

„Menschenwürdig Sterben – Euthanasie oder Palliativmedizin?“

Grüss Gott, meine sehr verehrten Ehrengäste, Mitarbeiter des Hauses, verehrte Damen und Herren!

Ich danke Ihnen, dass Sie mich zu diesem schönen Anlass, dem 10-jährigen Bestehen der Hospizgruppe Donau-Ries und dem 1-jährigen Bestehen der Palliativstation am Krankenhaus Nördlingen, eingeladen haben. Ich gratuliere Ihnen zu Ihrer Arbeit und zu Ihrem Engagement!

Es ist ein Anlass zur Freude, wenn das Angebot der Hospizarbeit und der Palliativmedizin immer mehr Menschen zur Verfügung gestellt werden kann, wenn wir uns langsam dem Zeitpunkt nähern, dass Hospizarbeit und Palliativbetreuung ein selbstverständliches Angebot sind, so wie Vorsorgeuntersuchungen und Zahnbehandlung.

Ein Vergleich mit Banalitäten?

Es ist doch etwas ganz anderes, wenn ein Mensch stirbt! werden Sie mir zurufen wollen!

Selbstverständlich JA - und doch auch NEIN.

Ich habe von 1998 bis 2004 an der internen Abteilung des Krankenhauses Nördlingen gearbeitet. Für die Palliativmedizin habe ich mich bereits zuvor, in München, begonnen zu interessieren, und habe einen Grossteil der Ausbildung zunächst am Christophorus-Hospiz, dann, nach seiner Gründung, am Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin in Grosshadern absolviert. Seit 2004 arbeite ich als leitende Oberärztin am Krankenhaus der Barhmerzigen Brüder. Ich bin Internistin und Kardiologin, habe dann in Österreich das Diplom für Palliativmedizin erworben. An unserem Haus wird ein Palliativ-Konsiliarteam entstehen. Es war und ist mir stets ein Bedürfnis, Kompetenz zu erwerben für unsere palliativen und sterbenden Patienten.

Denn dies ist die Kehrseite des medizinischen Fortschritts, die uns, die Gesellschaft, die Pflegenden und die Ärzte vor völlig neue, nie da gewesene Herausforderungen stellt.

Ich möchte Sie heute abend auf eine Reise mitnehmen, an deren Ende ich mir wünsche, dass Sie in Ihrer Familie, in Ihrem Freundeskreis und an Ihrem Arbeitsplatz offen werden für das Thema „Ende des Lebens“, und dass Sie Vertrauen finden können in die Möglichkeiten der Hospizbetreuung und Palliativmedizin. So wird aus einem Sterbeprozess auch ein „Leben bis zuletzt“, aus der Furcht vor dem Sterben ein Wahrnehmen der Schönheit des Augenblicks. Bejahung in der Annahme der - eigenen – Endlichkeit, nicht Verneinung in der Realitätsferne.

Zu Beginn möchte ich kurz über Euthanasie und Palliativmedizin in der Geschichte sprechen, denn beide Begriffe sind, wenn auch nicht aufs erste erkennbar, untrennbar miteinander verbunden.

Wie ist der heutige Diskussionsstand in der Frage der Euthanasie heute in Europa? Eine wichtige Frage, denn ihre Beantwortung hat entscheidende Auswirkungen auf die Diskussion in unserem Lande - und übrigens auch in Österreich.

Wann immer heute sich ein Gespräch um das Spannungsfeld Euthanasie dreht, werden Pro- und Contra-Argumente ins Feld geführt, ohne deren Kenntnis und Würdigung das Gespräch rasch auf eine hochemotionale Ebene abgeleitet. Eine Diskussion um Für und Wider der Euthanasie hat nur dann Qualität, wenn die Argumentation empathisch und! – rational geführt wird.

Ist Euthanasie verzichtbar? Und – wie wird Euthanasie verzichtbar? Und – warum muss Euthanasie verzichtbar bleiben?

