

Würde bis zum Ende Menschlich sterben

Treffen der christlichen Lebensrechtsgruppen in Kassel 8. November 2003

Michael Herbst

1. Julius – oder was Kultur und Begleitung ausmachen können

Meine Damen und Herren, liebe Schwestern und Brüder,

Julius wird nach seiner Geburt in ein Herzzentrum verlegt: verschiedene schwere Herzfehler belasten seinen Start ins Leben. Er wird in dem Herzzentrum operiert. Weitere Herz-Operationen sind angekündigt. Kurz nach der Operation erleidet Julius eine drittgradige Hirnblutung und wird deshalb auf die Intensivstation der Kinderklinik verlegt. Die Mutter ist eine medizinisch sorgfältig informierte Frau, die als Partnerin im Ringen um das Leben des Kindes ernst genommen werden will.

Julius scheint es trotz allem zunächst relativ gut und stabil zu gehen. Die Mutter wird optimistischer. An jedem Abend kommt ihr Mann dazu, aus der 45 Kilometer entfernten Kleinstadt reist er an, Tag für Tag.

Nach einer Woche kommt es zu einer schweren Krise. Wie in einer Symbiose überträgt sich die Krise auf die Mutter. Es ist so, als ob Sorge und Angst nur unter einer ganz dünnen Eisschicht verborgen gewesen wären. Sie hat große Angst um ihr Kind.

Am folgenden Tag werde ich auf die Station gerufen. Nun geht es Julius sehr schlecht. Die Mutter begrüßt mich, fasst meine Hand und sagt weinend: „Er stirbt, Herr Pastor, er stirbt. Sie schaffen es nicht.“ Im Intensivzimmer versucht die Ärzte Julius zu reanimieren. Sie zeigt wenig Hoffnung. Der Oberarzt kommt heraus. Die Mutter: Er ist tot, nicht wahr? Der Oberarzt erklärt, dass es jetzt, nach einer Stunde mit verminderter Sauerstoffversorgung, keinen Sinn mehr mache.

Die Mutter will, dass Julius auf keinen Fall mehr gequält werde. Sie will ihn endlich, endlich einmal auf dem Arm haben. Der Arzt geht sofort darauf ein. Julius wird von der Maschine getrennt und der Mutter auf den Arm gegeben. Sie bittet, dass ich mitgehe und sie nicht allein ist. So sitzen wir lange im Intensivzimmer. Ärzte und Schwestern kommen, äußeren Trauer,

umarmen die Mutter und nehmen Abschied von Julius. Sie spricht über den langen Leidensweg, den Julius gegangen ist. Sie weint. Aber dann sagt sie: Merkwürdig, ich bin jetzt ganz ruhig innen. So wirkt sie auch. Ihre Sorge ist ihr Mann, der vielleicht gänzlich unvorgewarnt in das Intensivzimmer kommen könnte. Sie sagt: Es ist sein Geburtstag: den werden wir jetzt nie mehr feiern können. Und: Es gibt so viele Kinder, die nicht gewollt sind. Ich kann den Vater abfangen. Wir gehen zusammen zur Mutter und zu Julius und mit ihnen ins Elternzimmer.

Die Eltern bleiben jetzt allein mit Julius im Elternzimmer, nehmen ihn in den Arm. Sie sagen: Das ist er jetzt schon nicht mehr; das Leben ist aus ihm heraus. Schließlich ziehen sie ihn mit einer Schwester zusammen um. Sie können es kaum mit ansehen: den Leib mit den vielen Stichen und blauen Flecken und der großen OP-Narbe. Aber sie stellen sich der Lage. Sie sagen: Er hat nicht mehr gekonnt und nicht mehr gewollt. Aber man hat sich doch immer wieder Hoffnung gemacht. Als die Eltern gehen, bitten sie, für Julius zu beten, sie hoffen, dass er es wenigstens jetzt besser habe. Ich sage ihnen, dass Julius bei Gott Frieden habe.

Einen Tag danach kommen wir alle noch einmal im Aufbahrungsraum zusammen, lesen einen Psalm; ich spreche den Abschiedssegens. Noch einmal gibt es ein gemeinsames Gespräch mit dem Arzt.

Warum erzähle ich diese Geschichte? Es ging doch gar nicht um Sterbehilfe! Ich habe mit Bedacht eine Geschichte gewählt, in der es keinen ethischen Konflikt gab. Diese Geschichte zeigt uns einige Bedingungen, die erfüllt sein müssen, wenn unser ethisches Reden eine innerliche Berechtigung bekommen soll. Zwei dieser Bedingungen will ich benennen:

- Erstens: ***Eine Kultur des Umgangs mit Sterben und Tod*** in unseren Krankenhäusern und Altenheimen.
 - In der Geschichte von Julius ging es z.B. darum, dass Seelsorge ein Teil der Teamarbeit war, integriert in die Begleitung des kranken Jungen und seiner Familie.
 - Außerdem ging es darum, dass die Eltern nicht als Fremdkörper und Störenfriede galten, sondern einbezogen wurden in die Prozesse auf der Station, so weit das irgend möglich war. Ihr Kontakt zum Kind wurde nicht nur zugelassen, sondern gefördert und respektiert, auch der Kontakt zum Leib des Verstorbenen.¹
 - Weiter gehört dazu, dass gemeinsam Abschied genommen wurde mit der Familie von dem kleinen Patienten. Kurz, aber sehr bewusst, hier in einer Aussegnungsfeier.
 - Und schließlich wurde im Team der Station noch einmal in Ruhe über alles gesprochen, was mit Julius zusammenhing. Für solche Gespräche gab und gibt es einen festen Termin im Wochenablauf. Ich bin davon überzeugt, dass es von einer solchen Kultur auf Station mit abhängt, wie krankmachend oder aber stärkend die harte Arbeit mit schwerstkranken Menschen ist, ob der Stress einen Menschen beugt und biegt oder aber stärkt und reifen lässt, das hängt auch

¹ UTE U. JOHANN CHRISTOPH STUDENT: Leben bis zum Ende - auch auf der Intensivstation. In: J. CHR. STUDENT (HG.): Im Himmel welken keine Blumen. Freiburg 1992, 111-119.

davon ab, ob Ressourcen da sind und genutzt werden, mit dem Erlebten auf gesunde Weise umzugehen und es nicht zu umgehen. Die Spielräume für das ärztliche und pflegerische Handeln werden immer enger, und jede Reform und jede Reform der Reform macht es noch schwieriger. Aber es gibt sie – die Spielräume. Sie zu nutzen im Sinne einer eigenen Kultur, macht das Krankenhaus ein bisschen humaner und erhält die Mitarbeiter ein bisschen gesünder.

