

Endstation Hoffnung

Um ein neues Gesetz zur Sterbehilfe wird weiter gerungen. Ein Braunschweiger erzählt, warum er jetzt auf die Palliativmedizin setzt.

Von Katrin Schiebold

Braunschweig. Irgendwann fällt dieses Wort: aussichtslos. Da hat Klaus-Dieter Kliemt schon fünf Operationen hinter sich und einen langen Leidensweg. 2018 erhält er die Diagnose „sarkomatoides Mesotheliom“, ein seltener Tumor außerhalb der Lunge im Rippenfell. Zehnmal zehn Zentimeter groß. Bei der ersten Operation werden ihm vier Rippen entfernt ebenso wie der obere Teil des rechten Lungenflügels. Um den Brustkorb zu stabilisieren, bekommt er ein Vinylnetz eingesetzt. Doch damit ist es nicht getan. Der Krebs streut, bald sind auch Lymphknoten befallen.

In einer vierten Operation entfernen Ärzte einen Teil des Zwerchfells und eine weitere Rippe rechts. Schließlich wächst wieder ein Tumor, der Herz, Luft- und Speiseröhre abdrückt. Eine weitere Operation wird kaum noch möglich. Für Klaus-Dieter Kliemt ist klar: Wenn der Schmerz und das Leben mit der schweren Krankheit unerträglich werden, möchte er nicht mehr. „Auch wenn ich die hohe Kunst der Ärzte sehr zu schätzen gelernt habe bei den zahlreichen Operationen: Ich habe mich entschlossen, dass ich vernünftig aus dem Leben scheiden will.“

Klaus-Dieter Kliemt, 72 Jahre alt, sitzt in seinem Wohnzimmer in Braunschweig, groß, aufrecht, von seinem Sessel aus blickt er in den Garten. Nur gelegentlich stockt seine kräftige Stimme, wenn ihn ein Hustenreiz quält. Vor seiner Krankheit ist er viel geschwommen, Lieblingsdisziplin: Kraulen. Er trainierte regelmäßig, schwamm pro Training fünf Kilometer „in einem ordentlichen Tempo“, wie er sagt. Zwölf Jahre war er bei der Bundeswehr, hat jahrelang ein Blumengeschäft geführt, war ständig in Bewegung. Inzwischen hat er 30 Kilogramm abgenommen. Er ist so dünn, dass Hose und Hemd locker um seinen Körper liegen. Und trotzdem strahlt er eine Stärke aus, die angesichts seiner Krankengeschichte erstaunlich ist. Er hat die Kraft, um über das zu sprechen, was allzu oft unausgesprochen bleibt. Über das Sterben. Über eine mögliche Hilfe dabei. Über die Frage, wie weit man geht, wenn denn Leben unerträglich wird. Über das Recht auf einen selbstbestimmten Tod.

„Niemand kann mir vorschreiben, wie ich mein Leben beenden soll“, sagt Klaus-Dieter Kliemt. Doch welchen letzten Weg kann er gehen? In Würde? Mit Rücksicht auch auf seine Familie? Sich aus Verzweiflung von einem Hochhaus zu stürzen oder vor einen Zug zu werfen, das kommt für ihn nicht in Frage. Auch den Gedanken, zum Sterben in die Schweiz zu fahren, wo der ärztlich assistierte Suizid erlaubt ist, hat er verworfen. Die Hürde scheint ihm zu hoch. Vor einigen Wochen wandte er sich an Dr. Rainer Prönneke, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin mit integrierter Palliativmedizin am Marienstift in Braun-



Dr. Rainer Prönneke, Chefarzt am Marienstift in Braunschweig, begleitet einen Schwerkranken auf der Palliativstation. Patienten mit einer nicht heilbaren Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung werden hier intensiv begleitet.

FOTOS (2): BERNHARD JANITSCHKE /EVANGELISCHE STIFTUNG NEUERKERODE

schweig. Seitdem hat er seinen Frieden gefunden. Es gibt einen Weg, den er gehen kann, wenn sein Leid unerträglich wird: die palliative Begleitung in den Tod.

Tatsächlich dreht sich die Sterbehilfe-Diskussion meist um die Frage, wie und ob andere beim Töten helfen sollen. Die Vorstellung, am Ende qualvoll an Schläuchen und medizinischen Apparaten zu hängen und anderen hilflos ausgeliefert zu sein, ist für viele ein Horror. Einer Umfrage des Meinungsforschungsinstituts YouGov zufolge sprechen sich 72 Prozent der Befragten in Deutschland für die sogenannte aktive Sterbehilfe aus – also dafür, dass etwa Ärzte Sterbewilligen ein tödlich wirksames Medikament verabreichen dürfen. 2019 waren es noch 67 Prozent.

