu betrachten entspricht den Wertvorstellungen der Kirchen, dem bisherigen ärztlichen Berufsethos, der Hospizbewegung und der Palliativmedizin. Aber bei genauerer Betrachtung verwischen sich diese Grenzen: Obgleich die Statuten der Deutschen Gesellschaft

für Palliativmedizin (DGP) eine Beschleunigung des Sterbensprozesses verbieten, gaben in einer Befragung der Ruhr-Universität Bochum manche Palliativmediziner zu, in der Praxis einigen ihrer Patienten das Sterben erleichtert oder gar aktiv verkürzt zu haben.⁵ Auch Michael de Ridder versteht sich ausdrücklich als Palliativmediziner. Selbst in katholischen Kreisen sind mir Mediziner bekannt, die lebensverkürzende Maßnahmen in bestimmten Fällen für angemessen halten. Im Umgang mit konkreten menschlichen Schicksalen zeigt sich, dass allgemein formulierte Grundsätze (»geschenktes Leben darf nicht eigenmächtig verkürzt werden«, »ich bin autonom, wann ich sterben will«) nicht immer tragfähig sind.

Wohin führt der Schmerz?

Das wesentliche Verdienst von de Ridder liegt eigentlich in der schonungslosen Aufdeckung unserer gegenwärtigen Lebenssituation: die Errungenschaften der Medizin in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts haben uns, ob wir wollen oder nicht, in die Notwendigkeit versetzt, *schwerwiegende Entscheidungen treffen zu müssen*. Erst durch die Einführung der Techniken der Wiederbelebung, der Lebensverlängerung durch künstliche Ernährung und Beatmung und der Organtransplantation werden Arzt und Patient vor einschneidende und folgenreiche Entscheidungen gestellt, die früher aufgrund fehlender Alternativen gar nicht existiert hatten. Es ist nur folgerichtig, wenn er angesichts der gegenwärtigen Situation vor allem das Recht jedes Patienten, gerade am Lebensende, betont, Behandlungen auch ablehnen zu können, dem sogenannten »technologischen Imperativ« Einhalt zu gebieten. Aber seine Forderungen fußen dabei auf einem zu statischen Menschenbild. Denn Selbstbestimmung setzt Selbstentwicklung voraus. Mit dem Recht zur Selbstbestimmung fängt die kulturelle Arbeit der Selbstbestimmung erst an.

In der öffentlichen Diskussion wird gefährlich manipulativ unterstellt, ein selbstbestimmtes Sterben sei ein Sterben ohne künstliche Ernährung, ohne künstliche Beatmung etc. Ist das in

jedem Fall so? Macht sich ein Kranker schon verdächtig, nicht selbstbestimmt zu sein, wenn er die lebensverlängernden Maßnahmen dankbar annimmt? Mit Recht warnt z.B. der Marburger Bund vor einem falschen Verständnis des BGH-Urteils, denn aus dem Zustand des Wachkomas dürfe von den Pflegenden und Angehörigen nicht eigenmächtig abgeleitet werden, dass diese Patienten automatisch nicht mehr leben wollten. Michael de Ridder wählt die Frage »wie wollen wir sterben?« als Titel seines Buches. Die Antworten darauf sind leider fast ausschließlich negativ bestimmt: keine oder wenige Schmerzen, keine Angstzustände, kein langes qualvolles Sterben, keine Apparate. Eine neue Sterbekultur, die das Sterben als Dimension des Lebens begreift, wie es de Ridder mit Recht fordert, müsste aber das Sterben viel stärker mit inhaltlichen Werten füllen können: Sterben als Wesentlich-Werden (erfahrene Sterbebegleiter erleben oft eine besondere Hellsichtigkeit und Hellhörigkeit bei Sterbenden), als Wandlung, als Tor zu einer neuen Form des Daseins. Dann treten bloße Verneinungen in den Hintergrund. Selbstbestimmung ist eine Entwicklungsaufgabe, die durch eine zuvor verfasste Patientenverfügung leider oft gerade verhindert wird, da hier der Wille in einer früheren Phase des Lebens zementiert wird. Selbstbestimmung, gerade angesichts des Todes, setzt einen vertieften Umgang mit Grenzerfahrungen voraus, wie beispielsweise mit Angst, Schmerzen, Krankheit oder Behinderung. Z.B. kann ein Umgang mit Schmerzen, der offen für Wandlungen ist, schon mitten Leben, nicht erst am Lebensende eingeübt werden. Dass man auf Schmerzen nicht nur mit der Gabe von Schmerzmitteln antworten muss, zeigt Iris Paxino eindrucklich in ihrem Buch *Leben mit dem Schmerz*. Aus der Einsicht, dass es Erfahrungen gibt, die einzig und allein durch den Schmerz möglich sind – auch viele Künstler haben ihr Werk dem Schmerz abgerungen –, sollte es in einer verantwortlichen Schmerztherapie nicht um eine Beseitigung, sondern um eine Bewältigung des Schmerzes gehen. Die heute in unserer Kultur übliche Forderung nach Schmerzfreiheit kommt einer