- o Geradezu Heimstätten einer solchen Kultur sind Hospize; mehr noch, die Hospizkultur ist der Jungbrunnen, an dem das Krankenhauswesen gesunden könnte, nicht indem alle Kliniken Hospize würden, aber indem Kliniken im Umgang mit dem Sterben von Hospizen lernen.
- Zweitens: **Eine Weise der Begleitung, die verabredet ist und im professionellen Handeln fest verankert ist.** Begleitung statt Alleinlassen. Das ist das Motto, Begleitung, die die Patienten im Blick hat und ihre Angehörigen. Begleitung, die trotz aller Zeitnot und Arbeitslast die Spielräume nutzt, für den Menschen als ganzen da zu sein. Begleitung, die nicht viel reden muss. Das wenige, das ich sage, will bedacht und muss echt sein. Eine Kollegin erzählte, sie habe lange bei Eltern und Kind ausgehalten und geschwiegen. Wochen später bedankte sich die Mutter für die tröstenden Worte, die sie gesagt habe. Begleitung sollte einige Dinge beachten, die ich im Blick auf Kinder formuliert habe, die Sie aber übersetzen können:
 - o Was mir aber besonders wichtig ist: ich habe gelernt, wie wichtig es ist, **Eltern/** Angehörige in aller Regel **nicht zu schonen** aus vermeintlichem Mitleid, sondern Eltern die Nähe zu ihrem schwerstkranken Kind zuzumuten und zuzutrauen, sie nicht fernzuhalten oder gar wegzuschicken, sondern jetzt da zu sein für ihr Kind und diese vielleicht letzte Wegstrecke mit ihm zu gehen.² Das heißt auch: **Fordern und fördern Sie den Kontakt der Eltern zum sterbenden Kind**³. In dieser vielleicht so kurzen gemeinsamen Zeit kann vieles verdichtet gelebt werden, was die liebevolle Beziehung von Eltern zu ihren Kindern ausmacht: Zärtlichkeit und Zwiesprache, Zuwendung und Nähe. Das alles muss nun in wenigen Stunden und Tagen geschehen. Ich halte es für unsere Pflicht, den Eltern und ihren sterbenden Kindern diese Zeit zu gönnen, sie so wenig wie möglich zu beschneiden und sie vor allem nicht zu schonen. Mir sagte eine Mutter: „Ich bin so froh, dass ich noch so oft da war. Ich konnte noch etwas für mein Kind tun. Was würde ich mir sonst für Vorwürfe machen!“ Fordern und fördern Sie den Kontakt der Eltern zum sterbenden Kind.
 - o Und der andere Punkt: **Fordern Sie die Eltern zum Kontakt mit dem Körper des verstorbenen Kindes auf.** JOHANN CHRISTOPH STUDENT sagt: „Trauer im eigentlichen Sinn kann erst beginnen, wenn die Realität des Todes eines Menschen wahrnehmbar geworden ist.“⁴ Ich erlebe es oft so, dass Eltern den Tod ihres Kindes wie einen bösen, langen Traum erfahren, aus dem sie bestimmt irgendwann einmal aufwachen werden. Der Kontakt mit dem Körper des toten Kindes hilft ihnen, die Realität wahrzunehmen und mit dem Abschiednehmen und Trauern zu beginnen. Eine Mutter hat es aufgeschrieben: „Wir hielten Da

² UTE U. JOHANN CHRISTOPH STUDENT: Leben bis zum Ende - auch auf der Intensivstation. In: J. CHR. STUDENT (HG.): Im Himmel welken keine Blumen. Freiburg 1992, 111-119.

³ A.a.O., 111-113.

⁴ A.a.O., 113.

niela noch lange in den Armen, streichelten sie und versuchten Abschied zu nehmen. Ich erinnere mich, wie ich bewusst versuchte, ihren Anblick in mir aufzusaugen in der Angst, dass diese bildliche Erinnerung sonst allzu schnell verblassen würde. Die Zeit war so kurz und der Verlust so groß.⁵

- o In diesem Zusammenhang möchte ich nur sehr knapp die Dinge aufzählen, die hier hilfreich sind: etwa die Frage nach Kleidungsstücken, die das Kind tragen soll, Fotos von dem Kind ohne Magensonde und Tubus, die Frage nach Verwandten oder Freunden, die sich verabschieden möchten, die Aufforderung, ruhig noch einmal wiederzukommen, die Einladung zu einem Gespräch sechs oder acht Wochen nach dem Tod des Kindes.

Eine solche Kultur, das ist meine These (ich war Krankenhaus-Seelsorger und lehre Poimenik, nicht Ethik!) eine solche Art der Begleitung macht erst unser ethisches Reden glaubwürdig und gibt ihm Kraft, auch in der öffentlichen Debatte, auch Kraft, die öffentliche Meinung zu beeinflussen, auf die ich nun – im zweiten Teil – zu sprechen komme.

2. Die Sterbehilfe-Debatte

In den letzten beiden Jahren gab es wieder eine ganze Reihe von Situationen, die eine breite Öffentlichkeit auf das Thema „Sterbehilfe“ aufmerksam gemacht haben; schauen wir uns also etwas um in Europa:

2.1 England – Zwei sehr unterschiedliche Urteile 2002

Im letzten Jahr traf das oberste britische Zivilgericht eine Aufsehen erregende Entscheidung: Miss B., 43 Jahre, ist seit einer Verletzung der Schlagader vom Hals abwärts gelähmt. Ihre Heilungschancen werden als äußerst gering eingeschätzt. Sie äußerte den Wunsch, lieber „friedlich und in Würde“ zu sterben als weiterhin behandelt zu werden. Die Behandlung, hier die Beatmung, solle darum beendet werden. Die Ärzte verweigerten sich, wiesen auf Reha-Programme und auf ihr ärztliches Ethos hin. Das Gericht gab Miss B. recht. Der britische Ärzteverband stimmte zu: Niemand dürfe gegen seinen Willen behandelt werden. Der Abbruch der Behandlung sei bedauerlich, aber legitim. Es sei kein Akt der Tötung, sondern ein Verzicht auf Behandlung, weil die notwendige Voraussetzung für die Behandlung, nämlich die Zustimmung der Patientin, nicht gegeben sei.

Eine andere, ebenfalls 43jährige Britin klagte zur gleichen Zeit beim Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte: Sie wollte, dass ihr Mann ihr eine tödliche Injektion geben darf. DIANE PRETTY erreichte ihr Ziel nicht, verlor den Prozess, starb aber kurz darauf. Hilfe zur Herbeiführung des Todes, auch Assistenz beim Suizid, ist in England strafbar.⁶

Das Beispiel zeigt, wie schwierig die Fragen rund um das Sterben des Menschen sind: Was dürfen wir tun und was auf keinen Fall?

Das Beispiel zeigt, wie schmal der Grat ist, auf dem Ärzte sich bewegen: hier ein Urteil, das der Patientin recht gibt, weil sie selbst bestimmen soll, was sie noch mit sich machen lässt und

⁵ CHRISTA HUNZIKER-JÄGER: Meine Kinder starben, bevor sie gelebt haben. In: PETER FÄSSLER-WEIBEL: Wenn Kinder sterben. Freiburg und Winterthur 1993, 45.

⁶ Gericht erlaubt Gelähmter zu sterben. FAZ, Nr. 70, 23.3.2002, 9.

was nicht. Dort ein Urteil, das die Grenze markiert: Ärztliches Handeln und Tötungsakte sind unvereinbar.

Das Beispiel zeigt, wie schwer es aber auch im ärztlichen Alltag wird: Bleibt nicht auch im ersten Fall etwas zurück, mindestens ein Unbehagen, vielleicht das Gefühl, dem ärztlichen Auftrag nicht entsprochen zu haben, Leben zu erhalten, zu heilen, zu lindern, ja ein Empfänger von Ohnmacht, dass Richter ins Krankenhaus hineinregieren und dem ärztlichen Heil Auftrag in den Arm fallen?

2.2 Frankreich – Der Fall Vincent Humbert 2003

Vor gut drei Jahren verunglückt ein französischer Feuerwehrmann, VINCENT HUMBERT, 19 Jahre alt, mit dem Auto.⁷ Er wacht zwar nach 9 Monaten Koma wieder auf, aber er wird nie wieder derselbe sein. Er ist gelähmt, stumm und blind. Mit seiner Mutter verständigt er sich per Fingerdruck, indem sie das Alphabet aufsagt und er beim richtigen Buchstaben leicht drückt. 3 Jahre vergehen, in denen der junge Mann sich sogar an den französischen PRÄSIDENTEN CHIRAC wendet und darum bittet, sterben zu dürfen. Mit Hilfe eines Journalisten entsteht ein Buch:

„Ich fordere sterben zu dürfen“.

