

Sterbebegleitung und Sterbehilfe

Angesichts der rasanten Entwicklungen der modernen Medizin stellt sich für viele Menschen die Frage nach einem würdigen Sterbeprozess in nie gekannter Dringlichkeit. Der Ruf nach ärztlicher Sterbehilfe wird laut, wenn ein kurativer Ansatz in der Behandlung einer Krankheit ausgeschöpft ist und der Patient sich in einer letzten und leidvollen Phase seines Lebens befindet. Die schwerkranken Patienten wünschen ein friedliches und schmerzloses Sterben. Der Wunsch ist häufig von der Angst vor einer „Übertherapie“ begleitet, die sich vor allem auf eine Sterbens- bzw. Leidensverlängerung am Lebensende bezieht. Demgegenüber nimmt die Zahl der Patienten zu, die von ihrem Arzt eine aktive Euthanasie oder Beihilfe zur Selbsttötung fordern. Die Medizin befindet sich auf einer schwierigen Gratwanderung zwischen dem medizinisch und technisch Machbaren und dem menschlich und ethisch Vertretbaren.

Formen der Sterbehilfe

Als Ausgangspunkt für die Diskussion um Sterbehilfe und Sterbebegleitung sollen im folgenden kurz die verschiedenen Formen und Definitionen der Sterbehilfe dargestellt werden, wie sie in der deutschen Rechtsprechung und Literatur unterschieden werden¹. Grundsätzlich handelt es sich bei allen Formen der Sterbehilfe um lebensbeendende Handlungen. Für ihre unterschiedliche ethisch-rechtliche Bewertung spielt die Absicht (Intention) des handelnden Arztes eine entscheidende Rolle².

Unter *aktiver* bzw. *aktiv direkter Sterbehilfe* versteht man die intendierte und (von einem Arzt) aktiv herbeigeführte, vorzeitige Beendigung des Lebens durch vorsätzliche Verabreichung lebensbeendender Substanzen. Der Arzt *tötet* den Patienten, um Schmerzen und Leiden zu beenden. Dies kann auf Verlangen des Patienten, der sterben möchte, geschehen (freiwillige oder eigentliche aktive Sterbehilfe) oder ohne Einwilligung eines Patienten, der zwar einwilligen könnte, aber dies nicht tut (unfreiwillige aktive Sterbehilfe) bzw. der nicht einwilligen kann, weil er nicht versteht, um was es geht (nicht-freiwillige aktive Sterbehilfe).

Das deutsche Grundgesetz garantiert den Schutz des Lebens mit Art. 1 Abs. 1 („Die Würde des Menschen ist unantastbar.“) und Art. 2 Abs. 2 („Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.“) Danach ist eine aktive Sterbe-

hilfe unzulässig und wird durch § 216 StGB („Tötung auf Verlangen“) oder die allgemeinen Tötungsvorschriften der §§ 211, 212 StGB („Mord“, „Totschlag“) unter Strafe gestellt.

Aktive Sterbehilfe muß von zwei anderen Formen der Sterbehilfe unterschieden werden, in denen ein Arzt aktiv am Tod seines Patienten beteiligt ist, nämlich der indirekten Sterbehilfe und der Beihilfe zum Suizid. Im Gegensatz zur beabsichtigten Beschleunigung des Todesintritts bei der aktiven Sterbehilfe handelt es sich bei der *indirekten* bzw. *aktiv indirekten Sterbehilfe* um die unbeabsichtigte, nicht-intendierte Herbeiführung des vorzeitigen Todesintritts als Nebenwirkung einer sinnvollen Therapiemaßnahme bei Einwilligung des Patienten nach vollständiger Aufklärung (informed consent). Die Absicht ist hier nicht die Verkürzung des Lebens, sondern die Linderung von Leiden. Die Todesfolge wird ethisch und christlich unter der Geltung des „Prinzips der Doppelwirkung“³ für zulässig gehalten.

Bei der *Beihilfe zum Suizid* ist der Arzt seinem Patienten bei der Verwirklichung dessen selbständig gefaßter Entscheidung, sein Leben zu beenden, zum Beispiel durch Bereitstellung eines tödlichen Medikaments, behilflich. Im Gegensatz zur aktiven Sterbehilfe bestimmt der Arzt hier weder den Geschehensablauf noch führt er die Tötungshandlung selbst aus. Das aktive Tun des Arztes (Bereitstellung der tödlichen Substanz) als Selbstmordbeihilfe bleibt mangels Vorliegens einer rechtswidrigen Haupttat straflos, wenn der Selbsttötung eine freiverantwortliche Willensentscheidung des Lebensmüden zugrunde liegt. Die Beihilfe zu einer Tat ist nur dann strafbar, wenn letztere einem Straftatbestand des StGB entspricht; das ist bei der Selbsttötung nicht der Fall (vgl. § 27 I StGB).

Bei der *passiven Sterbehilfe* handelt es sich um den Behandlungsverzicht bei sterbenden Patienten oder um die *aktive* Beendigung von lebensverlängernden Maßnahmen bei (mutmaßlicher) Einwilligung des Patienten. Der Unterschied zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe wird oft als Unterschied gesehen zwischen der aktiven Beendigung menschlichen Lebens (Tötung) und dem Sterbenlassen oder der Entscheidung, Leben nicht zu verlängern, also etwa keine (weiteren) lebensverlängernden Behandlungsmaßnahmen vorzunehmen. Der Arzt *läßt* den Patienten *sterben*. Beim Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen in aussichtslosen Situationen, zum Beispiel durch das aktive Abschalten der Beatmungsmaschine, ist nicht der Abbruch die Todesursache, sondern die Krankheit des Patienten. So stirbt der Patient seinen eigenen Tod an Ursachen, deren medizinische Bekämpfung nicht mehr sinnvoll ist. Jedes eigenmächtige Vorgehen des Arztes gegen den Willen des Patienten wäre ein widerrechtlicher Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht des Patienten über seinen Körper und in die Würde der menschlichen Persönlichkeit.

