



TAUWETTER

... eine franziskanische Zeitschrift



*MENSCHEN
WÜRDIG
STERBEN*

IMPRESSUM

Redaktion Tauwetter

Peter Amendt ofm, Stefan Federbusch ofm, Markus Fuhrmann ofm,
Jürgen Neitzert ofm, Markus Offner, Alexa Weissmüller ofm,
Verantwortlich im Sinne des Presserechts: Jürgen Neitzert ofm, Köln

Sie erreichen uns

Redaktion Tauwetter,
Albertus-Magnus-Str. 39,
53177 Bonn
Redtauwetter@aol.com
www.tauwetter-online.de

Dankeschön

Tauwetter finanziert sich ausschließlich aus Spenden.
Wir möchten uns an dieser Stelle ausdrücklich bei allen bedanken,
die mit ihrem Beitrag diese franziskanische Zeitschrift mit
dem Schwerpunkt „Gerechtigkeit, Frieden und Bewahrung der
Schöpfung“ unterstützen.

Redaktion Tauwetter

Sparkasse Bonn (BLZ 380 500 00)
Konto 25 006 131

Postzeitungsdienst

Vertragspartner:
Kölnische Franziskanerprovinz e.V.
Immermannstr. 20, 40210 Düsseldorf

Editorial

Im Zuge sich wandelnder gesellschaftlicher Wertevorstellungen gerät auch die Gestaltung des Lebensendes in die Diskussion. Propagiert wird ein „Recht auf humanes Sterben“.

Doch was heißt „humanes Sterben“? Es lässt sich sowohl als qualifizierte medizinische und menschliche Begleitung verstehen wie auch als Aufforderung zu aktiver Sterbehilfe und Euthanasie.

Die neue Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ hat als einen ihrer Arbeitsschwerpunkte den Bereich Sterbehilfe, Sterbebegleitung, Palliativmedizin und Patientenverfügung festgelegt. Möglicherweise wird es noch in diesem oder im kommenden Jahr einen Gesetzentwurf zur Sterbehilfe und/oder zur Patientenverfügung geben.

Aus der Art unseres Umgangs mit dem Tod lässt sich auf die Art unseres Umgangs mit dem Leben zurück schließen. Zu einer gelungenen Menschwerdung gehört auch das Sterben und das Einüben der kleinen Tode im Leben für den großen Tod am Ende des Lebens, damit uns der „zweite Tod kein Leides antut“.

Das Tauwetterheft greift daher die ethischen Problemstellungen, die sich mit dem Lebensende verbinden, auf und möchte so einen Beitrag zur aktuellen Diskussion und zur Meinungsbildung leisten.

Unseren Leserinnen und Lesern wünschen wir ein gesegnetes Jahr 2004!

Ihre TAUWETTER-REDAKTION

Inhalt

DER VERDRÄNGTE TOD <i>STEFAN FEDERBUSCH</i>	6	VERABSCHIEDUNGSRITUS FÜR VERSTORBENE IM HOSPIZ <i>MARTIN LÜTTICKE</i>	42
STERBEHILFE – SPIEGELBILD DER GESELLSCHAFT <i>STEFAN FEDERBUSCH</i>	10	DAS BELGISCHE UND NIEDERLÄNDISCHE EUTHANASIEGESETZ <i>STEFAN FEDERBUSCH</i>	45
ZUR ETHISCHEN BEURTEILUNG DER STERBEHILFE <i>STEFAN FEDERBUSCH</i>	16	TODSICHER: DAS ANGEBOT DER STERBEHILFEORGANISATIONEN ODER: GIBT ES EIN RECHT AUF STERBEN? <i>STEFAN FEDERBUSCH</i>	52
SELBSTBESTIMMUNG UND MENSCHENWÜRDE <i>DR. FRANZ KAMPHAUS</i>	21	RECHTSLAGE ZUR STERBEHILFE IN EUROPA	56
DIE 12 RECHTE VON STERBENDEN <i>DAVID KESSLER</i>	23	KLEINE LITERATURAUSWAHL	58
STERBEHILFE, STERBEBEGLEITUNG – WAS KANN PALLIATIVMEDIZIN LEISTEN? <i>PETER ERVENS</i>	24		
DIE HOSPIZBEWEGUNG	33		
„IM STERBEN DIE VISION DES LEBENS STÄRKEN“ ZUR SPIRITUELLEN BEGLEITUNG SCHWERKRANKER UND STERBENDER <i>WERENFRIED WESSEL</i>	37		

DER VERDRÄNGTE TOD

Stefan Federbusch

„Dieweil der Tod ein Abschied ist von dieser Welt und allen ihren Händeln, ist not, dass der Mensch sein zeitlich Gut ordentlich verschaffe, wie es damit werden soll oder er es gedenkt zu ordnen, dass nicht bleibe nach seinem Tod Ursach zu Zank, Hader oder sonst einem Irrtum unter seinen nachgelassnen Freunden.“

Dies rät *Martin Luther* in seinem „Sermon von der Bereitung zum Sterben“ aus dem Jahre 1519.

Über sein Hab und Gut kann der Mensch recht einfach testamentarisch verfügen, über sein zu Ende gehendes Leben nur sehr begrenzt. Noch immer fehlt es den „*Patientenverfügungen*“ an rechtsverbindlicher Kraft und Einheitlichkeit und ist die Frage offen, welche Verfügungsgewalt Angehörige oder Betreuer über das Leben und den Tod der ihnen Anvertrauten haben dürfen bzw. sollen.

Bestimmte Themen werden in unserer Gesellschaft gerne an den Rand gedrängt, wenn es geht, auch gerne ganz verdrängt. Zu diesen Themen gehört die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod. Sie wird lieber den vermeintlichen Experten aus den Bereichen Medizin und Bestattungswesen überlassen.

*„Ich habe keine Angst vor dem Sterben.
Ich möchte nur nicht dabei sein, wenn es passiert.“*
(Woody Allen)

Zur Lage des Sterbens heute gehört eine weitgehende „Enthäuslichung des Sterbens“. Der Pastoraltheologe *Paul Michael Zulehner* sieht dies als Folge sowohl eines „Drangs“ wie auch eines „Sogs“ ins Krankenhaus. Da die „kleinen Lebenswelten“ der Ein- und Zweipersonenhaus-

halte für Schwerkranke, Pflegebedürftige und Sterbende nicht mehr aufnahmefähig sind, werden die Betroffenen ins Krankenhaus oder Pflegeheim abgeschoben. Durch die medizin-technischen Fortschritte entsteht zugleich ein Sog in die Kliniken. Man will sich schließlich nicht vorwerfen lassen, nicht alles getan und versucht zu haben.

Sterben und Tod – Tabuthema der Gesellschaft

Diese Verhaltensmuster fördern aber zugleich die Entfremdung vom Sterben, sowohl vom Sterben anderer, wie auch vom eigenen Sterben. Durch die Auslagerung aus der Familie geht der unmittelbare Zugang und Kontakt zum Sterbenden und zum Tod verloren. Viele haben noch nie einen Toten gesehen. Wir sind lebenslang todunerfahren, meint *Zulehner*, und das trotz vielfältig „gespielten Todes“.

Die mittelalterliche „*ars moriendi*“ (Titel eines um 1450 erschienenen Erbauungsbüchleins), die Sterbekunst, wird nicht mehr geübt, die Kompetenz für eine der wichtigsten Fragen und Situationen des Lebens ist nicht mehr gegeben. Demzufolge wird auch die Sterbebegleitung an Experten delegiert.

Eine weitere Folge ist die grundsätzlich veränderte Einstellung zu Fragen des Leides und der gesellschaftlichen Werte. In einer auf Haben und Leisten ausgerichteten Produktivgesellschaft stören Menschen, die Alter, Leid, Schmerz, Unproduktivität usw. verkörpern. Dementsprechend ändern sich auch die Vorstellungen, wie ich sterben möchte: für die meisten Menschen ist es erstrebenswert, nach einem möglichst langen und erfüllten Leben möglichst rasch und schmerzfrei, vielleicht gar schlafend oder ohne Bewusstsein aus dem Leben zu scheiden, einen „sanften Tod“ zu sterben.

In einer auf Leistung getrimmten Gesellschaft, in der weitgehend nur das Nützliche und Zweckdienliche zählt, fühlen sich viele zunehmend überfordert und als Versager an den Rand gedrängt. 11.065 Menschen haben sich in Deutschland im Jahr 2000 das Leben genommen.

Sterben in einer säkularisierten Gesellschaft

Da die religiöse Komponente immer mehr schwindet, ist auch die Todesdeutung unsicher geworden. Früher lebten die Menschen 30, 40 oder 50 Jahre und erwarteten dann das „ewige Leben“, heute leben sie 70, 80 oder gar 90 Jahre und erwarten dann nichts mehr. Der Tod ist das Ende und der Fall ins Nichts, nicht mehr Durchgangsstation zur Ewigkeit. Was früher der „Himmel“ geleistet hat, muss nun mein irdisches Leben leisten: möglichst viel mitzunehmen, möglichst viel gesehen zu haben und rumgekommen zu sein, möglichst viel erlebt zu haben. Und wenn's denn so weit ist, auch die Kontrolle über das eigene Sterben zu behalten und dem Tod zuvorzukommen durch eigene Initiative.

Aufgabe der Gesellschaft und aller Beteiligten ist es, die persönliche Sterbekompetenz neu zu erlernen. Dazu gehört, das Sterben als Teil meines Lebens anzunehmen. Und zwar des ganzen Lebens, nicht erst als Teil unmittelbar vor meinem Tod. Die „kleinen Tode“ mitten im Leben sind die Vorboten des „großen Todes“ am Ende des Lebens. Dadurch wird es möglich sein, auch andere beim Sterben zu begleiten. Nur so wird auch der/die einzelne wie die Gesellschaft als Ganze die ethischen Fragen beantworten können, die sich unter den veränderten Bedingungen ergeben und geklärt werden müssen.

Im Sinne der Menschenwürde ist dafür zu sorgen, dass jede/r Betroffene die letzte Phase seines Lebens in Würde verbringen kann. Dazu gehört, dass er/sie jenes Maß an Schmerzstillung gewährt bekommt, die das Leben erträglich macht.

Rechtliche Regelung in Deutschland

Rechtlich wird zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe unterschieden.

Der bedeutendste Bereich ist die **PASSIVE STERBEHILFE**, die sich auf Schmerzlinderung beschränkt und eine Lebensverlängerung um jeden

Preis vermeidet. Wo hier die Grenzen liegen und was im Einzelfall zu tun bzw. eben nicht mehr zu tun und damit zu unterlassen ist, muss jeweils im Einzelfall verantwortlich ausgelotet werden. Der Bundesgerichtshof hat festgestellt, „dass es keine Rechtsverpflichtung zur Erhaltung eines erlöschenden Lebens um jeden Preis gibt. Maßnahmen zur Lebensverlängerung sind nicht schon deswegen unerlässlich, weil sie technisch möglich sind. Angesichts der bisherigen Grenzen überschreitenden Fortschritts medizinischer Apparatur und Technologie bestimmt nicht die Effizienz der Apparatur, sondern die an die Achtung des Lebens und der Menschenwürde ausgerichtete Einzelfallentscheidung die Grenze der Behandlungspflicht.“

Schwieriger ist dies in der Frage der **AKTIVEN STERBEHILFE**, die bewusst dem Leben ein Ende setzt.

In Deutschland findet sich die einzige rechtliche Regelung im **PARAGRAPHEN 216 DES STRAFGESETZBUCHES**. Aktive Sterbehilfe ist dort verboten, auch wenn sie auf Verlangen des Betroffenen erfolgt. Nicht strafbar ist hingegen die Beihilfe zum Suizid, etwa durch Bereitstellen eines entsprechenden Mittels. Allerdings entschied der Bundesgerichtshof 1984: Nimmt der Patient das Mittel, so ist der Arzt verpflichtet, das Mögliche zu tun, um dessen Tod zu verhindern. Damit ergibt sich die paradoxe Situation, dass der Arzt den Patienten gerade in der Situation verlassen muss, um straffrei zu bleiben, in der er ihn am dringendsten benötigt.

Rechtliche Regelungen spiegeln in der Regel das Rechtsempfinden der Gesellschaft wider, können ihm in ethischen Fragen aber auch konträr gegenüberstehen bzw. eine Kompromisslösung unterschiedlicher Positionen sein. Der nächste Artikel beleuchtet daher die ethischen Einstellungen der Bevölkerung zum Thema Sterbehilfe.

Sterbehilfe – Spiegelbild der Gesellschaft

Stefan Federbusch

*der tod
des todes
dem tod
den tod
der tod des todes
dem tod den tod*

(ernst jandl)

Das Thema Sterbehilfe wird zumeist im Zusammenhang mit Horormeldungen in der Presse diskutiert. Ende September 2003 machte eine Ärztin aus der Paracelsus-Klinik in Hannover-Langenhagen Schlagzeilen, die in 76 Fällen Sterbehilfe geleistet haben soll. Sie habe die Schmerzen der Patienten lindern und ihnen helfen wollen, so ihre Rechtfertigung, starke Schmerzmittel zu verabreichen, ohne über deren lebensverkürzende Wirkung aufzuklären.

Die Diskussion und die Gesetzgebung zum Thema Sterbehilfe spiegeln zwei Entwicklungslinien wider: die der GESELLSCHAFT und die der MEDIZIN. Der medizinische Fortschritt ermöglicht lebensverlängernde Maßnahmen auch in den Fällen, in denen die Betroffenen früher

eines schnellen Todes gestorben sind. Die gesellschaftlichen Veränderungen zeigen sich in einer stärkeren Betonung der Selbstbestimmung des Menschen. In der Konsequenz heißt dies:

„Die technische Autonomie der Medizin und die rechtliche Autonomie des Menschen führen in immer mehr Grenzfällen des Lebens und des Sterbens zu ethischen Problemen, die früher der Tod alleine gelöst hat“ (*Robert Leicht*).

