

**SÜDWESTRUNDFUNK
SWR2 AULA – Manuskriptdienst**

**Eine Frage der Sterbekultur
Warum Ärzte nicht jedes Leben verlängern sollten**

Autor und Sprecher: Dr. Michael de Ridder *
Redaktion: Gabor Paal
Sendung: Sonntag, 5. September 2010, 8.30 Uhr, SWR 2

Bitte beachten Sie:

*Das Manuskript ist ausschließlich zum persönlichen, privaten Gebrauch bestimmt.
Jede weitere Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen
Genehmigung des Urhebers bzw. des SWR.*

*Mitschnitte auf CD von allen Sendungen der Redaktion SWR2 Wissen/Aula
(Montag bis Sonntag 8.30 bis 9.00 Uhr) sind beim SWR Mitschnittdienst in
Baden-Baden für 12,50 € erhältlich.*

Bestellmöglichkeiten: 07221/929-6030

Kennen Sie schon das neue Serviceangebot des Kulturradios SWR2?

*Mit der kostenlosen SWR2 Kulturkarte können Sie zu ermäßigten Eintrittspreisen
Veranstaltungen des SWR2 und seiner vielen Kulturpartner im Sendegebiet besuchen.
Mit dem kostenlosen Infoheft SWR2 Kulturservice sind Sie stets über SWR2 und die
zahlreichen Veranstaltungen im SWR2-Kulturpartner-Netz informiert.
Jetzt anmelden unter 07221/300 200 oder swr2.de*

*SWR 2 Wissen können Sie ab sofort auch als Live-Stream hören im SWR 2
Webradio unter www.swr2.de oder als Podcast nachhören:
<http://www1.swr.de/podcast/xml/swr2/wissen.xml>*

Ansage:

Der Tod behandelt die Menschen ungerecht: Die einen sterben zuhause im eigenen Bett, ohne Schmerzen, im Kreis ihrer Angehörigen, mit sich und der Welt im Reinen. Die anderen sterben in Intensivstationen, an Schläuchen, am Ende eines langen Leidensweges.

In diesen Fällen stellt sich die Frage: Wie lange muss dieser Leidensweg sein? Dank des medizinischen Fortschritts sind einerseits heute viele früher tödliche Krankheiten heilbar oder zumindest beherrschbar geworden, gleichzeitig hat die Hochleistungsmedizin auch das Sterben verändert.

Der Intensiv- und Notfallmediziner Michael de Ridder, Chefarzt der Rettungsstelle am Berliner Urban-Krankenhaus, fordert deshalb ein Umdenken: Das Sterben solle wieder als Teil des Lebens wahrgenommen werden. Ärzte sollten totgeweihten Menschen lieber ein friedliches Sterben ermöglichen, anstatt den Tod um jeden Preis hinauszuzögern, so argumentiert er in der heutigen SWR2 Aula mit dem Titel: „Eine Frage der Sterbekultur – Warum Ärzte nicht jedes Leben verlängern sollten.“

Michael de Ridder:

Es war in der Frühzeit meiner ärztlichen Ausbildung: Gerade hatte ich als junger Stationsarzt einer internistischen Station die Oberarztvisite beendet, als mir der Aufnahmekarnter telefonisch einen alleinstehenden 64-jährigen Patienten im Endstadium einer Tumorerkrankung ankündigte: „Leg den am besten in ein Einzelzimmer, der stirbt sowieso bald.“ Der Krankentransport übergab mir einen blassen, hüstelnden und vom Tode gezeichneten Mann, der mich aus großen Augen eines ausgezehrten Gesichts anschaute. Über ein freies Einzelzimmer jedoch verfügte ich nicht und auf eine andere Station auszuweichen war wegen fehlender Betten nicht möglich. Aber war da nicht noch ein freies Bett im einzigen Sechsbettzimmer meiner Station? Ich zögerte. Konnte ich den fünf Patienten dieses Zimmers einen zu Tode Erkrankten wirklich zumuten? Ich erschrak vor meiner eigenen Frage und begriff in diesem Moment: Das Sterben gehört ins Leben – unter Menschen! Und nicht in die Verlassenheit eines Einzelzimmers.

