

»Ich habe noch nie erlebt, dass ein Kind sich den Tod wünscht«

niedrig aufgelöst
Bild Fotolia

In Belgien haben auch Kinder unter bestimmten Umständen das Recht, das Töten auf Verlangen für sich in Anspruch zu nehmen. Voraussetzung für die tödliche Doppelinjektion aus Anästhetikum und Muskelrelaxans ist die völlige »Urteilsfähigkeit« eines Kindes, das unheilbar krank ist. Neben der Bitte des Kindes sind auch die Zustimmung der Eltern, die Bestätigung eines unerträglichen Leids durch Mediziner und ein psychologisches Gutachten über die Zurechnungsfähigkeit erforderlich. Die Niederlande und Belgien hatten 2002 als erste Länder die aktive Sterbehilfe legalisiert. Luxemburg folgte 2009. In den Niederlanden gilt eine Altersgrenze von zwölf Jahren.

In Belgien ist seit dem Frühjahr unter strengen Voraussetzungen die aktive Tötung für Kinder erlaubt. Der Dresdner Kinderkrankenpfleger Andreas Müller erläutert, was die Palliativmedizin für unheilbar kranke Kinder tun kann – und was dies für seinen Arbeitsalltag bedeutet.

Was haben Sie empfunden, als Sie gehört haben, dass Anfang des Jahres in Belgien als weltweit erstem Land die aktive Sterbehilfe für todkranke Kinder und Jugendliche erlaubt worden ist?

Ich fühlte eine Stille und war sehr betroffen. Es war schwer zu verstehen, was da passiert ist. Ich war sehr geschockt, wie man so etwas beschließen kann.

Was war nach Ihrer Einschätzung passiert? Das Gesetz begeht einen Tabubruch. Es stellt die Frage nach dem lebenswerten Lebens. Wem steht es zu, solche Entscheidungen zu treffen?

Bei meiner Arbeit mit Kindern bin ich noch nie bis zu diesem Punkt gekommen.

Haben Sie bei Ihrer Arbeit jemals gehört, dass ein Kind einen Todeswunsch geäußert hat?

Nein, nie. Kinder sind extrem lebensbejahend. Sie saugen auf, was sie erleben können und freuen sich an kleinen Dingen. Käme ein Kind zu mir und sagte: Ich möchte nicht mehr leben, würde ich fragen: Warum? Was brauchst Du? Was macht Dich unruhig? Ist es vielleicht die Sorge, Deinen Eltern zur Last zu fallen? Ist es Dein eigener Wille?

Wie kann bei einem solchen Gesetz sichergestellt sein, dass tatsächlich das kranke Kind entscheidet – und nicht die Erwachsenen?

Ich kann mir nicht vorstellen, dass sich sicher feststellen lässt, ob es nicht doch von außen kommt. Der Gedanke, Kinder mitentscheiden zu lassen, ist gut, sage ich als Vater eines Sohnes. Die Frage lautet aber: Wie viele Stufen baue ich ein? Reife lässt sich nicht pauschal am Alter festmachen. Die Lebensphilosophie der Familie steht immer dahinter. Und wenn ein Kind das Gefühl hat, es falle anderen zur Last, ist das der Konflikt

und nicht sein Wunsch zu sterben.

Was denken oder erwarten unheilbar kranke Kinder »vom Tod«?

Ich habe noch nie erlebt, dass ein Kind sagt: Liebe Eltern, ich lasse euch jetzt allein, ich gehe in Frieden. Kinder sehen die Traurigkeit rund um das Sterben nicht. Sie sind unvoreingenommener als Erwachsene. Außer, wenn sie schon mal erlebt haben, dass jemand gestorben ist. Dann wissen sie, dass die Leute weinen und schwarze Kleidung tragen. Wenn Vierjährige zur Beerdigung der Oma gehen, wollen sie die Urne

sehen. Erst wenn sie älter werden, realisieren sie den Tod.

In der Pubertät, in der Zeit, in der sich das Gehirn umbaut, äußern Jugendliche signifikant häufig den Wunsch zu sterben. In den Niederlanden bekommen Kinder, die älter als zwölf Jahre sind, auf Wunsch aktive Sterbehilfe. Sollte es beim Alter Karenzzeiten geben?

