

Dies ist die Druckversion eines Interviews, **das Dr. Stanley A. Terman** Herrn Les Morgan vom Sender Growth House am 15. Februar 2008 gegeben hat. Dr. Terman, Ph.D., M.D., ist Medical und Executive Director bei Caring Advocates (www.CaringAdvocates.org). Das Thema des Interviews ist: **Sterben durch Freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit**. Unter anderem werden folgende Gesichtspunkte angesprochen: Weshalb einige terminal Kranke mit Essen und Trinken aufhören; psychiatrische Beurteilung von Patienten betreffs Depression, Anorexia nervosa, geistiger Klarheit und Kontroll-Bedürfnisse; legale und ethische Aspekte dieser Art des Sterbens; medizinische Folgen von Dehydratation und Ketose; Reaktionen der Familie auf die Entscheidung eines Patienten; Ernährung von dementen Patienten; Vorausplanungen.

Das Interview kann man nachhören bei
http://www.growthhouse.org/radio_channel_education.html.

Die Druckversion (den englischen Text findet man über:
<http://www.caringadvocates.org/docs/LesMorganInterviewVRFFF.edited.Eng.708.pdf>
)

wurde zwecks Klarheit, grammatikalischer Korrektheit und Vollständigkeit etwas überarbeitet und von Dr. Chr. Walther, Marburg, ins Deutsche übersetzt. Abweichend vom Original wurde – zwecks besserer Lesbarkeit - fast durchwegs die männliche Form bei „Patient“ etc. verwendet. Einfügungen in runden Klammern sind Einfügungen, die auf den englischen Text zurückgehen, solche in eckigen Klammern sind vom Übersetzer hinzugefügte Erklärungen.

Les Morgan: Mein Name ist Les Morgan. Heute interviewe ich für den Sender „Growth House“ den Psychiater und Arzt Dr. Stanley Terman.

Dr. Terman, können Sie uns ein wenig über Ihre Erfahrungen mit Betreuungen am Lebensende berichten?

Dr. Terman: Ich arbeite seit etwa 30 Jahren als Psychiater und ich habe stets besonderes Gewicht auf die Arbeit an den zwischenmenschlichen Beziehungen gelegt. Vor etwa 12 Jahren wurde mir klar, daß die endgültige Chance zum (psychiatrischen) Heilen oft dann gegeben ist, wenn die Zeit begrenzt ist durch eine zum Tode führende („terminale“) Erkrankung. So entwickelte sich bei mir ein großes Interesse, Familien mit einem terminal Kranken dazu zu verhelfen, daß alle Beteiligten das Sterben der geliebten Person als einen Abschied in Frieden erfahren.

Les Morgan: Dr. Terman, Sie haben ein Buch geschrieben mit dem Titel **The BEST WAY to Say Goodbye: A Legal Peaceful Choice at the End of Life** (Der beste Weg zum Abschied: Eine legale, friedliche Möglichkeit am Ende des Lebens). Eines der Themen in diesem Buch ist der Freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF). Können Sie mir mehr darüber sagen?

Dr. Terman: Freiwilliger Verzicht auf Flüssigkeit und Nahrung ist gleichzeitig *konventionell* und *revolutionär*. Ehe die Medizin-Technologie aufkam, verstarben die Leute recht oft, indem sie gänzlich mit Essen und Trinken aufhörten. Heutzutage, wo wir viele Schläuche in den Körper einführen können, ist es möglich, Bewußtlose auf Jahre am Leben zu halten. Fallbeispiel: bei Terri Schiavo waren es 15 Jahre. Die

Frage ist: *Sollen* wir so etwas tun - einfach deshalb, weil wir es tun *können*? Der *revolutionäre* Aspekt beim Freiwilligen Verzicht auf Flüssigkeit und Nahrung (und dem Buch hierüber) ist die Vorstellung, daß es Situationen gibt, in denen wir die Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit zurückweisen *wollen*. Das gilt nicht nur für die Versorgung über Schläuche, sondern auch für die manuelle Hilfe beim Essen - selbst dann, wenn wir noch in der Lage sind, zu schlucken, was uns jemand in den Mund steckt.

Les Morgan: Regen Sie denn Patienten dazu an, auf Nahrung und Flüssigkeit zu verzichten?

Dr. Terman: Ich rege Patienten niemals dazu an, sich sozusagen mit dem Sterben zu beeilen, und ich würde ihnen nichts vorschlagen, was mit Sicherheit zu einem verfrühten Tod führen würde. Was ich tue: Ich stelle den Patienten mein fachliches Wissen zur Verfügung, nämlich über mehrere Möglichkeiten, unter denen sie wählen können.

Les Morgan: Dr. Terman, ich habe in Hospizen gesehen, wie Patienten aufhörten zu essen und zu trinken, obwohl sie dazu noch in der Lage waren. Wie erklärt man sich das?

Dr. Terman: „Terminale“ Krebspatienten [d.h. sie sind unheilbar krank und haben eine restliche Lebenserwartung von höchstens einem Jahr] verlieren oft den Appetit auf Essen und später dann auch das Bedürfnis, zu trinken. Sie möchten sich nicht noch irgend etwas einverleiben, weil sie sich dann noch kränker fühlen würden. Von geistig sehr regen, unheilbaren Krebspatienten haben wir viel darüber gelernt, was es bedeutet zu fasten. Andere Patienten können zur Einschätzung gelangen, daß ihnen das Essen zwar noch schmeckt und sie keine Schluck-Probleme haben, sie aber einer schrecklichen Zukunft entgegensehen. Zum Beispiel: Würden sie sich an die Möglichkeit klammern, noch ein paar Monate zu überleben, dann würde das aufgrund von Metastasen zu höllischen Knochenschmerzen führen. Wieder andere Patienten, die nur noch wenige Tage zu leben haben, entscheiden sich möglicherweise, lieber an Flüssigkeitsmangel (Dehydratation) als an einer nicht behandelten Lungenentzündung zu sterben. Absichtliche Dehydratation kann ein viel friedlicheres Sterben bedeuten als ein Tod mit Husten, Fieber und Atemnot, wie es bei einer Lungenentzündung häufig der Fall ist.

Les Morgan: Ich versuche daher mal, zwischen zwei Situationen zu unterscheiden: In der einen handelt es sich sozusagen um einen natürlicher Sterbeprozess, bei dem der Körper das Verlangen nach Nahrung und Getränken quasi abschaltet. Die andere Situation betrifft u. a. solche Patienten, die zwar noch essen und trinken können, sich jedoch entscheiden, dies zu unterlassen aus Sorge über den weiteren Verlauf ihrer Krankheit und die zu erwartenden Schwierigkeiten im Endstadium. Sie hören also wirklich *absichtlich* mit Essen und Trinken auf. Dann sterben sie. Ist das denn nicht eine Form des Suizids?

Dr. Terman: Nein, ich glaube nicht, daß das ein Suizid ist. Als Psychiater bin ich ein entschiedener Gegner des Suizids, wobei ich diesen wie folgt definiere: Jemand, der medizinisch gesehen wohl auf ist und für den die Möglichkeit besteht, noch mehrere Jahre ein erfülltes Leben zu leben, will ihr / sein Leben aus irrationalen, emotionalen Gründen beenden. Im Gegensatz hierzu würde ein terminal Kranker, sofern man ihm

die Wahl gäbe, sagen: „Wenn Sie mich von meiner Krankheit und dem damit verbundenen Leid befreien könnten, dann würde ich ungeheuer gerne weiterleben. Die Realität ist leider, daß ich diese Krankheit habe, daß sie irreversibel ist, daß sie fortschreitet und mich auf schreckliche Weise umbringen wird. Daher möchte ich die Wahl haben, *wie* ich sterbe. Ganz sicher möchte ich nicht den Sterbeprozess verlängern.“

Terminal Kranke begehen also keinen Suizid. Jeder von uns wird eines Tages sterben. Wer weiß, daß nun sein letztes Lebenskapitel beginnt, sieht sich dem Tode näher als die meisten von uns. Sind wir aber an dem Punkt einer terminalen Diagnose angekommen und wissen, was die Prognose ist, dann können wir darüber entscheiden, was mit uns geschehen soll beim Verlassen dieses Lebens – und zwar genauso wie wir uns, wenn es uns gut geht, die Art einer Behandlung aussuchen können, die unser Befinden verbessert. Mit dem Essen und Trinken aufzuhören, ist eine Form des Sterbens, die den Sterbevorgang nicht in die Länge zieht. Wenn Leute aufhören zu essen und zu trinken, dann ist häufig die zugrunde liegende Erkrankung die letztendliche Todesursache; manchmal liegt sie jedoch in den Veränderungen, zu denen es im Elektrolythaushalt kommt. Man sollte sich jedenfalls darüber im Klaren sein, daß diese Art des Sterbens friedlich ist, denn die Patienten schlafen gewöhnlich ein oder mehrere Tage ein, bevor sie – im Schlaf – versterben.