Eine halbe Stunde lang sprach ich mit den anderen Patienten, deren anfängliche Beklommenheit und Bedenken ich schließlich zerstreuen konnte. „Stell Dir vor, Du hättest Krebs, im Endstadium, wie er“, sagte einer von ihnen in die Runde; und zu mir gewandt: „Wir nehmen den, Herr Doktor, er kriegt einen Fensterplatz.“ Die anderen nickten zustimmend.

Nie wieder habe ich Ähnliches erlebt: Sie organisierten untereinander für ihn eine 24-Stunden-Sitzwache, sie saßen an seinem Bett, fütterten und wuschen ihn und lasen ihm aus der Zeitung vor. Fünf Tage später starb er, in ihrer aller Anwesenheit. Einer seiner Mitpatienten sagte bei der Entlassung zu mir: „Diese fünf Tage meines Lebens waren wichtig, ich werde sie nie vergessen.“

Sterben – nichts scheuen wir so sehr, nichts erzeugt in uns so viel Unbehagen und Angst, ja Abwehr, wie eben unserer Sterblichkeit, unserer Endlichkeit ins Gesicht zu schauen. Die Gründe hierfür liegen auf der Hand – ist doch nichts dem „farbigen Abglanz“, an dem wir nach einem Goethe-Wort das Leben haben und an dem wir doch mit all unseren Fasern hängen, so sehr abgewandt wie das Sterben. Widerspricht doch nichts dem Leben in so fundamentaler Weise wie das Sterben. Und doch – beide sind ineinander verschränkt; denn zweifellos: Jeder Sterbende ist ein Lebender, oder sollten wir besser sagen: Wir Lebende sind zu jeder Zeit auch Sterbende?

Sterben – mögen wir das For-ever-young auch noch so sehr beschwören, das Ideal des alters- und faltenlosen Zeitgenossen noch so sehr kultivieren; mag der Nobelpreis auch im letzten Jahr für wissenschaftliche Leistungen am Telomerase-

Gen – von manchen schon als Unsterblichkeitsgen gefeiert – vergeben worden sein; wir können und werden dem Sterben nicht entinnen. Mag auch die Medizin sich nicht mehr allein ihrem klassischen Auftrag, der Behandlung von Krankheit, sondern zunehmend der Optimierung des Natürlichen und Gesunden annehmen; mögen einige ihrer Protagonisten sich neuerdings gar dazu versteigen, das Sterben als einen Unfall der Evolution zu interpretieren, um damit zu rechtfertigen, das Sterben selbst medizinischen Eingriffen zugänglich zu machen – ich bin sicher, es wird nicht aus der Welt zu schaffen sein.

Was also bleibt uns? Ich meine, sich dem Sterben zuzuwenden, über das Sterben zu sprechen, würde auf einen guten Weg führen: mit sich selbst das Gespräch über die eigenen Sterblichkeit suchen; mit Lebensgefährten und Freunden; mit einem spirituellen Lehrer, einem Geistlichen, einem Arzt. Um letztlich dem Sterben mit Unerschrockenheit und Gelassenheit begegnen zu können. Vielleicht kann uns eine Maxime des großen Essayisten und Arztes Michel Montaigne Orientierung und Hilfe geben. Für ihn bestand unser Menschsein und unser Leben „in der fortwährenden Herausforderung, unser Sterben zu gestalten.“

Wie wollen wir sterben? Wir alle würden sicherlich einander ähnliche, schlichte und einleuchtende Antworten auf diese Frage geben: Leicht sollte es sein, unser Sterben, frei von Angst und Schmerz, im Frieden mit uns selbst, unseren Angehörigen und Freunden.

Doch betrachten wir die Wirklichkeit des Sterbens, dann spricht sie allzu oft eine andere, eine bedrückende Sprache: Er oder sie hatte ein schweres Sterben, ein qualvolles, ein grausames gar, ein nicht enden wollendes, zumal, wenn es sich in einer Klinik vollzog. Ich bin überzeugt, uns allen sind Menschen bekannt, nicht zuletzt wohl nahe Angehörige, die unter solchen Umständen verstarben.

