

Sterben lernen

Heinz Rüegger

Wir haben den Tod ans Ende eines langen Lebens hinaus geschoben. Auch noch im hohen Alter bietet moderne Medizin zahlreiche Möglichkeiten, früher tödlich verlaufenen Krankheitssituationen mit lebensverlängernden Interventionen zu begegnen. In der Mehrheit der Sterbefälle wird heute erst gestorben, nachdem entsprechende Entscheide gefällt worden sind. Dabei kommt es primär auf den Willen des Patienten an, ob gegen den Tod angekämpft oder das Sterben zugelassen werden soll. Aber wie trifft man solche Entscheidungen angesichts unserer Ambivalenz gegenüber Sterben und Tod? Vieles spricht dafür, dass wir in einem neuen Sinn sterben lernen müssen.

Früher bestand das Risiko zu sterben in jedem Lebensalter, ganz besonders am Anfang des Lebens. Inzwischen ist es unserer Zivilisation gelungen, den Tod an das Ende eines langen Lebens hinaus zu schieben. Sterben und Tod sind weitgehend zu Themen der Hochaltrigkeit und der Geriatrie geworden. Heute kann Medizin auch im hohen Alter noch auf vielfältige Weise in Krankheitssituationen lebensverlängernd eingreifen, die früher tödlich verlaufen wären. Wie lange gegen den Tod angekämpft und wann ein allfälliges Sterben zugelassen werden soll, hängt heute weitgehend vom Willen der betroffenen Patientin ab.

Selbstbestimmtes Sterben als neues Paradigma des Sterbens

Nach neueren Untersuchungen im Blick auf Sterbedaten aus dem Jahr 2013 erfolgt der Tod in der Schweiz in 58,7 % der Sterbefälle erst, nachdem entsprechende *medical end of life decisions* im Sinne Passiver Sterbehilfe (Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen) gefällt worden sind (Bosshard/Hurst/Puhan, 2016). Dass solche Lebensende-Entscheidungen heutige Sterbeverläufe massgeblich mit bestimmen, machen unter anderem auch Erkenntnisse aus dem Nationalen Forschungsprogramm NFP-67 ‚Lebensende‘ deutlich (Synthesebericht NFP 67, 2017, pp. 5.20).

Mit anderen Worten: Sterben wird immer mehr von der Erfahrung eines fremd verfügt Schicksals zur Herausforderung eines selbst mit zu bestimmenden ‚Machsals‘ (O. Marquard). Selbst bestimmtes Sterben wird heute zum neuen Paradigma des Sterbens unter den real existierenden Bedingungen unseres modernen Gesundheitswesens (Kunz/Rüegger, 2017). Darin liegt ein gegenüber früher markant erhöhtes Mass an Freiheit und Verantwortung, zugleich aber auch ein gesellschaftlicher Anspruch und eine Zumutung, die mitunter als Überforderung erlebt werden.

Früher kam der Tod einfach, ungefragt, als fremdverfügtes Schicksal. Dagegen konnte man mangels wirksamer Medizin nicht viel ausrichten. Man konnte sich nur innerlich auf den Tod einstellen, sich mit ihm abfinden. Als Anleitung dazu entwickelte sich in der abendländischen Geschichte der Philosophie wie der Theologie eine sog. *ars moriendi*, eine Kunst, sich mit der eigenen Sterblichkeit und dem bevorstehenden Tod anzufreunden. Solche *ars moriendi* war Teil jeder ernsthaften Lebenskunst (*ars vivendi*).

Heute hingegen steht nicht mehr die eigene innerliche Bereitung zum Sterben im Fokus, sondern die medizinische Herausforderung, die äusseren Bedingungen des eigenen Sterbens (oder Noch-nicht-sterben-Wollens) zu bestimmen und entsprechende Entscheidungen zu treffen. Mit Reimer Gronemeyer gesprochen: „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“ (Gronemeyer, 2007, 37). Es findet so etwas wie eine Responsibilisierung oder Moralisierung des Sterbens statt: „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 es nun selbst sein Sterben und seinen Tod zu verantworten hat“ (Gronemeyer, 2007, 177).

Das kann Sterbende angesichts der völlig normalen menschlichen Ambivalenz gegenüber dem Sterben überfordern. Diese Einsicht ergibt sich auch aus dem Nationalen Forschungsprogramm ‚Lebensende‘ (NFP 67): „Der Tod ... wird immer mehr zu einer Folge individueller Entscheide: Wie, wann und wo will ich sterben? Diese Fragen zu stellen und zu entscheiden, bringt zwar einen Freiheitsgewinn, aber auch eine Verantwortung mit sich, die in Überforderung münden kann“ (Synthesebericht NFP 67 Lebensende, 2017, p. 9).

