

Sterben im Spannungsfeld zwischen Lebensverlängerung und Lebensabbruch

Menschenfreundliche Sterbekultur – die Herausforderung für Heime und Spitäler

Von Heinz Rüegger

(publiziert in: CURAVIVA 11/11, 15-17)

Früher war der Tod Inbegriff der Erfahrung eines fremdverfügt Schicksals, dem man sich zu beugen hatte. Heute hängt das Sterben – zum Thema der Medizin geworden – mit Entscheidungsprozessen zusammen. Das führt zu neuen Zwängen. Gefragt ist eine menschenfreundliche Sterbekultur.

Sterben ist nicht einfach ein biologisches Geschehen, das nach immer gleichen Gesetzmässigkeiten abläuft. Es ist in hohem Masse kulturell bestimmt und ändert sich dementsprechend im Verlauf der Geschichte. Drei Entwicklungen haben das Sterben in jüngster Zeit stark geprägt: Die Langlebigkeit, die das Sterben zu einem Phänomen des hohen Alters hat werden lassen; die Medikalisation, die das Sterben der Zuständigkeit der Medizin unterstellt hat; und die Beeinflussbarkeit des Sterbens, die es zu einem Gegenstand autonomen menschlichen (Mit-)Entscheidens gemacht hat.

Früher bestand in jedem Lebensalter das Risiko zu sterben. Am höchsten war es im Kleinkindesalter und für Frauen beim Gebären. Der Demografiehistoriker Arthur E. Imhof hat dargestellt, wie in Europa etwa seit den 1920er Jahren so etwas wie eine durchschnittlich erwartbare «sichere Lebenszeit» entstand. Wir können heute in der Regel davon ausgehen, dass wir bis ins achte Lebensjahrzehnt leben können, bevor uns der Tod ereilt. So hat in unseren Breitengraden die durchschnittliche Lebenserwartung in den vergangenen 100 Jahren um rund 30 Jahre zugenommen. Das hat dazu geführt, dass das Sterben vor allem zu einem Thema des hohen Alters mit all seinen Begleiterscheinungen geworden ist.

Immer mehr medizinische Interventionsmöglichkeiten

Dazu kommt, dass Sterben zu einem Thema der Medizin geworden ist. Früher starben die Menschen meist in ihrem alltäglichen sozialen Umfeld. Sie wurden dabei von den Menschen begleitet, mit denen sie das Leben teilten. Als externer Fachmann für das Sterben galt allenfalls der Geistliche. Heute sterben die meisten Menschen unter medizinischer, das heisst ärztlicher und pflegerischer Betreuung, also unter professionalisierter Aufsicht und in spezialisierten Institutionen: im Spital oder im Heim. Diese Medikalisation, Professionalisierung und Institutionalisierung des Sterbens ging einher mit einem immer grösser werdenden Katalog möglicher technischer Interventionen, um das Sterben zu verhindern und das Leben zu verlängern.

Der Mediziner Frank Nager hat eindrücklich beschrieben, wie dadurch Spannungen entstanden zwischen der in modernen Spitälern betriebenen Medizin und der im Zuge der gesellschaftlichen Arbeitsteilung eben diesen Institutionen und Professionen zugewiesenen Aufgabe, Menschen im Sterben zu begleiten. Medizin versteht sich primär im Dienst der Lebensverlängerung und des Kampfes gegen den Tod. Palliative Medizin ist demgegenüber der Versuch, ernst zu nehmen, dass auch eine gute Begleitung beim Sterben zu den zentralen Aufgaben der Medizin gehört.

Vom Schicksal in die Zone des Entscheidens

Schliesslich ist auf eine dritte einschneidende Veränderung des Sterbens hinzuweisen. War früher das Sterben für Menschen der Inbegriff der Erfahrung eines fremdverfügt Schicksals, dem man sich zu beugen hatte, stehen uns heute zahlreiche Möglichkeiten zur Verfügung, medizinisch zu intervenieren, das Sterben zu bekämpfen und das Leben zu verlängern. Heute stirbt man meist nicht mehr einfach «natürlich» oder «von selbst». Neuere Untersuchungen haben ergeben, dass in der Schweiz in 51 Prozent der Fälle, in denen Menschen in ärztlicher Begleitung starben, dem Sterben Entscheidungen vorausgingen, den betreffenden Menschen sterben zu lassen. Die alte Formulierung auf Todesanzeigen, es habe dem Herrn über Leben und Tod gefallen, den Verstorbenen zu sich zu rufen, greift heute zu kurz. Heute muss es auch noch dem Sterbenden selbst, der betreuenden Ärztin und möglicherweise den Angehörigen des Sterbenden gefallen, jemanden sterben zu lassen.