Vor wenigen Wochen erst verhandelte der Bundesgerichtshof einen solchen Fall eines schweren, ja würdelosen Endes einer alten Dame: der Ausgang des Prozesses um ihr Sterben beherrschte Ende Juni dieses Jahres die Schlagzeilen und Kommentare der Tagespresse. An ihrer Leidensgeschichte – und die ist bei weitem kein Einzelfall – lässt sich die ganze Tragik des Sterbens im Zeitalter lebensverlängernder Maßnahmen darstellen. Wann tragen beispielsweise künstliche Ernährung, Wiederbelebung, Beatmung oder Chemotherapie wirklich zur sinnvollen Lebensverlängerung bei – wann hingegen werden sie zur qualvollen Sterbeverzögerung? Wann wird Lebensverlängerung zu einem Akt der Inhumanität, lautet die zentrale, uns alle berührende Frage, die auch das Gericht zu beantworten hatte. Und – gleich bedeutsam: Welche Rolle darf oder muss der Wille eines Menschen spielen, der in einer Patientenverfügung oder in anderer Weise deutlich gemacht hat, was an seinem Lebensende ärztlicherseits zu tun und zu unterlassen ist?

Frau K., eine 76-jährige alte Dame, erleidet im Oktober 2002 eine schwere Hirnblutung. Mehrfach wird sie operiert, jedoch ohne Erfolg. Letztlich diagnostizieren die Ärzte ein Wachkoma, ein Zustand unumkehrbarer Bewusstlosigkeit bei erhaltener Spontanatmung, in dem man auf dauernde Pflege angewiesen ist. Hierüber werden die Angehörigen von den Ärzten aufgeklärt, mit Besserung sei nicht mehr zu rechnen. Ein solches Siechtum mittels künstlicher Ernährung eventuell über Jahre

aufrecht zu erhalten, hatte Frau K. noch Wochen vor ihrer Erkrankung der Tochter gegenüber mit plausiblen Argumenten und unmissverständlich abgelehnt. Sterben wolle sie dann, am liebsten zuhause.

Kann es, so fragt man sich – nicht allein als Arzt – sondern schlicht als mit Empathie und Vernunft ausgestatteter Mensch, irgendeinen plausiblen Grund geben, das natürliche Sterben dieser Frau aufzuhalten? Ist es nicht vielmehr – jenseits aller ärztlichen und juristischen Erwägungen – ein unmittelbares und schlichtes Gebot der Menschlichkeit, dem Willen einer aussichtslos kranken Patientin zu entsprechen und ihr ein friedliches Sterben zu ermöglichen? Wo sollte hier ein Grund dafür liegen, dass ihr Sterben zu Streit und Zerwürfnis, zu Hausverbot und Polizeieinsatz, ja zu einstweiligen Verfügungen und Klageschriften führt, die letztlich, wie schon angedeutet, gar den Bundesgerichtshof auf den Plan rufen?

Weit gefehlt. Frau K. wird nach fehlgeschlagener Rehabilitation von einem Pflegeheim als Wachkomapatientin übernommen. Mehr als fünf lange Jahre vergeht man sich an ihr, indem sie über eine Sonde zwangsernährt wird und ihr Sterben nicht zulässt: Ihr verblendeter Ehemann weigert sich, dem Willen seiner Frau den Ärzten gegenüber Geltung zu verschaffen; ein hasenfüßiger Hausarzt hält die Ernährungssonde zwar für schon lange nicht mehr sinnvoll, traut sich aber nicht, ihre Entfernung dem Pflegeheim gegenüber durchzusetzen; die Heimleitung hält eigenmächtig und entgegen ärztlicher Anordnung die Sondenernährung aufrecht, „weil es dem Leitbild unserer Einrichtung widerspricht, Maßnahmen vorzunehmen, die letztlich zum Tode unserer Bewohner führen würden“. Hier regierte offenbar das Prinzip des unbedingten Lebensschutzes, der weder vor dem Willen des Patienten noch vor qualvoller Sterbeverzögerung Halt macht. Man kann die Heiligkeit des Lebens auch bis zur Unmenschlichkeit pervertieren.