Manche Leute sind erstaunt, wenn sie erfahren, daß terminal Kranke (oft, aber) nicht immer früher sterben, wenn sie aufhören zu essen und zu trinken. Es kommt z.B. vor, daß Patienten, die fortfahren zu essen und zu trinken, *früher* an einer (durch Verschlucken verursachten) Lungenentzündung oder an Herzversagen sterben. Für viele terminal Kranke kommt es gar nicht darauf an, den genauen Zeitpunkt ihres Todes zu kennen, sondern darauf, daß ihr Sterben friedlich verläuft. Wenn die Leute etwas über diesen friedlichen Weg erfahren haben, dann ist es, wie ich festgestellt habe, für viele von ihnen ein großer Trost, daß sie sich irgendwann für diese Möglichkeit entscheiden können.

Les Morgan: Die Leute sterben somit absichtlich früher – ist das richtig?

Dr. Terman: Nicht immer; etwa dann nicht, wenn (wie erwähnt) Essen und Trinken zu einem früheren Tod führen aufgrund von Lungenentzündung wegen Verschluckens oder durch Herzversagen. Doch es trifft manchmal zu, z.B. wenn es für terminal kranke Krebspatienten sehr schwierig wird, zu essen, obwohl sie sich dazu noch zwingen können. Wenn für Menschen das letzte Lebenskapitel begonnen hat, geben sie manches auf. Manche verzichten dann auf den Genuß des Essens und Trinkens – weil Essen und Trinken kein Vergnügen mehr sind, wenn sie Übelkeit oder Durchfall erzeugen. Wer mit dem Essen und Trinken Schluß gemacht hat, fühlt oft eine große Erleichterung. Er / Sie kann sagen: „Gut, dieser Abschnitt meines Lebens liegt nun hinter mir.“

Les Morgan: Dr. Terman, Sie sind doch Psychiater. Wie können Sie wissen, daß die Leute nicht einfach eine Depression haben, wenn sie mit Essen und Trinken aufhören möchten?

Dr. Terman: Eine gute Frage. Ich rate Ärzten stets, erst einmal sicherzustellen, daß keine Depression vorliegt, ehe sie sich darauf einlassen, einer Person, die mit Essen und Trinken aufhören will, palliative Versorgung zu gewähren. Die Sichtweise des

Patienten sollte realistisch sein und nicht einer psychotischen Depression entspringen, in welcher die Wahrnehmung der Realität erheblich gestört ist. Also, zum Beispiel, wenn eine Frau meint, sie sei eine so schreckliche Person, daß sie zur Strafe sterben müsse, oder wenn ein Mann das Gefühl hat, er sei solch eine Last für die anderen, daß es der Menschheit ohne ihn besser ginge. Solche Leute haben jedoch kein medizinisches Problem, das einem Leben von normaler Dauer im Wege stünde. Dagegen kann jemand terminal krank sein und nur noch mehr Schmerzen und Leiden entgegen sehen, den größten Teil des Tages mit medizinischen Behandlungen verbringen, so daß ihm nichts Erfreuliches mehr von seinem Leben bleibt – also in so einem Fall dürfte doch der Wunsch, den Sterbeprozess nicht zu verlängern, vernünftig erscheinen. Selbstverständlich sind solche Leute nicht glücklich darüber, daß sie zu leiden haben, und sie sind auch nicht darüber glücklich, daß ihr Leben bald enden wird. Aber sie interpretieren die Realität richtig; sie sind nicht depressiv im psychiatrischen Sinne.

Les Morgan: Würden Sie dies als „Suizid aus Vernunftsgründen“ („rationaler Suizid“) bezeichnen?

Dr. Terman: Einige Leute verwenden diesen Begriff [im Deutschen entspricht ihm in etwa der sog. „Bilanz-Suizid“ oder „bilanzierender Suizid“], um damit eine Option für den terminal Kranken zu beschreiben. „Rationaler Suizid“ heißt: man versucht, sich klar zu machen, was die Zukunft für einen bereit hält. Wenn die Lasten des Lebens – oder vielleicht besser: des Existierens – die positiven Seiten bei weitem überwiegen, warum dann den Sterbeprozess verlängern? Wenn man nur noch viel mehr Leiden und Schmerzen und immer weniger Erfreuliches im Leben zu erwarten hat, dann kann es doch vernünftig erscheinen, freiwillig auf Essen und Trinken zu verzichten.

Les Morgan: Aber viele Leute würden sagen, daß genau dies verkehrt ist! Es sei niemals richtig, das eigene Leben zu verkürzen.

Dr. Terman: Ja, es gibt Leute die darauf bestehen, gegebenenfalls all das auszuschöpfen, was Medizin-Technologie zu bieten hat, um die Existenz (Leben im biologischen Sinne) so lange als möglich zu verlängern. Zum Teil hängen diese Leute orthodoxen oder fundamentalistisch-religiösen Vorstellungen an. Man darf darüber aber nicht vergessen, daß andere, die von demselben Glauben durchdrungen sind, anderer Ansicht: Sie verweisen darauf, daß es sei eine Sünde, das Leben eines Menschen zu verlängern, wenn Gott entschieden hat, es sei Zeit, diesen Menschen zu sich zu nehmen.

Les Morgan: Angenommen, ein Patient käme zu Ihnen und sagte: „Ich weiß, daß ich in ein paar Monaten an „X“ sterben werde. Ich habe entschieden, mir eine Kugel in den Kopf zu jagen.“ Wie fänden Sie das?

Dr. Terman: Schrecklich! Ich denke, sich eine Kugel in den Kopf zu jagen, ist äußerst schmerzhaft, auch wenn es ganz kurz dauert. Es ist gewaltsam, und man benützt ein Werkzeug, das bei unsachgemäßer Handhabung jemand anderen womöglich töten würde, der noch ein ganzes Leben vor sich hat. Es ist häßlich und läßt nicht dazu ein, danach im offenen Sarg zu Schau gestellt zu werden. Aber das Schlimmste dabei ist, daß dieser Schritt irreversibel ist. Wenn eine Patientin ihren Entschluß, Speisen und Getränke abzulehnen, mehrere Tage aufrecht erhält, dann beweist das jedem, daß sie es wirklich ernst meint mit dem Natürlichen Sterben. Wenn jemand

aber von einem Gewehr Gebrauch macht oder eine tödliche Dosis eines Barbiturats einnimmt, dann ist sein Leben zu Ende. Wenn man eingeschlafen ist, kann man nicht mehr sagen: „Ach, Moment mal, ich habe mich anders entschlossen.“ Höchstens wenn man seinen Entschluß in den ersten ein, zwei Minuten ändert, kann man die am Krankenbett Anwesenden noch bitten, den Notarzt anzufordern, damit der Magen ausgepumpt und künstliche Beatmung eingesetzt wird, um so das Leben möglichst noch zu retten. So etwas kommt nur selten vor.

Les Morgan: Ist es möglich, daß Menschen, die an krankhafter Appetitlosigkeit (Anorexie) leiden, diesen Weg (auf Essen und Trinken gänzlich zu verzichten) wählen möchten?

