

53. Zeitforum Wissenschaft: „Wenn wir schon sterben müssen...“

Frauke Hamann

„Wenn ich schon sterben muss, will ich noch einmal mit euch durch den Wald gehen und vorbei am See in Lehnitz oder irgendwo. Noch einmal möchte ich sehen: Himmel, Berge, Meer, Arbeiter und Landstreicher, Äcker und Großbauplätze, Städte am Morgen und bei Nacht, den alten Chinesen, der das ABC lernt und das Schreiben an der Hand seines Enkels – vom Flugzeug aus sehen die Haut der Welt. Da werde ich viel zu glücklich sein zum Sterben.“

Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Podiumsgäste, die Dichterin Inge Müller lässt ihr lyrisches Ich sagen, „wenn ich schon sterben muss“, und wir haben uns bewusst entschieden, die Debatte heute Abend „wenn wir schon sterben müssen“ zu nennen. Denn unsere Beobachtung, der Umgang mit Sterben und Tod verändert sich beim Einzelnen und bei der Gesellschaft. Sterben wird als Phase des Lebens wahrgenommen. Die Gesellschaft formuliert bislang ungewohnte Aussagen über Leid, Schmerz und Trauer, entwirft neue Bilder und Begriffe vom Leben und Sterben.

Weltanschauungen scheinen dabei gar nicht eine so große Rolle zu spielen. Der Mensch von heute will sich seinen Tod nicht mehr aus der Hand nehmen lassen, pocht auf seine Autonomie.

Wenn wir schon sterben müssen, dann geht es darum, dieses Sterben zu gestalten. Wie wollen wir denn sterben? Dieses Wie zu finden, ist immer wieder sehr schwer. Denn wer will denn wirklich sterben? Denken Sie an Scheherazade. Sie erzählt ihre Geschichte aus Tausend und einer Nacht, um dem Tod zu entkommen. Ihr gelingt das. Ach, könnten wir erzählen, erzählen, bis niemand mehr stirbt – Tausend und eine Nacht, Millionen und eine Nacht.

Wer lehrt uns eigentlich, uns dem Sterben zu stellen, es uns vorzustellen? Die moderne Medizin tut vieles, manche meinen zu vieles, das längst nicht immer dem Wunsch todkranker Menschen entspricht. Was tun, wenn Menschen an

ihrer Situation verzweifeln, wenn Schmerz und Leid sie quälen, die Angst davor, anderen ausgeliefert zu sein.

Der Schriftsteller Wolfgang Herrndorf, an einem Hirntumor erkrankt, schreibt in seinem Blog Arbeit und Struktur: „Der Jugendroman, den ich vor sechs Jahren schrieb und an dem ich jetzt arbeite, ist voll mit Gedanken über den Tod. Der jugendliche Erzähler denkt andauernd darüber nach, ob es einen Unterschied macht, ob man in sechzig Jahren stirbt oder in sechzig Sekunden usw. Wenn ich das drin lasse, denken alle, ich hätte es nachher reingeschrieben. Aber soll ich es deshalb streichen?“

Wolfgang Herrndorf erschießt sich am 26. August 2013 am Ufer des Hohenzollernkanals hier in Berlin. Ein Kreuz erinnert an der Stelle daran. Einem werden die Knie weich, wenn man dort steht. „Was ich brauche, ist eine Exitstrategie. Ich war vollkommen sicher, dass es nur eine Waffe sein könne – aus dem einfachen Grund, dass ich mich prüfte und spürte, die Sache nicht in einem Moment der Verzweiflung, sondern der Euphorie hinter mich bringen zu können und ohne Probleme. Voraussetzung dafür war, dass zwischen Entschluss und Ausführung nicht mehr als eine Zehntelsekunde liegen durfte. Schon eine Handgranate wäre nicht gegangen. Die Angst vor den drei Sekunden Verzögerung hätte mich umgebracht, Medikamente mit dem langwierigen Vorgang des Schluckens und Wartens sowieso. Weil, ich wollte ja nicht sterben – zu keinem Zeitpunkt. Und ich will es auch jetzt nicht. Aber die Gewissheit, es selbst in der Hand zu haben, war von Anfang an notwendiger Bestandteil meiner Psychohygiene.“ – Soweit Wolfgang Herrndorf.

Wenn wir schon sterben müssen, dann wollen wir es in Würde tun, selbstbestimmt, wenn möglich. Denn wer entscheidet am Lebensende? Wie gehen wir mit den Grenzen des Lebens um? Was, wenn Kraft und Leistungsfähigkeit abnehmen? Verabsolutieren wir die Autonomie des Einzelnen, heroisieren die aktive Sterbehilfe? Entsteht ein gesellschaftliches Klima, in dem hilfsbedürftige Menschen mit Rücksicht auf andere meinen aus

dem Leben scheiden zu müssen, um niemandem zur Last zu fallen, ein Klima, in dem Fürsorge und Nächstenliebe an den Rand geraten? – So viele Fragen.

Ich habe mit einem Gedicht angefangen, ich schließe mit Zeilen, die Sie alle kennen: Ein jegliches hat seine Zeit und alles Vorhaben unter dem Himmel hat seine Stunde. Geboren werden hat seine Zeit. Sterben hat seine Zeit. Weinen hat seine Zeit. Lachen hat seine Zeit. Schweigen hat seine Zeit. Reden hat seine Zeit.

Verehrte Podiumsgäste, lieber Andreas Sentker, lieber Uli Blumenthal, Sie haben das Wort.

Moderation

„Töten Sie mich, sonst sind Sie ein Mörder.“ Mit diesen Worten wendet sich der sterbende Franz Kafka an seinen ärztlichen Freund Robert Klopstock und bittet ihn um eine Morphinspritze, um sein Leiden zu beenden. Der Freund hilft. Dürfen Ärzte das? Darf jemand über seinen Tod bestimmen, auch wenn er ihn selbst nicht mehr herbeiführen kann? Oder muss man das Sterben als Teil des Lebens akzeptieren lernen?

Darüber diskutieren heute Prof. Dr. Monika Führer, Professorin für Kinder-Palliativmedizin in München, Frau Prof. Dr. Christiane Woopen, Vorsitzende des Deutschen Ethikrates, Franz Müntefering, ehemaliger Bundesminister und SPD-Bundesvorsitzender, Prof. Dr. Udo Reiter, Journalist und ehemaliger NDR-Intendant, sowie Dr. Michael de Ridder, Internist und Intensivmediziner und Autor des Buches „Wie wollen wir sterben?“.

Herr Reiter, ich habe von Ihnen ein sehr drastisches Zitat gefunden: „Ich möchte nicht als Pflegefall enden“, schreiben Sie, „der von anderen gewaschen, frisiert und abgeputzt wird. Ich möchte mir nicht den Nahrungsersatz mit Kanülen oben einfüllen und die Exkremente mit Gummihandschuhen unten wieder rausholen lassen. Ich möchte nicht vertrotteln und als freundlicher oder böartiger Idiot vor mich hindämmern. Und ich möchte ganz allein entscheiden,

wann es so weit ist und ich nicht mehr will – ohne Bevormundung durch einen Bischof, Ärzte-Präsidenten oder Bundestagsabgeordneten.“

Wenn Sie das alles nicht wollen, was wollen Sie dann? Wie wollen Sie sterben?

Udo Reiter

Was Sie jetzt gerade zitiert haben, ist eigentlich der Kern meines Ansatzes. Ich habe im letzten Jahr meine Memoiren geschrieben und gefunden, dass ich insgesamt trotz 48 Jahren im Rollstuhl ein schönes und selbstbestimmtes Leben geführt habe. Und in meinem Alter muss man sich ja dann auch langsam überlegen, wie das letzte Stück aussehen soll und wie soll es zu Ende gehen.

Da komme ich zu dem Ergebnis, dass genau das, was Sie jetzt vorgelesen haben, ich nicht will. Ich möchte nicht von anderen abhängig sein – und seien sie noch so freundlich und gut ausgebildet. Ich will kein Pflegefall werden, sondern ich will, bevor ich praktisch mein Ich verliere, was ja in solchen Situationen schrittweise passiert, selber sagen können: Nein, danke, es war gut. Ich will mich dann aber auch ungern aus einem Hochhaus stürzen. Da käme ich sowieso nicht aufs Fensterbrett. Ich will mich auch nicht vor einen Zug werfen, wie das jeden Tag drei Leute in Deutschland machen. Und ich möchte mich auch nicht aufhängen, wie das 5.000 jedes Jahr in Deutschland machen, sondern ich möchte dann Hilfe haben, professionelle Hilfe, die mir einfach erlaubt, anständig und schmerzfrei und würdevoll aus diesem Leben zu gehen.

Dass das geht, zeigen ja andere Länder. Und ich verstehe überhaupt nicht, warum das in Deutschland hier nicht gehen sollte.

Moderation

Franz Müntefering, es ist eine schwere Frage, in meinem Alter Sie zu fragen: Wie möchten Sie sterben? Ich hoffe, Sie nehmen sie einerseits ernst, aber sie nehmen Sie mir auch ab. Also: Wie möchten Sie sterben?

Franz Müntefering

So wie die meisten Menschen. Im letzten Jahr sind etwa 870.000 Menschen in Deutschland gestorben, 98,8 Prozent einen Tod ohne Selbsttötung. Das sind die meisten. Darüber sprechen wir auch wenig. Ich finde schon, dass auch das Wort der aktiven Hilfe ein sehr problematisches ist, weil, alle 870.000 Hilfe brauchen. Sterben ist nicht leicht. Deshalb ist es richtig darüber zu sprechen, was müssen wir eigentlich in dieser Gesellschaft tun, damit dieses letzte Stück Leben, das Sterben gelingen kann.

Ich weiß, dass es extreme Situationen gibt, über die wir sicher gleich noch sprechen. Ich persönlich wünsche mir nicht mehr das, was ich mir lange Zeit gewünscht habe, nämlich dass ich tot umkippe – Fünfsekudentod oder so. Das sind aber auch nur fünf Prozent. Die anderen brauchen länger dafür. Das wissen wir. Und ich wünsche mir, dass ich erstens noch 26 Jahre Zeit habe, dann bin ich Hundert, das ist ja erlaubt, und dass ich möglichst ohne große Schmerzen – das geht – und gut betreut – auch das geht – das letzte Stück gehe.

Ich habe das auch erlebt, und das prägt einen natürlich, bei meiner Mutter, bei meiner Frau. Und ich hoffe, dass ich diese Chance habe, so zu Ende zu kommen.

Moderation

Sie haben ganz kurz gesagt, „damit das Sterben gelingen kann“. Das heißt, dass es Ihnen gelingt oder dass es Ihnen mit Hilfe anderer gelingt?

Franz Müntefering

Nein, dass *mir* gelingt. Es geht immer um den, der da stirbt. Das ist ganz klar. Die Frage ist, welche Hilfe man dabei bekommt, ob man die Hand gehalten bekommt oder ob einem der Hintern abgewischt wird. Daran macht sich die Würde des Menschen *nicht* fest. Das war mal ein Streit mit Herrn Reiter. Der Punkt ist, dass ich Zeit habe, mit denen, die mir wichtig sind, nochmal zu sprechen und das Leben auch nochmal zu erleben.

Ich glaube, dass wir offen darüber sprechen müssen, dass dieses Stück Sterben und die hospizliche Idee, die sich in Deutschland in den letzten 30 Jahren breitgemacht hat, etwas ist, was auch gelingen kann im Sinne von: Ich weiß, dass es zu Ende geht. Das weiß ich. Das akzeptiere ich. Aber ich lebe das Stück noch. Ich laufe nicht weg davor. Ich will auch nicht zu früh sterben, sondern ich will das, was ich haben kann, auch haben. Wir haben alle nur dieses eine Leben. Das gibt's nie wieder, diese Individuum. Deshalb ist mir das auch sehr viel wert. Ich möchte es schon so lange wie möglich haben.