Auch die rechtliche Betreuerin sieht tatenlos zu. Allein Tochter und Sohn sowie der schließlich von ihnen beauftragte Rechtsanwalt kämpfen unbeirrt einen geradezu heroischen Kampf für die Einstellung der Sondenernährung und ein Ende ihres Leidens, das in ihrem beklagenswerten Zustand auch noch die Amputation eines Armes umfasst. Nach schier endlosen Kontroversen zwischen Kindern, Heimleitung, Hausarzt, Betreuungsgericht und Rechtsanwalt – Frau K. liegt inzwischen im Sterben – droht die Heimleitung den Kindern ultimativ die eigenmächtige Zwangsernährung an, falls sie nicht innerhalb kürzester Zeit die zuvor doch noch einvernehmlich beendete Sondenernährung wieder aufnehmen. Als Ultima Ratio gibt deshalb der Anwalt den Kindern die Empfehlung, die Ernährungssonde ihrer Mutter zu durchtrennen, der die Kinder kurz vor Weihnachten im Jahre 2007 nachkommen: Das Entfernen der Sonde sei gebotene Selbsthilfe (und nicht Selbstjustiz!) zur Abwendung der angedrohten erneuten Körperverletzung durch Zwangsernährung, so der Anwalt. Dem folgt das Landgericht Fulda überraschenderweise nicht, vielmehr verurteilt es den Anwalt am 30.4.2009 – Frau K. verstarb zwischenzeitlich bei laufender Sondenernährung eines natürlichen Todes – wegen versuchten Totschlags zu neun Monaten Haft auf Bewährung. Ein Urteil, gegen das der unerschrockene und scharfsichtige Rechtsanwalt beim Bundesgerichtshof Revision einlegt.

Der hat nun am 25.06.2010 – der Anwalt wurde in allen Punkten freigesprochen – ein insbesondere für die deutsche Ärzteschaft richtungweisendes Urteil gesprochen, das den Arzt in kritischen Entscheidungssituationen am Lebensende entlastet und die

Palliativmedizin in Deutschland stärken wird : Ärzten, Pflegeeinrichtungen und auch Richtern gegenüber ist endlich von höchstrichterlicher Instanz ins Stammbuch geschrieben worden, dass das Zulassen des natürlichen Sterbens mit lindernden Maßnahmen nichts, aber auch gar nichts mit aktiver Sterbehilfe – sprich „Töten“ – zu tun hat.

Sterben lassen (passive Sterbehilfe) ist – bei fehlender ärztlicher Behandlungsindikation und / oder klar geäußertem oder vorausverfügten Patientenwillen – nicht nur gerechtfertigt, sondern *geboten: Ursächlich für das Lebensende des Kranken ist hier seine Krankheit bzw. sein Alter.*

Töten eines Patienten – ob von ihm verlangt oder nicht – meint dagegen die direkte gezielte Lebensbeendigung. Sie bleibt nach derzeitiger Rechtslage weiterhin *verboten: Ursächlich für den Tod ist in diesem Fall eine ärztliche(r) Handlung oder Eingriff.*

Ich erinnere mich an den Fall eines 86-jährigen Pflegeheimbewohners, der in diesem Heim bereits über zwei Jahre lang nach einem schweren Schlaganfall gepflegt wurde. Dieser alte Herr war nicht mehr in der Lage zu kommunizieren, er konnte an nichts mehr teilnehmen, er konnte nicht lesen, er lag im Bett und die Tage vergingen. Man konnte seinen Willen nicht mehr deutlich machen, um daran auch eine Behandlungsentscheidung auszurichten.

Solche Fälle machen die Entscheidung ganz besonders schwer. Aber ein 86-Jähriger in einem solchen Zustand frage ich, was ist in einem solchen Zustand, zum Wohl eines solchen Patienten wirklich indiziert? Denn er kam zu uns mit einer beidseitigen Lungenentzündung, und das Heim erwartete jetzt von uns, dass wir diese Lungenentzündung behandelten, ihn mit Flüssigkeit versorgten usw. und ihn wieder zurückbringen, wenn er die Lungenentzündung überstanden hätte. Ich und unser Team hat das ganz anders gesehen. Wir haben gedacht, was tun wir dem Mann bei dem, was wir von ihm wissen, Gutes, wenn wir ihn jetzt aggressiv behandeln mit Antibiotika, ihn möglicherweise auf die Intensivstation legen, ihn beatmen, ihn mit Kreislauftherapie, weil er bereits eine Blutvergiftung hatte, behandeln – was tun wir ihm Gutes?

