

SWR 2 - Meinung: Samstag, 9. August 2008, 17.50 - 18 Uhr

In Würde sterben

Warum wir die aktive Sterbehilfe nicht brauchen

Meinrad Walter

„Wie möchten Sie sterben?“ Die Frage aus Marcel Prousts berühmtem Fragebogen war lange Zeit tabuisiert. Inzwischen haben Sterbehilfe-Vereine wie die beiden Schweizer Organisationen „Dignitas“ und „Exit“ eine neue Diskussion entfacht. Leider wird die Debatte dem schwierigen Thema des Sterbens nicht wirklich gerecht; sie läuft aus dem Ruder. Wer die skurrilste Suizid-Maschine bastelt, kommt am häufigsten in den Talkshows zu Wort. Nachdenklichkeit und Zwischentöne sind kaum gefragt. Sie wären aber wichtig, weil dies kein Thema wie jedes andere ist.

Zunächst: Wir leben viel länger als die Generationen vor uns; wir sterben aber auch länger. Vom Ausbruch einer zum Tod führenden Krankheit bis zum Zeitpunkt des Todes können – der modernen Medizin sei Dank – nicht nur Wochen und Monate, sondern Jahre und Jahrzehnte vergehen. Doch der Zugewinn an Lebenszeit kann auch mit langem Siechtum am Lebensende erkaufte sein. Deshalb haben viele Angst vor einem Sterben, das sie so nie gewollt haben: an Schläuchen hängend, der sogenannten Apparatedizin ausgeliefert, vielleicht mit großen Schmerzen, letztlich mit einer „künstlichen“ Verlängerung des Lebens, die sinnlos scheint. Wo bleibt da noch die Würde? Hinzu kommen Ängste vor der Unterbringung in einem Pflegeheim und – graviender noch – vor dem endgültigen Verlust meiner Selbstbestimmung.

Auf die Frage „Wie will ich sterben?“ dominierten früher religiöse Antworten: „Im Frieden mit Gott“ oder „mit den

Sterbesakramenten der Kirche versehen". Bisweilen wurde das Leiden auch auf fragwürdige Weise spiritualisiert und glorifiziert. Doch über allem stand die Gewissheit der Jenseitshoffnung. Was mich daran beeindruckt, ist die Offenheit, den Tod als meinen Tod zu akzeptieren. Meine fast 90-jährige Tante sagte zu mir: „Bete für mich, für einen guten Tod“. Inzwischen ist aus dem Bedenken des Todes – Memento mori! – ein Machen und Planen geworden. Auf welche medizinischen Maßnahmen habe ich einen Anspruch? Welche Methoden kann ich bejahen, und auf welche soll bei mir verzichtet werden? Neu sind diese Möglichkeiten, den Tod zu organisieren und ihn so zumindest ein Stückweit in den Griff zu bekommen.

Nun darf auch die alte Sterbekunst nicht idealisiert werden. Romantisch war der Tod noch nie, deshalb wird er ja tabuisiert. Er bleibt rätselhaft, letztlich ohne einen Sinn. Religiöse Zitate umgeben ihn immer noch: „Mitten wir im Leben sind, mit dem Tod umfängen“ oder in Johann Sebastian Bachs Matthäuspassion der Choral „Wenn ich einmal soll scheiden, so scheid nicht von mir“. All dies ästhetisiert den Tod, macht ihn schöner, als er dann für die meisten sein wird. Aber vielleicht brauchen wir solche ästhetischen Deutungen des Unbegreiflichen.

Selbstbestimmung heißt das Wort, das in der gegenwärtigen Diskussion um die Sterbehilfe besonders häufig fällt. Wer gelebt hat, wie er wollte, der soll doch auch so sterben, wie er will. Auf den ersten Blick ein sehr sympathischer Gedanke. Aber ganz so glatt geht diese Rechnung eben doch nicht auf. Das Sterben geht immer einher mit dem Verlust meiner Autonomie. Ich bin auf andere angewiesen, wenn ich mir selbst nicht mehr helfen kann. Was bleibt dann von der „Patientenautonomie“? Kaum mehr als der abstrakte Versuch, in besseren Tagen schon im voraus über die Zukunft zu bestimmen. Der Tübinger Theologe und Ethiker Dietmar Mieth warnt davor, Selbstbestimmung als „Zauberschlüssel“ zu begreifen. Er

berichtet von einem jungen Motorradfahrer, der, nach einem Unfall, durch künstliche Beatmung und Ernährung hätte gerettet werden können. Sein Leben darf aber nicht gerettet werden, weil der junge Mann zuvor - aus Angst vor einem Leben im Rollstuhl - verfügt hatte, dass solche Maßnahmen bei ihm nicht angewendet werden dürfen. Hier stellt sich die Frage: Darf ich mich zum Opfer meiner selbst in der Zukunft machen?

