

## „Der Tod liebt die Überraschung“

### Interview mit dem Palliativmediziner Dr. Dirk Henneser über würdiges Sterben

Vor gut drei Monaten hat das Bundesverwaltungsgericht in Leipzig noch einmal mit einem nicht unumstrittenen Urteil in die Debatte um selbstbestimmtes Sterben eingegriffen. Laut der aktuellen Rechtsprechung darf der Staat demnach "schwer und unheilbar kranken Menschen" nicht verweigern, ihrem Leben selbst ein Ende zu setzen. "Ausnahmsweise" muss der Erwerb einer tödlichen Dosis Betäubungsmittel zum Zweck der Selbsttötung möglich sein, wenn sich derjenige in einer "extremen Notlage" befindet, heißt es in der Begründung. Diese Notlage sei dann gegeben, wenn die unheilbare Erkrankung mit "gravierenden körperlichen Leiden, insbesondere starken Schmerzen", verbunden ist und zu einem "unerträglichen Leidensdruck führt", bei dem nur der Suizid hilft. Außerdem muss der Betroffene die Entscheidung noch selbst treffen können. Und es darf keine andere "zumutbare Möglichkeit zur Verwirklichung des Sterbewunsches" geben, wie etwa das Abschalten von lebenserhaltenden Maschinen. "Die staatliche Gemeinschaft darf hilflose Menschen nicht einfach sich selbst überlassen", so die Richter. Es gebe keine "Pflicht zum Weiterleben gegen den eigenen Willen".

Die Diskussion um menschenwürdiges Sterben hat damit nach jahrelangem Für und Wider eine neue Etappe erreicht, löst letztlich das Dilemma, das das Thema „Sterbehilfe“ flankiert, aber nicht auf. Denn mit keiner noch so wohl geprüften Regelung lassen sich die vielen Menschen, die unheilbar krank und mit großem körperlichen und seelischen Leid auf das Ende ihres Lebens zugehen, in ihren unterschiedlichen Wünschen und Vorstellungen erfassen. Den Zeitpunkt des eigenen Todes selbst wählen – das wollen meist Menschen, die auch in der Hochphase ihres Lebens gewohnt waren, eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen. Daher fordern sie auch beim Sterben ein offiziell verbrieftes Recht auf Selbstbestimmung. Doch Selbsttötung sei ethisch nicht vertretbar, sagen deren Kritiker, die den Staat eher sehr dezidiert in der Verantwortung sehen, in den letzten schweren Lebensstunden eine pflegerische und medizinische Fürsorgepflicht wahrzunehmen, sich selbst an religiösen Normen orientieren und ihr Schicksal bewusst in Gottes Hand legen.

In diesem Spannungsfeld bewegen sich Tag für Tag vor allem auch Palliativ- und Intensivmediziner, die sich manchmal stündlich mit dem nahenden Tod eines Patienten auseinandersetzen. Sie begleiten ihn beim Sterben mit aller ärztlichen Fachkenntnis und menschlichen Empathie. Doch manchmal stoßen sie mit dem medizinisch Machbaren an ethische Grenzen. Denn nicht alles, was durch die moderne Apparatemedizin möglich geworden ist und Leben verlängert, ist dem Patienten in der finalen Phase seiner Erkrankung auch zumutbar oder wird von ihm gewollt. Immer wieder kommt es zu Situationen, in denen es eine klare Handlungsorientierung geben muss. Außerdem können sich die Wünsche der Patienten auch schon mal von denen ihrer Angehörigen signifikant unterscheiden. Dennoch müssen oft – und nicht selten auch umgehend – Entscheidungen getroffen werden, wenn es um Reanimation geht oder auch lebensverlängernde Maßnahmen, die routinemäßigem Standard entsprechen, den Leidensweg eines Menschen unter Umständen aber nur sinnlos verlängern. Um hier eine tragfähige Lösung vor allem für den Betroffenen selbst, aber auch seine Angehörigen zu finden, sind Überlegungen und Gespräche mit allen Beteiligten im Vorfeld dieser finalen Phase für das Klinikpersonal äußerst hilfreich. Aber selbst wenn der

