Anteil nehmen, Hoffnung erhalten, Perspektiven eröffnen

Zur Endlichkeit des Seins*

Wem ist die Endlichkeit des Seins bewusst? Unter den Geschöpfen nur dem Menschen! Bei ihm reift es, abhängig von der Entwicklung des Intellekts. Die Endlichkeit des eigenen Seins ist eine Selbsterkenntnis, die uns aber nur phasenweise bewusst wird und präsent ist. Die Erkenntnis der Endlichkeit ruht im Hintergrund, Anstöße wecken sie auf. Solange solche Anstöße allgemein und unpersönlich bleiben, vergessen oder verdrängen wir sie nach Belieben. Die Erkenntnis bleibt im Unbewussten. Öffnet sich das Bewusstsein der eigenen Endlichkeit, verbindet es sich mit Hoffnung. Hoffnung wächst und verblasst in verschiedenen Ebenen. Vier Ebenen erleben wir insbesondere bei Krebskranken:

Die Hoffnung auf Heilung, nachdem die Möglichkeit zu sterben realisiert wurde. In dieser Phase dominiert der eigene Tod noch als abstrakter Gedanke.

In der folgenden Ebene, wenn Heilung nicht mehr möglich ist, im metastasierten Stadium, schwindet **die Hoffnung auf die Verlängerung des Lebens**. Lebensqualität wird ihr energisch geopfert. Die eigene Endlichkeit wird zur Gewissheit. Zunächst, in der Jugend und beim Gesunden, ist die Lebenszeit nach oben offen, das Lebensende unvorstellbar weit weg. Mit der Realisierung einer tödlichen Diagnose verbindet sich die Erkenntnis, dass die noch verfügbare Zeit schrumpft. Beklemmung und Angst stellen sich ein, Angst vor dem Tod, der nun zur konkreten Realität

Prof. Dr. Ulrich R. Kleeberg

Hämatologisch-onkologische
Praxis Altona, Hamburg

wird. Wir suchen nach einem Ausweg, fliehen und trösten uns mit Verdrängen. Woody Allen: „Ich habe keine Angst vorm Tod, ich möchte nur nicht dabei sein, wenn’s passiert“.

Trost begegnet der Angst auf vielen Wegen: Der Patient fokussiert seine Hoffnung nun naheliegender, zeitlich begrenzter und bescheidener. Die Bedeutung der Lebenszeit tritt zurück hinter die **Hoffnung auf Besserung**, Linderung von Beschwerden, von somatischen wie psychischen Lasten. Lebensqualität wird eingefordert. Das Leben wird nun bilanziert. Die Bilanzierung mit einer Bewertung der eigenen Körperlichkeit ist jedoch nur subjektiv rational. Objektiv wird diese Bilanz beeinflusst durch physische wie psychische Leiden, Erschöpfung und/oder Psychosen

Hier steht eine Anzeige.

und moduliert durch Wellen von Angst und Erkenntnis, gelindert wieder durch Phasen der Hoffnung. Eine solche Erkenntnis zu ertragen und diese zu bewältigen erfolgt sehr individuell und somit unterschiedlich, wenn sich auch Grundzüge verallgemeinern lassen. Erst spät begreifen wir unsere Endlichkeit als unabwendbar. Die letzte Welle der Hoffnung ist **die Hoffnung auf Geborgenheit**, die Bitte um Anteilnahme und Begleitung.

Euthanasie als „Therapeutikum“?

Das Unvermeidliche in Demut zu ertragen, wie es vormalis die Regel, der einzige Ausweg war, bleibt Gläubigen vorbehalten. Demut kann auch aktiv gelebt werden, ins Transzendente gerichtet, wird aber oft als ein Sichaufgeben, als Passivität empfunden. Damit rückt die Suche nach Auswegen, nach dem besseren Arzt, einer Zweitmeinung, einer Kritik am bisherigen Verlauf, das Greifen nach dem „Strohalm“ ins Zentrum dieses Sichaufbäumens. Hier kann Suizid eine Alternative werden für den, der glaubt, sein Schicksal in die eigenen Hände nehmen zu müssen: Trotz, Aufbegehren gegen das Unvermeidliche, den kümmerlichen Lebensrest, der nicht mehr lebenswert erscheint.

Die Erwartung, gewachsen aus Erfahrung, wird dann zur Forderung: ein lebenswertes Leben führen zu können. Scheint dies nicht mehr möglich, bleibt als Konsequenz nur der bilanzierte, aktive Abschied. Hierfür bedarf es der Hilfe. In Gesellschaften, die ärztlich assistierten Suizid legalisiert haben, wird diese Alternative immer breiter angeboten und auch schon in Schulen beispielhaft nahegelegt. Euthanasie in Form der terminalen Sedierung wird anderswo als „Therapeutikum“ selbst von Palliativmedizinern angestrebt und sollte 2010 in Behandlungs-Leitlinien der European Association for Palliative Care (EAPC) aufgenommen werden.

