

Michael de Ridder

Wer

sterben

will,

muss

sterben

dürfen

Michael de Ridder

Wer
sterben
will,
muss
sterben
dürfen

*Warum ich schwer
kranken Menschen
helfe, ihr Leben
selbstbestimmt zu
beenden*

Deutsche Verlags-Anstalt

Sollte diese Publikation Links auf Webseiten Dritter enthalten, so übernehmen wir für deren Inhalte keine Haftung, da wir uns diese nicht zu eigen machen, sondern lediglich auf deren Stand zum Zeitpunkt der Erstveröffentlichung verweisen.



Penguin Random House Verlagsgruppe FSC® N001967

1. Auflage

Copyright © 2021 by Deutsche Verlags-Anstalt, München

in der Penguin Random House Verlagsgruppe GmbH,

Neumarkter Straße 28, 81673 München

Den Auszug aus dem Text »Endbestimmung« von Claus Koch auf S. 206

drucken wir mit freundlicher Genehmigung der *Süddeutschen Zeitung*.

Umschlaggestaltung: Büro Jorge Schmidt

Satz, Druck und Bindung: GGP Media GmbH, Pößneck

Printed in Germany

ISBN 978-3-421-04877-6

www.dva.de

Gewidmet meinen Patienten,
an deren Sterben ich teilhaben durfte.
Sie waren mir Vorbild und ermutigten mich,
dem Unausweichlichen entgegenzuleben.

Wenn jemand mit Gewissheiten beginnen will,
wird er in Zweifeln enden.

Wenn er sich aber bescheidet, mit Zweifeln anzufangen,
wird er zu Gewissheiten gelangen.

Francis Bacon, 1561–1626

Inhalt

1	Prolog: Sigmund Freud und Franz Kafka – ihre Krankheiten, ihr Leiden und Sterben	9
2	Statt eines Vorworts: Motive und Legitimation für dieses Buch	20
3	Suizid und Suizidhilfe – historische Anmerkungen	29
	Exkurs 1 – Formen der Sterbehilfe	36
4	Selbstbestimmung – ohne Dialog ein Fragment	43
5	Empathie – ich könnte du sein	51
6	Suizidhilfe – (k)eine ärztliche Aufgabe?	60
	Exkurs 2 – Das Suizidmittel Natrium-Pentobarbital und der Nichtanwendungserlass	67
7	Der assistierte Suizid im ärztlichen Standes- und Berufsrecht	71
8	Umfragen zur Suizidhilfe in der Allgemeinbevölkerung	84

9	Eine Sternstunde der Rechtsprechung: die mündliche Verhandlung in Sachen »§ 217 StGB (geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung)« im April 2019	90
	Exkurs 3 – Das sogenannte Sterbefasten	97
10	Aufstieg und Fall des Strafrechtsparagrafen 217: das Jahrhunderturteil des Bundesverfassungsgerichts	100
11	Eigene frühe Erfahrungen: ärztliche Sterbehilfe in der Grauzone	109
12	Der Wunsch nach Leidensverkürzung durch Suizidhilfe – Erfahrungen aus meiner ärztlichen Praxis	118
	Exkurs 4 – Die Krankheit ALS (Amyotrophe Lateralsklerose)	146
13	Protokolle begleiteter Suizide	148
14	Suizidhilfe: Positionen ihrer Gegner – Antworten ihrer Befürworter	179
	Exkurs 5 – Suizidhilfe im amerikanischen Bundesstaat Oregon	200
15	Nachdenken über den Begriff »Euthanasie«	203
16	Epilog: Ausblick und Zuversicht	208
	Anmerkungen	213
	Anhang	217
	Weiterführende Literatur	221
	Rat und Hilfe	224

1

Prolog: Sigmund Freud und Franz Kafka – ihre Krankheiten, ihr Leiden und Sterben

In Rückschau auf den rauschhaften Glückszustand, in dem Kafka in nur einer Nacht seine Erzählung »Das Urteil« niederschrieb, notierte er am 23. September 1912 in sein Tagebuch: »Gedanken an Freud natürlich.« In der Tat offenbart Kafka mit seiner Bemerkung eine – wie auch immer geartete – Auseinandersetzung mit Freud und dessen Psychoanalyse. Aber zwischen dem Schriftsteller Franz Kafka (1883–1924) und dem Neurologen und Psychoanalytiker Sigmund Freud (1856–1939) gibt es noch eine weitere Verbindung: Sie teilten das Schicksal einer schweren chronisch verlaufenden, zur damaligen Zeit ursächlich nicht behandelbaren Erkrankung, der sie schmerzvoll über viele Jahre standhielten. Kafka litt an Lungen- und Kehlkopftuberkulose, Freud an einem bösartigen Tumor des Kiefers und Gaumens. Ihrem Schicksal gemeinsam ist nicht nur die Kreativität und Zähigkeit, mit der sie trotz körperlicher Schwächung und Schmerzen ihre Werke vorantrieben, nicht allein der Wille zur Selbstbehauptung, die Tapferkeit und Klaglosigkeit, mit der sie Krankheit und Sterben durchlebten und hinnahmen. Sie verbindet auch, dass sie von Ärzten begleitet und behandelt wurden, die ihren Wunsch nach Schmerzlinderung erfüllten, mehr noch ihre nachhaltige Bitte um Beendigung ihres letztlich unerträglich gewordenen Leidens: Ihre Ärzte leisteten nicht