Moderation

Herr de Ridder, zum Hintergrund: Sie leiten ein Hospiz.

Michael de Ridder

Gestatten Sie, dass ich ganz direkt auf Sie eingehe, Herr Müntefering. Sie sagen, die Menschenwürde macht sich nicht daran fest, ob Sie sich selber den Hintern abputzen oder andere. Das ist etwas, was Ihnen so gar nicht zusteht zu sagen. Denn die Menschenwürde, so wie unsere Verfassung sie versteht, ist an keiner Stelle definiert. Sie ist aber garantiert. Denn nur der einzelne Mensch, und das ist das, was ich eigentlich sagen will, nur der einzelne Mensch, der Grundrechtsträger, der Träger dieser Würde, ist befugt, darüber zu befinden, was seine Würde ausmacht und wie weit sein Leben und seine Gesundheit zu schützen sind.

Das kann für den einen genau das sein, was Sie sagen. Und wenn Sie das nicht stört, dass Sie sich den Hintern von anderen abputzen lassen, um in diesem drastischen Bild zu bleiben, dann ist das allein Ihre Sache. Aber Sie können nicht sagen, dass das für Herrn X und Herrn Y und Frau Z auch zu gelten hat. Denn nur diese Menschen entscheiden, was ihre Würde ist. Das ist die Grundlage dessen, worüber wir heute hier sprechen.

Moderation

Hintergrund der Debatte ist ja auch, dass es eine gesetzgeberische Initiative

gibt, die aktive, die organisierte Sterbehilfe in Deutschland möglicherweise unter Strafe zu stellen.

Frau Woopen, können Sie uns die Begriffe einmal bitte definieren. Was ist eigentlich passive, was ist aktive Sterbehilfe? Was dürfen Ärzte in Deutschland und wo ist der Graubereich, den wir vielleicht definieren müssen, über den wir jetzt gerade streiten, wo dieser Aspekt der Menschenwürde ein ganz wichtiges Argument ist?

Christiane Woopen

Das mache ich natürlich sehr gerne. Ich möchte aber trotzdem erst auf den Begriff der Würde eingehen mit tatsächlich nur einem Satz: Darüber, was die Würde ist, kann nicht jeder Mensch für sich alleine entscheiden. Denn die Würde hat der Mensch, egal, ob er denken kann, wie krank er ist, welcher Rasse er angehört, was auch immer. Der Mensch hat die Würde. Aber was würdevolle Umstände sind, das muss jeder für sich selber entscheiden. Ich glaube, dieser Unterschied ist nochmal wichtig.

Zu den Begriffen: Üblicherweise sagt man, den Begriff *aktive* Sterbehilfe sollte man eigentlich ganz von der Bildfläche verschwinden lassen. Das ist eine Tötung auf Verlangen. Und wenn es keine Tötung auf Verlangen, sondern ohne Verlangen ist, dann ist es Tötung. Dann ist es auch keine aktive Sterbehilfe.

Eine passive Sterbehilfe im herkömmlichen Sinne heißt ja, dass man etwas unterlässt, dass man eine lebensverlängernde Maßnahme entweder überhaupt nicht erst beginnt oder sie nicht fortführt. Das liegt daran, dass jeder Eingriff in den Menschen erstmal eine Körperverletzung ist und nur dadurch gerechtfertigt ist, dass man eingewilligt hat. Wenn man jetzt in die Fortsetzung lebenserhaltender Maßnahmen nicht einwilligt, ist es eigentlich eine Körperverletzung. Passive Sterbehilfe heißt also, man lässt das Sterben zu. Der Patient stirbt aufgrund der Krankheit und es wird eben nichts dagegen getan.

Bei der aktiven Sterbehilfe würde er aufgrund seiner Krankheit noch nicht versterben, sondern er wird dadurch getötet, dass man ihm ein todbringendes Medikament verabreicht.

Bei dem assistierten Suizid oder der Beihilfe zur Selbsttötung ist es so, dass derjenige sich selber tötet. Also die Tatherrschaft liegt bei dem Patienten, aber er braucht die Hilfe, um das geeignete Medikament, das Mittel dazu zu bekommen. Das ist dann die Beihilfe.

Eine weitere Form ist eigentlich ein Unwort: indirekte Sterbehilfe. Das heißt, es werden Schmerzmedikamente, die sind es in der Regel, gegeben, die in hoher Dosierung dazu führen, dass der Tod – jedenfalls wird das so angenommen – zu einem früheren Zeitpunkt eintritt als er ohne diese Medikamentengabe eingetreten wäre. Das ist aber oft ein Irrtum. Denn gerade die Schmerzmedikation, wenn sie vernünftig erfolgt, führt in der Regel durch die Entspannung des Körpers und durch die Wegnahme des Stresses zu einem vielleicht sogar längeren Leben und gar nicht zu einem kürzeren. Also, den Begriff kann man eigentlich auch problemlos aus der Debatte entfernen.

Denn entweder, ist es wirklich eine Therapie, dann sollte man sie auch so nennen, weil es eine gerechtfertigte Schmerztherapie ist – vielleicht mit Nebenwirkungen. Oder man überdosiert in der Absicht, den Tod früher herbeizuführen. Dann ist es aber eine Tötung. Also, wir können es problemlos anders zuordnen.

Dann gibt's noch was ganz Kompliziertes. Das ist die so genannte palliative Sedierung. Das heißt, da wird jemand mit Medikamenten in seinem Bewusstseinszustand so in die Bewusstlosigkeit, in die Sedierung hineingeführt, dass er daraus entweder nochmal erwacht, wenn man die Medikamente reduziert, oder dann tatsächlich bis zum Tod in dieser Sedierung gehalten wird.

Moderation

Wenn man in Deutschland die Menschen fragt, *möchten Sie die Möglichkeit*

haben, Hilfe zur Selbsttötung zu bekommen, sagt eine Mehrheit, sagen zwei Drittel, ja, kann ich mir unter bestimmten Umständen vorstellen. Wenn man Ärzte fragt, wären Sie bereit, diese Hilfe zu leisten, sagt etwa ein Drittel der Ärzteschaft, ja, unter ganz, ganz bestimmten Umständen. Es scheint sich also etwas zu bewegen und zu verändern in der Gesellschaft.

Es gibt aber eine politische und von Teilen der Ärztefunktionäre geleitete Gegenbewegung, die sagt: Moment, da ist eine abschüssige Bahn. Auf die wollen wir erst gar nicht kommen. Also, assistierter Suizid, hm, vielleicht in diesem Graubereich weiter behalten, in dem wir jetzt gerade sind, aber auf keinen Fall sollte man das sich weiterentwickeln lassen, was wir jetzt schon sehen, nämlich das Auftreten von Sterbehilfeorganisationen.

Was wäre die Position des Deutschen Ethikrates dazu? Sie haben darüber diskutiert. Wie müssen wir das in Deutschland regeln? Welchen Rat geben wir der Politik? Sie sind ein politikberatendes Gremium. Gibt es eine Position – eine eindeutige?

Christiane Woopen

Wenn ich hier als Vorsitzende des Deutschen Ethikrates spreche, dann tue ich das nicht *für* den Deutschen Ethikrat, weil wir uns dazu noch keine abschließende Meinung gebildet haben. Das heißt, es sind jetzt meine persönlichen Auffassungen, die ich hier nenne. Ich kann natürlich auch berichten über das, was im Ethikrat diskutiert wurde – beispielsweise anlässlich des Gesetzentwurfes, den es zur gewerbsmäßig organisierten Suizidbeihilfe – wieder so ein Wortungetüm – gab. Das heißt, mit der Beihilfe zur Selbsttötung soll Geld verdient werden, um es mal kurz zusammenzufassen.

Bei dem Gesetzentwurf hat der Deutsche Ethikrat, da spreche ich jetzt wirklich für den Ethikrat, einmütig gesagt, dass dieser Gesetzentwurf mehr Probleme schafft als löst. Denn implizit werden damit ja andere, nicht kommerziell orientierte organisierte Angebote von Suizidbeihilfe genehmigt, gebilligt. Wenn man nur das eine verbietet, muss das andere offensichtlich irgendwie erlaubt

sein. Und wir sahen das als ein Problem an. Die Ärzte sahen das auch als ein Problem an und haben gesagt, wir brauchen genau zu dieser viel breiteren Fragestellung, wie möchten wir eigentlich mit Sterben und Tod in unserer Gesellschaft umgehen, ein gründliche Debatte, bevor wir so einen kleinen Bereich irgendwie regeln – und den dann in problematischer Weise.

Moderation

Frau Führer, was ist das für ein Bild in der Gesellschaft vom Leben, von den letzten Jahren des Lebens, von den Jahren auch des Krankseins und der Aussicht auf das Sterben, auf den Tod? Was ist das für eine Stimmung in der Gesellschaft, dass wir über so ein Thema sehr emotional diskutieren, aber sehr stark auch sozusagen unter dem Aspekt: Ich will keine Schmerzen, mir wird keiner helfen. Ich werde nicht ausreichend betreut sein. Wenn ich Erstickungsanfälle habe, wird man mir nicht helfen. Also, eigentlich hat man so das Gefühl, wir zeigen, dass es eine ganz, ganz schlimme Zeit ist, so dass man über dieses Thema dann auch sehr absolut redet, indem man sagt: Sterbehilfe ja oder nein? – Oder ist das Bild völlig falsch?

Monika Führer

Für mich ist spannend, dass es eine neue Diskussion gibt, die den Sterbenden in einer Weise in den Mittelpunkt stellt, die ihm sozusagen die Aufgabe gibt *gelingend* zu sterben. Das ist eine neue Aufgabe. Was müssen wir Menschen im Leben eigentlich noch alles leisten? Wir müssen jetzt auch noch richtig sterben. Ich glaube, das ist ein Aspekt. Vor vielen Jahren gab's den noch gar nicht. Da gab's eine Deutungshoheit zum Beispiel der Spiritualität, sprich, der Kirchen zum Beispiel. Es gab irgendwann auch die Deutungshoheit der Ärzte, die es Gott sei Dank in dieser Weise nicht mehr gibt. Jetzt ist der Sterbende derjenige, der *gelingend* sterben muss.

Was ich auch immer wieder raushöre, ist die Frage der Autonomie. Da ist mir wichtig einzubringen. Das gilt besonders in der Kinder-Palliativmedizin, für die ich heute hier sitze, und das hat ja auch den Hintergrund der belgischen Gesetzgebung. Wir leben Autonomie in Beziehung und nicht als

Elementarteilchen, die frei schwebend im Raum sind. Gerade in der Kinder-Palliativmedizin erleben wir ja, dass die Kinder einbettet in den Familienverband ihre letzte Lebenszeit verbringen. Jetzt komme ich auf Ihre Frage. Diese Lebenszeit ist unglaublich wichtig für alle die Menschen, die rund um diese Kinder sind, für die Eltern, für die Geschwister, für diejenigen, die weiterleben müssen mit diesem Sterben.

Palliativmedizin ist angesprochen worden, Hospizbewegung. Es geht sehr viel um das Wie des Sterbens. Und dazu können wir sehr viel beitragen, nämlich zum Beispiel durch die Frage nach Schmerz oder Symptomen. Ich glaube, dass sich die Frage der Selbsttötung ganz selten dort darstellt, wo Symptome nicht gelindert werden können – das können wir tatsächlich den Menschen als Ärzte versichern – sondern eher da, wo plötzlich die Sinnfrage sich stellt, also wo Menschen ihren Sinn im Leben verlieren.