Dr. Terman: Ja durchaus, und manche sind diesen Weg (bis zum Tode) gegangen. Die psychiatrische Diagnose „Anorexie“ muß also ebenfalls ausgeschlossen werden, wann immer jemand sagt: „Ich möchte aufhören zu essen und zu trinken.“ Hier müssen wir wiederum unterscheiden zwischen einer Krebs-bedingten Anorexie und einer, die durch eine psychiatrische Erkrankung bedingt ist und „Anorexia nervosa“ heißt. Erstere führt zum körperlichen Verfall wegen des gänzlichen Mangels an Appetit – somit also quasi als Nebeneffekt des Karzinoms. Für die Anorexia nervosa hingegen wäre eine junge Dame typisch, etwa so zwischen 15 und 25 Jahren. Wenn die Erkrankung schon fortgeschritten ist, kann dies ein medizinischer und psychiatrischer Notfall sein. Dann ist es durchaus angemessen, diese Person per Magensonde zu ernähren, selbst wenn sie sich dagegen wehrt. In solchen Fällen ist die Zwangsernährung, um Leben zu retten, legal. Der Staat hat ein Interesse, Leben zu erhalten, und ermächtigt Psychiater, sich über den geäußerten Willen solcher Patienten hinwegzusetzen, denn eine „aggressive“ psychiatrische Behandlung stellt die Betroffenen oft wieder her und ermöglicht ihnen ein erfülltes Leben von normaler Dauer. Würde hingegen jemandem, der sich in der terminalen Phase einer Krebserkrankung befindet, eine Magensonde gelegt, u. zw. gegen seinen ausdrücklichen Wunsch und obwohl er seinen diesbezüglichen Willen in einer Patientenverfügung [= „Vorausverfügung“] niedergelegt hat, dann würde man dies juristisch als „Körperverletzung“ bewerten, - als einen unerlaubten Eingriff in den Körper dieses Patienten.

Les Morgan: Hat man Depression ausgeschlossen und ebenso Anorexie – muß man dann noch an was anderes denken?

Dr. Terman: Ja, es gibt einen weiteren Aspekt, der zu beurteilen ist: Man muß feststellen, ob der Patient entscheidungsfähig ist. Es geht also darum, ob jemand im Kopf hinreichend klar ist, um bei medizinischen Fragen vernünftige Entscheidungen treffen zu können. Die Person muß also verstehen, was für Möglichkeiten bestehen, sie muß die Konsequenzen der verschiedenen möglichen Entscheidungen beurteilen können, und sie muß Überlegungen anstellen können, die zu einer Entscheidung führen.... und das nicht nur einmal, sondern stets aufs neue. Es kann vorkommen, daß ich jemanden zwei Stunden lang interviewe und dann sehe, ob die Entscheidung, die er am Ende des Interviews äußert noch dieselbe ist, wie die zu Beginn geäußerte. Dann bestelle ich den Patienten ein paar Tage später wieder ein, um festzustellen, ob die Entscheidung konsequent beibehalten wird. Ich prüfe außerdem, ob sie zu dem paßt, was der Patient zuvor schriftlich und in Diskussionen geäußert hat. Übrigens, es gibt im Englischen eine bequeme Möglichkeit, sich die Kriterien für Entscheidungsfähigkeit zu merken: Es ergibt sich nämlich U-ARE - also:

„you are“ – als Merkhilfe durch die Anfangsbuchstaben von „Understanding“ (Verstehen), „Appreciation“ (Beurteilen), „Reasoning“ (Überlegen) und „Expressing“ (Äußern, u. zw. einer Wahl, die getroffen wurde). Ich nutze dies, wenn ich Klinikern einen Vortrag über die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit halte. In diesem Zusammenhang möchte ich auf eine subtile Unterscheidung hinweisen: In den USA verwenden wir zwei Wörter, nämlich „capacity“ (Kapazität, besser: Fähigkeit) und „competence“ (Kompetenz). Die Psychiater liefern den Gerichten ihre Einschätzung zur Entscheidungsfähigkeit („decision-making capacity“). Die Richter stützen sich hierauf als Beweis, um zu entscheiden, ob eine Patient kompetent ist. Allerdings werden Gerichte nur selten eingeschaltet.

Les Morgan: Wenn Sie Ihre Untersuchungs-Gespräche beendet haben und zum Schluß gekommen sind, daß der Patient entscheidungsfähig ist, dann hat der Patient gesetzlich das Recht, Nahrung und Flüssigkeit abzulehnen, nicht wahr?

Dr. Terman: Er hat dieses Recht, auf jeden Fall. Im 14. Zusatzartikel zur Verfassung geht es unter anderem um die Privatsphäre und um den Rechtsanspruch auf Leben, Freiheit und Streben nach Glück. Es ist also unser Recht, selber zu bestimmen, was mit unserem Körper geschehen darf und was nicht, also auch darüber, was uns jemand in den Mund, den Magen oder in eine Vene stecken darf. Folglich kann man mich, sofern ich entscheidungsfähig bin, nicht zwingen, etwas zu essen oder zu trinken, wenn ich sage, daß ich das nicht will.

Les Morgan: Wenn jemand entscheidungsfähig ist und sich entschließt, nicht zu essen und zu trinken, dann ist das eine medizinische Entscheidung des Patienten, die er bei Gericht durchsetzen könnte?

Dr. Terman: Auf jeden Fall. Der U.S. Supreme Court [Oberster amerikanischer Gerichtshof] hat 1990 im Fall von Nancy Cruzan festgestellt, daß die Verfassung jeder erwachsenen, entscheidungsfähigen Person das Recht garantiert, jedwede medizinische Behandlung abzulehnen.

Les Morgan: Falls nun jemand später nicht mehr in der Lage sein sollte, dies zu äußern – z.B. bei Bewußtlosigkeit – , dann muß sein Wille klar dokumentiert sein in einer Patientenverfügung.

Dr. Terman: Unbedingt. Die Patientenverfügung muß „klar und überzeugend“ [eine Standard-Formulierung in der amerikanischen Juristensprache] sein. Man muß genau angeben, in welcher speziellen gesundheitlichen Situation die anderen uns Nahrung und Flüssigkeit vorenthalten sollen. Allerdings verliert man nicht sein verfassungsmäßiges Recht, die Zustimmung für eine Behandlung zu versagen oder die Unverletzlichkeit des eigenen Körpers zu wahren, bloß weil man bewußtlos geworden ist oder nicht mehr entscheidungsfähig ist. Wir können das Recht, Entscheidungen zu treffen, einer Person unserer Wahl durch eine Vorsorgevollmacht übertragen. Diese(r) Bevollmächtigte kann dann für uns Stellungnahmen abgeben. Es ist wichtig, daß man eine Voraus-Planung der ärztlichen und pflegerischen Angelegenheiten mit seiner Familie, seiner / seinem Bevollmächtigten und mit seinem Arzt gemacht hat, so daß für alle klar ist, was man in einer gegebenen Situation möchte.

Les Morgan: Wenn ein Arzt, Pfleger o. ä. dabei (d.h. bei FVNF) irgend eine Hilfe leistet, ist das dann ein assistierter Suizid?

Dr. Terman: Die Unterstützung seitens der medizinisch Tätigen beschränkt sich darauf, optimierte Pflege zu bieten. Die American Medical Association hat einen ethischen Kodex, der ganz klar festlegt: Wenn die Pflichten des Arztes - einerseits Leben zu verlängern und andererseits Leiden zu mindern - miteinander in Konflikt geraten, da sie sich gegenseitig ausschließen, dann liegt die Entscheidung beim Patienten.

Les Morgan: Sind Ihnen irgendwelche Fälle bekannt, in denen jemand vom medizinischen Personal gemerkt hatte, daß der Patient Nahrung und Flüssigkeit verweigerte, und gerichtlich verfolgt wurde, weil er nicht eingegriffen hatte, um den Patienten zu zwingen, Nahrung zu aufzunehmen?

Dr. Terman: Definitiv nicht.