Dass Sterben mit einem Entscheidungsprozess zusammenhängt, stellt eine neue Situation dar, weil während Jahrhunderten – abgesehen von Mord und Totschlag – nur ein einziger Fall bestand, in dem dem Sterben ein Entscheid voranging: derjenige des Suizids. Und der war moralisch und rechtlich mit allen erdenklichen Tabus und Sanktionen behaftet, um ihn möglichst nicht eintreten zu lassen. Heute gehört es zum Normalfall, dass es zum Sterben-Können eines menschlichen Entscheides bedarf.

Der Tod unter unserer Kontrollmacht

Seit Jahrzehnten hat sich in weiten Teilen der westlichen Kultur die Vorstellung durchgesetzt, dass nur ein selbstbestimmtes Sterben, bei dem der Tod der Kontrollmacht des autonomen Menschen unterworfen wird, ein wahrhaft menschenwürdiges Sterben sei. Mit den Worten des amerikanischen Ethikers Joseph Fletcher: «Die Kontrolle des Todes ist wie die Geburtenkontrolle eine Frage menschlicher Würde. Ohne solche Kontrolle werden Personen zu Marionetten.» Oder wie es der italienische Ethiker und Psychologe Sandro Spinsanti formulierte: Wir stehen vor der Herausforderung, den Tod in die eigenen Hände zu nehmen – auch wenn wir keinen Suizid begehen, sondern eines natürlichen Todes sterben wollen.

Im Rahmen unseres modernen Gesundheitswesens ist das tatsächlich der Fall, ob uns das gefällt oder nicht. Und grundsätzlich gehört es in der Tat zur Würde jedes Menschen, dass auch sein Lebensende so weit wie möglich nach seinen Vorstellungen eines guten Sterbens gestaltet wird und nicht Fremde darüber bestimmen, wann, wo und wie jemand sein Leben beenden soll. Hinter dieses moderne Postulat der Patientenautonomie wird niemand mehr zurückgehen wollen.

Möglichst rasch und ohne Schmerzen

Allerdings lauert hinter manchen Vorstellungen eines «würdigen Sterbens» eine neue Gefahr. Die Gefahr, zu definieren, was ein gutes oder würdiges Sterben ist (zum Beispiel ein möglichst rasches Sterben ohne Schmerzen, ohne lange Leidenszeit, bei geistiger Klarheit und im Besitz der sozialen und körperlichen Selbstkontrolle, ohne Angewiesensein auf Fremdpflege) und es dann zur Verantwortung des Sterbenden gegenüber seinen Angehörigen und gegenüber der Gesellschaft zu machen, ein solches «würdiges» Sterben zu realisieren. In Deutschland kam – in durchaus kritischer Absicht – die Rede vom «sozialverträglichen Frühableben» auf.

Gut und «würdig» zu sterben wird so zur «letzten Pflichtaufgabe» jedes Sterbenden, wie es die Sterbeforscherin Monika Renz kritisch formuliert hat (siehe auch Interview mit Monika Renz auf Seite ??). Dadurch verkommt aber, was als Befreiung zu selbstbestimmtem Leben bis zuletzt gedacht war, zu einem neuen gesellschaftlichen Zwang, der den Einzelnen, zumal den Sterbenden, überfordern kann und ihm die Würde abspricht, wenn es ihm nicht gelingt, ein «gutes» Sterben zu realisieren.

So sauber wie möglich abbrechen?

Die Kehrseite dieses subtilen gesellschaftlichen Drucks kann leicht die sein, dass sich Menschen gedrängt fühlen, ihr Leben vorzeitig, selbstbestimmt, bevor sie von schwerem Leiden heimgesucht werden und anderen zur Last fallen, abzubrechen. Zum Beispiel durch ein «sozialverträgliches» Ableben mittels begleitetem Suizid. Die Lebensperspektive könnte dann sein, das Leben möglichst lange zu verlängern und auszukosten, um es dann, wenn es schwierig wird, so rasch, selbstbestimmt und klinisch sauber wie möglich abzubrechen! Ob dies ein humaner, lebensfreundlicher Umgang mit dem Sterben wäre, wage ich zu bezweifeln.

Ich sehe vielmehr im Blick auf unsere Gesellschaft und die Institutionen, in denen das Sterben vornehmlich stattfindet: also Spitäler und Heime, eine zentrale Herausforderung, in Theorie und Praxis eine menschenfreundliche Sterbekultur zu entwickeln. Fünf Aspekte scheinen mir dabei besonders wichtig:

☒ Die Rede vom sogenannten würdigen Sterben darf nicht dazu führen, dass Menschen auf Vorstellungen eines guten, idealen, selbstbestimmt kontrollierten Sterbens verpflichtet werden und ihr Sterben im Falle des Nichtrealisierens dieser Idealvorstellung als unwürdig disqualifiziert wird. Der Hinweis von Monika Renz ist zu beherzigen: «Sterben ist weder gut noch schlecht. Sterben ist.»