Weil ich das Gesetz von vorneherein für einen absoluten Fehler halte, unabhängig von der Lebensstufe, stellt sich mir die Frage nicht. Wer nicht frei ist von Einflüssen, auch

Andreas Müller, (* 1974), leitet seit 13 Jahren das »Brückenprojekt«, das spezialisierte ambulante Palliativteam des Universitätsklinikums Dresden, das die häusliche Versorgung junger, schwerkranker Patienten ermöglicht. Zielgruppe sind tumor- und leukämie- kranke Kinder und Jugendliche mit geringen Heilungschancen. Die 17 Mitarbeiter haben bisher weit über 700 Kinder betreut. Müller absolvierte eine Ausbildung zum Kinderkrankenpfleger und besitzt einen Master in Palliative care.

von hormonell bedingten, handelt vielleicht in einer Kurzschlussreaktion. Das geht ins Absurde. Ein Beispiel: Auch lebensgefährlich erkrankte Jugendliche haben Liebeskummer.

Schwerkranke Kinder wollen nicht leiden. Das bedeutet jedoch nicht, dass sie sterben wollen. Was können Sie für die Kinder tun?

Wenn ich zu Familien mit Kindern fahre, die nicht mehr lange werden leben können, spüre ich das Leben. Warum will jemand sterben? Weil er Angst hat. Also geht es darum, Angst zu nehmen. Ich muss aufrichtig sein, aber auch die Eltern befähigen, Medikamente zu geben, das Kind gut zu lagern, oder es eng am eigenen Körper zu halten; zu »känguruhen«, sagen wir dazu. Für Menschen, die unter kaum auszuhaltenden Schmerzen leiden, gibt es Möglichkeiten der Sedierung. Sie schlafen, und wir können sie jederzeit wieder aufwecken. Man kann es sich wie eine kleine Narkose vorstellen, aber sie atmen. Die Familie sieht, dass der Patient sich entspannt. Ich weiß nicht immer, was das Beste ist und frage dann: Was können wir gemeinsam für Dich tun? Ich höre oft, dass dadurch die Familien alles besser verarbeiten.

Zielt das belgische Gesetz nicht zu einem erheblichen Umfang darauf, die Leiden von Angehörigen der Kinder zu lindern?

Ich gehe noch weiter, nicht nur der Bezugspersonen, sondern auch der Versorger! Etwa, wenn ich jede Nacht als Arzt oder Pflegenden gerufen werde. Beispielsweise haben manche Kinder Schlafstörungen. Die können wir schwer lindern. Das ist sehr leidvoll, für die Kinder und für die Versorgenden. Dann gerate ich leicht in Projektionen, dass das Kind leide, und übersehe dabei meinen Anteil. Vielleicht habe ich keine ehrlichen Kollegen, die mich warnen: Du bist im Hamsterrad. Wir als Versorger müssen aufgefangen sein, wenn wir in solchen Grenzsituationen arbeiten. Entscheidungen dürfen wir nicht Einzelnen überlassen, es braucht das Vier-Augen-Prinzip. In Dresden haben wir hier klare Prämissen, die mit denen der Gesellschaft für Palliativmedizin übereinstimmen.

Die Forderung nach Hilfe zum Sterben geht nach Ihrer Meinung also am Thema vorbei?

Das ist mir alles zu kurz gefasst. Wir reden immer nur vom Sterben. Ich verstehe meine Arbeit als Begleitung zum Leben. Palliativmedizin kann nicht alles, wir sind auch nicht die Retter der Welt. Wir sind aber diejenigen, die alles sortieren und das Problem benennen müssen. Das fällt den meisten Betroffenen schwer. Und noch schwerer, es gegenüber den Eltern und Kindern ehrlich auszusprechen.

In Belgien schätzt man, dass fünf Kinder im Jahr betroffen sein werden. Gibt es vergleichbare Zahlen für Deutschland?

Wir haben keine Erfahrungen. Die Zahl fünf ist statistisch nicht relevant. Bei fünf Kindern muss ich sagen: ist das ein Gesetz

wert? Diese Einzelfälle möchte ich mir sehr, sehr genau ansehen. Ich würde mir Zeit nehmen und darüber mit den Entscheidern reden. Sind es Menschen, die im Team arbeiten oder meinen sie, sie sind die Alleinentscheider?

Die Befürworter sagen: Noch ist die Medizin leider nicht überall so weit,

Glauben Sie, dass in Deutschland angemessen mit dem Thema Tötung auf Verlangen umgegangen wird?

Ich bin froh, dass die Diskussion um das belgische Gesetz bei uns nicht die Nachrichten beherrschte. Man hat es nicht in Talkshows breit gewalzt. Es wurde nicht dramatisiert. Das tut der



wie es wünschenswert wäre. Aktive Sterbehilfe erlöst unheilbar kranke Kinder und das ist ein ethisches Anliegen.