Les Morgan: Das ist ja eine recht knappe Antwort!

Dr. Terman: Das *ist* die Antwort!

Les Morgan: Die Formulierung „klar und überzeugend“, die Sie (im Hinblick auf den Patientenwillen) verwendet haben, ist eine juristische Forderung. Diese läuft im Grunde darauf hinaus, für einige medizinische Entscheidungen einen höheren Anspruch (an die Beweise) zu erheben als für andere. Z.B. setzt im Bundesstaat New York die Entfernung einer Magensonde eine „klare und überzeugende“ Beweislage voraus. Wie empfinden Sie das?

Dr. Terman: Im Staat New York können Sie ihre(n) Bevollmächtigte(n) ermächtigen, medizinische Entscheidungen der unterschiedlichsten Art für Sie zu treffen; Sie können Richtlinien erstellen, aus denen sonnenklar hervorgeht, daß Sie keine Nahrung und keine Flüssigkeit wünschen; aber ihr Bevollmächtigter oder rechtlicher Vertreter kann eine künstliche oder orale Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit für Sie nicht verbieten, außer Sie haben ihm genau hierfür (unter Verwendung der entsprechenden Begriffe) die Vollmacht erteilt.

Les Morgan: Falls man also eines Tages die Option haben möchte, Nahrung und Flüssigkeit zu verweigern, dann wäre es wohl eine gute Idee, dieses schriftlich niederzulegen?

Dr. Terman: Nicht nur eine gute Idee – es ist unbedingt nötig, das zu machen! Falls jemand dies nicht aufschreiben kann, so läßt sich eine Audio- oder eine Video-Aufnahme machen.

Les Morgan: Ist es für eine Familie schwer, zuzusehen, wie eine(r) Ihrer Lieben beim Fasten verstirbt?

Dr. Terman: Ja. Zum einen, weil ein geliebter Mensch stirbt. Zum anderen, weil wir nun einmal in unserer Kultur gerne denen, die wir lieben, Essen und Trinken anbieten möchten. Viele Zeremonien haben ja mit Essen und mit Getränken wie etwa dem Wein zu tun.

Les Morgan: Wenn jemand, der im Sterben liegt, ißt und trinkt, dann kann sich das negativ auswirken, weil ja sein Körper Nahrung und Flüssigkeit nicht mehr normal verarbeiten kann.

Dr. Terman: Ja, das stimmt.

Les Morgan: Um ein Beispiel zu geben: Jemand hat eine (kongestive) Herzinsuffizienz, trinkt aber sehr viel und hat nicht mehr die Fähigkeit, die Flüssigkeit wieder loszuwerden; dann fühlt sich das für ihn ähnlich an, wie wenn er ertrinken würde, da sich in den Lungen Flüssigkeit anstaut.

Dr. Terman: Richtig. Frau Dr. Joanne Lynn erklärt in ihren Fortbildungsveranstaltungen für Pflegeberufe seit über 20 Jahren, daß das Befinden eines terminal kranken Patienten sich in mehrfacher Weise (also in mehreren Organsystemen) bessert, wenn er mit Essen und Trinken aufhört. Wenn z.B. die Lungen besser arbeiten, erhält das Gehirn mehr Sauerstoff, und das Bewußtsein hellt sich auf – was manche Leute erstaunt. Manchmal werden die ersten Tage des Fastens zu einer sehr wertvollen Zeit, erfüllt von gemeinsamen Erinnerungen und dem endgültigen Abschied.

Les Morgan: Kathleen Singh schreibt in ihrem Buch „Die Gnade des Sterbens“, daß das Sterben einen von Natur aus sicheren Ablauf darstellt und viele der Probleme erst entstehen, wenn wir in diesen Ablauf eingreifen. Was Essen und Trinken betrifft, so könnte in manchen Fällen dadurch ein natürlicher Versuch unseres Körpers gestört werden, einem Wasserüberschuß entgegenzuwirken. Manche Leute versuchen, dem Körper eines Sterbenden noch Flüssigkeit zuzuführen, verstehen aber z.T. nicht die negativen Nebenwirkungen, zu denen es kommen kann. Folglich wird Patienten Flüssigkeit aufgedrängt, denen es mit weniger Flüssigkeit besser gehen dürfte.

Dr. Terman: Ja, das sehe ich auch so. Hier ist noch viel Aufklärung zu leisten, - sogar bei Ärzten. Studien belegen: Je weniger Erfahrung ein Arzt oder eine Ärztin mit Patientenbetreuung am Lebensende hat, desto eher neigt er bzw. sie dazu, zuviel Flüssigkeit zu geben und so die Belastungen des Patienten noch zu vermehren. Durst ist ein Symptom, aber es ist ein Symptom, mit dem man umgehen kann, und die Familie muß eben lernen, wie man mit dem Patienten richtig umgeht. Wir fragen den Patienten beispielsweise nicht: „Möchtest du etwas zu trinken haben?“. Wir fragen den Patienten nicht einmal: „Hast du Durst?“ Was dann fragen wir also? „Ist Dein Mund trocken?“ Hierbei handelt es sich um ein Symptom. Lautet die Antwort „Ja“, so fragen wir weiter: „Gut, welche Möglichkeiten gibt es für dich? Möchtest du etwas gegen das Symptom, also die Trockenheit im Mund, tun, indem du ein oder mehrere Durst-mindernde Mittel verwendest? Oder möchtest Du eine Flüssigkeit zu Dir nehmen?“ Wenn die Patienten bei klarem Verstand sind und man mit ihnen diese Möglichkeit (durch Flüssigkeitsverzicht den Tod herbeizuführen) zuvor besprochen hat, dann können sie sich dafür entscheiden, ihrem Vorsatz treu zu bleiben und, statt zu trinken, sich Mittel gegen die Austrocknung des Mundes geben zu lassen und so den Durst zu mindern.

Schon ein wenig Flüssigkeit mehrmals am Tag, um Pillen hinunterzuschlucken, kann den Sterbeprozess von typischerweise 1 bis 2 Wochen auf 3 bis 4 Wochen

verlängern. Diese Entscheidung, also nichts zu trinken, muß des wiederholt, also an mehreren Tagen getroffen werden. Der Patient muß seinen Entschluß aufrecht erhalten, indem er täglich sagt: „Heute bitte kein Frühstück; heute kein Mittagessen; heute kein Abendessen; heute keine Nahrung und keine Flüssigkeit.“ Wenn der Patient kommunikativ und geistig klar ist, dann rede ich den Familienmitgliedern zu, ihn liebevoll zu unterstützen bei dem, was er tut. Gleichzeitig erinnern sie ihn daran, daß er wirklich niemandem zur Last fällt und daß es auch in Ordnung wäre, wenn er seine Meinung ändern würde und etwas zu essen oder zu trinken haben wollte. Der Betreffende kann danach jederzeit aufs Neue mit einem Fasten beginnen, etwa nach einer Woche oder einem Monat.

Les Morgan: Der Patient kann also seine Entscheidung rückgängig machen.

Dr. Terman: Auf jeden Fall. Bis zu einem gewissen Punkt ist das Vorhaben komplett umkehrbar. Ich weiß das von mir selbst, weil ich zweimal gefastet habe. Einmal habe ich vier Tage lang gar nichts gegessen und getrunken. Das andere Mal waren es fünf Tage; da habe ich nur an den ersten zwei Tagen Wasser getrunken und an den anderen drei Tagen keine Nahrung und keine Flüssigkeit zu mir genommen. Obwohl meine Nieren dessen etwas überdrüssig wurden....., bin ich noch am Leben und fühle mich wohl, wenn ich darüber heute rede.

Les Morgan: Bestehen nicht manche Leute darauf, jemanden zu füttern, weil sie denken, daß es gleichbedeutend mit Mord wäre, ihre(n) sterbende(n) Verwandte(n) nicht zu füttern?

