

„Sterben ist kein Spaziergang“

Das Bundesverfassungsgericht hat vergangene Woche entschieden: Ein Mensch hat das Recht, sein Leben mit Hilfe von Dritten zu beenden. Das legalisiert Vereine, die Sterbehilfe anbieten. Was Palliativmediziner dazu sagen – ein Gespräch.

Frau Eulitz, Sie sehen das am Mittwoch verkündete Urteil des Bundesverfassungsgerichts kritisch. Was ist falsch daran, dass todkranke Menschen selbstbestimmt entscheiden, wann sie sterben?

Ich finde es richtig und angemessen, dass Menschen bis zuletzt selbstbestimmt über ihr Leben und Sterben entscheiden. Was ich nicht richtig finde, ist die geschäftsmäßige Begleitung des Suizids. Da sind Motivation und Zielsetzung fragwürdig für mich. Zudem sehe ich die Gefahr einer Verkürzung und Vereinfachung einer sehr komplexen Thematik.

Was meinen Sie damit?

In 17 Jahren hauptamtlicher Tätigkeit in der Palliativmedizin habe ich die Option einer Todesurkunde für einen Patienten nicht einmal wählen müssen. Ich finde es daher legitim zu sagen, dass für mich persönlich alle Patientengeschichten, die ich von Sterbehilfeorganisationen wie „Dignitas“ oder „Exit“ kenne, zu einem sehr frühen Zeitpunkt abbrechen. Das Urteil löst bei mir die Sorge aus, dass wir uns in dieser schnelllebigen Gesellschaft nicht mehr die Zeit nehmen zu schauen, was einen Menschen in dieser ganz vulnerablen Lebenssituation wirklich belastet und wie wir ihn vertrauensvoll tragen kön-



Nina-Kristin Eulitz ist Palliativmedizinerin und Leiterin des Zentrums für Palliativmedizin der DRK-Kliniken Nordhessen in Kassel.

Foto privat

nen. Angesichts der finalen Konsequenz eines Todeswunsches halte ich das nicht für angemessen.

Die freie Entscheidung darüber, wie das eigene Leben enden soll, entspricht Umfragen zufolge dem mehrheitlichen Wunsch der Deutschen.

Autonomie ist ein gesellschaftlicher Wert, den ich nicht in Frage stelle. Was mir in der Diskussion aber fehlt, ist eine genaue Betrachtung der unterschiedlichen Lebenssituationen. Studien zeigen: Aus voller Gesundheit heraus sprechen sich viele Menschen dafür aus, auch bei ihrem Tod eine autonome Entscheidung treffen zu wollen. Die, die unter einer fortschreitenden Erkrankung Einschränkungen hinnehmen müssen, sehen das hingegen differenzierter. In der Krankheit können sich andere Möglichkeiten des Lebens ergeben, die ich mir vorher weder gedanklich noch emotional ausmalen konnte.

Vermutlich wird Sie verwundern, was ich Ihnen gleich zu Beginn erzähle: Ich war die Woche im Baumarkt, um Gesichtsmasken zu kaufen. Doch ich musste schnell feststellen: Welche, die vor dem Coronavirus schützen, gab es dort nicht.

Was hat mich zu diesem Schritt getrieben? Die Lieferanten von Medizinprodukten kommen nicht mehr hinterher mit ihren Lieferungen. Obwohl ich rechtzeitig bestellt hatte, haben wir nur noch zwölf Masken, die sicher vor einer Ansteckung schützen, in die Praxis geliefert bekommen. Ich bin bei diesen Masken nicht so hinterher, weil ich Panik machen will, sondern weil ich in der Verantwortung für meine Mitarbeiter stehe. Sollte bei uns in der Praxis ein Corona-Patient auftauchen, müssen meine Mitarbeiter sich schützen können.

Das Dramatische an diesen Lieferengpässen ist, dass die Hauptlieferanten für Schutzkleidung und Gesichtsmasken überwiegend in China sitzen. Die dortige Quarantäne-Situation und das Exportverbot der chinesischen Behörden für solche Artikel führen zu Knappheit.

