

«Entscheidend ist der Wille der Person»

Grundsätzlich entscheide jede Person selbst über ihr Leben, sagt Daniel Wyler, Rechtsmediziner am Kantonsspital Graubünden. Sterbehilfeorganisationen seien dabei eine «ganz gute Sache» – solange sie sich an ihre klaren Richtlinien hielten.

Mit Daniel Wyler sprach Reto Furrer

«Sterben und Tod», so heisst ein Kongress, der gestern und heute in Flims stattfindet. Sie arbeiten als Leitender Arzt am Institut für Pathologie und Rechtsmedizin des Kantonsspitals Graubünden und organisieren diesen Anlass. Solche Themen trifft man sonst eher an geisteswissenschaftlichen Fakultäten von Universitäten an.

Daniel Wyler: Das ist richtig, ja. Vorwiegend setzen sich Geisteswissenschaftler mit dieser Thematik auseinander, in der naturwissenschaftlichen Forschung finden Sie ausser in der Rechtsmedizin kaum irgendwelche Untersuchungen zum Sterbevorgang und zum Tod. An dieser Grenze zwischen Sterben und Tod gibt es grosse Berührungspunkte.

Sterben lassen, ohne an die Folgen zu denken?

Man kümmert sich um den Patienten, ja, aber mit dem letzten Atemzug passiert etwas. Auf der anderen Seite sind dann die Rechtsmediziner, auch die Pathologen. Wir sind beauftragt, Autopsien durchzuführen. Mir ist es, rein persönlich, nicht sehr wohl, wenn ich zu einem Sterbenden gerufen werde. Bei der Untersuchung eines Toten habe ich überhaupt keine Probleme. Auf der klinischen Seite gibt es – etwas pauschal natürlich – ein Sterben ohne Tod. Für uns Rechtsmediziner ist der Sterbevorgang eher unbekannt, wir haben nicht sehr viel Kontakt damit. Man kann von einem Tod ohne Sterben sprechen.

Im Kantonsspital mag es ja häufig um Leben und Tod gehen – aber die Aufgabe des Spitals wäre es ja eigentlich, die Patienten am Leben zu behalten. Und doch reden Sie über das Sterben?

Ich will hauptsächlich verschiedene Fachleute zusammenbringen, um die Problematik an der Schnittstelle vor dem letzten Atemzug, während des letzten Atemzugs und nach dem letzten Atemzug zu beleuchten. Mich interessieren die Schwierigkeiten der Fachleute. Das Ziel des Kongresses ist es ja nicht, dass wir über die Betroffenen reden, sondern dass Personen, die mit dem Tod und dem Sterben in Kontakt kommen, darüber diskutieren können. Klinisch tätige Ärzte und Pflegenden zeigen ein grosses Engagement bis zum letzten Atemzug – und dann erlischt es. Ich will niemandem zu nahe treten, denn alle nähern sich dem Patienten mit besten Absichten. Sie sind engagiert, waschen den Patienten, drehen ihn, stecken Infusionen – aber kaum ist der Patient tot, wechseln sie oftmals die Kleidung,

öffnen das Fenster, tragen einen Mundschutz. Es gibt sogar Ärzte, die noch glauben, es gebe ein Leichengift.

Und Sie?

Für die Rechtsmedizin beginnt das Engagement dann erst. Nur eine eigentliche Schnittstelle gibt es nicht, wir verstehen uns nicht immer. Mit dem Todeseintritt entsteht ein Vakuum. Da spielt ein gewisses Berufsverständnis eine Rolle, denn Ärzte haben die Aufgabe, den Lebensprozess zu unterstützen. Mit dem Todeseintritt ist diese Aufgabe eigentlich erloschen. Das ist die nüchterne, klinische Bilanz.

Sterben, Tod: Das sind Tabuthemen in der Bevölkerung. Zumindest dann, wenn es um den menschlichen Tod in unserer Umgebung geht. Todesopfer in Afrika berühren uns kaum.

Das geht mir auch so. Ich habe einerseits einen professionellen Zugang, andererseits aber auch mein persönliches Erleben. Während meiner Arbeit setze ich mich nüchtern und sachlich mit Todesfällen auseinander. Ich bin gezwungen dazu, denn ich kann mich nicht mit jedem Fall emotional auseinander setzen. Gerade in der Rechtsmedizin ist es entscheidend, dass man sich auf die Befunde konzentriert. Wenn ich mich bei einem Verkehrsunfall oder bei einem Gebirgsunfall mit emotionalen Betrachtungen auseinander setze, könnte ich nicht mehr korrekt arbeiten.

«Mit dem letzten Atemzug passiert etwas»

Und zu diesem Rationalismus sind Sie immer in der Lage? Gibt es keine Fälle, die Sie ablehnen müssen?