Dr. Terman: Ja, das kommt vor. Familienmitglieder brauchen Hilfe, damit sie begreifen, was die beste Möglichkeit ist, einem ihrer Lieben am Lebensende zu helfen. Als ich bei meiner Stiefmutter war und mein Stiefvater im Sterben lag, da fragte sie immerzu: „ Was kann ich tun? Was kann ich nur tun?“. Das tat sie, nachdem wir ihn gefragt hatten: „Willst du, daß wir deinen Mund mit Durst-mindernden Mitteln behandeln oder möchtest du etwas zu trinken haben?“ und er geantwortet hatte: „Nur die Hilfsmittel“. Meine Stiefmutter verbrachte einen Großteil ihres Lebens in der Küche, wo sie Hühnersuppe und viele andere wunderschöne und gesunde Dinge zubereitete. Essen kochen und aufzutischen war ihre Art, Leute zu umsorgen. Was sie und viele andere Familienmitglieder zu lernen haben, ist, daß, wenn jemand im Sterben liegt und weder ißt noch trinkt, daß es dann eine andere Möglichkeit gibt, seine Liebe zu zeigen. Sie können lernen, wie man das Befinden verbessert durch den Einsatz Durst-mindernder Hilfsmittel. Man sollte einer Person nicht Sustical [eine im Handel erhältliche, sehr eiweißhaltige Nährflüssigkeit] einflößen so daß es sie würgt und sie dadurch geradezu aufgebläht wird - und sich nur noch unbehaglicher fühlt. Man kann lernen, wie man statt dessen an der Innenseite der Backen sowie über und unter der Zunge zum Befeuchten Zitronen-Glyzerin-Stäbchen verwendet. Dazu für die Lippen Vaseline oder Aquaphor. Man kann auch Bioten-Tropfen oder –Gel oder eines der diversen anderen Hilfsmittel verwenden. Man darf diese Hilfsmittel beliebig oft einsetzen. Denjenigen, die pflegen und ja nicht länger Nahrung und Flüssigkeit anbieten können, kann der Einsatz dieser Hilfsmittel auf eine neue Weise das Gefühl der Wichtigkeit vermitteln. Das ist eben eine andere Art, jemand, den man liebt, zu umsorgen.

Les Morgan: Was halten Sie von Eisstückchen?

Dr. Terman: Wenn Patienten durstig werden, möchten sie manchmal Eisstückchen bekommen. Ich muß allerdings davor warnen, zuviel davon zu nehmen, denn viele kleine Eisstückchen summieren sich. Je mehr Wasser man aufnimmt, desto länger dauert der Sterbeprozess. Bettlägrige Leute ohne Bewegung können sehr lange Zeit überdauern, indem sie nur trinken. Wenn man also den Sterbeprozess nicht verlängern möchte, dann sollte man (bei der Mundbefeuchtung) so wenig Flüssigkeit verwenden wie möglich. In meinem Buch gebe ich auch Empfehlungen an Ärzte. Beispielsweise sind viele Mittel für die Pflege in Zusammensetzungen erhältlich, die nur zu geringer Flüssigkeitsaufnahme führen.

Les Morgan: Die Vorstellung, daß jemand absichtlich mit Essen und Trinken aufhört, um dadurch schneller zu sterben, wird sicherlich viele Leute vor den Kopf stoßen. Finden sie nicht, daß das eine kontroverse Idee ist?

Dr. Terman: Ja, sie ist kontrovers, aber vor allem deshalb, weil sie falsch verstanden und falsch beschrieben wird. Einer der Irrtümer ist ja, daß es quälend sei, mit Essen und Trinken aufzuhören. Beispielsweise behauptete ein Kongreß-Abgeordneter während der Terri-Schiavo-Kontroverse, dies bedeute, „auf grausame, barbarische Weise zu verhungern“ – was eine grobe Fehlbeschreibung ist. Forschung sowie klinische Studien belegen, daß Dehydratation (Wasserentzug) eine der friedlichsten Möglichkeiten zu sterben ist. Es tritt auch nicht das Problem des Hungergefühls auf, denn natürlicherweise produziert der Körper Ketone, und diese führen zu einer leichten Euphorie. Dieses Wohlgefühl ist eine natürliche Antwort auf die verminderte Kalorienzufuhr.

Les Morgan: Ist das das, was die Mediziner eine Ketose nennen?

Dr. Terman: Ja. Gewisse Metabolite [Moleküle im Stoffwechsel] werden zu Ketonen abgebaut, und diese aktivieren das Opioid-System in unserem Gehirn, so daß wir eine leichte Euphorie empfinden und auch die Schmerzen etwas gelindert werden. Statt Hunger zu verspüren, fühlt man sich sogar besser. Als ich fastete, stellte ich bei mir keinen Hunger fest. Demente Patienten können uns ihre Gefühle (sprachlich) zwar nicht mitteilen. Erfahrene Kliniker, die fortgeschrittene Alzheimer-Patienten beobachtet haben, berichten jedoch in mehreren Artikeln, daß sich das Befinden solcher Patienten tatsächlich während der letzten zwei Lebenswochen verbesserte, nachdem die Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit gänzlich eingestellt worden war.

Les Morgan: Patienten mit fortgeschrittener Demenz sind ja auf Hilfe bei der Nahrungsaufnahme angewiesen. Darf man ihnen die Nahrungszufuhr denn vorenthalten?

Dr. Terman: Sicher. Hier handelt es sich um einen sehr wichtigen Bereich, der eine Vielzahl von Leuten betrifft, und da sind einige Aspekte kontrovers. Hier eine Sichtweise: Mit Fluoroskopie [= dynamische Röntgenuntersuchung] kann man zeigen, daß bei einem Patienten der Schluckvorgang beeinträchtigt ist, und daraus ergibt sich für uns, daß dieser Patient praktisch nicht mehr schlucken kann. Das ist somit ein körperliches Problem. Viele Studien belegen, daß eine Ernährung mit Magensonde die Situation des Patienten nicht verbessert (sein Leben wird weder besser, noch dauert es länger; vergleiche auch: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=59132>). Obwohl man erwarten

könnte, daß Ernährung über die Magensonde für die Patienten sicherer ist, können demente Patienten immer noch eine Lungenentzündung (durch Nahrung, die in die Luftröhre kommt) bekommen, und es gibt andere Komplikationen, die ihre Lebenserwartung verringern. Zudem müssen die Patienten oft im Bett angebunden werden, damit sie die Sonde nicht herausziehen; das ist für sie nicht nur unangenehm, sondern es erhöht auch die Gefahr, sich wund zu liegen. Daher darf man, auf der Grundlage dieser körperlichen Gegebenheiten, das Natürliche Sterben zulassen.

Doch wie soll man damit umgehen, wenn ein Mensch nichts mehr anzufangen weiß mit einer Schüssel Püree oder einem Glas Getränk mit einem Strohhalm drin, wenn wir es ihm vorsetzen? Dann hat der Betreffende die mentale Befähigung, zu essen und sich zu ernähren, verloren. Also eine Störung des Bewußtseins. Zugleich kann so jemand noch an psychischem Horror leiden. Womöglich schreien solche Leute täglich stundenlang „Mama! Papa!“ und leben in schrecklicher Angst. Sie können das Gefühl haben, die freundliche Krankenschwester wolle sie attackieren, wenn sie an ihr Bett kommt mit einem warmem Schwamm, um sie abzuwischen und zu säubern. Wie qualvoll ist das Leben solcher Leute, da sie nicht mehr begreifen können, was vorgeht! Weshalb sollten wir ihnen den Mund aufhalten und Nahrung ganz weit hinten auf ihre Zunge legen, so daß sie reflektorisch schlucken? Warum sollten wir derartige Anstrengungen unternehmen, um ihren Sterbeprozess zu verlängern, wo sie doch unter ihrer Verwirrtheit leiden? Wieso können wir Natürliches Sterben nicht einfach zulassen? Wir wissen doch, daß Ernähren mittels der Magensonde für Patienten mit fortgeschrittener Demenz keine nachweisbare qualitative oder quantitative Verbesserung des Lebens bewirkt. Ich meine, man hat das Recht, sich dagegen zu wehren, daß man gefüttert wird, egal ob die Gründe physischer oder mentaler Art sind. Und man hat das Recht, sowohl die unterstützte orale als auch die technisch-medizinische Zuführung von Nahrung und Flüssigkeit abzulehnen.

