



smd transparent

Neues aus Schüler-SMD, Hochschul-SMD und Akademiker-SMD

Nr. 02_Juni 2014

Medizin am Lebensende

Ein Beitrag zur Debatte um Sterbehilfe und Palliativmedizin

„Die Kirche und die Politiker können mich mal, die haben sich nicht in mein Leben einzumischen!“ Sätze wie diesen gab es mehrfach in einer Leserbriefdebatte einer kleinen deutschen Lokalzeitung. In einer Artikelserie wurde dort mehrere Tage lang über Sterbehilfe berichtet – mit dem Ergebnis, dass sich so viele Leser wie selten zuvor mit einem Brief an die Zeitung wandten. Auch anderswo erregt das Thema die Gemüter und der Tenor ist eindeutig: Über den eigenen Tod, die Art und Weise des Sterbens, möchte man doch bitte selbst entscheiden.

Im Januar wurde bekannt, dass 70 Prozent der Bundesbürger eine aktive Sterbehilfe befürworten und gegen jede Form eines Verbots sind. Einzige Kirchenvertreter und die Bundesregierung fahren hier einen anderen Kurs. Bisher ist die aktive Sterbehilfe in Deutschland verboten, die Beihilfe zum Suizid allerdings noch erlaubt. Der neue Bundesgesundheitsminister

Zum Thema

Tabuthema Tod? Von Peter Zimmerling **–4**

Chancen und Herausforderungen der Palliativmedizin. Von Andreas Rost **–12**

Suizidbeihilfe in der Schweiz. Ein Arzt berichtet **–15**

Die Stellungnahme der ACM **–17**

Außerdem

Science Slam bei Hochschultagen **–21**

Neue Fachgruppe: Agrar und Ernährung **–23**

Der Schatzmeister zur Finanzlage **–27**

Hermann Gröhe hat nun einen Gesetzentwurf vorgestellt, der vorsieht, jede Form der Suizidbeihilfe unter Strafe zu stellen. Das ist bei vielen nicht gut angekommen. Als Christen müssen wir hier mitreden! Denn die Befürworter der Sterbehilfe vertreten die absolute Autonomie des Menschen bis hin zum Selbstmord. Als Christen stellen wir dem das Bekenntnis entgegen, dass jeder Mensch von der Zeugung bis zum Tod Gottes geliebtes Geschöpf ist, das es zu schützen und zu stützen gilt. Das umschließt natürlich auch alte, chronisch kranke und behinderte Menschen. Denn diese könnten im Fall einer Legalisierung der Sterbebeihilfe unter Druck gesetzt werden, sich „die Spritze“ geben zu lassen – gerade in Zeiten knapper Ressourcen. In anderen Ländern kann man das bereits beobachten. Nach den schwächsten Mitgliedern unserer Gesellschaft geht es aber auch um den Schutz der Mitarbeiter im Gesundheitswesen. Ein Recht auf Sterbehilfe setzt voraus, dass es Menschen gibt, die diese ermöglichen, woraus sich eine Bedrohung der Gewissensfreiheit der Ärzte ergibt. Unsere Arbeitsgemeinschaft Christlicher Mediziner (ACM), eine Fachgruppe der Akademiker-SMD, hat sich mit dem Thema umfassend auseinandergesetzt und u.a. eine Stellungnahme an alle Bundestagsabgeordneten verschickt. Auch dieses Heft ist eines der Ergebnisse ihrer Fachgruppenarbeit. Die Artikel erschienen bereits kürzlich im ACM-Journal. Wir hielten sie für so gut und das Thema für so wichtig, dass wir sie hiermit einem breiteren Leserkreis zugänglich machen wollen und Ihnen die Lektüre sehr ans Herz legen. ■ *Christian Enders, Redaktion*

Tabuthema

_Zwischen Verdrängung und Faszination: Wie die postmoderne Gesellschaft mit dem Sterben umgeht.

Tod?!

Der Theologe Peter Zimmerling beklagt einen erschreckenden Transzendenzverlust in unserer Gesellschaft und zeigt auf, welche Perspektiven man im christlichen Glauben finden kann.

Beim Umgang mit Sterben und Tod lässt sich in unserer Gesellschaft eine merkwürdige Zwiespältigkeit beobachten. Einerseits werden Sterben und Tod weithin verdrängt. Starb man früher meist zu Hause im Kreis der Menschen, mit denen man das Leben geteilt hatte, so treten heute mehrheitlich Krankenhäuser, Kliniken und Altenheime an diese Stelle. Dadurch ist es zu einer „Institutionalisierung“ des Sterbens gekommen. Kein Wunder, dass viele Menschen völlig unvorbereitet dem eigenen Sterben oder dem naher Angehöriger gegenüberstehen und total überfordert sind, wenn sie damit umgehen sollen. Quer zu diesem Prozess der Auslagerung von Sterben und Tod aus dem Alltag steht eine andere Entwicklung: Seit einigen Jahren lässt sich eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Thema beobachten. Das gilt für die mediale Öffentlichkeit genauso wie für Fachkreise. Dazu beigetragen haben die Berichte von Nahtoderfahrungen, die Fragen rund um das Thema Sterbehilfe, die Ausbreitung des Hospiz-Gedankens und der Palliativ-Bewegung. Inzwischen entstand sogar die Thanatologie, eine neue interdisziplinäre Forschungsrichtung. Seit einigen Jahren hat überdies eine Kommerzialisierung der Transzendenz eingesetzt. Beide gegenläufigen Entwicklungen sind charakteristisch für die Komplexität der heutigen Situation. An einer Stelle jedoch sind sie sich einig: Sie lassen beide die existentielle Dimension von Schmerz und Tod unberücksichtigt bzw. in den Hintergrund treten.

Das Phänomen der Langlebigkeit

Ein durchschnittlicher Lebenslauf sieht in den Industrienationen heute anders aus als der Lebenslauf früherer Generationen. Aufgrund des technischen Fortschritts, besonders der Errungenschaften der modernen Medizin, ist es zum Phänomen der Langlebigkeit gekommen. Neben unübersehbar positiven Seiten hat dieser Vorgang auch Schattenseiten: Slogans wie „Anti-Aging“ und „Forever young“ sagen in unserer Gesellschaft dem Altern und Sterben den Kampf an und suggerieren damit, dass beides kein grundlegender Bestandteil des menschlichen Lebens sei. Dazu kommt, dass die Langlebigkeit Krankheiten hervortreten lässt (wie etwa Alzheimer), die in früheren Zeiten in dieser Intensität und Dauer kaum vorkamen. Angesichts einer solchen Situation stehen Medizin und Seelsorge heute vor der Aufgabe, das Altern und Sterben in den menschlichen Lebenslauf reintegrieren zu helfen. Die Möglichkeit, Menschen mit solchen Schicksalen seelsorgerlich zu begleiten, kann eine

große Entlastung für alle Betroffenen darstellen, und zwar gleichermaßen für die Kranken wie für deren Angehörige und Freunde.

Verlangsamung des Sterbeprozesses

Mit dem Phänomen der Langlebigkeit ist eine zweite Beobachtung unmittelbar verbunden: Die moderne Medizin führte zu einer Verlangsamung des Sterbeprozesses. Mit dem verlangsamten Tod menschlich umzugehen, stellt derzeit eine der großen Herausforderungen der westlichen Menschheit dar. Die damit verbundenen Belastungen verlangen von den an der Sterbebegleitung Beteiligten ein Höchstmaß an seelischer Kraft. Die Angst vor übermenschlichen Lasten aufgrund der Verlangsamung des Sterbeprozesses hat zu einem weitverbreiteten Misstrauen gegenüber moderner Medizin und Krankenhauspraxis geführt. Bei vielen sitzt inzwischen das Vorurteil tief, dass Menschen am Lebensende in Krankenhäusern regelrecht gequält werden. Angesichts dieser Situation erscheint einer zunehmenden Anzahl von Menschen die aktive Sterbehilfe als das „Zaubermitel“, mit dem sich alle Probleme lösen lassen. „Hier fehlt nicht viel, dass die Sehnsucht nach Schutz vor Belastungen im Sterben zu einer unbestimmten Tötungsbereitschaft wird, die von der Unfähigkeit und von der Unsicherheit geprägt ist, mit behinderten und vergehenden Lebensformen umzugehen, in ihnen noch irgendeinen Sinn zu suchen [...]“¹ Solche Entwicklungen rufen danach, die Ängste der Menschen ernstzunehmen, aber gleichzeitig für die Würde des todkranken Menschen einzutreten.

Die Multioptionalität als Kennzeichen der gegenwärtigen Gesellschaft ist inzwischen auch auf die letzte Lebensphase mit ihren Alterungs- und Sterbeprozessen durchgeschlagen. Anders als in früheren Zeiten gehört zur Sterbebegleitung heute die Notwendigkeit ständiger Reflexion, d. h. be-

¹ Josef Römelt, Menschenwürdiges Sterben. Vom menschlichen Umgang mit dem verlangsamten Tod, in: Herder Korrespondenz 58 (2004), 527.
²A.a.O.

wusster Entscheidung und Gestaltung. „Die Kapazitäten der Therapie sind so differenziert, dass sich das schmale Spektrum ‚nützliche Therapie/notwendiges Sterbenlassen‘ in eine Palette unterschiedlichster Nuancen differenziert hat.“² Die Konsequenz ist zum einen häufig die Überforderung von Kranken, Ärzten und Begleitern. Zum anderen verdeckt der permanente Zwang zu therapeutischen Entscheidungen die Notwendigkeit einer bewussten Auseinandersetzung mit Sterben und Tod. Denn trotz aller medizinischen Fortschritte bleibt die Endlichkeit des menschlichen Lebens unaufhebbar. Ein christlicher Umgang mit dem Tod kann angesichts dieser Situation dazu beitragen, der menschlichen Endlichkeit zu ihrem Recht zu verhelfen.

Zurücktreten der spirituellen Dimension

Als die moderne Krankenpflege im 19. Jahrhundert im Rahmen der „Inneren Mission“, der heutigen „Diakonie“, entstand, stellten die Pflege des Nächsten, der Dienst für Gott und die Heilkunst ihre integralen Bestandteile dar. Prozesse der Säkularisation, der Emanzipation und der Professionalisierung führten dazu, dass die spirituelle Dimension im diakonischen Handeln mehr und mehr in den Hintergrund trat. Das führte in den vergangenen Jahrzehnten z. B. dazu, dass das Moment der Berufung im Rahmen der pflegerischen Tätigkeit kaum noch eine Rolle spielte. In der Konsequenz wurde das ärztliche und pflegerische Tun nicht länger primär als Dienst und Hingabe am Kranken verstanden. Inzwischen gibt es neuere Ansätze, die sich darum bemühen, das ursprüngliche spirituelle Anliegen in der Diakonie wiederzugewinnen. Dies geschieht meist aus der Einsicht heraus, dass zur Ganzheit des Menschen eine spirituelle Komponente gehört; der Mensch also nicht auf seine Ratio und seinen Körper reduziert werden darf.