Solche Fälle kann es geben. Wenn ich jemanden zum Beispiel persönlich kenne, dann habe ich als Rechtsmediziner – wie jeder andere Arzt übrigens auch – das Recht, bei Todesfällen sogar die Pflicht, den Fall abzugeben. Das ist eine selbstverständliche Sache. Es gibt aber auch Personen mit einer Biografie, die mich persönlich in einer bestimmten Situation bewegt. Da ist es dann unter Umständen nicht mehr so einfach, die Distanz zu wahren.

Ein langes Leben ist erstrebenswert – diesen Eindruck gewinnt man zumindest, wenn man sich die Angebote für Senioren anschaut.

Das finde ich auch. In meiner beruflichen Tätigkeit bin ich aber mit diesen Fragen nicht konfrontiert.

Die gesellschaftliche Entwicklung hinkt der medizinischen nach. Leute werden zwar dank modernster Technik, dank neuester Medizin und dank gesunder Ernährung älter, sind oftmals im Alter aber sehr einsam.

Das hängt natürlich sehr vom sozialen Umfeld ab. Man spürt diese Diskrepanz in ländlichen Gegenden sicherlich weniger

stark als in Städten. Ich habe als Rechtsmediziner in Zürich, Bern und Ba-

sel gearbeitet – man sieht dort entschieden mehr vereinsamte Menschen als in Graubünden.

Für die Spitäler und für die Medizin ganz allgemein ist diese Langlebigkeit vermutlich nicht nur ein Segen?

Das Fach Geriatrie gibt es ja nicht schon seit Hunderten von Jahren, das ist schon eine neue Errungenschaft. Man kümmert sich heute auch verstärkt um ältere Personen, und zwar mit verschiedenen Fragestellungen. Das betrifft auch die Rechtsmedizin. Mit zunehmendem Alter der Personen kann es, wie dies auch bei Kindern geschieht, zu Gewaltanwendung kommen. Je hilfloser die alten Leute sind, umso mehr nimmt das Risiko von Übergriffen zu.

Auf solche Probleme ist die Medizin, sind die Spitäler kaum vorbereitet.

In den nächsten Jahren wird jedenfalls eine grosse Aufgabe auf die Rechtsmedizin zukommen, sobald nämlich die Öffentlichkeit sensibilisiert ist für diese Problematik. Ähnlich war es im Fall des Sexualverbrechers Marc Dutroux in Belgien. Die öffentliche Wahrnehmung hat sich seither stark geändert, man ist heute sehr aufmerksam. Früher oder später wird es einen Fall Dutroux bei Alten geben. Auch auf Alte muss man ein besonderes Augenmerk legen, die können nämlich so hilflos wie kleine Kinder sein.

Gehen Sie bei Untersuchungen heute von Beginn weg von möglicher Gewalt aus oder wird das erwogen, wenn alles andere nicht zur Erklärung des Todes ausreicht?

Gut ist, wenn man die Frage so stellt. Entscheidend ist tatsächlich, dass man mögliche Gewalt am Anfang, also vor Einleitung einer amtlichen Untersuchung, schon bemerkt. Wir werden normalerweise erst beigezogen, wenn ein Verdacht besteht.

Sie sind sensibilisiert, aber Sie werden nicht gerufen?

Tatsächlich muss die Untersuchung überhaupt erst ausgelöst werden. Da ist, glaube ich, die Sensibilisierung noch nicht sehr hoch. Hat sich das dann geändert, werden wir mehr Untersuchungen von Alten auf Gewaltanwendungen hin durchführen müssen, und zwar bei lebenden wie bei verstorbenen Menschen. Im Moment achtet man zu wenig darauf. Das scheint einfach der Zeitgeist zu sein. Es kann auch damit zusammenhängen, dass die Gesellschaft nur schwer zum Handeln zu bewegen ist, wenn es sich um ältere Personen handelt. Bei Gewalt gegen Kinder reagiert man schneller.

Wer entscheidet über Leben und Tod, um diesen Ausdruck nochmals zu gebrauchen? Wer entscheidet über mein Leben und Tod? Ich selbst, der Arzt – oder die Gesellschaft?

Prinzipiell ist es immer die Person selbst, die über ihr Leben entscheidet. Es kann sein, dass ein Patient seinen Wunsch selbst äussert,

wenn er bei Bewusstsein und urteilsfähig ist. Ein Patient kann auch eine Patientenverfügung verfassen – in den anderen Fällen handeln Ärzte im mutmasslichen Willen des Patienten. Da spielt natürlich die persönliche Einstellung des Arztes mit eine Rolle, aber dank Richtlinien ist das ziemlich gut geregelt.

Richtlinien, die angeben, unter welchen Umständen jemand am Leben erhalten werden sollte?