Und wir sind zu der Entscheidung gekommen, eine solche Behandlung ist nicht mehr indiziert, eine solche Behandlung tut dem Patienten nichts Gutes, und ein solcher Mann, der in einem solch hohen Lebensalter mit einer solch schweren Krankheit bei so dramatisch Vorerkrankungen ist, darf sterben! Und daran haben wir unsere Behandlung auch ausgerichtet, indem wir alles dafür getan haben, dass er keine Schmerzen hat, dass er keine Luftnot hat, dass er friedlich das Leben verlassen konnte. Und so war es auch: Er ist dann gestorben. Ganz nach der Devise, die ein großer amerikanischer Arzt aus dem 19. Jahrhundert einmal formuliert hat: Die Lungenentzündung kann auch „the old man’s friend“ sein – also eine Krankheit am Ende des Lebens darstellen, die einen wegdämmern lässt, ohne großen Schmerzen, ohne Angst, die auf eine friedliche Weise das Leben beendet.

Nun glauben – neben vielen Laien und manchen Juristen – auch zahlreiche Ärzte immer noch, dass im Zustand einer tödlichen Erkrankung die Einstellung einer künstlichen Ernährung oder Beatmung ärztlich aktives Handeln im Sinne der Todesursächlichkeit sei. „Aktive Sterbehilfe sei das – und die stehe doch unter

Strafe!“, so der unerschütterliche Glaube vieler meiner Kollegen. Welch fataler Irrtum! Die Einstellung einer künstlichen Ernährung ist zwar, rein äußerlich betrachtet, eine bloße Handlung. Allein: Ist nämlich die Einstellung zwingend geboten, weil ihr die ärztliche Indikationsgrundlage entzogen oder der Patientenwille ihr entgegen steht, kann sie nicht zugleich eine Tötungshandlung sein, vielmehr lässt man mit dem Einstellen der Ernährung das Sterben zu. Entsprechendes gilt für die Beendigung einer Beatmung. In seinem Urteil geht der Bundesgerichtshof sogar so weit, selbst das „aktive“ Durchschneiden der Ernährungssonde für rechtens zu erklären, weil es der Beendigung einer von der Patientin nicht gewollten Behandlung diene.

Die Ursächlichkeit einer Handlung sagt indes noch nichts über ihre mögliche *Strafbewehrtheit* aus. Die Strafbarkeit der Lebensbeendigung hängt nämlich nicht davon ab, ob der Tod durch aktives Handeln oder passives Unterlassen eintritt, sondern ausschließlich von der Willensrichtung des Patienten. Angesichts eines Kranken, der sterben will, ist jedes Verhalten, sei es Tun oder Unterlassen, legal, wenn es den Tod des Patienten zur Folge hat, *mit Ausnahme der Herbeiführung des Todes durch seine direkte gezielte Herbeiführung* („aktive Sterbehilfe“), die durch die §§ 211, 212 und 216 StGB verboten ist.

An einem einfachen Beispiel möchte ich den Unterschied zwischen Sterbenlassen und Töten noch einmal verdeutlichen:

In Krankenzimmer A liegt ein beatmeter Patient. Jemand betritt den Raum und stellt die Beatmungsmaschine ab. Der Patient stirbt. In Krankenzimmer B liegt ebenfalls ein beatmeter Patient. Auch hier betritt jemand den Raum, stellt die Maschine ab und der Patient stirbt.

In beiden Fällen unterscheiden sich die sichtbaren Handlungsabläufe und ihre Folgen, der Tod des Patienten nämlich, nicht. Im ersten Fall aber war der Handelnde ein Erbschleicher, der mit einer Anklage wegen Mordes rechnen muss; im zweiten Fall war der Handelnde ein Arzt, der dem Willen des Patienten entsprach: Das Abstellen des Beatmungsgerätes war daher in letzterem Fall nicht allein zu billigen, sondern sogar geboten.

