

Leben und Tod „Wir können von den Sterbenden das Leben lernen“

Von Alexandra Ringendahl



Der Mediziner Gian Domenico Borasio wünscht sich selbst keinen plötzlichen Tod.
Universität Lausanne

Gian Domenico Borasio, einer der führenden Palliativmediziner Europas und Bestsellerautor, über Selbstbestimmung und den Mut zum ärztlichen Nichtstun

Herr Professor Borasio, Sie haben Tausende Menschen beim Sterben begleitet. Kann man sich jeden Tag mit dem Tod befassen, ohne seine Lebensfreude einzubüßen?

Im Gegenteil: Die Arbeit mit Schwerstkranken ist für alle, die in der Palliativmedizin oder in der Hospizarbeit tätig sind, ein riesiges Geschenk. Wir werden jeden Tag mit der Nase darauf gestoßen, dass unser Leben endlich ist. Und haben damit auch die Chance, unsere Prioritäten ein wenig anders zu setzen und von den Sterbenden, die sich uns anvertrauen, das Leben zu lernen.

Die meisten wollen sterben wie der Baum, den man fällt: kurz und schmerzlos. Wie vielen gelingt das tatsächlich?

Nur fünf Prozent aller Menschen sterben plötzlich und aus voller Gesundheit heraus. Etwa die Hälfte stirbt im Krankenhaus, 30 Prozent im Altersheim und 20 Prozent zu Hause. Der Anteil der Menschen, die sehr alt an chronischen Krankheiten sterben, steigt ständig. In der Schweiz sind schon jetzt die Hälfte der Sterbenden über 85 Jahre alt. Wir steuern auf ein Zeitalter zu mit einer unglaublichen Anzahl sehr alter, pflegebedürftiger und dementer Menschen.

Sie schreiben in ihrem Buch „Über das Sterben“, dass Geburt und Tod sehr viel gemeinsam haben. Wie meinen Sie das?

Es sind die einzigen Vorgänge, die jeden Menschen betreffen. Alles, was wir über den Sterbeprozess wissen, zeigt, dass es genauso wie bei der Geburt Programme gibt, die die Natur vorgesehen hat, damit diese Prozesse möglichst gut ablaufen. Und dass es in den allermeisten Fällen – bei der Geburt wie beim Sterben – am

besten ist, wenn diese Prozesse nicht durch ärztliche Eingriffe unnötig gestört werden. Leider wurden in den letzten Jahrzehnten sowohl die Geburt als auch das Sterben zunehmend medikalisiert, was in den meisten Fällen keinen Vorteil darstellt.

Was sind die schlimmsten Fehler in der Behandlung Sterbender?

Nur ein Beispiel: Sterbende bekommen oft Flüssigkeit über die Vene, damit sie nicht verdursten, und Sauerstoff über die Nasenbrille, damit sie nicht ersticken. Leider helfen diese wohlgemeinten Maßnahmen den Patienten nicht, sondern schaden ihnen. Denn das Durstgefühl hängt bei Sterbenden von der Trockenheit der Mundschleimhäute ab und nicht von der zugeführten Flüssigkeit. Da aber die Nieren frühzeitig in der Sterbephase ihre Funktion einstellen, bleibt diese Flüssigkeit im Körper, landet in der Lunge und verursacht Atemnot. Die Sauerstoffgabe wiederum bringt nichts, weil das Abflachen der Atmung beim Sterben physiologisch ist, und der Patient darunter nicht leidet. Aber der Sauerstoff trocknet die Mundschleimhäute aus und verursacht damit ein qualvolles Durstgefühl. Diese flächendeckend angewandten Maßnahmen bringen damit leider genau jene qualvollen Symptome erst richtig hervor, die sie eigentlich verhindern sollten.

Früher sind alte Menschen einfach immer schwächer geworden und irgendwann zu Hause gestorben ...

Sie haben immer weniger gegessen und getrunken und haben schließlich überhaupt nichts mehr zu sich genommen. Sie sind langsam verloschen wie eine Kerze. Auch viele Demenzkranke von heute könnten so sterben, wenn sie nicht zum Beispiel mit einer Magensonde gequält würden.

Aber dieses Nichtstun ist bestimmt für Ärzte als auch für Angehörige schwer zu ertragen.

