

SWR2 Wissen: Radio Akademie

Die Grenzen des Erlaubten (Folge 6)

Leben nach Plan

Optimierter Anfang, kontrolliertes Ende

Von Eva Schindele

Sendung: Samstag, 6. Juni 2015, 8.30 Uhr

Redaktion: Detlef Clas

Regie: Günter Maurer

Produktion: SWR 2015

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.

Service:

SWR2 Wissen: Radio Akademie können Sie auch als Live-Stream hören im **SWR2 Webradio** unter www.swr2.de

Die **Manuskripte** von SWR2 Wissen: Radio Akademie gibt es auch **als E-Books für mobile Endgeräte** im sogenannten EPUB-Format. Sie benötigen ein geeignetes Endgerät und eine entsprechende "App" oder Software zum Lesen der Dokumente. Für das iPhone oder das iPad gibt es z.B. die kostenlose App "iBooks", für die Android-Plattform den in der Basisversion kostenlosen Moon-Reader. Für Webbrowser wie z.B. Firefox gibt es auch sogenannte Addons oder Plugins zum Betrachten von E-Books:

Mitschnitte aller Sendungen der Redaktion SWR2 Wissen: Radio Akademie sind auf CD erhältlich beim SWR Mitschnittdienst in Baden-Baden zum Preis von 12,50 Euro. Bestellungen über Telefon: 07221/929-26030

Kennen Sie schon das 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 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

Radio Akademie Intro: Die Grenzen des Erlaubten

Ansage:

Leben nach Plan – Optimierter Anfang, kontrolliertes Ende
Von Eva Schindele

Cut 1: Mergeay

Geburt und Tod sind die beiden existenziellen Übergänge, die die Grenzen des Leben des Einzelnen markieren. Und in beiden Fällen sind wir konfrontiert mit dem Nicht-Wissen und dem Wissen. Wir können nicht wissen, was vor der Geburt war und was nach dem Tod dann wird ...

Sprecherin:

Am Anfang und Ende des Lebens sind wir besonders verletzlich und auf die Hilfe anderer angewiesen. Vor allem den Lebensbeginn beherrschen inzwischen medizinisch erzwungene Machbarkeitsvorstellungen. Aber auch am Ende des Lebens stellen sich viele ethische Fragen. Krankenhauspsychologin Colette Mergeay:

Cut 2: Mergeay

Ich empfinde, dass der erste Blick des Kindes, wo man auch sagt: Es erblickt das Licht der Welt, also dieser erste Augenkontakt zwischen Neugeborenen und der Mutter und der letzte Blick, nicht von ungefähr sagt man: Bis zum letzten Augenblick, also dieser letzte Blick, wenn der Mensch nicht mehr sprechen kann, aber einen Auftrag gibt mit seinem Blick, dass das auch sehr, sehr parallel ist und dass es rührt an existenzielle Bedürfnisse und Fähigkeiten des Menschen.

Atmo 1: Einblenden von Herztönen (intrauterin und von Erwachsenem)

Cut 3: Reportage v. Stutterheim

Wir haben heute sieben Eingriffe durchgeführt und im Schnitt zehn Eizellen gewonnen – also dürften das so um die 60 – 70 Eizellen sein... Dann gehen wir mal rüber ins andere Labor.

Sprecherin:

Feierabend in einem Kinderwunschzentrum. Die Sprechstundenhilfe räumt noch die Zeitschriften im Wartezimmer zusammen, während der Reproduktionsmediziner Achim von Stutterheim durch sein modernes Praxis-Haus führt. Im Parterre liegt der zentrale Bereich der reproduktionsmedizinischen Praxis: Operationssaal, Spermengewinnungsraum, Labors.

Cut 4: Stutterheim (*Schlüssel drehen*)

Sie sehen, es ist alles extrem gesichert mit Bewegungsmeldern, sodass hier keiner rein darf, der nicht kann. Das ist unser Hauptlabor ...