Franz Müntefering

Ich will doch noch mal ganz schnell auf das Gelingen kommen. In den letzten 30, 35 Jahren haben wir in Deutschland eine Diskussion. Es ist ja nicht neu, was wir jetzt machen. 1984 gab es das erste Hospiz in Aachen. Hospizähnliche Ansätze gab es vorher schon. Wir haben dann über die Palliativmedizin gesprochen und über die Möglichkeiten, die sich damit verbinden, Schmerz zu reduzieren. Das Sterben war früher nicht schöner als heute, sondern wir haben eine positive Entwicklung gemacht. Deshalb bin ich auch so empfänglich gegenüber dieser Art und Weise, wie über Menschen gesprochen wird, die pflegebedürftig sind. Man muss an die denken, die da liegen, und an die, die sie begleiten. Was ist das eigentlich für ein Bild, was man sich davon macht? Wie wertvoll ist das eigentlich, was da gelingt?

Deshalb sage ich: Da ist die Tatsache, dass die Zahl der Suizide sich seit 1980 ungefähr halbiert hat. Es kann mir auch keiner sagen, woran das eigentlich liegt. Es wird eine Grauzone geben, aber ich sage, die Betreuung in dieser Phase ist nicht schlechter geworden, sondern eher besser und zielgerichteter. Daran müssen wir arbeiten. Deshalb, wenn es um Hilfe geht, sage ich: Ja, alle

in den Blick nehmen, alle 870.000 und nicht nur die 1,2 Prozent – die auch. Aber da muss ich sagen, die Hälfte davon ist depressiv. Vielleicht könnte man ihnen ja helfen. Wenn aber ein Mensch depressiv ist, kann ich den eigentlich gehen lassen? Kann ich eigentlich sagen, *gut, dann mach das mal?* Oder muss ich ihm nicht sagen, *ich versuche dir zu helfen?*

Ich möchte schon darauf bestehen, dass dies eine wichtige Debatte ist und dass das Gelingen nicht eine Überhöhung ist, sondern dass es darum geht, wirklich in der Gesellschaft darüber zu sprechen, was wir tun können, damit das letzte Stück des Lebens, das Sterben, nicht abgeschnitten wird, sondern dass wir dafür die nötige Zeit, auch das nötige Geld zur Verfügung stellen. Das ist eine Herausforderung, die in den nächsten Jahren und Jahrzehnten nochmal dramatisch anwachsen wird, weil so viele so viel älter werden. Deshalb ist das eines, was auch unter Nützlichkeitsabwägungen angesprochen werden muss.

Ich bin doch der Meinung, dass man das Gelingen aufnehmen muss und dass man versuchen und sagen muss: Was können wir tun, damit die Menschen Mut, auch Zuversicht haben für dieses letzte Stück des Lebens?

Udo Reiter

Gar keine Frage, was hier auf dem Sektor Palliativmedizin, Hospizbewegung passiert, ist vernünftig und unterstützenswert und muss in Zukunft auch ausgebaut werden. Das ist gar nicht die Frage. Die Frage ist nur: Ist das der Weg, den nun alle gehen *müssen*? Es gibt ja vielleicht doch auch Leute, die das nicht wollen, die sich nicht in einem Zustand, wo sie mehr und mehr ihr eigenes Ich verlieren, von anderen pflegen lassen, meinetwegen auch schmerzfrei stellen lassen wollen, sondern wie Hans Küng, immerhin katholischer Theologe, sagen: Ich möchte nicht als Schatten meiner selbst bis zum Ende weiterleben müssen.

Einwurf Müntefering

Das hat Walter Jens auch gesagt, er hat es ja nicht gemacht.

Ja, er hat es nicht gemacht, aber für die, die es wollen, muss es einfach die Möglichkeit zu einem Ausweg geben, der einigermaßen menschenwürdig ist, dass sie sich eben nicht vor den Zug werfen oder aufhängen müssen, sondern dass es hier einen vernünftigen, begleiteten Suizid gibt.

Was mich so stört an dem Ganzen, ist, dass die Mehrheit der Bevölkerung – und zwar in allen Umfragen zeigt sich das – sich so etwas wünscht und so etwas will und dass es in der Politik nicht aufgegriffen wird, sogar dass es im Gegenteil eine Bewegung gibt, die jetzige Gesetzeslage noch zu verschärfen – gegen den erklärten Willen der Bevölkerung. Das, finde ich, ist nicht in Ordnung. Es muss auf der Basis von Freiwilligkeit und Selbstbestimmung auch diese Möglichkeit einer Exitstrategie, wie es vorher genannt wurde, geben. Das ist mein Ansatz.

Michael de Ridder

Ich würde gerne nochmal an das Gelingen anknüpfen, Herr Müntefering. Natürlich ist das Gelingen des Sterbens heute schon – ich würde doch sagen – schwieriger geworden. In einer Zeit, in der wir, und das ist etwa seit den 50er und 60er Jahren der Fall, über intensivmedizinische Möglichkeiten verfügen, über die wir vorher nicht verfügt haben, das heißt, wir können Wiederbeleben, wir können Dialysieren, wir können Schrittmacher legen, wir können viele, viele Dinge tun, die das Leben verlängern, heißt das auch, dass die Medizin trotz all ihrer Errungenschaften Existenzweisen geschaffen hat, die als tragisch zu bezeichnen sind.

Ich erinnere an die Niedersächsische Frau Koch, die nach einem schweren Unfall hoch querschnittsgelähmt war mit einer dauernden Beatmungspflicht und die irgendwann den Wunsch äußerte, sterben zu wollen. Sie ist in die Schweiz gefahren, was gar nicht nötig gewesen wäre, weil sie hier auch unter palliativer Sedierung hätte sterben können. Das ist nicht passiert, weil sie schlecht beraten worden ist, was etwas über den Zustand der Justiz und auch über den Zustand der beratenden Ärzteschaft aussagt.

Hier werden also unter Umständen Existenzweisen geschaffen, die zu ertragen irgendwann nicht mehr möglich sind für die Betroffenen. Es gibt natürlich hoch Querschnittsgelähmte und ich kenne einige, die mit ihrem Schicksal umzugehen lernen und dabei noch ein gutes Leben haben. Aber wer das *Wie* für sich entscheidet, das entscheiden nicht Sie und nicht ich, das entscheidet letztlich der oder die Betroffene selbst.

Ich wollte noch etwas zu dem sagen, was Sie sagten, Frau Woopen. Sie sagten, und das finde ich richtig, die Ärzteschaft braucht Zeit, um eine interne Meinungsbildung zu finden. Was ist 2011 passiert? Wir haben einen Bundesärztekammerpräsidenten Montgomery, der im Juni auf dem Kieler Ärztetag sozusagen handstreichartig durchgesetzt hat, dass die Bundesärztekammer die Empfehlung gibt, dass der ärztlich assistierte Suizid zu sanktionieren ist und Ärzte in irgendeiner Weise dann zu bestrafen sind. – Gott sei Dank hat die Bundesärztekammer nur empfehlenden Charakter. Die Landesärztekammern müssen das umsetzen. Einige haben diese Empfehlung umgesetzt, andere nicht.

Ich fand diesen Tag einen schwarzen Tag für die deutsche Ärzteschaft. Warum? Weil wir unseres individuellen ärztlichen Gewissens enthoben worden sind. Gewissen wird jetzt von der Bundesärztekammer quasi verordnet. Ich persönlich bin ein Anhänger dessen, was der vormalige Bundesärztekammerpräsident Prof. Jörg-Dietrich Hoppe gesagt hat. Er ist mittlerweile verstorben. Er hat gesagt: *Die Suizidassistenz ist keine ärztliche Aufgabe, aber sie sollte möglich sein, wenn der Arzt das mit seinem Gewissen vereinbaren kann.* – Genau das ist für mich der Kern der Debatte, wenn es darum geht: Schaffen wir ein *Sterbehilfegesetz* – in Anführungszeichen –, was Herr Gröhe gerne möchte, in dem wir die ärztliche Suizidassistenz untersagen? Das ist durchaus in all den Publikationen nicht klar. Herr Gröhe möchte *jegliche* Suizidassistenz untersagen, und zwar die von Angehörigen und auch die von Ärzten.

Richtig finde ich, dass organisierte Sterbehilfe, vor allen Dingen gewerbsmäßige, untersagt wird. Denn diese Art der Hilfeleistung gehört für mich in den Intimraum von Arzt und Patient. Nur ein Arzt, der seinen Patienten kennt, der seine Leidensgeschichte kennt, der seine Krankheitsverarbeitung kennt, hat sozusagen die Kompetenz und hat die Nähe zu seinem Patienten, um eine solche schwierige Entscheidung treffen zu können und zu beurteilen, ob er damit konform gehen kann und ob er selber letztlich überzeugt ist, auf diese Weise zu helfen.

Einwurf Müntefering Das ist aber nicht das, was Herr Reiter sagt. Wir reden über sehr unterschiedliche Dinge.

Moment, ich rede jetzt gerade über das, was ich mir für die Ärzteschaft vorstelle.

Moderation

Die Debatte wird in diesem Jahr noch einmal dadurch angeheizt, dass in Belgien gerade entschieden worden ist, dieser ärztlich assistierte Suizid sei auch für Minderjährige möglich. Das haben Sie vorhin schon angesprochen, Frau Führer. Sie begleiten Kinder, die sterben müssen. Sie begleiten die Familien. Ist das aus Ihrer eigenen Erfahrung eine Option, die an Sie herangetragen wird? Oder ist das ein Anzeichen dafür, dass wir tatsächlich auf diese abschüssige Ebene geraten. – Schildern Sie vielleicht mal aus Ihrer Praxis, was Sie da erleben.

Monika Führer

Aus der Praxis haben wir es eigentlich mit dem Gegenteil zu tun, mit dem Ringen der Kinder, der Jugendlichen vor allen Dingen, und auch der Eltern, um das Leben dieser Kinder. Es ist das *nicht mehr* oder *nie mehr tun können*, häufig das *noch nie irgendwas erlebt haben*. Das spielt bei den Jugendlichen eine ganz große Rolle. In dem Alter darf man nicht sterben müssen.

Deswegen ist es häufig ein Ringen darum. Ich habe ganz intensiv nachgedacht und mir fällt eine junge Patientin ein. Darüber gibt's auch einen Film. Das ist Wenke mit einem Hirntumor gewesen, die sich sehr intensiv auf ihren Tod vorbereitet hat. Und es gab einen Punkt in ihrer Geschichte, wo sie tatsächlich dann, nachdem sie sich intellektuell damit auseinandergesetzt hat, gespürt hat, wie sie die Kräfte verlassen haben und sie damit gehadert hat, dass ihr Engel sie nicht jetzt holt. Das war das einzige Mal, wo ich tatsächlich mit dieser Frage konfrontiert war.

Da ging es nicht um Schmerzen, sondern da ging es eigentlich darum, dass Wenke in diesem Moment mit der Tatsache allein war: Habt ihr eigentlich verstanden, dass ich *wirklich* sterben muss? – Das ist die Erschütterung, die bei jedem Kind, in jeder Familie und auch bei jedem Jugendlichen kommt: Es ist jetzt wirklich so, dass ich dieses Leben hergeben muss. Das war nicht die Bitte an mich, *bitte bring mich um*, also nicht die Bitte nach aktiver Sterbehilfe, sondern es war die Notwendigkeit einer Begleitung, einer Familie, die noch versucht hat, Normalität zu leben, und die dann verstanden hat, sich mit Wenke zurückzuziehen und sie auf diesem Weg in dieser dann auch gehaltenen Atmosphäre zu begleiten. Da war sie ein Stück weiter und war allein mit dieser Gewissheit. Deswegen kam dann auch diese Notwendigkeit.

Ich glaube, dass wir manchmal an den echten Bedürfnissen vorbei gehen. Es geht nicht um Schmerz, und wenn, dann geht es um den existenziellen Schmerz, nicht um den körperlichen, sondern den existentiellen Schmerz, sterben zu müssen.