Dieser doppelte Fortschritt fördert eine widersprüchliche Erwartungshaltung der Patienten: Einerseits erhoffen sie sich durch die Medizin eine Verlängerung ihrer Lebensdauer und eine Erweiterung ihrer Lebensmöglichkeiten, andererseits fürchten sie sich davor, am Ende ihres Lebens zum Opfer genau dieser medizinischen lebensverlängernden Möglichkeiten zu werden.

Die Angst davor, als Sterbenskranker im wahrsten Sinne des Wortes „höllische“ Schmerzen erleiden zu müssen, ist bei den meisten Menschen riesengroß. Niemand will einsam, verzweifelt, hilflos und an Schläuchen hängend auf einen quälenden Tod warten. Aktive Sterbehilfe scheint da eine nahe liegende Lösung. Doch liegt ihr letztlich dasselbe Denkmodell wie der modernen Medizin zugrunde:

„Der künstlichen Verlängerung des Lebens um jeden Preis und der absichtlichen Herbeiführung des Todes liegt, auch wenn sie in vielfacher Hinsicht entgegen gesetzten Absichten entspringen, eine verwandte Einstellung zugrunde, die der Annahme des eigenen Todes ausweicht. Der belgische Philosoph Jean-Francois Malherbe beschreibt den therapeutischen Übereifer in der letzten Krankheitsphase und die aktive Euthanasie in diesem Sinne als „die beiden symmetrischen Versuche, der Begegnung mit dem Tod auszuweichen.“ (*Eberhard Schockenhoff*).

Die Überalterung unserer Gesellschaft, die steigende Zahl der Pflegebedürftigen und der drohende Zusammenbruch unserer Sozialsysteme verschärfen den Druck.

Umfragen zum Thema Sterbehilfe

Umfrageergebnisse zum Thema Sterbehilfe sind dennoch mit Vorsicht zu genießen, denn je nach Auftraggeber fallen zumeist die Fragestellungen und Antwortergebnisse aus. Schlagzeilenträchtig wurde im Anschluss an eine *Forsa-Umfrage* getitelt: „81 % für aktive Sterbehilfe“. Dieses Ergebnis ist wegen der Missverständlichkeit des Begriffs "Sterbehilfe" äußerst fragwürdig und wurde von der Deutschen Hospiz Stiftung angezweifelt. Nach aktiver Sterbehilfe war in der Umfrage gar nicht gefragt worden.

Auf die (Suggestiv)Frage "Würden Sie Ihr Leben bei unheilbar, qualvoller Krankheit durch Freitod verkürzen wollen?", antworteten 51% mit „Ja“. Das Ergebnis von 51% "Ja"-Antworten wurde von den Sterbehelfern als Erfolg verkauft, obwohl die Zustimmung trotz Suggestivfrage gegenüber dem Jahr 1990 um acht Prozentpunkte deutlich gesunken ist.

Um zu einem sachlichen und aussagekräftigen Gesamtbild zu kommen, hat die *Deutsche Hospiz Stiftung* eine bereits 1997 durchgeführte Befragung im Jahr 2000 wiederholt. Dabei sollte nicht geklärt werden, ob sich die Menschen ohne weitere Informationen generell für oder gegen eine undefinierte "Sterbehilfe" aussprechen, sondern wie sie sich bei Aufzeigen der Alternativen Palliativmedizin und Hospizarbeit sachlich begründet entscheiden würden.

Zustimmung zu Palliativmedizin und Hospizarbeit wächst

Mit dem Begriff „Palliativmedizin“ (moderne Form der Schmerztherapie, die Linderung statt künstlicher Lebensverlängerung in den Mittelpunkt stellt) wussten 1997 weite Bevölkerungskreise noch nichts anzufangen. Nach ungestützten *Emnid-Umfragen* (ungestützt heißt, dass keine Antwortalternativen vorgegeben wurden) kannten ihn gerade einmal 1 % und den Begriff „Hospiz“ 25,3 % (1999) der Bevölkerung.

2001 befürworteten 56,6 % der Befragten Palliativmedizin und Hospize, 1997 waren es erst 34,8 %. Gleichzeitig sank die Quote der Befürworter aktiver Sterbehilfe von 41,2 % auf 35,4 %.

Die deutliche Reduzierung der Zahl der Unentschlossenen von 23,9% (1997) auf 8,1 % (2000) wirkt sich zugunsten der Befürwortung von Palliativmedizin und Hospizarbeit aus. Das heißt: Menschen entscheiden sich gegen aktive Sterbehilfe, wenn ihnen allein schon eine menschenwürdige Alternative bekannt ist.

Signifikante Unterschiede zeigen sich bei der getrennten Betrachtung der Geschlechter. Frauen stehen dem Einsatz von Palliativmedizin und Hospizarbeit deutlich positiver gegenüber als Männer: 62,3 % (Frauen) gegenüber 50,3 % (Männer). Mit 41 % befürworteten Männer eher die aktive Sterbehilfe als Frauen (30,1 %).

Einer Allensbach-Umfrage von 2001 zu Folge hielten 64 % der Westdeutschen und 80 % der Ostdeutschen die legale Möglichkeit aktiver Sterbehilfe für wünschenswert. Unter den befragten Christen waren es mehr als 60 %, die sich für das Recht eines Schwerkranken aussprachen, über seinen Tod frei zu entscheiden.

Gespaltene Gesellschaft

In Bezug auf die aktive Sterbehilfe ist also wie bei fast allen ethischen Fragen, die aktuell diskutiert werden, eine Zweiteilung der Gesellschaft festzustellen.

Die BUNDESÄRZTEKAMMER lehnt in ihren GRUNDSÄTZEN VON 1998 ZUR ÄRZTLICHEN STERBEBEGLEITUNG sowohl die aktive Sterbehilfe als auch die Beihilfe zum Suizid ab. Dies bedeutet jedoch keine Lebensverlängerung um jeden Preis und betont ausdrücklich das Selbstbestimmungsrecht des Patienten (veröffentlicht in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 39 vom 5. Sept. 1998).

Als unverzichtbar gilt nach den Grundsätzen die Sicherstellung einer Basisbetreuung. Dazu zählt eine menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Linderung von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie das Stillen von Durst und Hunger. Wenn das Therapieziel von der kurativen zur palliativen Medizin übergeht, können in Übereinstimmung mit dem Patienten bestimmte medizinische Behandlungen unterbleiben.

Der *Deutsche Ärztetag* hat sich im Mai 2003 klar GEGEN EINE AKTIVE STERBEHILFE ausgesprochen und eine bessere Versorgung unheilbar Kranker gefordert. Eine große Mehrheit der Delegierten stimmte dafür, die schmerzlindernde Palliativmedizin in die Ausbildung der Ärzte aufzunehmen. „Palliativmedizin ist eine klare Alternative zur Euthanasie, zur aktiven Sterbehilfe“, so die Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, *Ursula Auerswald*.

Rechtswidrig, aber straffrei?

Fast zeitgleich plädierten bei den Karlsruher Verfassungsgesprächen eine Reihe von Experten für die Straffreiheit von Aktiver Sterbehilfe. So sprachen sich der Freiburger Strafrechtsprofessor *Albin Eser*, der Tübinger Medizinethiker *Urban Wiesing* und der Düsseldorfer Philosoph *Dieter Birnbacher* für eine Gesetzesänderung aus.

Birnbacher begründete dies mit dem Recht auf Selbstbestimmung und erklärte, Menschen würden beim Sterben „in die Einsamkeit gestoßen“. Eser hält die rechtliche Grauzone für schädlich. Lege ein Arzt auf Wunsch eines Patienten eine Überdosis Tabletten auf den Nachttisch, sei er straffrei, wenn er das Zimmer verlasse und der Patient die Tabletten später einnehme. Injiziere dagegen der Arzt die aufgelösten Medikamente auf Wunsch des Sterbenskranken, sei das strafbar. Der Jurist plädierte für eine ähnliche Lösung, wie sie in der Abtreibungsgesetzgebung existiert: die aktive Sterbehilfe zwar weiterhin für rechts-

widrig zu erklären, aber sie unter bestimmten Voraussetzungen straf- frei zu lassen.

Bereits in der ABTREIBUNGSFRAGE hat sich gezeigt, wie gefährlich eine derartige Rechtsfigur ist. Von einem Großteil der Bevölkerung wird bereits heute eine Abtreibung als rechtens betrachtet. Ähnliches könnte sich in der Frage der Tötung auf Verlangen ergeben. Die fragwürdige Konstruktion würde das irrige Rechtsempfinden bestärken, dass das, was straffrei ist, nicht verboten und falsch sein kann. Zudem ist die Frage der Grenzziehung schwer zu beantworten, wann eine Tötung ausnahmsweise zulässig ist und wann nicht.

Die Hamburger Bischöfin *Maria Jepsen* und der Freiburger Moraltheologe *Eberhard Schockenhoff* warnten daher vor der Zulassung aktiver Sterbehilfe. Es entstehe ein Druck auf alte Menschen, ihrem Leiden ein Ende zu setzen. Nötig sind nach Ansicht beider Theologen eine bessere Schmerztherapie und Sterbebegleitung.

Bekräftigt hat die Position der katholischen Kirche der Bamberger Bischof *Ludwig Schick* durch seine Predigt während der Herbstvollversammlung der deutschen Bischöfe in Fulda 2003: „Die aktive Sterbehilfe muss radikal abgelehnt werden. Sie ist und bleibt Tötung und vielleicht auch Selbsttötung. Beides ist gegen das fünfte Gebot.“ (vgl. auch Katechismus der kath. Kirche, Art. 2276-2279)

Will die Kirche hier nicht nur rein theologisch argumentieren, sondern breite Schichten der Bevölkerung von ihrer Position überzeugen, so bedarf es einer schlüssigen ethischen Fundierung. Deren Argumente werden im folgenden Artikel dargestellt.

Zur ethischen Beurteilung der Sterbehilfe

Stefan Federbusch

In der Diskussion um die Sterbehilfe ist zwischen indirekter, passiver und aktiver Sterbehilfe zu unterscheiden.

Wird bei einer Behandlung eines unheilbar Erkrankten eine Lebensverkürzung als Nebenwirkung billigend in Kauf genommen, so ist dies als **PASSIVE STERBEHILFE** ethisch vertretbar. Bereits *Papst Pius XII.* hat sie 1957 für moralisch zulässig erklärt, als er ausführte, die Schmerzmittelgabe mit unvermeidbaren Nebenwirkungen einer Lebensverkürzung sei bei Todkranken dann erlaubt, wenn ein anderes Mittel nicht zur Verfügung stehe und die Lebensverkürzung nicht direkt angestrebt würde.

Ethische Argumentationstypen

Für eine Beurteilung der **AKTIVEN STERBEHILFE** ist ein Blick auf die ethische Argumentation hilfreich. Allgemein wird in der Ethik zwischen zwei Argumentationstypen unterschieden.

Der eine Typ benutzt so genannte **DEONTOLOGISCHE ARGUMENTE**, d. h. er prüft eine Handlung daraufhin, ob sie einem allgemein anerkannten moralischen Prinzip folgt, unabhängig von den Konsequenzen, die diese Handlung hat (Vertreter: *Immanuel Kant* und *John Rawl*). Der andere Typ führt so genannte **UTILITARISTISCHE** (bzw. **KONSEQUENTIALISTISCHE**) Argumente an, d. h. er beurteilt eine Handlung nach ihren Conse-

quenzen (Vertreter: *Jeremy Bentham* und *John Stuart Mills*). Hinzukommen zunehmend klinischpragmatische Argumente.

Folgende Argumente lassen sich nach *Fuat S. Oduncu* mit Hilfe dieser Argumentationsmuster für bzw. gegen Sterbehilfe anführen:

„1. Deontologische Argumente gegen aktive Sterbehilfe:

Aktive Sterbehilfe verstößt gegen die »Heiligkeit des Lebens« („Sanctity of Life“); sie verhindert Sinnerfahrung im Leiden (in religiöser und anthropologischer Hinsicht); sie verstößt gegen Standesethik, gegen das „ärztliche Ethos“; sie ist Ausdruck eugenischer Zielsetzung; Leiden ruft Mitleid und Fürsorge hervor.

2. Deontologische Argumente für aktive Sterbehilfe:

Das Argument der „Heiligkeit des Lebens“ ist nur religiös begründbar und daher den heutigen Menschen nicht vermittelbar; Lebensqualität gilt mehr als Lebensquantität; Leiden verlängern ist grausam und sinnlos; Pflicht des Arztes, Leiden zu beseitigen; Recht auf eigenen Tod (Wahlfreiheit, Autonomie, Selbstbestimmungsrecht).

3. Konsequentialistische Argumente gegen aktive Sterbehilfe:

Gefahr von Dambruch und Mißbrauch („slippery slope“ - „schiefe Ebene“); Unterhöhlung der Freiwilligkeit durch fremde Interessen; aus einer „Freiheit zum Tod“ wird die „Unfreiheit zum Leben“; Stärkung des Arztes, Schwächung des Patienten; Schädigung des Arzt-Patienten-Verhältnisses; Vertrauensverlust in der Medizin; allgemeine Gefährdung der Bedingungen des Zusammenlebens; Verlust an Bereitschaft/Mut, Leid zu ertragen; Verlust an Bereitschaft, Fürsorge für kranke und alte Mitmenschen zu übernehmen; Änderung von Wahrnehmung und folglich von gesellschaftlichem Umgang mit Schwächeren; Verhinderung eines Ausbaus der Palliativmedizin; Verhinderung des medizinischen Fortschritts.

4. Konsequentialistische Argumente für aktive Sterbehilfe:

Erlangung von Leidensfreiheit; Stärkung der Patientenautonomie; ter-

minal Kranke verursachen hohe Kosten (auf Makroebene: Gesundheitswesen, auf Mikroebene: Krankenhaus).