Hospizarbeit und Palliativmedizin sind ein Programm für ein Sterben in Würde. Ich möchte Ihnen zeigen, wie die Betreuung von Palliativpatienten und Sterbenden diese selbst und ihre Angehörigen aus der Isolation führen kann. Zu diesem „Programm des Lebens“ spielen Verdanktsein, Verpflichtung und Beziehung eine Rolle.

Haben Hospizarbeit und Palliativmedizin eine Lobby?

Die „schöne“, herzeigbare Hospizarbeit und Palliativmedizin – ja. Der „unansehnliche“ Leidende und Sterbende, der alte und Sterbende, der verwirrte und Sterbende???

„Viele haben sich über ihn entsetzt, so entstellt sah er aus, nicht mehr wie ein Mensch, seine Gestalt war nicht mehr die eines Menschen.“

Dieser berühmte Vers aus dem vierten Lied vom Gottesknecht, aus dem Buch Jesaja, könnte zum Kernsatz im Spannungsfeld zwischen Euthanasie und Palliativmedizin werden.

Wann ist ein Mensch ein Mensch? Wie ist grundsätzlich unser Verhältnis, das Verhältnis der Gesellschaft heute, zum Menschen in seinen verschiedenen Lebensphasen? Wann besitzt ein Mensch Würde? Was lässt ihn zum Träger dieser Würde werden? Unsere Einstellung zu diesen Fragen wird nach meiner Auffassung über die Zukunft der Gesellschaft entscheiden, denn die Antwort auf diese Fragen hat Einfluss auf das ungeborene wie auf das endende menschliche Leben, auf die Reproduktionsmedizin, auf die Forschung an embryonalen Stammzellen, auf unser Verhältnis zu behinderten, alten und kranken Mitmenschen.

„Ich will weder irgend jemandem ein tödliches Medikament geben, wenn ich darum gebeten werde, noch will ich in dieser Hinsicht einen Rat erteilen. Ebenso will ich keiner Frau ein abtreibendes Mittel geben“.

Diese Zeilen sind dem „Eid des Hippokrates“ entnommen, den wir im „Corpus Hippocraticum“, einer Sammlung von medizinischen Schriften aus dem 4. Jahrhundert vor Christus finden. Warum war es nötig, einen solchen Eid zu schwören? Weil es selbstverständlich bereits damals Anfragen nach Euthanasie an die Ärzte gab. Suizid war in der Antike nicht unbedingt strafbewehrt. Wir kennen bei griechischen Philosophen Fälle von Selbsttötung bei unheilbarer Krankheit. Extrem ist sicherlich der Fall der Insel Keos, auf der der Brauch geherrscht haben soll, dass sich die über sechzig Jahre alten Bewohner durch den Schierlingsbecher, einen Gifttrank, selbst töteten, damit die anderen Bewohner der Insel genug zu essen hatten. Es gibt keinen Hinweis darauf, ob dieses Vorgehen gesetzlich verankert war, aber – Sie sehen, es gibt keine wirklich neuen Ideen, es ist alles schon einmal da gewesen!! Eugenische Programme kennen wir bereits aus dem alten Sparta, sowie von den berühmten griechischen Philosophen Plato und Aristoteles. Seneca, der grosse römische Stoiker, sah es als hohes Gut, das eigene Leben selbstbestimmt beenden zu können.

Den Ärzten zur Zeit des Hippokrates wurde teilweise vorgehalten, sie würden sich bei unheilbar kranken Patienten zurückziehen – so auch der Schluss einiger Geschichtswissenschaftler. Genau genommen gibt es jedoch im „Corpus Hippocraticum“ nur sehr wenige Passagen, die sich überhaupt mit der Frage der

Behandlung oder Nichtbehandlung unheilbar Kranker auseinandersetzen. Es ist also nicht legitim, hier voreilige Schlüsse zu ziehen. Aber – wir finden durchaus Ansätze einer Palliativmedizin, so, wie wir sie heute kennen. In der Schrift „Über die inneren Leiden“ empfiehlt der Verfasser, dass man, auch wenn man die Krankheit nicht überwinden könne, so doch die Symptome, vor allem den Schmerz, lindern solle, denn „auf diese Weise dürfte der Patient es am leichtesten ertragen.“

Thomas von Aquin mag als prominenter Stellvertreter des christlichen Mittelalters seine Stimme erheben zum Thema Euthanasie. Nach dem Verständnis des christlichen Glaubens wurde Selbsttötung als Sünde gegen Gott betrachtet. Gleichzeitig bestand – und besteht auch heute noch – der Anspruch, sich der Kranken und Bedürftigen anzunehmen, ein wichtiger Grund für die Errichtung christlicher Hospitäler im Mittelalter.