Das Ziel: Leben unter dem geöffneten Himmel

Die westlich geprägte Kultur leidet unter einem erschreckenden Transzendenzverlust. Die christliche Hoffnung auf eine andere, kommende, „bessere“ Welt wirkte bis vor kurzem wie eine Entwertung dieser Welt, wie eine Flucht vor den Aufgaben heute und wie eine Vertröstung auf künftige Herrlichkeiten, um Menschen dazu zu bringen, sich mit den Ungerechtigkeiten dieser Welt abzufinden. Der Tübinger Systematiker Eberhard Jüngel meinte deshalb: „Als Kinder der Aufklärung haben wir inzwischen das Diesseits so sehr lieben gelernt, dass wir im Gefolge Ludwig Feuerbachs aus diesseitsblinden ‚Kandidaten des Jenseits‘ zu jenseitsvergessenen ‚Studenten des Diesseits‘ geworden sind.“³ In unserer Gesellschaft kam es zu einer „öfentlichen Realitätsschrumpfung“ (Hansjörg Hem-

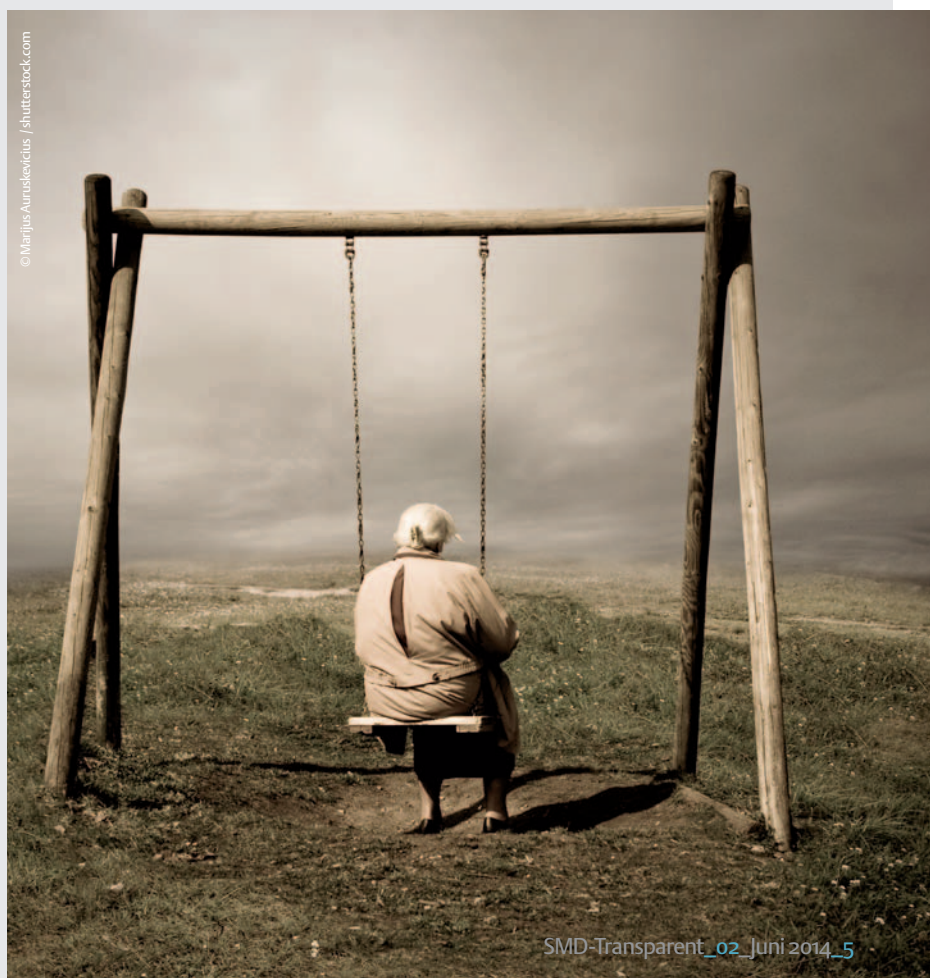
ming). Alles wurde vom irdischen Leben erwartet. Der Ewigkeitshorizont, der viele Jahrhunderte Christentumsgeschichte prägte, ging verloren.

Inzwischen ist der westliche Mensch wieder bereit, nach dem Woher, Wozu und Wohin seines Lebens zu fragen. Eine Reihe neuerer medizinischer Untersuchungen legt sogar den Schluss nahe, dass gläubige Menschen Schmerzen besser ertragen können. Dadurch besteht die große Chance – und auch die Aufgabe – in Medizin und Seelsorge Schwerkranken und Sterbenden zu helfen, einen Blick für den geöffneten Himmel über ihnen zu bekommen. Gerade an dieser Stelle ist es nötig, bei früheren Generationen in die Schule zu gehen, die eine regelrechte ars moriendi entwickelt hatten. Sie hatte die Aufgabe, zum Begleiten der Schwerkranken und Sterbenden und zum Trösten der Trauernden zu ermutigen. Dass die spirituelle Dimension dabei im Vordergrund stand, belegt folgendes Zitat aus einem bekannten mittelalterlichen Sterbebüchlein: „Es ist kein Werk der Barmherzigkeit größer, als dass dem kranken Menschen in seinen letzten Nöten geistlich und sein Heil betreffend geholfen wird.“ Auch Martin Luther stand in der Tradition dieser Ars-moriendi-Literatur. Er verstand es, Menschen Freude auf den Himmel zu vermitteln. So schreibt er an seinen todkranken Vater: „Denn unser Glaube ist gewiss, und wir zweifeln nicht, dass wir uns bei Christo wiederum sehen werden.“ So real ist für Luther das Leben bei Gott im Himmel, dass von dort aus starke Kräfte der Hoffnung und des Trostes in sein eigenes Leben fließen. Zugleich lässt ihn die lebendige Ausrichtung auf den Himmel das Leben auf der Erde nicht vergessen. Das zeigt sich auch in seiner Aufforderung, über den Verlust von Angehörigen zu trauern: „Gott will, dass wir unsere Kinder lieb haben, und dass wir trauern, wenn sie von uns genommen werden hinweg, doch soll die Traurigkeit mäßig und nicht zu heftig sein, sondern der Glaube der ewigen Seligkeit soll Trost in uns wirken.“⁴ ■

Prof. Dr. theol. Peter Zimmerling lehrt Praktische Theologie in Leipzig und ist dort 1. Universitätsprediger.



© Marijus Aurnesvicus / shutterstock.com



³ Eberhard Jüngel, *Leben nach dem Tod?* In: *Evangelische Kommentare*, Heft 6, 1989, 31f.
⁴ A.a.O., 91.

Medizin am Lebensende

Ein Überblick der Begrifflichkeiten und der aktuellen politischen Lage



Die Arbeitsgemeinschaft Christlicher Mediziner (ACM) ist mit 270 Mitgliedern, darunter 70 Studenten, die größte Fachgruppe innerhalb der Akademiker-SMD. In den letzten Monaten hat sie sich mit der aktuellen Diskussion um die gesetzliche Regelung der Sterbehilfe beschäftigt. Der folgende Text gibt einen Überblick zum aktuellen Stand der Debatte und informiert über die politische Arbeit der ACM.

Man unterscheidet vier Arten der Sterbehilfe, die einer kurzen Erklärung bedürfen. Die aktive Sterbehilfe bezeichnet die direkte, aktive Tötung eines Menschen, z. B. durch die Verabreichung eines tödlichen Medikaments, sie ist in Deutschland strafbar. Passive Sterbehilfe bedeutet, dass in aussichtslosen Situationen Therapiemaßnahmen abgebrochen oder erst gar nicht begonnen werden. Dieser Begriff ist aber unglücklich gewählt, denn es handelt sich hier nicht um Sterbehilfe, sondern um ein sorgfältiges Abwägen von Nutzen und Risiko einer Therapie unter Berücksichtigung der Diagnose, Prognose und des Willens des Patienten. Wenn eine notwendige Behandlung, zum Beispiel die Gabe starker Schmerzmittel, zu einer Lebensverkürzung führen kann und diese in Kauf genommen wird, spricht man theoretisch von indirekter Sterbehilfe. Wie bei der passiven Sterbehilfe handelt es sich bei diesem Begriff nicht um Sterbehilfe im engeren Sinn, wenn die Therapie mit der Intention geschieht, Leiden zu lindern und nicht mit der Absicht, das Leben des Patienten vorzeitig zu beenden. Zuletzt gibt es noch den (ärztlich) assistierten Suizid, bei dem der Arzt oder eine andere Person dem Patienten die nötigen Mittel bereitstellt, dieser den Suizid jedoch selbst durchführt. Da in Deutschland der Suizid nicht strafbar ist, kann auch die Beihilfe dazu nicht strafbar sein.

Im vergangenen Jahr lag dem Bundestag ein Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Regelung der Suizidbeihilfe vor. Das Anliegen dahinter war, die unbefriedigende Situation, dass in Deutschland Suizidbeihilfe derzeit im rechtsfreien Raum und strafrechtlich nicht greifbar stattfindet, zu klären und zumindest kommerziellen Suizidhelfern das Handwerk zu legen. Allerdings waren die persönliche oder auch in gewissen Grenzen ärztliche Suizidbeihilfe davon nicht betroffen und „humanitär“ agierende Vereinigungen nicht erfasst. So hätte der Gesetzentwurf unseres Erachtens ins Leere getroffen und zugleich eine Festschreibung bedeutet, die das Bewusstsein der Bevölkerung in Richtung einer Akzeptanz der Suizidbeihilfe geprägt hätte. Der Entwurf ging wesentlich auf die damalige Bundesjustizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger zurück. Die FDP-Politikerin ist Beiratsmitglied der Humanis-

tischen Union, die vehement für eine Änderung der ärztlichen Muster-Berufsordnung eintritt. Denn diese spricht sich explizit gegen ärztliche Suizidbeihilfe aus. So will die Humanistische Union dagegen auch mit Musterprozessen vorgehen: „Wir suchen ... dringend Ärzte, die entweder gegen das Verbot der Suizidbeihilfe bereits verstoßen haben (und deshalb mit berufsrechtlichen Verfahren konfrontiert sind), oder zu diesem Schritt unter Umständen bereit wären.“ (HU-Mitteilungen 218/219).