Als Grundlage für die folgenden klinisch-pragmatischen Argumente sollen hier die beiden Euthanasie-Studien dienen, die in den Niederlanden in den Jahren 1990 und 1995 durch Regierungsaufträge finanziert und durchgeführt wurden. Aus den Ergebnissen lassen sich eindeutige Aussagen zur „Ethik der Sterbehilfe“ machen. Hier sind die klinisch-pragmatischen Argumente gegen Euthanasie durchschlagend und tragen stark zur Bekräftigung der oben genannten ethischen Argumente gegen Euthanasie bei. Dagegen zeigt die klinische Praxis eindeutig, dass die oben genannten ethischen Argumente, die für Euthanasie plädieren, kaum realisierbar sind und nur sehr schwache Argumente darstellen.

5. *Klinisch-pragmatische Argumente gegen aktive Sterbehilfe:*

Studien belegen eindeutig den Dammbbruch und den Mißbrauch einer legalisierten Euthanasiepraxis sowie die Ohnmacht des Staates, hier regulativ einzugreifen (jährlich werden ca. 1000 Patienten ohne deren Verlangen aktiv getötet); Studien belegen eindeutig die Mißachtung der Kriterien „freiwilliges Verlangen“ und „unerträgliches, aussichtsloses Leiden“; Studien belegen eindeutig, daß eine adäquate palliative Versorgung das Verlangen nach Euthanasie deutlich reduziert (dies wird in zahlreichen Hospiz- Studien belegt); Palliativmedizin ist „aktive Lebenshilfe“ bis zuletzt; ältere Menschen fühlen sich durch die Euthanasie-Debatte bedroht; Patienten geraten durch die Euthanasie-Debatte unter den Druck von Familie und Gesellschaft; Ärzte empfinden den Tötungsakt als Perversion ihrer Kunst; die Möglichkeit der Euthanasie schwächt den Willen von Ärzten und Familien, für die Alten und Kranken mehr zu tun; Patienten wollen nicht den Tod per se, sondern wirksame Schmerzmittel, menschliche Zuwendung, Ansprache und möchten ernstgenommen werden; Frage der Ernsthaftigkeit des Sterbewillens bei plötzlichem Auftreten einer Rettungsmöglichkeit (Suizidanten-Studie).

6. *Klinisch-pragmatische Argumente für aktive Sterbehilfe:*

Eine Verlängerung von Leben empfinden manche Patienten als eine Verlängerung von Leiden (vor allem bei insuffizienter palliativer Versorgung); Absetzen von sinnlosen Maßnahmen ist erlaubt; Sterbehilfe soll nur bei terminal Kranken möglich sein.“

(Fuat S. Oduncu, Euthanasie bei unheilbarem Leid?, in: *Stimmen der Zeit* 2/2003, S. 121-130)

Gefahr des Dammbbruchs

Die Gefahr des Missbrauchs und damit eines Dammbbruches scheint angesichts der derzeitigen Entwicklung sehr groß. Die NATIONALSOZIALISTISCHE EUTHANASIEPRAXIS IN DEUTSCHLAND mahnt uns zu äußerster Sorgfalt bei Entscheidungen zu dieser Problematik.

Aktive Tötung und Beihilfe zur Selbsttötung waren nie Ziel der medizinischen Heilkunst und sollten es auch nicht werden. Wir müssen aufpassen, dass die „Freiheit zum Tode“ nicht umschlägt in die „Unfreiheit zum Leben“. Denn dies führt unweigerlich dahin, dass sich der kranke Mensch legitimieren muss, weshalb er noch leben will und nicht endlich von seinem Recht, getötet zu werden, Gebrauch macht; während sich die Gesellschaft (der Arzt, die Angehörigen) nicht mehr dafür rechtfertigen muss, weshalb sie keine angemessenen Hilfen zum Leben in Form von Palliativmedizin, Hospizen usw. zur Verfügung stellt. Angesichts immer knapper werdender finanzieller Mittel könnte es leicht zu einer solchen UMKEHRUNG DES LEGITIMATIONSZWANGES kommen.

Vielfach wird heute unter dem Begriff der SELBSTBESTIMMUNG auch verstanden, über den Wert der eigenen Existenz zu urteilen. Die Unterscheidung zwischen einem lebenswerten und lebensunwerten Leben verliert dabei ihre moralische Anstößigkeit. Allein der subjektive Wert, den ich meinem Leben zuschreibe, entscheidet also über dessen Schutzwürdigkeit. Damit stellt sich aber die Frage, ob es dann nicht

sogar eine Verpflichtung gibt, den Todeswunsch eines anderen Menschen zu erfüllen. Beides erweist sich als fragwürdig: sowohl die scheinbar autonome Selbstbestimmung des Betroffenen (die immer eingebunden ist in konkrete Lebenszusammenhänge), als auch die aktive Beihilfe zum Tod als einzig sinnvolle und effektive Hilfe.

„Die Betonung des Selbstbestimmungsrechts, das Herausstellen des vermeintlich freien Willens des Kranken, seinem Leben selbst ein Ende zu setzen, könnte sich daher als philosophisches Feigenblatt entpuppen für eine einfache, unmenschliche Lösung: den „Giftbecher“ zur „Entsorgung“ der Kranken, Schwachen, Leidenden“ (msc, CiG 36/03).

Der ehemalige Direktor der Züricher Psychiatrischen Klinik *Klaus Ernst* gibt zu bedenken, dass aktive Sterbehilfe auch soziale Auswirkungen auf die Gesamtgesellschaft habe:

„Suizid ist keine Privatsache... Je selbstverständlicher der Suizid zu einer Kultur gehört, desto eher enden persönliche Krisen im Suizid. Jugendliche sind die Ersten, welche auf die Veränderungen im Suizidklima und in der kulturellen Akzeptanz des Suizids, auf dessen Banalisierung und Normalisierung reagieren. Assisierter Suizid in öffentlichen Einrichtungen hat Folgen für die Gesamtbevölkerung.“ Dass diese These nicht aus der Luft gegriffen ist, bestätigt der Vorschlag der niederländischen Ministerin für Volksgesundheit, *Els Borst*, die „Todespillen für Lebensmüde“ einführen und legalisieren will.

Im Folgenden daher einige Gedanken von *Bischof Franz Kamphaus* zum Zusammenhang zwischen Selbstbestimmung und Menschenwürde.

Selbstbestimmung und Menschenwürde

Dr. Franz Kamphaus, Bischof von Limburg

Die Folgen einer bestimmten rechtlichen Regelung der aktiven Sterbehilfe wahr- und ernst zu nehmen ist ohne Zweifel wichtig und ethisch bedeutsam. Die Erwägung der Folgen trifft aber noch nicht den ethischen Kern der Problematik. Der steckt in dem Argument, menschenwürdiges Leben und Sterben sei nur möglich, wenn jeder Mensch autonom über das Ende seines Lebens entscheiden könne. So denken, wie die Meinungsumfragen belegen, die meisten Menschen, darauf berufen sich insbesondere die Vorkämpfer der Sterbehilfebewegung, die gerne von „ultimativer Autonomie“ sprechen. Es geht dabei keineswegs um eine Einzel- oder gar Randfrage der Ethik. Auf dem Spiel steht vielmehr das Selbstverständnis des Menschen:

„Die Möglichkeit, sich selber den Tod zu geben, ist eine Rahmenkondition der menschlichen Freiheit. Ohne sie könnte der Mensch nicht vernünftig sein“ (*Volker Gerhardt*). In der Tat: Jede Position in der Diskussion über Freitod und Sterbehilfe muß der von der Philosophie der Aufklärung formulierten *Maxime* genügen, mit der Freiheit vereinbar zu sein, um der Würde des Menschen gerecht zu werden. Es fragt sich aber, ob aus der Notwendigkeit, frei darüber entscheiden zu können, ob man leben will oder nicht, ein moralisches Recht auf Freitod abgeleitet werden kann. Oder umgekehrt: Widerspricht es der Menschenwürde, ein solches Recht zu bestreiten?

Es muß in diesem Zusammenhang hellhörig machen, dass selbst Immanuel Kant, der unnachgiebige Verfechter der menschlichen Freiheit, die Selbsttötung abgelehnt hat. Zwar verlangt die Freiheit des sittlichen Subjekts unbedingten Respekt, doch folgt daraus für Kant nicht, dass jede Einschränkung dieser Freiheit im Widerspruch zur Menschenwürde stünde. Denn Autonomie heißt weder Willkür noch Schrankenlo-

sigkeit, sondern Selbstgesetzgebung. Ein Gesetz aber kann nicht nur für einen Menschen, es muß für alle gelten können. Darum gehört zur Autonomie die Bereitschaft, Grenzen der Freiheit in Freiheit anzuerkennen. Den Freitod abzulehnen heißt für Kant, eine solche selbstgesetzte Grenze zu respektieren. Denn der Entschluß, sich selbst zu töten, leidet an einem un-aufhebbaren Selbstwiderspruch, der direkt die Menschenwürde berührt. Diese Würde besteht darin, daß der Mensch ein sittliches Wesen ist, das sich selbst als Zweck versteht und annimmt. Ein Wesen aber, das sich um seiner selbst willen bejaht und will, muß auch seine Existenz bejahen und wollen. Die Selbsttötung verneint deswegen mit dem eigenen Leben auch seine Existenz als sittliches Subjekt und verstößt damit gegen die eigene Würde. Es stellt also die Dinge geradezu auf den Kopf, im Namen von Freiheit und Menschenwürde das Recht auf Selbsttötung zu verlangen. Ein solches Recht würde die Grundbedingung der Autonomie aufheben, die in der Achtung des Menschen als Selbstzweck besteht. Es wäre im Übrigen auch nicht einzusehen, weshalb diese Rechte nur bestimmten Personen, auf bestimmte Tatgründe eingeschränkt, vorbehalten sein sollten.

Es gibt weder ein moralisches Recht, sich selbst zu töten, noch eine moralische Pflicht, einem Todeswilligen dabei zu helfen, seinen Entschluß auszuführen. Wer das eine oder andere tun will, muß das vor der Vernunft und seinem Gewissen verantworten. Das jedoch wird er nicht können, wenn er verstanden hat, was es heißt, ein Mensch zu sein.

Kant bedient sich bei seinen Überlegungen bewußt nicht religiöser Argumente. Unabhängig davon, ob und inwieweit man sich ihnen anschließen will, bieten sie ein Begründungsverfahren, das auch in einer modernen Gesellschaft und in einem säkularen Staat dienlich ist. Die Kirchen, die heute nicht mehr von vornherein mit Zustimmung zu ihren Positionen rechnen können, tun gut daran, ihre Ablehnung der aktiven Sterbehilfe zunächst auf solche oder ähnliche Weise zu begründen.

(Auszug aus dem Artikel von Dr. Franz Kamphaus: „Die Kunst des Sterbens“, in: FAZ 30.09.2003, S. 8)

DIE ZWÖLF RECHTE DES STERBENDEN

1. Das Recht, als lebender Mensch behandelt zu werden und sich ein Gefühl der Hoffnung zu bewahren, egal, wie subjektiv diese Hoffnung auch sein mag.
2. Das Recht, Gedanken und Gefühle zum Thema Tod auf seine Weise zum Ausdruck zu bringen.
3. Das Recht, an allen die eigene Pflege betreffenden Entscheidungen teilzuhaben.
4. Das Recht, von mitfühlenden, sensiblen und kompetenten Menschen gepflegt zu werden, die sich bemühen, die Bedürfnisse des Kranken zu verstehen.
5. Das Recht, den Prozeß des Todes zu verstehen und auf alle Fragen ehrliche und vollständige Antworten zu bekommen.
6. Das Recht, Trost in geistigen Dingen zu suchen.
7. Das Recht, körperlich schmerzfrei zu sein.
8. Das Recht der Kinder, am Tod teilzuhaben.
9. Das Recht zu sterben.
10. Das Recht, friedlich und in Würde zu sterben.
11. Das Recht, nicht einsam zu sterben..
12. Das Recht zu erwarten, daß die Unantastbarkeit des Körpers nach dem Tod respektiert wird.

(David Kessler, Die Rechte der Sterbenden, Weinheim/Berlin 1997)

Sterbehilfe, Sterbebegleitung – was kann Palliativmedizin leisten?

Peter Ervens

Der Autor arbeitet seit 1995 als Anästhesist in der Abteilung von Dr. Rüdiger Knoche im Krankenhaus Maria Stern in Remagen. Das folgende Referat wurde als mündlicher Vortrag gehalten und für die Veröffentlichung nur geringfügig redaktionell überarbeitet.

Mit intensiver Unterstützung unseres Trägers, den Franziskanerinnen von Nonnenwerth, konnte im November 1998 eine Palliativstation in unserem Krankenhaus eröffnet werden, unter der ärztlichen Leitung durch Dr. Knoche. Die ersten 3 Jahre war ich als Stationsarzt dem Palliativteam zugeordnet.

Unsere Station hat nur 5 Patientenbetten, drei davon in Einzelzimmern, die restlichen beiden in einem geräumigen Doppelzimmer, hinzu kommen ein behindertengerechtes Bad und ein Wohnzimmer mit Küchenzeile, ein Raum wo sich Patienten, ihre Angehörigen und auch wir vom Personal uns begegnen können.

Neben diesen Räumlichkeiten stellt sicherlich der Personalschlüssel auf unserer Station eine - wenn nicht DIE - Besonderheit dar, die eine Palliativeinrichtung auszeichnet im Vergleich zu anderen Pflegeeinrichtungen. Für die umfassende Betreuung der max. 5 Patienten und ihrer Angehörigen stehen uns eine Arztstelle, über 6 Pflegestellen, eine halbe Stelle aus der Physikalischen Therapie, also der Krankengymnastik und eine Teilzeit unserer Sozialarbeiterin zur Verfügung. Natürlich und nicht zuletzt besteht ein hohes Maß an intensiver seelsorgerischer Begleitung in unserem Haus. Weitere Unterstützung erhalten wir durch ehrenamtliche Mitarbeiter.

Wenn Sie eigene Erfahrungen, die Sie vielleicht schon in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung machen konnten, vergleichen mit dem hohen personellen Angebot auf der Palliativstation, dann stellen Sie sich vielleicht die Frage: Für wen ist eine solch umfassende und aufwändige (oder sogar übertriebene?) Pflege und Betreuung notwendig?