Moderation

Herr Reiter, wenn ausgeschlossen ist, dass man dieses Gelingen – ich finde diese Formulierung sehr sympathisch – der letzten Lebensphase, des Sterbens, wenn man das nicht dem Markt und den Geschäften überlassen will, wem darf man es dann und wem kann man es überlassen? Der Politik, einem Gesetz, das alles regelt, dem Ethikrat, der möglicherweise 42 sagt und wir wissen trotzdem nicht, was er meint? – Wie ist Ihre Perspektive? Wie kann man dieses

Gelingen so absichern, dass sich alle Beteiligten an diesem Gelingen beteiligen können und sicher sind, dass sie es zum Wohle des Menschen und auch zum Wohle der Angehörigen machen? Denn sie nehmen ja Abschied.

Udo Reiter

Ich denke, die entscheidende Rolle hat jeder für sich selbst. Ich will diese Entscheidung selbstbestimmt treffen und will sie mir nicht vorschreiben lassen von irgendwelchen Gruppierungen. Selbst die Rolle des Arztes, die Sie gerade angesprochen haben, geht mir eigentlich ein bisschen zu weit. Ich will Hilfe haben, aber die Entscheidung kann ich schon selber treffen. Da brauche ich keine Unterstützung und Beratung.

Klar ist, dass man Ärzte nicht dazu zwingen darf und kann, aber es gibt ja genügend Ärzte, die dazu bereit wären. Deswegen muss man halt Organisationen schaffen, in denen das dann geschehen kann. Es gibt ja Exit oder Dignitas. Ich denke, solche Einrichtungen wären ein vernünftiger Weg. Und den Vorwurf, dass das gewerbsmäßig sei, verstehe ich nun ganz und gar nicht. Der ganze Medizinbetrieb ist gewerbsmäßig. Jedes Krankenhaus erzielt Gewinn, jede Arztpraxis. Oder schauen Sie sich die Frage am Lebensbeginn an: Hunderttausend Schwangerschaftsabbrüche im Jahr in Deutschland, die zahlt alle ohne mit der Wimper zu zucken die Krankenkasse. Aber wenn für die Sterbehilfe was abgerechnet wird, dann soll das plötzlich das absolut Böse und Verwerfliche sein. – Das erschließt sich mir gar nicht.

Also, ich will die Selbstbestimmung für jeden Einzelnen. Wenn er ins Hospiz gehen will, soll er gehen, aber wenn er nicht gehen will, muss er auch diese Möglichkeit haben und dazu einen vernünftigen Weg. Das kann nicht gesetzlich verboten oder unter Strafe gestellt werden. Das finde ich absurd.

Christiane Woopen

Ich habe eine Rückfrage. Aber dazu muss ich erklären, warum ich mit meiner Position wirklich vollständig mit Herrn de Ridder einig bin. Das hat im Wesentlichen zwei Gründe: Wenn man sterbende Menschen begleitet oder

Menschen mit Todeswunsch begegnet, dann merkt man sehr oft, dass sie eine Ambivalenz haben, dass da der Todeswunsch ist, aber gleichzeitig auch noch ein Lebenswunsch. Insofern finde ich es sehr gut, wenn jemand an der Seite dieser Menschen ist, der diese Ambivalenz auch ganz achtsam aufnehmen und sie begleiten kann. Denn das kann auch in Wellen verlaufen. Jeder Palliativmediziner sagt Ihnen, dass je nach dem, in welchem Zustand man ist, mal das eine, mal das andere im Vordergrund steht. Und ich möchte, dass wir in einer Gesellschaft leben, wo an der Seite solcher Menschen, neben Familie und Freunden, aber professionelle Vertreter sind, die ein Gefühl dafür haben und die damit umgehen können und die nicht unter einer merkwürdigen Vorstellung von Selbstbestimmung sagen: *Na, der hat jetzt gesagt, jetzt will er sterben, dann ist es ja auch gut.*

Jetzt kommt meine Rückfrage an Sie: Sie reden immer über sich. Das finde ich auch vollkommen in Ordnung und dazu ist auch nichts zu sagen. Aber wenn man das zu einem Normalfall für diese Gesellschaft macht, was setzt man damit für ein Signal? Wird es dann normal, einen Verein in Anspruch nehmen zu sollen, weil man alt ist, weil man anderen zur Last fällt, weil man vielleicht teuer ist in der Pflege oder so etwas? Gibt es dann so ein gesellschaftliches Klima: *ich sollte mich jetzt hier doch mal lieber vom Acker machen, damit die Belastungen irgendwie nicht zu groß werden?* – Und wenn das dann so leicht ist und keiner irgendwie drauf schaut und mal zurückfragt, *vielleicht ist es ja noch gut zu leben*, also mal erspüren, ob da noch so etwas wie ein Lebenswille da ist (...).

Ich möchte einfach Strukturen haben in dieser Gesellschaft, die den letzten Ausweg nicht verbauen, die es dem Arzt möglich machen, seinem Gewissen zu folgen, aber nicht einfach, weil er es anbietet oder am Besten noch, wie der Verein Sterbehilfe Deutschland, als Turbo-Suizid für die Reichen, je mehr man bezahlt, desto schneller kriegt man es, ja, gucken Sie sich die Satzung mal an, so ist das....

Aber meine Rückfrage an Herrn Reiter ist: Was Sie, wenn ich Ihre Veröffentlichungen richtig verstehe, sagen, ist: *Ja, wenn es da eine Fehlentscheidung gibt, Pech, kommt überall vor.* – Dafür ist mir das Leben dann doch ein bisschen zu wichtig.

Udo Reiter

Ich würde es nicht so salopp formulieren, wie Sie es sagen.

Einwurf Woopen Das war fast wörtlich zitiert.

Aber eben nur *fast*, das ist das Entscheidende. Aber die Selbstbestimmung hat einen ganz hohen Stellenwert in unserer Gesellschaft. Das ist praktisch die Vorstellung, auf der unsere ganze Verfassung, unser Grundgesetz beruht. Das kann man nicht einfach aus irgendwelchen Betreuungsabsichten, und seien sie noch so gut für bestimmte Lebensbereiche, dann ausschließen und erklären, jetzt gilt es plötzlich nicht mehr, sondern jetzt entscheiden wir für den.

Dass das Angebot da ist, jemanden in so einer schwierigen Phase zu beraten – völlig d'accord. Aber dass ich gezwungen werde, mich betreuen zu lassen und dann plötzlich nicht mehr über mein eigenes Leben selbst bestimmen zu dürfen, das geht mir ganz entschieden zu weit.

Jetzt will ich noch was sagen: Die Leute in der schwierigen Phase, vielleicht mit Depressionen oder Jugendliche aus Liebeskummer oder dergleichen, die erreichen sie ja jetzt auch nicht, sondern die gehören ja zu den Zehntausend im Jahr, die sich in Deutschland so umbringen. Während, wenn man ein Verfahren einführen würde mit irgendwelchen Gesellschaften, in denen Ärzte tätig sind, die das machen, dann haben Sie zumindest die Möglichkeit, den in dem Verfahren anzusprechen und ihm dann vielleicht eine Rettung anzubieten. Wenn er sie nimmt, ist es gut, wenn nicht, ist es sein Recht. Und das meinte ich vorher. In einer freien Gesellschaft, wo Sie frei entscheiden können, haben Sie auch das Risiko, mal eine falsche Entscheidung zu treffen. Das ist der Preis der Freiheit und den will ich mir auch von niemand nehmen lassen.

Michael de Ridder

Herr Reiter, dem würde ich gerne etwas entgegenen. Richtig verstandene Selbstbestimmung, und Sie haben völlig Recht, unser Grundgesetz gibt uns diesen großen Freiheitsraum, aber diese Freiheit erfordert Verantwortung bei dem, der diese Freiheit wahrnimmt. Diese Verantwortung nehmen Sie aus meiner Sicht nur dann richtig wahr, wenn Sie in den Dialog gehen, wenn Sie in den Dialog mit denjenigen gehen, die Ihre Umwelt, Ihre Mitmenschen, Ihre Angehörige, Ihre Freunde, die Ihr Arzt sind.

Ich denke, ich bin als Arzt, der Suizidhilfe leistet, kein Dienstleister. Ich bin zwar Arzt, aber ich bin auch jemand, der im Dialog mit Ihnen ist. Ich bin ein Mitmensch von Ihnen. Und als dieser sind auch Sie in gewisser Weise – ich sage mal – *verpflichtet*, formal sind Sie es nicht, Sie haben formal Recht, aber eigentlich sind Sie verpflichtet, mit mir in einen Dialog zu gehen und mich zu überzeugen. Und ich möchte überzeugt werden von Ihnen, wenn Sie Suizidhilfe wollen. Und Sie können sich darauf verlassen, dass ich – ich sage das jetzt mal so – ein offenes Ohr habe und dass ich nicht meine Wertvorstellungen den Ihren überstülpe. Es geht darum, dass Sie mir plausibel und transparent machen, dass ich es nachvollziehen kann. – Dann, denke ich, ist das ein Vorgang, ist das ein Akt, der unter Umständen nicht nur ethisch gerechtfertigt ist für den Arzt, sondern der sogar ethisch geboten sein kann.

Einwurf Reiter Darüber können wir reden.

Monika Führer

Was ich bei Ihnen, Herr Reiter, heraushöre, ist ganz stark das Einfordern von Respekt – Respekt dieser Entscheidung gegenüber. Ich glaube, eine wirklich große Rolle spielt der Respekt vor dem Leben, aber auch vor dem Tod. Dieser Respekt vor der Entscheidung wird dann ganz oft mit Füßen getreten, wenn Ärzte – und jetzt komme ich auf die ärztliche Rolle zurück – sich davor drücken, Gespräche zur Prognose zu führen.

Wenn ich heute eine jugendliche Patientin habe, die 14 ist und die einen malignen Tumor hat und ihre Chemotherapie fortführt, weil sie einen Querschnitt hat und niemand den Mut hat, dem Mädchen zu sagen, *dein Querschnitt wird davon nicht mehr weggehen, wärst du immer noch bereit, die Chemotherapie weiterzumachen, wenn du weißt, dass das so ist...* Ich glaube, das ist dieser Respekt, den Sie berechtigterweise einfordern und wo wir uns Gedanken dazu machen, wie wir die Gespräche führen, und wo Ärzte sich gerne, weil das so wahnsinnig schwer ist, auch retten in Gespräche darüber, was wir therapeutisch alles machen können, und sich vor diesen Prognosegesprächen drücken. Der Respekt vor dem Leben, ganz arg aber auch der vor dem Tod, ist mir wichtig.

Andererseits ist für uns als Palliativmediziner eine andere wichtige Voraussetzung für unsere Arbeit, dass wir nicht den Tod mitbringen. So viele Familien haben mir gesagt, *wir hätten uns so viel leichter getan, Sie früher in Anspruch zu nehmen, und der Weg wäre auch so viel leichter gewesen, wenn wir nicht so eine unglaubliche Angst vor der Palliativmedizin gehabt hätten.* Das heißt, wenn das quasi etwas ist, was wir mitbringen, den Tod im Angebot und nicht die Lebensqualität, die sich die Palliativmedizin auf die Fahnen schreibt, dann tun sich unglaublich viele Menschen sehr viel schwerer, dieses wichtige Angebot anzunehmen. – Sie sehen, in welchem Spannungsfeld wir uns da befinden.

Franz Müntefering

Das Sein bestimmt das Bewusstsein. Ich bin nicht mehr im Bundestag, aber lassen Sie mich ein bisschen aus der Position heraus argumentieren. Die Debatte, die wir jetzt machen, ist ja nicht neu. Wir haben die Patientenverfügung diskutiert, haben über all diese Möglichkeiten gesprochen. Wir haben das sozusagen abgeglichen: Was kann man machen? Wie kann man damit umgehen?