Dann, im September 2003 spritzt die Mutter ihrem Sohn eine hohe Dosis Barbiturate (nicht Schlafmittel, wie es in der Presse stand!). Der Sohn fällt ins Koma, aber die Ärzte können ihn am Leben erhalten. Aber dann tun sie etwas Überraschendes; sie beenden nun ihrerseits die Behandlung. Der Intensivmediziner FRÉDÉRIC CHAUSSOY bricht die Beatmung ab und lässt den jungen Mann sterben. Er macht sein Vorgehen sofort öffentlich und stellt sich der Justiz. Die Öffentlichkeit ist gerührt. Die Medienkampagne, die seit geraumer Zeit diesen furchtbaren Fall begleitet, greift nun: Die Debatte über die Legalisierung der Sterbehilfe ist nicht mehr aufzuhalten. Der ehemalige Gesundheitsminister BERNARD KOUCHNER fordert, man müsse der Mutter ein Denkmal setzen. Eine Abgeordnete in der Nationalversammlung, NADINE MORANO fordert programmatisch:

„Man muss den Patienten die Freiheit geben, über den eigenen Tod zu entscheiden.“

Ich bin gespannt, wohin diese Debatte in Frankreich führen wird. Nachtrag: In dieser Woche gab es eine kleine Notiz in der Frankfurter Allgemeinen⁸: Die Justiz überprüft nun, ob der behandelnde Arzt nicht noch etwas mehr getan hat. Es heißt, eine zweite, nun tödliche Spritze sei dem jungen Mann verabreicht worden.

2.3 USA 2003 – Terri Schiavo

Ein besonders aufsehenerregender Fall ereignet sich in diesen Wochen in Florida. TERRI SCHIAVO liegt dort seit 1990 nach einer bis heute nicht ganz geklärten Erkrankung im Koma. Ihr Ehemann nennt ihr Leiden unerträglich und klagt bei den Gerichten auf Abbruch der

⁷ Die Informationen zu diesem Fall verdanke ich u.a. folgenden Zeitungsmeldungen: Schwerstbehinderter Franzose Humbert ist tot, in: FR vom 27.09.2003 -Hagen Bremer (Paris), Frankfurter Rundschau vom 26.9.03 Frankfurter Rundschau vom 28.9.2003 Leiden oder sterben lassen. Das Ende der üblichen Heuchelei, SZ vom 02.10.2003. Zusammenfassung: 00/Kartei PTh – Medizin – Sterbebegleitung - Vincent Humbert 2003 – Herbst 2003.doc.

⁸ FAZ 6.11.2003.

künstlichen Ernährung. Ihre Eltern unterstellen dem Ehemann böse Absichten und klagen gegen diesen Abbruch. Im Oktober gewann der Ehemann einen Prozess und die Klinik brach die Ernährung über die PEG-Sonde ab. Aber einige Tage später, bevor TERRI verhungerte hob Gouverneur JEB BUSH das Gerichtsurteil auf, und die Klinik begann wieder künstlich zu ernähren. Wieder ist die unterschiedliche Einschätzung entscheidend: Die Eltern sehen auf die Chancen und registrieren Reaktionen ihrer Tochter, der Ehemann sieht nur ein sinnloses Dahinvegetieren. Die Hospizmitarbeiter in Florida sagen: TERRI MARIE SCHIAVO ist keine Körperhülle, aus der Seele und Geist längst entwichen sind, sondern ein Mensch, der „denkt, fühlt, weint“.⁹

2.4 Niederlande – Erfahrungen über Jahre

Die politische Entwicklung in den Niederlanden hat die Debatte bei uns immer wieder ange-regt. Mitte April 2001 haben die Niederlande den vorläufigen Schlusspunkt unter einen langwierigen Gesetzgebungsprozess gesetzt. Zwar nicht die Legalisierung, aber die Entkrimi-nalisierung der Euthanasie ist das Ergebnis dieses Prozesses. Ein Patient, dessen Leiden quälend sind und der keine Aussicht auf Besserung hat, der wohlinformiert und bei klarem Be-wusstsein wiederholt um Sterbehilfe bittet, kann diese vom Arzt erhalten. Der Arzt, der keine anderen Möglichkeiten zur Linderung sieht, muss nun das Votum eines Kollegen einholen, den Vorgang dokumentieren und einer der fünf regionalen gemischten Kommissionen mel-den, die dann entscheidet, ob der Staatsanwalt eingeschaltet wird oder nicht.

Die Niederlande stehen nicht alleine:

2.5 Belgien, Schweiz usw.

In Belgien ging man ab 2002 noch einen Schritt weiter.¹⁰ ***Unheilbar kranke Menschen be-kommen das Recht auf „Tötung auf Verlangen“ und zwar nicht nur in Todesnähe und bei körperlichem Leiden, sondern im Falle „eines dauernden und unerträglichen physischen oder psychischen Leidens“.*** In der Schweiz haben im Kanton Zürich seit Januar 2001 Sterbe-hilfeorganisationen wie „Exit“ Zugang zu den Alten- und Pflegeheimen.¹¹ Diese drei Länder zusammen bemühen sich zur Zeit darum, in der Parlamentarischen Versammlung des Europa-rates eine Legalisierung der Euthanasie durchzusetzen. In den USA hat der Bundesstaat Ore-gon die ärztliche Beihilfe zum Suizid legalisiert.¹²

2.6 Und Deutschland?

In Deutschland gingen natürlich die Berichte über die Hannoveraner Ärztin MECHTHILD BACH durch die Medien, die den Tod einer größerer Zahl von Patienten der Paracelsus-Klinik durch terminale Sedierung in Kauf genommen haben soll. Allerdings sollten wir da sehr vor-sichtig sein, da es sich um ein offenes Verfahren handelt, bei dem manches auch auf Vorur-teilen basiert, wie etwa die unausrottbare Meinung, Schmerzmittel in der letzten Lebensphase müssten lebensverkürzend wirken.

⁹ HEINRICH WEFING: Bewusst verhungern? Wann das Leben abgeschaltet werden darf: Der Fall Schiavo, in: F.A.Z. vom 18.10.2003.

¹⁰ LUC DELIENS: The Lancet 356 (2000), 1806.

¹¹ The Lancet 357 (2001), 13.1.2001.

¹² LINDA GANZINI u.a.: Physicians' Experiences with the Oregon Death with Dignity Act. In: The New England Journal of Medicine 342, Heft 8, 24.2.2000, 557-563.