Summa summarum gilt: Ein Arzt, der – mit Ausnahme der direkten aktiven Sterbehilfe – dem frei verantwortlichen Willen des Patienten folgt und/oder eine nicht mehr indizierte Behandlung einstellt oder unterlässt, begeht niemals Rechtsbruch. Damit ist den Ärzten Rechtssicherheit gegeben, weil aktive und passive Sterbehilfe klar voneinander unterschieden sind: Sterben lassen ist nicht gleichzusetzen mit töten! Und für den Patienten ist gleichfalls Klarheit geschaffen: Sein Wille ist ausschlaggebend und unbedingt zu respektieren.

Der Wille des Patienten, seine Selbstbestimmung oder Autonomie war es, der im Mittelpunkt der jahrelangen Auseinandersetzungen um das Für und Wider der Verbindlichkeit der Patientenverfügung stand.

Betrachtet man den Konflikt um die Patientenverfügung – und der existiert trotz des seit dem 1. September 2009 auf ein Gesetz zurückgreifen können – aus der Nähe, so fällt auf, dass die verfassungsrechtlich so elementare Figur der Selbstbestimmung unter Druck und in Rechtfertigungsnot geraten ist. Einerseits deshalb, weil ihre

Tragfähigkeit als Grundlage der Patientenverfügung bezweifelt wird, zum anderen, weil sie nach Auffassung mancher ihrer Kritiker in Konflikt mit dem grundgesetzlich ebenfalls garantierten Lebensschutz gerät. Und letztlich, weil sie auf die Gestaltung einer Zukunft zielt, deren Voraussetzungen, da sie doch in der Gegenwart liegen, die Konstruktion der Patientenverfügung an sich hinfällig werden lässt.

Diese Bedenken finden sich ganz konkret in bestimmten „Bereichsethiken“ wieder, also verschiedenen weltanschaulich oder religiös geprägten Vorstellungen vom Lebensende, die sich mehr oder weniger nachdrücklich gegen das Selbstbestimmungsrecht als dominierendes Konzept der Patientenverfügung aussprechen. Dies trifft auch auf Teile der Ärzteschaft zu, wiewohl die ärztliche Standesethik sich offiziell unmissverständlich zur Patientenautonomie bekennt.

Stellvertretend für diejenigen Ärzte, die offen oder verdeckt das Selbstbestimmungsrecht des Patienten torpedieren, mag hier ein bekannter deutscher Herzchirurg genannt werden, dessen Äußerungen nur als skandalös bewertet werden können. Die Debatte um Patientenverfügungen hält er für „absurd“ und tut sie als „Scheindiskussion“ ab. Im Jahre 2007 ließ er in einem Interview mit der Wochenzeitung DIE ZEIT verlauten: „Wenn Patienten oder Angehörige von Patienten kommen und sagen, Herr Doktor, hier ist die Patientenverfügung, dann sage ich: Sie können sie ruhig in Ihrem Nachtkästchen liegen lassen. Sie interessiert mich nicht.“

Anmaßender und respektloser kann man sich als Arzt seinen Patienten gegenüber nicht verhalten, ganz zu schweigen davon, dass ein solcher Arzt gegen die ärztliche Berufsordnung und die Charta zur ärztlichen Berufsethik verstößt. Hier mag zwar ein glänzender Mediziner und Herzchirurg sprechen, jedoch nach meinem Verständnis kein guter Arzt.

Nicht nur manche Vertreter der Ärzteschaft stellen das Selbstbestimmungsrecht des Patienten in Frage. Da wird in Talkshows, Radiomagazinen, Feuilletons und Leitartikeln, in denen das Sterben immer wieder thematisiert wird, das Selbstbestimmungsrecht als eine „Suggestionsvokabel“ charakterisiert, zum „bloßen Generalnenner“ oder zur „Chimäre“ deklassiert. Von einer „am grünen Tisch der Gesunden erdachten Selbstbestimmungsrhetorik“, von der „Zauberformel Patientenautonomie“ ist die Rede; ja, man scheut sich nicht einmal, von der Selbstbestimmung als einem „Götzen“ zu sprechen.