Moment des Sterbens unangekündigt gekommen ist, keine Gespräche zuvor stattgefunden haben, keine Patientenverfügung vorliegt und es gilt, den mutmaßlichen Willen des Patienten zu ermitteln, setzt Dr. Dirk Hennesser aus dem Bensberger Vinzenz Pallotti Hospital auf Kommunikation: auf den intensiven Austausch mit den Angehörigen und darüber hinaus auf den mit dem Ethik-Komitee des Hauses, in dem alle Gruppen, die mit dem Patienten vertraut sind, vertreten sind. Dazu gehört eine Abordnung der Ärzte, der Pflegenden, der Seelsorge und des Sozialen Dienstes. Der Oberarzt der Inneren Klinik ist als Hämato-Onkologe und Palliativmediziner sowie als ärztlicher Ansprechpartner im Bensberger Hospiz immer nah dran: an solchen Entscheidungen, aber vor allem auch am Sterben selbst. Und er ist davon überzeugt, dass Aufklärung hilft – mehr als Verdrängung oder Tabuisierung. In dem nachfolgenden Interview bezieht er Stellung.

*Herr Dr. Hennesser, die Palliativmedizin lindert. Das jedenfalls bedeutet der Begriff sprachlich. Werden Sie dennoch oft mit dem Wunsch nach einem selbstbestimmten Lebensende bzw. der Freigabe des ärztlich assistierten Suizids konfrontiert?*

**Dr. Hennesser:** Eine Assistenz zur Selbsttötung steht nicht nur im Widerspruch zu meinem beruflichen Ethos, sie würde einem Missbrauch zudem Tür und Tor öffnen. Der eigentliche Auftrag an die Medizin besteht darin, Leben zu retten bzw. dabei zu helfen, weiterleben zu können – auch bei einer tödlichen Diagnose. Der billigste Weg wäre doch, solchen Patienten zu erlauben, sich umzubringen. Jedenfalls erlebe ich die Realität mit Tumorpatienten anders, als sie oft öffentlich diskutiert wird. Gerade an diesem Punkt fängt der Auftrag an uns doch erst an. Wenn jemand den Wunsch nach Sterbehilfe äußert, müssen wir alle Hilfen mobilisieren, um diesem Patienten mit einer Perspektive so viel Lebensqualität wie möglich zu schenken. Und die kann es auch dort geben, wo man sie zunächst am wenigsten vermutet. Meiner Meinung nach wird der Autonomiegedanke zu überlastig repräsentiert. Natürlich ist die Selbstbestimmung ein wesentlicher Baustein der Palliativmedizin. Und er ist uns wichtig. Dennoch muss die Diskussion darüber sehr differenziert geführt werden, zum Beispiel auch darüber, dass wir unsere pflegerischen Angebote für Betroffene immer noch mit zusätzlichen Betreuungseinheiten erweitern müssen. Hier ist bei aller Sensibilisierung, wie sie in den letzten Jahren zum Thema „Sterben“ stattgefunden hat, immer noch viel zu tun. Trotz seiner auswegslosen Situation sollte jeder Patient umfassend aufgeklärt werden, wie sein Leben auch mit schwerer Krankheit gestaltet werden kann. Wer will darüber entscheiden, wann ein Leben noch lebenswert ist und wann nicht mehr. Wer will hier die Grenze ziehen? Selbst Demenz-Patienten können eine hohe Lebensqualität haben, auch wenn sie in ihrer eigenen Welt leben. Wenn Patienten mit dem Wunsch nach einer assistierten Selbsttötung zu mir kommen, fühle ich mich erstrecht zu einer Alternative herausgefordert.

Nochmal ein anderes Thema ist es, wenn ein Mensch zu uns in die Klinik gebracht wird, nachdem sein Suizidversuch gescheitert ist. Wenn jemand vorübergehend glaubt, nicht mehr weiterleben zu wollen, ist das eine Momentaufnahme in seinem Leben, und Wochen oder Monate später ist er möglicherweise dafür dankbar, gerettet worden und noch am Leben zu sein. Eine Einstellung zu Leben und Tod kann sich ändern. Hier können wir mit der Weitervermittlung psychotherapeutischer Hilfen Unterstützung geben. Ähnlich ist es übrigens bei der Patientenverfügung: Trifft eine Jahre zuvor verfügte Festlegung des Willens wirklich die dann aktuelle Situation? Hier ist eine Vorsorgevollmacht möglicherweise viel empfehlenswerter. Denn wenn wirklich jemand von einer lebensbedrohlichen Krankheit

betroffen ist, will fast jeder auch, dass erst einmal alles für ihn getan wird, um überleben zu können. Nochmals: In allererster Linie sind wir dazu da, Leben zu retten.