Die Schwierigkeit autonomen Entscheidens in existenziellen Grenzsituationen

Die mögliche Überforderung ist nicht kognitiv-intellektueller Art, sondern existenzieller Natur. In der neueren Medizinethik geht man davon aus, dass Patienten selber – also nicht die Ärzte, die Pflege oder die Angehörigen – in letzter Instanz entscheiden sollen, welche medizinische Behandlung durchgeführt werden soll und welche nicht. Schliesslich geht es ja um ihr Leben. Dabei wird vorausgesetzt, dass ein durchschnittlicher Patient im Normalfall autonomiefähig ist, also fähig, sich selbstständig ein Urteil zu bilden und zu kommunizieren, wie er oder sie behandelt werden will. Zur Diskussion steht allenfalls, ob jemand urteilsfähig ist. Als urteilsfähig im medizinischen Sinn gilt jemand, wenn er oder sie die durch den Arzt erläuterte Diagnose und Therapieoptionen einigermaßen versteht (Erkenntnisfähigkeit), Vor- und Nachteile verschiedener Therapien gegeneinander abwägen und sie auf dem Hintergrund eines eigenen Wertesystems gewichten kann (Wertungsfähigkeit), und wer aus solchem Bedenken seiner Situation zu einer Behandlungsentscheidung gelangt (Willensbildungsfähigkeit), die er oder sie gegenüber Dritten vertreten kann (Willensumsetzungsfähigkeit).

Was zuweilen übersehen wird ist dies, dass Menschen – auch solche, die unter kognitiven, intellektuellen Gesichtspunkten durchaus urteilsfähig sind – in existenzielle ‘Grenzsituationen’ (K. Jaspers) geraten können, in denen für sie nicht klar ist, was sie eigentlich wollen. Medizinische Lebensende-Entscheidungen, bei denen es um die Frage geht, ob weiter gegen den Tod angekämpft oder ein allfälliges Sterben hingenommen werden soll, stehen exemplarisch für solche Situationen, die durch einen hohen Grad von Ambivalenz bestimmt sein können. Auch bei Menschen, die kognitiv absolut kompetent sind. Denn es ist durchaus normal, dass Menschen im Tod den Freund und den Feind zugleich erblicken, ihn meiden und ersehnen in einem, ohne dies als Widerspruch mit sich selbst zu verstehen (Jaspers, 1973, p. 229).

Sterben lernen?

Es ist wohl ein uraltes Erbe der Evolutionsgeschichte, dass Menschen grundsätzlich am Leben hängen und den Tod bekämpfen. Von der Sehnsucht des Menschen nach langem Leben, ja nach Unsterblichkeit berichten schon die ältesten Erzählungen der Kulturgeschichte. Und die moderne wissenschaftliche Medizin ist angetreten im Kampf gegen den Tod und für die Verlängerung des Lebens. Was früher bei kurzer durchschnittlicher Lebenserwartung und sehr begrenzten Möglichkeiten medizinischen Interventions Sinn gemacht haben mochte, nämlich das Sterben so lange wie möglich hinaus zu schieben, bedarf angesichts heutiger Lebenserwartungen und heutiger medizinischer Möglichkeiten einer Differenzierung. So nennt der letzte gross angelegte internationale Versuch einer globalen Definition der Ziele der Medizin, der Hastings Report von 1996, als Ziel Nr. 4 die „Verhinderung eines vorzeitigen Todes und das Streben nach einem friedvollen Tod“ (Stauffacher/Bircher, 2002, 327). Damit wird das Ermöglichen eines guten Sterbens zu einem gleichrangigen Ziel medizinischen Handelns wie der Kampf gegen das Sterben und für die Lebensverlängerung. Und die Unterscheidung zwischen der Vorzeitigkeit des Todes und dem subjektiv akzeptierbaren, vielleicht sogar sinnvollen Zeitpunkt des Sterbens wird ein zentrales medizin-ethisches Thema.

Wir neigen dazu, Krankheit und Tod wenn immer möglich zu bekämpfen und Leben zu verlängern, auch bei Hochbetagten, auch wenn es nur um ein paar zusätzliche Monate geht. Und so handeln sich manche Menschen durch Verhinderung der Möglichkeit, zu einem früheren Zeitpunkt das Leben zu beenden, Lebensjahre als Hochaltrige ein, die zuweilen mühsam und belastend sind – für sie selber und für ihr soziales Umfeld.