Das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen ist ganz hoch anzusetzen. Deshalb ist Suizid auch nicht strafbar. Das ist richtig. Aber der Politiker, der Bundestag,

der entscheidet, muss sich klar sein, dass er die Verantwortung fürs Ganze trägt. Die Frage ist: Wie weit macht man das auf? Was passiert dann eigentlich, wenn ich sozusagen wie Herr Reiter es umfassend mache – wir haben auch beim letzten Mal darüber diskutiert, *soll das für jedes Alter sein – ja*.

Die Vorstellung, dass ich noch nicht schwerkrank, dass ich nicht im Sterbeprozess bin, dass ich aber Angst davor habe, dass ich in fünf Jahren dement oder pflegebedürftig werde und jetzt hole ich mir meinen Cocktail ab und dass das organisiert ist und möglicherweise auch noch auf Krankenschein zu verschreiben ist, das ist für mich schon eine ziemlich schwierige Vorstellung. – Dafür wird auch geworben werden. Darüber wird auch gesprochen werden. Es wird immer etwas locker über die Politik und Ärztefunktionäre gesprochen, das ist schon eine wirklich schwierige Entscheidung. Was kann man an der Stelle machen?

Meines Erachtens kann es nicht die Lösung geben: Wir machen es offen, wer will, der kann gehen. Der muss das nicht begründen, kann das selbst bestimmen – ob er 15 ist oder 55, kann er machen.

Kann das Alter wichtig sein? Mit 74 kann man noch gut dabei sein. Wo will man die Altersgrenze setzen? Mit wie viel Jahren kann ich da hingehen und sagen, ich hätte das gerne? Ist ein schweres Handicap, mit dem ich vielleicht auf die Welt gekommen bin, oder eine schwere Krankheit ein Grund an sich, zu meinem Arzt zu gehen und sagen: *Das kann alles ganz schief laufen, also hilf mir, dass ich mich töten kann*. Das glaube ich nicht.

Dann gibt es Grenzsituationen, die eben hier beschrieben wurden. Dafür, haben wir gesagt, machen wir eine Patientenverfügung. Und natürlich ist längst klar, auch den Politikern, so muss das auch sein, Schmerzminderung und -Linderung geht vor Verlängerung der Lebenszeit. Lebensverlängernde Maßnahmen zu unterlassen oder auch abubrechen, was lange umstritten war, ist möglich. Das muss man auch wissen. Das heißt, ich glaube, dass – wenn man diese Anfrage an die Menschen stellt, bist du dafür oder dagegen – die

dann sehr unterschiedliche Vorstellungen haben, jedenfalls nicht hinreichende über die Komplexität der Situation. Wenn man das alles mal den Menschen erklärt, was da möglich ist, dann reduziert sich das schon sehr. Dann geht auch jede Polemik da raus. Da bin ich hier auch ganz gelassen und sage: Ich weiß ganz genau, dass ich das nicht hinkriegen kann. Und wenn ich zu irgendeinem Vertrauen hätte, dann wäre das nicht eine Schiedsstelle, die das entscheidet, sondern der Arzt oder die Ärztin, die unmittelbar im Umfeld ist. Ich kann mir nicht vorstellen, dass das so eine Gutachterkommission in Deutschland machen soll, die nun entscheidet: Darfst du dich umbringen, ja oder nein?

Über einen Punkt haben wir noch nicht gesprochen, der mir ganz wichtig ist: Wir werden mehr alte Menschen sein und wir kommen in eine Situation, in der Nützlichkeitsabwägungen eine zunehmend große Rolle spielen bei älter werdenden Menschen. Ich möchte nicht, dass wir in einer Gesellschaft leben, in der älter werdende wissen, ich kann sehr schnell bei Mozartmusik und einem süßen Cocktail gehen und kann alle, die mir lieb sind, von den Kosten entlasten, die sie mit mir haben, und von allem, was da dran hängt. – Da sage ich: Vorsicht, Vorsicht, Vorsicht! Das alles geht einem Abgeordneten durch den Kopf, wenn er entscheiden muss.

Moderation

Ist diese Nützlichkeitsdebatte oder diese Unterstellung der Nützlichkeitsdebatte nicht in gewisser Weise – verzeihen Sie dieses dumme Wortspiel – ein *Totschlagargument*? Vielleicht stimmt sie gar nicht.

Franz Müntefering

Das kann ich Ihnen aber sagen, dass das stimmt. Da müssen Sie mal mit Menschen sprechen, die sagen, ich will nicht, dass die Last auf die geht und ich weiß, ich kann meiner Familie das nicht zumuten. Und das soll nicht passieren und das soll nicht passieren... Und deshalb sage ich, jedenfalls als Abgeordneter muss ich sehr wohl überlegen, was denn eigentlich dann da an der Stelle passiert.

Moderation

Sind es nicht genau diese Punkte, die uns dazu führen, darüber zu diskutieren, ob wir nicht doch mehr regeln und organisieren müssen? Herr de Ridder hatte vorhin geschildert, wie er im persönlichen Gespräch mit einem möglicherweise betroffenen Patienten sich überzeugen möchte, wie stark der Sterbewunsch ausgeprägt ist, ob dem noch anderswie zu helfen ist. Wir befinden uns in einem Graubereich, der sich auch noch unterscheidet von Bundesland zu Bundesland, je nachdem, wie die Landesärztekammer ihren Ärzten empfiehlt damit umzugehen.

Frau Woopen, Sie sind nicht nur Vorsitzende des Ethikrates, Sie waren auch lange Zeit selbst aktiv medizinisch tätig. Leben Ärzte gut in diesem Graubereich? Müssen wir ein Lob der Grauzone anstimmen?

Einwurf Müntefering Sagen wir lieber *Grenzbereich*. Grau klingt schon wieder so, als ob das nicht in Ordnung wäre.

Ein Lob der Unschärfe, sage ich mal ganz neutral. Sollen wir ein Lob der Unschärfe anstimmen und sagen, das ist ganz gut, dass es vielleicht im individuellen Verhältnis zwischen Arzt und Patient passiert? Oder müssen wir nicht doch, um zum Beispiel das, was Herr Müntefering befürchtet, auszuschließen, sagen, wir brauchen eine professionelle Sterbebegleitung, wir brauchen Regeln, wir brauchen Transparenz für das ganze Verfahren?

Christiane Woopen

Für beides lassen sich sicherlich gute Argumente finden. Aber mein Plädoyer wäre, im Rahmen eines größeren Paketes davon, wie wir mit Sterben und Tod umgehen, es in der Intimität dieser Beziehung zwischen Arzt und Patient zu belassen.

Denn alles das, was man regelt, kriegt den Charakter des Normalen, des Regulierbaren, des Administrativen. Wir haben aber hier eine existenzielle Entscheidung. Ich traue den Ärzten zu, sie auf sich zu nehmen. Und wer sie

nicht auf sich nehmen möchte, wer es mit seinem Gewissen nicht vereinbaren kann, der muss es nicht tun. Er hat dann vielleicht schon die Verantwortung, dem Patienten auch jemanden an die Hand zu geben, der es tun würde, wenn er es selber nicht tut. Also, den Patienten damit ganz alleine zu lassen, halte ich auch nicht für richtig.

Aber wir brauchen es in der Ausbildung stärker. Wir müssen es eigentlich schon in der Schule unseren Kindern beibringen, was es bedeutet zu sterben, einen Menschen im Sterben, in einer schweren Krankheit zu begleiten. Es muss irgendwie normaler werden, über diese Dinge zu sprechen, und auch zu Hause sein zu können durch den Ausbau von Hospizen, von ambulanten Palliativdiensten. Es muss irgendwie mitten in das Leben hineingeholt werden als eines der Teile des Lebens.

Ich halte insofern nichts von dieser Regulierung. Es ist mir zu bürokratisch. Und es wird mir zu sehr *Normalfall*.

Michael de Ridder

Frau Woopen, ich würde sagen, wir brauchen kein Gesetz, weil – wie Sie sagten, Herr Müntefering – die Variabilität der Zustände und Möglichkeiten am Lebensende so unendlich groß ist. Was wir brauchen, sind gewissenhaft handelnde und entscheidende Ärzte. Die müssen, wie Sie richtig sagen, gut ausgebildet werden. Wir haben ein ärztliches Curriculum heute, was dem bei Weitem nicht entspricht, das, was Palliativmedizin überhaupt in unserer Gesellschaft ist. Ich bin selber, obwohl ich ein Plädoyer hier für die ärztliche Suizid-Assistenz halte, Gründer eines Hospizes und ich bin Vorsitzender einer Stiftung für Palliativmedizin. – Von daher will ich sagen: Diese beiden Pole sind für mich kein Widerspruch, sondern sie sind formal gesehen komplementär. Das heißt: Gute Palliativmedizin ist notwendig und wir brauchen viel, viel mehr davon.

Jetzt will ich noch etwas zu Ihren Befürchtungen sagen, Herr Müntefering. Natürlich müssen wir alles tun als Gesellschaft, und heute ist ja ein erster

Schritt gemacht worden und vielleicht geht er ja auch noch weiter, dass die Pflege eine ganz andere Aufmerksamkeit in unserer Gesellschaft erfährt. Es kann nicht sein, da würde ich Ihnen immer zustimmen, dass ein Mensch einen Suizidwunsch äußert, weil das, was er hier in unserer zivilen Gesellschaft erwarten und auch einfordern kann und nicht bekommt, zum Grund für einen Suizidwunsch wird. Das muss ausgeschlossen sein. Und das ist die Aufgabe der Politik!

Aber es gibt Menschen, die jenseits von Pflegebedürftigkeit, auch bei bester palliativmedizinischer Betreuung und bei Information über alle Optionen, die sie haben, dennoch wünschen, wie Sie es sagen, Herr Reiter, selbstbestimmt zu sterben und sich auch diesen Zeitpunkt nicht aus der Hand nehmen lassen wollen. Das muss im Grunde in unserem Staat gewährleistet sein, der auf einer säkularen Verfassung fußt, so sehr ich respektiere, dass andere Glaubensgemeinschaften etc. hier eine andere Auffassung haben.

Udo Reiter

Ich finde das ausgesprochen wichtig, dass Sie sagen, es muss beide Pole geben. Es muss die Palliativ- und Hospizbetreuung geben und es muss die Möglichkeit geben, einen anderen Weg zu gehen. Mir kommt es manchmal ein bisschen so vor – in Diskussionen passiert einem das öfter – dass die Hospiz- und Palliativbewegung jetzt als Lösung des gesamten Sterbeproblems dargestellt werden. Das scheint mir auch ein falscher Akzent zu sein.

Wenn man manchmal die Leute hört, die darüber berichten, könnte man fast den Eindruck kriegen, es gibt nichts Schöneres als dort zu sterben. Da wird einem die Hand aufgelegt und in die Augen geschaut und die Hand gestreichelt und nochmal über das Leben geredet. Ich habe auch andere Situationen gehört und mir berichten lassen, wo die ganze Grässlichkeit des Todes und des Sterbens auch in der Palliativmedizin da ist. Von daher gesehen, denke ich, muss man wirklich beide Pole haben. Das andere ist kein Ausweg. Da stimme ich Ihnen völlig zu.

Christiane Woopen

Darf ich zur rechtlichen Frage etwas ergänzen: Inwiefern müsste man jetzt tatsächlich gesetzlich aktiv werden? – Strafrechtlich muss man vielleicht gar nicht aktiv werden, es sei denn, man möchte wirklich diese Vereine irgendwie auf dem strafrechtlichen Wege verbieten. Das kriegt man aber vielleicht sogar auch verwaltungsrechtlich hin. Dazu müssen die Juristen was sagen.