*Meistens steckt doch hinter dem Patientenwunsch nach selbstbestimmtem Sterben eine große Angst vor Schmerzen, qualvollem Ersticken oder auch Verlust der Persönlichkeit. Ist diese Angst berechtigt?*

**Dr. Hennesser:** Alle diese Ängste kenne ich von meinen Patienten nur allzu gut. Aber niemand stirbt heute noch mit unerträglichen Schmerzen oder erleidet einen Erstickungstod, während Persönlichkeitsverlust sicher ein berechtigtes Argument ist. Andererseits dürfte dann auch niemand alt werden wollen und in das risikoreiche Alter eines Schlaganfalls kommen. Das scheint mir ein verdammt kommerzialisiertes Problem geworden zu sein. Dabei kann auch ein Leben mit Krankheit sinnerfüllt sein. Lebensqualität misst sich nicht nur an der Tatsache, ob man gesund oder krank und Letzteres womöglich in fortgeschrittenem Stadium ist. Ein Patient mit metastasiertem Darmkrebs lebt vielleicht noch gute drei Jahre, eine Patientin mit Brustkrebs unter Umständen noch länger, und auch Leukämie führt oft zwar zum Tod, aber nicht sofort. Hier gibt es also – wenn man es positiv sieht – das Leben auch noch zu gestalten... Es ist diese Aufklärung über die vielen Möglichkeiten, insbesondere der Palliativmedizin, die so extrem wichtig ist. Im Wissen und Vertrauen darauf würde sich für manchen Menschen der Gedanke an Sterbehilfe gar nicht stellen. Wenn wir uns in Talkshows und auf politischer Bühne so sehr um das sogenannte Wohl kranker Menschen kümmern, dann verstehe ich darunter den Auftrag, diese Betreuungsmöglichkeiten zu erweitern und die Menschen darüber aufzuklären. Da ist die Zulassung aktiver oder passiver Sterbehilfe ein im mehrfachen Sinne viel zu billiger Ruf und schon gar nicht die Lösung, um die Ängste der Menschen aufzugreifen.

*Sie begleiten 60 Prozent Ihrer Patienten meistens viele Jahre bei einer Tumorthherapie. Das heißt, Sie lernen Ihren Patienten sehr gut kennen. Wann ist der richtige Zeitpunkt, das Thema Sterben anzusprechen?*

**Dr. Hennesser:** Ganz wichtig ist, diesen Punkt rechtzeitig anzusprechen. Viele wissen schon lange Bescheid und sind sich über die Ernsthaftigkeit ihrer Situation längst im Klaren. Meistens sind die Angehörigen geschockter als der Betroffene selbst und brauchen Zeit, die Nachricht zu verarbeiten. Denn nach einer Diagnosestellung, die einem solchen Gespräch über Sterben und Tod ja schon lange vorausgegangen ist, gibt es – das ist wissenschaftlich belegt – unterschiedliche Phasen, die die meisten der Patienten durchlaufen. Das beginnt mit einem „Nicht-wahr-haben-wollen“, also der Verdrängung und Annahme einer Verwechslung, bei der oft auch die Diagnose infrage gestellt wird. In einem zweiten Schritt wird daraus Zorn: Warum muss es gerade mich treffen? In der dritten Phase „verhandeln“ die Patienten meist um mehr Lebenszeit und „feilschen“ mit den Ärzten um andere hilfreichere Therapien und Medikamente. Da wird das Schicksal oder Gott zu einem „(Handels-)Partner“ im Kampf des Sterbenden. Punkt vier ist dann die Depression: Der Patient trauert um Partner, Kinder und Freunde und setzt sich mit der Realität des Todes auseinander, indem er beispielsweise auch ein Testament macht. Dieser Rückzug kann für die Angehörigen zwar sehr schmerzhaft sein, ist aber ein Zeichen dafür, dass es dem Patienten gelingt, sich von seinen Bindungen zu lösen und die Dinge der Welt hinter sich zu lassen. In der fünften und letzten Phase haben die meisten dann Frieden mit der Welt gefunden. Gefühle flachen ab, und sie werden müde und schwach. Mir ist in der ärztlichen

Begleitung in allen diesen Phasen Wahrhaftigkeit ganz wichtig. Ich muss nicht alles sagen. Aber alles, was ich in solchen Situationen zu einem Patienten oder seiner Familie sage, muss wahr sein. Das hat mit Ernstnehmen des Anderen zu tun und auch mit meiner eigenen Glaubwürdigkeit.