Im übrigen kommt auch bei uns das Thema nicht zur Ruhe. Die Bundesjustizministerin hat eine *Kommission „Patientenautonomie am Lebensende“* eingesetzt¹³, die die Frage der Patientenverfügungen genauer klären soll. „Jeder Mensch hat das Recht, eigenverantwortlich darüber zu entscheiden, ob für ihn im Notfall lebensverlängernde Maßnahmen eingeleitet werden sollen oder nicht. Wenn jemand seinen Willen schriftlich in einer Patientenverfügung festlegt, muss er die Gewissheit haben, dass diesem Willen auch dann entsprochen wird, wenn er selbst nicht mehr bei Bewusstsein ist. Viele Menschen sind aber unsicher, wie eine Patientenverfügung abgefasst sein muss, damit sie im Ernstfall auch rechtlich bindend ist. Gleichzeitig haben die Ärzte ein berechtigtes Interesse an der Verbindlichkeit der Erklärung. Für sie muss klar und eindeutig sein, wann sie lebensverlängernde Maßnahmen unterlassen können, ohne strafrechtliche Konsequenzen zu befürchten. Ich habe deshalb die Arbeitsgruppe gebeten zu prüfen, was unternommen werden muss, um Patienten, Ärzten und Betreuern bestmögliche Rechtssicherheit zu geben“, sagte Frau ZYPRIES bei der Konstituierung der Kommission. Dies ist um so dringender nötig, weil seit einem BGH-Urteil vom 17. März 2003 darum gestritten wird, wann nun das *Vormundschaftsgericht* eingeschaltet werden muss, um auf Grund einer Patientenverfügung Behandlungen abbrechen zu dürfen, und wann das Dokument und die Aussage eines Betreuers ausreicht.

Und die Stimmung in Deutschland? Sie ist widersprüchlich:

Auf der einen Seite gibt es eine klare Ablehnung der Politiker, Kirchenführer wie des neuen Ratsvorsitzenden WOLFGANG HUBER¹⁴ und Ärztevertreter. Einen eigenen deutschen Weg forderte BUNDESPRÄSIDENT JOHANNES RAU, zuletzt in seiner zweiten Berliner Rede vom 18. Mai 2001.¹⁵ Kategorisch lehnt auch die jetzige Bundesjustizministerin BRIGITTE ZYPRIES eine Übernahme niederländischer Regelungen in Deutschland ab.

Auf der anderen Seite verstärkt sich der Trend der Bevölkerung, Euthanasie zu befürworten.¹⁶ Die Allensbacher Demoskopien legten Bundesbürgern 2001 den folgenden Satz vor: „Ein schwerkranker Patient im Krankenhaus soll das Recht haben, den Tod zu wählen und zu verlangen, dass der Arzt ihm eine todbringende Spritze gibt.“ 64% der Westdeutschen (1973: 53%) und 80% der Ostdeutschen stimmten dieser Formulierung zu, 19% der Westdeutschen (1973: 33%) und 6% der Ostdeutschen lehnten sie ab. 17% der Westdeutschen und 14% der Ostdeutschen schwanken – noch ...

Ganz ähnlich ist es mit einer FORSA-Umfrage aus diesem Jahr: Wir sehen, dass hier eine gute Mehrheit für eine Liberalisierung ist, ja sogar zwischen 20 und 30% für Sterbehilfe bei nicht äußerungsfähigen Patienten. Wir sehen aber auch, dass dies auch bei konfessionell gebundenen Menschen nicht sehr unterschiedlich ist. Gefragt wurden allerdings Gesunde. Und das könnte einen wesentlichen Unterschied ausmachen.

Soviel zur Lage.

¹³ Vollständiger Text und genaue Zusammensetzung der AG unter der homepage www.bundesjustizministerium.de.

¹⁴ Nachricht in FAZ, Nr.135, 18.6.2001, 4.

¹⁵ Johannes Rau: Der Mensch ist jetzt Mitspieler der Evolution geworden. In: FAZ, Nr. 116, 19.5.2001, 45.

¹⁶ Allensbacher Bericht Nr. 9/2001 = www.ifd-allensbach.de/news/prd_0109.html.

3. Der Konflikt zwischen medizinischem Fortschritt und Selbstbestimmung des Individuums

Die Konkurrenz zweier ungestümer Kräfte bestimme die Debatte über Sterbehilfe in Deutschland: auf der einen Seite der medizinische Fortschritt mit Blick auf Lebensrettung und Lebensverlängerung, auf der anderen Seite die seit der Aufklärung immer deutlicher eingeforderte Selbstbestimmung des Individuums. Das meinte ROBERT LEICHT in einem der zahlreichen Leitartikel zum Euthanasie-Problem.¹⁷ Wie sind diese Kräfte näher zu beschreiben?

Der *medizinische Fortschritt* wird zunächst von den meisten Menschen dankbar angenommen. Geht es aber um das Sterben, macht sich zunehmend Sorge breit. Dabei ist die alte religiöse Bitte: „Mein Gott, mein Gott, ich bitt’ durch Christi Blut: mach’s nur mit meinem Ende gut“¹⁸ (eg 530,1) erweitert, wenn nicht verschoben: das Sterben und seine Umstände bereitet dem Zeitgenossen Sorge. „Unser Blick fällt mehr auf das Sterben als auf den Tod. Wie wir mit dem Sterben fertig werden, ist uns wichtiger, als wie wir den Tod besiegen.“¹⁹ Kann ich mich darauf verlassen, dass in schwerer Krankheit *möglichst alles* für mich getan wird, um mich zu retten? Muss ich aber zugleich fürchten, dass noch *alles Mögliche* getan wird, obwohl ich gar nicht mehr zu retten bin? Wenn es denn aussichtslos ist und kaum noch zu ertragen, dann soll nach der Meinung der meisten Deutschen der Patient sagen dürfen: „Nun, lieber Arzt, mach du es mit meinem Ende gut oder hilf mir zumindest, meinem Leben ein Ende zu bereiten.“ Dass das Ende des Menschen in Gottes Hand liegt oder doch zumindest „Schicksal“ ist, meinen im Jahr 2001 nur noch 11%, übrigens auch nur noch 14% der Protestanten und gerade mal 18% der Katholiken.²⁰ Auch bei vielen Kirchenmitgliedern ist die religiöse Gewissheit geschrumpft, dass es Gott mit meinem Ende gut machen kann.

Nicht nur aus der Außenperspektive gibt es diese *Janusköpfigkeit*: Sie wird auch in der Binnenansicht wahrgenommen: Im Bereich der Intensivmedizin kann heute mehr Menschen aus sehr kritischen Situationen herausgeholfen werden als noch vor einer Generation. Denen, die eine schwere gesundheitliche Krise oder einen Unfall überstehen und einigermaßen wiederhergestellt die Klinik verlassen, stehen aber die gegenüber, deren Leben zwar erhalten wird, die aber weder recht leben noch sterben können, die dauerhaft von außergewöhnlichen medizinischen Mitteln und Maßnahmen abhängig sind und doch nicht in ihr altes Leben zurückkönnen. Gerade von Pflegenden höre ich oft, wie sie darunter leiden...

Das *Drängen auf Selbstbestimmung* des Menschen zeigt sich ausgeprägt in den hier angesprochenen Fragen. In den verschiedenen Richtlinien der Bundesärztekammer zu Fragen der Sterbebegleitung seit 1979 tritt immer deutlicher die Tendenz hervor, dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten Rechnung zu tragen.²¹ Ärztlicher Paternalismus, jene Haltung des Arztes, dass er schon das Beste für den Patienten wisse und es darum auch fürsorglich durchzusetzen darf, wird prinzipiell kritisch beurteilt. Auch die Entscheidungen höchster Gerichte in Deutschland wiesen in diese Richtung. Sie wollen dem Prinzip „voluntas aegroti suprema lex“ Geltung verschaffen, und zwar auch für den nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten, dessen „mutmaßlicher Wille“ von größter Wichtigkeit ist, auch wenn für das Erforschen die

¹⁷ ROBERT LEICHT: Der Tod in Weiß. In: DIE ZEIT 56 (2001), Nr. 17, 19.4.2001, 1.

¹⁸ Evangelisches Gesangbuch, Nr. 530,1: „Wer weiß, wie nahe mir mein Ende!“ von ÄMILIE JULIANE VON SCHWARZBURG-RUDOLSTADT.

