

"Was ist so schlimm am Sterben?"

Der Rettungsmediziner Michael de Ridder über seine Erlebnisse mit Todkranken, die Lebenserhaltung um jeden Preis und die ärztliche Beihilfe zum Suizid.

SPIEGEL: Herr de Ridder, als Notfallmediziner kämpfen Sie täglich darum, Leben zu retten. Ausgerechnet Sie plädieren jetzt für eine neue Sterbekultur - ist das nicht ein Widerspruch?

De Ridder: Gerade in meinem Bereich erlebe ich oft, wie die Grenzen des Lebens immer weiter ausgedehnt werden, ohne Rücksicht darauf, ob das dem Wohl und dem Willen des Patienten entspricht. In manchen Rettungsstellen kommt mittlerweile die Hälfte aller Einweisungen aus dem Pflegeheim. Bekommt ein chronisch Schwerstkranker dort einen Herzstillstand oder eine Lungenentzündung, wäre es das Sinnvollste, dafür zu sorgen, dass er nicht leidet, und alles Weitere zu unterlassen. Aber das passiert immer noch zu selten. Stattdessen reißt man sterbende alte Menschen aus ihrer gewohnten Umgebung, verfrachtet sie mit Blaulicht ins Krankenhaus, reanimiert und beatmet sie - und wenn sie Pech haben, sterben sie im Aufzug. Das sind schreckliche, unwürdige Situationen.

SPIEGEL: Wie kommt es dazu?

De Ridder: Einfach so zu sterben ist in unserer Gesellschaft nicht mehr vorgesehen, sogar an Orten, wo man es erwarten könnte. Es stirbt kaum jemand ohne Infusion oder künstliche Ernährung. Das Sterben hat längst seine Natürlichkeit verloren.

SPIEGEL: Was verstehen Sie unter einem natürlichen Sterben?

De Ridder: Ich denke da an eine Dame, Ende achtzig, aber sehr rüstig. Sie kam mit ihrer Tochter in unsere Rettungsstelle, weil sie eine massive Darmblutung hatte. Eine Darmspiegelung ergab einen Tumor als Ursache. Man hätte die Blutung nur mit einer Operation stillen können. Das wollte sie nicht. Sie sagte, sie habe ein erfülltes Leben gehabt und nun wolle sie lieber sterben, als einen unbestimmten Leidensweg anzutreten. Auch die Tochter fand das richtig. Und so starb die Frau noch am selben Tag. Es war eine absolut plausible Entscheidung, gegen die nichts zu sagen war, zumal der Verblutungstod ein sanfter ist. Aber die Ärzte fühlten sich vor den Kopf gestoßen. Es gab erbitterte Diskussionen, ob man das überhaupt zulassen dürfe.

SPIEGEL: Müssen sich Ärzte nicht als Anwälte des Lebens verstehen?

De Ridder: Natürlich ist der Heilungsauftrag das Primäre. Doch der Auftrag, für ein gutes Sterben zu sorgen, ist ethisch gleichrangig. Tatsächlich aber wird die Reanimations- und Behandlungskette oft zum Selbstläufer. Der Mensch, dem sie eigentlich dienen soll, mit seinen individuellen Vorstellungen vom Leben und Sterben, spielt gar keine Rolle mehr. Ein klassisches Beispiel: Eine Ärztin kommt hier mit einem alten Mann aus dem Pflegeheim an, der seit einem Schlaganfall vor zwei Jahren nichts mehr zu sich nahm, nicht mehr kommunizieren konnte, keinen Lebensmut mehr zeigte. Jetzt hatte er eine akute Lungenentzündung bekommen, und im Heim wollten sie die Verantwortung nicht tragen. Just als sie ihn hier in der Rettungsstelle übergab, bekam er einen Kreislaufstillstand. Und dann folgte bei ihr dieser Reflex: Tubus, Sauerstoff, Intensivstation! Ich habe gesagt: "Langsam, Frau Kollegin. Der Mann stirbt gerade, und das lassen wir jetzt zu."