Sprecherin:

1978 präsentierten zwei britische Mediziner das erste „Retortenbaby“: Baby Louisa war klein und süß, und doch damals das zu Fleisch gewordene Symbol eines Tabubruchs. Denn zum ersten Mal war es gelungen, den Lebensanfang künstlich

außerhalb des Mutterleibs zu initiieren. Der extrakorporale Embryo oder Laborembryo ist so erzeugt worden.

Cut 5: Stutterheim

(Öffnen des Brutschranks) Jetzt können sie nochmals einen Blick hereinwerfen – in unseren Brutschrank – jetzt sehen sie die Vorbereitung für den morgigen Tag. Für jede Patientin eine Schale. Da ist dieses Kulturmedium drin – das ist diese rosa Flüssigkeit und die jetzt schon über Nacht bebrütet und begast werden, damit sie optimal vorbereitet werden. Da werden morgen die Eizellen hereingegeben.

Sprecherin:

Sechs Tage kann inzwischen ein Embryo im Nährmedium außerhalb des Mutterleibs überleben. Dann muss er in die Gebärmutter der Frau übertragen werden und sich in ihr einnisten: Nur in dieser Symbiose wird ein Kind daraus. Was bis dahin mit diesem beziehungslosen Wesen in der Petrischale gemacht werden darf, ist seit Beginn der Reproduktionsmedizin ethisch umstritten und wird national sehr unterschiedlich geregelt.

Sprecher:

Wie viele Eizellen dürfen befruchtet werden? Wie viele Embryonen sollen der Frau übertragen werden? Sollen sie vorher im Labor durchgecheckt werden? Und was ist mit denen, die die Qualitätsprüfung nicht bestanden haben? Was passiert mit den Embryonen oder befruchteten Eizellen, die übriggeblieben sind? Für den nächsten Zeugungsversuch aufheben, der Forschung zur Verfügung stellen, alle einsetzen und wenn sich mehr als zwei entwickeln, eines dann im Mutterleib gezielt totspritzen? Oder zur Adoption freigeben?

Sprecherin:

Die Lübecker Medizinethikerin Christina Schües:

Cut 6: Schües

Meine Frage wäre dazu, ob diese neuen Biotechnologien ganz wesentlich unser Selbstverhältnis und Weltverhältnis verändern ... vor allem von Seiten der Geborenen, die unter neuen Bedingungen geboren wurden.

[Cut 7 Stutterheim

Die Kryoeinrichtungen sehen Sie hier. Sieht sehr klein aus, aber da ist ein Computer drin ...

Darüber:

Sprecherin:

Der Gynäkologe von Stutterheim zeigt auf ein Gefäß, das einer größeren Milchkanne ähnelt. Er hebt den Deckel hoch. Es dampft. In dem Behälter hängen beschriftete Röhrchen...

Cut 8: Stutterheim

Das sind Behälter, die mit Flüssig-Stickstoff gefüllt sind und dort nun eingefrorenes Hodenmaterial, Spermien und befruchtete Eizellen gelagert. 150 befruchtete Eizellen werden es sein, 20, 30 Hodenproben ...

Frage: Es ist ja viel Potenz hier, sozusagen „Leben“ zu generieren?
 Nein. Wir haben nur das Gefühl, dass wir da gut darauf aufpassen müssen ...

Sprecherin:

Haben befruchtete Eizellen oder Embryonen ein Verfallsdatum? Weltweit warten inzwischen viele Millionen Embryonen in Gefrierschränken auf ihre weitere Bestimmung. In Deutschland verbietet das Embryonenschutzgesetz das Einfrieren von Embryonen. Deshalb werden befruchtete Eizellen kurz vor der Verschmelzung des weiblichen und männlichen Zellkerns in der Entwicklung angehalten und auf Eis gelegt. So hat sich inzwischen in Deutschland viel embryonales Gefriergut angesammelt. Im Jahr 2000 zählten die Reproduktionsmediziner 56.000 Embryonen im Vorkernstadium. Wie viel es heute sind, wird nirgends erfasst.]