*Wenn es ums Sterben geht, machen sich die Menschen sehr unterschiedliche Phantasien davon. Oft wird der sogenannte „Todeskampf“ befürchtet. Was geschieht wirklich beim Sterben?*

**Dr. Hennesser:** Einen Todeskampf gibt es heute nicht mehr. Mit einer effektiven Schmerztherapie und Palliativmedizin haben wir viele Möglichkeiten, einem Sterbenden diese Angst zu nehmen und Symptome zu lindern. Aber das ist auch die Phase, in der wir sorgfältig abwägen, wie sinnvoll manche lebenserhaltende Maßnahme noch ist. Immer geht es darum, die Autonomie des Patienten zu respektieren. Das ist das höchste Gut, an dem wir uns immer orientieren. Aber man kann auch im letzten Moment – gerade wenn der Patient nicht mehr bei Bewusstsein ist – darauf verzichten, für weitere Stunden oder wenige Tage Lebenszeit noch einmal eine Therapie zu veranlassen, die nur einen minimalen Aufschub gewährt. Dieser Aspekt kommt mir in der ganzen Diskussion viel zu kurz. Denn schließlich fragen wir uns ganz bewusst jederzeit: Wie weit sollen wir gehen? An welcher Schnittstelle ist genau dieser Verzicht angesagt? Beispielsweise reanimieren wir nicht mehr, wenn der natürlich Sterbeprozess bereits eingesetzt hat. Hier lassen uns der Gesetzgeber und die Ärztekammer einen großen Spielraum. Am Ende geht es nicht um Unterlassung, sondern um Verzicht. Denn zu diesem Zeitpunkt hat sich der Organismus bereits umprogrammiert: Es geht nicht mehr um Aufbau und Erhaltung, sondern um Abbau. Das heißt, das Gehirn schüttet Botenstoffe – Endorphine, Glückshormone – aus, die Hunger und Durst abstellen. Das Blut zieht sich zurück. Es kommt zu einer Zentralisierung des Kreislaufs in Lunge, Herz und Gehirn, was sich in kalten Händen und Füßen äußert. Der Puls wird schwächer und schneller, die Nägel verfärben sich und werden bläulich. An den Füßen und Unterschenkeln lagert sich gesammeltes Blut ab und führt zu charakteristischen Flecken. Magen und Darm werden still gelegt, die Nieren nicht mehr durchblutet. Die Urinproduktion stellt sich von selbst ein. Stoffwechselreste verbleiben im Blut, die Hirnfunktion wird betäubt, und schließlich wird der Patient bewusstlos. Glauben Sie mir, mitunter ist es der schwerere Weg für uns Ärzte, das Nicht-Handeln zu rechtfertigen, als nach Lehrbuchschema vorzugehen.

*Ihre Schilderungen hören sich nach einem friedlichen Sterbeprozess an. Aber ist das wirklich immer so? Und woher kommt dann bei vielen die Angst?*

**Dr. Hennesser:** Natürlich kann es im Endstadium zu einer Rasselatmung kommen. Diese wirkt auf Angehörige oft befremdlich und verursacht Ängste: durch die fehlende Fähigkeit abzuhusten und durch vermehrte Schleimproduktion. Dann ist die Aufklärung der Angehörigen, die das oft beobachten und sich sorgen, sehr wichtig: nämlich dass Absaugen zwecklos ist und nur eine Belastung für den Patienten bedeuten würde, dass immer noch genug Luftaustausch stattfindet beim Einatmen, dass Medikamente keine Abhilfe schaffen und der Patient nicht leidet. Oder es kommt zu einer Schnappatmung. Sie ist ein Zeichen dafür, dass das Herz nicht mehr schlägt. Das Gehirn gerät in Luftnot und versucht, sich mehr Sauerstoff zu verschaffen. Schließlich kommt es zu Herzstillstand und Tod, wenn die Sauerstoffversorgung des Körpers zusammenbricht und die Organe, inklusive Gehirn, nicht

mehr versorgt werden. Dann setzt schließlich nach acht bis zehn Minuten auch das Gehirn aus, und der Tod tritt ein.