Wie reagieren Sie auf einen aus-therapierten Hirntumorpatienten, dem es ein dringlicher Wunsch ist, sein Leben zu einem Zeitpunkt zu beenden, an dem er noch denken, sprechen und alleine auf die Toilette gehen kann?

Zunächst einmal ist ein solcher dringlicher Wunsch Ausdruck von Leid, das Gehör finden muss. Ich persönlich beginne immer damit, den Hintergrund eines geäußerten Todeswunsches verstehen zu wollen. Bei dem geschilderten Beispiel ist dieser Hintergrund wahrscheinlich eine hohe Symptomlast durch den eventuell drohenden Verlust der Autonomie und der eigenen Identität. Hinzu kommen häufig soziale Probleme wie Isolation oder das Gefühl, zur Last zu fallen. Beziehungsqualität zu nahestehenden Menschen kann verlorengehen, und es stellen sich existentielle Fragen wie nach dem Wert des eigenen Lebens. Wenn ein Patient über selbstbestimmtes Sterben nachdenkt, schau ich, was für ihn belastend ist, wovor er Angst hat und was ich tun kann, um diese Angst zu lindern. Ich habe häufig erlebt, dass sich Menschen nicht unmittelbar den Tod, sondern eine andere Situation wünschen. Und dass es dann eine große Entlastung darstellt, gemeinsam Strategien zu finden und die Sicherheit zu erleben, dass die eigenen Bedürfnisse berücksichtigt werden.

Wie können solche Strategien aussehen?

Vor zehn Jahren hat eine Studie aus den Vereinigten Staaten gezeigt, welche Auswirkungen Palliativversorgung, die sich auf Symptomkontrolle, psychosoziale Unterstützung und die Hilfe bei Entscheidungen fokussiert, auf Krebspatienten hat. Patienten, die zum Beispiel festlegten, dass sie keine lebensverlängernden Maßnahmen wollten und die sich mit der Frage beschäftigten, was sie sich für die verbleibende Lebenszeit wünschen, waren zum einen psychisch deutlich entlasteter und lebten überraschenderweise sogar länger und mit einer höheren Lebensqualität als jene Patienten, die ausschließlich die medikamentöse Tumorbehandlung erhielten.

Und wenn ein Mensch trotz dieser Möglichkeiten die Situation nicht mehr aushält – was dann?

Wenn wir gemeinsam mit dem Patienten und seinen Angehörigen trotz Ausschöpfung aller Maßnahmen keine befriedigende Situation herstellen können, dann ist uns als Ultima Ratio der Symptomkontrolle die Möglichkeit einer palliativen Sedierung gegeben. Wenn man bei einem Hirntumorpatienten beispielsweise die Medikamente weglässt, die den Druck auf das Hirn so niedrig wie möglich halten, beschleunigt dies das natürliche Geschehen im Sinne eines Sterbenlassens. Diese Phase kann man mit sedierenden Maßnahmen begleiten und den Patienten damit aus der Situation herausnehmen. Diese schlaffördernden Medikamente können bis zum Tod fortgeführt werden. Das ist möglich, wenn es mit dem Patienten und seinen Angehörigen vorab so abgesprochen und sauber dokumentiert ist und medizinisch und pflegerisch supervidiert durchgeführt wird.



Wenn ich Ihnen zuhören, frage ich mich, warum es überhaupt Nachfrage nach Sterbehilfevereinen gibt? Todkranke Menschen, die dort Hilfe suchen, hatten doch zuvor in aller Regel über Jahre Kontakte zu vielen Ärzten. Fehlt es da möglicherweise an Zeit und Empathie für Patienten?

