

Der Tod kommt heute nicht mehr einfach – er muss beschlossen werden. Über die Herausforderung selbstbestimmten Sterbens

[publiziert in: NOVAcura 8/2017, 29-32]

Roland Kunz • Heinz Rügger

Medizin kann heute vieles tun, um den Tod hinauszuschieben. Das macht manchen Angst, dass man sie nicht ruhig sterben lasse, wenn es dafür Zeit sei. So entstand die Forderung nach einem selbstbestimmten Sterben. Inzwischen ist es so, dass in der Mehrheit der Fälle erst gestorben wird, wenn entsprechende Lebensend-Entscheide vorausgegangen sind. Entscheidend ist dabei der Wille der Sterbenden – selbstbestimmtes Sterben wird zum Normalfall. Ist das ein Gewinn an Freiheit oder eine Überforderung? Vielleicht beides zugleich. Jedenfalls eine Herausforderung, sich verantwortlich mit dem Sterben auseinander zu setzen.

Die Möglichkeiten der modernen Medizin, Menschen auch in kritischen Situationen noch am Leben zu erhalten und den Tod hinauszuschieben, sind heute beeindruckend. Es wird viel getan, um Leben zu retten – schliesslich ist das doch der Auftrag der Medizin. So selbstverständlich die meisten Menschen diese Möglichkeiten im Ernstfall in Anspruch nehmen, so haben sie auch eine Kehrseite, die Angst macht: Angst, dass einen die moderne Medizin daran hindere, zu gegebener Zeit in Ruhe sterben zu dürfen. Darum hat der Ruf nach 'selbstbestimmtem Sterben' seit Jahren Hochkonjunktur.

Ist in den Medien oder generell in der Öffentlichkeit von selbstbestimmtem Sterben die Rede, geht es meist um die Frage nach dem assistierten Suizid. Damit wird die eigentliche Herausforderung des Themas aber verkannt. Assistierte Suizide machten 2014 nur gerade 1,2 % aller Todesfälle aus, spielen darum für die Frage des selbstbestimmten Sterbens nur eine marginale Rolle.

Der Tod kommt nicht mehr von selbst

Die wesentlichen Fragen ergeben sich aus dem Umstand, dass wir in einer Zeit leben, in der wir aufgrund medizinischer Fortschritte und der Bedingungen unseres Gesundheitswesens genötigt sind, uns mit einem neuen Paradigma im Umgang mit dem Sterben vertraut zu machen. Dieses besteht darin, dass Sterben – früher Inbegriff der Erfahrung eines fremdverfügt Schicksals – zunehmend zum Gegenstand eigenen Entscheidens, also eines selbstbestimmten 'Machsals' (O. Marquard) wird. Angesichts des heute zur Verfügung stehenden medizinischen Arsenal an lebensverlängernden Massnahmen wird Sterben immer mehr zu einer Konsequenz von Therapieentscheidungen. Der Tod ist immer weniger Folge eines unerwarteten Schicksalsschlages, sondern Konsequenz einer bewussten Entscheidung, Grenzen zu setzen. Nach neusten Untersuchungen erfolgt das Sterben in 58,7 % der medizinisch begleiteten Todesfälle in der Schweiz erst, nachdem entsprechende

Entscheidungen – in der Regel geht es um Passive Sterbehilfe, also um den Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen – gefällt wurden. (Bosshard/Hurst/Puhan, 2016) Der Lausanner Palliativmediziner G. D. Borasio nimmt sogar an, dass dies in der Schweiz auf 75 % der Sterbefälle zutrifft. (Borasio, 2014, p. 41) Und wer fällt die entsprechende Entscheidung, das Sterben zuzulassen? Rechtlich gesehen ist die Lage in der Schweiz klar: Spätestens seit Einführung des Erwachsenenschutzrechtes 2013 liegt die Entscheidung über eine mögliche Lebensverlängerung oder ein Zulassen des Sterbens nicht mehr beim Arzt oder der Ärztin, sondern im Sinne des Prinzips der Patientenautonomie bei der betroffenen Patientin selbst. Und wenn sie nicht mehr selbst entscheiden kann, müssen vertretungsberechtigte Personen nach der in Art. 378 ZGB festgelegten Kaskade bestimmen, was der mutmassliche Wille der Patientin ist. Dieser ist dann für das medizinische Personal therapieentscheidend und verbindlich.