Allerdings hat eine aktuelle empirische Untersuchung unter anderem gezeigt, daß es oft schwierig bis unentscheidbar ist, ärztliche, lebensbeendende Handlungen „konsequent nach den Kriterien ‚gewollt‘ oder ‚billigend in Kauf genommen‘, ‚aktiv‘, ‚passiv‘ oder ‚indirekt‘“ aufzuteilen⁴.

Euthanasie in den Niederlanden

Euthanasie wird in den Niederlanden folgendermaßen definiert:

„Euthanasie ist ein absichtlich lebensbeendendes Handeln durch eine andere als die betroffene Person, auf deren ausdrückliche Bitte hin.“⁵

Als Handelnder bei der aktiven Tötung des Patienten wird ausschließlich der Arzt angesehen. Art. 293 des niederländischen Strafgesetzbuches bestraft die „Tötung eines anderen auf dessen ausdrückliche Bitte hin“ mit einer Freiheitsstrafe von bis zu 12 Jahren bzw. einer Geldbuße von 100 000 holländischen Gulden. Dagegen ist die Tötung durch den Arzt ohne ausdrückliche Bitte des Patienten per definitionem keine Euthanasie und wird nach holländischem Recht wie Totschlag (Art. 287) bzw. Mord (Art. 289) geahndet. Allerdings wird dort im Rahmen einer speziellen „meldingsprocedure“ bei Nachweis der Berücksichtigung sogenannter „Sorgfaltsbedingungen“ von einer Strafverfolgung bei Euthanasie oder medizinisch assistiertem Suizid abgesehen. Dazu gehören:

„Dem Arzt muß ein ausdrückliches, freies und beständiges Verlangen des über seinen Zustand vollständig unterrichteten Patienten nach Tötung vorliegen. Es muß ein dem Patienten untragbares Leid vorliegen. Der Patient muß sich in einem irreversiblen, unheilbaren Zustand befinden. Der Arzt muß einen weiteren, unabhängigen Mediziner zu Rate ziehen. Allein der behandelnde Arzt oder ein Arzt, der mit diesem gemeinsam beratschlagt hat, darf das Gesuch des Patienten nach Sterbehilfe erfüllen. Auf all sein Handeln muß der Arzt die größtmögliche Sorgfalt legen. Schließlich hat der Arzt einen ausführlichen schriftlichen Bericht über den gesamten Fall zu erstatten.“⁶

Von grundlegender Bedeutung für die holländische Euthanasiepolitik sind die Ergebnisse der von der holländischen Regierung in Auftrag gegebenen Untersuchung von 1991, der R Emmeling-Report⁷, und die 1996 von van der Wal und van der Maas⁸ durchgeführte Studie. Jährlich sterben in den Niederlanden etwa 130 000 Menschen. Aktive Sterbehilfe wurde 1990 bei 2300 Menschen durchgeführt und 1995 bei 3200. Beihilfe zum Suizid wurde in beiden Untersuchungen mit jeweils 400 Fällen angegeben. Bei 68 Prozent (1990) bzw. 80 Prozent (1995) der Patienten, deren Leben mittels aktiver Sterbehilfe oder assistiertem Suizid beendet wurde, lag eine Krebserkrankung vor. 85 Prozent dieser Patienten erhielten die aktive Sterbehilfe durch den Hausarzt. Bei 1000 (1990) bzw. 900 (1995) Patienten wurde die aktive Sterbehilfe ohne ausdrückliche Bitte der Betroffenen ausgeübt. Als Gründe für die nicht-freiwillige Euthanasie nannten die Ärzte aussichtsloses, unerträgliches und sinnloses Leiden sowie Vermeidung von Entwürdigung. Dabei beurteilt die R Emmeling-Kommission die etwa 1000 Fälle der nicht-freiwilligen Euthanasie bei beginnendem Versagen der Vitalfunktionen als eine unbestreitbar normale Handlung.

Die niederländische Duldungs- bzw. „gedoog-Politik“ möchte damit zum einen Euthanasie, so weit es eben geht, unterbunden wissen. Zum anderen soll, so

der holländische Medizinethiker Bert Gordijn, eine größtmögliche Kontrolle über die (ansonsten heimliche) Durchführung von Euthanasie erreicht werden:

„Weil jedoch die strikte Strafverfolgung nicht zu deren Eindämmung, sondern vielmehr zu ihrer versteckten – und dadurch jeglicher Kontrolle entzogenen – Ausübung führt, dulden die Behörden bestimmte Fälle von Euthanasie, um hierdurch das als größer erachtete Übel der heimlichen, unkontrollierten Tötung zu vermeiden.“⁹

Der erste Schritt zur Legalisierung der Euthanasie in den Niederlanden begann 1984, als die niederländische königliche Ärztesgesellschaft erstmals aktive Sterbehilfe duldete. 1988 wurde Euthanasie standesrechtlich als zulässig angesehen, eine Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe wurde abgelehnt. Seit 1995 ist aktive Sterbehilfe bei psychisch Kranken und nicht-terminalen Leidenszuständen rechtlich möglich. Doch die Frage nach öffentlicher Kontrolle ist mit dem neuen Gesetz nicht gelöst¹⁰.