Damit sind wir bei der Patientenverfügung, die sinnvoll ist, aber niemals alle Eventualitäten im Blick haben kann. Kaum einer kennt wirklich die Situation, über die er autonom verfügen will. Gilt etwa in der Demenz dann noch uneingeschränkt all das, was zuvor verfügt worden ist? Ich meine: Nein. Die Entscheidung aus gesunden Zeiten kann nicht automatisch in Geltung gesetzt werden, wenn ich, etwa durch die Krankheit der Demenz, ein ganz anderer geworden bin. Deshalb kann die Patientenverfügung, die bislang nur von 2,5 Prozent der deutschen Bevölkerung in Anspruch genommen wird, einen Rahmen setzen, mehr nicht. Als eine Art „Gegengewicht“ fungiert die konkrete Situation mit all ihren Facetten. Nicht wenige sind von solchen Im-Voraus-Entscheidungen ohnehin schlichtweg überfordert. Ihnen wird durch eine Vorsorgevollmacht viel mehr geholfen. Hier ist die Entscheidung kein im voraus verfügbarer Mechanismus, sondern sie wird einer Person übertragen, die an meiner Stelle dann Abwägungen vornehmen kann.

Bei der Vorsorgevollmacht gewinnt auch die Frage „Wie möchte ich sterben?“ einen neuen Sinn. Sie wird nicht einsam verfügt, sondern muss gemeinsam besprochen werden. Überaus wichtig ist das Gespräch mit Angehörigen und Freunden, die vielleicht an meiner Stelle dann entscheiden müssen. Und ebenso wichtig ist die Ausbildung der Ärzte und des Pflegepersonals. Das Ziel ist eine „palliative Kultur“. Die Aspekte der Schmerzlinderung brauchen insgesamt mehr Gewicht: in der ärztlichen und pflegerischen Ausbildung, aber auch im Bewusstsein der Gesellschaft. Vor allem die ambulanten

Angebote müssen verstärkt werden, auch wenn sie Geld kosten. Bislang wollen 80% der Menschen zu Hause sterben. Aber immer noch sterben 80% nicht zu Hause.

Die Forderung nach dem „assistierten Suizid“ ist kurzsichtig. Das ethische Dilemma heißt: Niemandem darf ich seinen Sterbewunsch absprechen, wenn die Lebenslust an ihr letztes Ende gekommen ist. Ich kann niemanden verurteilen, der sterben will. Aber eine gesetzliche Regelung, die dies mit Hilfe anderer ermöglichen soll, scheint mir kurzschlüssig und in ihren Gesamtwirkungen verhängnisvoll. Vieles kann sich hinter der autonomen Fassade verbergen: Verzweiflung und Einsamkeit, äußerer Druck und Unsicherheit, Angst vor Vernachlässigung und davor, anderen zur Last zu fallen. Dass Einsamkeit im Leben als Grund für die aktive Sterbehilfe genannt wird, ist der eigentliche Skandal.

Am Ende des Lebens geht es um höchst komplexe Entscheidungen, die sich nicht so leicht in griffige Regeln fassen lassen. Worte wie „Das ist doch kein Leben mehr“ gehen rasch von den Lippen. Wer aber darf entscheiden, was noch ein Leben ist und was nicht? Die Legalisierung einer aktiven Sterbehilfe erzeugt neue Angst. „Arzt, töte mich nicht“ steht auf sogenannten „Credo“-Kärtchen, die nicht wenige Patienten in den Niederladen bei sich tragen. Ja, ich traue dieser Autonomie des Sterbens nicht! Sie hat ihre Schattenseiten. Schwerkranke werden nämlich - ob jemand das will oder nicht - mit der Überlegung konfrontiert, dass sie es ja in der Hand haben, den Anderen weiter zur Last zu fallen oder nicht. Was allein dieses gesellschaftliche Klima anrichten würde, ist kaum auszudenken. Wie stehe ich denn als Patient einem Arzt gegenüber, von dem ich weiß, dass er auch straflos töten darf? Und wie gehen Ärztinnen und Ärzte mit diesem Gewissenskonflikt um?

Mit der aktiven Sterbehilfe und dem assistierten Suizid überschreiten wir eine gefährliche Schwelle. Sterben wird planbar und letztlich zu einem Angebot der Dienstleistung.

Gleichsam unter der Hand kann die Möglichkeit zur Euthanasie auch zu einer Pflicht werden. Menschen könnten unter Druck geraten, das zu tun, was ja erlaubt ist und was andere auch tun. Wo bleibt die Würde, wenn in den Niederlanden als Beweggrund für die aktive Beendigung eines Patientenlebens angegeben wird, dass die Angehörigen mit der Situation überfordert sind? Entscheidend sind nicht technische und juristische Lösungen, sondern eine neue palliative Kultur. In ihrem Zentrum steht die Frage: „Wie möchten wir sterben?“