Das heisst: in der Mehrzahl der Fälle ist Sterben heute nicht mehr einfach eine Entscheidung der Natur, des Schicksals, des Arztes oder des ‚Herrn über Leben und Tod‘. Wir müssen den Tod heute immer häufiger in die eigenen Hände nehmen, auch wenn wir keinen Suizid begehen wollen. Der Tod kommt nicht mehr einfach, er muss geplant, beschlossen, durchgeführt werden. Wir müssen heute immer mehr selbst entscheiden, was früher dem Schicksal überlassen wurde. Wir müssen uns bewusst entscheiden, wann wir sterben wollen, wann wir also eine Therapie nicht mehr in Anspruch nehmen oder sie abbrechen wollen. Das Sterben lassen wir nicht mehr einfach geschehen. Für das Sterben muss man sich entscheiden. Die Frage ist dabei gar nicht, ob wir das gut finden oder nicht. Es ist einfach so, ist Teil der Rahmenbedingungen des Sterbens in der heutigen Medizin und in unserem heutigen Gesundheitssystem.

Der Soziologe Reimer Gronemeyer hält pointiert fest: „Das ist das Neue: Sterben und Tod sind für uns moderne Menschen zum ‚Problem‘ geworden. Der Tod kommt nicht mehr, sondern er wird zur letzten Gestaltungsaufgabe des Menschen.“ Und weiter: „Sterben wird planbar – das ist ein Grundzug der modernen Gesellschaft. Ebenso wie am Anfang des Lebens wird auch am Ende des Lebens nichts dem Zufall überlassen.“ (Gronemeyer, 2007, pp. 37.181) Das heisst: Wir haben es heute im Blick auf die Selbstbestimmung beim Sterben mit einem kulturgeschichtlich neuen Paradigma des Sterbens zu tun – weit über das zahlenmässig begrenzte Phänomen assistierter Suizide hinaus. Mit ihm angemessen umzugehen, ist für das sterbende Individuum wie für die den Sterbeprozess begleitenden Angehörigen und Professionellen (Ärztinnen, Pflegende, Seelsorgende) noch weithin ungewohnt und anspruchsvoll.

Freiheit oder Überforderung?

Die Freiheit zur Selbstbestimmung im Blick auf das eigene Sterben ist heute ein zentraler ethischer wie juristischer Grundsatz. Ein Bundesgerichtsentscheid vom 03.11.06 hält fest: „Zum Selbstbestimmungsrecht im Sinne von Art. 8 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention gehört auch das Recht, über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden.“ (133 I 58) Was das bedeutet, sei unter vier Gesichtspunkten angetönt:

- *Gewinn an Freiheit zur Selbstbestimmung:* Jedem Individuum wird heute ein Mass an Selbstbestimmung im Blick auf sein Sterben zuerkannt, das früher nicht üblich war. Die

Forderung nach ‚selbstbestimmtem Sterben‘, nach dem ‚Recht auf den eigenen Tod‘ hat sich heute durchgesetzt. Sie kann und muss nun allerdings auch gelebt werden.

- *Zunehmende Selbstverantwortung:* Damit ist auch die Selbstverantwortung im Blick auf das eigene Sterben gewachsen. Wenn Sterben von unserem Entscheiden abhängt, sind wir für diese Entscheidung moralisch verantwortlich. Es kommt zu so etwas wie einer Responsibilisierung oder Moralisierung des Sterbens bzw. des Noch-nicht-sterben-Wollens. Mit den Worten von Reimer Gronemeyer: „Solange der Tod ‚kam‘ musste sich keiner rechtfertigen: Es bedurfte einer solchen Debatte nicht. Das moderne Subjekt hat sich in die fatale Lage gebracht, dass er nun selbst sein Sterben und seinen Tod zu verantworten hat.“ (Gronemeyer, 2007, p. 177)

- *Mögliche Überforderung:* Solche Entscheidungen können schwierig sein, ja an eine Überforderung grenzen. Manch ein Sterbender dürfte höchst ambivalent vor solchen *medical end-of-life decisions* stehen und sich schwer tun, selbstbestimmt zu entscheiden. Es ist eben durchaus nicht so, dass wir – wie sich das eine abstrakte Ethik theoretisch vielleicht in einem Lehrbuch zurecht legen mag – grundsätzlich fähig sind, autonom zu entscheiden, was wir wollen. Gerade in extremen Situationen, in denen existenzielle Fragen um Leben und Tod auf dem Spiel stehen, sind Menschen oft hin und her gerissen zwischen unterschiedlichen Optionen und brauchen Zeit, um Klarheit darüber zu gewinnen, was sie denn wirklich wollen, was für sie in der konkreten Situation und auf dem Hintergrund ihres ganzen bisherigen Lebensentwurfs stimmig ist. Gleichzeitig ist zu bedenken: Wenn wir nicht bereit sind und einigermaßen fähig werden, Verantwortung für unser eigenes Sterben zu übernehmen und entsprechende Entscheide gegebenenfalls schon im Voraus (zum Beispiel mithilfe einer Patientenverfügung) zu fällen oder zumindest anzudenken, müssen diese Entscheide im Falle einer künftigen Urteilsunfähigkeit unsererseits von Vertretungspersonen gefällt werden, was diese in eine schwierige Situation versetzen kann. Die Zürcher Medizinethikerin Tanja Krones geht davon aus, dass bis zu einem Drittel der für solche Stellvertretungsentscheide verantwortlichen Angehörigen durch solche Entscheide traumatisiert werden. (vgl. Wenger, 2017, p. 22)