Diese Frage müssen wir uns als Profession gefallen lassen. Es ist aber auch eine Frage, die wir uns als Gesellschaft stellen müssen. Welches Gesundheitssystem wollen wir haben? Ich erlebe einen unglaublichen Effizienzdruck, in dem es für uns ganz schwierig ist, Raum und Zeit für solche komplexen und tiefgehenden Fragen zu schaffen.

Wenn Ärzte nicht bereit sind, Hilfesuchenden bei der Selbsttötung zu assistieren, wird die Last auf Angehörige übertragen. Oder sie wenden sich Sterbehilfevereinen zu. Entziehen sich Ärzte dadurch nicht ihrer Verantwortung für ihre Patienten?

Auch das müssen wir uns fragen lassen. Eine Leistung, die der Patient einfordern kann, darf und soll assistierter Suizid meiner Meinung nach aber nicht sein. Genauso wie der Suizidwunsch eine zutiefst persönliche Entscheidung ist, ist es auch die Entscheidung des Arztes, einen Menschen dabei zu unterstützen oder nicht. Die ärztlichen Berufspflichten sind diesbezüglich nicht eindeutig und müssen in der jetzigen Situation sicher präzisiert werden.

Kann man als Arzt einschätzen, ob der Sterbewunsch eines Patienten endgültig ist?

Das empfinde ich als sehr schwierig. Der Todeswunsch ist zu Beginn der Überlegungen meist kein stabiles Phäno-

men und nicht die einzige Möglichkeit, die der Patient sich vorstellen kann. Deshalb reicht es meines Erachtens nicht, ein einziges Gespräch zu führen. Wenn wir den Prozess des Sterbens frühzeitig abbrechen, besteht die Gefahr, dass wir zutiefst wertvolle Momente und Begegnungen am Lebensende verlieren. Das wird in der Gesamtdiskussion nicht berücksichtigt. Aber klar ist auch: Sterben ist eine der größten Herausforderungen des menschlichen Daseins. Sterben ist kein Spaziergang.

Sehen Sie die Gefahr, dass durch die Akzeptanz von Suizidassistenz Druck auf alte, schwache, chronisch depressive Menschen entsteht?

Ja. Wir Menschen wollen anderen nicht zu Last fallen. Wenn uns aber genau das vermittelt wird, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen in einen Todeswunsch gedrängt werden. Hier ist jetzt die Gesetzgebung gefragt, wie neben der Autonomie auch die Fürsorge geschützt werden kann.

Die Fragen stellte Eva Schläfer.

„Ich habe häufig erlebt, dass sich Menschen nicht unmittelbar den Tod, sondern eine andere Situation wünschen“: Krankenzimmer im Hospiz.