allein Hilfe *im* Sterben, sie leisteten auch Hilfe *zum* Sterben (zu den Formen der Sterbehilfe siehe Exkurs 1). Wie es hierzu kam und unter welchen Umständen sich Kafkas und Freuds Sterben und ihre letzten Lebensstunden vollzogen, will ich auf den folgenden Seiten darstellen.

»Klopstock – töten Sie mich, sonst sind Sie ein Mörder«

Das dichterische Werk Franz Kafkas sucht in der Weltliteratur seinesgleichen. Kafka – ein Beladener, ein Rätselhafter, eine zerrissene und gequälte Existenz, die sich in all seinen Romanen und Erzählungen spiegelt. In ihnen ergründet Kafka wie kaum jemand vor und nach ihm die Unvollkommenheit und Undurchdringlichkeit menschlichen Lebens, wie sein Freund und Biograph Max Brod schrieb.

Kafkas Werk ist eng mit seiner persönlichen Krankengeschichte verwoben. Zeitlebens übt er sich an einer »hypochondrischen« Selbstbeobachtung seiner gesundheitlichen Verfassung, physisch wie psychisch. Fortwährend registriert er selbst geringste Unregelmäßigkeiten seines körperlichen Befindens. Immer wieder erwähnt er in Briefen und Tagebüchern nervöse Symptome (damals »Neurasthenie« genannt), spricht von seiner Magerkeit, von fiebrigen Zuständen, von Schlaflosigkeit und quälenden Kopfschmerzattacken.

Kafka – Zeit seines Lebens ein Leidender. Indes litt er nicht allein an seiner Physis; früh schon litt er am Leben, an seiner Existenz, wie aus einer schon 1916 verfassten Notiz hervorgeht: »Ein erstes Zeichen beginnender Erkenntnis ist der Wunsch zu sterben. Dieses Leben scheint unerträglich, ein anderes unerreichbar. Man schämt sich nicht mehr, sterben zu wollen; man bittet, aus der alten Zelle, die man hasst, in eine neue gebracht zu werden, die man erst hassen lernen wird. Ein Rest von Glauben wirkt dabei mit, während des Transportes werde zufällig der Herr durch den Gang kommen, den Gefangenen ansehen und sagen: »Diesen sollt ihr nicht wieder einsperren. Er kommt zu mir!«¹

Erste Anzeichen der Erkrankung, die sieben Jahre später seinen Tod zur Folge haben sollte, bemerkt er im Sommer 1917: Anhaltend rötlicher

Speichel, den er indes ignoriert und verdrängt. Schließlich hustet er Blut, in der Nacht vom 12. auf den 13. August 1917 erleidet Kafka einen Blutsturz. Zunächst stellt der befreundete Arzt Dr. Mühlstein einen harmlosen Bronchialkatarrh fest. Er verordnet eine gesunde Lebensweise und Stärkungsmittel, was Kafka entgegenkommt, steht er doch der Schulmedizin und den sie vertretenden Ärzten seit jeher kritisch gegenüber. Auf Drängen von Max Brod stellt sich Kafka wenige Wochen später dem Lungenspezialisten Professor Pick vor, der anhand einer Speicheluntersuchung und eines Röntgenbildes eine floride Lungentuberkulose diagnostiziert. Pick empfiehlt einen Sanatoriumsaufenthalt (dem viele weitere folgen sollten) und zudem das damals als Stärkungsmittel geltende Arsen. Beides verwirft Kafka, stattdessen zieht er drei Monate zu seiner auf dem Land lebenden Lieblingsschwester Ottilia.