SPIEGEL: Früher blieb dem Arzt nichts anderes übrig. Man sagte: Die Lungenentzündung ist der Freund der alten Leute ...

De Ridder: ... zu Recht. Weil sie den Patienten schnell und weitestgehend beschwerdefrei wegdämmern lässt.

SPIEGEL: ... heute stellt der technische Fortschritt Mediziner vor ethische Entscheidungszwänge. Sind sie darauf vorbereitet?

De Ridder: Schlecht. Es fehlen ihnen eigene Kriterien. Also achten sie zuerst darauf, rechtlich auf der sicheren Seite zu stehen: Ich habe alles gemacht, was möglich war, also kann mir nichts passieren. Das nimmt groteske Formen an. Ich erinnere mich an einen schon deutlich ausgezehrten alten Mann mit einer Sepsis. Vermutlich war es ein perforierender Darmtumor oder Ähnliches - jedenfalls hoffnungslos. Während die Ärzte mit ihm vor dem Röntgengerät warten, bekommt er einen Herzstillstand. Sie verständigen sich darauf: Keine Wiederbelebung, wir machen nichts mehr. Eine absolut verantwortliche Entscheidung. Aber in der Akte steht was anderes: "Wiederbelebung nach 25 Minuten eingestellt." Die Kollegen wollten sich absichern. Weil sie die Hand des Staatsanwalts auf ihrer Schulter zu spüren glauben.

SPIEGEL: Eine verständliche Angst?

De Ridder: Nein, das ist eine Perversion ärztlichen Denkens. Wenn ich so jemanden noch reanimiere, verfehle ich meinen Auftrag. Angesichts solcher Fehlentwicklungen muss man doch mal fragen: Was ist eigentlich so schlimm am Sterben? Es geschieht sowieso, und unerträglich sind doch vor allem die Umstände. Eigentlich haben wir mit der Palliativmedizin heute alle Möglichkeiten, das Sterben so zu gestalten, wie Menschen es sich wünschen, nämlich friedlich. Stattdessen arbeiten wir allzu oft dagegen und bereiten unzähligen Menschen ein schreckliches Ende.

SPIEGEL: Um das abzuwenden, legen immer mehr Menschen in einer Patientenverfügung fest, was sie nicht wollen.

De Ridder: Und wer keine Verfügung hat, wird automatisch mit allem traktiert, was technisch machbar ist? Das ist doch eine verkehrte Welt, in der Leute mit Zetteln im Portemonnaie herumlaufen: "Bitte keine Schläuche!", weil Mediziner dem technologischen Imperativ folgen, anstatt nach dem Wohl des Patienten zu fragen und nach dem, was medizinisch angezeigt ist.

SPIEGEL: Was schlagen Sie vor?

De Ridder: Wir brauchen ein Konzept der aussichtslosen Therapien. Wir können etwa mit Dialyse, Beatmung und Sondenernährung den Todeszeitpunkt beinahe beliebig hinausschieben. Aber ab wann dient das nicht mehr dem Wohl des Kranken? Ich selbst habe als Intensivmediziner Patienten behandelt, bei denen ich im Nachhinein gesagt habe: Das war keine gute Entscheidung. Ich habe die langfristigen Folgen von sinnloser Medizin miterlebt.

SPIEGEL: Was meinen Sie konkret?

De Ridder: Zum Beispiel die vielen Reanimierten, die im Wachkoma zurückbleiben. Mittlerweile bringt die Medizin jedes Jahr 3000 bis 5000 Menschen in diese schreckliche Lage, in der sie dann hängenbleiben, wenn sie nicht zufälligerweise eine entsprechende Patientenverfügung haben. Das war früher anders: In den sechziger Jahren verließ etwa jeder zweite Patient nach einer Reanimation die Klinik halbwegs gesund - und die anderen sind gestorben, auch weil man Menschen ohne Bewusstsein noch nicht dauerhaft ernähren konnte. Heute überlebt gerade mal einer von 20 die Wiederbelebung. Zieht man davon all diejenigen ab, die als dauerhaft Schwerstpflegebedürftige die Kliniken verlassen, dann ist der Erfolg noch viel kleiner.