Dammbruch und Mißbrauch

In Deutschland ist die Diskussion über die aktive Euthanasie durch die schlimmen Erfahrungen während der Nazi-Zeit, in der deutsche Ärzte unter dem Vorwand eines „Euthanasie-Programms“ sogenanntes „lebensunwertes Leben“ vernichtet haben, immer noch schwer belastet. Man würde sich zusammen mit Rita Süßmuth wünschen, daß in diesem Land, in dem der Mißbrauch stattgefunden hat, besondere Vorbehalte gegenüber der (Wieder-)Einführung einer aktiven Euthanasie bestünden¹¹.

Dennoch haben sich in der Öffentlichkeit und unter Ärzten starke Positionen zugunsten einer Legalisierung der aktiven Euthanasie gebildet. Wo keine Hoffnung auf Heilung einer schweren Krankheit oder keine Aussicht auf ein „lebenswertes“ Dasein bestünden, müsse es auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten ethisch und juristisch erlaubt sein, zu töten¹². Alarmiert durch das jüngste Ergebnis einer Emnid-Umfrage¹³, wonach 42 Prozent der niedergelassenen Ärzte in Deutschland die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe befürworten, befürchten viele, daß schon die Duldung einer an noch so enge Bedingungen geknüpften aktiven Sterbehilfe zu einem „Dammbruch“ im Hinblick auf den unantastbaren Wert menschlichen Lebens führt.

Von den Befürwortern einer Freigabe der aktiven Sterbehilfe wird der „hippokratische Eid“ als anachronistisch zurückgewiesen und eine Anpassung ethischer und standesrechtlicher Normen an die moderne Medizin gefordert. Demgegenüber wäre eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe, selbst unter restriktiven Bedingungen, mit dem herkömmlichen Selbstverständnis des Arztes nicht zu vereinbaren. Negative Folgen für den Arzt wären von einer (standes)ethischen, stan-

desrechtlichen und rechtlichen Seite zu erwarten. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient würde deutlich beeinträchtigt werden. Doch was man am meisten befürchtet, ist die Gefahr eines Dammbrechts mit dem daraus resultierenden Mißbrauch: Auch im Falle einer in bester Absicht getroffenen kontrollierten Legalisierung der aktiven Sterbehilfe wird – so befürchtet man – einem unkontrollierten Ausufern Vorschub geleistet. Der Philosoph Dieter Birnbacher bemerkt zum Dammbrechargument:

„Jede Duldung oder Freigabe eines zuvor verbotenen Verhaltens zieht Mißbrauchsgefahren nach sich, die vorher nicht in derselben Weise bestanden haben. Der Hinweis auf mögliche Mißbräuche ist aber als solcher noch kein hinreichendes Argument gegen die Freigabe. Es kommt nicht nur auf die Risiken, sondern auch auf die Chancen an. Ein Grund gegen die Freigabe sind Mißbrauchsgefahren nur dann, wenn sie gewichtig genug sind, die Vorteile der Freigabe aufzuwiegen und wenn ihnen nicht ihrerseits durch rechtliche und andere Vorkehrungen begegnet werden kann. ... Bewußte und unbewußte Tötungswünsche realisieren sich eher in aktiver und direkter Tötung als in dem Sterbenlassen eines durch natürliche Ursachen Todgeweihten. ... Ein Mörder könnte sich damit zu entlasten versuchen, daß er sich auf ein vorgetäushtes Verlangen beruft.“¹⁴

Ferner könnten diejenigen, die mit der Pflege des Kranken belastet sind, diesem direkt oder indirekt ein Todesverlangen nahelegen. Schließlich könnte dem medizinischen Fortschritt angelastet werden, durch Verschiebung der Altersstruktur die Pflege und Versorgung älterer und hilfbedürftiger Menschen ökonomisch nicht mehr gewährleisten zu können – quasi als Rechtfertigung für aktive Sterbehilfe. An der Stelle sei exemplarisch an den Fall der Maria Roeder¹⁵ erinnert: Einer Krankenschwester auf der Intensivstation war nachgewiesen worden, daß sie willentlich den Tod von acht Patienten durch tödliche Injektionen selbst oder durch falsch angereicherte Spritzen an den Arzt mittelbar verursacht hatte. Als Motiv für das Handeln der Intensivschwester wurde anerkannt, daß sie den Patienten in ihrer – nach ihrer eigenen Einschätzung – aussichtslosen Lage aus Mitleid helfen wollte. Die Verurteilung durch den Bundesgerichtshof erfolgte wegen Totschlags und nicht wegen Mordes. Zwar lag eine Wehrlosigkeit der Patienten als Merkmal für die Erkennung auf Mord vor, niedrige Beweggründe waren jedoch nicht zu unterstellen. Dieser Fall macht die Gefahr deutlich, daß allein das Mitleid – zweifellos eine edle Tugend – als Rechtfertigungskriterium für Tötungsdelikte herangezogen würde.

Bis hierher läßt sich mit Dieter Birnbacher als Fazit festhalten:

„Ein liberaler Umgang mit der aktiven Sterbehilfe könnte in der Tat die Hemmschwelle gegen die Mitleidstötung senken, sowohl was die Auffassungen in der Bevölkerung als auch die gerichtliche und behördliche Praxis betrifft. Eine extensive Praxis der aktiven Sterbehilfe, einmal zu der ärztlichen Routine geworden, die sie in den Niederlanden bereits zu sein scheint, könnte in der Tat dasselbe Selbstbestimmungsrecht untergraben, das nach wie vor das stärkste Argument für ihre Freigabe ist.“¹⁶

In diesem Sinn gilt: „*principiis obstate!*“ – wehret den Anfängen!

