

Wie wollen wir sterben ?

von

Michael de Ridder

(Vortragsveranstaltung des Ökonomischer Beirats
„Kirchen und Hochschulen in Jena“ / 18.11.2010)

Es war in der Frühzeit meiner ärztlichen Ausbildung: Gerade hatte ich als junger Stationsarzt einer internistischen Station die Oberarztvisite beendet, als mir der Aufnahmekarnter telefonisch einen alleinstehenden 64-jährigen Patienten im Endstadium einer Tumorerkrankung ankündigte: „Leg den am besten in ein Einzelzimmer, der stirbt sowieso bald.“ Der Krankentransport übergab mir einen blassen, hüstelnden und vom Tode gezeichneten Mann, der mich aus großen Augen eines ausgezehrten Gesichts anschaute. Über ein freies Einzelzimmer jedoch verfügte ich nicht und auf eine andere Station auszuweichen war wegen fehlender Betten nicht möglich. Aber war da nicht noch ein freies Bett im einzigen Sechsbettzimmer meiner Station ? Ich zögerte. Konnte ich den fünf Patienten dieses Zimmers einen zu Tode Erkrankten wirklich zumuten ? Ich erschrak vor meiner eigenen Frage und begriff in diesem Moment: Das Sterben gehört ins Leben – unter Menschen ! Und nicht in die Einsamkeit und Verlassenheit eines Einzelzimmers.

Eine halbe Stunde lang sprach ich mit den anderen Patienten, deren anfängliche Beklommenheit und Bedenken ich schließlich zerstreuen konnte. „Stell Dir vor, Du hättest Krebs, im Endstadium, wie er,“ sagte einer von ihnen in die Runde; und zu mir gewandt: „Wir nehmen den, Herr Doktor, er kriegt einen Fensterplatz.“ Die anderen nickten zustimmend.

Nie wieder habe ich Ähnliches erlebt: Sie organisierten untereinander für ihn eine 24-Stunden-Sitzwache, sie saßen an seinem Bett, fütterten und wuschen ihn und lasen ihm aus der Zeitung vor. Fünf Tage später starb er, in ihrer aller Anwesenheit. Einer seiner Mitpatienten sagte bei der Entlassung zu mir: „Diese fünf Tage meines Lebens waren wichtig, ich werde sie nie vergessen.“

Sterben – nichts scheuen wir so sehr, nichts erzeugt in uns so viel Unbehagen und Angst, ja Abwehr, wie eben unserer Sterblichkeit, unserer Endlichkeit ins Gesicht zu schauen. Die Gründe hierfür liegen auf der Hand – ist doch nichts dem „farbigen Abglanz“, an dem wir nach einem Goethe-Wort das Leben haben und an dem wir doch mit all unseren Fasern hängen, so sehr abgewandt wie das Sterben. Widerspricht doch nichts dem Leben in so fundamentaler Weise wie das Sterben. Und doch – beide sind ineinander verschränkt; denn zweifellos: Jeder Sterbende ist ein Lebender, oder sollten wir besser sagen: Wir Lebenden sind zu jeder Zeit und an jedem Ort immer auch Sterbende ?

Sterben – mögen wir das For-ever-young auch noch so sehr beschwören, das Ideal des alters- und faltenlosen Zeitgenossen noch so sehr kultivieren; mag der Nobelpreis auch im letzten Jahr für wissenschaftliche Leistungen am Telomerase-Gen – von manchen schon als Unsterblichkeitsgen gefeiert – vergeben worden sein; wir können und werden dem Sterben nicht enttrinnen. Mag auch die Medizin sich nicht mehr allein ihrem klassischen Auftrag, der Behandlung von Krankheit, sondern zunehmend der Optimierung des Natürlichen und Gesunden annehmen; mögen einige ihrer Protagonisten sich neuerdings gar dazu versteigen, das Sterben als einen Unfall der Evolution zu interpretieren, um damit zu rechtfertigen, das Sterben selbst medizinischen Eingriffen zugänglich zu machen – ich bin sicher, es wird nicht aus der Welt zu schaffen sein.