Was man ändern müsste, wären neun Landesberufsordnungen. Denn in neun Ländern sind die Berufsordnungen tatsächlich so ausgestaltet, wie Herr de Ridder das beschrieben hat, dass der Arzt das nicht darf. In den verbleibenden acht ist es so geregelt, dass entweder gar nicht geregelt ist oder dass es heißt, er *sollte nicht*, also ist da eine gewisse Öffnung. In den Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung heißt es: Es ist keine ärztliche Aufgabe. Das kann stehenbleiben. Das ist in Ordnung. Aber was ich mir schon wünsche, ist, dass die Ärzte, die es mit ihrem Gewissen vereinbaren können es zu tun, dafür auch anerkannt und nicht gescholten werden und es dann heißt, ja, sie verstoßen gegen ein ärztliches Ethos, das die Ärzte an sich so gar nicht teilen, weil mindestens ein Drittel der Ärzte durchaus dazu bereit ist, auch eine solche Gewissensentscheidung mit ihren Patienten zu gehen.

Und wir müssen das Betäubungsmittelrecht ändern, damit tatsächlich die Mittel zur Verfügung stehen können, wenn dieser Schritt denn in den Ausnahmefällen, auch unter Bedingungen der Palliativmedizin möglicherweise, gegangen wird.

Monika Führer

Das ist alles ganz richtig, wenn der Gesetzgeber den Weg auch weitergeht, den er beschritten hat und der eigentlich eine Erfolgsgeschichte ist, nämlich die Möglichkeit, den Sterbenden die optimale Betreuung zu Hause zukommen zu lassen. Das ist ein Erfolgsmodell in Deutschland, das gefährdet ist.

Nachfrage Moderation Woran hängt es?

Das hängt einerseits daran, immer noch zu wenige Kollegen zu haben, die sich auf diese Medizin spezialisieren, sowohl in der Pflege als auch in der Ärzteschaft. Das liegt auch an der Finanzierung und es liegt natürlich auch daran, dass wir eine flächendeckende Versorgung brauchen, die in den gering besiedelten Gebieten besonders schwierig ist. Da muss man dann vielleicht auch mal akzeptieren, dass niedrige Patientenzahlen 24 Stunden von einem Team versorgt werden, das eine bestimmte Mindeststärke haben muss. Was schon auch immer wieder durchschimmert, auch bei der Diskussion in Belgien, ist: Menschen, auch Ärzte, auch Pflegende erschöpfen sich in ihrer Fähigkeit, emphatisch zu sein. Das ist etwas, was ganz gefährlich sein kann auch in diesem Bereich. Und es ist wichtig, dass die Ressourcen da sind, dass die Unterstützung da ist und dass die Teams nicht sich in die Selbstausschöpfung treiben. Das ist mir ein wichtiges Anliegen, dass ambulante spezialisierte Palliativmedizin auch weiter in der Form ausgebaut wird.

Christiane Woopen

Die muss aber gar nicht ausgebaut werden. Das Geld dafür ist ja da. 240 Millionen oder so sind dafür eingestellt. Davon sind 100 Millionen abgerufen worden, weil die Strukturen so sind, dass es in diesen Direktverträgen zwischen den Teams und den Kassen, dadurch dass das damals in diesem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz irgendwie eingeführt wurde, dass die Vertragsgestaltung so schwierig ist. Dadurch kommt es dazu, dass sie tatsächlich nicht flächendeckend eingerichtet sind, sondern mehr in Ballungsgebieten, weil die Krankenhäuser gesellschaftsrechtlich so strukturiert sind, dass sie überhaupt die Verträge mit den Kassen schließen können, und dass es eben tatsächlich so kompliziert ist, dass man es a) nicht überblickt und b) es zu diesen Vertragsabschlüssen nicht kommt. – Und das ist ja nun wirklich bitter.

Franz Müntefering

Das ist ganz wichtig. Das heißt, eben, dass auch die, die in den Heimen sterben, 40 Prozent, oder die zu Hause sterben, auch von den Möglichkeiten erreicht werden, die wir haben. Deshalb plädiere ich dafür, dass wir das in aller

Breite diskutieren und sagen müssen: Wir müssen alle Menschen und nicht nur die erreichen, die keinen Lebenswillen oder keine Lust mehr auf Leben haben. Auch die anderen haben einen Anspruch darauf, dass wir sie voll erreichen.

Publikumsfrage

Zunächst ein herzliches Dankeschön für diese ernsthafte und gute Diskussion, der wir beiwohnen durften. Einen Aspekt habe ich persönlich vermisst, weil ich häufig mit der Frage konfrontiert werde: Wird meine Patientenverfügung im Falle, dass ich nicht mehr in den letzten Monaten, Wochen, Stunden irgendeine Aussage dazu machen und eine Diskussion dazu führen könnte mit dem Arzt, ausreichend respektiert?

Ich höre häufig, da gibt es noch immer ernste Hindernisse. Das stellt mich nicht ganz zufrieden.

Michael de Ridder

Das darf es nicht geben. Im Übrigen ist es natürlich so, dass Ihre Patientenverfügung ja erst dann gilt, wenn Sie nicht mehr einwilligungsfähig sind, wenn Sie nicht mehr kommunizieren und nicht mehr Ihren Willen mündlich oder auf andere Weise ausdrücken können.

Natürlich gibt es immer noch Ärzte, die Schwierigkeiten damit haben, eine Patientenverfügung umzusetzen, wobei das manchmal daran liegt, dass die Patientenverfügung nicht ausreichend differenziert ist. Darauf muss andererseits auch der Arzt bauen können, dass – wenn er eine Patientenverfügung umsetzt – sie so gehalten ist, dass sowohl die Zustände genau beschrieben sind, als auch das, was dann geschehen soll – im positiven Sinne. Man kann ja nicht nur fordern, Dinge zu unterlassen, sondern man kann ja auch sagen, ich möchte spirituelle Begleitung haben, ich möchte in einer Gemeinschaft von Menschen sein. Ich möchte, dass das und das passiert, und nicht nur, dass nicht mehr beatmet, nicht mehr dialysiert wird usw.

Das heißt, das muss in einer gewissen Differenziertheit niedergelegt sein.
Wenn das der Fall ist, ist jeder Arzt verpflichtet, diese Verfügung umzusetzen.
Wenn er das nicht tut, begeht er unter Umständen Körperverletzung.

Moderation

Wir haben vor fünf Jahren schon mal über dieses Thema diskutiert und von allen Diskutanten auf dem Podium war zu hören, dass sie ihrem Partner oder wem auch immer eine Vollmacht übertragen. Ist es nicht besser eine Vollmacht auszustellen?

Michael de Ridder

Beides ist das Gegebene. Das heißt, man legt eine Patientenverfügung fest oder nieder und hat dann jemanden, der diese Verfügung zur Geltung bringt, vorträgt und dafür sorgt, dass sie auch umgesetzt wird – obwohl eine Patientenverfügung, die auch ohne Vollmacht dem Arzt zur Kenntnis gegeben wird, unmittelbar bindend ist.

Das war eine zeitlang eine juristische Streitfrage, ist es aber nicht mehr. Das ist geklärt. Also, eine Vollmacht oder ein Bevollmächtigter ist auf jeden Fall besser beziehungsweise ist ein sichereres Vorgehen als die Patientenverfügung nur so verfasst zu haben und beim Anwalt oder sonst irgendwo hinterlegt zu haben.

Moderation

In der Vorbereitung auf diese Diskussion habe ich genau diesen Fall gelesen, den ich sehr sprechend fand: Eine junge Frau, die noch im Besitz ihrer geistigen Kräfte ist, aber wissend, dass die jetzt schwinden, notiert auf einer Papierserviette: *Liebe Eltern, wenn... usw. möchte ich bitte nicht, dass die Behandlung fortgesetzt wird.* – Der ärztliche Verwaltungsdirektor der Klinik hat gesagt: *Da fehlen Datum und Unterschrift.* – Das sind die Situationen, vor denen Menschen Angst haben.

Michael de Ridder

Richtig. Das ist keine Patientenverfügung, weil eine Patientenverfügung als ein

schriftliches Dokument definiert wird, obwohl ja auch andere Willensäußerungen, wie der mündlich übermittelte Wille oder der so genannte mutmaßliche Wille juristisch den gleichen Bestand haben.

Ich habe zum Beispiel in meiner Rettungsstelle eine alte Dame erlebt. Die war 86. Sie kam aus dem Pflegeheim, hatte einen schweren Schlaganfall und wir fanden in ihrer Tasche einen mehr oder weniger zerknüllten Bogen. Da stand drauf: *Keine Schläuche bitte!* – mit einer Unterschrift. Das ist keine Patientenverfügung, aber das ist ein Indiz. Es ist eine Willensäußerung eines Menschen, der beachtlich ist.

Man muss natürlich dann schauen, wie der Kontext ist. Man muss andere Informationen vielleicht noch einholen, aber ein solcher Satz, der eben nicht formal einer Patientenverfügung entspricht, ist zu beachten und nicht einfach zu übergehen.

Franz Müntefering

Zwei Sätze dazu: Meine Bitte an die Medien und alle, die helfen können, ist, das Thema immer wieder anzusprechen. Meine Erfahrung ist, und ich rede auch mit sehr vielen Menschen darüber, dass darüber zu Hause nicht wirklich offen geredet wird, auch nicht unter Paaren. Man macht irgendwie so einen heimlichen Zettel.

Wir müssen aber erreichen, dass darüber offen geredet wird, damit alle Beteiligten auch wissen, was gemeint und gewollt ist. Dann können die Ärzte das besser respektieren. Wir müssen mehr darüber reden und das öffnen im Rahmen dessen, was wir an Möglichkeiten haben.

Michael de Ridder

Andererseits muss man auch ergänzen, es kann nicht so sein, dass man – wenn man keine Patientenverfügung hat – als jemand betrachtet wird, der keinen Hauptschulabschluss hat. Ich hatte kürzlich eine Veranstaltung. Da stand eine alte Dame auf und sagte: *Herr de Ridder, was Sie da alles erzählen,*

ist wunderbar, aber mein Leben liegt in Gottes Hand. – Das finde ich eine hoch respektable Haltung. Ich finde es bewundernswert, wenn Menschen heute in der Situation, die die Medizin heute einfach nun mal bietet, ein solches Vertrauen noch in die Ärzteschaft haben, dass sie sagen, *der Arzt oder auf jeden Fall andere wissen es vielleicht besser als ich. Und sie werden schon das Richtige tun für mich in der kritischsten aller meiner Lebenssituationen.*

Ich bin auch ein Anhänger der Patientenverfügung, aber jeder, der begründet oder auch letztlich nicht begründet, der vertrauensvoll sagt, *ich brauche das nicht, weil ich religiös gebunden bin oder weil ich Vertrauen in die Menschen habe*, der verdient den hohen Respekt seiner Mitmenschen.

Thomas Gottschalk

Können wir uns darauf einigen, dass diese Diskussion doch sehr theoretisch sein muss. Herr Müntefering, ich bin argumentativ eher bei Ihnen, aber kann es nicht sein, dass wir eines hoffentlich fernen Tages beide in einer Situation sind, wo wir eben unser Leben nicht mehr als lebenswert empfinden und dann sagen, was kümmert mich unser Geschwätz von gestern? Kann es aber nicht genauso sein, Herr Prof. Reiter, dass Sie eines Tages, hoffentlich auch eines sehr fernen Tages, vor dem Schierlingsbecher sitzen, den Sie sich schon lange wünschen, und ihn dann doch nicht runter bekommen?