Cut 10: Schües

Wie geht es eigentlich den Kindern, die unter den Bedingungen biotechnologischer Machbarkeiten geboren werden? Und dazu gehören einerseits die verschiedenen gendiagnostischen Verfahren ... Dazu gehört auch Leihmutterschaft oder eben auch andere Techniken, die jeweils diesen Lebensanfang, in irgendeiner Hinsicht unter Bedingungen stellt oder auch temporal zerreißen, wie es z.B. beim Egg-Freezing der Fall ist, dass nämlich eine Eizelle bereits über Jahre gelagert ist und erst später zum Einsatz kommt. Das heißt also, dieser biologische Anfang eine viel längere Vorgeschichte hat als es bislang der Fall war.

Sprecherin:

„Von der Geburt her denken heißt in Beziehung denken“, schreibt Christina Schües in ihrer „Philosophie des Geboreneins.“ Sie stellt darin die generative Verortung in den Mittelpunkt, also dass wir in eine verwandtschaftliche Beziehungsgeschichte hinein geboren sind: Nicht mehr selbstverständlich in Zeiten, in denen Kinder gemacht werden können, wenn der Rohstoff zur Verfügung steht: Eizellen aus Spanien oder Tschechien, Samen aus Dänemark und eine Leihmutter aus der Ukraine. Das Kind wird zur globalen Handelsware. In Deutschland sind Eizellspenden und Leihmutterschaft verboten. Doch mit einer nationalen Gesetzgebung ist die globalisierte Elternschaft prinzipiell nicht mehr zu verhindern.

Cut 11: Schües

Diese Grundfrage – Woher komm ich? Von wem bin ich geboren? – ist mit dieser Zielrichtung gar nicht mehr zu stellen, denn wenn meiner Geschichte eher eine Laborgeschichte zugrunde liegt und unterschiedliche Eier, unterschiedliche Spermien von irgendwo, dann ist dieses Woher ein zerrissener Ort. ... Dieser Weg, also diese neue Zumutung und ... dieser Paradigmenwechsel unter dem unsere *Conditio humana*, wie ich es nenne, also unsere wesentliche Bedingtheit gestellt wird, kann bedeuten, dass das Selbstverständnis und Selbstverhältnis und Weltverhältnis schwieriger zu klären ist.

Sprecherin:

Ethische Vorstellungen sind nicht in Stein gemeißelt. Sie werden im gesellschaftlichen Diskurs immer wieder neu ausgehandelt, spiegeln den Zeitgeist wider und legitimieren oft im Nachhinein das technisch Machbare. Dabei prägen oft diejenigen die Debatte, die ein Interesse an einer Liberalisierung haben: Das sind vor allem einerseits die Anbieter reproduktionsmedizinischer oder pränataldiagnostischer

Leistungen und andererseits ungewollt Kinderlose oder werdende Eltern, die deren Dienstleistung nutzen wollen. Sie beklagen das strenge und veraltete deutsche Embryonenschutzgesetz, suchen nach Schlupflöchern und gesetzlichen Grauzonen. So ist die genetische Überprüfung der Labor-Embryonen mithilfe der sogenannten Präimplantationsdiagnostik vor dem Transfer in die Frau inzwischen bei Erbkrankheiten erlaubt worden. Um die Zulassung der Eizellspende wird derzeit gerungen.

Cut 12: Schües

Materialprüfung ist üblicherweise nicht das, was am Anfang liegt, wenn man eine Beziehung eingeht mit einem Menschen. Ich hab mich schon oft gefragt, was es heißt eigentlich für ein Kind unter Bedingungen geboren zu werden. Ich hab in meinem Buch die Geburt verstanden als Gabe, und zwar in dem Sinne, dass Kinder bedingungslos geboren werden. Also im Sinne einer Gabe. Wenn es aber so ist, dass die Embryonen, also Kinder kontrolliert werden, und nicht zu ihren eigenen Bedingungen geboren werden, sondern zu Bedingungen von anderen, bestimmter Kriterien, bestimmter Qualitätsmerkmalen, dann würde ich sagen, ist ein Embryo reduziert auf einen Warencharakter. Und dann fragt man sich ja auch, ob dann vielleicht Regressansprüche gemacht werden können und ob man es auch wie eine Ware zurückgeben kann.