SPIEGEL: Woran liegt das?

De Ridder: Man ist damals nach sehr viel strengeren Indikationen vorgegangen: Man hat nur Patienten behandelt, die einen Herzinfarkt mit Kammerflimmern hatten, ansonsten aber gesund waren. Ich selber gehöre übrigens zu diesen Patienten. Ohne die Hochleistungsmedizin säße ich jetzt nicht hier. Trotzdem würde ich die Indikationen von damals auch heute noch vertreten. Mittlerweile hat man den Einsatz medizinischer Technik uferlos ausgeweitet, auch auf chronisch kranke Menschen und solche, die bereits an den Grenzen ihres Lebens angekommen sind. Im Extremfall schockt man jemanden mit einem Tumor im Endstadium ins Leben zurück.

2. Teil: Der oberste Grundsatz für den Arzt lautet, dem Patienten nicht zu schaden

SPIEGEL: Nach welchen Kriterien soll denn der Arzt entscheiden, welches Leben erhaltenswert ist?

De Ridder: Es geht nicht um Moral. Es geht um Empirie. Man könnte etwa sagen: Wenn eine Behandlung hundertmal nicht erfolgreich war, dann sollte sie beim 101. Mal nicht mehr eingesetzt werden. Beispiel Wiederbelebung: Kein Gehirn überlebt ohne Sauerstoff länger als acht bis zehn Minuten. Wenn ich weiß, dass diese Zeit überschritten ist - der Patient hat weite Pupillen, ist praktisch klinisch tot -, dann sind meine Bemühungen sinnlos; es sei denn, ich finde es gut, mit 99-prozentiger Sicherheit Wachkomapatienten zu produzieren. Aber die Kollegen wehren sich mit aller Macht gegen solche Konzepte. Sie sagen: Man kann ja nie wissen! Es könnte ja sein, dass man einem von hundert aufgrund besonderer Umstände doch noch zu einem sinnvollen Weiterleben verhilft.

SPIEGEL: Soll man also einen preisgeben?

De Ridder: Gegenfrage: Darf ich 99 Menschen in eine schreckliche Lage bringen, nur weil meine Maßnahme einem nützt? Was ist das für eine Ethik, in der 99 Entscheidungen, die Leid verursachen, nicht interessieren? Der oberste Grundsatz für den Arzt lautet, dem Patienten nicht zu schaden. Auch bei jemandem, der eine metastasierende Tumorerkrankung hat und ein Nierenversagen, ist die Wiederbelebung nach einem Herzstillstand absolut sinnlos. Das ist auch keine Indikation mehr für eine Dialyse. Damit verlängere ich nur Leiden. Tatsächlich sind unsere Intensivstationen aber voll mit Menschen, die ohne gute Indikation behandelt werden, die dort nicht hingehören.

SPIEGEL: Betrifft dieses Ausufernde auch andere Bereiche der Intensivmedizin?

De Ridder: Ja, zum Beispiel die künstliche Ernährung per PEG-Sonde durch die Bauchdecke: Erfunden wurde die PEG zur Ernährung von Unfallopfern oder Menschen mit einer vorübergehenden Schluckstörung. Als Dauermaßnahme für Pflegebedürftige war sie nie gedacht. Aber heute leben etwa 100.000 Menschen in Deutschland dauerhaft am Schlauch, obwohl zahlreiche Studien belegen, dass die PEG in der Endphase des Lebens weder das Leben verlängert noch die Lebensqualität verbessert, im Gegenteil. Das gilt besonders bei weit fortgeschrittenen Demenzen. Das sind teure Menschenrechtsverletzungen am Lebensende, die Ärzte hier verantworten.