Mit dieser Frage nach dem „Für wen?“ stoßen wir genau auf den Personenkreis, um den es sich bei der Diskussion „Sterbebegleitung-Sterbehilfe-Palliativmedizin“ dreht: um die unheilbar Erkrankten, deren Krankheit keiner kausalen oder heilungsorientierten Therapie mehr zugänglich ist, die oftmals lange und belastende Therapien hinter sich gebracht haben, aber jetzt feststellen müssen, daß Sie dem Fortschreiten ihrer Erkrankung nichts entgegensetzen können, daß sie ihr unterlegen sind.

Wir beobachten bei Patienten im weit fortgeschrittenem Stadium und eng begrenzter Lebenserwartung 4 Phasen, die durch unterschiedliche Krankheitssymptome und entsprechend ausgerichtete therapeutische Schritte charakterisiert sind. Diese Definition der letzten Lebensphasen orientiert sich an den noch möglichen Aktivitäten des Patienten und an der geschätzten zeitlichen Prognose:

a) Rehabilitationsphase:

Der Patient kann trotz der fortgeschrittenen Krankheit durch palliative Therapie weitgehend wieder in sein normales gesellschaftliches Leben eingegliedert werden. Die Prognose beträgt in der Regel viele Monate bis Jahre.

b) Präterminalphase:

Der Patient zeigt deutlich sichtbare Symptome. Die meisten Beschwerden können durch umfassende Symptomenkontrolle zufriedenstellend gelindert werden, allgemeine Zeichen des nahenden

Lebensendes bleiben jedoch und schränken seine Möglichkeiten des aktiven Lebens ein. Prognose: mehrere Wochen (bis Monate).

c) Terminalphase:

Patient ist unmittelbar an der Grenze seines Lebens zum Tod. Er ist die meiste Zeit oder dauernd bettlägerig, zieht seine Aufmerksamkeit immer mehr von der irdischen Welt zurück, nimmt Abschied. Prognose: wenige Tage bis Wochen.

d) Finalphase:

Der Patient liegt im Sterben, am äußersten Endpunkt seines Lebens angelangt. Der Todeseintritt ist in einigen Stunden bis zu einem Tag zu erwarten.

Diese Phasen der Erkrankung, diese Lebensphasen in der Endzeit des Lebens geben nur eine grobe prognostische Orientierung, erhebliche Abweichungen der Zeitspannen und auch unerwartete Wechsel innerhalb der Phasen sind möglich. Auch aus diesen Gründen ist davon abzuraten, einen erwarteten Zeitpunkt des Todes zu nennen.

Zu jedem Zeitpunkt innerhalb dieser Phasen kann es zu Äußerungen des Todeswunsches, zur Aufforderung der aktiven Lebensbeendigung kommen. Meist geschieht dies in der präterminalen Phase, seltener während der Rehabilitations- und Terminalphase.

Nur ein kleiner Anteil dieser Erkrankten wird im Verlauf keine gravierenden körperlichen oder seelischen Symptome entwickeln, der weitaus größere Teil wird zumindest zeitweise an nicht unerheblichen Problemen wie Schmerzen, Übelkeit, Schwäche, Appetitlosigkeit oder Depressionen, Angst und Hoffnungslosigkeit leiden. Bei Aufnahme auf der Palliativstation leiden ca. 80% der Patienten an körperlicher Schwäche und Schmerzen, ca. 70% an Appetitlosigkeit, ca. 60% an Übelkeit/Erbrechen, ca. 40-50% an Obstipation [Stuhilverstopfung], Schlaf-

störung, Dyspnoe [Atemnot] und Husten. (Zahlen von der Palliativstation der Uni Köln).

Dieses sind die Arbeitsfelder einer palliativen Medizin und Pflege: mit Empathie zur Seite stehen, Symptome zu lindern oder gar aufzuheben, bei der Bewältigung letzter Aufgaben in der Terminalphase des Lebens zu helfen - für den Patienten selbst und für sein soziales Umfeld, seine Angehörigen. Zur Erfüllung dieser Aufgaben, zur umfassenden Betreuung dieser Menschen in ihrer extremen Lebenssituation ist eine zeitaufwändige und besonders geschulte Begleitung von Nöten. Jeder der Betroffenen ist ein Individuum, das eine ihm individuell angeglichene Wahrnehmung erwartet. Wenn wir den Patienten ganzheitlich betreuen wollen, dann müssen wir ihm in seinem Rahmen begegnen.

Doch kommen wir zurück zu unserem Ausgangspunkt „Sterbebegleitung, Sterbehilfe- was kann Palliativmedizin leisten?“

Hier müssen wir uns auch die Fragen stellen: Wie steht unsere Gesellschaft zu der individuellen Entscheidung über das eigene Leben, den eigenen Tod? Welche Rolle spielen das Sterben und der Tod überhaupt in unserer Gesellschaft?

Halten wir fest: Die Einzigartigkeit jedes Menschen ist in unserer Gesellschaft durch das Grundgesetz garantiert, wir geben uns einen gesetzlichen Rahmen, um diese Rechte zu schützen. Hierbei nimmt der Schutz des Lebens höchste Priorität ein, d.h. die Tötung eines Menschen, auch auf sein ausdrückliches Verlangen steht unter Strafschutz.

Was ist mit SELBSTTÖTUNG? Nach unseren Gesetzen ist der Versuch (und die erfolgreiche Durchführung) straffrei; in der Türkei und anderen Ländern z.B. steht der Suizidversuch unter Strafe. Nach unserem christlichen Glauben wird das Leben von Gott geschenkt und wieder genommen, es unterliegt nicht unserer Verfügbarkeit. Der Freitod oder Selbstmord sind nicht zugelassen, wiewohl es Grenz-Situationen der seelischen Verfassung und des menschlichen Leidens

gibt, in denen der gewählte Freitod/Selbstmord nicht verurteilt werden.

Ähnliches gilt auch für die anderen großen Religionsgemeinschaften; sowohl im Judentum, im Islam und im Buddhismus zählt die Selbsttötung zu den großen Sünden.

Was ist mit Sterbehilfe? Ist diese unter allen Umständen durch Strafe verfolgt? Hierzu müssen wir verschiedene Formen der Sterbehilfe unterscheiden:

1. passive Sterbehilfe: Sie ist die Entscheidung des Arztes bei einem sterbenden, nicht autonomen Patienten, entweder auf eine sterbensverlängernde Therapie zu verzichten oder eine bereits begonnene sterbensverlängernde Therapie zu unterbrechen. Das Ziel dieser Maßnahme ist es, einem schwerkranken, sterbenden Menschen die Möglichkeit zu geben, an seiner Krankheit zu sterben - ihn sterben zu lassen.

Statt passive Sterbehilfe wäre der Begriff *Sterbenlassen* verständlicher. (...und vielleicht eine bessere Abgrenzung zur aktiven Sterbehilfe.)

2. indirekte Sterbehilfe: Sie ist die unbeabsichtigte, aber als unvermeidliche Nebenfolge in Kauf genommene Beschleunigung des Todeseintrittes durch schmerzlindernde Medikamente. Die Schmerztherapie muß dem Patientenwillen entsprechen, ärztlich geboten sein und darf den Tod nur um „kurze Zeit“ beschleunigen.

Die Ermöglichung eines Todes in Würde und Schmerzfreiheit gemäß dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen ist ein höherwertiges Rechtsgut als die Aussicht, unter schwersten Schmerzen, insbesondere so genannten Vernichtungsschmerzen, noch kurze Zeit länger leben zu müssen. (Urteil des Bundesgerichtshofes Nov. 1996)

3. aktive Sterbehilfe: Sie ist das aktive, bewußte ärztliche Eingreifen zur Beendigung des Lebens auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten.

ten. Ziel der Handlung ist es, den schnellen Tod herbeizuführen - zu töten.

Wie wir gesehen haben, besteht eine subtile Differenzierung des Begriffes „Sterbehilfe“, unsere Rechtsprechung erlaubt in genau definierten Situationen eine Inkaufnahme des Todes durch Unterlassen von medizinischen Hilfemaßnahmen oder Inkaufnahme des Todes durch nicht intendierte Wirkung einer unvermeidbaren Behandlung, so z.B. die Lebensverkürzung durch symptomorientierten Einsatz von Schmerzmitteln (Passive und indirekte Sterbehilfe sind also gesetzlich erlaubt, aktive Sterbehilfe verboten).

Nach der kurzen Darstellung unserer Rechtslage (im Übrigen gestützt durch die Standesvertretungen der medizinischen Berufe und durch unsere Religionsgemeinschaften) möchte ich Sie über die Besonderheiten der niederländischen Gesetzgebung informieren:

Seit dem „Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung“ (in Kraft getreten zum 01. 04.2002) wird dort auf eine Bestrafung aktiver Sterbehilfe unter besonderen Bedingungen verzichtet (Strafausschließungsgrund).

Das Gesetz fordert:

- a) Bitte des Patienten freiwillig und nach reichlicher Überlegung
- b) Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich
- c) Patient ist über Situation und Aussichten aufgeklärt
- d) Arzt und Patient sind gemeinsam zur Überzeugung gelangt, daß es für dessen Situation keine andere annehmbare Lösung gibt

- e) Mindestens ein anderer, unabhängiger Arzt zu Rate gezogen (dieser untersucht den Patienten und nimmt schriftlich zu den unter Punkt a bis d genannten Sorgfaltskriterien Stellung)
- f) Bei der Lebensbeendigung oder bei der Hilfe bei der Selbsttötung wird mit medizinischer Sorgfalt vorgegangen.

Regionale Kontrollkommissionen: Die Kommission besteht aus einer ungeraden Zahl von Mitgliedern, darunter in jedem Fall ein Jurist, der zugleich Vorsitzender ist, ein Arzt und ein Sachkundiger in Ethik- oder Sinnfragen. Die Ernennung erfolgt durch Minister für die Dauer von 6 Jahren, einmal sind die Kommissionsmitglieder wieder ernennbar.

Die Kommission beurteilt aufgrund der Meldung, ob der Arzt, der die Lebensbeendigung auf Verlangen vorgenommen oder Hilfe bei der Selbsttötung geleistet hat, die o. g. Sorgfaltskriterien eingehalten hat.

Beurteilung durch die Kommission binnen 6 Wochen an den Arzt.

Die Kommission setzt das Kollegium der Generalstaatsanwälte und die regionale Gesundheitsinspektion von ihrer Beurteilung in Kenntnis, wenn der Arzt nicht die o. g. Sorgfaltskriterien eingehalten hat.

Die Klärung, ob ein Strafausschließungsgrund vorliegt erfolgt also erst NACH der Lebensbeendigung.

Im Unterschied zu unserer Deutschen (und auch der meisten anderen Staaten der EU) Rechtsprechung wird also in den Niederlanden und Belgien von einer Strafverfolgung nach Tötung auf Verlangen unter Wahrung differenzierter Qualitätsmerkmale verzichtet.

Wir müssen davon ausgehen, daß die Diskussion um aktive Sterbehilfe in unserer Gesellschaft an Dynamik zunehmen wird, sie wird auch

sicher immer wieder durch spektakuläre Einzelschicksale (z.B. Diane Pretty) neu entfacht werden; dies ist auch gut so, wenn es einer tiefen Konsensfindung dient.

Diese Diskussion darf aber nicht nur eine Erörterung der Sterbehilfe sein, sie muß zeigen, ob Alternativen bestehen. Die Frage muß lauten: Was führt diesen Menschen zu seinem Todeswunsch? Was soll hiermit beendet werden? Können wir diesen Ursachen etwas entgegensetzen, gibt es Hilfe zur Überwindung des Leides?

Auf der Palliativstation werden wir immer wieder einmal mit dem Todeswunsch konfrontiert, manchmal auch mit der direkten und offenen Bitte um aktive Sterbehilfe. In all diesen Fällen, an die ich mich zurückerinnern kann, standen die Betroffenen unter einer akuten Belastung, die ihnen unerträglich geworden war. Häufig war es eine unzureichende Schmerztherapie oder die Sorge, daß eine Schmerzbehandlung begrenzt sein könnte, also die Angst vor einem wiederkehrenden Schmerz. Manches Mal war es auch die Trauer um den Verlust der gewohnten Fähigkeiten oder Funktionen innerhalb des Familienverbandes, der Rollenverlust.

Immer war die Verzweiflung extrem, immer war der Todeswunsch von einer tiefen Störung des Selbstwertes begleitet.

Unser Ansatz auf der Palliativstation ist es, diese Extremsituation zu erkennen und zu entschlüsseln, um hieraus Lösungen abzuleiten, die das Leben wieder erträglich machen.

Wir erfahren immer wieder, daß durch eine gute Symptomenkontrolle, daß durch eine einfühlsame Annahme des Menschen in seinen Nöten, daß durch solidarische Unterstützung bei der Lösung von Problemen aller Lebensbereiche ein zuvor geäußertes Todeswunsch wieder in den Hintergrund tritt, das Leben - auch in seiner oft erheblich eingeschränkten Form - wieder bejaht wird. Dennoch müssen wir uns auch darüber im Klaren sein, daß dies nicht bei allen Patienten gelingt und

diesen Menschen gilt meine Zerrissenheit in der Frage, ob wir aktive Sterbehilfe kategorisch ablehnen dürfen. Müssen wir uns eingestehen, daß es Situationen geben kann, wo wir mit unserer Verweigerung, etwas in aktiver Form zu tun, einem Menschen die Würde seiner letzten Entscheidung nehmen??

Ich trage eine hohe Sicherheit in mir, daß wir das Leben in höchstem Maße zu schützen verpflichtet sind und ich bin mir sicher, daß wir Gesetze brauchen, die diesen Schutz regeln und garantieren. Es bleibt mir jedoch ein Zweifel, ob nicht (Extrem-) Situationen möglich sind, an denen dieser Grundsatz aufgehoben sein könnte.