Ungewöhnlich ist Kafkas Wahrnehmung und Umgang mit seiner Krankheit; ihre Ernsthaftigkeit und Bedrohlichkeit erschließt sich ihm erst allmählich. Anfänglich widmet er ihrer Erklärung mehr Interesse als ihrer fachkundigen Behandlung. Er sucht ihr Bedeutung und Sinn zu verleihen, in ihr ein Zeichen zu lesen; überfrachtet sie gar mit einer moralischen Dimension. Gegenüber Ottilia nennt er die Tuberkulose eine »geistige Krankheit«, eine »endgültige Niederlage«. In Gesprächen mit Brod bezeichnet er sie als »Strafe« für sein schuldhaftes Verhalten gegenüber seiner Verlobten Felice Bauer (von der er sich noch 1917 trennt). So erfährt er eine gewisse Entlastung, die so weit geht, dass er in einem Brief an den Literatenfreund Felix Weltsch von einer »verliehenen Krankheit« spricht, aus der er einen sekundären Krankheitsgewinn zieht.²

Im Herbst 1918 – Kafkas tuberkulöser Lungenspitzenkatarrh ist weitgehend abgeklungen – trifft ihn die Spanische Grippe, eine damals den gesamten Erdball umfassende Pandemie, die mehr als zwanzig Millionen Opfer fordert. Eine schwere wiederum mit Bluthusten und hohem Fieber einhergehende Lungenentzündung ergreift ihn und fesselt ihn wochenlang ans Bett, gepflegt und behütet von seiner Familie. Obwohl keine wirksamen Medikamente existierten, bessert sich sein Zustand; indes hat ihm das neuerliche Lungenleiden einen Schlag versetzt, von dem er sich nicht mehr erholen sollte.

Im Dezember 1920 sucht er ein Lungensanatorium in Matliary auf, einem Kurort in der Hohen Tatra. Dort lernt er einen Mitpatienten kennen, ein Jude wie er selbst, den wesentlich jüngeren angehenden Arzt Robert Klopstock («der Mediciner»). Wie Kafka laboriert auch er an einer Lungentuberkulose. Wechselseitig sind sie voneinander fasziniert, es entsteht eine enge und vertrauensvolle Freundschaft zwischen beiden. Klopstock umsorgt ihn in einer Weise, die Kafka bisher nur von seiner Schwester Ottla kannte. Klopstock seinerseits unter einer unerwiderten Liebe sowie unter den eigenen unerfüllten literarischen Ambitionen leidend, fühlt sich von Kafka väterlich beraten und ermutigt. Über ihre Freundschaft hinaus wird Klopstock in der Folgezeit zu Kafkas Arzt, der er bis zu seinem Tod bleibt. An seine Eltern schreibt Kafka wenige Wochen vor seinem Tod: »Ich weiß aus Erfahrung, dass man bei Klopstock aufgehoben ist wie in den Armen des Schutzengels.«³

Während des Sanatoriumaufenthaltes in Matliary hat Kafka ein einschneidendes Erlebnis: Der Besuch bei einem schwerst an Kehlkopf- und Lungentuberkulose erkrankten Mitpatienten schockiert ihn derart, dass er einer Ohnmacht nahe ist. In einem Brief an Brod wenige Stunden nach diesem Besuch verfasst, heißt es: »Was man dort in dem Bette sieht, ist ja viel schlimmer als eine Hinrichtung, ja selbst als eine Folterung ... dieses ganze elende Leben im Bett, das Fiebern, die Atemnot, das Medicineinnehmen ... hat keinen anderen Zweck als durch Verlangsamung des Wachsens der Geschwüre, an denen er schließlich ersticken muss, eben dieses elende Leben, das Fiebern u.s.w. möglichst lange fortsetzen zu können. Und die Verwandten und die Ärzte und die Besucher haben sich förmlich über diesem nicht brennenden, aber langsam glühenden Scheiterhaufen Gerüste gebaut, um ohne Gefahr der Ansteckung den Gefolterten besuchen, abkühlen, trösten, zu weiterem Elend aufmuntern zu können.«⁴

Durch diesen Vorfall zum ersten Mal mit der Ernsthaftigkeit und Bedrohlichkeit seiner Krankheit konfrontiert und mit einer Ahnung dessen versehen, was auch ihm bevorstehen könnte, verlässt Kafka, keineswegs askuriert, vorzeitig das Sanatorium, nicht ohne zuvor »dem Mediciner« (Klopstock) das Versprechen abgenommen zu haben, ihm eher eine

Morphiumspritze zu verabreichen als eine derartige Folter in die Länge zu ziehen. In der Tat suizidiert sich der schwerstkranke Mitpatient nur wenige Tage später: Er stürzt sich zwischen zwei Waggonen aus einem fahrenden Zug.