Wir können – und viele Zeitgenossen tun dies ja auch – unsere Sterblichkeit ignorieren. Doch zu welchem Preis ? Zu einem sehr hohen, so ist zu vermuten. Denn je größer die Distanz sein wird, die wir zwischen dem Leben und der Tatsache seiner Endlichkeit schaffen, um so heftiger werden Angst und Entsetzen von uns Besitz ergreifen, wenn das Sterben in seiner Unausweichlichkeit sich unserer – irgendwann – bemächtigt.

Was also bleibt uns ? Ich meine, sich dem Sterben zuzuwenden, über das Sterben zu sprechen, würde auf einen guten Weg führen: mit sich selbst das Gespräch über die eigenen Sterblichkeit suchen; mit Lebensgefährten und Freunden; mit einem spirituellen Lehrer, einem Geistlichen, einem Arzt. Um zu lernen, dem Sterben letztlich mit Unerschrockenheit und Gelassenheit begegnen zu können. Vielleicht kann uns eine Maxime des großen Essayisten und Arztes Michel Montaigne Orientierung und Hilfe geben. Für ihn bestand unser Menschsein und unser Leben „in der fortwährenden Herausforderung, unser Sterben zu gestalten.“

Wie wollen wir sterben ? Wir alle würden sicherlich einander ähnliche, schlichte und einleuchtende Antworten auf diese Frage geben: Leicht sollte es sein, unser Sterben... frei von Angst und Schmerz... im Frieden mit uns selbst, unseren Angehörigen und Freunden wollen wir sterben.

Doch betrachten wir die Wirklichkeit des Sterbens, dann spricht sie allzu oft eine andere, eine bedrückende Sprache: Er oder sie hatte ein schweres Sterben... ein qualvolles, ein grausames gar... ein nicht enden wollendes, zumal, wenn es sich in einer Klinik vollzog. Ich bin überzeugt, uns allen sind Menschen bekannt, nicht zuletzt wohl nahe Angehörige, die unter solchen Umständen starben.

Vor wenigen Wochen erst verhandelte der Bundesgerichtshof einen solchen Fall eines schweren, ja würdelosen Endes einer alten Dame: der Ausgang des Prozesses um ihr Sterben beherrschte Ende Juni dieses Jahres die Schlagzeilen und Kommentare der Tagespresse.

An ihrer Leidensgeschichte – und die ist bei weitem kein Einzelfall – lässt sich die ganze Tragik des Sterbens im Zeitalter lebensverlängernder Maßnahmen darstellen. Wann tragen beispielsweise künstliche Ernährung, Wiederbelebung, Beatmung und Chemotherapie wirklich zur sinnvollen Lebensverlängerung bei – wann hingegen

werden sie allein zur qualvollen Sterbeverzögerung ? Wann wird Lebensverlängerung zu einem Akt der Inhumanität, lautet die zentrale, uns alle berührende Frage, die auch das Gericht zu beantworten hatte. Und – gleich bedeutsam: Welche Rolle darf oder muss der Wille eines Menschen spielen, der in einer Patientenverfügung oder in anderer Weise deutlich gemacht hat, was an seinem Lebensende ärztlicherseits zu tun und zu unterlassen ist ?

Erika K., eine 76-jährige alte Dame, erleidet im Oktober 2002 eine schwere Hirnblutung. Mehrfach wird sie operiert, jedoch ohne Erfolg. Letztlich diagnostizieren die Ärzte ein Wachkoma, ein Zustand unumkehrbarer Bewusstlosigkeit bei erhaltener Spontanatmung, in dem man auf dauernde Pflege angewiesen ist. Hierüber werden die Angehörigen von den Ärzten aufgeklärt, mit Besserung sei nicht mehr zu rechnen. Ein solches Siechtum mittels künstlicher Ernährung eventuell über Jahre aufrecht zu erhalten, hatte Frau K. noch Wochen vor ihrer Erkrankung der Tochter gegenüber mit plausiblen Argumenten und unmissverständlich abgelehnt. Sterben wolle sie dann, am liebsten zuhause.