¹⁹ DIETRICH BONHOEFFER: Brief vom 27.3.1944. In: Widerstand und Ergebung. München 1970, 270.

²⁰ Allensbacher Bericht Nr. 9/2001 – vgl. Anmerkung VII.

²¹ Zuletzt: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt 95 (1998), A-2365-2367.

ses Willens strengste Kriterien gelten sollen.²² Das ist auch der Ansatz der neuen ZYPRIES-Kommission.

Der **BGH** hat im „**Kemptener Urteil**“ vom 13.9.1994²³ den Abbruch einer lebensnotwendigen Maßnahme für ausnahmsweise zulässig angesehen, obwohl die Patientin nicht ausdrücklich einwilligen konnte und der Sterbeprozess nicht eingesetzt hatte. Die Patientin war schwerst zerebral geschädigt und wurde seit Jahren künstlich ernährt. Der behandelnde Arzt und der Sohn versuchten durchzusetzen, dass die künstliche Ernährung abgebrochen werden und der Patientin nur noch Tee zugeführt werden sollte, was zum Verhungern geführt hätte. Die Richter des BGH stimmten zu. Sie begründeten diese Zustimmung nicht mit dem erbärmlichen Zustand der Patientin oder gar damit, ein solches Leben sei nicht mehr lebenswert und darum ein Leben ohne Wert. Sie hoben in ihrer Zustimmung zum Behandlungsabbruch auf den **mutmaßlichen Willen** der Patientin „im Tatzeitpunkt“ ab: Es gehe hier um ein ausnahmsweise zulässiges Sterbenlassen durch Abbruch einer ärztlichen Behandlung, weil die Patientin mutmaßlich einverstanden ist.²⁴ Gerade damit sollte das Selbstbestimmungsrecht auch *des* Menschen gewahrt bleiben, der sich nicht mehr äußern kann. Der mutmaßliche Wille ist zu erheben aus früheren mündlichen oder schriftlichen Äußerungen des Patienten, anhand seiner Überzeugungen und Werthaltungen. Allerdings, so das Kemptener Urteil, soll im Zweifel der Schutz menschlichen Lebens Vorrang haben vor den persönlichen Erwägungen des Arztes oder der Angehörigen.

Die ärztliche und pflegerische Arbeit wird nun ausdrücklich an das Selbstbestimmungsrecht des Patienten gebunden: „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.“²⁵

Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung suchen das Gleichgewicht zu halten zwischen hippokratischer Ethik und aufgeklärtem Autonomiestreben. Vier Eckpunkte markieren diese Position:

- Wir als Ärzte **beteiligen uns nicht an der willentlichen Beendigung menschlichen Lebens**; wir unterstützen auch nicht die Selbsttötung eines Menschen.
- Wir als Ärzte meinen aber auch nicht, es müsse bis zum Ende das Maximum des Denkbaren getan werden. Wenn ein Menschenleben seinem Ende entgegengeht, **müssen wir uns nicht sinnlos diesem Ende entgegenstemmen**. Therapien können abgebrochen werden, Maßnahmen der Intensivmedizin gar nicht erst aufgenommen werden. Wir geben den Patienten nicht auf, sondern schalten um vom Versuch der Heilung auf das Bemühen, ihm bis zuletzt beizustehen, durch effektive Schmerzbekämpfung, menschliches Geleit und gute Pflege.²⁶
- Wir denken nicht nur an Menschen, die im Sterben liegen, sondern weiten diese Grundüberlegungen **auch auf Patienten aus, die in naher Zukunft sterben werden**.

²² Besonders wichtig sind in diesem Zusammenhang das „Kemptener Urteil“ des BGH vom 13.9.1994 (BGHSt 40) und das Urteil des OLG Frankfurt/Main vom Juli 1998 (NJW, Heft 37, 1998, 2747-2749)..

²³ BGHSt 40, 257 = NStZ 1995, 80 m. Anm. SCHÖCH NStZ 1995, 155.

²⁴ A.a.O.

²⁵ „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ vom 11.9.1998, Präambel. Hervorhebung durch M.H.

²⁶ ROBERT LEICHT: „Ganz schlicht: Die (deutsche) Medizin lernt das Sterbenlassen.“ In: DIE ZEIT, a.a.O.

Wir fragen auch, wann etwa bei Patienten im Wachkoma eine Änderung der Therapieziele angesagt sein kann.

- Wir haben gelernt, *den Willen des Patienten noch ernster zu nehmen*. Wir wollen mit allen Mitteln fragen, was er sich auf der letzten Strecke seines Lebens gewünscht hätte. Dazu beachten wir auch Willensäußerungen in Patientenverfügungen.

4. Der Mensch und sein Tod

Auch wenn die Mehrheit der Bevölkerung der Euthanasie zuzuneigen scheint, gibt es immer wieder besorgte Fragen von Menschen, die sich auch an die Kirchen wenden und nach einem spezifischen Wort der Kirchen fragen. Ein solcher Beitrag kann nicht mehr a priori als autoritativ verstanden werden; gleichwohl geht es darum, sich am öffentlichen Diskurs zu beteiligen und den Nachweis zu bringen, dass eine theologisch fundierte Stellungnahme Hilfreiches und Lebensförderliches zur Sache beitragen kann und darum Gehör verdient. In diesem Sinne hat die Pommersche Evangelische Kirche im Oktober 1998 die Theologische Fakultät in Greifswald beauftragt, in Zusammenarbeit mit der Medizinischen und der Rechts- und Staatswissenschaftlichen Fakultät ein Gutachten zu Fragen der ärztlichen Sterbebegleitung vorzulegen. Nach intensiver interdisziplinärer Arbeit konnte dieses Gutachten im März 2001 der Kirchenleitung der Pommerschen Evangelischen Kirche übergeben werden. Es wurde im Juli 2001 als Buch veröffentlicht im Lang-Verlag Frankfurt: *Der Mensch und sein Tod*.²⁷

Der inhaltliche Schwerpunkt des Greifswalder Gutachtens liegt in einem theologischen Kapitel zur Frage der Menschenwürde (1.) und einem Kapitel über den Unterschied zwischen „Töten“ und „Sterbenlassen“ (2.). Daraus ergeben sich Folgerungen für die Beurteilung ärztlicher Sterbebegleitung (3.).

4.1 „Was ist der Mensch, dass du seiner gedenkst?“

☞ So fragt schon der Beter im 8. Psalm. In der Frage der Euthanasie stellt sich die Frage nach dem „Gewicht“ eines Menschenlebens: Wer verdient (bis) wann und warum unseren unbedingten Schutz? Ein christliches Menschenbild kann hier nur auf die Würde verweisen, die jedem Menschenleben vom Anfang bis zum Ende zusteht, weil es von Gott geliebtes und mit Würde beschenktes Geschöpf ist. Diese Wertschätzung widerfährt dem Menschen ohne sein Zutun; sie ist nicht gebunden an Eigenschaften, die er (noch) vorweisen könnte oder müsste, um in den Genuss dieser Würde zu kommen. Jeder Mensch als Glied der Menschheitsfamilie ist darum als *Person* zu achten. Er ist Person in seiner gesamten Leiblichkeit und nicht nur im Hinblick auf seine im Hirn verankerte Geistigkeit. Er bleibt Person, auch wenn seine *Personlichkeit* (Bewusstsein, Kommunikationsfähigkeit, die Fähigkeit, Interessen zu haben und zu äußern) auf das Äußerste reduziert ist und er in aller Kümmerlichkeit auf die Fürsorge anderer angewiesen ist.²⁸

„Es ist vom Menschen geborenes, krankes Leben, das ja nichts anderes sein kann als, freilich höchst unglückliches, menschliches Leben.“²⁹

²⁷ Das vollständige Gutachten ist heute erschienen mit den Beiträgen einer interdisziplinären Ringvorlesung zum gleichen Thema, die im Wintersemester 1999/2000 in Greifswald stattfand: MICHAEL HERBST (Hg.): *Der Mensch und sein Tod*. Frankfurt/Main: Peter Lang 2001.