Nach zahllosen weiteren Kuren und Aufenthalten in Lungenheilstätten – die Tuberkulose hatte 1923 auch seinen Kehlkopf erfasst – begibt sich Kafka Ende April des gleichen Jahres in das nahe Wien gelegene Privatsanatorium Hoffmann in Kierling bei Klosterneuburg. Seine letzte Geliebte, Dora Diamant, und Robert Klopstock sind bei ihm, umsorgen und pflegen ihn. Essen und trinken kann Kafka jetzt nur noch in allerkleinsten Portionen, Schlucken ist nahezu unmöglich, Atmen und Sprechen verursachen äußerste Qualen, er kommuniziert über kleine Zettel. Auf Ottlas Drängen werden noch einmal hochrangige Spezialisten, unter ihnen der »König der Wiener Lungenärzte«, Professor Heinrich Neumann, zu Rate gezogen. Allein der Hals-Nasen-Ohren-Facharzt Dr. Beck zieht ein ungeschminktes Fazit: »Dr. Kafka befindet sich sowohl an der Lunge als auch im Kehlkopf in einem Zustand, in dem kein Spezialist mehr Hilfe bringen und man nur durch Pantopon oder Morphium die Schmerzen lindern kann.«⁵

Heroisch – bereits ein Moribunder und nur noch 45 Kilo schwer – duldet Kafka alle ärztlichen Maßnahmen: In immer kürzeren Abständen versucht man mittels Kampferinjektionen sein Atemzentrum anzuregen, mit Alkoholinjektionen den oberen Kehlkopfnerve zu blockieren, eine äußerst schmerzhafteste Prozedur, deren Wirkung indes nicht lange anhält und kaum Schmerzerleichterung bringt.

Zumindest zweitweise ist sein Lebenswille immer noch ungebrochen; er will bei klarem Bewusstsein bleiben, Herr seiner ausweglosen Lage sein und sein Selbst behaupten. Noch kurz vor seinem Tod korrigiert er die ihm von seinem Verlag zugesandten Fahnen des »Hungerkünstlers«; vom Friseurmeister Leopold Gschirrmeyer, der alle zwei Tage das Sanatorium aufsucht, lässt er sich rasieren. Zugleich aber ist er von Angst erfüllt, Angst nicht vor dem Lebensende, sondern Angst vor einem grausamen Sterben, vor allem dem unausweichlichen Schwellen der Stimmritze, die den Tod durch Ersticken bedeutet – das terminale Stadium der

Kehlkopftuberkulose – wie er es Jahre zuvor bei seinem Mitpatienten in Matliary erlebt hat.

Am Vormittag des 3. Juni 1924 will Kafka dann doch sein Leben beendet wissen: Das lang ersehnte Ende seiner Schmerzen zieht er der langsamen Folter der Krankheit vor. Brüsk, wie er sonst nie war, schickt er eine Pflegerin aus seinem Zimmer. Dann reißt er mit aller Gewalt den Herzschlauch weg, wirft ihn ins Zimmer: »Jetzt nicht mehr quälen, wozu verlängern!« Von Klopstock verlangt er, ebenso verzweifelt wie aggressiv, so seine Biographen Max Brod und Reiner Stach, eine tödliche Dosis Morphium: »Klopstock, Sie haben es mir immer versprochen, seit vier Jahren, Sie quälen mich, haben mich immer gequält. Ich rede nichts mehr mit Ihnen. So werde ich eben so sterben.« Klopstock injiziert ihm daraufhin zweimal das Opiat Pantopon. Nach der zweiten Spritze sagt Kafka, immer noch skeptisch: »Schwindeln Sie nicht, Sie geben mir ein Gegenmittel. Töten Sie mich, sonst sind Sie ein Mörder.« Kafka spürt Linderung seiner Schmerzen, doch verlangt er mehr: »... es hilft ja nicht.« Und Klopstock gibt ihm mehr, wie viel, wissen wir nicht. Gegen Mittag des 3. Juni 1923 stirbt Franz Kafka, nicht einmal 41 Jahre alt. Robert Klopstock hat sein Versprechen eingelöst.⁶

»Lieber Schur, das hat jetzt alles keinen Sinn mehr«

Für die Geistes- und Medizingeschichte des 20. Jahrhunderts ist das Lebenswerk des Arztes und Begründers der Psychoanalyse Sigmund Freud von einzigartigem Wert. Es ist das Resultat seines nie versiegenden Forscherdrangs sowie seiner geradezu fieberhaften Schaffenskraft, die ihn selbst im hohen Alter, als Jude seit 1938 im Londoner Exil lebend, nicht verließ. Dies ist umso erstaunlicher und bewundernswerter, als nahezu sein gesamtes Leben von vielfältigen Beschwerden und Krankheiten gezeichnet war. Freud war zudem dem Rauchen verfallen – trotz wiederholter Abstinenzversuche konnte er bis zu seinem Tod von dem für ihn unentbehrlichen Stimulans Tabak nicht lassen. Seit seinem 38. Lebensjahr (1893) litt Freud, wie sein Leibarzt Max Schur berichtet, neben unbe-

stimmten Magen-Darm-Beschwerden und wiederholten Ohnmachten immer wieder unter ihn sehr ängstigenden Angina-Pectoris-Anfällen, Herzrasen und Luftnot. Diese schrieb sein Freund und späterer Biograph Ernest Jones Freuds »Tabakintoleranz« und einer »ausgesprochenen Psychoneurose« zu. Schur indes hielt eine organische Ursache im Sinne einer »Koronarthrombose« (Herzinfarkt) oder eine »infektbedingte Myokarditis« (Herzmuskelentzündung), die Freud 1894 möglicherweise durchgemacht hatte, für die eher zutreffende Ursache.⁷