- *Auswählen zwischen Sterbeoptionen wird normal:* Unter dem übergreifenden Gesichtspunkt der Selbstbestimmung dürfte es in Zukunft immer wahrscheinlicher werden, dass Menschen – zumal die derzeit ins Alter vorrückende, an selbstbestimmte Lebensgestaltung gewohnte Generation der Babyboomer – es als normal empfinden, unter unterschiedlichen Optionen des Sterbens auszuwählen: ‚natürliches‘ Sterben, passive Sterbehilfe, Sterbefasten, assistierter Suizid – sie dürften immer selbstverständlicher alternative Optionen darstellen, zwischen denen Menschen am Lebensende autonom entscheiden wollen.

Es wäre an der Zeit, diese neue Situation mit den sich daraus ergebenden Konsequenzen in der Fachwelt des Gesundheitswesens wie in einer breiteren Öffentlichkeit ernsthaft und jenseits unfruchtbarer moralischer Polemik zu diskutieren. Es scheint uns dringlich, angesichts der sich hier stellenden Fragen nach Lösungen zu suchen, wie Betroffene, Angehörige und Professionelle angemessen mit dem neuen Paradigma selbstbestimmten Sterbens umgehen können. Dieser Diskurs findet leider weitgehend noch nicht statt.

Herausforderungen in der heutigen Situation

Im Blick auf einen angemessenen Umgang mit Selbstbestimmung beim Sterben stellen sich konkrete Herausforderungen für uns alle als potenziell Betroffene und für medizinisches Personal im Besonderen. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit seien einige Perspektiven hervorgehoben:

- *Das eigene Sterben mitgestalten:* Als Bürger eines Landes mit einem modernen Gesundheitswesen und einer hochstehenden medizinischen Versorgung kommen wir nicht darum herum zu lernen, uns mit dem Gedanken ans eigene Sterben auseinander zu setzen. Es geht darum, mindestens ein Stück weit zu klären, was uns im Blick auf ein mögliches Sterben persönlich wichtig ist, was wir unbedingt möchten und was gerade nicht. Das gehört heute gleichsam zu den Aufgaben eines mündigen Bürgers. Dazu kann helfen, sich mit der eigenen Endlichkeit, dem eigenen ‚Sein zum Tode‘ (M. Heidegger) existenziell zu beschäftigen, sei das im Medium der Spiritualität, der Kunst oder durch konkrete Begegnungen mit hochbetagten und sterbenden Menschen. Auch ein Gespräch mit Fachleuten aus Medizin und Pflege kann nützlich sein, um sich realistische Vorstellungen über Möglichkeiten des Sterbens im heutigen Gesundheitswesen zu machen. Nicht zuletzt kann das Ausfüllen einer Patientenverfügung im Gespräch mit Angehörigen Anregungen bieten, sich mit diesen Fragen zu beschäftigen – Fragen, die zugegebenermaßen für viele nicht leicht anzusprechen sind.
- *Das eigene Sterben hinnehmen lernen:* Das aktive Mitbestimmen und Mitgestalten des Sterbens ist allerdings nur die eine Seite der Medaille. Zu einem reifen, humanen Umgang mit dem Sterben gehört auch die existenzielle Fähigkeit, Dinge mit sich geschehen zu lassen, sich aus der Hand zu geben und anzunehmen, dass es Entwicklungen gibt, die sich unserer Kontrolle entziehen. Im Ernstnehmen dieser passiven Seite menschlichen Lebens können sich durchaus auch Dimensionen von Freiheit eröffnen. Eine solche Lebenseinstellung des Hinnehmens kann gefördert werden durch das Einüben einer Haltung der Gelassenheit oder einer Spiritualität des Gott-Vertrauens, durch das Entwickeln eines Gefühls von Kohärenz und Sinnhaftigkeit im Sinne der Salutogenese von A. Antonovsky oder durch die Stärkung der Resilienz, also der psychischen Widerstandskraft im Umgang mit Herausforderungen des Schicksals.