Die Endlichkeit des Lebens

Die Fortschritte der Medizin sind vor allem seit der Wende zu unserem Jahrhundert unübersehbar und in vielen Bereichen ein Segen für die Menschheit. Die mittlere Lebenserwartung betrug in der griechisch-römischen Antike 20 Jahre, zur Goethe-Zeit 35 Jahre und an der Wende zum 20. Jahrhundert 45 Jahre. Infektionskrankheiten wie die Pest im 14. und 15. Jahrhundert, an der etwa 20 Millionen Menschen (rund ein Viertel der damaligen Erdbevölkerung) verstarben, sowie Syphilis und Tuberkulose bis zur Jahrhundertwende waren noch die häufigsten Todesursachen. Heute dagegen liegt die Lebenserwartung für Männer bei 70,5 und für Frauen bei 77 Jahren.

Insbesondere die Entwicklungen der letzten Jahrzehnte haben aber auch die Erwartungshaltung der betroffenen Patienten und Ärzte sowie der Gesellschaft insgesamt erheblich gesteigert und zum Teil zu einer spürbar naiven Fortschrittsgläubigkeit geführt. Unsere unüberwindbare Grunderfahrung der Endlichkeit menschlichen Lebens wird zunehmend verdrängt und dahin pervertiert, daß Krankheit, Leiden und schließlich der Tod immer manipulierbar sein müßten. Der Heidelberger Internist R. Siebeck hat noch 1949 auf dem Boden einer festen christlichen Grundhaltung formuliert:

„Gesundheit ist nicht letzter Selbstzweck, sondern wird bestimmt durch den Sinn des Lebens – der Sinn des Lebens aber ist Bereitschaft, Hingabe und Opfer.“¹⁷

Bemerkenswert an der Aussage ist, daß Gesundheit nicht (nur) als Gegenpol zu Krankheit bzw. Wiederherstellung der Gesundheit verstanden wird, sondern darüber hinaus eine Sinngebung fordert. Das heißt, für einen gläubigen Menschen kann auch Krankheit und Leiden einen Sinn haben. Paradoxerweise hat die zunehmende Materialisierung und Rationalisierung seit der Aufklärung zu einer zunehmenden Hilflosigkeit gegenüber dem Leiden sowie zu einer Verdrängung und Sprachlosigkeit im allgemeinen Umgang mit Sterben und Tod geführt:

„Säkularisierung, Naturalisierung und Individualisierung ließen Sterben und Tod im Verlaufe der Neuzeit zunehmend zu einem privaten und diesseitigen Ereignis werden, immer mehr auch zu einem einsamen und stummen Geschehen, nicht selten zu einer bloß biologischen und objektiven Tatsache. Nur bezeichnend sind die Todesanzeigen der Gegenwart (‚auf Wunsch des Verstorbenen hat das Begräbnis in aller Stille stattgefunden‘, ‚von Beileidsbesuchen bitten wir abzusehen‘) wie ebenfalls die sich ausbreitenden Formen der Beerdigung (anonyme Beerdigung, Drive-in-Service).“¹⁸

In der Enzyklika „*Evangelium vitae*“ Papst Johannes Pauls II. heißt es:

„Es gilt abzuschätzen, ob die zur Verfügung stehenden therapeutischen Maßnahmen objektiv in einem angemessenen Verhältnis zur Aussicht auf Besserung stehen. Der Verzicht auf außergewöhnliche oder unverhältnismäßige Heilmittel ist nicht gleichzusetzen mit Selbstmord oder Euthanasie; er ist vielmehr Ausdruck dafür, daß die menschliche Situation angesichts des Todes akzeptiert wird.“¹⁹

Der dritte Weg

Befürworter begründen ihre Forderung nach aktiver Euthanasie damit, daß es die einzige Hilfe sei, die sie einem unheilbar Schwerkranken in seiner aussichtslosen Situation noch geben könnten. Diese Form der „Sterbehilfe“ kann aber schon faktisch keine echte Hilfe sein, weil sie nicht das Leiden, sondern den kranken Mitmenschen beseitigt. Ebensowenig ist sie die einzige Hilfe, weil Sterbende in Wirklichkeit nicht das „erlösende Gift“ wollen, sondern etwas ganz anderes, nämlich menschliche Zuwendung und wirksame Schmerzmittel. Die mittlerweile gut belegten Erfahrungen der Hospizbewegung und der Palliativmedizin zeigen uns folgendes²⁰: Je mehr menschliche Zuwendung und effektive Schmerzstillung die Kranken erfahren, desto besser nehmen sie ihren bevorstehenden Tod an und versuchen, die ihnen noch verbleibende Zeit so erfüllt wie möglich zu (er)leben. In gleichem Maß nimmt auch der Wunsch nach einer vorzeitigen ärztlichen Beendigung ihres Lebens ab. Auf diese Weise erscheint der Gedanke der Euthanasie nicht als Hilfe, sondern eher als Verweigerung der medizinischen und menschlichen Zuwendung.

Die aktive Beschleunigung des Todes und die künstliche Verlängerung des Lebens um jeden Preis entspringen zwar gegensätzlichen Intentionen, aber sie stimmen darin überein, daß sie sich um die Annahme des eigenen Todes drücken. Der belgische Philosoph Jean-François Malherbe beschreibt die verwandte Einstellung gegenüber dem Tod, die dem Versuch einer äußersten Lebensverlängerung und der Tötung auf Verlangen zugrunde liegt, so:

„Es gibt zwei Möglichkeiten, den Augenblick des Todes zu umgehen. Die erste besteht darin, diesen Augenblick bewußt so weit wie möglich hinauszuzögern, die andere darin, sich zu fügen und diesem Augenblick vorzugreifen; therapeutischer Übereifer und Euthanasie sind die beiden symmetrischen Versuche, der Begegnung mit dem Tod auszuweichen.“²¹