Atmo: intrauterine Herztöne

Cut 13: Neumann:

Sie können das am Begleitmonitor mit anschauen ... das Schwarze sind Flüssigkeiten ... hier ist das Fruchtwasser und das Kind liegt mit dem Kopf oben ...

Ausblenden und darüber:

Sprecherin:

Melissa hat auf der Liege in der Spezialpraxis für Pränatalmedizin Platz genommen, ihren Ringpullover hat sie hochgekremgelt. Der Gynäkologe Armin Neumann fährt mit seinem Ultraschallkopf über ihren nackten Bauch und erklärt die Untersuchung – während ihre knapp zweijährige Tochter neben ihr quengelt.

Cut 14: Neumann

... Das ist das Köpfchen und man sieht hier beide Gehirnhälften ... das sind die Schädelknochen ... Gehirnkammern. Im Hinterkopf sieht man das Kleinhirn ... keinen offenen Rücken.

Ausblenden, darüber:

Sprecherin:

Gebannt folgt die 26-Jährige den Konturen ihres Kindes auf dem großen Bildschirm an der Wand. Sie ist in der 23. Woche schwanger. Ihr Frauenarzt hatte beim Routine-Ultraschall vor einer Woche einen Schatten im Kopf des Ungeborenen gesehen – vielleicht eine Zyste? Sie sollte den Befund nun von einem Fachmann abklären lassen.

Cut 15: Neumann

Was ihr Frauenarzt gesehen hat, betrifft diesen Bereich. Das ist schwammartiges Gewebe, was so kleine Poren hat. Das ist normaler Befund... muss man sich keine Sorgen machen. Herztöne des Kindes...

Das ist der normale Befund. Dann Untersuchung beendet.

Autorin: Sind sie erleichtert?

Melissa: Definitiv Ja.

Autorin: Und das waren schlaflose Nächte?

Melissa: Jein. Mix aus beiden. Man hört ja viel aus dem Bekanntenkreis und ja. Die letzten Tage waren aufregender, weil, man hörte von Kindern, die mit irgendwelchen Behinderungen dann kamen oder aufgrund der Zysten nicht auf natürlichem Wege kommen durften. Das hat einen dann doch wahnsinnig gemacht, ja.

Sprecherin:

Von freudiger Erwartung ist in heutigen Schwangerschaften oft nur noch wenig zu spüren. Schon von Anfang an wird die Frau auf ein ärztliches Schwangerschaftsregime eingeschworen, das vor allem die Pathologie und das Risiko in den Mittelpunkt stellt. Kaum ein Kind kommt heute noch „ungeprüft“ auf die Welt. Unter dem Versprechen der „Sicherheit“ konnte sich so in den letzten 25 Jahren ein riesiger Markt für vorgeburtliche Untersuchungen und Tests etablieren. Gute Geschäfte für Frauenärzte, aber auch für Hersteller von Ultraschallgeräten, Software oder Testkits wie dem sogenannten Praenatest, der ab der 9. Schwangerschaftswoche im mütterlichen Blut nach Hinweisen für Down-Syndrom beim Ungeborenen sucht.

Cut 16: Neumann

Das Neue besteht da drin, dass sie keine invasiven Maßnahmen mehr durchführen bei der Mutter. Also sprich keine Fruchtwasseruntersuchung mehr erforderlich ist. Sondern sie nehmen mütterliches Blut und können DANN-Bruchstücke des Kindes von der Plazenta im mütterlichen Blut nachweisen, und sie quasi den Chromosomen zuordnen. Und mit einer sehr hohen Sensitivität von über 99 Prozent können Kinder mit einer Trisomie 21 zum Beispiel erkannt werden. ... In Deutschland ist das geknüpft an eine genetische Beratung.