Obwohl Freud schon 1917 eine »lästige Läsion« an seinem Gaumen bemerkt hatte, diagnostiziert der Wiener Facharzt für Kehlkopfleiden Prof. Markus Hajek erst 1923 – Freud war 66 Jahre alt – eine Geschwulst an Freuds Gaumen, die sich als Karzinom erwies. Die daraufhin erste, ambulant durchgeführte Operation verläuft dramatisch, einer starken Nachblutung wegen fast tödlich.

Was in den Jahren bis zu seinem Tod 1939 folgt, gleicht einer bedrückenden und qualvollen Odyssee: Innerhalb von 16 Jahren erduldet und übersteht Freud 33 zum Teil nur in Lokalanästhesie durchgeführte Kieferoperationen, ergänzt durch Radiumeinlagen, Röntgenbestrahlungen und elektrochirurgische Eingriffe. Wegen der entstandenen Knochendefekte werden zahlreiche schmerzhaft Anpassungen von Prothesen notwendig, die den Mundraum vom Nasenraum trennen und ihm Sprechen und Schlucken leidlich ermöglichen. Vorgenommen werden sämtliche dieser Eingriffe, die schließlich auch zu rechtsseitiger Taubheit führen, von dem erfahrenen Wiener Oralchirurgen Prof. Pichler, der auch Kafka behandelt hatte und dem Freud großes Vertrauen schenkt. Er war nahezu immer »in Reichweite«, wie Ernst Jones berichtet.⁸

Wie aus Freuds Schriften und Briefen hervorgeht, ist seine Haltung der eigenen Krankheit gegenüber eine janusköpfige: einerseits Mut, ihr ins Gesicht zu sehen, unsentimental und dabei der wissenschaftlichen Medizin vertrauend; andererseits ergibt er sich einem Fatalismus, der die Endlichkeit alles Organischen, seinen Verfall und Tod gelassen hin nimmt, durchaus auch mit Ironie, wie die mehrfach in seinen Briefen auftauchende Wendung von »meinem lieben alten Karzinom« erkennen lässt.⁹

Früh schon finden sich in Freuds Abhandlungen und Briefen zahlreiche Hinweise und Andeutungen darauf, dass er am Lebensende nicht länger zu leiden wünschte, wenn er dadurch seine Schaffenskraft einbüßte. An seine Frau Martha schreibt er bereits 1885: »Der Mensch ist so armselig, wenn er nichts will, als am Leben bleiben.«¹⁰ Bereits 13 Jahre vor dem Ausbruch seiner tödlichen Erkrankung, 1910, heißt es in einem Brief an Oskar Pfister, einen der Pioniere der Psychoanalyse: »Darum habe ich bei aller Ergebung in das Schicksal, die einem ehrlichen Menschen geziemt, doch eine ganz heimliche Bitte: nur kein Siechtum, keine Lähmung der Leistungsfähigkeit durch körperliches Elend. Im Harnisch lasst uns sterben, wie König Macbeth sagt.«¹¹ Kurze Zeit nach der Diagnose seines Karzinoms (1923) bittet Freud in einem Gespräch mit dem ihm damals nahestehenden Arzt Felix Deutsch, ihm dazu zu verhelfen, »mit Anstand aus der Welt zu verschwinden«¹², falls er zu einem schmerzhaften Sterben verurteilt würde. Als Max Schur 1928 Freuds Leibarzt wird, verlangt er von ihm, ihn über den Fortgang seiner Erkrankung immer »nichts als die Wahrheit zu sagen«. Und er fordert ihn auf: »Versprechen Sie mir auch noch: wenn es mal so weit ist, werden Sie mich nicht unnötig quälen lassen.« »Das alles«, so berichtet Schur, »sagte er mit äußerster Einfachheit, ohne eine Spur von Pathos, aber auch mit absoluter Entschiedenheit. Wir gaben uns daraufhin die Hand.«¹³ In seiner Schrift »Das Unbehagen in der Kultur« (1930) ist nachzulesen: »Was soll uns endlich ein langes Leben, wenn es beschwerlich, arm an Freuden und so leidvoll ist, dass wir den Tod nur als Erlöser bewillkommen können?«¹⁴ Wenige Monate vor seinem Tod ist in einem Brief vom 28.4.1939 an seine Freundin Marie Bonaparte zu lesen: »... Etwas Interkurrentes, was den grausamen Prozess kurz abschneidet, wäre sehr erwünscht ...«¹⁵ Freud – ein Stoiker.