Obwohl eine gesetzliche Regelung der Suizidbeihilfe in Deutschland überfällig ist, sahen wir es als Leitungskreis der ACM als unsere Aufgabe an, auf einen unbedingten Lebensschutz hinzuwirken. So wurde in einer kleinen Arbeitsgruppe im Rahmen von persönlichen Treffen, E-Mails und Telefonaten schließlich eine Stellungnahme verfasst, die sich für eine Ablehnung des Gesetzentwurfes aussprach. Sie wurde an die Bundestagsabgeordneten persönlich versandt, als Pressemitteilung verschickt und auf der ACM-Homepage veröffentlicht (acm.smd.org). Wir erhielten zahlreiche, z. T. sehr unterstützende und/oder detaillierte Antworten von Politikern auf die Stellungnahme und hoffen, dass sie ein Stück zur Bewusstseinsbildung beitragen hat, auch wenn der Gesetzesentwurf innerhalb der letzten Legislaturperiode nicht mehr zur Abstimmung kam. Gleich zu Beginn der neuen Legislaturperiode legte der neue Gesundheitsminister, Hermann Gröhe (CDU), einen neuen Gesetzesentwurf vor, der weiter greift als der vorherige Vorschlag, indem er sich gegen jegliche Form (also nicht nur die gewerbsmäßige) organisierter Suizidbeihilfe ausspricht und sie unter Strafe stellen möchte. Zudem möchte er die Palliativmedizin und die Hospizbewegung weiter ausbauen.

Es gibt gute Gründe, sich aktiv gegen eine Legalisierung von assistiertem Suizid oder gar aktiver Sterbehilfe zu positionieren. Befürworter einer Legalisierung betonen oft die Patientenautonomie. In einer freien und demokratischen Gesellschaft sind der Freiheit des Einzelnen jedoch Grenzen gesetzt. Deshalb haben wir Gesetze. Wir haben kein Recht auf Freiheit, die andere Menschen schädigt oder in Gefahr bringt.

Eine Legalisierung der Sterbehilfe stellt eine Gefahr dar für schwer kranke, chronisch kranke und behinderte Menschen. Sie verankert den Suizid als Lösungsmöglichkeit im Bewusstsein der Gesellschaft und setzt damit alte und pflegebedürftige Menschen unter Druck – gerade in Zeiten, in denen

die Ressourcen knapper werden. Dieser Druck kann objektiv oder auch nur subjektiv empfunden sein. Nach den vor allem anderen zu schützenden schwächsten Mitgliedern unserer Gesellschaft geht es auch um den Schutz von Mitarbeitern im Gesundheitswesen. Ein Recht auf Sterbehilfe setzt voraus, dass es Menschen gibt, die diese ermöglichen. Hieraus ergibt sich eine Bedrohung der Gewissensfreiheit der Ärzte.

Die Palliativmedizin stellt eine gute Alternative für Menschen dar, die sich im Endstadium einer unheilbaren Krankheit befinden. Studien haben gezeigt, dass unter guter palliativer Betreuung ein zuvor geäußerter Todeswunsch in den meisten Fällen verschwindet. Weiterhin haben die Entwicklungen in Ländern, in denen aktive Sterbehilfe und/oder assistierter Suizid erlaubt ist, gezeigt, dass es unweigerlich zu einer Ausweitung des betroffenen Patientenkreises kommt. Zunächst geht es um Patienten mit einer Krebserkrankung im Endstadium und unerträglichen Schmerzen; dann kommen Menschen mit degenerativen neurologischen Erkrankungen hinzu, die zu einer zunehmenden Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit führen bis hin zu Menschen, die unter keiner bedrohlichen Erkrankung leiden, aber „lebensmüde“ sind oder eine psychiatrische Erkrankung (zumeist eine Depression) haben; letztendlich gehören auch Minderjährige zu den Betroffenen. Daten aus unseren Nachbarländern, wie den Niederlanden oder Belgien,

zeigen ganz deutlich eine derartige Entwicklung. Dabei stellt sich heraus, dass gesetzlich implementierte Sicherungssysteme versagen.

Politische Arbeit der ACM

In den ACM-Statuten ist die politische Arbeit als ein Schwerpunkt der ACM aufgeführt. In den letzten Jahren waren wir hier mit einer Stellungnahme zur Präimplantationsdiagnostik (PID) und nun zur Suizidbeihilfe aktiv. Das gesellschaftliche Klima wird weiter rauer werden und zunehmend weniger Rücksicht auf Lebensschutz und schon gar nicht auf eine christlich basierte Ethik nehmen. Als ACM halten wir es für unsere Aufgabe, qualifiziert Position zu beziehen. Hierfür benötigen wir zum einen eine bessere Vernetzung mit anderen, ähnlich engagierten Gruppen. Zum anderen brauchen wir Mitglieder, die sich qualitativ und intensiv mit diesen Themen befassen können – und nicht zuletzt eine höhere Mitgliederzahl, damit die ACM nicht nur für wenige spricht, sondern auch zahlenmäßig relevant ist.

Im Februar dieses Jahres fand die Haupttagung der ACM zum Thema „Der gute Tod – Medizin am Lebensende“ statt. Die hohe Teilnehmerzahl ist auf die Aktualität und Relevanz des Themas zurückzuführen – sowohl im gesellschaftlichen als auch im persönlichen Kontext. Sehr gute Vorträge von Prof. Dr. Peter Zimmerling und PD Dr. Bernd Alt-Epping sowie vertiefende und praxisnahe Seminare zum Thema lieferten hilfreiche Impulse für eine lebhaft Diskussions. In dieser Ausgabe von SMD-Transparent lesen Sie Artikel, die größtenteils im aktuellen ACM-Journal erschienen sind. Dieses Journal wurde an alle Bundestagsabgeordneten verschickt. ■



Dr. Nadine Sprodowski
(Hannover) ist Chirurgin und ACM-Referentin.

Dr. Eckhard Piegsa (Bremen) ist Neuropädiater
und Vorstandsmitglied der ACM.



Die Folgen der Legalisierung

„Neben Todkranken werden in Belgien und den Niederlanden zunehmend auch psychisch Erkrankte und Menschen mit Behinderungen getötet“

Ein häufiges Argument für die Legalisierung von Sterbe- und Suizidbeihilfe ist, dass diese ohnehin stattfinden und durch eine Legalisierung einen geschützten und überprüfbaren Rahmen bekäme. Ein Blick in unsere Nachbarländer Belgien und Holland, in denen beides legal ist, belehrt eines Besseren. ACM-Referentin Nadine Sprodowski hat sich die Daten angeschaut.

Eine im Jahr 2010 veröffentlichte Studie zeigt, dass in Belgien ungefähr die Hälfte aller Euthanasiefälle **nicht dokumentiert und gemeldet** wird, wie es gesetzlich eigentlich vorgeschrieben ist.¹ Bei den dokumentierten und gemeldeten Fällen scheinen die beteiligten Ärzte gewissenhafter zu handeln, denn die Studie zeigt ferner, dass in 73% der gemeldeten Fällen die gesetzlichen Vorgaben (wie z. B. die ausführliche Aufklärung des Patienten) eingehalten wurden. Bei den nicht gemeldeten Fällen traf dies nur auf 12% zu. Eine weitere Studie ergab, dass 32% aller Euthanasiefälle in Belgien **ohne explizite Einverständniserklärung** des Patienten stattfinden². Bei diesen Fällen wurde mit 78% der betroffenen Patienten das Vorgehen nicht einmal besprochen. Die meisten betroffenen Patienten waren älter als 80 Jahre, litten an einer nicht-bösartigen Grunderkrankung und befanden sich im Krankenhaus. Ähnliche Studien aus den Niederlanden zeigen eine Rate von 20% nicht gemeldeter Euthanasiefälle.

Im Juli 2012 wurde in der renomierten Fachzeitschrift Lancet eine Metaanalyse über Euthanasie und Suizidbeihilfe in den Niederlanden veröffentlicht, in der die Daten der Jahre 1990, 1995, 2001, 2005 und 2010 verglichen wurden.



Dieser Studie zufolge wurden 23% aller Euthanasiefälle im Jahr 2010 nicht gemeldet. Weiterhin war eine stetige Zunahme der Euthanasiefälle zu verzeichnen.³ In Belgien werden Euthanasien teilweise nicht von Ärzten, wie gesetzlich vorgeschrieben, sondern von Krankenpflegepersonal ausgeführt.⁴ Sowohl in Belgien als auch in den Niederlanden lässt sich seit der Legalisierung von Sterbehilfe und Suizidbeihilfe ein steiler Anstieg dieser Fälle verzeichnen. In Belgien betrug diese Steigerung im Jahr 2012 Regierungsstatistiken zufolge 25%; der Anteil der Euthanasiefälle an allen Todesfällen beträgt 2%.⁵ Statistiken der niederländischen Regierung zufolge kam es in den Niederlanden im Jahr 2011 zu einem Anstieg der Euthanasiefälle um 18%. Während im Jahr 2010 zwei psychiatrisch erkrankte Patienten darunter waren, waren es im Jahr 2011 bereits 13.

Die Legalisierung von Sterbehilfe und Suizidbeihilfe hat in den betroffenen Ländern häufig zu einer **Steigerung der allgemeinen Suizidrate** (außerhalb der Suizidbeihilfe) geführt. So hat der Bundesstaat Oregon, einer von zwei Bundesstaaten in den USA, in denen die Suizidbeihilfe erlaubt ist, die höchste Suizidrate aller US-Bundesstaaten⁶ und verzeichnet einen Anstieg derselben seit der Legalisierung im Jahr 2000.⁷ Vor wenigen Wochen wurde in Belgien ein Gesetz verabschiedet, welches Euthanasie auch für Minderjährige (ohne Altersbegrenzung) ermöglicht. In den Niederlanden bietet das 2004 von der Groninger Universitätsklinik formulierte **Groninger Protokoll** Richtlinien zur Euthanasie schwer behinderter und erkrankter Neugeborener und schützt die ausführenden Ärzte vor strafrechtlicher Verfolgung.⁸

Schlussfolgerung

Die vorgestellten und auch andere Studien zeigen, dass eine Legalisierung von Sterbehilfe und Suizidbeihilfe keinesfalls zu geordneten Verhältnissen führt. Sowohl in Belgien als auch in den Niederlanden wurden in vielen Fällen gesetzliche Vorgaben nicht eingehalten, so dass die implementierten Schutzmechanismen versagten. Euthanasie und Suizidbeihilfe sind somit

sicher für die ausführenden Ärzte, aber unsicher für die betroffenen Patienten. Neben einem stetigen Anstieg der Fälle ist eine kontinuierliche Ausweitung der Indikation zu verzeichnen, von einer anfänglichen Beschränkung auf Patienten mit bösartigen Erkrankungen im Endstadium auf Patienten mit neurologischen Erkrankungen bis hin zu psychisch Erkrankten, Minderjährigen und Menschen mit Behinderungen.