Udo Reiter

Nicht Schierling, Cocktail. Das kann sehr wohl sein. Das ist eine theoretische Diskussion, die wir führen, gar keine Frage. Und es sind ja Fälle bekannt, wo die Leute darum gekämpft haben, dass sie endlich das Pentobarbital im Kühlschrank hatten, und es dann nicht genommen haben. Ich finde auch, allein die Tatsache, dass man kann, hat ja schon was Beruhigendes. Dass man es dann nicht tut, steht auf einem anderen Blatt. Da habe ich auch so meine Erfahrungen gemacht. Als ich damals den Unfall hatte, ich war 23, da wollte ich nicht im Rollstuhl leben und wollte mich umbringen. Ich habe mir eine schöne Smith & Wesson besorgt, das ging damals noch, und weiß noch ganz genau im Studentenheim den Abend, als es soweit war. Da war die Doktorarbeit fertig,

damit wenigstens Dr. Udo Reiter auf dem Grabstein steht. Und ich hatte das letzte Bier getrunken und hab das Ding dann in der Hand gehabt. Da ist mir plötzlich wie Schuppen von den Augen gefallen, dass ich gar nicht tot sein will, sondern leben will. – Solche Überraschungen kann man dann immer noch in der Praxis erleben. Das ist durchaus denkbar.

Moderation

Aber wie gehen Sie damit um, wenn Sie jetzt über Ihren Tod nachdenken, also den zweiten Versuch?

Udo Reiter

Das muss ja nicht zwangsläufig wieder so kommen. Man kann ja auch was lernen. Die Lage ist für einen 70-Jährigen eine andere als für einen 23-Jährigen. Man weiß es nicht. Das wollte ich eigentlich damit nur sagen.

Franz Müntefering

Herr Gottschalk, ich weiß nicht, wie ich in zehn oder zwanzig Jahren denke, sondern ich gucke vor allen Dingen aus der Position dessen, der politische Verantwortung hat und fragt: Was darf ich da eigentlich machen, wie darf ich damit umgehen? Das ist keine leichte Entscheidung. Manchmal ist eine Entscheidung nicht 100:0, manchmal ist es 51:49. Das ist ganz schwierig. Aber ich möchte doch dazu beitragen, dass – ich nenne es mal ein bisschen pathetisch – die Liebe zum Leben im Mittelpunkt bleibt und nicht die Lust aufs Gehen. Dafür werbe ich. Das ist der innerste Impuls, den ich dabei habe. Ich finde das Leben schon eine tolle Sache und ich hoffe, dass ich den Mut habe, es bis zum Schluss auch richtig gut durchzustehen.

Thomas Gottschalk

..... dass mir jetzt auch noch die ältere Zielgruppe wegstirbt. Insofern bin ich bei Ihnen.

Franz Müntefering

Ich vermasse Ihnen nicht den Altersdurchschnitt.

Michael de Ridder

Schauen wir mal in ein anderes Land. In vier amerikanischen Bundesstaaten ist die Suizidassistenten sehr differenziert geregelt. Der erste Bundesstaat war Oregon. Nach einem bestimmten formalen Ablauf kann ein aussichtslos kranker Mensch eine Verschreibung für ein Medikament bekommen, um sich zu suizidieren. Was ist in Oregon passiert? Zwei wesentliche Dinge: Erstens sind die Zahlen eher rückläufig. Das heißt, ein Drittel aller derer, die diese Verordnung bekommen haben, die das Medikament im Schrank haben, benutzen es gar nicht. Aber allein das Gefühl zu haben, ich bin in einer ausweglosen Situation auf niemanden angewiesen. Ich brauche nur in den Schrank zu greifen, ist vielen schon hilfreich.

Und etwas anderes ist passiert, noch was viel Erstaunlicheres: Seitdem dieser Death Dignity Act in Oregon in Kraft ist, seit über zehn Jahren, hat die klassische Palliativmedizin einen enormen Aufschwung genommen. Viel mehr Ärzte interessieren sich für die ganzen Probleme, die sich am Lebensende auftun, und interessieren sich dafür, die Kurativmedizin nicht als das ein und alles erscheinen zu lassen, sondern haben die Bedeutung der Palliativmedizin zunehmend erkannt. Ich finde, das ist eine sehr gute Entwicklung. Die sollten wir vielleicht auch ein wenig zur Kenntnis nehmen, wenn wir hier über unsere eigenen Vorstellungen nachdenken.

Monika Führer

Im Prinzip hätte ich auch auf Oregon abgehoben. Ein wichtiger Effekt ist auch noch, wenn die Frage des ärztlich assistierten Suizid diskutiert wird, dass wir als Ärzte die Schwierigkeit haben, dass unsere Patienten uns auch schonen wollen, dass sie sich unter Umständen auch nicht trauen, mit uns als Ärzten darüber zu sprechen, weil sie uns in Gefahr bringen. Das kann eine ganz große Rolle spielen, diese Offenheit zu haben, dem, der mir vielleicht medizinisch am nächsten steht, auch einweihen zu können in diese Gedanken und Befürchtungen, also auch in die Befürchtungen: Was kommt da auf mich zu? Worauf muss ich mich einstellen? Denn Sprache ist ja verräterisch. Menschen haben vor so schrecklichen Wörtern wie „verbluten“ zum Beispiel Angst, Angst

vor irgendwelchen Symptomen, die da auf sie zukommen. Den Arzt wirklich einweihen zu können in seine Ängste und auch in seine Hoffnungen und seine quasi Exit-Strategien, das hilft den Patienten.

Denn das Unerhörte am Tod ist ja, dass wir ihn nicht kontrollieren können. Es gibt Menschen, die diese Sicherheit brauchen, um ihn vielleicht für sich kontrollieren zu können.

Michael de Ridder

Es wird häufig gesagt, die ärztliche Suizid-Assistenz untergrabe das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, weil der Arzt jetzt hier zum Todbringer werde. – Ich finde, genau das Gegenteil ist der Fall. Wie kann denn das so aufgefasst werden, wenn auf der anderen Seite man doch sagen muss: Es ist doch gerade dann, wenn ich in dieser äußersten Situation bin und über einen Suizid nachdenke, wichtig, einen Partner oder einen Arzt zu haben, der mich ernst nimmt und der mit mir spricht. Etwas, was Vertrauen schafft und nicht was Vertrauen untergräbt.

Im Übrigen muss man sagen, Frau Woopen, weil Sie über die indirekte Sterbehilfe sprachen, dass das Missbrauchspotenzial auf diesem Feld letztendlich viel größer ist als auf dem Felde der Suizid-Assistenz oder mindestens.

Publikumsfrage

Ich möchte auf etwas aufmerksam machen. Im Deutschen Ärzteblatt ist diese Woche eine Diskussion erschienen, dass Patienten zum Beispiel die Nahrung und das Trinken verweigern. Nach drei Tagen hat man keinen Hunger mehr. Nach sieben Tagen beginnt die Niereninsuffizienz. Es gibt nicht das Recht eines Arztes oder einer Institution, dagegen einzuschreiten, zum Beispiel eine PEG-Sonde zu legen. Das ist eine eindeutige Entscheidung des Patienten selbst. Und wer sein Leben im Krankenhaus als Arzt verbracht hat, weiß, dass das jeder Krankenschwester bereits bekannt ist. Auch der Demente schließt

den Mund, schüttelt den Kopf, verweigert Flüssigkeit und Nahrung. – Vielleicht kann der eine oder andere dazu Stellung nehmen.

Michael de Ridder

Der so genannte freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ist etwas, was zwar sehr bewusst entschieden werden kann vom einzelnen Schwerstkranken oder auch nicht Schwerstkranken, aber wir kennen das von hochbetagten Menschen, die mehr oder weniger pflegebedürftig sind, die eigentlich nichts mehr vom Leben zu erwarten haben oder das auf jeden Fall glauben, und die eine natürliche Rückzugstendenz aus dem Leben haben und sich dann auch dieses Mittels bedienen, dass sie weniger Nahrung und Flüssigkeit zu sich nehmen – mehr oder weniger unbewusst, manchmal auch bewusst. Mein Vater, der an einem metastasierenden Prostata-Karzinom starb, hat über sechs oder sieben Wochen nichts mehr zu sich genommen, nur noch kleinste Mengen von Flüssigkeit, Eisstückchen, Mundpflege und diese Dinge, kleine Schwämmchen mit Tee. Das war vollkommen ausreichend. Weil, das Durstgefühl ist alleine von der Feuchtigkeit der Schleimhaut gesteuert und keineswegs vom Füllungszustand des Körpers mit – im weitesten Sinne – Wasser.

Diese Möglichkeit, die Sie gerade angesprochen haben, ist eine, die absolut zu respektieren ist und die auch von Ärzten palliativ begleitet werden kann und sollte. Ich glaube, dass das auch etwas ist, was in der Ärzteschaft nicht umstritten ist.

Christiane Woopen

Aber das ist auch nicht die Patentlösung für alle, die sich für den Tod entscheiden. Wenn das auf das Argument hinauslaufen sollte, wir wollen jetzt alles verbieten und wer nicht mehr leben möchte, der kann ja schließlich auf Nahrung und Flüssigkeit verzichten, das kann es auch nicht sein.

Monika Führer

Ich würde gerne aus der Praxis das ein bisschen relativieren. Die kontroversesten Diskussionen, die man auf einer Station erleben kann, sind die,

wo es um Nahrung und Flüssigkeit geht. Das Erste ist immer das Stillen, das Füttern beim Kind wie beim Kranken auch. Das ist das Letzte, was man jemandem noch geben kann. Und da tun sich Angehörige unendlich schwer, das darf man dabei nicht übersehen, selbst in der Sterbephase letztlich zuzugestehen, dass der Sterbende nicht mehr isst und trinkt. Das ist ein unglaublich schwieriger Schritt. Und es ist völlig egal, ob die Mutter 80 ist und der Sohn 60 und schwerkrank. Dann fällt es ihr trotzdem unendlich schwer.

Es ist eher so, dass wir als Ärzte ganz behutsam diesen Schritt dahin begleiten und erklären müssen, dass jede Zufuhr, auch über eine Magensonde, erst recht über eine PEG-Sonde, eine medizinische Maßnahme ist und dass die auch ein sinnvolles Ziel haben muss, wenn man das macht. Auch den Menschen zu erklären, dass es manchmal sein kann, dass Nahrung und Flüssigkeit belastend und beschwerend sind und am Ende auch das Sterben erschweren können.

Das klingt relativ selbstverständlich, es ist schwer. Es ist eine unserer wichtigsten Aufgaben, das gut zu begleiten und mit den Angehörigen zu sprechen.

Moderation

Das ist aber wieder ein weiteres Beispiel dafür, wie viel kompetenter ärztlicher Rat in dieser Situation notwendig ist, um dem Sterbenden selbst wie den Angehörigen zu helfen, ihnen Orientierung zu geben.

Publikumsfrage

Man muss darüber reden. Herr Müntefering, ich fand Ihr Plädoyer sehr schön für die breite Diskussion. Man muss immer wieder diese Klischees auch hinterfragen. Wir haben eigentlich nichts Originelles gehört, Entschuldigung. Wir haben eigentlich im Wesentlichen die Klischees wiederholt, die wir schon 1984 diskutiert haben.

Ich möchte ein Klischee hinterfragen. Herr Reiter, warum bestehen Sie eigentlich so sehr auf dieser Selbstbestimmung? Es klingt ganz toll. Es ist das

erfolgreichste Argument in der Diskussion immer wieder. Haben Sie bestimmt, als Ihr Leben begann? Haben Sie bestimmt, wie sich Ihr Leben entwickelt hat? Haben sie den ganzen biologischen Teil Ihres Lebens selbst bestimmt? Warum wollen Sie unbedingt das Ende dieses Lebens selbst bestimmen? Ich verstehe das nicht so ganz. Man muss nicht sagen, ich lege mein Leben in Gottes Hand, aber ich als Biowissenschaftler würde sagen, ich lege es in die Hand der Biologie. Und zur Biologie gehört der Anfang, die Entwicklung, der Höhepunkt und das Ende. Warum bestehen Sie so auf diesem Klischee Selbstbestimmung?

Diese Selbstbestimmung bringt Sie in einer wirklich existenziellen Lage am Ende des Lebens in schreckliche Konflikte. Ohne diese Selbstbestimmung hätten Sie den Konflikt nicht. Sie geben sich einfach der Biologie des Sterbens hin.

