

Wann dürfen Menschen sterben?

Ein Gespräch mit dem Münchner Palliativmediziner Gian Domenico Borasio

Eine Kerze vor der Tür, das bedeutet am Zentrum für Palliativmedizin der Münchner Ludwig-Maximilians-Universität, dass in dem Krankenzimmer ein Mensch stirbt. Kleine Symbole wie dieses gehören für Gian Domenico Borasio zum Versuch, in der Medizin einen neuen, sensibleren Umgang mit dem Tod zu praktizieren – und wegzukommen von einer rein künstlichen Leidensverlängerung. Seine Expertise in der Palliativmedizin macht den Neurologen zum wichtigen Ansprechpartner von Politikern, Medizinern, Juristen und Ethikern in der Kontroverse um Sterbehilfe und Patientenverfügungen. Borasio hat den Stiftungslehrstuhl für Palliativmedizin am Klinikum Großhadern inne.

F.A.Z.

Herr Professor Borasio, viele Menschen fürchten sich davor, am Ende ihres Lebens von einer hochtechnisierten Medizin am Sterben gehindert zu werden. Ist diese Angst berechtigt?

Die Angst vor dem Tod gehört zum Leben dazu. Die Palliativmedizin ist ein Weg, die Leiden lebensbedrohlich Erkrankter zu lindern, ihre Lebensqualität und die ihrer Angehörigen zu verbessern. Doch sie ist in Deutschland noch nicht integraler Bestandteil der Medizin. Das führt leider nicht selten zu Problemen im Umgang mit Schwerkranken, Sterbenden und ihren Angehörigen. Es fehlt zum Beispiel manchmal die Kompetenz zu erkennen, ab wann ein alter Mensch im Sterben liegt. Und wenn es erkannt wird, wird dennoch häufig versucht, es zu verhindern. Statt Lebensverlängerung wird Sterbeverlängerung betrieben.

Was kann die Palliativmedizin dem Patienten bieten?

Das lässt sich nur individuell bestimmen. Mal sind Medikamente wichtig, zum Beispiel gegen Schmerzen und Atemnot, mal kommen high-tech-Verfahren zum Einsatz, mal sind die Gespräche mit Verwandten entscheidend. Deswegen gehören zu unserem Team selbstverständlich Psychologen, Sozialarbeiter und Seelsorger. Wenn alles klappt, werden wir hier am Zentrum demnächst die erste Stiftungsprofessur für „Spirituelle Begleitung“ einrichten können, in enger Zusammenarbeit mit beiden theologischen Fakultäten. Entscheidend ist bei alledem eines: Kommunikation. Denn je weniger die Menschen an den Tod denken, desto schlechter leben sie. Deshalb ist für uns hier am Zentrum die tägliche Begegnung mit Sterbenden auch ein riesiges Geschenk.

Die ständige Konfrontation mit dem Tod ist nicht deprimierend?

Nein, im Gegenteil. Schon mit Sterbenden reden zu können, an ihren Einsichten teilhaben zu dürfen ist ein unglaublicher Gewinn. Und ständig daran erinnert zu

werden, dass man sterblich ist, verschiebt die Perspektiven völlig. Auch das ist ein zentrales Anliegen: den Diskurs über den Tod in der Gesellschaft zu verbessern.

Noch aber sind wir längst nicht so weit. Nach Ihren Erhebungen begegnen selbst viele Chefärzte dem Lebensende ihrer Patienten mit Unsicherheit.

In einer Umfrage unter neurologischen Chefärzten gab tatsächlich fast die Hälfte an, ihre eigene Ausbildung für die Begleitung in der Sterbephase sei „mäßig bis schlecht“. Sechzig Prozent räumten Angst vor Rechtsfolgen beim Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen ein. Ähnliches ergaben Umfragen unter Hausärzten und Onkologen – übrigens auch bei Vormundschaftsrichtern.

Rechtssicherheit kann nur der Gesetzgeber schaffen. Derzeit wird in Berlin vor allem über eine gesetzliche Regelung der Patientenverfügung diskutiert.

Eine solche Regelung würde ich sehr begrüßen. Aber man muss sich eines klar machen: Häufig kommt es auf eine Patientenverfügung gar nicht an, sondern darauf, dass das Therapieziel klar definiert wird. In etwa der Hälfte der Fälle, die wir untersucht haben, lag gar keine medizinische Indikation für eine Weiterbehandlung mehr vor. Wo aber eine Weiterbehandlung gar nicht medizinisch indiziert ist, stellt sich auch die Frage nicht, ob der Patient mit einem Abbruch der Behandlung einverstanden wäre. Lebensverlängerung ist sicher ein medizinisches Ziel, Sterbeverlängerung nicht.

Gleichwohl wird von vielen Ärzten weiter lebensverlängernd therapiert.

Ja. Das ist psychologisch auch verständlich. Die auf Lebensverlängerung gerichtete Therapie war ja meist am Anfang der Behandlung richtig. Ab einem bestimmten Punkt ist sie es aber nicht mehr. Diesen Punkt zu bestimmen ist sehr schwierig. Hinzu kommt: Juristisch mag es keinen Unterschied machen, ob man durch aktives Tun oder Unterlassen handelt, menschlich jedoch ist es für einen Arzt viel belastender, eine Behandlung abubrechen. Nicht selten läuft dann einfach weiter, was einmal begonnen wurde.

Politisch wird fast ausschließlich über die Patientenverfügung gestritten.