Eine ähnliche Entwicklung wäre im Falle einer Legalisierung auch in Deutschland zu erwarten. Ein einmal beschlossenes Gesetz lässt sich nur schwer wieder rückgängig machen. Stattdessen besteht die Tendenz, die gesetzlichen Vorgaben großzügig auszulegen und ein solches Gesetz schrittweise zu erweitern. Gesetzgebung hat immer auch edukativen Charakter. Was legal ist, wird von einem Großteil der Bevölkerung auch als „moralisch richtig“ angesehen. Eine solche allmählich stattfindende Veränderung der öffentlichen Meinung und Wahrnehmung führt dazu, dass chronisch kranke, alte und behinderte Menschen, die sich ohnehin oft als „Last“ verstehen, unter Druck geraten, mittels Suizidbeihilfe oder Sterbehilfe aus dem Leben zu scheiden. ■

Dr. Nadine Sprodownski arbeitet als Chirurgin im Krankenhaus und als Referentin der SMD-Fachgruppe für Mediziner (ACM). Sie studiert berufsbegleitend Bioethik in London und lebt in Hannover.



¹ Smets T: Reporting of euthanasia in medical practice in Flanders, Belgium: cross sectional analysis of reported and unreported cases. *BMJ* 2010;341:c5174 ² Chambaere K: Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey. *CMAJ* 2010, epub ³ Onwuteaka-Philipsen, B: Trends in end-of-life-practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey. *Lancet* 2012, epub: http://press.thelancet.com/netherlands_euthanasia.pdf ⁴ Inghelbrecht E: The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium. *CMAJ* 2010, epub ⁵ <http://www.west-info.eu/cases-of-euthanasia-up-25-in-belgium/> ⁶ Oregon Health Authority, News Release: Rising suicide rate in Oregon reaches higher than national average, Sept. 9, 2010 (<http://www.oregon.gov/DHS/news/2010news/2010-0909a.pdf>) ⁷ Oregon Health Authority: Rising suicide rate, supra note 6. ⁸ Verhagen E: The Groningen Protocol – Euthanasia in Severely Ill Newborns. *N Engl J Med* 2005; 352:959-962

Es gibt kein lebensunwertes Leben!

„Sterbehilfe und assistierter Suizid: eine Bedrohung für behinderte Menschen“

Unser Autor Kevin Fitzpatrick ist Philosoph und hat aufgrund einer Querschnittslähmung seit 40 Jahren ganz persönliche Erfahrungen mit dem Leben mit einer Behinderung.

Der Schritt ist radikal: Nicht-behinderte Menschen erachten behinderte Menschen als geeignete Kandidaten für eine Eliminierung, weil sie ein nicht lebenswertes Leben leben. Manche meinen, die Legalisierung von ärztlich assistiertem Suizid unterscheide sich von der Legalisierung der Sterbehilfe. Das ist bestenfalls naiv. Ein Arzt gab zu: „Gegner [in Holland] argumentierten, dass wir auf eine schiefe Ebene geraten seien, wo es keinen Unterschied mehr gebe zwischen aktivem Töten und Sterbenlassen. Sie behielten recht. ... Es war nur eine Frage der Zeit, bis wir bei der tödlichen Spritze waren.“ Dieses Zitat findet sich im Vorwort einer Aufsatzsammlung, die die Praxis der Sterbehilfe in den Niederlanden verteidigt.¹ Fast immer sind diejenigen, die durch aktive Sterbehilfe sterben, behindert oder chronisch krank. Es ist einfach falsch zu



© OckleyMaik / shutterstock.com

behaupten, dass jeder, „der so leidet“, sterben möchte. Menschen, die bei der Eröffnung einer schwerwiegenden Diagnose oder einer schlimmen Prognose nach einer schweren Verletzung oft sehr verzweifelt sind, passen sich oft im Laufe der Zeit gut an die Situation an, Hilfe und Unterstützung vorausgesetzt. Einer Studie zufolge kann sich nur einer von fünf in einer Notaufnahme tätigen Ärzten ein Leben mit einer Querschnittslähmung vorstellen, aber 90% der Querschnittsgelähmten gaben an, dass sie glücklich sind, am Leben zu sein. Die Mehrheit der behinderten Menschen möchte leben.

Ein Blick nach Belgien: Ein Recht auf Euthanasie hat hier jeder Mensch, ob minderjährig oder erwachsen, der seinen Todeswunsch freiwillig und wiederholt ausspricht. Ärzte müssen bestätigen, dass der Patient aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls an dauerhaften und unerträglichen psychischen oder physischen Schmerzen leidet, die medizinisch nicht gelindert werden können. Wim Distelmans, ein Onkologe(!), ist der führende „Sterbehelfer“ in seinem Land. Am 19. April 2012 gab er einer Frau, die unter Depressionen litt, eine tödliche Injektion. Ihr Sohn Tom Mortiers sagte später: „Das Krankenhaus informierte uns erst einen Tag später telefonisch. Da hörten wir zum ersten Mal davon. Meine Mutter starb nicht im Beisein ihrer Familie und engsten Freunde. Es gab kein heiteres Familientreffen, voller Frieden und Versöhnung, von dem Euthanasiebefürworter immer schwärmen.“ Im Januar 2013 machte ein eineiiges Zwillingsspaar Schlagzeilen, auch in deutschen Medien. Von Geburt an taub, litten die beiden 45-jährigen Männer unter zunehmendem Verlust der Sehkraft. Sie glaubten, dass ihr Leben keinen Sinn mehr habe. Schließlich beschlossen sie, gemeinsam um Sterbehilfe zu bitten.

Ein anders Beispiel aus dem letzten Jahr: Der 44-jährige Nathan Verhelst wurde als Nancy geboren. Seine Mutter bezeichnete sie bei der Geburt als hässlichstes Kind, das sie jemals gesehen hatte. Nach einer missglückten Geschlechtsumwandlungsoperation starb Nathan durch Euthanasie. Seine Mutter sagte gegenüber der Presse, sie sei froh über seinen Tod. Alle diese Patienten wurden von Wim Distelmans getötet. Über sie wurde in der internationalen Presse berichtet, die Artikel lassen sich im Internet nachlesen. Depressionen, Taub-Blindheit und Depression nach missglückter Geschlechtsumwandlung – keiner dieser Patienten war unheilbar krank. Doch damit hört es nicht auf. Inzwischen hat der belgische Senat für ein Gesetz gestimmt, dass auch Minderjährige auf eigenen Wunsch hin ärztlich getötet werden können. Die Europäische Kommission (Ressort für Beschäftigung, Soziales und Integration) bezeichnete Belgien im Dezember 2011 wegen fehlender Unterstützung für behin-



© Denis Kuvaev / Shutterstock.com

derte Menschen als Menschenrechtskatastrophe. Es verwundert nicht, dass behinderte Menschen in Belgien verzweifelt sind. Der Tod ist für viele von ihnen keine Wahlmöglichkeit, sondern das Ende aller Wahlmöglichkeiten. Wenn Euthanasie illegal bleibt, bleiben auch behinderte und ältere Menschen geschützt. Eine Legalisierung würde dazu führen, dass diese Menschen glauben (oder dass sie glauben gemacht werden), dass sie nur eine Alternative haben: den Tod. Typischerweise sprechen sie davon, für andere „eine Last zu sein“. Unerträglicher Schmerz ist nur selten die Begründung für Euthanasie, selbst 1992 schon haben Studien gezeigt, dass unerträglicher Schmerz nur in 5% der Fälle der Grund für Sterbehilfe war.² Für diesen unerträglichen Schmerz stehen in der heutigen Zeit gute Möglichkeiten der Palliativmedizin zur Verfügung.

Die Legalisierung von Sterbehilfe greift ganz grundlegend das Recht gefährdeter Menschen auf Schutz und Leben an; sie bedroht ebenfalls die Rechte der Ärzte. Diese haben das Recht, Sterbehilfe zu verweigern, aber ein Gesetz, welches diese erlaubt, setzt voraus, dass Ärzte an der Beendigung des Lebens aktiv beteiligt sind. Wenn aktive Sterbehilfe und assistierter Suizid weiterhin illegal bleiben, bietet das auch einen Schutz für Ärzte, die aus Glaubensgründen, moralischen oder anderen Gründen ein Leben nicht aktiv beenden möchten. Das sind Ärzte, die daran denken, dass der Patient, den sie vor sich haben, in welcher Verfassung er sich auch befindet, immer noch ein Mensch ist. ■

Dr. Kevin Fitzpatrick ist Philosoph und sitzt seit über 40 Jahre im Rollstuhl. Er ist Direktor der Euthanasia Prevention Coalition Europe und leitet „Not Dead Yet“, eine Behindertenorganisation, die sich vor allem gegen die Legalisierung von Sterbehilfe und Suizidhilfe einsetzt.



¹ Younger S J & Kimsma G K Physician Assisted Death in Perspective: Assessing the Dutch Experience (CUP, 2012)
² Van der Wal G, Dillman RJM (1994) „Euthanasia in the Netherlands“ British Medical Journal Vol 308, p1346-9;

Wenn Ärzte das Leben abwerten

„Peter Saunders schlägt Alarm: Der Trend zur aktiven Sterbehilfe lässt böse Erinnerungen aus der Nazi-Zeit wach werden



© euantravels / shutterstock.com

Die wachsende Akzeptanz und Praxis der aktiven Sterbehilfe in unserer Gesellschaft lässt aufhorchen. Unser Autor, Peter Saunders, ist u.a. Vorsitzender von „Carenokilling“, einer britischen Allianz von Organisationen, die sich der Legalisierung der Sterbehilfe entgegenstellen und eine bessere palliative Versorgung fordern. Er sagt: „Der aktuelle Trend läuft den nachkriegszeitlichen ethischen Vereinbarungen, die durch die World Medical Association eingeführt wurden, zuwider.“ Im folgenden Artikel fragt Saunders, was wir aus der Geschichte des Dritten Reiches lernen können.

Deutschland ging aus dem Ersten Weltkrieg als besiegte, verarmte und demoralisierte Nation hervor. In diesem Vakuum publizierten Karl Binding, ein anerkannter Rechtsanwalt, und Alfred Hoche, ein Psychiater, 1920 ein Buch mit dem Titel „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“. Darin prägten sie den Begriff des „lebensunwerten Lebens“ und legten dar, dass es in bestimmten Fällen gerechtfertigt sei, Menschen zu töten, die an unheilbaren Krankheiten oder schwerwiegenden Behinderungen leiden. Hoche benutzte den Begriff „Ballastexistenzen“, um Menschen zu beschreiben, die psychische Störungen, Hirnschädigungen oder eine geistige Behinderung aufweisen. In den frühen 30er-Jahren wurde eine Propaganda in Gang gesetzt, die sich gegen die traditionellen christlichen Werte einer barmherzigen Haltung gegenüber chronisch und unheilbar Kranken richtete.