Les Morgan: Demenz ist sehr verbreitet bei alten Leuten, nicht wahr?

Dr. Terman: Ja, und die Tendenz ist steigend. 2050 werden viermal mehr Leute an Demenz leiden als zur Zeit (2008). Es wird einen Anstieg von ca. 5 auf 20 Millionen geben. Und 43% von ihnen werden als komplette Pflegefälle auf Unterbringung in Heimen angewiesen sein.

Les Morgan: Das dürfte sehr teuer werden, nicht wahr?

Dr. Terman: Enorm teuer. Die Zahlen, die uns derzeit zur Verfügung stehen, sind vermutlich unterschätzt, doch es werden für 2050 jährliche Kosten von einer Billion [also 1 Million x 1 Million = 1.000000.000000] Dollar vorhergesagt für die Versorgung von Leuten mit Alzheimer oder ähnlichen Formen von Demenz. Damit man das richtig einschätzen kann: Die USA haben – so wird berichtet – für die ersten 5 Jahren des Irak-Krieges eine halbe Billion ausgegeben. Kann man sich vorstellen, was es bedeutet für unsere Wirtschaft, jedes Jahr eine Billion Dollar auszugeben für Alzheimer und verwandte Erkrankungen?

Les Morgan: Manche würden sagen, es sei eine Form von Euthanasie, jemandem Nahrung und Flüssigkeit vorzuenthalten, der diese nicht mehr selbständig aufnehmen kann. Sehen Sie das auch so?

Dr. Terman: Nein, dem stimme ich nicht zu. Aber Sie haben schon recht: einige würden es als „Euthanasie“ bezeichnen, wenn man so verfährt. Im März 2004 bezeichnete Papst Johannes Paul II es als „Euthanasie durch Unterlassung“, die Sondenernährung bei Leuten im permanent vegetativen Zustand [seit einigen Jahren bestehendes Wachkoma] einzustellen. Papst Benedict XVI ging noch weiter. Er ergänzte: man müsse selbst Patienten, die nie mehr das Bewußtsein wiedererlangen würden, über die Sonde ernähren. Allerdings lehnte Papst Johannes Paul II vor seinem Tode eine Ernährung über Magensonde ab. Und das tat ja auch Mrs. Billy Graham. Nicht alle spirituellen und religiösen Führer(innen) teilen diese Ansicht. Keven O'Rourke, ein Gelehrter, Bio-Ethiker und Dominikaner-Pater vertritt folgendes: Wenn jemand nicht mehr zu einer menschlichen Beziehung fähig ist und sich nicht mehr mitteilen kann, wenn er zudem nicht mehr verstehen kann, wie man ißt und trinkt, dann ist es Zeit, Natürliches Sterben zuzulassen. So sieht es auch John Harvey, ein andere katholischer Theologe, der zugleich Arzt und Bio-Ethiker ist.

Les Morgan: Die Meinungen der Bio-Ethiker zu diesem Thema sind somit geteilt?

Dr. Terman: Ja. Um noch einmal auf die Lehrmeinung von Papst Pius XII zurückzukommen: Er sagte, die Entscheidung, lebensverlängernde medizinische Maßnahmen abzulehnen, sollte beim Betroffenen und nicht beim Klerus liegen. Außerdem könne bei dieser Entscheidung nicht nur die physische und psychische Last des Patienten, sondern auch die Belastung berücksichtigt werden, die er für die Angehörigen und die Gesellschaft darstellt.

Les Morgan: Manche Leute im medizinischen Bereich bewerten das Legen einer Magensonde als „nutzlose Behandlung“. Was halten Sie davon, solch eine Ausdrucksweise zu verwenden?

Dr. Terman: Das Wort „nutzlos“ besagt, daß man eine Behandlung oder einen Eingriff durchführt, obwohl fast keine Aussicht besteht, daß der Patient dadurch wieder soweit hergestellt wird, daß er ein Leben ohne permanente medizinische Behandlung genießen kann.

Les Morgan: Wenn eine Behandlung medizinisch gesehen nutzlos ist, besteht dann für einen Arzt, Pfleger etc. überhaupt eine Verpflichtung, diese Behandlung durchzuführen?

Dr. Terman: Nein, da gibt es keine Behandlungspflicht. Im „Probate Code“ [rechtliche Bestimmungen für Vormundschafts-Angelegenheiten] von Kalifornien sind zwei Ausnahmen von der Behandlungspflicht vorgesehen: Im einen Fall ist der Arzt der Ansicht, daß die vom Patienten erbetene Behandlung wirkungslos ist, mehr Beeinträchtigung als Nutzen bringt oder gänzlich nutzlos ist, also „nutzlos“ im obigen Sinne. Der andere Grund, einer Behandlung nicht zuzustimmen, ist gegeben, wenn der Arzt bzw. Pfleger etc. damit ein moralisches oder religiöses Problem hat.

Les Morgan: Die gesetzlichen Bestimmungen variieren von Bundesstaat zu Bundesstaat, nicht wahr?

Dr. Terman: In der Tat; doch haben die meisten Bundesstaaten ähnliche Gesetze.

Les Morgan: Wie sieht es in Texas aus?

Dr. Terman: Texas hat eine einzigartige, sehr effektive gesetzliche Regelung betreffs nutzloser Behandlungen. Ärzte müssen keine Behandlung durchführen, wenn sie sie als nutzlos betrachten und wenn die zuständige Ethik-Kommission diese Auffassung teilt. Das Gesetz legt zudem fest, daß die Familie – und nicht der Arzt – sich einen anderen Arzt bzw. eine andere Institution suchen muß, welche(r) zur Fortsetzung der Behandlung bereit ist. Falls die Familie nach 10 Tagen (eine Frist, die das Gericht oft verlängert, aber nicht beliebig lange) damit keinen Erfolg hat, dann darf der behandelnde Arzt die Behandlung abbrechen, so daß der Patient sterben darf.

In anderen Bundesstaaten gibt es anderslautende Gesetze. Diese verpflichten den behandelnden Arzt zu angemessenen Bemühungen, einen anderen Arzt bzw. eine Institution zu finden, welche(r) die Behandlung anbietet, auf der die Familienmitglieder (für den Patienten) bestehen. Vorläufig muß der Arzt jedoch die Behandlung fortführen. In Bezug auf „angemessen“ gibt es kein Zeitlimit. Wenn sich also kein anderer Arzt bzw. keine Institution findet, welche(r) zur Fortsetzung der nutzlosen Behandlung bereit ist, kann der Sterbeprozess sich endlos verlängern.

Manchmal droht ein Familienmitglied dem Arzt mit einer Klage, wenn er die Behandlung nicht fortsetzt, während andere Mitglieder der Familie und der Arzt die Behandlung übereinstimmend als nutzlos betrachten. Ich schlage drei Maßnahmen vor, um solche Konflikte zu vermeiden:

1. Erteilen Sie jemandem, dem sie vertrauen, eine Vorsorgevollmacht.
2. Erstellen Sie eine „klare und überzeugende“ Patientenverfügung, die Kriterien auflistet, an die sich Ihr(e) Bevollmächtigte(r) und der Arzt halten können.
3. Schreiben Sie die Namen all derjenigen Verwandten auf, denen Sie jegliche Berechtigung absprechen, in Ihrem Namen zu sprechen. [Hinweis: Nachdem dieses Interview geführt worden war, hat Dr. Terman eine neue Formulierungsvorlage zusammengestellt mit der Bezeichnung "Physician's Orders to Permit Natural Dying" (Ärztliche Anweisung, Natürliches Sterben zuzulassen). Diese vom Arzt unterschriebene Vorausverfügung berücksichtigt all diese Empfehlungen.]