Mit Francis Bacon, geboren 1561, beginnt, so heisst es, die Philosophie der Neuzeit. Bacon beschäftigt sich in seinen Werken auch mit medizinethischen Fragen. Er fordert die Ärzteschaft auf, im Falle einer unheilbaren Krankheit für einen `sanften und ruhigen Übergang` zu sorgen. Konkret sind damit beruhigende und schmerzlindernde Mittel gemeint. Ambivalent stehen wir zu diesen Forderungen, da sich Palliativmedizin nicht nur auf die Verabreichung von Wirkstoffen beschränken darf – so bedarf Bacons Äusserung einer Ergänzung, damit nicht eine gefährliche Nähe zur aktiven Euthanasie entsteht.

Der Boden für die Euthanasie-Diskussion unserer Gesellschaft wird im 19. Jahrhundert bereitet. Sozialdarwinismus, Rassenhygiene und Eugenik finden ihre philosophischen Väter in Charles Darwin, Ernst Haeckel, Alexander Tille und Alfred Ploetz. Adolf Jost schliesslich verfasste 1985 die Streitschrift „Das Recht auf den Tod“. Adolf Jost ist damals gerade 21 Jahre alt. Er fragt: „Giebt es ein Recht auf den Tod? - das heisst, giebt es Fälle, in welchen der Tod eines Individuums sowohl für dieses selbst als auch für die menschliche Gesellschaft überhaupt wünschenswert ist?“ Die Brisanz dieser Aussage liegt in dem „als auch“, denn es geht Jost keineswegs nur um die Verteidigung des Selbstmordes, sondern um den Wert unheilbar körperlich oder geistig kranker Menschen. In seiner Argumentation tritt erstmals im Zusammenhang mit dem Lebenswert eines Menschen utilitaristisches Gedankengut auf: der Wert eines Menschen ergibt sich aus der Summe von Freude und Schmerz für ihn selbst, von Nutzen und Schaden für die Gesellschaft, in der er lebt. So kann Jost zu dem Schluss kommen, dass der Tod für ein Individuum „zumindest gelegentlich“ besser für es sei als das Weiterleben. Mit dem angeblichen Recht der Kranken auf den Tod

ist jedoch das Recht der Gesellschaft gemeint, sich dieser Menschen zu entledigen. Jost scheut sich nicht, darzulegen, dass der Kranke erheblicher materieller Werte bedarf und diese verbraucht und – der Gesellschaft schadet.

Wird hierbei in uns nicht Verwandtes angerührt? Erkennen wir nicht Aspekte aus der Diskussion im Gesundheitswesen wieder?

Tatsächlich fühlt sich Adolf Jost Schopenhauers „Mitleidsethik“ verbunden, schliesst daraus jedoch mathematisch kühl, dass es Fälle gibt, in denen der Wert eines menschlichen Lebens negativ wird. Die Umsetzung seiner Überlegungen, also die Tötung unheilbar Kranker, empfiehlt Jost, auf den Berufsstand der Ärzte zu beschränken.

Wir sind im Gedankengebäude des Nationalsozialismus angekommen. Einen weiteren entscheidenden Beitrag gab der bereits erwähnte Ernst Haeckel, Professor für Zoologie und überzeugter Anhänger Darwins. Haeckel wurde zum Propagandisten der Freigabe der „Kindereuthanasie“, der Tötung auf Verlangen und der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ – unter dem Deckmantel der Mitleidsethik, zum Wohle der Gesellschaft. Seine Argumentation ist stringent und Argumentationsbrüche schwer auszumachen. Der junge schwer lungenkranke Roland Gerkan stellte 1913 einen Gesetzesentwurf zur Sterbehilfe zur Diskussion. In ihm finden wir die wichtigsten Aspekte aus der Gesetzgebung z.B. der Niederlande bereits vor:

Unheilbare Krankheit, Führung des Vorgangs durch ein Gericht, Untersuchung des Kranken durch mehrere spezialisierte Ärzte, hohe Wahrscheinlichkeit eines tödlichen Ausgangs der Krankheit, dringlicher Wunsch des Kranken nach Sterbehilfe.