Niemand leugnet, dass die Selbstbestimmung des Individuums immer auch eine soziale Dimension hat, dass sie auch der Formung durch andere Personen und Gruppen unterliegt und eine Fülle von politischen und gesellschaftlichen Kräften auf sie einwirkt. Der *dialogische Prozess* mit dem Arzt vor der Abfassung einer Patientenverfügung oder die Ermittlung des mutmaßlichen Willens eines einwilligungsunfähigen Patienten *im Dialog* von Betreuer, Arzt und Angehörigen ist von kaum zu überschätzender Bedeutung. Doch ungeachtet dessen, ja vielleicht gerade im Wissen um dieses Spannungsfeld hat unsere Rechtsordnung die Selbstbestimmung – einschließlich derjenigen zum Tode – als eine eigenverantwortlich zu nutzende Freiheit in ihrem Zentrum verankert, die, wie von Verfassungsjuristen immer wieder betont, klein zu reden oder als menschliche Selbstüberschätzung an den Pranger zu stellen, vollkommen verkennen würde, dass

gerade sie, die Selbstbestimmung, die tragende Säule unseres Grundgesetzes ist und den Kern unseres Grundrechtsverständnisses ausmacht.

Die Selbstbestimmung – und nicht, wie so häufig angenommen der Lebensschutz, so hoch auch der anzusetzen ist – ist es, die den Kern der Menschenwürde ausmacht! Sie wird von unserer Verfassung garantiert, aus gutem Grund von ihr jedoch nicht definiert. Denn nur der einzelne Mensch als Grundrechtsträger ist befugt, darüber zu befinden, was seine Würde ausmacht, einschließlich der Verfügung darüber, wie weit seine körperliche Unversehrtheit und sein Leben zu schützen sind. Mit den Worten des Bundesverfassungsgerichts: „Die Freiheit des Einzelnen besteht in der Selbstbestimmung eben dieses Einzelnen über den eigenen Lebensentwurf und seinen Vollzug.“ Als Quintessenz ließe sich sagen: Die Menschenwürde, so wie unsere Verfassung sie versteht, schützt den Menschen eben auch davor, zum Objekt der Menschenwürde-Definitionen anderer zu werden – ein Entwurf, der, wie ich meine, umfassender, überzeugender und unanfechtbarer nicht sein könnte.

Über den hohen Stellenwert der Selbstbestimmung hinaus signalisiert das Urteil des Bundesgerichtshofes vom Juni 2010 insbesondere der Ärzteschaft, im therapeutischen Prozess, gerade bei schwerster Krankheit und im hohen Lebensalter, inne zu halten. Die Frage, die es vor einer therapeutischen Empfehlung oder Entscheidung für den Arzt zu beantworten gilt, darf *nicht* lauten: Dürfen wir aufhören? Vielmehr muss sie lauten: Dürfen wir noch weitermachen? Ist das, was gestern noch zum Besten unseres Patienten war, auch heute noch zu seinem Besten und, besonders bedeutsam, auch heute noch von seinem Willen gedeckt?

Beatmung, Dialyse, Wiederbelebung, künstliche Ernährung und Chemotherapie sind Beispiele großer Errungenschaften der Medizin, auf die ich, selbst begeisterter Notfall- und Intensivmediziner, stolz bin. Millionen Menschen in aller Welt profitieren tagtäglich von ihr, sind mit ihrer Hilfe von schwerer Krankheit genesen und haben gesunde Lebensjahre gewonnen. Diese Errungenschaften gilt es zu erhalten für alle die Kranken, bei denen es um sinnvolle Lebensverlängerung geht. Halten sie hingegen einen qualvollen Sterbeprozess aufrecht, sollten sie nicht mehr zum Einsatz kommen.

Der Philosoph Hans Jonas hat in einem eben so zutreffenden wie wunderbaren Bild die Herausforderung, der sich ärztliches Handeln am Lebensende stellen muss, auf den Punkt gebracht: Auftrag der Medizin ist es, die Flamme des Lebens am Brennen, nicht aber seine Asche am Glimmen zu halten – so sehr sie auch dieses Glimmen noch zu hüten hat.

*** Zum Autor:**

Der Intensiv- und Notfallmediziner **Michael de Ridder** ist Chefarzt der Rettungsstelle am Berliner Urban-Krankenhaus.

Buch-Tipp:

Dr. Michael de Ridder: Wie wollen wir sterben? Ein ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin. DVA-Verlag. 2010.