Einschränkung der Erlebnisfreiheit gleich. »Das Akzeptieren dessen, was einem widerfährt, ist ein entscheidender Schritt in der Bewältigung schmerzhafter Erlebnisse (...) Der Schmerz verlässt den Menschen niemals so, wie er ihn angetroffen hat. Er verwandelt ihn – vorausgesetzt, man lässt es zu«⁶. Aus ihrer therapeutischen Arbeit weiß Paxino zu berichten, dass das Erleben von Schmerz und die Intensität der Schmerzwahrnehmung in starkem Maße von subjektiven Einflüssen geprägt sind, d.h. durchaus verändert werden können, insbesondere durch die Förderung von Selbstwahrnehmungsfähigkeiten. Innerhalb einer Therapie kann es möglich werden, die Frage, woher der Schmerz kommt, umzuwandeln in die Frage, wohin er uns führen will. »Im Schmerz – und nur im Schmerz – liegt die Chance zu seiner Überwindung! (...) erst die individuelle Aktivität im Leid (...) wirkt dem Leid entgegen und reduziert den Schmerz«.⁷

Wer sich beispielsweise der Herausforderung im Umgang mit Demenzkranken – die Zahl der Erkrankten wird bald so angestiegen sein, dass fast jeder im Kreis seiner Familie zumindest mittelbar davon betroffen sein wird – stellt, wird ebenfalls an Grenzen geführt, die manche unerwartete Lebenseinsicht ermöglichen. Ein Buch wie *Wo bist du? Demenz – Abschied zu Lebzeiten* von Julia Engelbrecht-Schnür und Britta Nagel, das aus der Sicht der betroffenen Familienangehörigen geschrieben ist, beschönigt nicht die Schwere der Probleme durch Demenz, aber es lässt den Leser und Betrachter der ausdrucksstarken Fotografien ein Stück weit an dem Verwandlungsprozess in der Beziehung des Erkrankten und seines nahen Angehörigen Anteil nehmen. Kinder, Ehepartner oder auch Enkel von Demenzkranken erzählen, wie sie nicht dem anfänglichen Schock der Diagnose erlagen, sondern allmählich anfangen, sich auf die Suche nach der verschütteten Persönlichkeit zu machen. Da ist eine Enkelin, die mit ihrer dementen Großmutter Kosmetiksalon spielt: »Es ist ein inniger Moment, ein Spiel des Vertrauens zwischen der Großmutter und ihrer Enkelin. Momente wie diese sind selten. Es war ein langer Weg bis hierher, bis sich diese Zere-

monie der Zuneigung in ihre Beziehung einnisteten konnte. Fast hätte die Krankheit das Miteinander von Großmutter und Enkelin zerstört.⁸ Da ist ein Sohn, der immer unter der patriarchalischen Strenge seines Vaters gelitten hatte und keine Beziehung zu ihm aufbauen konnte. Die Auseinandersetzung mit der schweren Erkrankung des Vaters wirft ihn zunächst völlig aus der Bahn, er ist am Ende seiner Kräfte; doch durch die Hilfe seiner Freundin und eines Seminars für Angehörige Demenzkranker lernt er, eine andere Einstellung zu den Problemen einzunehmen, Vater und Sohn nähern sich allmählich an: »So seltsam es klingt: Wenn mein Vater nicht an Demenz erkrankt wäre, hätte ich vielleicht nie einen Zugang zu ihm gefunden (...) Es ist mir gelungen, eine Beziehung zu meinem Vater aufzubauen. Ich habe den Vater, den ich immer gesucht habe, zwar nur für kurze Zeit, aber das ist viel mehr, als ich erwartet habe. Dafür bin ich dankbar.«⁹

Wer durch solche oder ähnliche Erfahrungen hindurchgegangen ist, wird ein ganz anderes Vertrauen in den Sinn schmerzhafter Grenzerfahrungen entwickeln können. Er wird insbesondere das Vertrauen entwickeln, dass das, was ein Leben sinnvoll und lebenswert macht,

immer wieder *neu* durch dieses Leben selbst bestimmt wird. Dies gilt auch angesichts des Todes. – Wie wollen wir sterben? In der Offenheit für Neues, im Vertrauen auf ein ungemäßes Verhältnis zum eigenen Leib, auch im Vertrauen auf uns nahestehende Menschen, die uns in unserem Werden verstehen und gegebenenfalls – in einer Vorsorgevollmacht rechtlich abgesichert – für uns entscheiden können, wenn wir dazu nicht mehr in der Lage sind.

1 http://www.dw-world.de/popups/popup_print-content/0,,5730716,00.html

2 Michael de Ridder: *Wie wollen wir sterben?* München 2010, S. 294.

3 Ebd., S.293

4 Z.B. vom Freiburger Philosophen und Literaturprofessor Ludker Lütkehaus in: *Die Zeit*, 12.8.2010, S. 36.

5 *Palliative Medizin*, zit.n. *Die Zeit*, 30.9.2010, S. 48.

6 Iris Paxino: *Leben mit dem Schmerz*, Stuttgart 2009, S. 109f.

7 Ebd., S.174.

8 Julia Engelbrecht-Schnür, Britta Nagel: *Wo bist du? Demenz – Abschied zu Lebzeiten*, Hamburg 2009, S. 129.

9 Ebd., S. 32 u. 36.