Doch auch trotz des Zweifels sehe ich zur Zeit für mich nur eine richtige Entscheidung: Unser Weg muß die STERBEBEGLEITUNG und nicht die aktive Sterbehilfe sein. Dies in Würde zu erreichen ist eine aufwändige Aufgabe und eine große gesellschaftliche Herausforderung; sie braucht viel Kraft, Kompetenz und eine stabile, tragfähige Unterstützung. Wir brauchen einen weiteren Ausbau von Palliativ - Einrichtungen in stationärer und ambulanter Form, wir brauchen eine anhaltende Diskussion über das Leben, das Sterben und den Tod

Die Hospizbewegung

„Jeder, der geht, belehrt uns ein wenig über uns selbst. Kostbarster Unterricht an den Sterbebetten.“ (Hilde Domin)

Dieser Satz, so *Christa Nickels*, sei eine Herausforderung für die Angehörigen und die Pflegenden:

„Denn allzu oft ist das Mitleid mit einem unheilbar Kranken nur vorgeschoben: Nicht er selbst hält seinen Zustand für unzumutbar, sondern seine Umgebung fühlt sich überfordert. Und allzu oft ist es nur die Angst vor der Sinnleere des einsamen Sterbens in einem anonymen Krankenhausbetrieb, der die Forderung nach einer vorzeitigen Beendigung des Lebens auslöst. Das zeigen auch die Ergebnisse einer Umfrage, die die *Deutsche Hospiz-Stiftung* im vergangenen Jahr [2000] in Auftrag gegeben hat. Vorangegangen waren Meldungen, denen zufolge eine große Mehrheit der Deutschen Euthanasie befürwortet. Die alternative Umfrage dagegen zeigte, daß die Menschen nur dann für aktive Sterbehilfe sind, wenn sie über andere Möglichkeiten nicht informiert sind. Sobald die Befragten mehr erfahren über die Möglichkeiten der Schmerztherapie und über die Vermeidung von Einsamkeit, stimmt nur noch eine Minderheit von ihnen für Euthanasie.“

Stiefkind Schmerztherapie

Heute werden PALLIATIVMEDIZIN und HOSPIZ meist in einem Atemzug genannt. Während sich letztere bereits seit geraumer Zeit als eigenständige Einrichtungen etabliert haben, sind die Palliativstationen in der Regel erst neueren Datums und den Kliniken eingegliedert. Die Schmerztherapie ist in Deutschland noch weitgehend ein Stiefkind und kommt erst langsam zur Entfaltung.

Als erste Uni hat das Klinikum der LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT in München im Januar 2003 PALLIATIVMEDIZIN ALS PFLICHTFACH in die Ausbildung für angehende MedizinerInnen aufgenommen. Die neue deutsche Approbationsordnung, die seit Oktober 2002 in Kraft ist, schreibt Palliativmedizin zumindest als Wahlpflichtfach für alle medizinischen Fakultäten verbindlich vor. Am Münchner Universitätsklinikum Großhadern entstehen derzeit aus Mitteln der Krebshilfe ein Palliativzentrum und eine dazugehörige Akademie, die im Frühjahr 2004 eingeweiht werden sollen. Eine weitere Akademie wird derzeit in Dresden errichtet. Seit 25 Jahren besteht bereits das Mildred-Scheel-Haus in Köln, die erste moderne Palliativstation Deutschlands. DIE MILDRED-SCHEEL-AKADEMIE arbeitet eng zusammen mit dem Aus- und Fortbildungszentrum für Palliativmedizin am Malteserkrankenhaus in Bonn.

Für mehr Palliativstationen in Deutschland hat sich der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, *Eberhard Klaschik*, auf dem Deutschen Ärztetag in Köln ausgesprochen. „Wenn wir ein Bollwerk gegen die Euthanasie setzen wollen, müssen wir eine flächendeckende Versorgung für Sterbenskranke gewährleisten“, sagte Klaschik, der deutschlandweit erster Lehrstuhlinhaber für diesen Medizinbereich ist. Mit 16.000 Patienten in Palliativstationen 2002 im Vergleich zu 40 im Jahr 1984 habe die Entwicklung zwar Fortschritte gemacht. Dennoch gebe es große Lücken im stationären und ambulanten Versorgungsnetz.

Klaschik kritisierte, dass die Finanzierung im ambulanten Bereich durch die Einführung des neuen Vergütungssystems für Krankenhäuser extrem gefährdet sei.

Cicely Saunders und die Hospizbewegung

„Ihr Name ist in Deutschland nicht sonderlich bekannt. Und doch zählt *Cicely Saunders* zu den Menschen, die Europa im 20. Jahrhundert stark verändert haben. Denn die britische Ärztin, die am 22. Juni 2003 85 Jahre alt wurde, gilt als Mutter der Hospizbewegung, die von London aus um die ganze Welt ging.

Ihre ersten Erfahrungen mit dem Tod machte die anglikanische Christin als Krankenschwester im Zweiten Weltkrieg. Die Studentin der Philosophie und der Wirtschaftswissenschaften erlebte in den Lazaretten, wie das Personal sterbenden Soldaten nichts außer persönlicher Zuwendung geben konnte. Auch nach dem Krieg arbeitete sie nachts als Sterbebegleiterin in Krankenhäusern. Mit einem ihrer Patienten, einem polnisch-jüdischen Emigranten namens David Tasma, entwickelte sie 1948 die Idee eines Heims, in dem Menschen fern des Krankenhauses sterben können.

Die Idee gewann erste Anhängerinnen: Die Schwester Oberin eines katholischen Hospitals vertraute Saunders an, dass sie Morphium zur Schmerzlinderung bei Krebspatienten verwende. Der Chefarzt des Krankenhauses ermutigte Saunders, Medizin zu studieren. Sie stürzte sich in die Forschung und wollte den „Mythos“ von Morphium als einer „medizinisch unbrauchbaren Droge“ widerlegen. 1962 bewies sie, dass Patientinnen bei einer geeigneten Dosis oft ein ganz normales Leben führen können, ohne Suchtprobleme. Die Mittel seien regelmäßig zu verabreichen, schrieb die Ärztin in einer Fachzeitschrift. Wenn ein Kranker seine persönliche Dosierung routinemäßig erhalte, „fühlt er sich weniger abhängig, und zwar vom Personal wie vom Mittel selbst“. Das sei sehr wichtig, „denn die Unabhängigkeit und die Freiheit des Patienten muss unter allen Umständen erhalten bleiben“.

Mit dem ST. CHRISTOPHER-HOSPIZ in London schuf Saunders schließlich 1967 einen Ort, wo Sterbende ihre letzten Tage in Frieden verbringen können. 1987 wurde die Palliativmedizin in Großbritannien Fachdisziplin, und Saunders wurde von der Queen geadelt.

In Deutschland ist es die HOSPIZBEWEGUNG, die seit den 90er Jahren immer mehr Anhängerinnen gewinnt und vor allem von den beiden großen Kirchen gefördert wird. Ihr Ziel ist, Sterbenden bis zuletzt ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben, möglichst schmerzfrei und in vertrauter Umgebung, zu ermöglichen. 900 ambulante Hospiz-Initiativen, 30.000 bis 40.000 ehrenamtliche Hospizhelferinnen, etwa

90 stationäre Hospize und rund 70 auf Schmerzbekämpfung spezialisierte Palliativstationen in Krankenhäusern registriert die 1992 gegründete BAG Hospiz.

Derzeit spürt die Hospizbewegung auch politischen Rückenwind: Seit der Entscheidung der Niederlande und Belgiens, aktive Sterbehilfe zuzulassen, bemerke sie, dass Politiker, Wohlfahrtsverbände oder Krankenkassen alles daransetzten, die Situation sterbenskranker Menschen zu verbessern, sagt die Vorsitzende der Hospiz Gemeinschaft, *Gerda Graf*. Dennoch will die Bewegung an einer vornehmlich ehrenamtlichen Begleitung Sterbender festhalten. In einer Vollfinanzierung läge „die Gefahr der Gettoisierung“, beschwört Graf die Dynamik der Bewegung. „Dann gäbe es neben Krankenhaus und Altenheim eine weitere Institution für Sterbenskranke. Und das wollen wir nicht.“ (entnommen aus: kfd-direkt, August 2003, S. 6)

In Deutschland ist es der Verein „OMEGA – MIT DEM STERBEN LEBEN e.V.“, der verstärkt über die Palliativmedizin und Möglichkeiten der Sterbebegleitung informieren will. Der Verein wurde 1985 von der Ärztin *Dr. Petra Muschawak* aus Hannoversch Münden initiiert.

Ende September 2003 feierte das erste Kinderhospiz in Deutschland, das HOSPIZ „BALTHASAR“ in Olpe, sein 5-jähriges Bestehen. Es wird von der Gemeinnützigen Gesellschaft der Franziskanerinnen von Olpe getragen und hat in dieser Zeit rund 250 schwer kranke und pflegebedürftige Kindern sowie deren Familien betreut. Rund 70 Kinder sind seit der Gründung von „Balthasar“ im Kinderhospiz verstorben.

„Im Sterben die Vision des Lebens stärken“

Zur spirituellen Begleitung Schwerkranker und Sterbender

Werenfried Wessel

Der Autor ist Franziskaner, war bis Januar 1997 Leiter des Katholischen Forum Dortmund, einer „franziskanischen Initiative für Menschen auf der Suche. Seitdem ist er in der Hospizarbeit engagiert. Ein Schwerpunkt seiner Aufgaben ist die Präsenz auf der Palliativstation des St. Johannes-Hospitals in Dortmund.

Krankheit, Sterben und Tod werfen Fragen auf, die uns betreffen wie nichts sonst. In diesen Fragen geht es buchstäblich um unsere Existenz: Wer bin ich? Wer bin ich jetzt noch? Wer bleibt bei mir? Was ist noch an Unversöhntem in mir? Was geschieht mit mir im Sterben? Was kommt nach dem Tod? Kommt überhaupt etwas? Gibt es auch für mich einen gütigen Gott? Es sind intime Fragen, die nur in einem Klima des Vertrauens ausgesprochen werden. Fast immer sind sie mit Unsicherheit und Ängsten verbunden, aber jeder hat sie, ganz gleich, ob er „glaubt“ oder „nicht glaubt“. Da sich für jeden in radikaler Weise die Sinnfrage stellt, haben Sterben und Tod im weitesten Sinn immer auch eine theologische und spirituelle Dimension.

Es geht um den ganzen Menschen

Viele kümmern sich um die Kranken einer Palliativstation: Ärzte, Schwestern, Pfleger, Therapeuten, ehrenamtlich Engagierte. Es ist ein Auftrag, der nur im Team zu leisten ist. Wichtig bleibt: Wenn alle auch

spezifische Funktionen haben, so geht es doch immer um den ganzen Menschen. Die Klage, die nicht verstummen will, lautet: In unseren modernen Kliniken wird nur der halbe Patient behandelt. Die Seele bleibt auf der Strecke. Natürlich ist das ein Pauschalurteil, das so nicht stimmt. Es geht auch nicht darum, die oft abfällig zitierte „High-tech-Medizin“ zu verdächtigen. Sie kann gar nicht professionell genug sein. Wer von uns wünscht sich im entscheidenden Moment nicht kompetente „Fachleute“ und die besten „Apparate“?

Ziel der schmerzlindernden Palliativmedizin (pallium, lat. der Mantel) ist, dem Patienten gleichsam einen schützenden Mantel umzulegen und ihm bis zum Schluss ein Maximum an Lebensqualität zu erhalten. Gerade deshalb bleibt für den Kranken die Frage: Wer kümmert sich um meine „Seele“? Mit wem teile ich meine Ängste und Verzweiflung? Wer stärkt meine Hoffnung?

„Alle Patienten haben in den Grenzsituationen des Lebens das Bedürfnis, Probleme, Fragen, Befürchtungen, Gefühle und Ängste mit jemandem zu teilen. Diesen Dingen Raum zu geben, ist eine Aufgabe für alle, die diese Patienten betreuen, und dies ist unabhängig von deren religiösen Einstellungen.“ (Stein Husebo)

Was meinen „Spiritualität“ und „spirituelle Begleitung“?

Spirituelle Begleitung meint nicht, lediglich Bibelworte zu zitieren oder gar „fromme Sprüche“ zu machen. Meint auch nicht, seelsorgliche Begleitung zu reduzieren auf das Spenden von Sakramenten. Vielleicht hat der Kranke dazu gar keinen Zugang mehr oder noch nicht wieder. Spirituelle Begleitung ist weiter zu fassen. Sie meint eine innere Grundhaltung, die Arzt, Schwester, Pfleger und natürlich auch der Seelsorger zu entdecken und zu leben versuchen: Der Achtsamkeit, des Mitgefühls (compassion), der Ehrfurcht, der Demut, der Geduld. Es geht um die Art und Weise, wie jemand konkret den Kranken wahrnimmt und annimmt. Spiritualität ist auch umfassender als Religion und Konfession. Sie will nicht bekehren. Sie respektiert die Freiheit des anderen. Sie sagt

nicht: Ich habe die Wahrheit. Vor jeder Dogmatik und Moral steht die Frage: Was ist dein Weg? Wie kann ich dir, helfen, zu deiner „Gestalt“ zu finden? Sie vertraut darauf, dass es letztlich so viele Wege zu Gott gibt, wie es Menschen gibt.

Gott nicht auslassen

Das meint nicht, dass wir nicht gleichzeitig zu beachten hätten, was im 1. Petrusbrief gesagt ist: „Seid stets bereit, jedem Rede und Antwort zu stehen, der nach der Hoffnung fragt, die euch erfüllt“ (1 Petr 3,15). Wir sollen es „bescheiden und ehrfürchtig“ tun, aber durchaus auch mit dem Mut zur Ausdrücklichkeit.

Eingebettet in eine Beziehung zwischen Seelsorger und Kranken, die gekennzeichnet ist von Vertrauen und menschlicher Nähe, werden auch die Sakramente als heilende und stärkende Kraft erfahren. In der christlichen Tradition sind es vor allem drei: Beichte, Krankensalbung und Abendmahl. Riten haben im Abschieds- und Trauerprozess eine entlastende Funktion. Der menschliche Trost wird noch einmal auf eine andere Ebene gehoben. Sakramente als Zeichen der Hoffnung in einer Situation, die von vielerlei Ängsten und Schmerzen geprägt ist. Nicht von ungefähr wird die Krankenkommunion von alters her auch als „viaticum“, als „Wegzehrung“ bezeichnet. Die Erfahrung zeigt, dass auch das Sakrament der Krankensalbung dem Kranken in auffallender Weise eine tiefe innere Ruhe vermitteln kann. Der menschliche Trost verbindet sich mit der Verheißung des Glaubens.