Ihre Legitimierung erfuhr das Euthanasie-Programm des Nationalsozialismus 1920 durch die Schrift „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Mass und ihre Form.“ Die Verfasser sind Karl Binding, emeritierter Professor des öffentlichen Rechts in Leipzig, und Alfred Hoche, Professor für Psychiatrie in Freiburg. Letztlich stellen die Autoren die Frage, ob die „unsoziale Fortdauer“ von Leben, deren Beendigung eine Erlösung für die Träger und ein Entlastung für die Gesellschaft bedeutet, einer Gesellschaft tatsächlich noch zugemutet werden kann. Der Psychiater Alfred Hoche stellt fest, dass die Ärzte es „z.B. zweifellos als eine Entlastung ihres Gewissens empfinden würden, wenn sie in ihrem Handeln am Sterbebette nicht mehr von dem kategorischen Gebote der unbedingten Lebensverlängerung eingeengt und bedrückt würden.“

Ein verlockendes und sehr „heutig“ anmutendes Gedankengut!

Hoche schreibt prophetisch: „Eine neue Zeit wird kommen, die von dem Standpunkt einer höheren Sittlichkeit aus aufhören wird, die Forderung eines überspannten Humanitätsbegriffes und einer Überschätzung des Wertes der Existenz schlechthin mit schweren Opfern dauernd in die Tat umzusetzen.“

In der Weimarer Republik war solches Gedankengut noch nicht rechtlich umsetzbar, der Nationalsozialismus erreichte dies mit einem Handstreich. Kindereuthanasie und Erwachseneneuthanasie wurden nach 1939 institutionalisiert, unter anderem in der „Aktion T 4“, benannt nach dem Sitz der geheim operierenden Organisation, Tiergartenstrasse 4 in Berlin.

Ich habe Ihnen das Gedankengut des ausgehenden 19. Und des beginnenden 20. Jahrhunderts deshalb ausführlicher dargestellt, weil die darin präsentierten Argumente in der heutigen Euthanasie-Diskussion eine Renaissance erfahren.

Man kann nicht unbedingt behaupten, dass es nach dem Zweiten Weltkrieg tatsächlich zu einer Aufarbeitung der NS-Euthanasie kam. Zunächst, nach dem Zweiten Weltkrieg, wurde Euthanasie in der Öffentlichkeit stark verurteilt und geächtet. Doch nach wie vor wurde trotz der Nürnberger Ärzteprozesse eine kontroverse Diskussion geführt, die durch die Möglichkeiten der modernen Medizin erneut verschärft wurde.

Dame Cicely Saunders starb am 4. Juli 2005 im St.Christopher`s Hospice in London. Sie hatte dieses Hospiz selbst gegründet. Die Welt verdankt Cicely Saunders einen kompetenteren, besseren Umgang mit sterbenden Menschen und ihren Angehörigen und den Beginn einer wissenschaftlich fundierten Schmerztherapie.

Cicely Saunders erkannte, verstärkt durch ein persönliches Schicksal, die dramatischen Defizite in der Betreuung der Sterbenden. Die damals als Sozialarbeiterin arbeitende Cicely lernte den unheilbar kranken David Tasma kennen und lieben. David hatte das Warschauer Ghetto überlebt und war erst 40 Jahre alt. Cicely besuchte ihn, so oft sie konnte, und erträumte sich in den Gesprächen mit ihm eine bessere, würdevollere Umgebung als das laute, voll belegte Londoner Krankenhaus, eine Umgebung, die David und seinen physischen, vor allem aber psychischen, geistigen und seelischen Bedürfnissen gerecht würde. Als David starb, vermachte er Cicely alles Geld, das er besass, um den Traum eines beschützten Ortes für unheilbar Kranke zu verwirklichen. 20 Jahre später, Cicely hatte mittlerweile Medizin studiert und war als Ärztin