Zusammen mit dem Moralthologen Eberhard Schockenhoff muß man einen dritten Weg suchen:

„Der Gedanke des eigenen Todes, den jeder Mensch in Würde zu sterben das Recht hat, fordert dagegen einen dritten Weg jenseits der Scheinalternative von Lebensverlängerung und Euthanasie. Er kann nur im Konzept einer humanen Sterbehilfe liegen, die der Medizin ihr menschliches Gesicht und dem Sterbenden seine menschliche Würde bewahrt.“²²

Dieser dritte Weg heißt *Palliation durch ärztliche, pflegerische und seelsorgerliche Begleitung bis zum Ende*. Seelsorge darf aber nicht nur an den hauptamtlichen Geistlichen delegiert werden, sondern fordert die Zusammenarbeit und Mithilfe aller im Gesundheitsdienst Tätigen²³. Der Arzt sollte weiterhin den Sterbenden am Krankenbett besuchen, auch wenn seine ärztliche Kunst ausgeschöpft ist. Schwerkranke oder auch bewußtlose Patienten erleben die Gespräche zwischen Ärzten und Pflegern am Krankenbett weit stärker, als wir gemeinhin annehmen

und ihre Reaktionen vermuten lassen. Deshalb ist es wichtig, daß wir sie auch dann noch mit ihrem Namen anreden und mit ihnen sprechen, statt daß wir nur über sie reden. Genauso wichtig sind Besuche von Familienangehörigen und Freunden des Sterbenden aus seiner vertrauten Umgebung. Sie leisten einen großen menschlich-seelsorgerlichen Beistand, indem sie durch ihr regelmäßiges Wiederkommen dem Sterbenden zeigen, daß er von den tragenden Bindungen seiner bisherigen Lebensgeschichte nicht abgeschnitten ist.

Wohl kaum ein Mensch stirbt ohne Hoffnung. Für den Wiener Theologen Günter Virt gehört zu einer „menschenwürdigen Sterbebegleitung“ auch, „den Sterbenden auf dem Weg der Hoffnung zu begleiten, ohne ihn ideologisch zu indoktrinieren“.

Entscheidender als Worte ist dabei, „das gemeinsame, einfühlsame Aushalten in einem vertrauenden Glauben. ... Eine christliche Motivation wird dem Sterbenden auf diese Weise helfen wahrzunehmen, daß er im Tod nicht herausfällt aus der Gemeinschaft mit den Menschen und mit seinem Schöpfer, aus dessen Hand er in jedem Augenblick seines Lebens hervorgegangen ist und in die er nun noch tiefer hineinfällt.“²⁴

Dieser Weg fördert die Einstellung zum schwerkranken und sterbenden Mitmenschen, insofern wir ihn nicht nur als Objekt diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen betrachten, sondern ihn in seinem bloßen Dasein und seiner menschlichen Würde achten, die er in seiner körperlichen Hinfälligkeit und seinem völligen Ausgeliefertsein nicht verliert.

Palliativmedizin statt Euthanasie

Die Antwort auf die Forderung der Bevölkerung und der niedergelassenen Ärzte (Emnid-Umfrage) nach der Legalisierung der aktiven Euthanasie ist die Palliativmedizin als wesentliche Säule des „dritten Weges“.

„Palliativmedizin ist die Lehre und Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, weit fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung. Hauptziel ist die Verbesserung der Lebensqualität des Patienten.“²⁵

Hier steht die ambulante Versorgung der Patienten in ihrer vertrauten Umgebung im Vordergrund. Deswegen muß die Palliativmedizin primär vom Hausarzt praktiziert werden, und nur, wenn es nicht anders geht, sollten Hausbetreuungsdienste und Palliativstationen hinzugezogen werden. In der Palliativmedizin geht es also nicht um das *medizinisch-technisch Machbare*, sondern um das *medizinisch-ethisch Vertretbare*. Als wesentliche Prinzipien der Palliativmedizin nennt der Intensiv- und Palliativmediziner E. Klaschik:

„Kompetente Symptomkontrolle, insbesondere der Schmerzen, Integration der psychischen, sozialen und geistig-seelischen Probleme, Kompetenz in den wichtigen Fragen der Kommunikation und Ethik, Akzeptanz des Sterbens und des Todes als ein Teil des Lebens; durch zeitbegrenzte Rehabilita-

tion, Wiederherstellung bzw. Erhaltung der Selbständigkeit und maximalen Leistungsfähigkeit kann der Patient bis zum Tod so aktiv und kreativ wie möglich leben. Patienten und Angehörige werden gleichermaßen betreut. ... Palliativmedizin ist aktive Lebenshilfe, Akzeptanz der Autonomie und der Respekt vor der Würde des Menschen im Leben, im Sterben und danach.“²⁶

Diesem hohen Anspruch kann die Palliativmedizin nur durch eine neue Form der interdisziplinären Zusammenarbeit gerecht werden. Voraussetzung dafür ist aber nicht nur die Bereitschaft, im Team zusammenzuarbeiten, sondern auch die fachliche und menschliche Kompetenz der Ärzte und in gleichem Maß die des Pflegepersonals, der Seelsorger, der Sozialarbeiter, der Psychologen und etwaiger anderer Mitglieder des multidisziplinären Teams. Lange Zeit wurden die Not, die Einsamkeit und das Leiden der schwerkranken und sterbenden Menschen ignoriert und übersehen. Unsere Fehler und unsere Erfahrungen zeigen den dringenden Handlungsbedarf, die Palliativmedizin in unser bestehendes Gesundheitssystem, aber auch in unser Bewußtsein stärker zu integrieren. Wir benötigen eine ökonomischere und gerechtere (Um-)Verteilung der vorhandenen Ressourcen, d. h. neben der Bereitstellung von Geldern für die Prävention, Heilung und Nachsorge müssen auch verstärkt Gelder für die *Palliation* bereitgestellt werden.