Kann es, so fragt man sich – nicht allein als Arzt – sondern schlicht als mit Empathie und Vernunft ausgestatteter Mensch, irgendeinen plausiblen Grund geben, das natürliche Sterben dieser Frau aufzuhalten ? Ist es nicht vielmehr – jenseits aller ärztlichen und juristischen Erwägungen – ein unmittelbares und schlichtes Gebot der Menschlichkeit, dem Willen einer aussichtslos kranken Patientin zu entsprechen und ihr ein friedliches Sterben zu ermöglichen ? Wo sollte hier ein Grund dafür liegen, dass Erika K.'s Sterben zu Streit und Zerwürfnis, zu Hausverbot und Polizeieinsatz, ja zu einstweiligen Verfügungen und Klageschriften führt, die letztlich, wie schon angedeutet, gar den Bundesgerichtshof auf den Plan rufen ?

Weit gefehlt. Erika K. wird nach fehlgeschlagener Rehabilitation von einem Pflegeheim als Wachkomapatientin übernommen. Mehr als fünf lange Jahre vergeht man sich an ihr, indem sie über eine Sonde zwangsernährt wird und ihr Sterben nicht zulässt: Ihr verblendeter Ehemann weigert sich, dem Willen seiner Frau den Ärzten gegenüber Geltung zu verschaffen; ein hasenfüßiger Hausarzt hält die Ernährungssonde zwar für schon lange nicht mehr indiziert, traut sich aber nicht, ihre Entfernung dem Pflegeheim gegenüber durchzusetzen; eine anmaßende Heimleitung hält eigenmächtig und entgegen ärztlicher Anordnung die Sondenernährung aufrecht, „weil es dem Leitbild unserer Einrichtung widerspricht, Maßnahmen vorzunehmen, die letztlich zum Tode unserer Bewohner führen würden“. Hier regiert offenbar das Prinzip des unbedingten Lebensschutzes, der weder vor dem Willen des Patienten noch vor qualvoller Sterbeverzögerung Halt macht. Mit einem Wort: Erika K. ist ein Opfer fortgesetzten schweren Rechtsbruchs, der als Menschenrechtsverletzung zu klassifizieren ist. Nota bene: Man kann die Heiligkeit des Lebens auch bis zur Unmenschlichkeit pervertieren.

Auch die rechtliche Betreuerin sieht tatenlos zu. Allein Tochter und Sohn sowie der schließlich von ihnen beauftragte Rechtsanwalt P. kämpfen unbeirrt einen geradezu heroischen Kampf für die Einstellung der Sondenernährung und ein Ende ihres Leidens, das in ihrem beklagenswerten Zustand auch noch die Amputation eines Armes umfasst. Nach schier endlosen Kontroversen zwischen Kindern, Heimleitung, Hausarzt,

Betreuungsgericht und Rechtsanwalt – Frau K. liegt inzwischen im Sterben – droht die Heimleitung den Kindern ultimativ die eigenmächtige Zwangsernährung an, falls sie nicht innerhalb von zehn Minuten die zuvor beendete Sondenernährung wieder aufnehmen. Als Ultima Ratio gibt deshalb der Anwalt den Kindern die Empfehlung, die Ernährungssonde ihrer Mutter zu durchtrennen, der die Kinder am 21.12.2007 nachkommen: Das Entfernen der Sonde sei gebotene Selbsthilfe (und nicht Selbstjustiz!) zur Abwendung der angedrohten erneuten Körperverletzung durch Zwangsernährung, so der Anwalt. Dem folgt das Landgericht Fulda überraschenderweise nicht, vielmehr verurteilt es ihn am 30.4.2009 - Frau K. verstarb zwischenzeitlich bei laufender Sondenernährung eines natürlichen Todes - wegen versuchten Totschlags zu neun Monaten Haft auf Bewährung. Ein unerträgliches Urteil, gegen das der unerschrockene und scharfsichtige Rechtsanwalt beim Bundesgerichtshof Revision einlegt.