Manches spricht dafür, dass wir in einer Zeit leben, die uns vor die Herausforderung stellt, wieder sterben zu lernen: selbst bestimmt, eigenverantwortlich, aus innerer Freiheit, ohne zu meinen, es sei nötig und wünschbar, alle medizinischen Möglichkeiten der Lebensverlängerung bis zuletzt auszuschöpfen. In dankbarem Wissen darum, dass den meisten von uns mit 80 Jahren bereits ein Mass an Lebenszeit und Lebensqualität vergönnt wurde, das weit über all dem liegt, was Menschen in früheren geschichtlichen Epochen und in anderen Weltgegenden bis heute je erleben durften! In diese Richtung weist auch ein Positionspapier der SAMW zu den Zielen und Aufgaben der Medizin im 21. Jahrhun-

dert: „Obwohl sich die Medizin spontan auf die Seite des Lebens stellt und demzufolge den Tod verhindern möchte, sollte diese Bemühung immer auf einer grundsätzlichen Akzeptanz der Sterblichkeit und des Todes beruhen. Entscheide über Lebensrettung und Lebenserhaltung bedürfen aufgrund der immensen technischen Fortschritte besonderer Sorgfalt; der Grundsatz ‘Erlaubt ist, was man kann’ soll nicht gelten“ (SAMW, 2004, p. 33).

Im Alten Testament gibt es die Rede vom Sterben „in schönem Alter, alt und lebenssatt“ (z.B. Gen 25,8). Gibt es so etwas überhaupt: ein Stadium der Lebenssättigung, in dem man zu sterben bereit ist, bevor einem das Leben zur Last und zum Überdruß wird? Die Frage, wann es Zeit sein könnte, sein Leben zu beschliessen, kann letztlich nur individuell beantwortet werden. Jedes Postulieren von Kriterien, die für alle zu gelten haben, wäre anmassend. Aber – so kann man immerhin fragen – gibt es vielleicht Überlegungen oder Haltungen, die einem etwas helfen, eine subjektiv angemessen erscheinende Antwort zu finden?

Ich möchte mit drei Hinweisen antworten: dem Hinweis auf die Lebenseinstellung einer *ars moriendi*; dem Hinweis auf eine erweiterte Aufklärungspflicht der Ärzteschaft und der Auflistung von ein paar konkreten Fragen, die in einem persönlichen, individuellen Entscheidungsprozess vielleicht klärend wirken können.

Sich mit dem Gedanken der eigenen Sterblichkeit vertraut machen

Nach einer langen philosophischen Tradition des Abendlands muss man ein Leben lang nicht nur das Leben, sondern auch das Sterben lernen – so etwa der römische Philosoph Seneca (2005, p. 25f.). Aus dieser Einsicht hat sich eine eigentliche *ars moriendi* entwickelt, die dazu anleitet, sich mit der eigenen Sterblichkeit vertraut zu machen, das Sterben also als etwas zutiefst zum Leben Gehörendes anzuerkennen und zu würdigen. Zum Beispiel, indem man lernt, abschiedlich zu leben: Dinge, Situationen, Gewohnheiten oder Beziehungen immer wieder loszulassen, um frei zu werden für Neues. Oder indem man lernt, jeden Tag bewusst zu leben und auszukosten (*carpe diem!*) im Wissen darum, dass unsere Tage gezählt und eben darum kostbar sind. Oder indem man offen wird für die passiven Seiten des Lebens, für das, was einem das Leben zuspielt oder zumutet, ohne dass man es gesucht hätte. Dabei kann man entdecken, dass Selbstbestimmung mehr ist als völlig unabhängiges aktives Gestalten, dass zu ihr auch die Fähigkeit gehört, Dinge hinzunehmen und geschehen zu lassen, ja sich bewusst gestalten zu lassen von Umständen, Situationen und anderen Personen. Wer solche Haltungen im Leben einübt, dürfte am Ende des Lebens eher fähig sein, sich zu rechter Zeit dafür zu entscheiden, den Tod nicht mehr zu bekämpfen, sondern das Sterben zuzulassen.

Aufklärung darüber, wie man heute sterben kann

Um heute anstehende medizinische Entscheide über das Zulassen des Sterbens oder ein Ankämpfen gegen den Tod fällen zu können, bedarf es – mehr

als heute üblich – einer gründlichen ärztlichen Aufklärung über mögliche Sterbeverläufe. Menschen wissen heute in der Regel nicht, woran man allenfalls wie sterben kann, welche Krankheitssituation unter Umständen ein ‚friedvolleres‘ Sterben ermöglicht als dies in einer späteren Situation des Krankheitsverlaufs der Fall sein dürfte. Eine neuere Befragung der Bevölkerung hat ergeben, dass die Mehrheit der Befragten von ihrem Arzt oder ihrer Ärztin erwarten, rechtzeitig über Optionen des Sterbens, ihre Vor- und Nachteile informiert zu werden (LINK Institut, 2016). Das muss Teil sein des Bemühens der Medizin, ihren Beitrag zu einem „friedvollen Tod“ zu leisten.