Die neuen „Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung“

Neue Entwicklungen im Ausland, insbesondere die „Medizinisch-ethischen Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten“ der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften²⁷ und die Euthanasiepraxis in den Niederlanden, sowie eine Änderung der Rechtsprechung in Deutschland mit dem sogenannten „Kemptener Urteil“ veranlaßten die Bundesärztekammer, die erst im Jahr 1993 beschlossenen Richtlinien zur Sterbebegleitung neu zu überdenken. Im September 1998 wurden die neuen „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ verabschiedet²⁸.

In der Präambel der neuen Grundsätze wird das Selbstverständnis des Arztes neu definiert:

„Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen.“ Es wird klargestellt, daß „aktive Sterbehilfe unzulässig und mit Strafe bedroht ist, auch dann, wenn sie auf Verlangen des Patienten geschieht. Die Mitwirkung des Arztes beim Suizid widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.“

Es wird aber auch hervorgehoben, daß es trotz der Pflicht des Arztes zur Lebenserhaltung Situationen geben kann, in denen Maßnahmen zur Lebensverlängerung nicht mehr angebracht sind. Ein Behandlungsabbruch ist jedoch auch dann nicht gestattet, sondern:

„An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung treten dann palliativ-medizinische und pflegerische Maßnahmen. Die Entscheidung über Änderung des Therapieziels muß dem Willen des Patienten entsprechen.“

In den Grundsätzen ist erstmals eine unverzichtbare „Basisbetreuung“ für *alle* Patienten definiert worden. „Dazu gehören u.a.: Menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.“ Das gilt auch für „Patienten mit schwersten cerebralen Schädigungen und anhaltender Bewußtlosigkeit (apallisches Syndrom, sog. ‚Wachkoma‘)“. Obwohl Wachkoma-Patienten keine Sterbende sind, wurden sie in die Grundsätze aufgenommen, um zu dokumentieren, daß Bewußtlosigkeit in Deutschland kein Grund für eine Behandlungsbeschränkung sein darf. Bei der Formulierung der Basisbetreuung wurde bewußt auf den Begriff „Ernährung“ verzichtet. Abgesehen von den unlösbaren Schwierigkeiten in der Klärung des Begriffs der „künstlichen Ernährung“, auf die vielerorts hingewiesen wurde, würde eine Verpflichtung zur „Ernährung“ bedeuten, daß man nur noch auf der Intensivstation sterben könnte. Darüber hinaus stellt besonders für alte und sterbende Menschen die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr oft eine Belastung dar, die man in solchen Fällen nicht vorschreiben darf. Das heißt aber nicht, daß man künftig Patienten verhungern oder verdursten lassen darf.

Ebenfalls neu in den Grundsätzen ist, daß das *Selbstbestimmungsrecht* des Patienten explizit hervorgehoben wird. Der paternalistische Grundzug der früheren Richtlinien wurde damit aufgehoben; der Patient muß über seinen Zustand „wahrheitsgemäß“ aufgeklärt werden: „Bei einwilligungsfähigen Patienten hat der Arzt den aktuell geäußerten Willen des angemessen aufgeklärten Patienten zu beachten.“ Im Fall eines nicht mehr aktuell zustimmungsfähigen Patienten entscheidet der „mutmaßliche Wille“ des Patienten über das weitere ärztliche Handeln:

„Der Arzt hat den mutmaßlichen Willen aus den Gesamtumständen zu ermitteln. Eine besondere Bedeutung kommt hierbei einer früheren Erklärung des Patienten zu. Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Willen des Patienten können seine Lebenseinstellung, seine religiöse Überzeugung, seine Haltung gegenüber Schmerzen und schweren Schäden in der ihm verbleibenden Lebenszeit sein. In die Ermittlung des mutmaßlichen Willens sollen auch Angehörige oder nahestehende Personen einbezogen werden.“

Darüber hinaus werden explizit die Möglichkeiten einer Vorsorge in Form von „Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen“ aufgeführt, aus denen ebenfalls der Wille des Patienten klar hervorgehen kann. Die Grundsätze der Bundesärztekammer können und wollen nicht dem Arzt vor Ort die Entscheidung abnehmen, sondern geben lediglich Hilfestellung in einem Prozeß begründeter und verantworteter Entscheidungsfindung.

Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung

Der Patient hat nach geltendem Recht drei Möglichkeiten, Behandlungswünsche im Vorfeld einer tödlichen Erkrankung zu äußern und festzuhalten. Hierbei handelt es sich um die Möglichkeiten der Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht²⁹.

„Es muß stets geprüft werden, ob die Verfügung, die eine Behandlungsbegrenzung erwägen läßt, auch für die aktuelle Situation gelten soll. Bei der Entscheidungsfindung sollte der Arzt daran denken, daß solche Willensäußerungen meist in gesunden Tagen verfaßt wurden und daß Hoffnung oftmals in ausweglos erscheinenden Lagen wächst. Bei der Abwägung der Verbindlichkeit kommt der Ernsthaftigkeit eine wesentliche Rolle zu. Der Zeitpunkt der Aufstellung hat eine untergeordnete Rolle.“³⁰

Eine *Patientenverfügung* ist eine Erklärung eines einsichts- und urteilsfähigen Menschen, daß er in bestimmten, mehr oder weniger konkret benannten Krankheitssituationen keine Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens mehr wünscht. Grundsätzlich können damit sowohl Maßnahmen der passiven als auch der indirekten Sterbehilfe gefordert werden. Anders als ein Patiententestament bedürfen Patientenverfügungen keiner bestimmten Form, sollten aber in der Regel schriftlich abgefaßt sein.