Der hat nun am 25.6.2010 – der Anwalt wurde in allen Punkten freigesprochen - ein insbesondere für die deutsche Ärzteschaft richtungweisendes Urteil gesprochen Es entlastet den Arzt in kritischen Entscheidungssituationen am Lebensende und wird die Palliativmedizin in Deutschland stärken: Ärzten, Pflegeeinrichtungen und auch Vormundschaftsrichtern gegenüber ist endlich von höchstrichterlicher Instanz ins Stammbuch geschrieben, dass das Zulassen des natürlichen Sterbens mit lindernden Maßnahmen nichts, aber auch gar nichts mit aktiver Sterbehilfe – sprich „Töten“ – zu tun hat.

Sterben lassen (passive Sterbehilfe) ist – bei fehlender ärztlicher Behandlungsindikation und / oder klar geäußertem oder vorausverfügtem Patientenwillen – nicht nur gerechtfertigt, sondern *geboten: Ursächlich für das Lebensende des Kranken ist hier seine Krankheit resp. sein Alter.*

Töten eines Patienten – ob von ihm verlangt oder nicht - meint dagegen die direkte gezielte Lebensbeendigung, also die aktive Sterbehilfe. Sie bleibt nach derzeitiger Rechtslage weiterhin *verboten: Ursächlich für den Tod ist in diesem Fall eine ärztliche(r) Handlung oder Eingriff.*

Nun glauben – neben vielen Laien und manchen Juristen – auch zahlreiche Ärzte immer noch, dass im Zustand terminaler Erkrankung die Einstellung einer künstlichen Ernährung oder Beatmung ärztlich aktives Handeln im Sinne der Todesursächlichkeit sei. „Aktive Sterbehilfe sei das – und die stehe doch unter Strafe!“ so der unerschütterliche Glaube vieler meiner Kollegen. Welch fataler Irrtum ! Die Einstellung einer künstlichen Ernährung ist zwar, rein äußerlich betrachtet, eine bloße Handlung. Allein, sie ist juristisch und ethisch *normativ* zu betrachten: Ist nämlich die Einstellung zwingend geboten, weil ihr die ärztliche Indikationsgrundlage entzogen oder der Patientenwille ihr entgegen steht, kann sie nicht zugleich eine Tötungshandlung sein, vielmehr lässt man mit dem Einstellen der Ernährung das Sterben zu (Entsprechendes gilt für die Beendigung einer Beatmung). In seinem Urteil geht der BGH sogar so weit, selbst das „aktive“ Durchschneiden der PEG-Sonde für rechtens zu erklären, weil es der Beendigung einer von der Patientin nicht gewollten Behandlung diene.

Die Ursächlichkeit einer Handlung sagt nun noch nichts über ihre mögliche *Strafbewehrtheit* aus. Die Strafbarkeit einer Handlung - hier der Lebensbeendigung -

hängt nämlich nicht davon ab, ob der Tod durch aktives Handeln oder passives Unterlassen eintritt, sondern ausschließlich von der Willensrichtung des Patienten. Angesichts eines Kranken, der sterben will, ist jedes Verhalten, sei es Tun oder Unterlassen, legal, wenn es den Tod des Patienten zur Folge hat, mit Ausnahme der Herbeiführung des Todes durch seine direkte gezielte Herbeiführung („aktive Sterbehilfe“), die durch die §§ 211, 212 und 216 StGB verboten ist.

An einem einfachen Beispiel möchte ich den Unterschied zwischen Sterbenlassen und Töten noch einmal verdeutlichen:

In Krankenzimmer A liegt ein beatmeter Patient. Jemand betritt den Raum und stellt die Beatmungsmaschine ab. Der Patient stirbt.

In Krankenzimmer B liegt ebenfalls ein beatmeter Patient. Auch hier betritt jemand den Raum, stellt die Maschine ab und der Patient stirbt.