Doch um eine gesetzliche Regelung zur Sterbehilfe wird nach wie vor gerungen. Die Meinungen dazu gehen weit auseinander – auch innerhalb der Parteien. Wer entscheidet, welche Leiden ertragbar sind und welche nicht? Wann ist der richtige Zeitpunkt, um aus dem Leben zu scheiden? Wie sieht ein würdevolles Lebensende überhaupt aus? Und was heißt selbstbestimmt? Es geht um sensible Themen wie Leben und Tod, um individuelle Rechte, Würde, sozialen Druck, Ethik, Religion und Moral.

Anfang vorigen Jahres kippte das Bundesverfassungsgericht das Verbot der geschäftsmäßigen Sterbehilfe. Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, schließe auch das Recht ein, dazu die Hilfe von Dritten in Anspruch zu nehmen, urteilten die Richter. Betroffene können also zum Beispiel einen Angehörigen,

Bekanntem oder einen Arzt bitten, ein tödliches Medikament zu beschaffen. Das muss der Sterbewillige allerdings selbst nehmen. Vier Gesetzentwürfe, Eckpunkte oder Diskussionspapiere zu einer Neuregelung der Sterbehilfe liegen inzwischen vor, entschieden darüber wird in dieser Legislaturperiode aber wohl nicht mehr. Ein wichtiges Thema – vertagt.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz setzt sich seit Jahren für eine gesetzliche Regelung der Suizidhilfe ein. Ohne Zweifel sei es wichtig, auch die Unterstützung über die Pflege, Palliativmedizin, Hospizarbeit und Psychotherapie auszubauen. „Aber selbst das wird nicht alle Suizidwilligen überzeugen, und auch für sie gilt das Selbstbestimmungsrecht“, heißt es in einer Stellungnahme. Die aktive Sterbehilfe müsse aber weiter strafbar bleiben: „Es gibt ein Recht auf Leben, es gibt ein Recht auf Sterben, aber es gibt kein Recht auf Tötung.“ Auch schlägt die Stiftung einen neuen Paragraphen im Strafgesetzbuch vor, der profitorientierte Suizidhilfe verbietet.

Vorerst bewegt sich die Sterbehilfe in Deutschland weiter in einer rechtlichen Grauzone. Der Deutsche Ärztetag ist da schon weiter. Er hatte sich ausführlich mit dem Thema beschäftigt, das Verbot der Suizidhilfe aus der Berufsordnung gestrichen. Wie ist das mit dem ärztlichen Ethos vereinbar, Leben zu retten?

Chefarzt Dr. Prönneke sitzt in seinem Büro im ersten Stock des Marienstifts, ein Krankenhaus in evangelischer Trägerschaft. Für christliche Krankenhäuser hält er die medizinische Beihilfe zum Suizid allein schon vom Selbstverständnis her für ausgeschlossen. Dort gelte das Gebot, nicht töten zu dürfen. Prönneke fürchtet einen Dammbruch, wenn Sterbewillige ihrem



Ziel der Palliativmedizin ist es, Schmerz und Leid zu vermeiden. Dieser Engel steht auf der Palliativstation des Marienstifts.

Leben mit ärztlicher Hilfe ein Ende setzen dürfen. „Der nächste Schritt zur aktiven Sterbehilfe wäre klein“, sagt er.

Der Palliativmediziner hat viele Menschen begleitet, die nach dem Schock der Diagnose nicht weiterwussten oder deren Leid größer war als ihr Durchhaltewillen. Seiner Erfahrung nach ist schon der Begriff Selbstbestimmung problematisch. In bestimmten Lebensphasen sei diese eingeschränkt – wie etwa als Säugling oder als Schwerkranker. Auch bei psychisch Kranken ist es mitunter schwer zu ergründen, ob

jemand eigenständig oder fremdbestimmt handelt. „Die Erfahrung lehrt, dass Betroffene schwere Lebensphasen überstehen können – häufig mit entsprechender Begleitung und Unterstützung“, sagt er. Darüber hinaus gebe es diejenigen, die einen Kontrollverlust im Alter und eine Abhängigkeit im Pflegeheim fürchten. „Hier ist die Gesellschaft gefragt, die Bedingungen in der Pflege und die Ausstattung der Altenhilfe zu verbessern.“

Und dann gibt es noch die Gruppe der schwer und unheilbar Kranken, zu der auch Klaus-Dieter Kliemt gehört. Ihnen zeigt Prönneke einen anderen Weg auf: die Möglichkeit, unerträgliches Leid durch eine palliative Begleitung zu lindern, wenn es keine Alternative mehr gibt.