Les Morgan: Es gib wohl noch einen anderen, psychiatrischen Aspekt zu bedenken: das unterschiedlich starke Bedürfnis der Menschen, die Kontrolle über ihre Umgebung zu haben. Manche Leute sagen, wenn sie im Sterben liegen, vielleicht: "Nun, ich bin bereit, die Reise kann losgehen, aber ich habe auf sie keinen Einfluß." und akzeptieren den Tod einfach als Gottes Willen. Anderen bereitet der Kontrollverlust große Probleme. Wie beeinflusst dieser Aspekt Ihre Vorschläge an die Patienten?

Dr. Terman: Das Thema „Kontrolle“ ist für diejenigen bedeutsam, die öffentlich werben für eine Legalisierung des Sterbens mit ärztlicher Hilfe oder, wie manche es nennen, des ärztlich assistierten Suizids. Beispielsweise könnte jemand den Wunsch haben, an einem bestimmten Tag eine „Abschiedsparty“ zu geben, und daher bestimmen können, an welchem Tage er sterben wird. Beim Freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ist dies aber nicht möglich; man kann wahrscheinlich abschätzen, in welcher Woche man sterben wird, aber nicht an welchem Tag. Wer also ein starkes Kontroll-Bedürfnis hat, wird sich daher vielleicht für einen ärztlich assistierten Suizid entscheiden, der allerdings nur im Bundesstaat Oregon sowie in den Niederlanden, der Schweiz und wenigen anderen Regionen legal ist.

Wenn ich in Oregon praktizieren würde, dann würde ich allerdings jemandem, der mich um Verabreichung einer tödlichen Dosis eines Medikamentes bittet, eine Reihe von Fragen stellen, falls ich den Eindruck habe, daß der Betreffende ein Kontroll-Problem hat. Zum Beispiel: „Wieso ist der Zeitpunkt (des Sterbens) für Sie so wichtig? Ist dieses Datum (das der Betreffende vorschlägt) ein besonderer Tag in ihrem Leben? Worum geht es denn wirklich? Sollten wir uns nicht über ihr Kontroll-Bedürfnis unterhalten? Haben Sie Angst vor dem Sterben?“ Mit anderen Worten, für mich ist der Wunsch, auf schnellere Weise (als mit FVNF) zu sterben, der Anlaß, mich mit den Ängsten des Patienten zu befassen und ihm dazu zu verhelfen, daß er sich nicht mehr gegen die eigene Sterblichkeit auflehnt.

Les Morgan: Wie Sie sagten, kann es dazu führen, daß Leute sogar länger leben, wenn sie wissen, daß ihnen die Möglichkeit offen steht, auf Essen und Trinken zu verzichten. Wie kommt das?

Dr. Terman: Ja, es ist die größte Ironie des Lebens: Wenn es in unserer Hand liegt, zu bestimmen, wann wir sterben werden, entscheiden wir uns möglicherweise, *länger* zu leben. Das kommt oft vor. Angenommen, unsere Gesellschaft, unsere klinische Medizin und unsere Gesetze würden den Menschen die feste Gewißheit geben, daß man ihre Existenz (oder besser gesagt: ihr Sterben!) nicht unnötig verlängert, wenn sie an einem von ihnen selbst vorher definiertem Punkt angekommen sind, - dann könnten sie sich entscheiden, bis dahin noch zu leben, und zwar ohne Ängste. Andernfalls beenden sie womöglich ihr Leben zu früh, also zu einem Zeitpunkt, an dem sie *es können*, anstatt dann, wenn sie *es möchten*. Ich halte so etwas für eine Tragödie. Jack Kevorkian's erste Patientin war die 54-jährige Janet Atkins. Sie war früh an Alzheimer erkrankt und konnte deshalb nicht mehr Geschichte unterrichten, Klavier spielen oder sich den Punktstand beim Tennis merken. Aber Tennis spielen konnte sie noch. Sie spielte einmal eine komplette Partie Tennis gegen ihren Sohn; es machte ihr Spaß, und sie gewann sogar. Aber dann starb sie..... – im alten, rostigen Lastwagen von Kevorkian. Später sagte ihr Mann einmal: Hätte sie damals gewußt, daß es eine Möglichkeit gab, diese zwei, drei Jahre noch mit einem gewissen Maß an Freude zu leben – und hätte sie sicher sein können, daß sie wirklich nur noch diese Zeit am Leben bleiben würde - , dann hätte sie sich für diese Möglichkeit entschieden. Das war damals, 1990. Heutzutage wissen wir, daß sie sich einen Bevollmächtigten suchen und ihm spezifische Weisungen erteilen könnte, wie diese: „Dies sind meine Kriterien: Wenn ich meine Familie und meine besten Freunde nicht mehr erkenne; weder ein verständliches Wort hervorbringen noch auf ein Gespräch reagieren kann; nicht durch Gesten zu erkennen gebe, daß ich meiner selbst oder meiner Umgebung bewußt bin ; kein „Ja“ oder „Nein“ auf die Fragen anderer signalisieren kann; und wenn ich mich überhaupt nicht mehr um die ich liebe, nicht mehr erkenne; und wenn ich für Körperpflege, Essen usw. gänzlich auf andere angewiesen bin... (hinzu kommen weitere Kriterien): Dann möchte ich, daß du und andere mir nichts mehr zu Essen und zu Trinken gebt...“ In diesem Falle hätte Mrs. Atkins bis zu diesem Punkt noch leben können. Das hätte ihr Leben verlängert, als dieses noch Qualität besaß. Ich denke, das ist doch sehr wichtig. Das ist es, was ich erreichen möchte: daß das Leben, das noch Qualität besitzt, länger dauert. (Hinweis: Der Artikel „Is it moral to Permit Natural Dying for Patients in End-Stage-Dementia?“ enthält Kriterien für die Diagnose „End-stage-dementia“. Man kann einige Seiten daraus auswählen, ausdrucken und mit seinen Antworten der Patientenverfügung hinzufügen.)

Les Morgan: Wenn man keine Nahrung und Flüssigkeit mehr anbietet, ist das dann so ähnlich wie ein Töten aus Mitleid?

Dr. Terman: Nein, ich denke, es ist das genaue Gegenteil. Wieviel Geld wurde doch schon für politische Kampagnen ausgegeben, um den ärztlich assistierten Suizid zu legalisieren, und es hat doch so oft und in so vielen Bundesstaaten nicht geklappt! Ich wünschte, es stünde auch nur 1/10 dieses Geldes zur Verfügung, um Leute darüber aufzuklären, daß man freiwillig auf Nahrung und Flüssigkeit verzichten kann und daß Nahrung und Flüssigkeit einem Patienten auch auf Weisung einer /eines Bevollmächtigten vorenthalten werden können. Denn manchmal töten Leute jemand aus Liebe, und die Folgen sind oft tragisch.

Hier ein trauriges Beispiel: Albert Pollock widmete seine ganze Liebe und Hingabe seiner 60-jährigen Frau. Sie litt an fortgeschrittener Demenz als Folge einer Parkinson-Erkrankung. Als sie Tabletten ablehnte und alle Bemühungen, ihre Situation angenehmer zu machen, von sich wies, da war das für ihn eine Botschaft, die nicht hätte klarer sein können. Da er vom Freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit nichts wußte und weil seine Frau keine brauchbaren Direktiven für einen Bevollmächtigten erstellt hatte, dachte Albert, es gebe praktisch nur eine Möglichkeit, seiner Frau zu helfen, als sie ihr Sterben nicht weiter in die Länge ziehen wollte. Er erwürgte sie mit einem Handtuch, rief Nr. 911 [Notruf in USA] und kam mit einer Verurteilung wegen Totschlags zweiter Ordnung davon. So wird dieser liebevolle 84-jährige Mann die nächsten 12 Jahre im Gefängnis verbringen, wenn er denn so lange überlebt. Dies ist kein Sonderfall, und diese Leute haben mein ganzes Mitgefühl. Hätten beide nur gewußt, daß es ausgereicht hätte, Nahrung und Flüssigkeit abzulehnen, - Albert hätte ihr lediglich den Mund feucht halten müssen, und dann hätte er nicht ins Gefängnis gemußt. Und obwohl das, was er getan hat, ja aus Güte geschah, hat er vielleicht obendrein noch Schuldgefühle, denn die Gesellschaft bestraft ihn ja für seine Tat. Wir müssen unser Wissen über FVNF verbreiten, um solch schreckliche Tragödien zu vermeiden.