In beiden Fällen unterscheiden sich die sichtbaren Handlungsabläufe und ihre Folgen, der Tod des Patienten nämlich, nicht. Im ersten Fall aber war der Handelnde ein Erbschleicher, der mit einer Anklage wegen Mordes rechnen muss; im zweiten Fall war der Handelnde ein Arzt, der dem Willen des Patienten entsprach: Das Abstellen des Beatmungsgerätes war daher nicht allein zu billigen, sondern sogar geboten.

Der Wille des Patienten, seine Selbstbestimmung oder Autonomie war es, der im Mittelpunkt der jahrelangen Auseinandersetzungen um das Für und Wider der Verbindlichkeit der Patientenverfügung stand.

Betrachtet man den Konflikt um die Patientenverfügung – und der ist trotz des seit dem 1. September vergangenen Jahres gültigen „Patientenverfügungsgesetzes“ keineswegs ausgestanden – aus der Nähe, so fällt auf, dass die verfassungsrechtlich so elementare Figur der Selbstbestimmung unter Druck und in Rechtfertigungsnot geraten ist. Einerseits deshalb, weil ihre Tragfähigkeit als Grundlage der Patientenverfügung bezweifelt wird, zum anderen, weil sie nach Auffassung mancher ihrer Kritiker in Konflikt mit dem grundgesetzlich ebenfalls garantierten Lebensschutz gerät. Und letztlich, weil sie auf die Gestaltung einer Zukunft zielt, deren Voraussetzungen, da sie doch in der Gegenwart liegen, die Konstruktion der Patientenverfügung an sich hinfällig werden läßt. Diese Bedenken finden sich ganz konkret in bestimmten „Bereichsethiken“ wieder, also verschiedenen weltanschaulich oder religiös geprägten Vorstellungen vom Lebensende, die sich mehr oder weniger nachdrücklich gegen das Selbstbestimmungsrecht als dominierendes Konzept der Patientenverfügung aussprechen. Dies trifft auch auf Teile der Ärzteschaft zu, wiewohl die ärztliche Standesethik sich offiziell unmissverständlich zur Patientenautonomie bekennt.

Stellvertretend für diejenigen Ärzte, die offen oder verdeckt das Selbstbestimmungsrecht des Patienten torpedieren – ihr Anteil an der gesamten Ärzteschaft ist unbekannt – mag hier ein bekannter deutscher Herzchirurg genannt werden, dessen Äußerungen nur als skandalös bewertet werden können. Die Debatte um Patientenverfügungen hält er für „absurd“ und tut sie als „Scheindiskussion“ ab. Im Jahre 2007 ließ er in einem Interview mit der Wochenzeitung DIE ZEIT verlauten: „Wenn Patienten oder Angehörige von Patienten kommen und sagen, Herr Doktor, hier ist die Patientenverfügung, dann sage ich: Sie können sie ruhig in Ihrem Nachtkästchen liegen lassen. Sie interessiert mich nicht.“

Anmaßender und respektloser kann man sich als Arzt seinen Patienten gegenüber nicht verhalten, ganz zu schweigen davon, dass ein solcher Arzt gegen die ärztliche Berufsordnung und die Charta zur ärztlichen Berufsethik verstößt. Unverständlich ist, warum er für diese Äußerungen nicht zur Rechenschaft und disziplinarisch belangt worden ist. Hier mag zwar ein glänzender Mediziner und Herzchirurg sprechen, jedoch nach meinem Verständnis kein guter Arzt.

Nicht nur manche Vertreter der Ärzteschaft stellen das Selbstbestimmungsrecht des Patienten in Frage. Da wird in Talkshows, Radiomagazinen, Feuilletons und Leitartikeln, in denen das Sterben immer wieder thematisiert wird, das Selbstbestimmungsrecht als eine „Suggestionsvokabel“ charakterisiert, zum „bloßen Generalnenner“ oder zur „Chimäre“ deklariert. Von einer „am grünen Tisch der Gesunden erdachten Selbstbestimmungsrhetorik, von der „Zauberformel Patientenautonomie“ ist die Rede; ja, man scheut sich nicht einmal, von der Selbstbestimmung als einem „Götzen“ zu sprechen.