Gegen Ende seiner tödlichen Erkrankung spannt man ein Moskitonetz über Freuds Bett, weil der Gestank des zerfallenden Kieferkrebses die Fliegen anlockt. Schlimmer noch empfindet er es, dass sein treuer Hund, der Chow-Chow Lün, aus eben diesem Grund sein Krankenzimmer mied. Und doch erträgt Freud sein Leiden geradezu heldenhaft. Zur Schmerzlinderung nimmt er allein Aspirin und das Lokalanästhetikum

Orthoform; starke Schmerzmittel, insbesondere Opiate, lehnt er bis zu seinem Todestag rigoros ab.¹⁶

Als Freud ahnt, dass sein Tod nahe ist, ergreift er am 23. September 1939 Schurs Hand und sagt: »Lieber Schur, Sie erinnern sich wohl an unser erstes Gespräch. Sie haben mir damals versprochen, mich nicht im Stich zu lassen, wenn es soweit ist. Das ist jetzt nur noch Quälerei und hat keinen Sinn mehr ... Besprechen Sie es mit der Anna (Freuds Tochter; Anm. des Verf.), und wenn sie es für richtig hält, machen Sie ein Ende.« Schur injiziert ihm »zwei Zentigramm Morphium«, worauf Freud in Schlaf fällt. Zwölf Stunden später wiederholt er die Dosis. Freud erwacht nicht mehr und stirbt kurze Zeit später am frühen Morgen des 23. September 1939. So Schur in seiner Freud-Biographie. Diese Version von Freuds Tod wurde Teil zahlloser Darstellungen von Freuds Leben.¹⁷

Neuere Forschungen zu Freuds Lebensende belegen indes, dass Schurs Aufzeichnungen unvollständig und zum Teil widersprüchlich sind. Das geht aus verschiedenen, teils von ihm selbst verfassten, Dokumenten und Briefen hervor, in denen er und andere sich zu Freuds Tod äußern. So macht Schur beispielsweise unterschiedliche Angaben zu Freuds Medikation und Todeszeitpunkt; die Anwesenheit der Ärztin Dr. Stross, einer langjährigen Freundin der Familie Freud, erwähnt er nicht; er verschweigt, dass er bei Freuds Tod – der dringenden Vorbereitung seiner eigenen Umsiedlung in die USA wegen, auch Schur war Jude – nicht bei ihm war. Und es war auch nicht Schur, der Freuds Tod feststellte und den Totenschein ausstellte, sondern der britische Arzt G.G. Exner.¹⁸

Die Sichtung der »Schur-Papers« in der Washingtoner Library of Congress und im dortigen Freud-Archiv durch den amerikanischen Psychiater Roy B. Lacoursiere (und den Autors selbst) ergibt ein differenzierteres Bild der tatsächlichen Todesumstände Sigmund Freuds: In seinen letzten Lebenstagen bestand zwischen Freud selbst, seiner Frau Martha, seiner Tochter Anna sowie Dr. Schur und Dr. Stross ein stillschweigendes Einverständnis darüber, sein grausames Sterben abzukürzen. Am 22. September 1939 injizierte Schur seinem Patienten zunächst eine, später eine weitere nicht tödliche Dosis Morphin. Dann verließ er den noch lebenden, jedoch bewusstlosen Freud. Jetzt waren nur noch seine Tochter

Anna, die Haushälterin Paula Fichtl und Josephine Stross zugegen. Die Ärztin war es auch, die Freud in diesem Zustand wenige Stunden später eine weitere Morphiumspritze unbekannter Dosis verabreichte. Er verstarb am 23. September 1939 um Mitternacht.^{19 20}

Dass die Frage, Freud zu euthanasieren zumindest zwischen Schur und Anna Freud im Raum stand, belegt ein Brief Schurs an Freuds Tochter – 15 Jahre nach dessen Tod: »Es wurde mir dringend geraten einen Anwalt zu befragen, und zwar mit Rücksicht auf die Frage der Euthanasie ... der Anwalt zwingt mich leider zu einer noch viel vorsichtigeren Formulierung als ich in meinem Entwurf (der vorgesehenen Veröffentlichung der Krankengeschichte Freuds; Anm. des Verf.) vorgeschlagen hatte ... Ich werde also, sobald ich die endgültige ›verwässerte‹ Formulierung fertiggestellt habe, Ihnen das ganze übersenden ...«²¹