Sprecherin:

Pränataldiagnostiker Armin Neumann hält den Test für unproblematisch, vorausgesetzt die Schwangeren werden vorher gut beraten. Dieser Meinung sind derzeit nicht alle Fachleute – vor allem seit der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) prüft, ob der Praena-Test nicht eine Kassenleistung werden soll. Einige fürchten einen Dambruch – dabei ist er nichts weiter als ein weiterer Baustein der vorgeburtlichen Auslese – wie sie seit Jahrzehnten anfangs von Humangenetikern, heute von Frauenärzten und Pränataldiagnostikern praktiziert wird. Oft finanziert von den Krankenkassen, manchmal auch von den werdenden Eltern selbst, die in der verletzlichen Phase der Schwangerschaft bereitwillig einige Hundert Euro für die Gesundheit ihres Nachwuchses „investieren“. Doch vorgeburtliche Diagnostik macht Kinder nicht gesund, so Margaretha Kurmann vom „Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik“:

Cut 17: Kurmann

Es wird gesucht, um zu verhindern, dass ein Kind mit dieser Behinderung oder Beeinträchtigung, nach der gesucht wird, geboren wird. Die Therapie ist der Schwangerschaftsabbruch. Es gibt seltene Fälle, wo man die Geburt sozusagen danach ausrichten kann und man kann auch manchmal das in der Schwangerschaft machen und das ist ja auch nicht strittig, aber in der Regel sind es Untersuchungen, die wir im Netzwerk als selektiv bezeichnen, die also darauf ausgerichtet sind, Geburt von Kindern mit bestimmten Merkmalen zu verhindern. In dem Sinne gibt es nichts zu entscheiden über das So-Sein des Kindes, sondern es gibt nur darüber etwas zu entscheiden: Soll dieses Kind auf die Welt kommen oder nicht?

Sprecher:

Welches Kind darf auf die Welt kommen? Welches gilt als lebens- und liebeswert? Was passiert, wenn Eltern die vorgeburtlichen Untersuchungen ablehnen? Gibt es ein Recht auf Nichtwissen?

Sprecherin:

Die medizinethische Debatte fokussiert sich auf den Schwangerschaftsabbruch, vor allem, wenn er jenseits der 22. Schwangerschaftswoche durchgeführt wird, wo Kinder schon außerhalb des Mutterleibs lebensfähig sind. In diesen Fällen werden die Ungeborenen heute mit einer direkten Giftspritze ins Herz getötet, bevor die Geburt eingeleitet wird.

Die sozialen Folgen der vorgeburtlichen Untersuchungen werden öffentlich dagegen selten problematisiert. Die werdenden Eltern werden als gut informierte selbstbestimmte Kunden gesehen, die diese Untersuchungen eben nachfragen.

Cut 18: Kurmann

Sie muss es ja nicht in Anspruch nehmen, selbstverständlich ist es freiwillig, aber sie muss sich dazu verhalten. Sie muss sozusagen das Angebot ablehnen, wenn sie das nicht möchte. Bedeutet das natürlich auch, dass sie damit eine Entscheidung fällt und wenn ich eine Entscheidung fälle, bin ich auch zuständig für die Folgen, die diese Entscheidung haben. Das heißt, die Frauen haben im Grunde genommen die Verantwortung für das, was dann danach passiert. Ganz konkret: Wenn ein Kind mit einer Behinderung auf die Welt kommt, ist der Reflex natürlich zu sagen: Haben sie das vorher nicht gewusst? Was impliziert: Haben Sie nichts unternommen? Und es impliziert natürlich grundsätzlich, dass die Frau dann darüber entschieden hat so ein Kind zu bekommen, weil sie da nicht mit umgegangen ist.

Sprecher:

Wie verändern die pränataldiagnostischen Tests die Haltung gegenüber behinderten Menschen? Gibt es noch eine Akzeptanz von Andersartigkeit?

Cut 19: Kurmann

Eigentlich hat sich dieses Gefühl, dass wenn ich ein Kind mit einer Behinderung bekomme, dass es etwas Schicksalhafteres ist, hat sich verschoben daraufhin, dass ein Kind mit einer Behinderung etwas ist, was ich entschieden und verantwortet und letztendlich auch verschuldet habe. Das hat sich verändert im Erleben.

Atmo: Herzschläge des Kindes die in Erwachsenenherzschläge übergehen

Cut 20: Mergeay

Wir sind auf diese Solidarität der anderen angewiesen. Um eine halbwegs fähige Gesellschaft zu erleben, muss diese Fähigkeit, ich sage mal der Solidarität unter Menschen, geübt und gelebt werden.