Es kann also nicht darum gehen, gleichsam „Gott auszulassen“ (Fulbert Steffensky), seinen oftmals fremden und dunklen, aber auch rettenden Namen zu verschweigen. Angesichts von Krankheit und Tod wäre solche Theologievergessenheit fatal. Mit der Person des Seelsorgers verbindet sich häufig die spezifische Erwartung, eine religiöse Deutung der Situation von Krankheit und Tod vermittelt zu bekommen. „Nicht um katechismusartig Antworten zu liefern, wohl aber um empfänglich für das ‘Dahinter’ zu sein: Wenn Sterbende, Angehörige, Ärztin-

nen und Krankenschwestern sich mitteilen, kommt es darauf an, zu verstehen und 'übersetzen' zu können, was sie dabei von ihrem Gott erzählen, ihren Himmelsträumen und Höllenängsten.“ (Angelika Presler)

Hilfe ist also nicht nur die lindernde Medizin, die gelungene Operation, der emotionale Kontakt, Hilfe ist im Kontext all dessen auch die bezeugte Hoffnung, der religiöse Trost, der nicht vertröstet.

Mit der ganzen Person

Die griechische Bibel verwendet für das Wort „trösten“ das Wort „parakalein“. Das bedeutet: herbeirufen, ermuntern. Trösten, ermuntern kann nur ein Wort, das von Herzen kommt und zu Herzen geht. Dann ist es wie ein Lichtblick, der einen neuen Horizont eröffnet. Trotzdem ist das, was tröstet, letztlich nicht das Wort, sondern der ganze Mensch und seine Glaubwürdigkeit. Deshalb kann wohl auch nur der trösten und begleiten, der auch bei sich selber Leid, Tod und Trauer zulässt. Was ich bei mir selber verdränge, kann ich auch bei anderen nicht auffangen. „Die Tränen dieser Erde werden nur getrocknet von denen, die selber weinen können“, so *Peter Lippert*. Und *Augustinus* fragt: „Was wissen die, die nicht gelitten haben?“ Dabei kann es im Verlauf der Begleitung auch schwierig sein, die nötige Distanz zu wahren und nicht vorschnell mit Deutungen aus dem eigenen Lebensmuster zu reagieren. Der Dichter und Theologe *Martin Gutl*: „Um jeden Preis helfen wollen. Den anderen Leid erspart. Dadurch ihr Wachsen verhindert.“ Mit anderen Worten: Der Begleiter kann dem Kranken nichts abnehmen, was zu dessen ureigenstem Weg gehört, all das, was oft auch nur unter Schmerzen zu erleiden ist. Seine mitfühlende, verstehende Anteilnahme aber kann inneres Wachstum fördern, manchmal überhaupt erst möglich machen.

Den Tod als Freund sehen

Gelassen dem Tod begegnen, ihn als „Frucht“ eines ganzen Lebens sehen, - inwiefern kann dabei auch der Glaube helfen? Manche sagen: Wenn man wirklich glauben würde, dürfte man ja eigentlich keine

Angst haben. Der Meinung bin ich nicht. Der Glaube, das tiefe Vertrauen, einmal nicht ins Nichts zu fallen, kann eine tragende Kraft sein, aber das nimmt einem Menschen nicht automatisch alle kreatürliche Angst. Die Frage, die in diesem Zusammenhang auch wichtig sein mag: Welches Bild hat jemand vom Tod?

Ist der Tod nur „Mörder“, Sensenmann, nur Todfeind? Oder kann er nach und nach auch zum Begleiter werden, zum Erlöser, zum „Bruder“, wie Franziskus ihn im „Sonnengesang“ nennt?

Eine andere, tiefere Dimension des Lebens und Sterbens zur Sprache zu bringen hieße zugleich, in der Begleitung von Kranken und Sterbenden immer auch mit der Frage konfrontiert zu werden, was unser eigener tragender Grund ist, was wir selber glauben, hoffen und lieben.

Im Sterben die Vision des Lebens stärken kann vieles bedeuten. Der Kranke würde es vielleicht so ausdrücken:

- Bleib bei mir. Lauf nicht weg. Nie habe ich dich so gebraucht wie jetzt.
- Du musst mich nicht unterhalten. Schweigen ist wichtiger als reden.
- Ich bin voller Fragen. Weiche meinem Fragen nicht aus, auch wenn du keine Antwort weißt.
- Sagt mir die Wahrheit. Ich ahne sie sowieso.
- Und bedenke: Nicht nur mein Körper, auch meine Seele leidet.
- Scheue dich nicht, mit mir zu beten, wenn du es vermagst. Dein Gebet wurde mir helfen, vor allem, wenn ich nicht mehr beten kann.
- Ich glaube nicht an die Auferstehung als Wiederbelebung eines Leichnams. Ich glaube auch nicht, dass ich auf dem Friedhof sein werde, auch wenn man mich dort begräbt. Aber ich würde gern deine Hoffnung teilen: Nichts ist umsonst. Nichts geht verloren.

Verabschiedungsritus für Verstorbene im Hospiz

Martin Lütticke

Ich arbeite als Seelsorger im JOHANNES-HOSPIZ IN MÜNSTER, einem Haus für die Pflege von acht schwerstkranken und sterbenden Menschen. Wenn bei uns im Hospiz ein Mensch stirbt, was etwa einmal pro Woche geschieht, dann ist es uns wichtig, dass wir uns von dem Toten verabschieden können, bevor er das Haus verlässt.

Für diese Verabschiedungsfeier hat sich folgendes Ritual herausgebildet:

Die Verabschiedung findet im Zimmer des Verstorbenen am nächsten Mittag vor der Übergabe von der Frühschicht zur Spätschicht statt. Neben den Mitarbeitern werden auch die engsten Angehörigen oder Freunde des Verstorbenen eingeladen. Der Tote liegt aufgebahrt in seinem Bett. Im Zimmer brennt eine Osterkerze.

Wenn wir das Zimmer betreten, hören wir ein Musikstück, oft ein Lieblingsstück des Verstorbenen. Jeder der Anwesenden bekommt ein Teelicht, das wir in aller Ruhe nacheinander an der Osterkerze anzünden. Das kann in aller Stille geschehen, oder indem wir persönliche Erinnerungen an den Verstorbenen und Dinge, die uns in der gemeinsamen Zeit besonders wichtig geworden sind, laut aussprechen. Dieses Sich-Erinnern und Erzählen geschieht in der Regel in der direkten Ansprache an den Verstorbenen. Anschließend beten wir, wo es passend ist, als Abschluss der Verabschiedungsfeier ein Vater unser miteinander.

Im Folgenden möchte ich zwei Beispiele für solche 'Kurzansprachen' geben, die ich im Rahmen einer Verabschiedungsfeier eingebettet in die Worte der anderen Mitarbeiter und der Angehörigen gehalten habe:

HERR S., ich möchte dieses Licht anzünden, mit der Bitte, dass es Ihnen auf Ihrem Weg zu Gott leuchten möge.

Vier Wochen durften wir Ihren Weg hier im Hospiz mitgehen. Wir haben uns oft gesehen, aber gar nicht so viel miteinander geredet. Ich glaube, Sie waren kein Mann der großen Worte, vieles haben Sie ohne viele Worte mitgeteilt.

Ich erinnere mich besonders an eine Kommunionfeier hier im Zimmer, vor etwa einer Woche. Ich habe Sie gefragt: 'Herr S., wofür sollen wir denn beten?' Und Sie haben geantwortet: 'Ach, Br. Martin, das wissen Sie doch.' Mehr brauchten Sie nicht zu sagen. Und wir konnten dann ganz unbefangen darum beten, dass Sie bald sterben dürfen, dass Gott Sie bald zu sich holt. Jetzt haben Sie es geschafft, Herr S.

Und ich erinnere mich an das letzte Mal, dass ich vor Ihrem Tod hier im Zimmer war. Das war vorgestern und ihre Tochter war dabei. Sie haben die Kommunion empfangen und wir haben gebetet. Und ich glaube, wir haben beide gespürt, wie wichtig Ihnen das war, ohne dass es vieler Worte bedurft hätte.

Herr S., Danke für alles, was Sie uns hier geschenkt haben durch Ihre stille und zurückhaltende Art. Ich wünsche Ihnen Gottes Segen und dass sein Licht Ihnen leuchten möge.

FRAU S., Sie sind nur kurze Zeit hier gewesen, eine knappe Woche. Sie konnten nicht mehr sprechen und ich habe Sie nur schlafend erlebt.

Ich nehme von Ihnen mit, mit welcher Aufmerksamkeit und Liebe Ihr Mann mit Ihnen umgegangen ist. Er hat nie über Sie geredet, son-

dern immer mit Ihnen, auch dann, wenn er uns von Ihrem Krankheitsweg erzählt hat. Und einmal hat er einen Satz gesagt, der mich sehr angerührt hat. Es war wie eine Zusammenfassung Ihres Weges miteinander: 'Wo die Hilflosigkeit am Größten ist, da ist auch die Liebe am stärksten.' Dieser Satz wird mich sicher noch lange an Sie erinnern.

Ich bin sicher, dass Sie die Liebe Ihres Mannes bis zum Tod gespürt haben, und ich hoffe, dass auch wir hier im Hospiz Ihnen die Aufmerksamkeit geben konnten, die Ihnen gut getan hat.

Frau S., ich zünde diese Kerze an, damit das Licht Ihnen leuchte, und damit es auch Ihrem Mann leuchte und er neue Kraft für seinen Weg findet. Ich wünsche Ihnen Gottes Segen.

Das belgische und niederländische Euthanasie-Gesetz

Stefan Federbusch

Nachdem bereits in den Niederlanden am 1. April 2002 ein Euthanasie-Gesetz in Kraft getreten ist, ist dies auch in Belgien seit dem 23. September 2002 der Fall. Der gravierendste Unterschied beider Gesetze liegt darin, dass das belgische Sterbehilfe auch bei Patienten erlaubt, die zwar an einer unheilbaren Krankheit leiden, nicht aber in absehbarer Zeit sterben werden. Es ist damit das derzeit liberalste Gesetz zur Tötung auf Verlangen und wurde mit 86 zu 51 Stimmen vom belgischen Parlament mit der Regierungsmehrheit aus Liberalen, Sozialdemokraten und Grünen verabschiedet.

Zugleich hat das belgische Parlament auch ein Gesetz zum Ausbau der sterbebegleitenden Medizin, der so genannten Palliativmedizin verabschiedet (92 Ja-Stimmen bei 54 Enthaltungen).

Im belgischen Euthanasie-Gesetz wird unter „Euthanasie die durch einen Dritten ausgeübte Handlung verstanden, die absichtlich dem Leben einer Person auf deren Verlangen hin ein Ende setzt“.

Vergleich zwischen niederländischer und belgischer Gesetzgebung

Ebenso wie in Holland soll Euthanasie in Belgien dann straffrei bleiben, wenn der Wunsch nach lebensbeendenden Maßnahmen von einem an einer unheilbaren Krankheit leidenden Patienten bei Bewusstsein mehrfach und freiwillig schriftlich oder vor Zeugen geäußert wird. Von der aktiven Sterbehilfe ausgenommen sind also Demenzkran-

ke. Eine schriftliche Willensbekundung darf nicht älter als fünf Jahre sein und kann jederzeit widerrufen werden. Zudem sind mehrere Gespräche des Arztes mit dem Patienten verpflichtend. Dabei muss der Kranke über seinen Zustand, die mögliche weitere Behandlung und die mögliche sterbebegleitende Versorgung informiert werden. Der behandelnde Arzt hat einen weiteren Kollegen zu konsultieren, der den um Sterbehilfe Bittenden untersucht und mit ihm spricht.

Im Unterschied zum holländischen Gesetz ist aktive Sterbehilfe auch „in Folge eines Unfalls oder einer unheilbaren Krankheit“ sowie im Falle eines „dauernden und unerträglichen [psychischen] Leiden“ erlaubt sowie bei einem unabsehbaren Ende der Leidenszeit.

Darüber hinaus lassen sich weitere Unterschiede feststellen. Das belgische Gesetz ist im Unterschied zum niederländischen nicht im Strafgesetzbuch lokalisiert. Es regelt nur die aktive Sterbehilfe, das heißt die aktive Tötung auf Verlangen, nicht aber den medizinisch assistierten Suizid. In den Niederlanden wird ethisch und rechtlich keine Unterscheidung zwischen aktiver Tötung und assistiertem Suizid getroffen.

Gemeinsam ist beiden Gesetzen, aktive Sterbehilfe bereits im Voraus mit Hilfe einer Patientenverfügung zu verlangen. Dies gilt für Patienten, die aktuell nicht mehr kommunikations- und willensfähig sind. Eine solche selbst verfasste Verfügung darf nicht älter als fünf Jahre sein. Eine Problematik des belgischen Gesetzes liegt darin, dass es die Einsetzung von „Personen des Vertrauens“ ermöglicht, die aktive Sterbehilfe für den nicht mehr willensfähigen Patienten beantragen dürfen. Dies ist im niederländischen Gesetz nicht vorgesehen.

Die Kontrollkommissionen

Eine wichtige Frage bleibt die der Kontrolle. In beiden Verfahren ist vorgesehen, die aktive Sterbehilfe mit einer Kontrollkommission zu

überwachen. Diese wird allerdings erst nach vollzogener Tat aktiv. „Der belgische Arzt muß innerhalb von vier Tagen nach vollzogener aktiver Sterbehilfe den Vorfall mittels Formblatt an die zentrale Nationale Kontroll- und Evaluationskommission melden, die jeweils für vier Jahre einberufen wird. Diese Kommission setzt sich zusammen aus acht Ärzten, vier Juristen und weiteren vier Mitgliedern, die mit der Problematik aktiver Sterbehilfe vertraut sind. Kommt die Kommission zu dem Schluß, daß der Arzt nicht entsprechend den Vorschriften gehandelt hat, kann sie mit einer benötigten Zweidrittelmehrheit den Staatsanwalt einschalten. Im Gegensatz dazu muß der Arzt im niederländischen Modell den Euthanasiefall einer der insgesamt fünf regionalen Ethikkontrollkommissionen, bestehend aus jeweils einem Arzt, einem Juristen und einem ethisch versierten Mitglied, melden“ (Fuat S. Oduca).