Udo Reiter

Ich finde, Selbstbestimmung ist kein Klischee, sondern eine Errungenschaft des Abendlandes, für die man lange genug gekämpft hat, ein Produkt der Aufklärung. Und es ist in unserer Gesellschaft die Grundlage der Verfassung, die Grundlage des Zusammenlebens. Die Alternative wäre ja Fremdbestimmung. Ich denke wirklich, dass das ein hohes Gut ist, das unser Leben auch bestimmt. Ich nehme nicht an, dass Sie sich ausschließlich fremdbestimmen lassen.

Dass es ein paar Grundsätze gibt, dass Sie das Leben sich nicht selbst ausgesucht haben, das Argument kann man auch umdrehen. Ich habe es mir nicht selber gewünscht, also muss ich es auch nicht behalten. Laut Bürgerlichem Gesetzbuch bedürfen Geschenke der Annahme. – Von daher gesehen kommen Sie auch nicht weiter.

Publikumsfrage

Was verstehen Sie unter der Biologie des Sterbens? Das ist doch eine Illusion, was Sie hier vortragen. Die Biologie des Sterbens gibt es gar nicht. Biologie ist

sozusagen ärztliche, ist pflegerische Intervention am Lebensende. Ich weiß nicht, wie viele Menschen Sie im Krankenhaus oder sonst wo haben sterben sehen, was da alles geschehen, zu viel oder zu wenig passieren kann. – Insofern hat es die Biologie vielleicht in grauer Vorzeit gegeben, aber nicht heute, wo sozusagen die meisten Menschen im Krankenhaus sterben oder unter pflegerischen Bedingungen.

Franz Müntefering

Ich argumentiere auf der Grundlage dessen, was bei uns im Grundgesetz als entscheidende Werte steht. Das ist die Würde. Da steht auch, dass der Staat das Leben zu schützen hat und damit so umzugehen hat, dass die Menschen auch leben können – in einfachen Worten ausgedrückt. Diese Selbstbestimmung löst aber nicht das Problem des Gemeinschaftsentwurfs. Es gibt den individuellen Lebensentwurf, wo der Einzelne auch souverän entscheidet. Der kann auch sagen, wie Herr Reiter es sagt, *ich schade ja keinem, ich kann also mit mir machen, was ich will*. Aber die Gemeinschaft muss trotzdem immer wieder überlegen: Was passiert, was folgt aus der Entscheidung, die wir da zulassen oder die wir da eröffnen?

Die individuellen Lebensentwürfe sind nicht identisch mit dem Gesellschaftsentwurf. Wir haben als Politiker die Aufgabe darauf zu achten, dass das, was wir da tun, was wir da eröffnen, nicht in die falsche Richtung läuft und das daraus Dinge entstehen können, die schwierig sind für die Gesellschaft insgesamt. Das ist ein Zielkonflikt, den man nicht ohne Weiteres auflösen kann. Den respektiere ich auch voll. Aber so, wie ich sage, Selbstbestimmung ist wichtig, muss ich auch das Recht haben als Politiker zu sagen: *Was bedeutet das aber dann für einen jungen Menschen, wenn Sie sagen, wir machen das mit dem Todescocktail, und Ihr Enkelsohn* – um es dann auch ein bisschen dramatisch zu machen – *sagt, ich hab jetzt die Nase voll von euch, ich hätte gerne die Tropfen?* – Selbstbestimmung, ja oder nein? Dann sagen Sie, *nee, Junge, komm mal her, lass uns morgen nochmal drüber sprechen*. Und genau so simpel ist das doch im Leben mit allem. Deshalb muss man gucken, dass man das nicht überhöht und darauf achtet, dass man den Menschen hilft.

Ich komme nochmal auf die Kranken, die Depressiven, die bei den Suizidmensen gut die Hälfte ausmachen: Kann man eigentlich sagen, da kann man halt nix machen?

Einwurf Michael de Ridder Aber, über die reden wir nicht, Herr Müntefering. Wir reden über Menschen in aussichtsloser Krankheit am Lebensende und nicht über Depressive.

Sie reden darüber, wir reden hier sozusagen über das Ganze. Deshalb sage ich, an der Stelle müssen wir auch bedenken, wie das auf die Gesellschaft insgesamt wirkt. Was ist die Botschaft, die daraus entsteht? Das ist eine schwierige Sache. Da kann man nicht auf Selbstbestimmung setzen, sondern muss auch die Gesamtverantwortung in der Gesellschaft sehen, die da entsteht – bei all den Punkten, die wir auch schon angesprochen haben.

Michael de Ridder

Aber Sie müssen auch berücksichtigen, dass wir in einer Zeit der pluralen Ethik leben. Das tun wir auch innerhalb der Bevölkerung. Es gibt ganz unterschiedliche Vorstellungen darüber, wie ein Lebensende aussehen soll, wenn wir denn das Glück haben, überhaupt gestaltend darauf Einfluss nehmen zu können, was wir tun und was wir lassen können. Und in der Ärzteschaft ist es genauso.

Der Staat und die Politik hat auch für meine Begriffe und auch nach Auffassung des Verfassungsrichters Dreier beispielsweise, die Aufgabe, hier dafür zu sorgen, dass diese unterschiedlichen Vorstellungen gelebt werden können.

Franz Müntefering

Sie haben nicht dafür zu sorgen, dass jeder machen kann, was er will, sondern dass wir in einer Gesellschaft leben, wo die Dinge auch zueinander passen. Darum streiten wir jetzt.

Michael de Ridder

Aber ich finde, das ist nicht gut, wenn Sie sagen, dass jeder machen kann, was er will. Bei einem so elementaren Vorgang wie dem Lebensende, da macht nicht jeder, was er will, sondern da macht jeder das, was ihm aufgegeben ist oder was er sich selber aufgibt. Und das ist was ganz anderes.

Publikumsfrage

Ich betreue schwer demente Menschen und von einigen wusste ich, dass sie so ein Dahinvegetieren nicht wollten. Ich finde, das ist kein Leben mehr.

Monika Führer

Ich hake am letzten Satz ein. Was tatsächlich nicht relevant ist, ist, was wir finden, sondern wichtig ist: Hat dieser Mensch vor seinem Tod und vor seinem Dementwerden mit Angehörigen, mit seinem Arzt, mit anderen Menschen drüber gesprochen, was seine Werthaltungen sind, was ihm wichtig ist? Wenn es da jenseits einer Patientenverfügung, so wie Sie es erklärt haben, Herr de Ridder, Hinweise gibt, reicht es, wenn das gut belegt ist. Ideal ist natürlich, wenn zum Beispiel der Hausarzt, der ja da auch überhaupt keine eigene Position hat, bezeugen kann, das hätte der Patient nie gewollt, das entspricht nicht seiner Wertvorstellung. – Dann ist es ein genauso guter Hinweis, wie wenn er das schriftlich festgelegt hätte.

Was nicht gilt, ist, was wir als gutes Leben empfinden. Das ist richtig. Darum geht's nicht.

Christiane Woopen

Es wäre schön, wenn es so einfach wäre, aber ich fürchte, es ist in der Praxis doch schwieriger. Es gibt ja auch die dementen Menschen, die sehen dann einfach auch noch fröhlich aus. Die lächeln. Die finden das schön, wie sie da leben. Die sind auch nicht aggressiv oder so. Da gibt es ja auch ein ganz breites Spektrum an Erscheinungsformen. Wenn jemand eine Patientenverfügung hat, bei der er sagt, wenn ich nicht mehr mit meiner Umgebung kommunizieren kann usw., dann möchte ich auch nicht mehr

ernährt werden oder so, dann kann es aber durch den natürlichen Willen durchaus außer Kraft gesetzt werden. Das heißt, Sie können eine Patientenverfügung nicht nur dadurch für nichtig erklären, indem Sie sie auch schriftlich widerrufen, sondern es reicht, dass Sie eigentlich so aussehen, als ob Sie gerne noch leben möchten. Und das sind im Alltag wirklich schwere Konfliktfälle, wie man damit umgeht.

Michael de Ridder

So war es auch bei Walter Jens. Er hat mit Hans Küng zusammen ein Buch geschrieben über selbstbestimmtes Sterben. Walter Jens ist dann dement geworden und hat lange Zeit auf einem Bauernhof unter exzellenter Fürsorge verbracht. Und es ist von ihm überliefert: Er hatte eine gewisse Lebensfreude, einen gewissen Lebensmut und hat auch irgendwann in einer halbwegs klaren Situation gesagt: *Nicht totmachen bitte!*

Udo Reiter Aber er war nicht mehr Walter Jens.

Moment, aber Herr Reiter, natürlich war das Walter Jens. Das war insofern Walter Jens, weil Sie diese Aussage interpretieren müssen im Gesamtkontext seiner Persönlichkeit, die da gelebt hat. Es ist ganz klar, dass wir hier dieser Person nicht irgendwie hätten die Nahrung entziehen können oder ähnliches, wenn hier ganz klar ein physisch ausgedrückter offensichtlicher Lebenswille da ist. – Wobei ich Ihnen gerne zugestehe, eine solche Situation ist eine, wo wir sagen müssen, ja, Patientenverfügung hin, erklärter Wille her, wir können nicht alles lösen. Wir haben nicht für alles eine Antwort. Und wir müssen uns hier ganz – wie soll ich sagen – direkt dieser Situation stellen und aus der Situation heraus entscheiden. Insofern müssen wir auch einen Willen in gewisser Weise relativieren.

Monika Führer

Mir ist ganz wichtig: Wir konstruieren ein Problem, das so eigentlich nicht existiert. Denn wenn der natürliche Wille da ist, beim Dementen zum Beispiel, dann wird der auch nicht aufhören zu Essen. Wenn der noch der strahlende

Demente ist, der wirklich das Leben genießt, dann wird man den füttern können. Dann geht es mehr darum: Wie viel Zuwendung und wie viel Zeit kann man investieren, um diesen Menschen, seinem natürlichen Willen gegenüber, tatsächlich entsprechend zu pflegen? Wie kann man auf den eingehen?

Das heißt, dieses Problem, dass in der Demenz die künstliche Ernährung kein vernünftiges Ziel mehr erreicht, dazu brauche ich noch nicht mal mehr eine Patientenverfügung, das ist belegt. Das ist hinlänglich belegt, dass die künstliche Ernährung weder Infektionen verhindert, noch wirklich das Leben verlängert in der Situation einer fortgeschrittenen Demenz. Das heißt, der noch nicht so fortgeschritten Demente, der noch isst, der braucht vielleicht Stunden zum Essen, aber er wird den Mund nicht zumachen und nichts mehr annehmen.

Christiane Woopen

Wir müssen wirklich noch ein Wort zur Selbstbestimmung sagen: Wenn Sie sagen, „das war nicht Walter Jens“, aber wer war es denn dann? Wenn Selbstbestimmung nicht das ist, was jeder in dem Moment für sich als sein Selbst bestimmt, dann kann doch nicht jemand anderes daherkommen und sagen: *Das Selbst von dem, das ist das, was vor 20 Jahren oder 10 Jahren da war. Und das nehme ich als Maßstab.* – Das Selbst ist ja das in dem Moment von demjenigen, mit mehr oder weniger reichhaltigen rationalen Gaben versehene Bestimmen seines Selbst, wie er da sein möchte.

Udo Reiter

Ich würde auch nicht dafür plädieren, dass irgendwelche Dritte entscheiden, das ist nicht mehr Walter Jens, dem drehen wir jetzt den Hahn ab. Das ist nicht meine Position. Ich würde nur für mich sagen: Hoffentlich finde ich rechtzeitig den Exit und den Notausgang, bevor ich so werde, dass ich nur noch lache, wenn man mir ein Stück Schokolade in den Mund steckt. Das ist nicht das Bild, das ich von mir habe.