Beide Aspekte – das eigenverantwortliche Gestalten (Selbstbestimmung) und das passive Hinnehmen (Geschehenlassen) – gehören zu einem humanen, selbst bestimmten Sterben jenseits von Verantwortungslosigkeit und Kontrollzwang. Dem Philosophen Wilhelm Schmid ist zuzustimmen: „Selbstbestimmung ist ein aktiver ebenso wie ein passiver Prozess, ein Tun ebenso wie ein Hinnehmen und Lassen, ein eigenes Gestalten wie auch ein Sicht-Gestaltenlassen von anderen, von Umständen und Situationen.“ (Schmid, 2004, p. 119)

- *Palliative Care als Unterstützung im Sterben:* Für medizinisches Personal stellt sich die Herausforderung, sterbende Menschen so zu begleiten, dass das Lebensende nicht immer weiter medikalisiert wird. Es geht um die Reduzierung des „medizinischen Lärms“, um Raum und Ruhe zu schaffen, damit die eigene Lebenssymphonie zu Ende geschrieben werden kann. Dabei kommt einer ganzheitlichen Betreuung und insbesondere einem kompetenten Schmerz- und Symptommanagement entscheidende Bedeutung zu. All dies muss im Zeichen einer radikalen Patientenorientierung erfolgen, die den betroffenen Menschen mit seinem

ganz persönlichen Erleben und seinen subjektiven Wünschen und Prioritäten in den Mittelpunkt stellt. Gerade dadurch wird Palliative Care eine Hilfe zu selbstbestimmtem Leben und Sterben.

- *Aufklärung über Möglichkeiten des Sterbens*: Eine Aufgabe, die der Ärzteschaft in Zukunft vermehrt zufallen wird, besteht darin, Patienten rechtzeitig darüber zu informieren, wie man im Rahmen des heutigen Gesundheitssystems sterben kann. Der Hastings Report von 1996, das letzte grosse internationale Projekt einer Verständigung über die Ziele der Medizin, weist dieser unter anderem die Aufgabe zu, Menschen zu einem möglichst friedlichen Sterben zu verhelfen. Dazu gehört eine angemessene Aufklärung darüber, welche Optionen bestehen, sein Leben möglichst ruhig und zu einem subjektiv wünschbaren Zeitpunkt zu beenden. Eine 2016 veröffentlichte Studie des Berner LINK-Instituts, die im Auftrag von Exit durchgeführt wurde, zeigt, dass 72 % der Befragten frühzeitig (also nicht erst bei nahendem Lebensende!) von ihrem Arzt über Möglichkeiten der Selbstbestimmung am Lebensende orientiert werden möchten; ferner erwarten 66 %, dass sie ihre Ärztin bei nahendem Lebensende über verschiedene Möglichkeiten des Sterbens aufklärt. (LINK Institut, 2016) Nur wer um solche Optionen und Alternativen weiss, kann mündig und selbstbestimmt entscheiden. An einer offenen, rücksichtsvollen Gesprächskultur über das Sterben zu arbeiten, bleibt darum eine zentrale Forderung an die Aus- und Fortbildung des ärztlichen Personals. Dazu gehört auch die Bereitschaft, als geduldige Gesprächspartnerin mit dem Patienten seine Ambivalenzen im Blick auf das Sterben auszuhalten und durchzusprechen, in der Hoffnung, dass er so mit der Zeit zu einer selbstbestimmten Entscheidung gelangen kann, die für ihn stimmt.

Literatur

- Borasio, G. D. (2014). selbst bestimmt sterben. Was es bedeutet. Was uns daran hindert. Wie wir es erreichen können. München: Beck
- Bosshard, G./Hurst, S. A./Puhan, M. A. (2016). Medizinische Entscheidungen am Lebensende sind häufig. Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum 16 (42), 896-898
- Gronemeyer, R. (2007). Sterben in Deutschland. Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können. Frankfurt a. M.: Fischer
- LINK Institut (2016). Letzter Lebensabschnitt. Was erwartet die Bevölkerung vom Arzt? (URL: https://www.exit.ch/fileadmin/user_upload/files/Studie_LINK_Institut_Erwartungen_an_Aerzte_2016.pdf)
- Schmid, W. (2004). Mit sich selbst befreundet sein. Von der Lebenskunst im Umgang mit sich selbst. Frankfurt a. M.
- Wenger, S. (2017). Der persönlichste Entscheid von allen. Horizonte – Das Schweizer Forschungsmagazin, Nr. 112, März 2017, 21f.



Dr. med. Roland Kunz, Chefarzt der Universitären Klinik für Akutgeriatrie im Stadtpital Waid, Zürich. Dozent an der medizinischen Fakultät der Universität Zürich.



Dr. theol. Heinz Rügger MAE, Theologe/Ethiker/Gerontologe, Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Institut Neumünster, Zollikerberg. Assoziiertes Mitglied des Zentrums für Gerontologie der Universität Zürich.