Sprecherin:

Das gilt für den Lebensanfang, aber auch für die letzte Lebensphase. Nichts soll mehr dem Zufall überlassen bleiben. Auch am Lebensende gibt es den Ruf nach der Medizin: Sie soll das Leben verlängern, helfen, die Schmerzen zu lindern oder – auf Wunsch – den Giftbecher reichen. Dabei hat sich die Ärzteschaft für das Sterben lange nicht zuständig gefühlt.

Cut 21: Heller

Wir haben eine Monopolisierung des Sterbens und die Zivilgesellschaft, die Bürger, Bürgerinnen und Familien sind eigentlich weg gedrängt worden. Und was jetzt passieren muss, ist eine Resozialisierung des Sterbens und des Sterbenden.

Sprecherin:

Andreas Heller, Professor für Palliative Care und Organisationsethik der Universität Klagenfurt und Wien.

Sterben hat sich auch verändert, weil sich die Struktur der Gesellschaft verändert hat. Die Familien schrumpfen, Kinder wohnen oft fernab von den Eltern, sind in einen fordernden Berufsalltag eingebunden und mit der Pflege überfordert. Vor allem bei alten Menschen geht der soziale Tod manchmal dem physischen voraus. Deshalb gibt es inzwischen eine Bürgerbewegung, die Pflegen und damit auch das Sterben gemeindenah und nachbarschaftlich organisieren will.

Cut 22: Heller

Der Tod gehört nicht der Medizin und das Sterben auch nicht. Das ist mein Sterben und das Sterben der Menschen, mit denen ich verbunden bin. ... Niemand in Deutschland will noch von Experten bevormundet werden.

Cut 23: <http://www.tagesschau.de/inland/sterbehilfe-113.html>

Bericht über die Debatte im Bundestag am 13.11.2014.

Sprecher:

Dürfen Ärzte das Leben eines Patienten auf seinen Wunsch hin beenden? Wer darf diese ärztliche Sterbehilfe beanspruchen: Schwerkranke, deren Tod in den nächsten Wochen erwartet wird? Oder reicht es, wenn es keine Aussicht mehr auf Heilung gibt, jemand verzweifelt ist und nicht mehr leben mag? Wo ist die Grenze zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe? Ist das Nichtlegen einer Magensonde oder die fehlende Behandlung mit Antibiotika bei einem Schwerkranken auch schon Sterbehilfe?

Cut 24: Heller

Die Sterbehilfedebatte in Deutschland steht ja sozusagen am Horizont einer pluralen postmodernen Gesellschaft, die uns den Imperativ erteilt: Lebe dein Leben. Du bist selbst für dich verantwortlich. Niemand wird dir vorschreiben, wie du zu leben hast und es ist völlig selbstverständlich, dass auch das Sterben in die Gestaltungsmacht der Bürger und Bürgerinnen hinein delegiert wird. Und dass dann in gewisser Weise

bei den Bürgern die Frage ist: Wie soll das eigentlich gehen? Es werden verschiedene Möglichkeiten, wie soll man Sterben: Krankenhaus, Hospiz, ambulant zu Hause oder beschleunigt oder verlangsamt durch Intensivmedizin oder Suizidassistenten. Es gibt tausend Varianten und Möglichkeiten und das überfordert uns und wir brauchen an dieser Stelle, in diesen Dilemmata, Unterstützung von anderen.

Sprecherin:

Andreas Heller, Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der Bundesarbeitsgemeinschaft „Hospiz“, begrüßt das öffentliche Nachdenken über Tod und Sterben. Aber die Sterbehilfediskussion werde viel zu einseitig geführt. Die Befürworter verstecken sich hinter der Floskel „in Würde sterben“ und kreisen dabei immer um die Autonomie einzelner Schwerkranker und um deren Todeswünsche. Das Umfeld blenden sie oft völlig aus. Sterben gehört zum Leben und die Bedingungen in der letzten Phase des Lebens müssen im Mittelpunkt stehen: Die soziale und familiäre Situation der Betroffenen, die schlecht ausgestatteten Pflegeheime mit ihrem Personalnotstand, die unwirtlichen Kliniken, die schnell – und effektiv ihre Patienten durchschleusen sollen: Wo bleibt da Raum für Gespräch, Ruhe, Empathie? Ähnlich wie die Geburt hat auch das Sterben eine eigene zeitliche Dynamik. Es kann sich lange hinziehen. Oft werden noch bis zuletzt alle medizinischen Register gezogen, ein letzter Aktionismus, der nicht selten auch von Patienten und ihren Angehörigen erwartet wird – auch um der letzten Wahrheit nicht ins Auge sehen zu müssen.