*Was glauben Sie, wie der Sterbende das empfindet?*

**Dr. Hennesser:** Bei manchen Patienten konstatieren wir eine gewisse Unruhe. Sie zupfen am Bettuch, machen fahrig Bewegungen mit Armen und Beinen oder greifen mit den Händen in die Luft. Erfahrungsgemäß beruhigt es sie dann, einen Menschen an der Seite zu wissen – durch Berühren und ruhiges Ansprechen – und die Gewissheit zu haben, beim Sterben nicht allein zu sein. Ihr Rückzug und das damit einhergehende Ruhebedürfnis äußern sich in viel Schlaf und Kraftlosigkeit. Sie verlieren spürbar das Interesse an ihrer Umwelt. Die Stimme wird brüchiger. Selbst im Wachzustand halten sie die Augen geschlossen, weil sie zu geschwächt sind, sie zu öffnen. Doch das Hörvermögen ist meistens intakt. Dann wirkt auf den Patienten beruhigend ein, wenn ihm vom Alltag erzählt, etwas vorgelesen wird oder eine schöne Musik läuft. Beim Erwachen erkennen Sterbende die Umgebung nicht sofort, sie sprechen möglicherweise über Unbekannte oder Bekannte, die bereits verstorben sind. Wenn der Patient kaum noch Reserven hat, sich zu artikulieren, ist es wichtig, auf seine Lippenbewegungen zu achten, ganz nah mit dem Ohr an seinen Mund zu gehen, unter Umständen für „Ja“ und „Nein“ Zeichen zu vereinbaren, wie beispielsweise einen Händedruck. Dann tut es ihm gut, ihn nicht aus seiner Welt zu reißen, sondern zuzuhören und auf seine Vorstellungen einzugehen. Wenn sich das Bewusstsein des Patienten zurückzieht, führt der Versuch, die Wahrnehmung des Kranken zu „berichtigen“, zu großer Unruhe, was aber keinen Einfluss auf seine veränderte Wahrnehmungsfähigkeit hat. Noch ein Aspekt beim nahenden Sterben ist die Mundtrockenheit. Das Atmen durch den Mund trocknet die Schleimhäute aus. Eine gezielte Mundpflege, indem immer wieder die Lippen befeuchtet werden, bringt ebenfalls Linderung.

Selten gibt es aber auch das nochmalige Aufblühen kurz vor dem Tod. Dann sind die Patienten orientiert, wollen aufstehen und artikulieren den Wunsch nach einem Besuch bestimmter Menschen. Das aber ist nur ein vorübergehendes Phänomen, das zwar vielen Angehörigen Hoffnung macht, aber den Sterbeprozess dennoch nicht aufhält.

*So unterschiedlich die Menschen sind, so individuell ist auch der Tod?*

**Dr. Hennesser:** Ja, unbedingt. Jeder Mensch stirbt anders, und doch sind die letzten 24 bis 48 Stunden bei vielen Patienten ähnlich. Was es aber auf keinen Fall gibt, ist ein Todeskampf, Schreien, Erbrechen oder Ersticken und auch kein Um-sich-Schlagen, was viele irrtümlich meinen. Und: Bis zum letzten Atemzug bleibt unkalkulierbar, wie viel Zeit wirklich noch bleibt. Oft genug haben wir auf Station erlebt: Der Tod liebt die Überraschung. Und wir sind keine Hellseher. Manchmal ist absehbar, wie die letzten 48 bis 72 Stunden verlaufen. Dann wirken die Augen eines Patienten eingefallen und tiefer; der Blick ist in die Weite gerichtet. Der Mund steht offen, weil die Muskulatur schlaffer wird, die Gesichtsfarbe fahler und die Haut marmoriert. Der Puls wird schwächer, und die Atempausen werden länger. Aber wann es dann wirklich soweit ist, weiß nur der liebe Gott. Und manchmal ist es auch gut, nicht alles zu wissen.

*Das Interview führte Beatrice Tomasetti*