Bereinigung des Genpools

Ausgehend von dieser Eugenik wurde Professor Dr. Ernst Rudin, Direktor des Kaiser-Wilhelm-Instituts für Psychiatrie in München, zum hauptsächlichen Architekten der Durchführung von Zwangssterilisationen. Die Ärzteschaft hat sich dieser Maßnahme mit großem Enthusiasmus gewidmet, so dass innerhalb von vier Jahren fast 300.000 Patienten sterilisiert wurden. Bei mindestens 50% dieser Patienten erfolgte die Zwangssterilisation, weil sie wissenschaftlich entwickelte „Intelligenztests“ nicht bestanden hatten. Zu Beginn des Krieges

im Jahr 1939 wurde das Zwangssterilisationsprogramm unterbrochen und mit der Tötung von erwachsenen und auch minderjährigen Patienten begonnen. Eltern und Verwandte von schwer behinderten Kindern traten mit dem Wunsch nach einem „Gnadentod“ an die Nazi-Institutionen heran. Der erste Patient, der getötet wurde, war ein Neugeborenes mit Extremitätenfehlbildungen und angeborener Blindheit, bekannt geworden als „Fall Kind Knauer“. Die Tötung wurde nach persönlicher Autorisation durch Adolf Hitler und mit Einverständnis der Eltern durchgeführt. Dieser „Testfall“ ebnete den Weg für die Registrierung aller Kinder unter drei Jahren mit „schwerwiegenden Erbkrankheiten“. Ein Expertengremium, dem auch drei Medizinprofessoren angehörten, die die Patienten jedoch nie persönlich gesehen oder untersucht hatten, ordnete auf dieser Basis bis Kriegsende die Tötung von 6.000 Kindern entweder durch eine tödliche Injektion oder durch Verhungernlassen an.

Die Durchführung von Euthanasien bei Erwachsenen begann im September 1939, als in der Tiergartenstrasse 4 in Berlin die „Aktion T4“ unter Leitung von Dr. Karl Brandt und Philipp Bouhler startete. Das Ziel war, 70.000 Krankenhausbetten für Kriegsverletzte zu schaffen. Alle staatlichen Einrichtungen wurden angewiesen, Patienten zu melden, die länger als fünf Jahre krank oder arbeitsunfähig waren. Diese Patienten wurden vergast und verbrannt, z. B. im hessischen Hadamar. Falsche Todesbescheinigungen wurden ausgestellt mit Diagnosen, die zu Alter und Vorerkrankungen des Patienten passen; die Angehörigen erhielten eine Rechnung für die „Behandlung“ und Bestattung. Als im Jahr 1941 die benötigte Anzahl an Krankenhausbetten erreicht war, wurde die Aktion gestoppt. Zu diesem Zeitpunkt wurde das bis dahin geheime Euthanasieprogramm öffentlich bekannt. Das Personal der „Aktion T4“ und die sechs Euthanasieeinrichtungen wurden fortan für die Tötung von Juden, Polen, Russen, Zigeunern und systemuntreuen Deutschen genutzt. Ab 1943 wurden 24 große und 350 kleine Konzentrationslager betrieben.

Die Mitwirkung der Mediziner

In Auschwitz, dem größten Konzentrationslager im Dritten Reich, starben mehr als eine Million Menschen. Ärzte waren von Anfang an beteiligt. Tatsächlich begann der Holocaust der Nazis eher unauffällig; in Altenheimen, Krankenhäusern und psychiatrischen Kliniken. Im gesamten Euthanasieprozess waren Ärzte beteiligt, von der Meldung

und Selektion über die Autorisierung bis hin zur Exekution, dem Ausstellen der Todesbescheinigung und sogar in der Forschung auf diesem Gebiet. Die Beteiligung am Euthanasieprogramm wurde ihnen nicht befohlen, vielmehr wurden die Ärzte zur Durchführung bevollmächtigt. Leo Alexander, Psychiater und Berater des Chefanklägers der Nürnberger Ärztoprozesse, beschrieb diesen Prozess folgendermaßen: „Die Anfänge waren lediglich eine subtile, raffinierte Veränderung der grundlegenden Haltung der Ärzte. Es begann mit der Haltung, dass es Leben gibt, das nicht wert ist, gelebt zu werden („lebensunwertes Leben“). Diese Haltung bezog sich zu Anfang nur auf unheilbar kranke Patienten. Ganz allmählich wurde der Kreis der Betroffenen erweitert, um die gesellschaftlich Unnützen, ideologisch Unerwünschten, ethnisch Unerwünschten und letztendlich alle Nicht-Arier miteinzubeziehen.“ Das Kriegsverbrechertribunal der Nürnberger Prozesse berichtete, dass „ein Teil der Ärzteschaft bewusst und sogar bereitwillig bei der Massenvernichtung kranker Deutscher mitwirkte“. Unter ihnen befanden sich einige der führenden Akademiker und Wissenschaftler der damaligen Zeit. Keiner dieser Männer wurde jemals strafrechtlich verfolgt, während sich unter den 23 Angeklagten der Nürnberger Ärztoprozesse nur zwei international bekannte Akademiker befanden.

Es fällt leicht, sich vom Holocaust und den daran beteiligten Ärzten zu distanzieren. Das Bild des SS-Schlächters, der im Konzentrationslager tödliche Experimente mit Menschen durchführt, entspricht nur zum Teil den historischen Tatsachen. Der gesamte Prozess wurde durch die Zusammenarbeit international respektierter Ärzte mit dem Staat sorgfältig organisiert. Zudem war die grundlegende Weltanschauung tief verwurzelt in der westlichen Gesellschaft der damaligen Zeit. Der Internationale Eugenik-Kongress, auf dem 1932 Ernst Rudin zum Präsidenten der Internationalen Eugenik-Gesellschaft gewählt wurde, fand in New York statt, nicht in Berlin. In den USA wurden 30.000 Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen vor Beginn des Zweiten Weltkrieges sterilisiert, innerhalb Europas ist Dänemark Deutschland vier Jahre voraus gewesen.



© Gamineel / shutterstock.com

Was können wir lernen?

Diese Lektionen aus der Geschichte sollten uns für ähnliche Strömungen in unserer Gesellschaft sensibilisieren. Was können wir aus der Geschichte lernen?

Erstens: Zu Anfang wurde die öffentliche Meinung durch Propaganda beeinflusst. Filme wie „Ich klage an“ (Originaltitel: „I accuse“) warben für Euthanasie als gnädige Erlösung. Der Film beschreibt eine Frau, die unter Multipler Sklerose leidet. Auf ihren Wunsch hin tötet sie ihr eigener Ehemann, während ein Freund im Nachbarzimmer leise Klavier spielt.

Zweitens: Das Verwenden von Euphemismen verzerrt die Tatsachen und lässt die Vorgänge respektabel erscheinen. Der „Reichsausschuss zur wissenschaftlichen Erfassung von erb- und anlagebedingten schweren Leiden“ organisierte die Tötung behinderter Kinder. Die „Gemeinnützige Krankentransport GmbH“ transportierte erwachsene Patienten in die Tötungseinrichtungen, während die „Zentralverrechnungsstelle Heil- und Pflegeanstalten“ die Kosten für die Euthanasie von den trauernden Verwandten eintrieb.

Drittens: Ein drittes Merkmal waren ausführliche Kosten-Nutzen-Analysen. Schulkinder verglichen in ihren Mathematikaufgaben die Mietkosten für eine kleine Wohnung mit denen, die durch die Pflege „Verkrüppelter, Krimineller und Verrückter“ entstehen. Offiziellen Berechnungen zufolge wurden durch die Tötung von 70.000 Patienten innerhalb der T4-Aktion 245.955 Reichsmark pro Tag eingespart. Sowohl für die Euthanasie von Kindern als auch von Erwachsenen gab es ausführliche Formulare, auf deren Basis die Entscheidung über die Tötung getroffen wurde. Die Ideologie hinter dem Holocaust war utilitaristisch und hegelianisch. Der Status bestimmter Menschen wurde abgewertet, während der von Tieren erhöht wurde. Ironischerweise waren im Dritten Reich die Tierschutzgesetze besonders streng.

Viertens: Die letzte Lektion, die wir lernen können, ist die Gefahr, die von einer zu engen Beziehung zwischen Medizin und Staat ausgeht. Im Juni 1933 bekräftigte das Deutsche Ärzteblatt „die besondere Verantwortung der Ärzteschaft, innerhalb der Vorgaben des Staates die Aufgaben zu bearbeiten, die durch die Bevölkerungspolitik und Rassenhygiene entstehen“.

Fazit

Der Völkermord der Nazis begann ganz klein. Für den weiteren Fortschritt waren anfänglich nur vier Faktoren notwendig: eine begünstigende öffentliche Meinung, eine Handvoll breitwilliger Ärzte, wirtschaftlicher Druck und die Freiheit von Strafverfolgung für die Beteiligten. Hinzu kamen noch eine eugenische Sozialpolitik und Krieg. Die zahlreichen Gemeinsamkeiten zwischen dem Deutschland der 30er-Jahre und der Richtung, in die sich die westliche Medizin aktuell entwickelt, sollten die Alarmglocken schrillen lassen. Die wachsende Akzeptanz und Praxis der aktiven Sterbehilfe in Australien, den USA und Europa klingen allzu vertraut. Sie alle laufen den nachkriegszeitlichen ethischen Vereinbarungen, die durch die World Medical Association eingeführt wurden, zuwider. Zusammen mit zunehmender Gesundheitspropaganda, trügerischem Euphemismus, zunehmender Bedeutung der Patientenautonomie, hohem Stellenwert von Kosten-Nutzen-Analysen und einer immer größeren Nähe von Staat und Medizin sollten diese Entwicklungen uns als christliche Ärzte aufhorchen und handeln lassen. ■

Dr. Peter Saunders, Chirurg, ist Vorsitzender der CMF (Christian Medical Fellowship) in Großbritannien und Generalsekretär von „Carenotkilling“. Er lebt mit seiner Familie in der Nähe von London.



„Bitte geben Sie mir die Spritze...“

_Chancen und Herausforderungen der Palliativmedizin

Unser Autor, **Dr. Andreas Rost**, arbeitet als Oberarzt und leitet eine Palliativstation sowie ein ambulantes Palliativteam. Im folgenden Artikel schildert er aus seiner Sicht als Arzt und Christ die Chancen und Herausforderungen der Medizin am Lebensende.