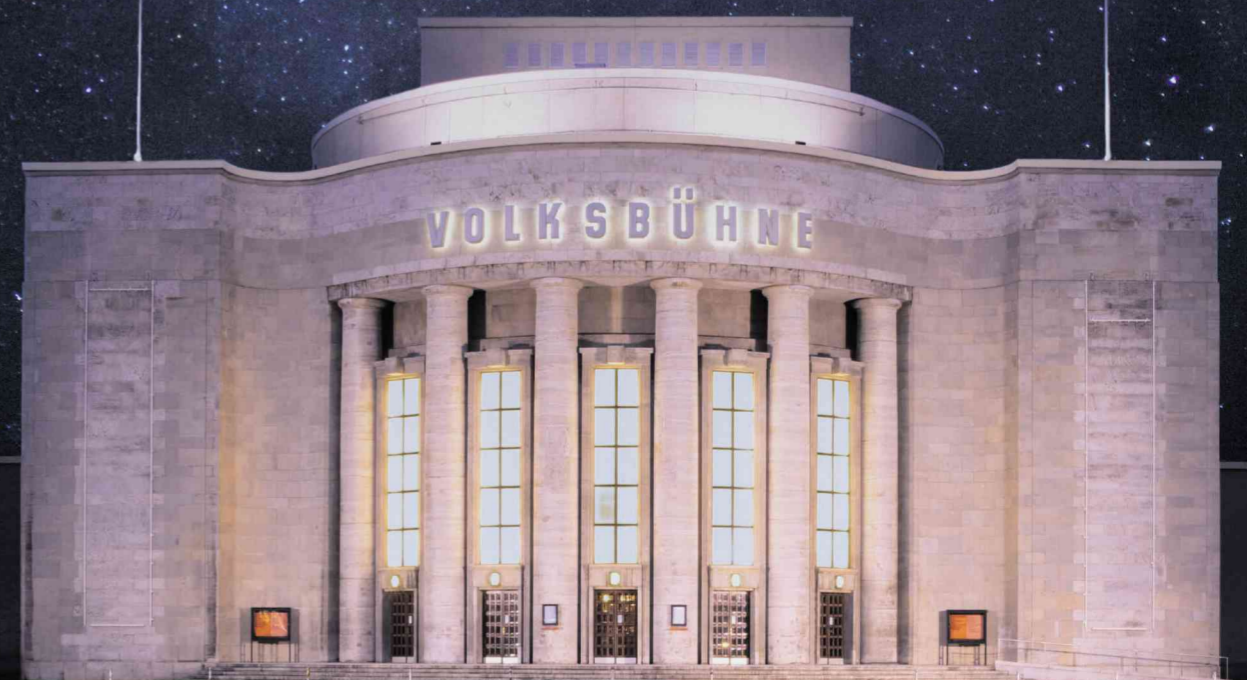
Foto Your Photo Today

Lange Nacht der vergessenen Stücke

Die Frankfurter Allgemeine Zeitung, der Tropen Verlag und die Volksbühne Berlin präsentieren Theaterstücke aus vier Jahrhunderten, die noch nie oder seit langer Zeit nicht mehr auf der Bühne zu sehen waren. Freuen Sie sich auf eine Mischung aus szenischen Lesungen, Performances, Tanz- und Videokunst, Podiumsdiskussionen und Konzerten. Am 18. April 2020 von 17 Uhr bis in die frühen Morgenstunden in der Berliner Volksbühne.

Jetzt Karten kaufen:

besucherservice@volksbuehne-berlin.de
oder +49 (0)30 240 65 777



Eine Veranstaltung von

Frankfurter Allgemeine



Volksbühne Berlin

DER LANDARZT



SEIEN SIE UMSICHTIG!

VON DR. THOMAS ASSMANN

Das Coronavirus hat uns alle erreicht, die Vorbereitungen laufen in den Praxen und Kliniken auf Hochtouren. Die Verunsicherung unter Patienten wie Ärzten wächst. Ist das gerechtfertigt?

Genau diese Frage stellen mir auch viele Patienten, und ich bin ehrlich zu Ihnen: Auch ich weiß nicht, was auf uns zu kommen wird. Es gibt Fragen, die ich nicht beantworten kann.

Zum Beispiel: Was genau sagen uns all die Zahlen und Beobachtungen aus Chi-

na? Wie tödlich ist das Virus außerhalb Chinas? Wer zählt tatsächlich zu einer Risikogruppe? Dazu kommt: Weil wir alle gegen das Virus noch keine Antikörper haben, erkranken auch viele aus dem medizinischen Personal. Das kann zum Problem in der Versorgung werden – um nur ein paar Ungewissheiten zu nennen.

Wir müssen nun abwarten und Solidarität zeigen. Das ist das Beste, das wir tun können. Meiden Sie Großveranstaltungen, akzeptieren Sie, dass es zu Einschränkungen kommen wird, helfen Sie, ohne sich anzustecken, Menschen, die in einer schwierigen Lage sind. Ich bin mir sicher, wenn jeder umsichtig handelt, schaffen wir die Herausforderung.

Mit einem herzlichen Gruß aus dem Oberbergischen, und bleiben Sie gesund – Ihr Landarzt

Thomas Assmann, 56 Jahre alt und Internist, hat eine Praxis im Bergischen Land. Er schreibt hier alle 14 Tage.