Hauptsächlich sind das Richtlinien, die uns die Möglichkeit anzeigen, jemanden auch sterben zu lassen. Meist kann man das aber vorgängig klären, wenn absehbar ist, dass das Leben eines Patienten zu Ende geht. Man versucht dann, gemeinsam die Marschrichtung zu bestimmen, auch zusammen mit den Angehörigen. Schwierig ist, wenn ein Patient etwas will, die Ehefrau oder die Kinder aber etwas anderes. Dann kommt man als Arzt unter Druck.

Ärzte wollen Leben erhalten, darin zeigt sich schliesslich ihr Können. Das ist eine Frage von Ruhm und Ehre.

Das sollte es eigentlich nicht sein. Ich glaube auch nicht, dass hier ein Trend besteht seitens der Ärzte, Leute etwa mit heroischen Operationen am Leben halten zu wollen. Jedenfalls kann ich einen solchen Trend bei meinen Untersuchungen nicht feststellen. Die Möglichkeiten zur Ausschöpfung der Medizin sind natürlich der Mode unterworfen. Welche Patienten kommen in den Genuss von Spitzenmedizin? Sind es nur Junge mit einer hohen Lebenserwartung? Oder sind es alle Patienten? Das ändert sich alles. Vor 20, 30 Jahren war man noch der Meinung, dass alles machbar sei. Die therapeutischen Verlockungen waren enorm. Heute fährt man auf einer ganz anderen Schiene, heute ist man auf einem guten Weg, Angebot und Nachfrage spielen zu lassen. Man hat heute zwar viele Möglichkeiten, aber man stellt sich auch die Frage, ob etwas sinnvoll ist oder nicht, ob etwas dem Patienten nützt oder nicht.

Früher hätte man den Pfarrer um Rat fragen können, ob man jemanden nicht besser sterben lassen sollte. Heute fehlt vielen Leuten die Nähe zur Kirche. Da hilft niemand mehr.

Entscheidend ist der Wille des Patienten selbst. Da kann auch ein Seelsorger nur als Berater auftreten, er kann niemandem einen Entscheid abnehmen.

«Heute fährt man auf einer anderen Schiene»

Häufig wirken Seelsorger aber wie Katalysatoren. Durch sie kommt ein Patient überhaupt erst zu einem Entschluss.

Das gibt es natürlich auch, ja. Viele Patienten haben das aber sehr frühzeitig schon entschieden. Viele sind Mitglied bei Sterbehilfeorganisationen, und zwar schon Jahre bevor es überhaupt zu einem Thema wird. Auch Patientenverfügungen sind oftmals lange im Voraus schon erstellt worden. Und dann gibt es natürlich auch Patienten, die sich mit ihrer Familie beraten. Aber entscheidend ist der Wille der Person selbst, immer.

Und der Patient holt sich Rat bei Sterbehilfeorganisationen?

Das funktioniert auch grundsätzlich gut. Diese Organisationen sind in ein System eingebunden, rechtliche Aspekte sind hier sehr wesentlich. Die Sterbehilfeorganisationen haben sich selbst – teilweise wenigstens – klare Richtlinien gegeben.

Aus Ihrer Sicht müssen diese Sterbehilfeorganisationen also durchaus befürwortet werden? Die bringen im Idealfall immerhin den Willen der Patienten klar zum Ausdruck.

Absolut, ja. Wenn die Sterbehilfeorganisationen so arbeiten, wie ihre Richtlinien das vorsehen, dann ist das eine ganz gute Sache.

Keine Missbräuche?

Die sind nicht sehr häufig, und wenn, dann betreffen sie meist psychisch Kranke, welche vielleicht nicht mehr urteilsfähig sind. Dort ist die Arbeit der Sterbehilfeorganisationen, so meine ich zumindest, nicht zulässig. Ebenfalls nicht gerechtfertigt ist die Sterbebegleitung meines Erachtens bei Menschen, die gar nicht krank sind und Suizid begehen wollen. Wenn jemand aber an einer Krankheit leidet ohne Aussicht auf Besserung und mit starken Schmerzen, die die Lebensqualität sehr stark mindern, dann kann ein Patient mit einer Sterbehilfeorganisation seinem Leben auf eine sehr würdige Art ein Ende bereiten.

Daniel Wyler ...

... ist Leitender Arzt Rechtsmedizin am Kantonsspital Graubünden. Der 52-Jährige wuchs in Zürich auf und besuchte die Evangelische Mittelschule in Schiers. Er studierte Humanmedizin, danach arbeitete er als Assistenz- und Oberassistentarzt am Institut für Rechtsmedizin der Universität Zürich, zusätzlich in den Bereichen Neurologie und Pathologie. Danach blieb er der Rechtsmedizin treu: Ab 1995 war Wyler erst Oberarzt in Bern, dann stellvertretender Institutsdirektor in Basel. 2007 wechselte er nach Graubünden. Wyler, der nebenbei Kunst sammelt und auch selbst produziert, ist verheiratet und kinderlos. Er wohnt in Zürich und Malans. (rf)