© michaeljung/shutterstock.com

Frau L. ist 59 Jahre alt. Nach jahrelanger Brustkrebskrankheit ist sie nicht mehr in der Lage, sich allein zu Hause zu versorgen: Die Atemnot bei kleinsten Anstrengungen, die körperliche Schwäche und Schwellungen des linken Armes haben ihren Bewegungsradius auf das eigene Bett begrenzt. Pflegedienst und behandelnde Ärzte sind erleichtert, als die alleinstehende Frau dem Umzug in das stationäre Hospiz zustimmt – ein Schritt, den sie immer wieder hinausgezögert hatte. Bei der Visite des ambulanten Palliativteams im Hospiz sind die Pflegekräfte betrübt: Ihre Hilfsangebote werden nicht angenommen, Medikamente gegen Schmerzen und Atemnot nicht regelmäßig eingenommen. Stattdessen verlangt sie nach der „Spritze“. Ich setze mich an ihr Bett. Wir sprechen über das Leben mit Krankheit, über ihre erwachsenen Kinder, ihren Wunsch, nicht mehr weiterzuleben. Sie benennt die Angst vor der zunehmenden Hilflosigkeit, am Lebensende nicht mehr selbst bestimmen zu können. „Die Medikamente machen die Seele nur müde, aber erleichtern sie nicht“, beschreibt sie ihre Situation. Ich spreche mit ihr über palliative Behandlungsmöglichkeiten, auch über die palliative Sedierung als letzten Ausweg: Das Bewusstsein wird gedämpft, eine Kommunikation ist nur eingeschränkt möglich, das Zeitgefühl schwindet, die Krankheitssymptome werden nicht mehr wahrgenommen, bis der Tod eintritt. Beim nächsten Besuch berichten die Pflegenden: Frau L. sei viel entspannter, seitdem sie von der Möglichkeit der palliativen Sedierung weiß.

Seit der Gesundheitsreform 2007 hat jeder Mensch in Deutschland Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Schwerstkranke und Sterbende werden von speziell ausgebildeten Ärzten und Pflegekräften in der häuslichen Umgebung (oder im Pflegeheim oder Hospiz) gemeinsam mit den

Hausärzten unterstützt, damit sie ihre letzte Lebensphase mit guter Symptomkontrolle und Sicherheit der ständigen Erreichbarkeit in der gewohnten Umgebung verbringen können. Den Wunsch nach Selbstbestimmung über das eigene Lebensende äußern autarke Persönlichkeiten: So, wie sie ihr Leben lang bestimmen konnten, wollen sie auch über ihr Lebensende bestimmen. Andere Patienten haben bei Angehörigen ein qualvolles Sterben miterleben müssen und äußern: „So möchte ich einmal nicht sterben“. Ich verstehe die Anfrage nach der „Spritze“ an mich als Arzt zunächst allgemein: Nimm meine Ängste und Sorgen ernst, habe Zeit für mich in meiner Lebens-/ Sterbephase, tu doch etwas für mich! Es ist eine Gelegenheit, mit dem Patienten in ernste Gespräche einzusteigen. Zunächst ist zu prüfen: Ist es eine depressive Stimmungsschwankung, von der er sich wieder distanzieren kann? Folgende Punkte sollten dabei geklärt werden:

- a) Lehnt der Patient generell lebensverlängernde Maßnahmen ab oder
- b) bestimmte Behandlungen, die in seiner Krankheitsphase keinen Sinn mehr ergeben?
- c) Wünscht er eine stärkere Linderung seiner Symptome, auch unter Inkaufnahme einer Lebensverkürzung?
- d) Fordert er ärztliche Unterstützung bei der aktiven Beendigung seines Lebens?
- e) Will er selbst seinem Leben ein Ende setzen, so er dazu in der Lage ist?

Wenn wir zusagen: Ich kümmere mich um dich, um deine Beschwerden, deine Ängste, um die herannahende Sterbephase, dann ist das „Wie“ sekundär. Wichtiger ist die glaubhafte Zusage der menschlichen und medizinischen Begleitung auf der letzten Lebensstrecke. Sie erfordert eine flexible Anpassung, rasches Reagieren auf die aktuellen Nöte und Bedürfnisse. „Zeit zum Aufschieben“ gibt es nicht.

Für die ersten zwei genannten Möglichkeiten ist die juristische Sachlage spätestens seit 2009 eindeutig: Eine Behandlung gegen den Willen des Patienten ist Körperverletzung, selbst wenn eine eindeutige medizinische Indikation besteht. Voraussetzung ist die Einsichtsfähigkeit des Patienten: Er muss die Konsequenz seiner Entscheidung verstehen. Schwierigkeiten ergeben sich bei Depression, aktiver Psychose oder dementieller Entwicklung. Fall b) ist ein Aufruf an die behandelnden Ärzte, über die Ziele der medizinischen Maßnahmen zu reflektieren: Ist das Behandlungsziel noch realistisch? Was muten wir dem Patienten bei Fortsetzung der Maßnahmen zu? Behandeln

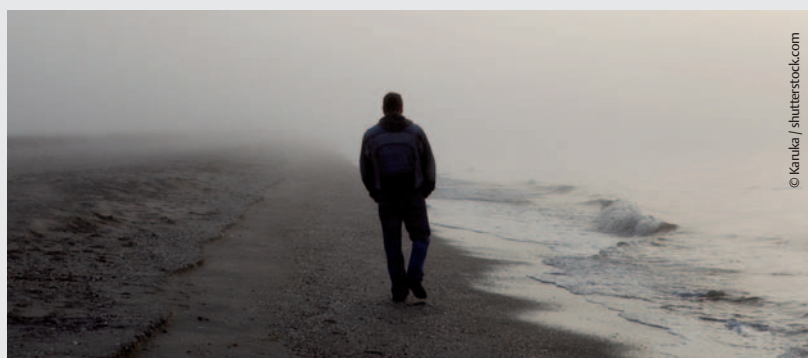
wir (noch) im geäußerten oder mutmaßlichen Willen des Patienten – oder dürfen wir ihn „sterben lassen“? Hilfreich kann eine Beratung im Team mit den Pflegenden und/oder dem Hausarzt sein. In vielen Kliniken gibt es die Beratung durch ein klinisches Ethikkomitee. Die Möglichkeit c) wurde früher die „indirekte Sterbehilfe“ genannt: Eine Behandlung dient der Linderung schwerer Symptome, als Nebenwirkung ist ein eventuell früheres Ableben des Patienten aber nicht auszuschließen. Da die Maßnahme keinesfalls als „Hilfe zum Sterben“ geplant ist, soll nur noch von „Leidenslinderung“ oder „Symptomkontrolle“ gesprochen werden. In der Reihenfolge der Maßnahmen setzt der Palliativmediziner die Dauersedierung als ultimo ratio ein. Die Variante d) ist der eigentliche Wunsch nach der Giftspritze: der ärztlich assistierte Suizid. Was in Holland, Belgien und zwei US-Staaten unter bestimmten Bedingungen gesetzlich erlaubt ist, ist in Deutschland (noch) vom Gesetzgeber im §216 StGB verboten: Die aktive Tötungstat des Arztes wird mit Freiheitsentzug bestraft. Die Beihilfe zum Suizid ist dagegen bisher straffrei: Der Arzt stellt die Mittel zur Verfügung, Ausführer ist der Patient selbst. Der Gesetzgeber berät derzeit über ein neues Gesetz, das laut Ankündigung des Gesundheitsministers jede organisierte „Hilfe zum Ableben“ unter Strafe stellen soll. Dennoch besteht die Gefahr, dass damit automatisch die nicht organisierte, „altruistische“ Beihilfe zum Ableben als „erlaubt“ aufgewertet würde.

Ein anderes Beispiel aus meinem Alltag: Der 68-jährige Patient Herr P. kommt wegen Rückenschmerzen durch Wirbelkörperbrüche in unsere Klinik. Innerhalb weniger Tage wird die Diagnose fortgeschrittener Knochenmarkkrebs gestellt (Plasmozytom). Die Schmerztherapie ist aufwendig und verlangt eine kontinuierliche intravenöse Morphinmedikation. Eine Chemotherapie wird begonnen, Bestrahlungen der schmerzenden Knochen sind geplant, für 2014 eine Stammzelltransplantation. In einer Nacht durchtrennt Herr P. mit einer Schere den Infusionsschlauch. Zuvor bettlägerig, steht er am offenen Fenster. Mit Medikamenten wird Herr P. sediert. Die hinzugezogene Psychiaterin stellt Suizidgefährdung fest und empfiehlt die Zwangseinweisung, ergänzt aber: Wegen der notwendigen Schmerztherapie soll die weitere Behandlung möglichst in der Onkologie stattfinden. Ich frage Herrn P., ob ich mich an sein Bett setzen dürfe. Er bejaht. Meine Fragen beantwortet er mühsam konzentriert. Als nüchterner Bauingenieur weiß er sicher: Das hat doch alles keinen Zweck, er kommt nicht mehr auf die Beine! Er hat seit Nächten nicht mehr geschlafen. Daraufhin biete ich ihm eine Sedierung für die nächsten 36 Stunden an – er nimmt mein Angebot an. Außer der Schmerztherapie erlaubt er keine weitere Behand-

lung: keine künstliche Ernährung, keinen Blasenkatheter, nur Pampers. Wir lassen ihn nach 36 Stunden aus der Sedierung wieder erwachen in der Hoffnung, dass der Schlaf seine Nerven gestärkt hat. Fehlanzeige: Mit der Klinge eines Einmalrasierers ritzt er sich beide Unterarme auf und durchtrennt erneut den Infusionsschlauch. Wir müssen die Sedierung umgehend fortsetzen. Wenige Tage später wird die Atmung schwerer, Husten mit eitrigem Auswurf zeigt einen Infekt der Atemwege, an dem er verstirbt. Im Gespräch mit seiner Schwester, der einzigen Angehörigen, und einem früheren Mitpatienten kristallisiert sich heraus, dass ein Suizid seit Wochen durchdacht war.

Nach dieser Behandlung kommen Schuldgefühle auf: Ich bin vom Patienten zu einer Behandlung genötigt worden, die dem ärztlichen Prinzip, Leben zu erhalten, zuwiderläuft! Das Dilemma, den Willen des Patienten respektieren zu müssen und ihn gleichzeitig vor sich selbst zu schützen, lässt Ohnmachtsgefühle aufkommen. In einer späteren Teamsupervision kam eine hilfreiche Erklärung: Es ist leichter, sich bewusst schuldig zu fühlen als unbewusst ohnmächtig.

Aber es gibt auch andere Fälle: Die 76-jährige Frau S. leidet an Bauchspeicheldrüsenkrebs. Nach Monaten der Chemotherapie kommt es zum Verschluss des Magenausgangs. Jede Form der Nahrungszufuhr führt zum prompten Erbrechen. Mit künstlicher Ernährung lässt sich der geschwächte Zustand von Frau S. stabilisieren. Ihr Wunsch, nach Hause verlegt zu werden, führt zum Familienkonflikt: Der gleichaltrige Ehemann fühlt sich überfordert, die Kinder berichten, in Vollzeit berufstätig zu sein, der finanzielle Rahmen sei sehr eng. Frau S., die bisher in der Familie das Sagen hatte, ist verzweifelt. Sie verlangt nach der „Spritze“. Bei der Visite frage ich sie, ob auch die intravenöse Ernährung beendet werden soll. Sie blickt mich irritiert an. „Ach, Sie meinen den weißen Beutel? Nein, der muss weiterlaufen. Ich kann doch nicht verhungern!“ In weiteren Gesprächen lässt sie sich umstimmen: Wir dürfen die Aufnahme ins Hospiz beantragen. Die Zusage, dass damit keine weiteren Kosten für die Familie anfallen und ein schöner Bildband vom Hospiz haben Frau S. überzeugt. Von der „Spritze“ war keine Rede mehr.