SPIEGEL: Manche Kranke wünschen sich, dass ihnen der Arzt als Anwalt eines guten Sterbens hilft, ihr Leben zu beenden, weil sie ihr Leiden nicht ertragen.

De Ridder: Ich bin überzeugt, dass es Situationen gibt, in denen das nicht nur ethisch gerechtfertigt ist, sondern in denen ich als Arzt sogar dazu verpflichtet bin. In denen ich gefordert bin, das Leid eines körperlich Schwerstkranken in einer aussichtslosen Lage zu lindern, und zwar so, wie er selbst es sich wünscht. Insofern betrachte ich die Suizidbeihilfe als palliative Maßnahme, wenn auch eine sehr extreme.

SPIEGEL: An was für Situationen denken Sie dabei?

De Ridder: Ich habe einen Fall aus nächster Nähe miterlebt: Ein Patient hatte einen Tumor im Hals, der begann zu bluten. Es ging um die letzten Wochen. Er sagte, ich will mich in diesem Zustand meiner Familie nicht zumuten und auch nicht mir selbst. Ein völlig plausibles Anliegen. Und sein Arzt hat ihm geholfen. Für mich ist das ethisches Handeln.

SPIEGEL: Würden Sie selbst helfen?

De Ridder: Ja, wenn die Entscheidung dauerhaft ist, wenn sie ohne äußeren Zwang zustande gekommen ist und nachweislich keine psychiatrische Erkrankung vorliegt. Man muss dafür den Patienten sehr gut kennen. Ich bin seit anderthalb Jahren bekannt mit einer jungen Frau, einer brillanten Wissenschaftlerin, die seit einem Unfall vor zwei Jahren vom Kopf an abwärts gelähmt und völlig gefühllos ist. Sie wollte, dass man die Beatmung abstellt, aber das hat man ihr verweigert, was ganz klar rechtswidrig ist. Man hat ihr regelrecht vorgehalten, dass sie die einzige Patientin auf der Station sei, die nicht leben wolle.

SPIEGEL: Wie geht es der jungen Frau jetzt?

De Ridder: Mittlerweile atmet sie wieder selbständig. Aber sie sagt, sie kann niemanden mehr anfassen, ihre Arbeit nicht mehr tun, keinen Stein mehr aufheben. So will sie nicht leben. Wohlgermerkt: ein Leben, das ohne Hochleistungsmedizin gar nicht stattfinden würde und das sie aus eigener Kraft nicht mehr beenden kann. Da kann ich doch nicht verfügen: Die Frau wird am Tag soundsovielmal gedreht, sie wird ernährt, und weil wir das technologische Know-how dazu haben, ist sie verpflichtet, noch 40 Jahre da zu liegen, damit sie unseren ethischen Maßstäben gerecht wird.

SPIEGEL: Was haben Sie vor?

De Ridder: Wenn sie bei ihrem Entschluss bleibt, werde ich ihr helfen und mich jeder Auseinandersetzung darüber stellen.

SPIEGEL: Es könnten Ihnen standesrechtliche Konsequenzen drohen.

De Ridder: Ja, die offizielle ärztliche Ethik verwehrt etwas, das strafrechtlich und verfassungsrechtlich zulässig ist. Aber darf sie das überhaupt? Das müssen wir klären. Zumal ein Großteil meiner Kollegen unterstützt, was ich sage. Das belegen Umfragen regelmäßig. Die Bundesärztekammer hat in dieser Frage seit Jahren de facto ein Denk- und Redeverbot verhängt. Aber wir Ärzte brauchen eine offene Debatte über den ärztlich assistierten Suizid und die Probleme, die sich jenseits der Palliativmedizin auftun.

SPIEGEL: Herr de Ridder, wir danken Ihnen für dieses Gespräch.

Das Gespräch führte die Redakteurin Beate Lakotta