Cut 25: Engler

Ich glaube, die Waage ist nicht mehr da: Ist es noch sinnvoll was zu machen oder nicht und das mit dem Patienten zu besprechen.

Sprecherin:

Die Bremer Narkoseärztin Marion Engler.

Cut 26: Engler

Ich erlebe es häufig schon so, dass dann gesagt wird, wir können noch dies und dies machen und das wird Ihnen helfen und natürlich sagt ein Patient dann ja. Aber es wird selten gesagt, das hat die und die Belastung ... wollen Sie es? Dieses Gespräch finde ich nicht sehr offen – am Lebensende ... Dazu gehört aber auch, dass ich mich als Arzt dem stelle, dass jemand stirbt und vielleicht auch versterben möchte.

Sprecherin:

Die moderne Medizin hat uns ein längeres Leben beschert. Aber auch die letzte Lebensphase verlängert. Früher waren es akute Infektionen wie Lungenentzündungen, die dem Geschwächten schnell den Tod brachten. Heute können diese erfolgreich bekämpft werden. Dies kann Schwerkranken helfen, aber es kann auch die Phase des Siechtums in die Länge ziehen. Das Jahr vor dem Tod ist im Schnitt das teuerste im ganzen Leben. Die meisten Menschen versterben im Krankenhaus, aber gerade dieser Ort kann mit Sterbenden oft wenig anfangen.

[Cut 27: Engler

Was ich mir für uns Ärzte wünsche, dass wir akzeptieren können, dass es Situationen im Krankheitsverlauf gibt, die wir nicht mehr behandeln können, dass wirklich, wenn jemand verstirbt kein ärztliches Versagen ist, sondern dass es ein Teil

des Lebens ist. Da erlebe ich es häufig noch so, wenn es klar ist, dass jemand verstirbt, dass sich auch heute noch Kollegen eher abwenden.

Sprecherin:

Mitunter kehrt noch am Lebensende eine große Hektik ein, weil sich keiner zuständig fühlt. Experten haben inzwischen den Begriff des Sterbenomaden geprägt: Weil die Fallpauschale ausgeschöpft ist, verlegt das Krankenhaus Sterbende in ein Pflegeheim oder Hospiz. Aber auch Altenheime schieben ihre Bewohner noch in den letzten Lebenstagen in die Klinik ab. Und zu Hause fühlen sich Angehörige von dem drohenden Tod überfordert und rufen doch noch in letzter Minute einen Notarzt.] Palliativmedizinerin Marion Engler wünscht sich, dass sich Menschen schon vorher Gedanken machen, wie sie von dieser Welt gehen wollen. Dies würde die Angehörigen, aber auch Ärzte und Klinikpersonal entlasten.

Cut 28: Engler

Es ist ja immer der Unterschied, stirbt ein alter Mensch müde und lebenssatt und geht einfach ein Leben zu Ende ... oder verstirbt jemand im Verlauf einer Erkrankung, vielleicht auch noch jünger – dann ist die Situation eine andere. Und so viel auch Patientenverfügungen in der Diskussion sind – wir erleben oft Patienten, die sich noch nie Gedanken darüber gemacht haben, dass auch sie sterblich sind – dann ist es schwieriger, wenn man sich die Gedanken erst macht, wenn man in der Situation ist oder wenn sich Angehörige diese Gedanken machen müssen, weil das Thema vorher nie erwähnt wurde.