²⁸ Vgl. ULRICH EIBACH: *Sterbehilfe – Tötung aus Mitleid?* Wuppertal ²1998, 64-67.

²⁹ DIETRICH BONHOEFFER: *Ethik*. München 1975, 175.

Er bleibt Person bis zu dem Tag, an dem Gott ihn zu sich zurückruft. HELMUT THIELICKE hat darauf hingewiesen, dass allein durch eine „extra nos“ verankerte Menschenwürde der Mensch „in seinem Grenzfall gesichert und in seiner Würde geachtet“ werden kann.³⁰

Daraus ergeben sich höchst brisante Konsequenzen:

- Ein solches Menschenbild liegt im Streit mit Auffassungen, die vom Menschen erst den *Nachweis bestimmter Qualitäten* fordern, bevor sie ihm die Würde einer Person zubilligen (etwa bei NORBERT HOERSTER³¹ oder PETER SINGER³²).
- Ein solches Menschenbild geht davon aus, dass der Mensch sein Leben empfängt, um es „zu führen“. Die Gabe des Lebens schließt den Imperativ ein: Du sollst leben wollen!³³ Das bedeutet auch ein *Leben in Selbstbestimmung*. Ein Leben „vor Gott“ ist nicht ein fremdbestimmtes Leben, da der Wille Gottes das Leben des Menschen entfalten hilft und ihn nicht knechtet. Dieses Leben kann gelebt werden im Gegenüber zu Gott.³⁴
- Gleichwohl ist der Mensch stets Handelnder *und* Empfangender. Vom ersten Tag seines Daseins an ist er auf das *Mitsein und Fürsein* anderer angewiesen. Ein völlig selbstbestimmtes Leben wäre darum nicht nur illusionär, sondern stünde auch im Widerspruch zur Bestimmung des Menschen. Passiv wie aktiv in das Liebesgebot eingebunden: Ich empfangen mich und verdanke mich am Anfang und immer wieder. Und ich soll anderen das Leben erleichtern und sie tragen und ihnen beistehen. Der Mensch ist in der Sicht der jüdischen Anthropologie „näphäsch“, angewiesenes, bedürftiges Wesen. Darum kann nicht allein Selbstbestimmung das Kriterium für Entscheidungen am Lebensende sein. Es entwürdigt den Menschen nicht, am Ende seiner Tage wiederum dem liebevollen Fürsein und Mitsein anderer anvertraut zu sein. Selbstbestimmung muss durch Fürsorge ergänzt werden, damit wir nicht einem unrealistischen Lebenskonzept verfallen.

Ich möchte Sie darauf aufmerksam machen, dass auch jenseits einer christlichen Theologie so gedacht wird. Der Philosoph ALASDAIR MACINTYRE sieht es ebenso in seinem Buch: „Die Anerkennung der Abhängigkeit“. MACINTYRE zeigt darin, wie es Autonomie nur auf der Basis von Fürsorge geben kann. Von der Geburt bis zum Tod sind wir mal mehr, mal weniger darauf angewiesen, dass andere uns helfen. Die Tugenden der Unabhängigkeit will MACINTYRE respektieren; sie erwachsen dem Menschen aber erst durch Zuwendung und Fürsorge. So spricht er vom Netzwerk des Nehmens und Gebens. In dieses Netzwerk will er auch die einbinden, die durch Behinderung oder Krankheit nicht mehr zur Autonomie finden werden. Tugenden der anerkannten Abhängigkeit machen uns fähig zur Übernahme asymmetrischer Verpflichtungen. Kurzum: MACINTYRE zeigt, dass Autonomie und Fürsorge auch nach den Kriterien menschlicher Vernunft unlösbar zueinander gehören.

Das von Gott gewährte irdische Leben ist *Gabe auf Zeit*. Es ist Gottes Leihgabe, die ich annehmen soll: „Du sollst leben wollen!“ Es ist nicht auf Unsterblichkeit angelegt, sondern – im Durchgang durch das oftmals bittere Sterben – zur Ewigkeit berufen. Das irdische Leben wird nicht zum Götzen. Der Mensch muss also sterben, d.h. aber auch: Er darf dem Schweren sei

³⁰ HELMUT THIELICKE: Theologische Ethik, Bd. 1. Prinzipienlehre. Tübingen ²1958, 153.

³¹ NORBERT HOERSTER: Sterbehilfe im säkularen Staat. Frankfurt 1998.

³² PETER SINGER: Leben und Tod. Der Zusammenbruch der traditionellen Ethik. Erlangen 1998.

³³ So schon KARL BARTH: Die Kirchliche Dogmatik. Band III/4. Zürich 1951, 378.

³⁴ ROBERT LEICHT: a.a.O.

nes Lebens entsterben. Es gibt keine unbegrenzte Pflicht zum Leben. Das bedeutet, dass es eines Tages auch genug sein darf und ein Mensch, hoffentlich wie ABRAHAM „alt und lebenssatt“ (Gen 25,8), sterben darf. Allerdings wird er dieses Ende nicht selbst setzen, sondern aus der Hand dessen nehmen, der ihn ins Leben rief. Das ist eine nüchterne Auskunft (gegenüber dem „Schöner sterben“) und eine barmherzige Auskunft (Wenn sich der Tod ankündigt, muss ich mich nicht endlos gegen ihn wehren). Für den Christen ist das Sterben die Grenze des Lebens, aber Christus ist die Grenze des Todes.

Wenn etwa der ehemalige amerikanische Präsident RONALD REAGAN dem amerikanischen Volk in einem Abschiedsbrief schreibt, im Wissen um die Alzheimer Erkrankung und all dessen, was damit auf ihn zukommt: „Ich beginne nun die Reise, die mich in den Sonnenuntergang meines Lebens führen wird“, dann meint dieser Sonnenuntergang eben das allmähliche Zerbrechen der Persönlichkeit dieses Menschen, nicht aber das Ende seiner Personwürde, die nicht zuletzt in der Pflege durch seine Frau bis heute beachtet wird.

4.2 „Töten“ oder „Sterbenlassen“

Klare Begriffe sind von entscheidender Bedeutung. In der Euthanasie-Debatte aber herrscht Begriffsverwirrung. Aktiv und passiv, direkt und indirekt, Sterbehilfe und Sterbebegleitung – die Unterschiede werden dem, der sich damit befasst, mit der Zeit eher unklarer als klarer. Im klinischen Alltag hilft es auch nicht weiter, zwischen Handeln und Unterlassen zu unterscheiden. Unterlassen ist keineswegs immer ethisch neutral, und auch wer nicht tötet, handelt, wenn er etwa eine sinnlos gewordene therapeutische Maßnahme abbricht.

Mit DIETRICH BONHOEFFER möchte ich vorschlagen, zwischen zwei Handlungsweisen grundsätzlich zu unterscheiden: dem „**Töten**“ einerseits, dem **Nachgeben** gegenüber einem unaufhaltsamen Sterbeprozess andererseits.³⁵ Unserer Meinung nach verläuft deskriptiv wie normativ, also in der Beschreibung wie in der Bewertung die Scheidelinie zwischen dem **Töten** und dem **Sterbenlassen**.