Vergleich zwischen belgischer und niederländischer Euthanasiepraxis

Mit den Euthanasiegesetzen ist eine größere Transparenz angestrebt, denn sowohl in Belgien als auch in den Niederlanden war Tötung auf Verlangen gängige Praxis. So wurden beispielsweise 1993 in den Niederlanden 1318 Fälle aktiver Euthanasie gemeldet. 1995 haben 9760 Patienten ihren Arzt um Sterbehilfe gebeten, in 3600 Fällen kam der Arzt ihrem Verlangen nach. Dies entspricht einer Quote von 2,7 %. 1990 lag sie bei 2,4 % (2700 Fälle). (Nach anderen Angaben 1990: 2300 Fälle; 1995: 3200 Fälle; 2001: 3500 Fälle).

Heute gehen etwa 2,4 % aller Todesfälle nach offizieller Statistik auf aktive Sterbehilfe zurück, das sind etwa 2-3000 Fälle pro Jahr. Die Rate medizinischer Maßnahmen mit lebensverkürzender Absicht lag in beiden Ländern bei etwa 19 %. Die Rate für Euthanasie und Tötung ohne Verlangen beträgt in Belgien jeweils 1,1 % bzw. 3,2 % im Vergleich zu 2,4 % und 0,7 % in den Niederlanden. Das heißt, in Belgien werden 3,2 % der Patienten ohne ihr ausdrückliches Verlangen getötet!

Die Folgen der neuen Gesetzgebung

Mittlerweile liegen erste Ergebnisse der Folgen der neuen Gesetzgebung vor. In den Niederlanden hat sich gezeigt, dass trotz gesetzlich legitimierter Straffreiheit weit weniger als die Hälfte der Euthanasiefälle bei den Kontrollkommissionen gemeldet werden. Für das Jahr 2002 waren das 1672 Fälle von aktiver Sterbehilfe und 184 Fälle von assistiertem Suizid. Auch werden ca. 1000 Patienten pro Jahr ohne deren ausdrückliches Verlangen nach Euthanasie aktiv getötet (1995: 900 Fälle)!

In einer von der Regierung anonym durchgeführten Befragung von 400 Ärzten gaben 57 % an, bereits aktive Sterbehilfe geleistet zu haben und 99 %, dass sie dazu bereit seien. Als Gründe wurden genannt: „Jede medizinische Maßnahme war aussichtslos geworden“, „keine Aussicht auf Besserung“, „die Nächsten konnten es nicht mehr ertragen“ oder „geringe Lebensqualität“. Das Argument der „Selbstbestimmung“ des Patienten verkehrt sich hier in sein Gegenteil. Das von außen unterstellte unerträgliche Leiden oder die vermutete geringe Lebensqualität bilden den Ausschlag für eine Fremdbestimmung durch den Arzt.

Für Belgien hat es im ersten Jahr seit der Einführung des neuen Gesetzes rund 170 gemeldete Fälle von aktiver Sterbehilfe gegeben. Die tatsächliche Zahl liegt nach Einschätzung der Bewertungs- und Kontrollkommission aber drei Mal so hoch. Auf Grund praktischer Probleme würden die Ärzte nicht alle Fälle melden.

Die Problematik der neuen Euthanasie-Gesetze

Die Problematik liegt m. E. in dem Machtgefälle zwischen Arzt und Patient. Dessen Position wird deutlich geschwächt, während die des Arztes gestärkt wird. Wie sieht es aus der Freiwilligkeit des Verlangens, wenn sich ein Mensch in einer Extremsituation befindet? Welchen Einfluss nehmen Arzt und Angehörige auf seine „freie“ Entscheidung? In welche Richtung drängen sie möglicherweise den Betroffenen?

„Was aber will der Patient wirklich, wenn er sagt, er wolle nicht mehr leben? Oft handelt es sich um einen Ruf um Hilfe und Zuwendung und ein Indiz dafür, dass die Situation der Behandlung als unerträglich empfunden wird. Das Abstellen auf das Selbstbestimmungsrecht kann formal richtig, aber in der Sache eine Nichtachtung der Person des Betroffenen sein. Es geht nicht nur um den abstrakt vernünftigen Patienten, sondern auch um den konkret leidenden. Der wird oft selbst nicht wissen, was er denn wollen soll, und er wird seinen Arzt fragen, was dieser meine, dass getan werden könne oder ob die Behandlung eingeschränkt werden soll... Die bloße Berufung auf das Selbstbestimmungsrecht wäre eine zu einfache Lösung, die am Problem, was getan werden kann und soll, vorbeigeht“, gibt der Göttinger Strafrechtsprofessor Hans-Ludwig Schreiber zu bedenken. Ähnlich sieht es Prof. Dr. Wolfgang Schreml: „Im Angesicht von Entscheidungen, bei denen es um Leben und Sterben geht, um das eigene Leben, um den eigenen Tod, ist die Einforderung der Selbstbestimmung häufig eine Überforderung des Patienten“.

Dies umso mehr, als das belgische Gesetz nicht verlangt, zunächst alle palliativ-medizinischen Möglichkeiten auszuschöpfen, sondern dem Betroffenen drei gleichberechtigte Optionen anbietet: sich töten zu lassen, sich palliativ-medizinisch behandeln zu lassen (z.B. durch die Verabreichung adäquater Schmerzmittel) oder die Schmerzen zu ertragen. Die aktive Sterbehilfe bzw. der assistierte Suizid werden so zu gleichberechtigten „Therapie-Optionen“.

Es stellt sich die sozialetische und praktische Frage, ob derartige Gesetze nicht den sozialen Druck erhöhen, „endlich zu gehen“, um Familie und Gesellschaft nicht länger zu belasten. Die gesellschaftlichen Werte verschieben sich in die Richtung „lebensunwertes Leben“. Ein gravierendes Problem des belgischen Gesetzes ist es, dass Aktive Sterbehilfe nicht mehr nur bei sterbenskranken Patienten vorgenommen werden darf, sondern auch bei psychisch Leidenden. Der Kreis der Betroffenen wird also stetig erweitert. Durch die Einbeziehung psychischer Leiden ist die Gefahr groß, dass verstärkt auch Jüngere um Aktive

Sterbehilfe bitten. Phasen, in denen jemand erwägt, aus dem Leben zu scheiden, finden sich aber bei vielen Menschen. Es besteht die Gefahr eines vorschnellen Handelns.

„Die einvernehmliche Tötung gleicht eher dem Eingeständnis einer Niederlage, die vor der Aufgabe menschlichen Sterbebeistandes resigniert als einer wirklichen Hilfe für den Sterbenden“, so der Freiburger Moraltheologe Eberhard Schockenhoff. Trotz der gesetzlichen Regelungen und der Meldepflicht der Ärzte bleibt eine große Grauzone. Wirtschaftliche Gründe wie Krankenkassenkosten erhöhen den Druck (in den zwei letzten Lebensjahren sind die Krankenkassenkosten am höchsten).

Ärztliche Verantwortung und Rechenschaftspflicht

Die niederländische Ärztstudie kommentieren der Münchner Arzt und Medizinhistoriker Fuat Onducu und der Direktor des Instituts für Rechtsmedizin an der Universität München Wolfgang Eisenmenger (in der Süddeutschen Zeitung) wie folgt: „Die Untersuchungen zeigen, dass die meisten Ärzte ihre Euthanasiefälle nicht melden, also keine Rechenschaft über ihr Handeln ablegen wollen. und im Gegensatz zu den Fakten eine natürliche Todesursache bescheinigen... Darüber hinaus melden Ärzte umso weniger ihre Euthanasiefälle, je häufiger sie solche durchführen. So meldeten Ärzte, die öfter als dreimal im Jahr Sterbehilfe leisten, ihre Fälle so gut wie nie. Und Ärzte die ihre Fälle nicht melden, haben in 82 Prozent der Fälle keinen Kollegen konsultiert. Folglich muß man feststellen, daß praktisch alle Sorgfaltskriterien, an die die Lebensbeendigung geknüpft ist, rigoros übergangen werden.“

Fazit: „Durch die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe und der sich damit zunehmend einschleichenden Akzeptanz wird die mit dieser Praxis idealisierte ‚Freiheit zum Tode‘ letztlich zu einer ‚Unfreiheit zum Leben‘ pervertiert.“

Die kirchliche Position

„Die belgischen Bischöfe haben das neue Euthanasiegesetz ihres Landes scharf zurückgewiesen. Damit sei Belgien zu einem der wenigen Länder der Erde geworden, in dem das vorsätzliche Töten eines Menschen zulässig geworden sei, klagen die Bischöfe in einer in Brüssel veröffentlichten Erklärung. Nirgendwo sonst sei es zulässig, auch Menschen das Leben zu nehmen, die noch etliche Jahre vor sich hätten, betonen die Bischöfe unter Verweis darauf, dass das Sterbehilfe-Gesetz auch für Kranke gelten soll, die nicht in der Endphase ihres Leidens sind. An die Christen appellieren die Bischöfe, „den Respekt des Lebens in den Mittelpunkt ihres Lebens und Handelns in der Welt zu stellen.“ Zahlreiche Nichtchristen teilten diese Auffassung. Das neue Gesetz sei eine Attacke auf das Herz einer auf Menschenwürde und Zivilisation gegründeten Gesellschaft, heißt es in der Erklärung der Bischofskonferenz. Menschenwürde werde nicht länger [danach] an der Existenz des Lebens selbst gemessen, sondern an der Lebensqualität. Damit räume der belgische Staat ein, dass es Leben gebe, das mehr wert sei als ein anderes.“(zitiert aus: Belgien erlaubt aktive Sterbehilfe, Der Dom 26.05.2002)

Die evangelische Kirche in Holland hat die dortigen Gesetze befürwortet, die katholische sie abgelehnt.

In den Niederlanden ist ab dem 1. September 2003 ein Gesetz in Kraft getreten, das es Kranken erlaubt, auf Rezept in der Apotheke Hasch- oder Cannabis-Produkte (Marihuana) zur Schmerzlinderung zu kaufen. Jeweils 5 g werden pro Einheit abgegeben.

Bundesärztekammerpräsident Hans-Jörg Hoppe sprach von einer ethischen Abwärtsspirale in Europa, der man sich mit allen Mitteln entgegenstemmen müsse. Die Deutsche Hospiz-Stiftung nennt das Gesetz eine „Lizenz zum Töten“, während es die Gesellschaft für ein humanes Sterben in Würde als „Ausdruck der Toleranz und des natürlichen Menschenrechts“ betrachtet.

Todsicher: Das Angebot der Sterbehilfeorganisationen oder: Gibt es ein Recht auf Sterben?

Stefan Federbusch

„Leben ist immer lebensgefährlich“

(Erich Kästner)

Das Recht auf Selbstbestimmung ist zu einem wesentlichen Pfeiler unseres gesellschaftlichen Selbstverständnisses geworden. Die Frage ist, wo dieses Recht endet und auf seine Grenzen stößt. Habe ich das „Recht“, den Zeitpunkt meines eigenen Todes selbst zu bestimmen und mir dabei assistieren zu lassen, wenn ich nicht selbst in der Lage bin, ihn herbeizuführen?

Aktuell wurde diese Frage im Falle der 43-jährigen Britin Diane Pretty. Sie litt unter einer unheilbaren Krankheit des Nervensystems, die zu Muskellähmung führt (Amyotrophische Lateralsklerose). Pretty war vom Hals ab gelähmt und wollte für sich aktive Sterbehilfe erreichen.

Da sie ihrem Leben selbst kein Ende setzen konnte, klagte sie vor dem Europäischen Menschenrechtsgerichtshof in Straßburg auf Straffreiheit für ihren Mann. Da die Endphase ihrer Krankheit mit Schmerzen und dem Verlust an Menschenwürde verbunden sei, wollte sie über den Zeitpunkt ihres Todes selbst bestimmen.

Ein britisches Gericht hatte es abgelehnt, ihrem Mann Straffreiheit zuzusichern. Die britische Gerichtsentscheidung hatte Pretty als Verstoß gegen die Europäische Menschenrechtskonvention betrachtet. Nach ihrer Interpretation gehört zum Recht auf Leben auch das Recht, den Zeitpunkt des Lebensendes selbst zu bestimmen. Auch habe die britische Justiz gegen das Verbot unmenschlicher und herabwürdigender Behandlung verstoßen, weil der Staat Vorsorge zum Schutz seiner Bürger vor entsprechender Misshandlung leisten müsse. Zudem sah die Frau ihre Rechte auf Privatleben, Gedankenfreiheit und Schutz vor Diskriminierung verletzt, weil sie als Behinderte gegenüber Menschen, die ihrem Leben selbst ein Ende setzen könnten, benachteiligt werde.

Der Europäische Gerichtshof schloss sich im Mai 2002 der Auffassung des britischen Gerichtes an und wies die Klage trotz allen Verständnisses für die Klägerin ab. Aus der Menschenrechtskonvention lasse sich kein Recht auf Sterben ableiten. Aus dem „Recht auf Leben“ lasse sich nicht der Umkehrschluss eines „Rechtes auf Sterben“ ziehen. Es gibt kein „Grundrecht auf Sterben, sei es durch die Hand eines Dritten oder mit Hilfe einer öffentlichen Autorität“. Auch könne ein Staat nicht verpflichtet werden, Sterbehilfe zu leisten. Mit Blick auf die Strafbarkeit der Beihilfe zum Selbstmord in Großbritannien erklärten die Richter, diese Bestimmung sei zulässig, weil sie zum Schutze der Schwachen diene.