Auf dem Weg einer *Vorsorgevollmacht* kann für die Einwilligung in ärztliche Maßnahmen, deren Unterlassung oder Beendigung auch ein Bevollmächtigter bestellt werden. Bei Behandlung mit hohem Risiko für Leben und Gesundheit bedarf diese Einwilligung der Schriftform (§ 1904 BGB) und muß sich ausdrücklich auf eine solche Behandlung beziehen. Die Einwilligung des Betreuers oder Bevollmächtigten in eine „das Leben gefährdende Behandlung“ bedarf der Zustimmung des Vormundschaftsgerichts (§ 1904 BGB). Nach der Rechtsprechung³¹ ist davon auszugehen, daß dies auch für die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen im Vorfeld der Sterbephase gilt. *Betreuungsverfügungen* können Empfehlungen und Wünsche zur Wahl des Betreuers und zur Ausführung der Betreuung enthalten.

Die genannten Rechtsinstrumente sind kein Ersatz, sondern eine sinnvolle Ergänzung für das Gespräch zwischen Arzt und Patient. Der Patient erhält die Möglichkeit, für Fälle, in denen er selbst nicht mehr entscheiden kann, seine Erwartungen an die Ärzte zu formulieren, und der Arzt bekommt für diese Fälle eine Entscheidungshilfe an die Hand. So bleibt auch dann eine Kommunikationsbrücke bestehen, wenn der Patient nicht mehr ansprechbar ist. Idealerweise sollten Patientenverfügungen mit Vorsorgevollmachten oder Betreuungsverfügungen kombiniert werden.

Der Ruf nach einer neuen Medizin-Ethik

Über die Jahrhunderte lassen sich in der Medizin zwei ethische Leitprinzipien verfolgen: das Wohl des Patienten und die Verantwortung des Arztes. Jede Behandlung wie Nichtbehandlung muß auf dem *erklärten* oder *mutmaßlichen Willen* des Patienten beruhen. Diesem Selbstbestimmungsrecht wird in der Rechtsprechung ein hoher Stellenwert eingeräumt. Ärzte und Pflegende müssen lernen, den Betroffenen richtig zuzuhören und ihnen in ihrem Sinn das Optimale anstatt des Maximalen an Diagnostik und Therapie zukommen zu lassen. Hierzu gehören die Linderung bzw. Beseitigung von Schmerzen und sonstiger, den Patienten belastender Symptome, die Mitbestimmung des Patienten bis zuletzt als Ausdruck seiner persönlichen Würde, die Vermittlung des Gefühls, nicht allein gelassen zu werden, sowie das persönliche Gespräch über Krankheit, Ängste und Hoffnungen.

Um den Bedürfnissen der Kranken und ihrer Angehörigen gerecht zu werden, bedarf es auf seiten der Ärzte und Pflegenden einerseits der *fachlichen Kompetenz*, die erreichbaren und unerreichbaren Ziele zu definieren, und andererseits der *menschlichen Kompetenz*, die Bedürfnisse der Patienten richtig zu erkennen und danach zu handeln. Das erfordert eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung, die den kranken Menschen als Partner ernst nimmt. Ärztliche Sorge um das Wohl des Patienten und Respekt vor seiner Autonomie sollten dabei einander ergänzen. Eine solche partnerschaftliche Arbeitsbeziehung setzt die Einsicht des Arztes und der Pflegenden in die Grenzen der Medizin voraus und beinhaltet auch die Fähigkeit des Unterlassens. Letztere bedeutet kein Versagen der Medizin oder gar der persönlichen Fähigkeiten. Sie verlangt schließlich und vordringlich Menschlichkeit und Respektierung der persönlichen Willensfreiheit des Kranken und Sterbenden³².

Das Selbstbestimmungsrecht erlaubt dem Patienten, die eigene Lebensgestaltung selbstverantwortlich zu bestimmen. Der Arzt muß zwar die Autonomie des Patienten als Kernbereich seiner menschlichen Würde achten, darf von ihm aber nicht zu dessen eigenen Zwecken *instrumentalisiert* werden, wenn diese dem ärztlichen Ethos widersprechen und zu objektiv falschen Handlungen führen. Eine solche Instrumentalisierung verstößt nach Kant³³ nicht nur gegen das ärztliche Berufsethos, sondern in letzter Konsequenz auch gegen die Menschenwürde des Arztes.

Töten ist kein gutes Sterben

„Euthanasie“ heißt wörtlich und ursprünglich „guter, leichter Tod“ bzw. „gutes, leichtes Sterben“; aber aktives Töten ist kein gutes Sterben. Aktive Sterbehilfe widerspricht dem ärztlichen Ethos und verstößt gegen die Menschenwürde. Da-

gegen beinhaltet ein Sterben in Würde einerseits die Fähigkeit des Unterlassens, d. h. die Fähigkeit der Behandlungsreduktion und -beendigung bei Sterbenden im Sinn einer passiven Sterbehilfe, sowie andererseits die Gewährung indirekter Sterbehilfe als nicht-intendierte Nebenwirkung einer leidenslindernden therapeutischen Maßnahme. In den Niederlanden wird von einer Strafverfolgung bei geleisteter aktiver Tötung abgesehen, wenn bestimmte sogenannte „Sorgfaltsbedingungen“ vom Arzt berücksichtigt worden sind. Dem niederländischen Verständnis von Sterbehilfe liegt eine andere Weltanschauung von Leben und Tod als bei uns und in den meisten anderen Ländern unseres Kulturkreises zugrunde.