- Wer tötet, **überwältigt den Organismus von außen** mit einer schädigenden Einwirkung.
- Wer einen Patienten sterben lässt, hört auf, sich dem Desintegrationsprozess des Organismus in den Weg zu stellen, weil er dem Bemühen um eine Reintegration des Organismus nicht mehr nützen kann. Wenn medizinische Maßnahmen ihr Ziel nicht mehr erreichen, dagegen dem Patienten Leid zufügen und ihn im Sterben aufhalten, dann ist ein Verzicht auf solche Maßnahmen oder ihr Abbruch ein Sterbenlassen.
- Wer tötet, **will den Tod des Patienten**. Erfolgreich ist er erst, wenn der Patient nicht mehr lebt. Der Arzt, der tötet, behält die Kontrolle, er ist „**situationsmächtig**“.
- Wer sterben lässt, unterlässt alles, was den Patienten noch aufhalten könnte. Sein Ziel ist aber nicht der Tod, sondern die Entfernung aller Hindernisse auf dem unaufhaltsamen Weg des Sterbens. Egal wie lange der Patient noch lebt, erreicht der Arzt dieses Ziel, sobald er seine Bemühungen um Lebensverlängerung einstellt. Aber er ist nicht „**situationsmächtig**“; der Patient kann noch für kürzere oder längere Zeit leben. THOMAS FUCHS sagt zu Recht:

³⁵ Vgl. zum Folgenden THOMAS FUCHS: Was heißt „töten“? Die Sinnstruktur ärztlichen Handelns bei passiver und aktiver Euthanasie. In: EthikMed 9 (1997), 78-90.

„Der Behandlungsabbruch ermöglicht das Sterben, Ziel des Tötens aber ist der Tod.“³⁶

- Wer tötet, leistet *Sterbehilfe*, als Hilfe zum Sterben. Er urteilt, dass dieses Leben besser nicht mehr wäre, weil seine Qualität nicht mehr groß genug ist. Er hilft also, indem er den Menschen „aufteilt“: in die Person (in ihrer Geistigkeit), der er beistehen will, und in den Leib, den er töten muss.
- Wer aber sterben lässt, leistet *Sterbebegleitung*. Er wird alles lassen, was den Menschen im Sterben aufhält, und alles tun, um ihm die letzte Strecke seines Lebens zu erleichtern. Sein Geleit bejaht den sterbenden Menschen umfassend, auch und gerade in seiner Leiblichkeit.

4.3 Konsequenzen für das ärztliche Handeln

Aus der anthropologischen Grundlegung und der begrifflichen Präzisierung ergibt sich, dass wir in Greifswald *das deutliche Nein* der „Grundsätze der Bundesärztekammer“ *zur Hilfe bei der Herbeiführung des Todes*, sei es durch Sterbehilfe, sei es durch ärztlich assistierten Suizid, begrüßen. Nur so kann ärztliches Handeln dem „nil nocere“ verpflichtet und in seiner Ausrichtung auf den Schutz menschlichen Lebens eindeutig bleiben. So wenig es eine unbegrenzte Pflicht zum Leben geben kann, so wenig kann es ein Recht darauf geben, das eigene Leben durch die Hand eines Arztes beenden zu lassen.

- Wenn erst einmal Hilfe bei der Herbeiführung des Todes entkriminalisiert ist, wird sie bald unter der Hand zum *ethischen Imperativ*: Wer könnte sich schon der Frage entziehen, wieso er seiner Mitwelt die teure und aufwendige Pflege noch zumutet, obwohl es doch andere Auswege gäbe?
- Die Deregulierung in Fragen der Euthanasie würde auf Dauer *Dammbrüche* produzieren. Dass dies nicht einfach ein „klerikales K.o.-Argument“ ist, zeigt wieder der Blick in die Niederlande: Es kommt eben doch zu einer öffentlichen Gewöhnung an die Beendigung des Lebens durch die Hand des Arztes. Anders ist es nicht zu erklären, dass seit Einführung der Meldeprozedur-Euthanasie konstant Jahr um Jahr ca. 900 Menschen in den Niederlanden eine nicht-freiwillige Sterbehilfe erleiden, dass auch bei psychisch kranken Menschen und Minderjährigen der Tod herbeigeführt wird.
- Als Seelsorger möchte ich außerdem im Blick auf den umgekehrten Fall fragen: Was will ein Mensch uns denn sagen, der im Blick auf die letzte Lebensphase ruft: „Ich kann nicht mehr!“? Will er wirklich in der Mehrheit der Fälle sagen, dass er nicht mehr da sein möchte? Oder ruft er nach unserer Hilfe, weil er es so, wie es jetzt ist, in Schmerzen, mit Luftnot, in Ängsten, in Einsamkeit nicht mehr aushält? Ruft er nicht viel mehr nach Hilfe, damit es noch einmal geht, und damit geschehen kann, was am Ende des Lebens geschehen sollte: noch einmal ein Blick zurück, eine Bilanz des Lebens, und eine Klärung der vorletzten und letzten Dinge? Kurzum: mit effektiver Schmerztherapie und liebevollem Geleit kann Menschen *besser geholfen werden* als durch die Spritze, die ihrem Dasein ein schnelles Ende bereitet. Nur so, mit einer neuen Klinikultur und liebevoller Begleitung bis zum Ende kann sich auch das Stimmungsbild in der Gesellschaft wieder wandeln.

³⁶ A.a.O., 85f.

Gleichwohl sind wir mit der Bundesärztekammer der Meinung, dass eine **Änderung der Therapieziele** sinnvoll sein kann, wenn Patienten im Sterben liegen oder in absehbarer Zeit sterben werden. Maßnahmen zur Lebenserhaltung können dann wegfallen, Basisbetreuung, Schmerzbekämpfung und menschliche Zuwendung dagegen nicht. Auch eine Do-Not-Resuscitate-Order kann angesagt sein. Man wird sich allerdings nicht der Illusion hingeben dürfen, es sei immerzu klar, wann dieser Wendepunkt erreicht ist. Hier ist von Fall zu Fall eine individuelle verantwortliche Entscheidung notwendig.

In jedem Fall ist die Förderung der **Palliativmedizin** in Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie der Ausbau der Palliativstationen in Deutschland mit Dringlichkeit ebenso zu fordern wie die Förderung ambulanter und stationärer **Hospizdienste**. Wir müssen die Förderung von ambulanten Hospizdiensten und die Einrichtung einiger stationärer Hospize in unserem Bundesland mit Nachdruck fordern, um die Situation schwerkranker und sterbender Menschen zu verbessern. Palliativmedizin ist eine wirkungsvolle „**Euthanasieprophylaxe**“. Menschen, die so medizinisch wie menschlich und geistlich versorgt werden, rufen in aller Regel nicht nach der tödlichen Spritze. Da zeigen die Ergebnisse der Hospizarbeit ganz deutlich.

Ein Satz zur Schmerztherapie ist gerade angesichts der Vorgänge in Hannover wichtig: **Schmerztherapie** nach dem Schema der WHO, rechtzeitig begonnen und konsequent angewandt, **verkürzt das Leben nicht**, sondern wird es im Gegenteil in der Regel **verlängern**, und das mit einer **deutlich verbesserten Lebensqualität**. **Terminale Sedierung** ist oft ein Zeichen dafür, dass die Schmerztherapie vorher ungenügend war.