Es ist legal, die Maschinen abzustellen, die einen Patienten am Leben halten – wenn dieser Weg dessen ausdrücklicher Wunsch ist. Wenn Beschwerden unerträglich werden und alle Verfahren zur Linderung ausgeschöpft sind, kann ein Schlaf durch Medikamente eingeleitet werden, als allerletztes Mittel. Es geht nicht darum, ein vorzeitiges Sterben herbeizuführen, sondern das Leben für den Sterbenden erträglich zu machen. „Niemand muss sein Leben auf der letzten Etappe qualvoll verlängern“, sagt Prönneke. Er hofft, dass diese Möglichkeit der palliativen Sedierung in der Diskussion um Sterbehilfe mehr in den Vordergrund rückt. „Häufig spendet allein dieser Gedanke auf ein würdevolles Ende ohne Schmerzen noch einmal Kraft.“

So ist es auch bei Klaus-Dieter Kliemt. „Die letzte Operation war so schlimm, dass ich lieber gestorben wäre“, sagt er. Der Tod war sehr nah. Er sah sich schon außerhalb seines Körpers, fühlte sich gefangen in einer Art Kokon, Bilder aus seinem Leben kamen hoch, die er

längst verdrängt hatte. Er fand wieder zurück ins Leben, doch die Entscheidung, sein Leben nicht um jeden Preis verlängern zu wollen, stand nach dieser Erfahrung fest.

Seit April war Klaus-Dieter Kliemt nicht mehr bei einer Kontroll-Untersuchung. Es ist, als hänge ein Damokles-Schwert über ihm. Er weiß: Eine weitere OP würde er wohl nicht überstehen. Gegen die Schmerzen bekommt er Medikamente; vor allem das Vinylgitter im Brustkorb macht ihm zu schaffen. Manchmal weiß er nicht mehr, wie er liegen oder sitzen soll. Doch er hat nicht mehr das Gefühl, dass ihm das Leben entgleitet. Er kann sein Ende selbst bestimmen.

Wichtig ist für ihn, dass seine Familie die Entscheidung akzeptiert. Seine Frau Regina steht ihm zur Seite – so schwer es ihr manchmal auch fällt. Sein Leid, die Unabänderlichkeit seiner Lage, das alles quält sie, zerreißt sie fast. Dennoch will sie ihn nicht gegen seinen Willen festhalten. „Ich habe erst lernen müssen, dass es um meinen Mann geht und nicht darum, was ich will“, sagt sie. Abschied zu nehmen, loszulassen, das sei auch ein schmerzhafter Prozess. Sie wünschte, es gebe Hilfe und Unterstützung auch für diejenigen, die schwerstkranken Angehörige über eine längere Zeit begleiten. Und nicht erst in der Sterbephase.

Klaus-Dieter Kliemt ist für den Rückhalt dankbar – und für die gemeinsame Zeit, die ihnen bleibt. Er hat alles geregelt, für seine Familie vorgesorgt; das sei ihm sehr wichtig gewesen, sagt er. „Bis zum 70. Lebensjahr ist alles gut gelaufen.“ Dafür sei er sehr dankbar. „Ich habe keine Angst vor dem Tod.“

Sterbehilfe

■ **Aktive Sterbehilfe:** Hier verabreicht ein Arzt dem Betroffenen auf Wunsch ein Mittel, das zum Tod führt. Die aktive Sterbehilfe ist weltweit lediglich im US-Bundesstaat Oregon, den Niederlanden, Belgien sowie Luxemburg erlaubt.

■ **Passive Sterbehilfe:** Ein Arzt führt den Tod nicht durch die Verabreichung eines Mittels aktiv herbei, sondern lässt den Patienten sterben, indem er auf lebensverlängernde Maßnahmen wie z.B. künstliche Ernährung, Dialyse oder künstliche Beatmung verzichtet.

■ **Indirekte Sterbehilfe:** Dem Sterbenden werden schmerzlindernde Medikamente verabreicht, die möglicherweise lebensverkürzend wirken. Der Begriff der indirekten Sterbehilfe ist jedoch umstritten, da palliativmedizinische Maßnahmen nicht auf das vorzeitige Sterben gerichtet ist, sondern auf die Verbesserung der Lebensqualität des Sterbenden.

■ **Assistierter Suizid:** Andere reichen dem Betroffenen auf dessen Wunsch hin ein Medikament, das zum Tod führt. Die Betroffenen müssen es eigenständig einnehmen.

THEMA
DES TAGES