Was aber wollte Schur hier verwässern, wenn nicht die Beschleunigung von Freuds Todeseintritt, d. h. Anzahl und Höhe der Morphindosen, die seinem Tod vorausgingen? Bemerkenswert ist nicht zuletzt, dass die Ärztin Dr. Stross Freud eine dritte Morphininjektion verabreichte, obwohl er bereits bewusstlos war und folglich nicht mehr litt. Freud war während seiner letzten Tage hochgradig geschwächt, er war zudem nicht an Opiate gewöhnt und somit besonders empfänglich für ihre den Sterbeprozess beschleunigende atemdepressive Wirkung. Dies war seinen Ärzten bekannt.

Ob mithin das Vorgehen der Ärzte Freuds an seinem Lebensende nach heutigen Kriterien als indirekte aktive Sterbehilfe (siehe Exkurs 1) oder – über diese hinausgehend – eher als freiwillige Euthanasie im Sinne einer Tötung auf Verlangen zu bewerten ist, muss letztlich zwar offenbleiben, da es bei der terminalen Behandlung Freuds entscheidend auf die Intention Schurs und Stross' ankommt, die naturgemäß nicht aufzudecken ist. Es spricht indes mehr dafür als dagegen, dass Freud nicht allein Hilfe *im* Sterben, vielmehr auch Hilfe *zum* Sterben zuteil wurde.

Eine »Verwässerung« der tatsächlichen Todesumstände Freuds mag auch aus zwei anderen Gründen plausibel erscheinen: Anna Freud tat alles, um das Andenken ihres Vaters zu ehren, kein Schatten sollte darauf fallen. Im Interesse von Schur und insbesondere Dr. Stross lag es zudem,

möglichen rechtlichen Konsequenzen, die das Bekenntnis zur Euthanasie Freuds bedeutet hätte, zu entgehen.

Kafka und Freud – zwei große Leidende, denen sterbend empathische Ärzte zur Seite standen, die nicht davor zurückschreckten, den unerträglich gewordenen Leidensprozess ihrer Patienten auf deren Wunsch hin zu verkürzen. Traf am Ende ihrer beider Leidenszeit ein legitimer Patientenwunsch auf legitimes ärztliches Handeln?

2

Statt eines Vorworts: Motive und Legitimation für dieses Buch

Was bewegt Menschen dazu, Hand an sich legen zu wollen? Warum wünschen nicht wenige, zumal in schwerer Erkrankung, dass ihnen hierbei ärztliche Hilfe zuteil wird? Und schließlich: Was geht im Kopf eines Arztes vor sich, der erwägt, einem solchen Ansinnen zu entsprechen oder es abzulehnen?

In diesem Buch, das in weiten Teilen ein persönliches, ja bisweilen intimes Bekenntnis ist, möchte ich mich einer Antwort auf diese Fragen stellen. Mein Anliegen ist es, dem Leser anhand konkreter Fallgeschichten aus den letzten Jahren meiner mehr als 40-jährigen ärztlichen Arbeit die Vielgestaltigkeit des Leidens und der Nöte suizidwilliger Patienten darzulegen, ihm Einblicke in Gespräche, Erlebnisse und Erfahrungen mit zumeist schwer und aussichtslos erkrankten Patientinnen und Patienten zu gewähren und *meine persönliche* »Philosophie« einer Sterbeethik transparent zu machen. Dabei gestatte ich mir ein Denken und Handeln abseits dessen, was namhafte Ärzte, Ethiker, Juristen und Philosophen bisher formuliert haben. Sie haben mich indes nicht unwesentlich beeinflusst, und in meinem Buch werde ich mich immer wieder auf sie beziehen und ihre Positionen einer kritischen Betrachtung unterziehen.

Was aber – so könnte mancher Leser fragen – motiviert und legitimiert mich über die bloße Tatsache meines Arztdaseins hinaus dazu, den Ver-

such zu unternehmen, dieser Form ärztlichen Handelns Plausibilität zu verleihen, sie für vereinbar mit dem ärztlichen Auftrag zu erklären, sie gegebenenfalls zu rechtfertigen und schlussendlich auch die Ärzteschaft dazu zu ermutigen, sich der ungeliebten, weil heiklen Option der Suizidhilfe nicht grundsätzlich zu verweigern?