Die Begleitung der Menschen an ihrem Lebensende und besonders derer, die nach der „Spritze“ fragen, ist eine große Herausforderung: Die Sinnfrage bei Krankheit, Sterben und Tod, die Anfrage an die eigene Endlichkeit – sie trifft mich besonders bei jüngeren oder gleichaltrigen Patienten und zeigt mir die Begrenztheit meiner Möglichkeiten: Habe ich ausreichend Zeit (und Kraft) für diese Begleitung? Soll ich (allein) für den Patienten erreichbar sein? Andererseits lerne ich wieder neu den Wert des Lebens schätzen. Ich lerne von Patienten, die ihr Leben in Frieden „voll“-enden. Ich werde dankbar für die Möglichkeiten der Palliativmedizin. Ich schätze mehr die Lebenszeit, besonders die freie Zeit, die mir und meiner Familien geschenkt wird. ■

Dr. Andreas Rost ist verheiratet, hat drei erwachsene Kinder und einen Enkel. Er ist Internist und Hämato-Onkologe. Er ist Mitglied im klinischen Ethikkomitee und war bis Anfang 2014 im Leitungskreis der ACM.



Glauben Sie, dass es den Himmel gibt?

„In der Palliativmedizin steht die spirituelle Begleitung gleichberechtigt neben der medizinischen und psychologischen. Erfahrungsbericht einer Ärztin



„Dann sind meine Tage also gezählt“, sagte die Patientin, nachdem ich mit ihr darüber gesprochen hatte, dass es keine medizinischen Möglichkeiten mehr gab, das Wachstum ihrer Krebserkrankung aufzuhalten. „Ihre Lebenszeit ist sicherlich begrenzt“, erwiderte ich. „Aber immer, wenn etwas nicht mehr unbegrenzt zur Verfügung steht, dann wird es auch wertvoll. Und je begrenzter etwas ist, umso wertvoller wird es. Deshalb würde ich eher sagen: Ihre Tage sind wertvoll.“

Die meisten Menschen wünschen sich, nicht zu wissen, wann sie sterben werden. Einfach umfallen und weg sein, das wird allgemein als die beste Art zu sterben angesehen. Dahinter steckt oft die Angst vor unbeherrschbaren Schmerzen oder anderen körperlichen Leiden und davor, anderen zur Last zu fallen. Palliativmedizin ist der Bereich der Medizin, der sich ganz bewusst Menschen zuwendet, die wissen, dass sie in absehbarer Zeit an einer nicht mehr heilbaren Erkrankung sterben werden. Das Ziel der hier tätigen Ärzte, Pflegekräfte, Physiotherapeuten, Apotheker, Psychologen, Seelsorger und Angehörigen anderer medizinischer Berufe ist, dass Menschen am Lebensende ihre Zeit als wertvoll erleben können. Der entscheidende Unterschied zu allen anderen Bereichen der Medizin besteht darin, dass der Fokus nicht darauf liegt, Lebenszeit zu verlängern, sondern die für den Patienten bestmögliche Lebensqualität zu erzielen. Das beinhaltet herauszufinden, wo der Patient seine letzte Lebenszeit verbringen möchte (zu Hause, bei Angehörigen, im Hospiz), körperliche Symptome wie Schmerzen, Übelkeit, Luftnot, etc. bestmöglich zu kontrollieren und das möglich zu machen, was dem Patienten wichtig ist.

Mich bringt es immer wieder ins Nachdenken zu erleben, wie das Wissen, dass man nur noch wenige Wochen oder Tage leben wird, die Sicht von dem, was wichtig ist, verändert. Was am Lebensende wichtig ist und was Lebensqualität bedeutet, kann nur der Patient selbst entscheiden. Und so ist für mich jede Begleitung eines Sterbenden immer wieder ein neu zu findender und

einzigartiger Weg. Eine Besonderheit auf diesem Weg ist, dass ich nicht nur Arzt bin, sondern ebenfalls ein Mensch, der einmal sterben wird. Irgendwann wird ein Rollentausch stattfinden und ich werde in der Rolle des Patienten sein. Damit Frieden zu schließen ist die Voraussetzung dafür, immer wieder mit Menschen bis zu dem Augenblick zu gehen, wo sie dieses Leben hinter sich lassen.

„Wie machst Du das nur“, fragte mich eine Kollegin einmal, „ich habe immer das Gefühl, ich muss da ganz schnell weglaufen.“ Das hätte ich bestimmt auch, wenn ich nicht um die Realität des Himmels wissen würde. Seit Jesus in meinem Herz auferstanden ist, hat der Tod für mich seinen Schrecken verloren. Mehr noch: Wenn ich jemanden bis an die Grenze zwischen dem Leben hier und dem Leben jenseits des Todes begleite, habe ich oft das Gefühl, ich stehe auf heiligem Boden. Patienten, die dem Tod nahe sind, sind sensibel für das, was mit der Zeit nach dem Tod zusammenhängt. Und sie spüren, ob wir für uns die Antwort auf die Frage, was nach dem Tod kommt, gefunden haben oder nicht. So sagte einmal eine Patientin unvermittelt zu mir: „Ich glaube, Sie sind hier in der Abteilung diejenige mit dem heißesten Draht zu Gott.“ In der Palliativmedizin steht die spirituelle Begleitung gleichberechtigt neben der medizinischen und psychologischen.

Als junge Assistenzärztin traf ich auf eine Patientin, die an einer fortgeschrittenen Brustkrebserkrankung litt. Sie erzählte mir verzweifelt, dass sie ihr ganzes Leben hart gearbeitet habe, um jetzt



in der Rente das zu genießen, was sie und ihr Mann sich aufgebaut hatten. Und jetzt müsse sie sterben. „Glauben Sie, dass es den Himmel gibt?“ platzte es aus mir heraus. Die Patientin kannte Jesus als ihren Heiland, wie sie mir dann erzählte. Es hat uns beide getröstet, in dieser Situation zusammen beten zu können.

Die Frage „Glauben Sie, dass es den Himmel gibt?“ taucht seitdem immer wieder in meinen Gesprächen mit Patienten am Lebensende auf. „Nein“, antwortete einmal eine Patienten, „aber schön wäre es schon.“ Ich habe sie ermutigt, dieser Sehnsucht in ihr nachzugehen. Menschen am Lebensende nach ihrem Glauben zu fragen, in ihrem Glauben

zu ermutigen und sie wissen zu lassen, an wen ich glaube – dazu muss ich kein Arzt sein. „Ich trage diesen Schatz in einem ganz gewöhnlichen, zerbrechlichen Gefäß“ sagt Paulus, der ja auch kein Arzt war (2.Kor 4,7).

Jeder, der diesen Schatz der Gegenwart Jesu in sich trägt, kann das Gefäß sein, durch das sich Jesus Sterbenden als ihr Hirte offenbaren möchte – ganz egal, ob wir dem Sterbenden als Arzt, Apotheker, Seelsorger, Kollege, Nachbar oder Freund begegnen. Das zu erleben, ist für mich immer wieder ein Geschenk und macht mich gewiss, dass Jesus auch mich auf meinem letzten Lebensweg als mein Hirte nicht alleine lassen wird. ■

Dr. Sonja Küster ist Gynäkologin, Allgemeinmedizinerin und Palliativmedizinerin. Sie lebt in Freudenstadt und bereitet sich auf ihren Umzug nach Ostafrika vor.



Sterben auf Knopfdruck

Ein Hausarzt aus der Schweiz berichtet von seinen Erfahrungen und warnt vor einer Ausdehnung der Suizidbeihilfe auf gesunde Menschen

Anders als in den meisten europäischen Ländern ist in der Schweiz die Beihilfe zum Suizid unter bestimmten Bedingungen legal. Unser Autor Beat Schär wurde als Hausarzt um diese Beihilfe gebeten – und hat sie aus Gewissensgründen abgelehnt.

Vor Kurzem wurde ich mit der Anfrage einer älteren Patientin konfrontiert, ob ich ihr ein Rezept für das tödliche Barbiturat ausstellen könnte. Bereits vor einigen Jahren wurde ich von einer anderen Patientin, einer Frau mit langjähriger Multipler Sklerose (MS), angefragt. Mit dem Verweis auf persönliche Gewissensgründe hatte ich jeweils abgelehnt. Die damals 76-jährige Patientin mit MS nutzte schließlich die Möglichkeit in der Schweiz, mit der Sterbehilfe-Organisation Exit aus dem Leben zu scheiden. Sie war zwar nicht in einer letzten Krankheitsphase und hatte auch keine Schmerzen, die nicht behandelbar gewesen wären. Doch sie wollte sterben, sobald sie nicht mehr ohne Hilfe duschen oder auf die Toilette gehen konnte. Ich konnte mein Erstaunen über diese Begründung nicht verbergen. Die Patientin meinte, ihre Kinder und Enkel hätten alle Verständnis für ihre Entscheidung. Für den Arzt von Exit (der sich nie bei mir gemeldet hatte) musste ich nun einen ärztlichen Bericht über ihren Gesundheitszustand erstellen. Die Patientin verneinte aktuell zwar alle Fragen zu depressiven Symptomen, doch verlangte ich im Bericht noch ein Gutachten durch einen Psychiater, um eine (larvierte) Depression auszuschließen. Schließlich hatte sie früher auch schon Antidepressiva benötigt. Diesen Satz nahm mir die Patientin



zwar etwas übel, doch hielt ich dies für meine Sorgfaltspflicht vor diesem irreversiblen Schritt. Wie sie mir später mitteilte, sei der Besuch durch einen von Exit vermittelten Psychiater dann eine reine Formsache gewesen, ziemlich schnell hätte der ihr gesagt, sie sei sicher nicht depressiv. Für die restlichen Wochen bis zu ihrem selbstgewählten Todesdatum fragte sie mich vorsichtig, ob ich denn trotzdem bis dahin noch ihr Hausarzt bleiben würde, was ich natürlich bejahte. Offenbar überraschte sie diese Antwort etwas. Schien sie sich von mir abgelehnt zu fühlen, weil ich als Christ die Beihilfe zum Suizid ablehnte? Ich merkte, dass es für viele Menschen schwierig ist, dies auseinanderzuhalten.