Richtig, die Forderungen des Deutschen Juristentages nach einer umfassenden Regelung der Sterbebegleitung sind an der Politik offenbar abgeprallt. Trotzdem wäre eine gesetzliche Klarstellung zur Patientenverfügung ein wichtiger Schritt, denn sie würde auch die Ärzte stärker dafür sensibilisieren, dass der Wille des Patienten unbedingt zu befolgen ist.

Wie soll eine solche Regelung aussehen?

Zunächst einmal ist jede Patientenverfügung wirksam, schon heute. Wenn ein Arzt weiß, was sein Patient in einer bestimmten Situation will, dann darf er das nicht ignorieren. Den Willen schriftlich niederzulegen ist nur aus Beweisgründen wichtig; eine Videoaufzeichnung würde den gleichen Zweck erfüllen. Nachdrück-

lich werbe ich für ein Beratungsgespräch mit einem Arzt vor Abfassung der Patientenverfügung. Schauen Sie, der Gesetzgeber schreibt für jeden Häuslekauf eine Beratung durch den Notar vor – und da geht es nur ums Geld, nicht ums Leben. Nach meiner Vorstellung sollte eine Patientenverfügung, der ein dokumentiertes Beratungsgespräch mit einem Arzt vorausgegangen ist, eine erhöhte Verbindlichkeit haben.

Die Enquete-Kommission des Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin“ hat vorgeschlagen, dass Patientenverfügungen nur gelten sollen, wenn eine Krankheit „unumkehrbar tödlich“ verläuft; die Überlegungen des CDU-Politikers Bosbach gehen in eine ähnliche Richtung.

Das ist absurd. Ein Patient, der bei Bewusstsein ist, kann doch selbstverständlich jede ärztliche Behandlung zu jedem beliebigen Zeitpunkt ablehnen. Dieses Recht einem Patienten abzuspochen, der vorab eine wirksame Patientenverfügung angefertigt habe, wäre eine krasse Ungleichbehandlung. Eine solche Regelung würde vor dem Bundesverfassungsgericht scheitern. Auch medizinisch ist eine solche Einschränkung Unsinn, denn unumkehrbar tödlich verläuft ja das Leben selbst. Die Reichweitenbeschränkung erweist sich somit als Ersatz des alten medizinischen Paternalismus durch einen neuen – und schlimmeren – ethischen Paternalismus. Das zentrale Prinzip des Lebensschutzes wird zum Dogma des Lebenszwangs umgedeutet und damit entwertet. Das hat in meinen Augen etwas Fundamentalistisches.

Warum?

Hier werden Prinzipien über Menschen gestellt. Die Autonomie wird außer Kraft gesetzt, man bemächtigt sich des biologischen Lebens von Menschen und entzieht ihnen die Verfügung über sich selbst. So werden die Leute erst auf den Gedanken gebracht, maximal kontrollieren zu wollen, wer sie wann tötet. Man treibt damit die Menschen in die Arme der Euthanasiebefürworter. Und welche Probleme die Euthanasie in der Praxis schafft, sehen wir gerade in den Niederlanden. Hinter der Verteufelung der Patientenverfügung steht die nie ausgesprochene Annahme, dass die Patientenverfügung eigentlich eine Suizidverfügung ist. Man sollte aber klar zwischen dem Wunsch nach einem Suizid und dem nach einem natürlichen Sterben unterscheiden. Dieser Wunsch ist der normalste auf der Welt. Auf der anderen Seite ist es wichtig, das Prinzip der Fürsorge nicht zu vergessen, was Juristen gelegentlich tun. Fürsorge gelingt nach unserer Erfahrung am besten durch Dialog, Beratung und Aufklärung.

Wie stellen Sie sich den Ausbau der palliativmedizinischen Versorgung vor?

Sie sollte selbstverständlicher Teil jeder Medizin werden. Das verhindert, dass Sterbegettos entstehen. Deshalb sollte Palliativmedizin Pflichtfach an allen Universitäten werden. Zweitens sollte die palliativmedizinische Fortbildung stark ausgebaut werden. Dass elementare Grundsätze der Palliativmedizin den meisten Ärzten

unbekannt sind, erschwert die Entscheidungsprozesse am Lebensende erheblich. So wissen viele Ärzte etwa nicht, dass Menschen in der Sterbephase in der Regel keinen Hunger verspüren. Deshalb ist die Rede davon, man dürfe Sterbende nicht „verhungern“ lassen, reine Polemik. Viele Ärzte wissen auch nicht, dass Flüssigkeitszufuhr am Lebensende eine große Belastung für die Sterbenden darstellen kann. Und viele wissen nicht, dass das Legen einer Ernährungssonde bei Patienten mit weit fortgeschrittener Demenz medizinisch nicht indiziert ist, weil sie weder zu einer Lebensverlängerung noch zu einer Verbesserung der Lebensqualität führt. Trotzdem werden in Deutschland jedes Jahr über 100 000 Magensonden gelegt, meist, um die Pflege zu erleichtern. Vor einer Weile habe ich einen Anruf bekommen von einem Sohn, der vor der Frage stand, ob seine Mutter eine Magensonde bekommen sollte. Die Dame sei seit vielen Jahre dement, bettlägerig und kommunikationsunfähig, der behandelnde Arzt hatte dennoch zur Magensonde geraten. Als ich fragte, wie alt die Mutter sei, kam die Antwort: 102 Jahre. Da frage ich mich schon: Wann dürfen Menschen eigentlich noch sterben?

Die Fragen stellten Christian Schwägerl und Heinrich Wefing.

Interview aus: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 19. Januar 2007, Feuilleton, S. 42.