Dass die Bundesärztekammer das Lebensrecht von **Wachkoma-Patienten** unterstreicht, ist ebenfalls zu begrüßen.

- Gewiss kann auch bei ihnen bei einer massiven Verschlechterung des Gesamtzustandes der Wechsel der Therapieziele indiziert sein.
- Andererseits ist **eine „gelenkte Sterblichkeit“**³⁷ zu fürchten, falls diesen Patienten u.U. die Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung entzogen wird.
- Die Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit, auch über eine PEG-Sonde, gehört zur unabdingbaren Basispflege. Wer sie entzieht, weiß, dass er den Tod des Patienten damit herbeiführt – und er will es, weil er ein Lebenswerturteil gefällt hat.³⁸
- Das zeigt etwa der Fall von TERRI SCHIAVO. Dies gilt erst recht angesichts der höchst unsicheren Prognose; wie weit das gehen kann, zeigt der Fall des 39jährigen Amerikaners TERRY WALLIS, der im Juli 2003 nach 19 Jahren im Koma wieder erwachte und – zwar beeinträchtigt – aber offenkundig doch bei Verstand ist.³⁹

Die heikelste Frage in diesem Kontext stellt sich aber im Blick auf die **Gewichtung des Selbstbestimmungsrechts**.

- Bei Patienten, die bei Bewusstsein sind, wird ärztliches Handeln durch den „informed consent“ legitimiert. Das steht auch außer Frage, so schwierig es für einen Arzt auch

³⁷ Ulrich Eibach: a.a.O., 154.

³⁸ Dies belegt etwa der berühmte Fall Tony Blands. Vgl. John Keown: Courting Euthanasia? Tony Bland and the Law Lords. In: Ethics & Medicine 9 (1993), Heft 3, 34-37.

³⁹ newsletter@patientenverfuegung.de vom 9.7.2003.

werden mag, wenn ein Patient sich einer aus ärztlicher Sicht noch sinnvollen Behandlung entzieht. So etwa bei Miss B. in England.

- Problematisch aber wird es bei nicht mehr zustimmungsfähigen Patienten. Dabei steht sicher außer Frage: **Patientenverfügungen**, vor allem wenn sie zeitnah erfolgten, sind ein „mächtiges Indiz“ für den Willen des Patienten. Es gibt einen sehr guten Vorschlag der beiden großen christlichen Kirchen für eine solche Patientenverfügung, die Euthanasie ausschließt, aber den Willen bekundet, sterben zu dürfen, wenn der Tod unausweichlich nahe ist. Auch **Vorsorgevollmachten** helfen beim Erkunden des mutmaßlichen Willens, wenn es Menschen des Vertrauens gibt, die sich im Sinne des Patienten artikulieren können. Das alles enthebt den Arzt aber nicht einer verantwortlichen Abwägung, ob der Patient in dieser Lage dasselbe gewollt hätte wie damals, als er die Verfügung unterschrieb. Oft aber liegen nicht einmal solche Dokumente vor. Die Aussagen der Angehörigen sind oft vage und obendrein beeinflusst durch die Schwere der Situation, durch Überforderung, durch den eigenen Schmerz und vieles mehr.
- Offen gestanden bin ich im Laufe der Jahre entgegen dem Trend eher skeptischer geworden, ob dies alles der richtige Weg ist. Ich glaube: Es geht hier um ein höchst sensibles, am Einzelfall orientiertes Zusammenspiel von Arzt und Schwester, von Seelsorger und Angehörigen. Der Zwang hilft hier nicht viel, sei es durch **Patientenverfügungen**, die zu ehernen Gesetzen werden, sei es durch Vormundschaftsgerichte. Wer heute eine also eng gefasste Patientenverfügung unterschreibt, kann nicht vorhersehen, in welche Lagen mit welchen Aussichten er einmal kommen wird. Als Gesunder antizipiert er das Schlimmste; vielleicht würde er aber im Ernstfall im Schlimmsten noch Hoffnung auf Besseres entwickeln. **Vormundschaftsgerichte** aber sollten auf die wenigen Fälle beschränkt bleiben, in denen es nicht zu Einigungen kommt. Im Vorfeld der neuen ZYPRIES-Kommission gab es schon darüber Streit, weil die Deutsche Stiftung Hospiz nicht zur Mitarbeit eingeladen wurde, wohl aber die Humanistische Union. Die Vertreter der Stiftung haben daraufhin etwas ganz Wesentliches festgehalten:

„Der verfügte Arzt droht zum Erfüllungsgehilfen einer Vorabklärung zu werden, die von der konkreten Begegnung zwischen Arzt und Patient abstrahiert“, warnen die Ärzte DR. PAOLO BAVASTRO, PROF. DR. DR. KLAUS DÖRNER und DR. ANDREAS ZIEGER. In einem gemeinsamen Aufsatz, der unter der Überschrift „Patientenverfügungen – Kein ‚Sterben in Würde‘“ im Deutschen Ärzteblatt erschien, hatten die drei Mediziner und der Klinikpfarrer HANS-HERMANN HOLFELDER den vorab verfügten Behandlungsverzicht bereits ausführlich in Frage gestellt:

„Patientenverfügungen stehen Sterbebegleitung und Palliativmedizin entgegen, weil durch sie das solidarische und authentische Ringen um und das Begleiten von Menschenleben im Sterben lächerlich gemacht wird und die Beziehungsdimensionen, durch welche Würde und Autonomie im Prozess der Begegnung erst hervorgebracht und verwirklicht werden können, bereits im Ansatz stillgelegt oder außer Kraft gesetzt werden.“

- Gibt es aber weder den wachen Patienten noch eine Verfügung, so behelfen sich viele mit dem **Konstrukt des mutmaßlichen Willens**. Dieses Gebilde sehe ich aber mit noch größerer Skepsis: Im schlimmsten Fall wird dadurch gerade eine **extreme Fremdbestimmung** ermöglicht, weil etwa ein Wachkoma-Patient nicht der ärztlichen Fürsorge, die an seinem Wohl orientiert sein muss, überlassen bleibt, sondern ihm auf Grund ei

nes gemutmaßten Willens die Sondenernährung entzogen wird. JOHANN-CHRISTOPH STUDENT spricht zu Recht von „Tötung ohne Verlangen.“⁴⁰ Hier verbinden sich mehrere problematische Faktoren zu einem gefährlichen Gemisch: ein nicht-sterbender Patient, eine fehlende direkte Willensäußerung, ein Urteil über die Lebensqualität und der Entzug einer zur Basisbetreuung zu rechnenden Maßnahme.

- Letztlich wird eine verantwortliche medizinische Ethik nicht an der Tatsache vorbeikommen, dass es *einen sinnvollen „milden Paternalismus“* gibt, ein verantwortliches Entscheiden des Arztes im Sinne des Patientenwohles. Dies widerspricht auch nicht der Menschenwürde des Patienten, sofern man das Angewiesensein auf ein Für- und Mitsein anderer Menschen nicht gegen eine absolut gesetzte Autonomie ausspielt. Je klarer es ist, dass die Medizin auch „das Sterbenlassen gelernt hat“⁴¹, desto mehr werden Menschen einer solchen ärztlichen Fürsorge vertrauen können ohne die Sorge, am Ende ihrer Tage würde noch *alles Mögliche* mit ihnen gemacht.

Prof. Dr. Michael Herbst, Greifswald

⁴⁰ Johann-Christoph Student: Kritikwürdig bis makaber. In: Mabase 108 (1997), 46.

⁴¹ Robert Leicht: a.a.O.