☒ «Sterben in Würde» ist demgegenüber zu verstehen als Aufgabe der Betreuung und Begleitung von Sterbenden. Der würdige Umgang mit Sterbenden wird sich in einer hochstehenden Palliative Care zeigen, die das physische, psychische und spirituelle Leiden beim Sterben wirksam lindert und den aktuellen Willen der Sterbenden – bei Urteilsunfähigen deren sorgfältig eruierten mutmasslichen Willen – als verbindliche Behandlungsrichtlinie respektiert (siehe auch Kasten).

Die Würde des Aushaltens

☒ Es muss alles Mögliche getan werden, damit Menschen ihr Sterben als zentrales existenzielles Widerfahrnis aushalten und durchleben können und nur im äussersten Notfall den Ausweg eines begleiteten Suizids in Erwägung

ziehen müssen. Das heisst aber zugleich: Es muss Menschen ermöglicht werden, rechtzeitig und auf erträgliche Weise den Tod zuzulassen.

☒ Eine Kultur, die wie die unsere so stark vom Ideal der Unabhängigkeit, Selbständigkeit und Autonomie bestimmt ist, wird neu lernen müssen, den Wert und die Bedeutung der pathischen, also der zulassenden, aushaltenden, mit sich geschehen lassenden Dimension des Lebens zu würdigen. Es kann Ausdruck menschlicher Würde und Reifung sein, wenn jemand sein Sterben, auch wenn es mühsam ist, erträgt und sich der Hilfe anderer Menschen anvertraut. Monika Renz spricht von der «Würde des Aushaltens», die anzuerkennen ist und zu deren Realisierung Sterbende der Unterstützung bedürfen.

☒ Schliesslich sind wir als Nutzniesser eines modernen Gesundheitssystems herausgefordert, uns rechtzeitig mit den im Sterbeprozess anstehenden Fragen eines Behandlungsverzichts oder -abbruchs (passive Sterbehilfe) zu beschäftigen, und zwar im Blick auf uns selbst wie im Blick auf unsere Angehörigen. Dies wird umso eher möglich, wenn es uns gelingt, eine neue «Ars moriendi», also eine Kunst des abschiedlichen Lebens zu entwickeln, die mit der alten abendländischen Einsicht ernst macht, dass beides, Leben und Sterben, eine Kunst ist, und dass die eine nicht ohne die andere zu haben ist. ●

Der Autor: Dr. Heinz Rügger ist Theologe, Ethiker und Gerontologe. Er arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut Neumünster, einem auf Fragen des Alters spezialisierten interdisziplinären Kompetenzzentrum der Stiftung Diakoniewerk Neumünster. Dieser Artikel geht auf einen Vortrag zurück, den der Autor am 30. September 2011 am 12. E.D.E.Kongress in Prag gehalten hat. Der Kongress des europäischen Heimleiterverbands E.D.E. widmete sich «Tabuthemen in der Langzeitpflege».

Lebensverlängernde Massnahmen: Neues Recht ab 2013

In gesunden Tagen festlegen, welcher medizinischen Behandlung man dereinst zustimmt und welcher nicht, wenn man sich – zum Beispiel am Lebensende – selber nicht mehr dazu äussern kann: Dies ist das Prinzip der Patientenverfügung. Die Patientenverfügung wird mit dem neuen Erwachsenenschutzrecht erstmals auf Bundesebene gesetzlich verankert. Das komplett revidierte Recht, das 2013 in Kraft tritt, stärkt die Selbstbestimmung, wenn es um Leben und Tod geht. So können mit dem neu eingeführten Instrument des Vorsorgeauftrags Urteilsfähige auch festlegen, wer sie einmal rechtlich vertreten soll, falls sie – zum Beispiel wegen Demenz – urteilsunfähig werden.

Liegen weder Patientenverfügung noch Vorsorgeauftrag oder eine Beistandschaft vor, können Angehörige in einer gesetzlich erstmals festgelegten Reihenfolge mitreden, wenn es um lebensverlängernde Massnahmen geht. An erster Stelle stehen Ehegatten sowie eingetragene Partnerinnen und Partner, an zweiter Stelle Personen, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führten – etwa Konkubinatspartnerinnen und -partner. An dritter Stelle folgen Nachkommen, dann die Eltern und am Schluss die Geschwister. Richtschnur ist aber nicht die Meinung der Angehörigen, sondern stets der mutmassliche Wille der urteilsunfähigen Person. So verlangt es das Gesetz. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) empfiehlt beim Entscheid über lebensverlängernde Massnahmen das Prinzip der geteilten Verantwortung: eine Kooperation zwischen Pflorgeteam, Ärzten und Angehörigen. Im Konfliktfall kann die Erwachsenenschutzbehörde angerufen werden, auch vom Heim.

(swe)