Ärzte werden mit einer Ethik des Handelns sozialisiert. Das ist oft sehr hilfreich, aber in vielen Situationen am Lebensende ist eher das gefragt, was ich als das „liebvolle Unterlassen“ bezeichne. Das ist tatsächlich für Ärzte in vielen Fällen schwieriger, als irgendetwas zu tun.

Das als Angehöriger auszuhalten, setzt voraus, dass ich die Signale des Sterbens richtig zu deuten weiß und eben von einem Palliativmediziner an die Hand genommen werde, um sie zu verstehen.

Die Kommunikation mit den Patienten und den Angehörigen ist die wichtigste Säule der Palliativmedizin. Das Wissen um die Fragen des Sterbens wirkt angstlösend. Genau dies ist das Ziel meiner Arbeit wie auch meiner Bücher: das in Deutschland sehr hohe Angstniveau vor dem Sterben ein klein wenig zu senken. Wenn die Angehörigen zum Beispiel erfahren, dass die Rasselatmung Sterbender – das sogenannte Todesrasseln – keinen Leidenszustand signalisiert, sondern nur dadurch zustande kommt, dass sich kleine Schleimreste auf die Stimmlippen legen und nicht abgehustet werden können, dann ist das für viele eine große Erleichterung.

Viele sagen, dass Ihnen vor dem Tod nicht bange ist, wohl aber vor dem Sterbeprozess. Da ist etwa die immer wieder geäußerte Angst, zu ersticken.

Die Angst vor dem Tod, also vor dem Jenseits, können wir als Palliativmediziner nicht nehmen. Wohl aber die Angst vor dem Sterben. Die spezialisierte Palliativmedizin hat heute eine solche Bandbreite von Möglichkeiten, nicht nur Medikamente, dass sie in nahezu allen Fällen das Leiden am Lebensende so lindern kann, dass es erträglich wird. Und durch den in Deutschland seit 2007 bestehenden

gesetzlichen Anspruch aller Versicherten auf ambulante Palliativversorgung kann jeder diese hoch professionelle Begleitung auch zu Hause in Anspruch nehmen, um eben nicht im Krankenhaus sterben zu müssen. Die Stadt Köln war übrigens die „Wiege“ der deutschen Palliativmedizin und ist heute, was das Palliativ- und Hospiznetzwerk angeht, eine der am besten versorgten Städte in Deutschland.

Was würden Sie sich von Ärzten im Hinblick auf die letzte Lebensphase wünschen?

Drei Dinge vor allem: Mut, Demut und Achtsamkeit. Mut, um sich gegen die Missstände im Gesundheitswesen aufzulehnen. Etwa gegen die vielen finanziellen Fehlanreize am Lebensende, die zu Übertherapie und damit zu unnötigem Leiden führen, wie sie Matthias Thöns in seinem kürzlich erschienenen Buch „Patient ohne Verfügung“ eindrucksvoll geschildert hat. Demut, um anzuerkennen, dass man als Arzt nie alles wissen wird und immer gut daran tut, erst mal auf den Patienten zu hören – und dafür braucht es Achtsamkeit. Es ist meine feste Überzeugung: Die Medizin der Zukunft wird eine hörende sein, oder sie wird nicht mehr sein.

Stirbt jeder Mensch anders?

In der Tat. Jeder Mensch stirbt anders, und die meisten Menschen sterben im Großen und Ganzen so, wie sie gelebt haben. Wer ein Kämpfer war, wird kämpfen bis zum Schluss, und wer heiter und leicht lebt, wird auch eher so sterben. Wir sollten uns da in der Bewertung völlig zurücknehmen. Gutes Sterben ist das, was der Patient sagt. Niemand, keine Partei, keine Kirche und keine medizinische Disziplin – auch nicht die Palliativmedizin – kann behaupten, ein Monopol auf die Definition des „Sterbens in Würde“ zu besitzen. Der einzige, der das sagen kann, ist der Patient selbst.

Wenn ich nicht will, dass ich einem Arzt ausgeliefert bin, der mich am Ende meines Lebens mit lebensverlängernder Übertherapie quält, oder dass mir eine Magensonde gesetzt wird. Wie kann ich sicher sein, selbstbestimmt sterben zu dürfen?

Eine Patientenverfügung, in der festgehalten wird, was der Betroffene sich wünscht und was er ablehnt, kann sehr hilfreich sein, vor allem, wenn eine schwere Krankheit vorliegt. Aber noch wichtiger ist eine Vorsorgevollmacht, in der ich jemanden bevollmächtige, für mich zu entscheiden, wenn ich es nicht mehr kann. Der Ehegatte ist nämlich nicht automatisch vertretungsberechtigt. Wichtig ist natürlich, dass der Bevollmächtigte vorher mit Ihnen ausführlich gesprochen hat und daher weiß, was Sie wollen. Es gibt im Grunde nur drei Regeln für gute Entscheidungen am Lebensende: erstens reden, zweitens reden, drittens reden.

Aber genau dieses offene Ansprechen der letzten Dinge fällt ja ungeheuer schwer. Zumal man oft unsicher ist, ob der Schwerstkranke darüber reden möchte. Und dann spricht man das Sterben aus Angst gar nicht an ...

Das ist in der Tat häufig so, dass das Thema des Sterbens in den Familien aus Angst vermieden wird. Dass das ein Problem ist, merkt man leider meistens erst, wenn es zu spät ist. Es ist die Aufgabe der Ärzte, vor allem der Hausärzte, den Patienten rechtzeitig ein Gesprächsangebot zur gesundheitlichen Vorausplanung zu machen. Das kann den weiteren Dialogprozess deutlich erleichtern.

Viele Menschen haben Probleme mit dem Kontrollverlust, der mit Pflegebedürftigkeit und Krankheit einhergeht, und möchten den Zeitpunkt

ihres Todes selbst bestimmen.

Genau diese Angst vor Kontrollverlust ist einer der wichtigsten Gründe, warum Menschen Sterbehilfe in Anspruch nehmen. Aber wir wissen auch, dass in der Schweiz, wo der assistierte Suizid erlaubt ist, nur ein Prozent der Bevölkerung tatsächlich diesen Weg geht. Daher frage ich mich, warum wir die Debatte über die Selbstbestimmung am Lebensende, die in der Realität unzählige Facetten besitzt, immer so sehr auf die Frage der Selbstbestimmung des Todeszeitpunktes verengen.

Welche anderen Aspekte der Selbstbestimmung sind Menschen Ihrer Erfahrung nach im Angesicht des Todes wichtig?

Den meisten Menschen sind erstaunlicherweise Aspekte wichtig, die mit dem Sterbeverlauf selbst gar nichts zu tun haben: Fragen wie „Wie wird meine Familie mit meinem Tod umgehen? Welche Erinnerung wird sie an mich behalten und welche Spuren werde ich hinterlassen?“ treiben Schwerkranke oft viel mehr um als die Frage, wie der Sterbeprozess ablaufen wird. Wir konnten in einer Studie nachweisen, dass sich die Werte und Prioritäten der Menschen in der letzten Lebensphase verschieben.

Was rückt in den Mittelpunkt und was mehr in den Hintergrund?

Menschen, die bald sterben werden, verändern ihre Wertvorstellungen hin zum Altruismus. Also hin zu der Einstellung, dass man die Belange und das Wohlergehen anderer Menschen für wichtiger erachtet als die eigenen. Werte wie Selbstverwirklichung und Macht treten hingegen zurück. Und zwar bei so gut wie allen Sterbenden, unabhängig von Religion oder Krankheit.

Was bewirkt dieser veränderte Fokus?

Diese Verschiebung der Wertvorstellungen steigert die gefühlte Lebensqualität der Patienten. Und es stellt sich dabei natürlich die Frage: Wieso müssen wir erst kurz vor dem Sterben sein, um zu erkennen, dass Uneigennützigkeit unsere Lebensqualität verbessert? Das meinte ich am Anfang mit den wertvollen Dingen, die wir von den Sterbenden lernen können. Ich habe übrigens noch keinen Patienten getroffen, der mir gesagt hätte, Herr Doktor, ich hätte mehr arbeiten sollen in meinem Leben ...

Sie werben also dafür, das Leben vom Tod her zu betrachten. Sozusagen als Gewähr für ein gutes Leben.

Ja, die Erinnerung an die eigene Endlichkeit lässt jede Vorstellung, dass wir etwas zu verlieren hätten, in sich zusammenfallen. Das kann sehr befreiend sein.

Wie wollen Sie selbst sterben?

Ich wünsche mir keinen plötzlichen Tod, sondern einen, auf den ich mich vorbereiten kann. Wenn es möglich ist, in Frieden mit mir selber und so, dass meine Lieben davon möglichst wenig belastet werden.

Interview: Alexandra Ringendahl