Dem steht nach wie vor ein Kompetenzdefizit mancher Ärzte gegenüber, offen und zugleich rücksichtsvoll-sensibel mit ihren Klientinnen über die Möglichkeit des Sterbens zu sprechen. Die neuen medizin-ethischen Richtlinien über den Umgang mit Sterben und Tod der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (Bern, 2018) verstehen sich demgegenüber als ein Impuls, dem vertrauensvollen Gespräch zwischen Arzt und Patientin über das Sterben die zentrale Bedeutung beizumessen, die ihm gebührt.

Existenzielle Überlegungen

Die dem heutigen Patienten vor allem im höheren Alter zugemutete Aufgabe, angesichts gravierender Krankheiten sog. medizinische Lebensend-Entscheidungen vorzunehmen, ist zweifellos anspruchsvoll. Sie kann als Überforderung empfunden werden. Damit dies nicht geschieht, sind Ärzte, Pfleger und Angehörige von Patienten gefordert, in einer offenen, geduldigen Gesprächskultur Betroffene so zu begleiten, dass sie ermutigt und befähigt werden, herauszufinden, was sie selber eigentlich wollen und diesen autonomen Willen möglichst klar zu kommunizieren.

Auf dem Weg zu solcher Klarheit können sich Patienten Fragen stellen wie:

- Habe ich mein Leben so gelebt, dass ich lebenssatt geworden bin und nun in Dankbarkeit loslassen („ab-danken“) kann?
- Bin ich noch lebenshungrig? Was konkret möchte ich noch erleben? Ist es relativ wahrscheinlich, dass ich meinen Lebenshunger noch stillen kann, wenn ich mich jetzt für lebensverlängernde Massnahmen entscheide?
- Eröffnet mir die sich aktuell abzeichnende Möglichkeit des Sterbens eine relativ friedvolle Beendigung meines Lebens, die ich nicht grundlos ausschlagen sollte?
- Wie wird meine wahrscheinliche künftige Lebensqualität aussehen, wenn ich mich jetzt gegen das Sterben und für eine Lebensverlängerung entscheide?
- Habe ich eine allfällige spirituelle Hoffnung über das Sterben hinaus? Wenn ja, wie sieht diese aus und was ergibt sich daraus für meine jetzige Entscheidung, nach Möglichkeit weiter zu leben oder das Sterben zuzulassen?

Wie immer wir uns dazu verhalten, wir kommen angesichts der real existierenden Bedingungen des heutigen Gesundheitswesens nicht darum herum, uns mit solchen Fragen auseinander zu setzen und uns darauf einzustellen, dass uns nicht nur die Freiheit zugestanden, sondern zugemutet wird, die Frage (unter Umständen immer wieder im Verlauf einer Krankheit) zu beantworten, ob

wir das Sterben zulassen oder bekämpfen wollen. Diese Zumutung kann man als Herausforderung verstehen, sterben zu lernen.

- Bosshard G./Hurst S.A./Puhan M.A. (2016). Medizinische Entscheidungen am Lebensende sind häufig. *Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum* 16(42):896–8
- Die Ziele der Medizin – neue Prioritäten setzen, in: W. Stauffacher/J. Bircher (Hrsg.) (2002). *Zukunft Medizin Schweiz. Das Projekt „Neu-Orientierung der Medizin“ geht weiter*. Basel: EMH, pp. 324-389
- Gronemeyer R. (2007). *Sterben in Deutschland. Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können*. Frankfurt a.M.: Fischer
- Jaspers K. (1973). *Philosophie II: Existenzerhellung*. Berlin: Springer-Verlag
- Kunz R./Rüegger H. (2017). Der Tod kommt heute nicht mehr einfach – er muss beschlossen werden. Über die Herausforderung selbstbestimmten Sterbens. *NOVAcura* Nr. 8, pp. 29-32
- Leitungsgruppe des NFP 67 Lebensende (Hg.) (2017). *Synthesebericht NFP 67 Lebensende*. Bern: Schweizerischer Nationalfonds
- 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)
- SAMW (2004). *Positionspapier: Ziele und Aufgaben der Medizin im 21. Jahrhundert*. Basel: SAMW
- SAMW (2018). *Umgang mit Sterben und Tod. Medizinisch-ethische Richtlinien*. Bern: SAMW
- Seneca (2005). *Von der Kürze des Lebens*. München: C.H.Beck/dtv

[16'177 AmL]



Dr. Heinz Rüegger,
frei schaffender Theologe, Ethiker und Gerontologe.
h.ruegger@outlook.com