Ich möchte die Leute, die so etwas sagen, gern nach Dresden einladen, damit sie mit uns arbeiten, damit sie sehen, wie wir Konflikte angehen und welche Lösungsansätze es gibt.

Ist überhaupt ein Gesetz über Sterbehilfe in irgendeiner Form akzeptabel?

Man übersieht, welche Bürde man den Familien mit einer Entscheidung zur aktiven Tötung aufladen würde. Denken wir an die betroffenen Eltern. Sie haben möglicherweise den Gedanken bislang nicht und müssen sich nun fragen: Bin ich grausam, wenn ich meinem Kind Hilfe zum Sterben verweigere? Das ist brachial und verletzend.

Sache der Palliativmedizin gut. Wir müssen präsent sein, aber nicht im Fokus stehen.

Weshalb ist das so?

Wenn man sich mit dem Tod beschäftigt, der zum Leben dazu gehört, ist eine krasse Sonderstellung immer schlecht. Im Scheinwerferlicht zu stehen, kann schnell zu Überbelichtung führen.

Wie kann die Gesellschaft mit der Palliativmedizin angemessen umgehen?

Indem wir das Thema Sterben nicht tabuisieren und darüber sprechen. Dieses Weggeben von Menschen zum Sterben soll aufhören. Und warum soll sterben heute nicht auch wieder im Alltag stattfinden? Die Menschen sollen den Mitarbeitern, auch den Ehrenamtlichen, zuhören und lernen, was Hospizarbeit bedeutet. Ich wünsche mir, dass wir die Diskussion um eine

aktive Tötung für Kinder in Deutschland nie bekommen, weil wir dadurch den Familien viel Leid zufügen würden. Mir ist es wichtig, dass überall, wo Menschen mit Lebensbegrenzung umgehen müssen, die Palliativmedizin gelebt wird.

Das Gespräch führte
Katlen Trautmann.



Katlen Trautmann (* 1965) arbeitet in Dresden als freie Autorin und Journalistin für Bildung und Wissenschaft. Seit vielen Jahren schreibt sie über Themen aus Medizin, Psychologie, Kultur und der Hochschullandschaft in Deutschland.

Foto:

Fotos von SG
kommen noch
nach 12.9.

GUNNAR DUTTGE

Kultur der menschl

Zum Streit um die klinische Obduktion

Der menschliche Leichnam ist nicht bloß eine wertlose »tote Hülle« – vielmehr werden die »sterblichen Überreste« sowohl von den Angehörigen als auch der Gesamtgesellschaft in einer biologischen Kontinuität mit dem zuvor lebenden Menschen gesehen. Ein aus Gründen der mitmenschlichen Solidarität geschuldetes »ehrendes Gedenken« verbietet es daher, die Leiche nur als reine Materie, als »Sache« zu behandeln; ganz im Gegenteil resultieren aus jener (Teil-)Identität mit der einst lebenden »Person« gleichsam in Verlängerung der wechselseitigen Achtungspflichten unter Lebenden spezifische Respektspflichten in Form eines pietät- und »würdevollen« Umgangs mit der Leiche. Diese Pflichtenstellung ist keineswegs allein von moralischer, sondern ebenso von rechtlicher

Qualität: Denn schon seit langem erkennt das Bundesverfassungsgericht ein sogenanntes »post-mortales Persönlichkeitsrecht« an und damit das mutmaßliche Interesse eines jeden, dass der eigene Körper auch post mortem nicht dem Belieben anderer preisgegeben wird. Zwecks Sicherung eines pietätvollen Umgangs enthalten die Bestattungsgesetze der Länder einige Regeln, welche vor allem Form, Ort und zeitlichen Ablauf einer Bestattung weitreichend vorgeben.

Vor einer Bestattung bedarf es jedoch zwingend einer verlässlichen ärztlichen Feststellung, dass der Tod tatsächlich eingetreten ist. Eingedenk des Umstandes, dass sich Menschen seit alters her davor fürchteten, lebendigen Leibes begraben zu werden, verlangen die geltenden Vorschriften eine sorgfältige äußere »Leichenschau« an der vollständig entkleideten Leiche unter Einbeziehung »aller Körperregionen«. Wie diese im Einzelnen zu erfolgen hat, dazu finden sich in der Leitlinie