Soziologische und ökonomische Argumente dominieren unter dem Diktat einer notwendigen Priorisierung. Wenn Quality adjusted life years einen „Wert“ von Lebensjahren, Monaten, Wochen, schließlich Tagen definieren, dann sind wir nahe daran, wieder Leben als „lebensunwert“ zu beurteilen und Kosten-Nutzen-Berechnungen zu erstellen. Statt eines gesellschaftlichen Bemühens, effektive Palliation zu ermöglichen und strukturelle Voraussetzungen hierfür zu schaffen, verbreitet sich „Sterbehilfe“ in einer euphemistischen Diktion mit Vereinen für „Lebenshilfe“ und jüngst „Sterbekliniken“. Begriffe wie Leben, Hilfe und Klinik werden ad absurdum geführt. Teilnahmslosigkeit gegenüber individuellem Leid ist die mentale Brücke.

Der Wunsch, das Leben zu beenden, wird gefördert durch somatische, physische wie psychische Beschwerden und ist abhängig von gesellschaftlichen Normen – im Kleinen wie im Großen. Dazu gehören auch altruistische Überlegungen, das Anliegen, Angehörigen und anderen nicht zur Last fallen zu wollen, seelisch wie materiell, deren Mitleiden abzukürzen, und in größerem Maßstab die vermeintliche Verpflichtung, nicht die Solidargemeinschaft zu belasten.

Damit kommen ökonomische Überlegungen hinzu, die der Ärzteschaft in der modernen Medizin als unabdingbar oktroyiert werden. Gesundheitsmanagement, Ökonomisierung ärztlicher Interventionen: Die finanziellen Ressourcen (und das Personal) sind endlich und werden durch die Demographie und den Lebensstil der Gesellschaft noch verschärft. Bei den über 65-Jährigen überwiegen inzwischen die Einzelhaushalte. Diese Entwicklung ist fruchtbarer Boden für Überlegungen, wie man die Lasten durch chronisch Kranke und alleinstehende Alte ver-

mindern kann. „Sozialverträgliches Frühableben“ wurde vom Ärztekammerpräsidenten Kasten Vilmar vorausgesehen – 1992 noch ein Unwort.

Rund um Deutschland konkretisieren sich zunehmend Praktiken, führend in den Beneluxländern, die aktive Euthanasie legalisieren: In Fachzeitschriften und Laienmedien international publiziert oder verfilmt, wird beschrieben, dass etwa die Hälfte der Krebskranken auf einer universitären Palliativstation und der Alten in Pflegeheimen nicht eines natürlichen Todes sterben. Ärztlich assistierter Suizid, von Kontrollkommissionen mit behandelndem Arzt, Jurist und Ethiker (!) bestätigt, wird auch ambulant breit praktiziert. Jüngst werden die „Todespillen“ von einer „terminalen Sedierung“ abgelöst – einem vom Hausarzt gelegten „Todestropf“. Triage – nach alter Militärpraxis – wird angeblich der „Not gehorchend“ zum ökonomisch und damit gesellschaftlich sanktionierten „natürlichen Lebensende“.

Elimination des Leids statt des Leidenden

Christoph Wilhelm Hufeland (1762–1836), Charité Berlin, hat vor über 200 Jahren die Verpflichtung des Arztes beschrieben: „Es ist die vornehmste Pflicht jedes Arztes Kardinalsymptome menschlichen Leidens wie Schmerz, Angst, Atemnot, Unruhe und Durst prompt und dauerhaft zu lindern, den Sterbenden Trost und Erleichterung und Erhebung des Gemütes zu verleihen.“ Die moderne Medizin hat sich von diesem Ideal einer umfassenden ärztlichen Versorgung hin zur Spezialisierung und Subspezialisierung mit einer fragmentierten, sektoralen Krankenversorgung entwickelt, bestimmt von ökonomischer Effizienz mit Zeitdruck, Priorisierung und Selektion. Die Entwicklung von Palliative Care, der Palliativmedizin seit den 1980er-Jahren in Deutschland, ist die notwendige Antwort darauf, und nicht die Bewältigung der Versorgungsengpässe durch die Elimination der Leidenden statt ihres Leids (H. C. Müller-Busch).

Initiiert von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband und der Bundesärztekammer, dazu mitgetragen von der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und Hunderten von Verbänden und Institutionen haben wir 2011 eine „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ verfasst, die sich auf das uns wichtige, christlich geprägte, humanistische Wertesystem stützt, unsere Ärzteschaft zu Professionalität und ethischer Integrität verpflichtet. Es gilt Anteil zu nehmen, Hoffnung zu erhalten, Perspektiven zu eröffnen, auch angesichts des nahenden Todes und dem Sterben Würde zu geben.

Th. U. Kleeberg

* Essay zum DGP-Palliativtag, Rostock, 20.9.2013, U. R. Kleeberg, Hamburg