Sprecherin:

Viele Menschen, die heute die Legalisierung der Sterbehilfe fordern, haben Bilder im Kopf von Schwerkranken, die unerträgliche Schmerzen leiden, mit Schläuchen auf der Intensivstation liegen oder künstlich zwangsernährt werden und deren letzter Wille vom Klinikpersonal nicht akzeptiert wird. Dabei sind die Patientenverfügungen verbindlich auch für das Krankenhaus.

Cut 29: Heller

... Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten sind eigentlich Instrumente der Kommunikation des Gesprächs mit anderen. Ich brauche Menschen, denen ich vertrauen kann, mit denen ich diese mich selbst auch überfordernden Fragen meines Lebensendes immer wieder auch bespreche. Und die ich dann auch beauftrage für mich einzutreten, wenn ich es selber nicht mehr kann. Ich kann ja nicht alle Situationen, die mir die Medizin als Möglichkeiten offeriert, als gesunder Mensch vorwegnehmen. Es wird immer etwas passieren, was ich nicht geregelt habe und schon bin ich eigentlich in der Entscheidungsmechanik von Experten und der Medizin. Und wenn Menschen, dafür gibt es ein gewachsenes Bewusstsein, das nicht anderen überlassen wollen, dann brauchen wir eine neue Kultur der Freundschaft, der Verbundenheit, eine Demokratisierung der Sorge.

Sprecherin:

Marion Engler arbeitet seit 13 Jahren auf der Palliativstation in der Bremer Klinik Links der Weser. Dort finden Schwerkranke Schmerzlinderung, aber auch psychologische und spirituelle Unterstützung. Auf der Station hat sie auch Patienten getroffen, die sie um einen schnellen Tod mit der Giftspritze baten. Allerdings löse

sich dieser Wunsch in den meisten Fällen dann auf, wenn die Schmerzen, Atemnot oder andere Symptome beseitigt werden konnten – aber durchaus nicht immer.

Cut 30: Engler

In der Regel ist es so, wenn Patienten gut begleitet werden und gut behandelt werden von ihren Symptomen, das auch gar nicht mehr möchten. Aber auch wir haben, ich glaube, jetzt zwei Patienten gehabt, die sind nach Abschluss unserer Behandlung in die Schweiz gefahren. Darüber kann ich mit ihnen reden, verhindern werde ich das nicht können, wenn das jemand möchte. [Ich glaube, sie wollten das Leben nicht so leben wie sie es mussten]... und wenn jemand glaubt, er kann das Leben nicht mehr ertragen steht mir letztendlich kein Urteil zu.

Sprecherin:

Bisher war die Beihilfe zum Suizid in Deutschland nicht verboten und sie wurde wohl mehr oder minder diskret in einigen Hundert Fällen durchgeführt – trotz Verbots in der ärztlichen Berufsordnung. Nun sind verschiedene Ärztegruppen mit unterschiedlichen Vorstellungen in die Offensive gegangen: angefangen beim klaren Verbot der Suizidassistenten bis hin zur Forderung, die Sterbehilfe bei Schwerkranken zu erlauben. Andere wollen es weiter in einer rechtlichen Grauzone belassen. Entschieden ist noch nichts – viele Ethiker raten zur Behutsamkeit und verweisen auf die Erfahrungen mit der Sterbehilfe in den Niederlanden und in Belgien. Dort werden die Indikationen seit Jahren immer weiter ausgedehnt – bis hin zur Tötung auf Verlangen von Kindern und psychisch Kranken. Für Andreas Heller ist ein Sterbehilfegesetz das falsche Signal an die Gesellschaft. Es verstärke die größte Sorge alter oder gebrechlicher Menschen, anderen zur Last zu fallen.

Cut 31: Heller

Wir müssen am Lebensende eine neue Sozialität kreieren, weil Menschen von meinem Sterben, auch von der Art und Weise, wie ich sterbe, etwa gewaltvoll oder gewaltarm, in einem maschinellen apparativen Technikzusammenhang der Medizin oder daheim in meinem Bett mein Leben ausschnarche: Wir müssen wissen, dass das soziale Folgen hat, die Art und Weise, wie ich sterbe, auch Freunden und meiner Familie ermöglicht oder verunmöglicht, meinen Tod betrauern zu können und besser damit weiterleben zu können oder eben auch nicht.

* * * * *