So habe ich nun bei der zweiten Patientin mit dem Wunsch nach Suizidbeihilfe von Anfang an betont, dass ich ihre Entscheidung respektiere und nicht verurteile, auch wenn ich ihr das Barbiturat aus Gewissensgründen nicht verschreiben würde. Es handelt sich hierbei um eine knapp 90-jährige (urteils-



fähige) Patientin im Pflegeheim mit chronischen Schmerzen und stark eingeschränkter Mobilität und Sehkraft. Sie lehnt weitere Operationen und eine höhere Opiat-Dosierung ab. Ihren Todestag im Januar 2014 wählte sie so, dass alle Angehörigen dabei sein konnten. Ihre Kinder (mit denen ich auch in Kontakt war) und Enkel bedauerten zwar ihre Entscheidung und hatten Mühe damit, doch wollten auch sie ihren Wunsch respektieren. Als ich auf ihre persönliche Glaubenshaltung zu sprechen kam, meinte meine Patientin, sie kenne zwar die Bibel, doch hätte sie schon länger ihre Glaubenszweifel. Bezüglich ihres Entscheides zum assistierten Suizid hingegen hätte sie keine Zweifel mehr. Weiter gab sie zu bedenken, dass ich vielleicht in ihrer Lage und in ihrem Alter ja auch nicht mehr leben wollte.

Ehrlich gesagt kann ich dies auch nicht so sicher ausschließen. Auf alle Fälle würde ich niemanden als Beihelfer zum Suizid instrumentalisieren wollen, aber vielleicht würde ich in einer ausweglosen Krankheitsphase auf Nahrung und Flüssigkeit verzichten wollen. Sozusagen sterben wie ein alter Indianer? Wie sehr hatte sich sogar Hiob den Tod herbeigesehnt (Hiob 3). Hatte ihn Gott deswegen verurteilt? Offenbar nicht. Natürlich kann man jetzt einwenden, dass Hiob ja seinen Worten keine Taten folgen ließ und sich nicht umbrachte. Oder in Jesus Sirach 30,17 lese ich: „Besser sterben als ein unnützes Leben, besser Ruhe für immer als dauerndes Leid.“ Oder in 33,21: „Solange noch Leben und Atem in dir sind, mach dich von niemand abhängig!“ Ziemlich ungewohnte Töne, allerdings aus einem Buch, das nur von der katholischen und orthodoxen, nicht aber von den evangelischen Kirchen zur Bibel gezählt wird. Ich möchte mich hier nicht auf theologische Äste hinauswagen, doch plädiere ich dafür, das Verurteilen eines Selbstmörders zu unterlassen. Wer weiß schon, wie Gott diesen beurteilt? Klar hingegen ist für mich, dass vor Gott die Würde des Menschen zu jedem Zeitpunkt des Lebens, also selbst bei völliger Abhängigkeit und bei unerträglichen Schmerzzuständen unbestritten und unantastbar ist. Viele biblische Figuren, und auch Jesus selbst, sind uns Vorbilder im Ertragen von Leid.

Doch was heißt das nun auf politischer Ebene? Wie sollen wir uns in der Diskussion um die gesetzliche Regelung von Suizidbeihilfe positionieren? Auf aktive Sterbehilfe, wie sie z. B. in den Niederlanden und in Belgien erlaubt ist, möchte ich hier nicht eingehen und ich bin froh, dass diese bei uns verboten ist. Vor einem Jahr hatten wir in unserem Qualitätszirkel mit gut einem Dutzend Hausärzten das Thema mehrmals intensiv und kontrovers diskutiert. Bis dahin hatten drei der anwesenden Ärzte schon ein- oder mehrmals das Barbiturat für eigene Patienten auf deren Wunsch hin verschrieben. Alle drei sind von mir hochgeschätzte, sehr erfahrene, engagierte und mitfühlende Hausärzte, die ihre Entscheidungen nicht leichtfertig trafen. Auch hier bemerkte ich im direkten Diskurs meine Hemmungen, sie für ihre Tat zu verurteilen. Sollte ich befürworten, dass sie strafrechtlich verfolgt werden?

In der Schweiz ist die gesellschaftliche Akzeptanz der Suizidbeihilfe (und bei der allgemeinen Bevölkerung wohl in noch größerem Ausmaß als bei den Ärzten) in den letzten Jahren dermaßen gewachsen, dass es unrealistisch wäre, ein Totalverbot zu fordern. Eine von christlichen Politikern eingereichte Volksinitiative für ein Verbot der Suizidbeihilfe bei Personen, die nicht mindestens ein Jahr im Kanton Zürich gewohnt haben, wurde von über 78% der Wahlberechtigten abgelehnt. In Deutschland und in Österreich ist die öffentliche Meinung sicherlich noch nicht so weit und entsprechend leichter ist es, eine restriktive Gesetzgebung einzufordern. Die Schweiz wurde vom Europäischen Menschenrechtsgerichtshof zur Klärung ihres Umgangs mit der Suizidbeihilfe aufgefordert. Es wurde bemängelt, dass die Abgabe des Barbiturates auf den medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften sowie der dazu ergangenen Rechtsprechung beruht und nicht auf einem Bundesgesetz. Vor zwei Jahren lehnte der Gesetzgeber genau das wohlweislich noch ab, da eine gesetzliche Regelung quasi einer gesellschaftlichen Legitimierung gleichkäme.

Die Diskussion geht also auch hierzulande weiter. Ich sehe die Aufgabe der christlichen und ärztlichen Seite darin, auf die Gefahr der Ausdehnung der Suizidbeihilfe auf gesunde Menschen mitten im Leben und auf die Gefahr des zunehmenden Druckes auf alte und chronisch kranke/behinderte Menschen hinzuweisen sowie auf die Wichtigkeit der Förderung der Palliativmedizin.. ■

Dr. Beat Schär, Winterthur, ist Facharzt für Allgemeinmedizin mit Zusatzausbildung in psychosomatischer und psychosozialer Medizin. Er ist im Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Ev. Ärzte in der Schweiz.



Aus der Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Mediziner (ACM)

Die Stellungnahme der ACM vom 25.2.2013 bezog sich auf den mittlerweile überarbeiteten Gesetzentwurf der Bundesregierung zu §217 StGB (vergleiche auch Artikel auf Seite 6). Da die Stellungnahme aber grundsätzlich argumentiert, wollen wir sie in Auszügen hier wiedergeben.

Ein Verbot der „gewerbsmäßigen“ Suizidhilfe reicht nicht aus!

Eine Beschränkung der Strafbarkeit auf die „gewerbsmäßige“ Suizidhilfe negiert oder verharmlost die vielen anderen Möglichkeiten, in denen eine Selbsttötung für das Umfeld des Suizidenten direkt oder indirekt von Vorteil sein kann. Gerade „Angehörige oder andere dem Suizidwilligen nahestehende Personen“ sind besonders gefährdet, dem Druck, der durch das Leid des Suizidwilligen oder die Fürsorge für ihn auf ihnen lastet, nachzugeben, anstatt ein „Beratungsangebot mit primär lebensbejahenden Perspektiven“ zu suchen (...).

Das Phänomen des „Elder Abuse“

Die Zahl der Alten, langfristig Pflegebedürftigen und Demenzen wird in den kommenden Jahren drastisch zunehmen. Damit wird in Zeiten ökonomischer Verknappung für diese Menschen zugleich ein zunehmender Erwartungsdruck entstehen, „ihren Angehörigen oder der Gemeinschaft durch ihren Pflegebedarf nicht dauerhaft ‚zur Last zu fallen‘.“ So wächst die Gefahr, dass alten oder pflegebedürftigen Menschen das Gefühl vermittelt wird, „sich für ihren Wunsch, weiterleben zu wollen, gegenüber ihrem unmittelbaren Umfeld oder der Gesellschaft insgesamt rechtfertigen zu müssen.“ Im englischen Sprachraum hat sich hierfür der Begriff „elder abuse“ (Missbrauch Älterer) etabliert (...) Wir sehen auf Seiten des Gesetzgebers dagegen dringenden Handlungsbedarf zum Schutz älterer und beeinträchtigter Mitbürger. (Dies gilt in besonderer Weise auch für Behinderte, die sich nicht von ungefähr als potenzielles Ziel jeder Lockerung des Lebensschutzes empfinden!) (...).

Geregelte Sterbehilfe hat sich im Ausland als unkontrollierbar erwiesen

Laut Aussage der Bundesregierung wird in den Niederlanden „die dort zur Kontrolle der Sterbehilfe vorgesehene Anzeigepflicht in der Praxis auch nach mehreren Jahren des Gesetzesvollzugs immer noch in 20 Prozent der Fälle nicht eingehalten“. Zahlen aus Belgien belegen ein Meldedefizit von nahezu 50 Prozent. In Ländern, in denen eine Liberalisierung des Strafrechtes die Suizidbeihilfe oder Sterbehilfe unter bestimmten Bedingungen ermöglicht, werden die bestehenden Regeln in großem Stil unterlaufen (...).

Die Würde des Menschen beruht nicht auf Autonomie sondern auf seiner Geschöpflichkeit

Die aktuelle, international geführte Debatte um eine Liberalisierung von Suizid-Gesetzen ist auch eine Debatte um das Menschenbild. Protagonisten einer Liberalisierung vertreten i.d.R. ein humanistisch-materialistisches Menschenbild im Sinne einer absoluten Autonomie des Menschen, welche die freie Selbstverfügung bis hin zum Suizid umfasst. Ein solches Menschenbild ist eine willkürliche weltanschauliche Position. Als Christen stellen wir dieser das Bekenntnis entgegen, dass jeder einzelne Mensch von der Zeugung bis zum Tod Gottes geliebtes Geschöpf ist, das es zu schützen und zu stützen gilt. Die Freiheit des Einzelnen ist zu achten – und doch angesichts von Krisensituationen und Missbrauchsgefahr dem Lebensschutz unterzuordnen.

Eine Entscheidung zum Lebensschutz

Wird in unserer Gesellschaft dem Menschen, der nicht mehr leistungsfähig ist oder gar Leistungen in Anspruch nimmt, der Suizid implizit angeboten, geht die Wertschätzung des betreffenden Menschen durch sein Umfeld verloren. Der Verlust dieser Wertschätzung aber ist einer der wesentlichen Beweggründe für eine Bitte um Suizidhilfe. Da der Suizid im „Erfolgsfall“ eine unumkehrbare Entscheidung ist, erfordert die Einmaligkeit des Einzelnen ein verstärktes Bemühen seitens des Gesetzgebers zur Suizidprävention. Hierbei sind u.a. ein Ausbau palliativmedizinischer Möglichkeiten, ein erleichterter Zugang zu psychologisch-psychiatrischen Beratungsstellen und das Unterbinden jeglicher Form der Suizidwerbung als geeignete Mittel zu nennen. Eine Gesellschaft, die das Leben eines Menschen „an oberste Stelle der zu schützenden Rechtsgüter“ stellt, muss auch in ihrer Legislative nach diesem Grundsatz die Weichen stellen: bei Krisen im Leben gilt es, die Krise zu beseitigen und nicht das Leben!

Die gesamte Stellungnahme inklusive Quellenangaben finden Sie zum Herunterladen im Netz: acm.smd.org.