Niemand leugnet, dass die Selbstbestimmung des Individuums immer auch eine soziale Dimension hat, dass sie auch der Formung durch andere Personen und Gruppen unterliegt und eine Fülle von politischen und gesellschaftlichen Kräften auf sie einwirken. Der *dialogische Prozess* mit dem Arzt vor der Abfassung einer Patientenverfügung oder die Ermittlung des mutmaßlichen Willens *im Dialog* von Betreuer, Arzt und Angehörigen ist von kaum zu überschätzender Bedeutung. Doch ungeachtet dessen, ja vielleicht gerade im Wissen um dieses Spannungsfeld hat unsere Rechtsordnung die Selbstbestimmung – einschließlich derjenigen zum Tode – als eine eigenverantwortlich zu nutzende Freiheit in ihrem Zentrum verankert, die, wie von Verfassungsjuristen immer wieder betont, klein zu reden oder als menschliche Selbstüberschätzung an den Pranger zu stellen, vollkommen verkennen würde, dass gerade sie, die Selbstbestimmung, die tragende Säule unseres Grundgesetzes ist und den Kern unseres Grundrechtsverständnisses ausmacht.

Die Selbstbestimmung – und nicht, wie so häufig angenommen der Lebensschutz, so hoch auch der anzusetzen ist – ist es, die den Kern der Menschenwürde ausmacht ! Sie wird von unserer Verfassung garantiert, aus gutem Grund von ihr jedoch nicht definiert. Denn nur der einzelne Mensch als Grundrechtsträger ist befugt, darüber zu befinden, was seine Würde ausmacht, einschließlich der Verfügung darüber, wie weit seine körperliche Unversehrtheit und sein Leben zu schützen sind. Mit den Worten des Bundesverfassungsgerichts: „Die Freiheit des Einzelnen besteht in der Selbstbestimmung eben dieses Einzelnen über den eigenen Lebensentwurf und seinen Vollzug.“ Als Quintessenz ließe sich sagen: Die Menschenwürde, so wie unsere Verfassung sie versteht schützt den Menschen eben auch davor, zum Objekt der Menschenwürdedefinitionen anderer zu werden – ein Entwurf, der, wie ich meine, umfassender, überzeugender und unanfechtbarer nicht sein könnte.

Über den hohen Stellenwert der Selbstbestimmung hinaus signalisiert das Urteil des Bundesgerichtshofes vom Juni 2010 der Ärzteschaft auch, im therapeutischen Prozess, gerade bei schwerster Krankheit und im hohem Lebensalter, inne zu halten. Die Frage,

die es vor einer therapeutischen Empfehlung oder Entscheidung zu stellen und zu beantworten gilt, darf *nicht* lauten: Dürfen wir aufhören? Vielmehr muss sie lauten: Dürfen wir noch weitermachen? Ist das, was gestern noch zum Besten unseres Patienten war, auch heute noch zu seinem Besten und, besonders bedeutsam, auch heute noch von seinem Willen gedeckt?

Beatmung, Dialyse, Wiederbelebung, künstliche Ernährung und Chemotherapie sind Beispiele großer Errungenschaften der Medizin, auf die ich, selbst begeisterter Notfall- und Intensivmediziner, stolz bin. Millionen Menschen in aller Welt profitieren tagtäglich von ihr, sind mit ihrer Hilfe von schwerer Krankheit genesen und haben gesunde Lebensjahre gewonnen. Diese Errungenschaften gilt es zu erhalten für alle die Kranken, bei denen es um sinnvolle Lebensverlängerung geht. Halten sie hingegen einen qualvollen Sterbeprozess aufrecht, sollten sie nicht mehr zum Einsatz kommen.

Der Philosoph Hans Jonas hat in einem eben so zutreffenden wie wunderbaren Bild die Herausforderung, der sich ärztliches Handeln am Lebensende stellen muss, auf den Punkt gebracht: Auftrag der Medizin ist es, die Flamme des Lebens am Brennen, nicht aber seine Asche am Glimmen zu halten – so sehr sie auch dieses Glimmen noch zu hüten hat.