Eine Antwort darauf fällt mir nicht leicht; sie ist vielschichtig und reicht zurück bis in meine Kindheit. Obwohl väterlicherseits einer Juristenfamilie zugehörig, war es doch meine aus nicht akademischen Verhältnissen stammende Mutter, einer für die damalige Zeit ungewöhnlich selbstbewussten, konfliktfreudigen und furchtlosen Frau, die allen Schwachen, Benachteiligten und Hilfsbedürftigen sehr zugetan war und mich in diesem Sinne erzog. Ihre mehr von Intuition als von Wissen getragenen moralischen und rechtlichen Maßstäbe für richtig und falsch, für gut und böse, die zuweilen »kohlhaasige« Züge annehmen konnten, sollten mich nachhaltig prägen. So war auch mein Einstieg in den Arztberuf begleitet von Fragen und Zweifeln an der Medizin. Einerseits leistete und leistet sie weiterhin Hervorragendes und Unverzichtbares für kranke Menschen, andererseits aber erschloss sich mir früh, dass, gemessen an dem immer weiter wachsenden enormen personellen und finanziellen Aufwand, allzu vieles im Argen liegt. Dazu zählt für mich auch das reduktionistische Krankheitsverständnis der gegenwärtigen Medizin, die den Kranken seiner Personalität entkleidet, womit sie einen fundamentalen Teil ihres Auftrags ignoriert: die *Sorge* um den kranken Menschen, verstanden als die empathische Zuwendung zu seinen Ängsten, Hoffnungen und existentiellen Erschütterungen, deren »Behandlung« weit über die bloße Verordnung und Durchführung von konventionellen Therapiemaßnahmen (Medikamente, Labor- und bildgebende Diagnostik, körperliche Eingriffe) hinausgeht. Man könnte auch von einer »Zerlegung« des Kranken durch eine technologiefixierte Hochleistungsmedizin sprechen: Zwar wird die Krankheit im engeren Sinne nach allen Regeln der »Kunst« behandelt, jedoch die Persönlichkeit des Kranken, das, was seine Leidensdimension ausmacht, kommt regelhaft zu kurz. Sie kommt im buchstäblichen Sinne, wenn überhaupt, nur unzureichend zur Sprache. Dieses Schisma war und ist ein Stachel

im Fleisch der Medizin, der mich zeitlebens schmerzte (siehe auch Kapitel 5).

Als junger Arzt, vom Temperament her eher impulsiv und extrovertiert, war mein erster Eindruck des Klinikbetriebs der einer gewissen Unterkühltheit: Emotion und Gefühl zu zeigen, Verbundenheit mit dem Kranken zu offenbaren erfuhr ich als etwas Unärztliches. Leidenschaftslosigkeit – eine ärztliche Tugend. Man hatte sich dem Patienten gegenüber nüchtern zu zeigen und verhalten-freundliche Distanz zu wahren. Berührungen, die über einen Händedruck bei der Begrüßung hinausgingen, galten als verpönt. Dialogfähigkeit und -bereitschaft dem Kranken gegenüber schienen mir nicht gerade eine Stärke meiner (vorgesetzten) Kolleginnen und Kollegen zu sein, geschweige denn von ihnen als Herzstück ihrer ärztlichen Tätigkeit verstanden zu werden. Belehrende Konfrontation während der Visite am Bett des Kranken war die Regel, einfühlsames Verstehen die Ausnahme. Und dies alles mehr oder weniger schwer leidenden Menschen gegenüber, die nicht nur erwarteten, bestmöglich *medizinisch*, sondern auch, unausgesprochen, *menschlich* behandelt zu werden. Ein offenes Ohr nicht allein für die körperliche Seite ihrer Erkrankung, vielmehr die über sie hinausgehende Leiderfahrung war und ist es, was sich Patienten vom Arzt erhoffen. Indes, Zuwendung zu zeigen, dem Patienten eigene Ressourcen zu vergegenwärtigen und diese zu stärken, ihm Trost zuteilwerden zu lassen, der über die fast schon geflügelte Bemerkung eines »Kopf hoch, wird schon wieder ...« hinausgeht? Damals wie heute: Ereignisse von Seltenheitswert.

Als ich gegen Ende der 1970er-Jahre meine ärztliche Laufbahn begann, herrschte noch weithin ärztlicher Paternalismus im Verhältnis von Patient und Arzt. Er ist heute größtenteils einer Beziehung »auf Augenhöhe« gewichen – zumindest dem Anspruch nach ist die Selbstbestimmung des Kranken in den Fokus des Arzt-Patienten-Verhältnisses gerückt. Zur Zeit meiner »Lehrjahre« aber war ärztliches Gebot und Verbot vorherrschender und gängiger Teil ärztlicher »Hinwendung« zum Patienten. Sie scheute bisweilen weder dessen Bloßstellung noch Sanktionsdrohungen, wenn es die medizinische Indikation für eine bestimmte Behandlung zu rechtfertigen schien: »Schauen Sie doch mal in den Spiegel ... bei Ihrem