Mit der neuen Disziplin der Palliation auf dem weiten Gebiet der modernen Medizin ist es möglich geworden, durch eine ganzheitliche, fürsorgliche, menschliche und interdisziplinäre Betreuung und Sterbebegleitung quälende Schmerzen und andere Symptome auf ein erträgliches Maß zu reduzieren und unnötiges Leiden zu verhindern. Damit ist die Palliativmedizin als wesentlicher Bestandteil des oben beschriebenen „dritten Weges“ aktive Lebenshilfe; eine aktive Sterbehilfe ist überflüssig, ethisch nicht zu rechtfertigen und rechtlich unzulässig.

Befürworter der aktiven Euthanasie führen Mitleid mit den leidenden und sterbenden Menschen als Motiv an. Nächstenliebe und Mitleid sind zweifellos edle Eigenschaften, die gerade den Arzt auszeichnen sollten. Doch eine moralische Verpflichtung daraus abzuleiten, aktiv und direkt töten zu dürfen, pervertiert gerade das Selbstverständnis des Arztes, das kürzlich in den neuen „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ als Primat allem ärztlichen Tun vorangestellt worden ist: „Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten ... Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen.“

ANMERKUNGEN

¹ G. Schewe, Aspekte des Begriffes „Euthanasie“. Definitionen u. aktuelle juristische Aspekte, in: Lebensverkürzung, Tötung und Serientötung – eine interdisziplinäre Analyse der „Euthanasie“, hg. v. M. Oehmichen (Lübeck 1996) 45–52.

² H. Brody, Causing, intending and assisting death, in: J Clin Ethics 4 (1993) 112–118.

³ T. E. Quill u. a., The rule of double effect – A critique of its role in end-of-life decision making, in: N Engl J Med 337 (1997) 1768–1771; J. T. Mangan, An historical analysis of the principle of double effect, in: Theol. Studies 10 (1949) 41–61.

⁴ K.-H. Wehkamp, Sterben u. Töten. Euthanasie aus der Sicht deutscher Ärztinnen u. Ärzte. Ergebnisse einer empirischen Studie, Berliner Medizinethische Schriften, H. 23 (Dortmund 1998).

⁵ B. Gordijn, Euthanasie in den Niederlanden – eine kritische Betrachtung. Berliner Medizinethische Schriften, H. 19 (Dortmund 1997) 5.

⁶ Ebd. 11f.

⁷ T. Have, Das holländische Beispiel der aktiven Sterbehilfe, in: Sterbehilfe – Handeln oder Unterlassen?, hg. v. E. J. Illhardt u. a. (Stuttgart 1998) 77–82.

- ⁸ G. van der Wal, P. J. van der Maas, Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levens einde. De praktijk en de meldingsprocedure (Den Haag 1996).
- ⁹ Gordijn (A. 5) 15.
- ¹⁰ Have (A. 7).
- ¹¹ R. Süßmuth, Wir können nicht so tun, als hätte es unsere Geschichte nicht gegeben, in: *Des Lebens Wert*, hg. v. U. Daub u. M. Wunder (Freiburg 1994) 12–20.
- ¹² P. Singer, *Praktische Ethik* (Stuttgart 1984); ders., *Leben u. Tod. Der Zusammenbruch der traditionellen Ethik* (Erlangen 1998).
- ¹³ *Ärzte-Zeitung*, Emnid-Umfrage 3./4. 7. 1998.
- ¹⁴ D. Birnbacher, Aktive Sterbehilfe, in: *zur debatte* 3 (1992) 1 f.
- ¹⁵ Zit. n. K. Wilms, Ärztliche Standesethik, in: *zur debatte* 3 (1992) 5.
- ¹⁶ Birnbacher (A. 14) 2.
- ¹⁷ Zit. n. Wilms (A. 15) 5.
- ¹⁸ D. v. Engelhardt, Sterben u. Tod in unserer Gesellschaft, in: *Forum DKG* 13 (1998) 280–282.
- ¹⁹ Enz. „*Evangelium Vitae*“ (25. 3. 1995, VapSt 120).
- ²⁰ Vgl. S. Husebø u. E. Klaschik, *Palliativmedizin* (Berlin 1998).
- ²¹ Zit. n. E. Schockenhoff, Den Tod annehmen, in: *zur debatte* 3 (1992) 6.
- ²² Ebd. 6.
- ²³ F. Oduncu u. a., Sterbebegleitung u. Seelsorge, in: *Supportive Maßnahmen u. symptomorientierte Therapie in der Hämatologie u. Onkologie* (München 1999) in Druck.
- ²⁴ G. Virt, *Leben bis zum Ende* (Innsbruck 1998) 64.
- ²⁵ E. Klaschik, Sterbehilfe – Sterbebegleitung, in: *Internist* 40 (1999) 276–282.
- ²⁶ Ebd. 280.
- ²⁷ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, *Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender u. zerebral schwerst geschädigter Patienten*, *MedR* (1995) 496–497.
- ²⁸ BÄK, Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, in: *Dt. Ärzteblatt* 95 (1998) B 1852 f. Hieraus stammen die folgenden Zitate.
- ²⁹ Patientenverfügung, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht, hg. v. d. Arbeitsgruppe „Sterben und Tod“ der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (Göttingen 1998); der Autor des vorliegenden Artikels ist Mitglied dieser Arbeitsgruppe.
- ³⁰ BÄK (A. 28) B 1853.
- ³¹ Oberlandesgericht Frankfurt v. 15. 7. 1998 – Az: 20 W 224/98.
- ³² Oduncu u. a. (A 23).
- ³³ I. Kant, *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, hg. v. K. Vorderländer (Hamburg 1965).