Die Klägerin verstarb wenige Tage darauf eines natürlichen Todes.

Für den Präsidenten der Bundesärztekammer Jörg-Dietrich Hoppe ist ein derartiges Recht auf Sterben zwar „die ultimative Verwirklichung des vermeintlichen Rechts auf Selbstbestimmung“, doch sei dann der Weg nicht mehr weit in eine Gesellschaft, „die den Menschen den Tod nahe legt, wenn sie mit dem Leben nicht mehr zurechtkommen“.

Der Mann der Klägerin, Brian Pretty, hat mittlerweile eine neue Patientenorganisation „UK Act Now“ gegründet, deren Ziel die Legalisierung der aktiven ärztlichen Sterbehilfe ist. „Es sollte das Grundrecht

eines jeden Patienten sein, den Zeitpunkt und den Ort seines Todes selbst wählen zu können, sollte das Leben als Folge einer unheilbaren Krankheit unerträglich geworden sein“, so Pretty.
(vgl. www.justice4diane.org.uk – private Homepage zu Diane Pretty)

Einen anderen Fall schilderte „Die Welt“ am 26.09.2003:

„Der Fall einer Mutter, die ihrem querschnittsgelähmten Sohn Sterbehilfe leisten wollte, erschüttert derzeit Frankreich. Die 48-jährige Marie Humbert wurde am Donnerstag in Berk-sur-Mer nahe Lillie in Untersuchungshaft genommen, weil sie versucht hatte, dem Wunsch ihres 21-jährigen Sohnes Vincent nach Sterbehilfe nachzukommen. Seit einem Verkehrsunfall ist Vincent Humbert querschnittsgelähmt, stumm und nahezu blind. Er hatte mit Hilfe des Journalisten Frédéric Veille, der seine Leiden in dem Buch „Ich erbitte von euch das Recht zum Sterben“ aufzeichnete, öffentlich um Sterbehilfe gebeten und dafür auch ein Gesuch an Präsident Jacques Chirac gerichtet. In Frankreich ist Sterbehilfe verboten. Auf den Tag drei Jahre nach dem Unfall ihres Sohnes schritt Marie Humbert am Mittwochnachmittag zur Tat. Anschließend ließ sie sich widerstandslos im Krankenzimmer ihres Sohnes festnehmen. ihr Anwalt Hugues Vigier sagte, für sie sei es „ein Martyrium zu wissen, dass sie versuchen, ihn zu reanimieren, und dass er vielleicht nicht sterben wird“. Dabei sei dies seit Jahren sein einziger Wunsch. Seine Mutter sei die einzige Person, die diesen Liebesbeweis erbringen konnte.

Marie Humbert hatte noch am Dienstag in einem Interview des „Parisien“ erklärt, der Zeitpunkt des Todes ihres Sohnes stehe bereits fest. Sie bereiteten sich seit Monaten mit Hilfe von Ärzten, die anonym bleiben wollten, darauf vor. Sie sei eine gläubige Katholikin, aber werde ihre Tat niemals bedauern und fürchte sich auch nicht vor einer Haftstrafe. Im Vergleich zu dem Schmerz, den sie wegen der Leiden ihres Sohnes empfinde, sei das Gefängnis nicht der Rede wert.“

Nichts ist so sicher wie der eigene Tod. Damit er auch totsicher ist, haben sich inzwischen zahlreiche Sterbehilfeorganisationen gegründet.

In Deutschland ist es die „Gesellschaft für humanes Sterben“, die seit 1980 für das „Selbstbestimmungsrecht“ über den eigenen Tod eintritt und entsprechende Beratungs- und Hilfsangebote macht.

In der Schweiz existieren gleich mehrere Organisationen. Die 1997 gegründete „Exit International“ sowie „Exit ADMD“ für die französische Schweiz sind derzeit noch nicht so bedeutend. Seit 1998 gibt es „Dignitas“ in Zürich, die im vergangenen Jahr 75 Menschen in den Tod geholfen hat. Sie steht in der Kritik, den „Sterbetourismus“ zu fördern, da sie ihre Dienste auch Nichtschweizern anbietet. Von den genannten 75 Fällen waren 60 Ausländer, darunter viele Deutsche. Der Kritik ausgesetzt sieht sich auch der 2002 gegründete „Verein Suizidhilfe“, da er auch psychische Erkrankungen, insbesondere Depressionen, als Grund für den Todeswunsch akzeptiert. Dies ist bei der bereits 1982 gegründeten Organisation „Exit“ nicht der Fall. Je 1 von 100 Schweizern ist dort Mitglied (gesamt: 50.000). Sie nimmt zudem nur Schweizer oder in der Schweiz wohnhafte Personen auf. Im Zeitraum von 1990 bis 2000 hat Exit 748 Menschen zumeist mittels hoher Dosen eines Schlafmittels Sterbehilfe geleistet. Grundlage ist der Artikel 115 des Schweizer Strafrechts, der die Beihilfe zur Selbsttötung straffrei stellt.

Exit ließ seine Arbeit vor kurzem durch das Institut für Rechtsmedizin der Universität Zürich überprüfen. Es stellte fest, dass die eingereichten Unterlagen korrekt waren. In etwa 80 % der Fälle lag eine unheilbare Erkrankung vor, zumeist Krebs. Besonders verwies das Institut aber auf die Fälle, in denen keine unheilbare Krankheit vorlag. Hier bemängelten sie, dass die genaueren Daten über die Motivation, die zeitliche Dauer und die Nachhaltigkeit des Todeswunsches unvollständig seien. Genau dies ist aber für eine wertende Beurteilung der Tätigkeit dieser Organisation notwendig.

Aufschlussreich wären auf jeden Fall Daten über die Beweggründe von Menschen, sich einer solchen Organisation anzuvertrauen. Eine Ursache könnte in mangelndem Vertrauen zu Ärzten liegen und im fehlendem Wissen um palliative Möglichkeiten.

Die Schweizer Bundesregierung hat im Juni 2003 beschlossen, Regulative für schweizer Sterbehelfer erarbeiten zu lassen. Bisher kann jeder auch ohne Ausbildung entsprechend tätig werden. In Zukunft sollen Sterbehelfer Befähigungsnachweise erbringen und einer Registrierungs- und Bewilligungspflicht unterliegen. Das Gesetz zur Sterbehilfe aus dem Jahr 1937 stellt nur Suizidhilfe aus selbstsüchtigen Motiven unter Strafe. Bisher haben die meisten Sterbehilfeorganisationen ihre Dienste ehrenamtlich angeboten. Bei „Dignitas“ ist dies neuerdings gegen Entgelt der Fall. Die Grenzen verschwimmen also und es wäre nicht verwunderlich, wenn es in Kürze einen Ausbildungsgang zum „Sterbehelfer“ gäbe. „Death made in Switzerland.“ Der Tod und seine Helfer lassen grüßen.

Rechtsslage zur Sterbehilfe in Europa

(KNA) Der Europarat hat im Januar eine Studie über die Rechtsslage zur Sterbehilfe in 34 Mitgliedsländern des Staatenbundes sowie den USA veröffentlicht. Danach bestehen in elf der befragten Länder gesetzliche Regelungen zur Sterbehilfe. 21 Länder haben keine Gesetzesregelungen, weitere drei machten keine Angaben. Aus der rund 40 Seiten umfassenden Umfrage geht weiter hervor, dass in mindestens 28 Ländern strafrechtliche Sanktionen zum Thema Sterbehilfe bestehen. Zwei Staaten, Finnland und Albanien, antworteten mit Nein, fünf machten keine Angaben. In sieben Staaten wurden diese Sanktionen auch angewendet, acht verneinten dies, 19 machten keine Angaben.

„Beihilfe zum Selbstmord“ ist laut der Studie in zwei Staaten, Estland und Schweiz, unter Umständen zulässig. 23 Staaten verbieten dies, zehn machten keine Angaben. Strafrechtliche Sanktionen werden

offenbar aber auch in den Staaten, die Beihilfe zum Suizid verbieten, nicht immer vollzogen. Sechs Länder gaben an, die Sanktionen würden angewendet, sechs verneinten dies, 21 machten keine Angaben. Neun Staaten erklärten, medizinisches Personal sei bereits wegen Sterbehilfe juristisch belangt worden, zwölf verneinten dies, 14 äußerten sich nicht. In fünf Staaten gab es juristische Schritte gegen medizinisches Personal auch wegen Beihilfe zum Suizid. Zwölf Staaten erklärten, das sei nicht der Fall gewesen, 16 machten keine Angaben.

In der überwiegenden Mehrzahl der befragten Europarats-Staaten und den USA haben Patientinnen das Recht, eine bestimmte Behandlung abzulehnen. 28 bejahten dies, sieben machten keine Angaben. Lebensverlängernde Maßnahmen können in 24 Staaten beendet werden, wenn der Mensch hirntot ist. Russland verbietet dies. Zehn Staaten gaben keine Antwort. Unter bestimmten Umständen können lebensverlängernde Maßnahmen in 17 Staaten auch bei Patientinnen eingestellt werden, die nicht ihre Zustimmung geben können; sieben Staaten schließen dies aus, zehn äußerten sich nicht zu der Frage. Rechtlich verbindlich sind Patientenverfügungen unter bestimmten Umständen in acht Staaten; fünf Staaten verneinten dies, 22 machten keine Angaben.

(Die Studie ist in englischer und französischer Sprache im Internet unter www.coe.int/euthanasia-report abrufbar)

Das EURELD-PROJEKT („European End-of-Life Decisions Project“) hat 6 europäische Länder in Bezug auf „Medizinische Entscheidungen am Lebensende“ untersucht. Insgesamt konnten 20.480 Fälle erfasst werden. Die Studie verzichtet dabei auf die gebräuchliche Terminologie von aktiver und passiver, direkter und indirekter Sterbehilfe und verwendet stattdessen die niederländischen Definitionen. Die Daten stammen aus dem Jahr 2002. Die Studie stellt fest, dass es in der Schweiz bei mehr als der Hälfte aller Fälle zu einer Form von mehr oder weniger aktiver Sterbehilfe kommt, während dies in Italien nur in 23 % der Fälle geschieht.

Kategorie „medizinisch assistiertes Sterben“ (= aktive Sterbehilfe):
Niederlande 3,4 %; Belgien 1,82 %; Schweiz 1,04 %; Italien 0,1 %.

Diese wird noch einmal unterschieden in

Euthanasie (= Tötung auf Verlangen): Niederlande 2,59 %; Belgien
0,3 %; Schweiz 0,27 %; Schweden 0,0 %.

Assistierter Suizid: Schweiz 0,36 %; Schweden und Italien 0,0 %.

Tötung nicht einwilligungsfähiger Patienten: Belgien 1,5 %; Däne-
mark 0,67 %; 0,6 % Niederlande; Schweiz 0,42 %; 0,23 % Schweden; 0,06
% Italien.

Außer in den Niederlanden liegt die Tötungsziffer an nichteinwilli-
gungsfähigen Patienten also höher als bei der Tötung auf Verlangen!
Damit selbst sich die Frage, wie selbstbestimmt tatsächlich Entschei-
dungen am Ende des Lebens vollzogen werden können.

(Kleine) Literatúrauswahl:

Gabriele Wolfslast / Christoph Conrads (Hg.), Textsammlung Sterbehil-
fe, Springer-Verlag 2003 (54,95 Euro)

Birgit Heller (Hg.), Aller Einkehr ist der Tod. Interreligiöse Zugänge zu
Sterben, Tod und Trauer, Freiburg 2003.

(hier finden sich Artikel zu Sterben, Tod und Trauer im Hinduismus,
Buddhismus, Judentum, Christentum und Islam)

Franco Rest, Den Sterbenden beistehen. Ein Wegweiser für die Leben-
den, Wiesbaden 4. Aufl. 1998.

Franco Rest, Sterbebegleitung statt Sterbehilfe. Damit das Leben auch
im Sterben lebenswert bleibt, Freiburg 1997.

Matthias Mettner, Wie menschenwürdig sterben? Zur Debatte um die
Sterbehilfe und zur Praxis der Sterbebegleitung, Zürich 2. Aufl. 2001
(mit weiter führendem Literaturverzeichnis).

(hier finden sich Artikel unter den Rubriken: Worum es in der Debatte
um die Sterbehilfe geht; Medizinische, rechtliche und ethische Fragen
der Sterbehilfe; Palliative Betreuung und Sterbebegleitung versus Ster-
behilfe; Leben und Sterben im Alter)

Markus Zimmermann-Acklin, Euthanasie. Eine theologisch-ethische
Untersuchung. Freiburg 1997.

Internetadressen:

Für aktive Sterbehilfe:

www.dghs.de: Gesellschaft für humanes Sterben

(sehr gute Linkliste!)

www.sterben.org: Gesellschaft für humanes Sterben

www.dignitas.ch: „Verein menschenwürdig leben – menschenwürdig
sterben“; gegründet 1998 – abgespalten von Exit

www.exit.de: Vereinigung für humanes Sterben; gegründet 1982

(zwischen 1990 und 2000 748 begleitete Suizide)

Gegen aktive Sterbehilfe:

www.hospize.de

www.dbk.de: Deutsche Bischofskonferenz

(unter der Rubrik Schriften/Gemeinsame Texte gibt es die Christliche
Patientenverfügung in der erneuerten Fassung)

Außerdem interessant:

www.ruhr-uni-bochum.de/zone/lexikon/sterbehilfe.html

(hier finden sich zahlreiche Gerichtsurteile
und Muster für Patientenverfügungen)

www.kuebler-ross.de

www.elisabethkublerross.com

Bevor ich sterbe

*Noch einmal sprechen
von der Wärme des Lebens
damit doch einige wissen:
Es ist nicht warm
aber es könnte warm sein*

*Bevor ich sterbe
noch einmal sprechen
von Liebe
damit doch einige sagen:
Das gab es
das muß es geben*

*Noch einmal sprechen
vom Glück der Hoffnung auf Glück
damit doch einige Fragen:
Was war das
wann kommt es wieder?*

(Erich Fried)