Les Morgan: Es scheint, das, woran Sie arbeiten, hat mit dem generellen Thema eines „Recht-auf-Sterben“ zu tun. Sehen Sie das so?

Dr. Terman: Nein, ich sehe das etwas anders. Bei meinen Bemühungen geht eher um das Recht, zu entscheiden, auf welche Weise wir sterben, so daß unser Sterben so friedlich als möglich wird. Zuweilen können wir Entscheidungen treffen, die den Sterbevorgang entweder verlängern oder verkürzen, aber es kommt mir in erster Linie darauf an, daß Schmerzen und Leiden verringert werden. Ich möchte durch mein Wirken ein Wegbereiter sein, nämlich dafür, daß man Natürliches Sterben zuläßt, so daß Sterben nicht unnötig verlängert wird.

Les Morgan: Dr. Terman, ich danke Ihnen, daß Sie heute mit mir an dieser Sendung von Growth House Radio teilgenommen haben.

Dr. Terman: Danke, daß Sie mir diese Fragen gestellt haben und daß Sie mitgeholfen haben, diese wichtigen Dinge unter die Leute zu bringen. Es ist doch ein Unterschied, für den Patienten wie für dessen Familie, ob das Leben in Leiden endet, ob jemand ins Gefängnis muß oder ob jemand in Frieden sterben kann, und dafür

lohnt es sich, zu arbeiten. Danke, daß Sie mir die Gelegenheit gegeben haben, meinen Standpunkt zu vertreten.

Les Morgan: Hier spricht nochmals Les Morgan. Besuchen Sie www.growthouse.org, um dieses Interview nachzuhören.

Nachtrag: Im Folgenden handelt es sich um eine wahre Geschichte, bei der Angaben zu den Personen geändert wurden, um die Identität der Familie zu schützen. Die Entscheidungen, von denen hier berichtet wird, illustrieren zwei Anliegen der Organisation Caring Advocates (www.CaringAdvocates.org): a) Qualität und Dauer des Lebens zu maximieren; und b) ein friedliches Aus-dem-Leben-Gehen zu ermöglichen.

Ein zurechnungsfähiger 89 Jahre alter Mann, der nicht terminal krank ist, möchte auf alles Essen und auf Trinken verzichten, um schneller zu sterben. Er leidet seit längerem an TIA [transitorische ischämische Attacken]. Hin und wieder fällt er hin oder fühlt sich schwach, und er hat eine leichte Symptomatik eines „Schwimmens im Kopf“. Die Freude am Leben hat abgenommen wegen seiner physischen Einschränkungen. Er ist fünf Stunden pro Tag angewiesen auf halb-professionelle Hilfe bei den Verrichtungen des täglichen Lebens.

Für die Einstellung des Patienten ist dessen Familiengeschichte von Bedeutung: Sowohl sein Vater als auch seine Großmutter hatten stark darunter gelitten, daß sich ihr Sterben sehr in die Länge zog, anders als sie sich das gewünscht hatten und obwohl ihnen ihre Ärzte versprochen hatten, das dies *nicht* passieren werde.

Der Mann erfüllt die Kriterien für Entscheidungsfähigkeit: Er begreift die Behandlungs-Möglichkeiten, die man ihm in dieser Situation anbietet, und er ist sich über deren Konsequenzen im Klaren. Die Optionen sind: Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, entweder *jetzt* oder *erst später* über einen Bevollmächtigten, wenn es zu einer weiteren medizinischen Krise kommt. (Ich gab ihm drei Beispiele für Krisen, in denen sein Bevollmächtigter die Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit in seinem Namen ablehnen würde: Ein größerer Schlaganfall, ein Rippenbruch, der eine sedierende Schmerzbehandlung erfordert, oder ein vorübergehendes Aussetzen der Atmung mit der Folge eines nur noch minimal bewußten Zustandes.)

Er favorisierte die Option (FVNF) „*jetzt*“, und als ich ihn fragte, wieso, erzählte er ein Beispiel, das ihm bedeutsam erschien: „Ein Steuerberater ermunterte mich, ich solle mein Haus meinen beiden Söhnen schenken; doch dann änderte die Regierung das Gesetz. Jetzt sagen Sie zu mir: „Warten Sie doch, bis irgendwann eine Krankheit mit tödlichem Verlauf oder aber ganz plötzlich ein totaler körperlicher Verfall eintritt.“ Aber wie kann ich denn sicher sein, daß die Regierung nicht wieder einmal das Gesetz ändert?“ (Ich hatte ihn bereits auf folgendes hingewiesen: Falls er als Notfall in ein von einer Glaubensgemeinschaft getragenes Krankenhaus eingeliefert würde, dann könnten dessen Statuten seinem Bevollmächtigten untersagen, ihm seinen lange gehegten Wunsch zu erfüllen, am Lebensende auf Nahrung und Flüssigkeit zu verzichten.) Obwohl er nahe bei einer Universitätsklinik wohnt, ist seine Philosophie: „Alles, was wir sicher wissen, ist die Gegenwart.“ Er äußert also seine Entscheidung nicht nur gleichbleibend, sondern er ist auch unerschütterlich in seinem Entschluß.

Außerdem hat er die Option, auf Nahrung und Flüssigkeit zu verzichten, mehrere Monate mit der Familie besprochen sowie mit Freunden und Ärzten. Auch hat er das Gefühl, daß diese Art des Sterbens gut dazu passe, daß er sozusagen zu sich selbst gefunden habe und – in Buddhistischer Tradition – (weitgehenden) Frieden verspüre.

Er hat immer noch Freude an seiner Familie. Er kann lesen und geht verschiedenen anderen Beschäftigungen nach, und somit scheint er nicht an einer klinischen Depression zu leiden. Doch er sagt, es habe für ihn wenig Sinn, noch länger zu leben, da er mit 89 Jahren auf ein hinreichend erfülltes Leben zurückblicke. Er wolle nicht noch länger am Leben bleiben mit dem Risiko, daß es ihm dann so gehen könnte wie seinem Vater und seiner Großmutter. Ich versuchte, den alten Mann zu überzeugen, daß ich ihm absolut garantieren könne, daß es ihm am Ende *nicht* wie seinem Vater und seiner Großmutter ergehen werde. Nötig seien dafür eine Vorsorgevollmacht, ein „Ulysses-Vertrag“ und eine ärztliche Anweisung. Doch der alte Mann nahm dieses Angebot nicht an.

Schließlich blieb mir nichts anderes übrig, als den festen Willen dieses Mannes zu akzeptieren. So standen ihm denn seine Söhne und ich in seinem letzten Wunsche bei. Ein Sohn erklärte sich bereit, seinem Vater während seines Fastens als Pfleger zur Seite zu stehen, und zwar zuhause, da zunächst die Kriterien für eine Zulassung zum Hospiz nicht erfüllt waren. Ich sagte dem Mann und seinen Söhnen mehrmals, daß er seinen Entschluß noch während der ersten drei Tage des Fastens ändern könne. Der alte Mann fühlte sich zwar zuhause wohl mit der Pflege durch seinen Sohn, doch empfahl ich dem Sohn, hartnäckig nach einem Arzt zu suchen, der seinem Vater das Attest „terminal krank“ ausstellte, so daß dieser von einem Hospiz aufgenommen würde [für den Fall, daß zum Schluß eine maximale palliative Versorgung nötig würde]. Nachdem er drei Tage lang Nahrung und Flüssigkeit verweigert hatte und der Sohn mehrere Ärzte und Hospize um eine Einweisung gebeten hatte, fand sich schließlich ein Hospiz, das ihn aufnahm. Die Diagnose lautete: „Debilität; keine weiteren Angaben“. Fünf Tage später verstarb er friedlich.