der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin detaillierte Vorgaben, die allesamt unter der zentralen Devise stehen, dass dabei »dieselben [hohen] Sorgfaltsanforderungen bestehen wie bei lebenden Menschen« (AWMF-Leitlinien-Register Nr. 054/002, S. 2). So müssen etwa zur verlässlichen Feststellung des Todes sichere Todeszeichen (wie zum Beispiel Totenflecken) nachweisbar sein, die entsprechend sorgfältige Untersuchungen am Leichnam voraussetzen. Die Todesfeststellung ist jedoch keineswegs der einzige Zweck der (äußeren) Leichenschau: Vielmehr geht es zugleich um die Feststellung der Todesursache, mit der das mutmaßliche Interesse des Verstorbenen ebenso wie seiner Angehörigen wahrgenommen wird, in Fällen eventuell fremdverschuldeter Tötung bzw. bei eventuell übertragbaren Krankheiten daneben auch der Gesamtgesellschaft (an einer Verfolgung

fall), obgleich es an hinreichenden tatsächlichen Feststellungen für eine krankheitsbedingte (»innere«) Ursache unter Ausschluss externer Ereignisse mitunter fehlt und eigentlich eine »unklare Todesart« bescheinigt werden müsste. Dies hätte dann allerdings eine Benachrichtigung der Polizei zur Folge, was bei »nicht ausschließbarer« Todesverursachung durch eine Straftat auf Anordnung der zuständigen Staatsanwaltschaft eine gerichtliche Obduktion gem. §§ 87 ff. StPO nach sich zöge. Der damit einhergehende Zusatzaufwand wird wohl nicht selten zu meiden versucht, und es gibt berichtsweise Hinweise, dass sogar die Polizei mitunter auf die Testierung eines »natürlichen Todes« trotz nicht gekläarter Todesursache dringt. Von derartigen (versuchten) Einflussnahmen berichteten in einer anonymen Befragung zufällig ausgewählter Ärzte aus dem Gebiet der Ärztekammer Westfalen-Lippe 41 Prozent der niedergelassenen sowie 47 Prozent der Notärzte. Die größte Gefahr von Fehlern wird jedoch gesehen, wenn niedergelassene (Haus-)Ärzte die Todesfeststellung in der Wohnung des Verstorbenen durchführen: Hier bewirken offenbar die vorherige vertrauensvolle Begleitung des Patienten und die Rücksichtnahme auf die Angehörigen eine erhöhte Bereitschaft, mal »fünfe gerade sein zu lassen«. Jedoch ist »Altersschwäche« als solche keine Todesursache!

Die Folgen sind seit längerem bekannt: Wie

chen Totenfürsorge

und Ahndung von Verbrechen bzw. am nötigen Infektionsschutz). In diesem Sinne hat schon die Königlich Bayerische Instruktion für die Leichenschauer von 1839 prägnant formuliert: »Zweck der Leichenschau ist, die Beerdigung Scheintoter, dann die Verheimlichung gewaltsamer Todesarten und medizinischer Puschereien zu hindern...«.

Seit langem wird allerdings beklagt, dass die äußere Leichenschau keineswegs nur selten nicht mit der nötigen Sorgfalt durchgeführt wird. Offenbar nehmen behandelnde Ärzte zu oft den Todesertritt bei ihren ohnehin lebensgefährlich erkrankten oder verletzten Patienten einfach hin, sofern er ihnen nicht völlig überraschend erscheint, ohne kritisch zu hinterfragen, ob ihre vorherigen Diagnosen und Einschätzungen wirklich zutreffend gewesen sind. Auf diese Weise wird bekanntermaßen sehr häufig ein »natürlicher Tod« bescheinigt (einer älteren Studie zufolge bei sechs Prozent aller Krankenhausärzte generaliter für jeden Todes-

mehrere retrospektive Analysen nachgewiesen haben, ist der »nicht-natürliche Tod« (also der Verdacht einer nicht allein krankheitsbedingten Todesursache, zum Beispiel durch Fremdtötung, Suizid, Unfall, ärztliches Handeln) in der amtlichen Statistik in einem Umfang von etwa 33 bis 50 Prozent unterrepräsentiert, erlangt also weit häufiger als gemeinhin angenommen Realität. Besonders bedenklich ist in diesem Zusammenhang die gravierende Dunkelziffer in Bezug auf strafrechtlich relevante Tötungsdelikte, die eine Studie aus den 1990er Jahren auf etwa 1.200 bis 2.400 nicht erkannte Fälle pro Jahr schätzte. Häufig bleiben aber durch eine unsorgfältige Leichenschau auch fehlerhafte Diagnosen und ärztliche Fehleinschätzungen im Dunkeln: Die Görlitzer Studie erbrachte 1986/87 den erschreckenden Befund zutage, dass sich in rund der Hälfte aller Fälle die klinisch angenommene mit der nachträglich durch Obduktion ermittelten Todesursache nicht

Foto aus Archiv

Duttge als Autor
übernehmen

Foto: