



# **Sterben im Spannungsfeld zwischen Lebensverlängerung und selbstbestimmtem Lebensabbruch**

**Dr. Heinz Rüegger MAE**  
Institut Neumünster

12. E.D.E.Kongress, Prag  
30. September 2011



# 1. Sterben ist kulturell geprägt

- Sterben ist nicht einfach ein biologisches Geschehen, sondern in hohem Mass kulturell bestimmt.
- Drei Entwicklungen der Neuzeit:
  - **Langlebigkeit**: Sterben rückt ans Ende eines langen Lebens
  - **Medikalisierung** des Sterbens: Sterben gerät unter die Zuständigkeit der Medizin
  - Sterben ist nicht mehr einfach Schicksal, sondern unterliegt zunehmend menschlicher **Selbstbestimmung** (sowohl im Blick auf Lebensverlängerung als auch im Blick auf Lebensabbruch)



## 2. Sterben im Zeichen der Langlebigkeit

- Früher bestand in jedem Lebensalter das Risiko zu sterben. Am höchsten war das Risiko im Kleinkindesalter oder für Frauen beim Gebären.
- Seit ca 1920 gibt es so etwas wie eine „**sichere Lebenszeit**“ bis ca 70 Jahre (A.E. Imhof). Die Ø Lebenserwartung nahm im letzten Jahrhundert in Westeuropa um rund 30 Jahre zu!
- Sterben ist zu einem **Phänomen der Hochaltrigkeit** geworden.



## 3. Medikalisierung des Sterbens

- Früher starb man zu Hause im Kreis der Familie. Beigezogener externer Fachmann war der Geistliche, nicht der Arzt.
- Heute unterliegt Sterben der **Zuständigkeit von Medizin** (inkl. Pflege) und wird in spezialisierten Institutionen (Krankenhäuser, Pflegeheime) **professionell** betreut.
- Grundimpuls der Medizin und der Krankenhäuser ist aber, den Tod zu bekämpfen. Das führt zu systemimmanenten Spannungen.



## 4. Sterben wird dem eigenen Entscheiden zugänglich

- Früher war Sterben der Inbegriff der Erfahrung eines fremdverfügten Schicksals.
- Heute bestehen zahlreiche medizinische Möglichkeiten, beim Sterbeprozess zu intervenieren und den Tod hinauszuschieben.
- Man stirbt heute meist nicht mehr einfach ‚natürlich‘, ‚von selbst‘, sondern erst nachdem entschieden worden ist, jemanden sterben zu lassen (CH: 51 % aller ärztlich begleiteten Todesfälle).



## 5. Selbstbestimmt kontrolliertes Sterben wird für viele zum Kriterium für ein ‚würdiges‘ Sterben

- Autonomie (Selbstbestimmung) ist in westlichen Gesellschaften einer der höchsten Werte, ist für viele geradezu zu einer „Obsession“ geworden (D. Callahan). Der *homo faber* will **alles unter Kontrolle haben**.
- USA: *death control movement*
- Joseph Fletcher: „Death control, like birth control, is a matter of human dignity. Without it, persons become puppets.“



- Für viele Zeitgenossen besteht die Würde des Sterbens gerade darin, selber bestimmen zu können, *wann*, *wo* und *wie* wir sterben.
- Sterben wird zur abschliessenden **Planungsaufgabe** des Menschen, bei der möglichst nichts dem Zufall überlassen werden soll (Reimer Gronemeyer).
- ‚Gut‘ und ‚würdig‘ zu sterben ist für viele zur letzten **Pflichtaufgabe** geworden (Monika Renz), die sie selbst vor der Gesellschaft zu **verantworten** haben.



## 6. Würdiges Sterben

- ‚Würdigen‘ Sterben beinhaltet heute für viele:
  - keine lange Leidenszeit, möglichst wenig Schmerzen
  - keine lange Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit von anderen
  - Bewahrung geistiger Klarheit (keine Demenz!)
  - soziale und körperliche Selbstkontrolle bis zuletzt
  - rasches Sterben ohne Todeskampf.





## 7. Modernes Ideal des Sterbens

- Heutiges Ideal des Sterbens: Lange gesund und selbstständig leben, dann ohne lange Krankheitsphase rasch und selbstbestimmt sterben.
- Gerontologisch kommt diesem Ideal die „**compression of morbidity**“ (James F. Fries) entgegen. Ihm widerspricht andererseits das Phänomen **chronischer Multimorbidität** in der Phase der Hochaltrigkeit.



## 8. Ambivalenz: positive Aspekte

- Langlebigkeit: Möglichkeiten eines langen Lebens (medizinisch-zivilisatorische Lebensverlängerung)
- Medikalisierung: Gute Schmerzlinderung im Sterbeprozess (Palliative Care)
- Selbstbestimmung: Respekt vor Autonomie-Anspruch auch beim Sterben



## 9. Ambivalenz: problematische Aspekte

- Erwartung, Hochaltrigkeit ohne gesundheitliche Risiken zu erleben
- Die Kunst der Lebensverlängerung verdrängte die *ars moriendi*.
- Meinung, nur selbstbestimmtes, kontrolliertes Sterben sei ‚gut‘ und ‚würdig‘. „Sterben ist weder gut noch schlecht. Sterben *ist*.“ (Monika Renz)
- Auffassung, wir seien selbst verantwortlich für ein ‚gutes‘, rechtzeitiges Sterben („sozialverträgliches Frühableben“)



- Überforderung vieler Sterbender und Angehöriger durch die heute nötig werdenden Entscheidungen rund um das Sterben
- Vorstellung, das Sterben zu erleiden und zu erdulden (pathische Dimension des Lebens) sei unwürdig
- Angst, im Sterben auf die Unterstützung anderer angewiesen zu sein und ihnen zur Last zu fallen



## 10. Herausforderungen für Kultur und Gesellschaft

- Bejahung der **Verletzlichkeit** und des Angewiesenseins auf die Unterstützung anderer als konstitutiver Faktor menschlichen Lebens
- Würdigung der **passiven Seite** des Lebens und der **pathischen Fähigkeiten** im Umgang mit dem Schicksal. Es gibt eine „Würde des Aushaltens“ (Monika Renz)
- Annahme der Endlichkeit unseres Lebens und Einübung einer zeitgemässen ***ars moriendi***



- Kritische Auseinandersetzung mit der Tendenz des **Anti-Aging**, leben immer mehr zu verlängern und den Tod zu überwinden. Gerontologisch sinnvolles Ziel müsste sein: den Jahren mehr Leben geben, nicht dem Leben mehr Jahre.
- Sensibilisierung der Bevölkerung für **Entscheide, die beim Sterben anstehen** (Abbruch/Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen; Patientenverfügungen)



## 10. Herausforderungen für Krankenhäuser und Pflegeheime

- **Würdiger Umgang** mit hochbetagten, leidenden, sterbenden Menschen in der eigenen Institution praktizieren und in der Gesellschaft thematisieren
- Respekt vor dem **Autonomieanspruch** kranker und sterbender Menschen wahren. Bei urteilsunfähigen Personen mutmasslichen Willen eruieren
- Durch gute **Palliative Care** Sterbenden ermöglichen, ihr **Sterben als zentrales existenzielles Widerfahrnis** zu akzeptieren und auszuhalten.



- Verzicht auf unerwünschte und medizinisch nicht sinnvolle **lebensverlängernde Massnahmen**
- Thematisierung der Fragen rund um einen möglichen **Behandlungsverzicht** (= passive Sterbehilfe) mit Betroffenen und Angehörigen
- Fördern einer lebensfreundlichen Sterbekultur





**Besten Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**