tätig, konnte der Traum Wirklichkeit werden – das erste Hospiz, das St-Christopher`s Hospice wurde in London eröffnet. Cicely hatte eine revolutionäre Methode der Schmerzbehandlung etabliert – „constant pain needs constant control“ – die heute Basiswissen jedes Schmerztherapeuten und jedes in der Palliativmedizin Tätigen ist. David Tasma sagte einst zu Cicely Saunders: „Ich werde ein Fenster in Deinem Haus sein.“. Dies mag bedeuten: Denn nichts, was an den unheilbar Kranken getan wird, gerät je in Vergessenheit. Cicely formulierte es so: „Du bist wichtig, weil du du bist, und wir werden alles für dich tun, damit du nicht nur in Frieden sterben, sondern leben kannst bis zuletzt.“

Die Palliativmedizin setzte sich zunächst langsam und bescheiden, dann immer rascher, auch in Deutschland durch. Mit Unterstützung der Deutschen Krebshilfe wurde die erste Palliativstation 1983 in Köln gegründet.

Doch zur gleichen Zeit, 1984, sprachen sich in einer Umfrage über zwei Drittel der Deutschen Bevölkerung dafür aus, einen Arzt straffrei zu lassen, der schwerkranken Patienten ein tödliches Mittel bereitstellt oder selbst verabreicht.

Parallel zu einer Weiterentwicklung auf dem Sektor der Palliativmedizin und Hospizbewegung erkennen wir in den Siebziger- und Achziger Jahren in Deutschland ein erneutes Aufleben von Organisationen, die die Legalisierung der Euthanasie befördern wollen, wie die „Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben, die besonders mit den Fällen des Arztes Julius Hackethal und des Politikers Uwe Barschel in das Rampenlicht der Öffentlichkeit getreten ist. Sehr viel Input erfuhr die kontinentale Euthanasiebewegung aus den USA. Dort wird für die „Erlösung“ alter und unheilbar Kranker gestritten. Mittlerweile ist auch die Früheuthanasie zum Thema geworden. Es wird eine hohe Dunkelziffer von Fällen diskutiert, in denen Ärzte Neugeborene mit schweren Missbildungen mit dem Einverständnis der Eltern sterben lassen. Dies kulminierte in dem Fall aus dem Jahre 1982, in welchem das Landgericht München zwei Ärzte verurteilte, die bei einem neugeborenen Kind irrtümlich schwere Gehirnschädigungen diagnostiziert, es deshalb unversorgt liegengelassen und später durch ein muskellähmende Spritze getötet haben. Ist ein solcher Fall noch unter den Begriff „Euthanasie“ zu rechnen, oder handelt es sich dabei bereits um „gelebte Eugenik“?

Die Zahl ambulanter und stationärer Betreuungsmöglichkeiten ist seit der Eröffnung der ersten Palliativstation in Köln stetig gewachsen, von einer flächendeckenden Versorgung kann freilich nicht gesprochen werden.

Ich fand dazu eine Aufstellung zur Palliativmedizin und Hospizarbeit 2009 stationär – Realität und Bedarf.

Insgesamt haben wir in Deutschland 17 Palliativbetten pro 1 Million Einwohner, der Bedarf wird jedoch auf 25 bis 30 Betten pro 1 Million Einwohner geschätzt. Ähnlich steht es bei den Hospizbetten: auch hier derzeit 18 Betten pro 1 Million Einwohner, der Bedarf wird mit 25 bis 30 Betten pro 1 Million Einwohner veranschlagt. Dabei bestehen erhebliche regionale Schwankungen in der Versorgung. So steht Bayern im Bereich Palliativbetten mit 24 Betten vergleichsweise gut da, hat aber im stationären Hospizbereich - nur 8 Betten pro 1 Million Einwohner – noch deutliche Defizite.

Dieses Beispiel mag illustrieren, dass wir, bei allem Fortschritt in der Palliativmedizin, vor allem auch, was die Ausbildung der Ärzte und des Pflegepersonals anbelangt, noch keineswegs zufrieden sein können. Immer noch stellt eine kompetente palliativmedizinische Versorgung in Deutschland – und auch in Österreich – eher eine Ausnahme dar, ist die kontinuierliche und individuelle Begleitung sterbender Menschen Luxus und kein Allgemeingut.

Am 18. Juni 2009 wurde im Deutschen Bundestag der Antrag der Abgeordneten Hubert Hüppe, Beatrix Philipp, Dr. Norbert Lammert und weiterer Abgeordneter, „Gesetzliche Überregulierung der Patientenverfügung vermeiden“ mehrheitlich abgelehnt. Im Vorfeld der parlamentarischen Diskussion hatten zuletzt unter anderem der Deutsche Hospiz- und Palliativverband, die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, die Deutsche Alzheimer-Gesellschaft und die Kirchen vor einer gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung gewarnt, obwohl diese Gruppen in der Vergangenheit durchaus eine gesetzliche Regelung gefordert hatten.

Ich schliesse mich nach meiner 20-jährigen Berufserfahrung als Arzt der Einschätzung Herrn Hüppes und seiner Mitstreiter an, dass eine gesetzlich Regelung in der nun in Deutschland verabschiedeten Weise nicht zu einer Verbesserung der Betreuung Sterbender führen wird, vielmehr eine Überregulierung letzten Endes den Sterbenden, ihren Angehörigen und den letztverantwortlichen Ärzten die Entscheidung buchstäblich aus der Hand nimmt. Um der vielbeschworenen Patientenautonomie zu dienen, wird ein gefährlicher Weg beschritten, der im Grunde genommen in der Zukunft ein Wegbereiter für Grenzüberschreitungen hin zur aktiven Sterbehilfe ist.

Europa geht in der Euthanasiediskussion keinen einheitlichen Weg. Trotz starker Bemühungen um den Schutz des Menschen am Lebensende nimmt die Zahl der Länder zu, die Euthanasie in irgend einer Form legalisieren – die Niederlande, Belgien und zuletzt auch Luxemburg. Von Professor Virt, einem österreichischen Moralthologen, der als Experte in der Ethikkommission des Europarates sass, habe ich erfahren, dass jedes Jahr aus einem anderen europäischen Land ein neuer Vorstoss zur Legalisierung der Euthanasie auf Europaebene zu bearbeiten ist.

Immerhin konnte am 25. Juni 1999 eine Empfehlung der Parlamentarischen Versammlung des Europarates zum Schutz der Menschenrechte und der Würde Sterbenskranker und Sterbender verabschiedet werden, die „Recommendation 1418“. Diese Empfehlung ist als Meilenstein im Bemühen um den Schutz der Menschen am Lebensende zu bezeichnen, weil sie nicht nur die Umsetzung des Palliativgedankens fordert und auf einer Weiterbildung des betreuenden Personals insistiert, sondern auch weiterhin ein klares Verbot der Tötung unheilbar kranker und sterbender Menschen ausspricht. Die Verfasser beziehen sich dabei auf den Artikel 2 der Europäischen Menschenrechtskommission, „that „no one shall be deprived of his life intentionally“.

Wie in einer Parallelwelt sehen wir jedoch die Aktivitäten von Organisationen wie Dignitas, ein Mitglied der internationalen Gruppierung der „right to die society“, oder Exit. Die Gefährlichkeit dieser Organisationen besteht in ihrer Fähigkeit, sich die Argumentationswege der Euthanasiegegner zunutze zu machen. Dignitas untertitelt auf seiner website: „menschwürdig leben – menschenwürdig sterben“. Exit engagiert sich nach eigenen Aussagen für Autonomie und Menschenwürde. Ungerührt werden Behauptungen in den Raum gestellt, wie z.B., dass Menschen durch eine „technisch perfektionierte Medizin gezwungen werden, weiter `leben` zu müssen.“ Hier werden unbewusste und hochemotionale Aspekte des Lebensendes angesprochen, bei deren Verarbeitung die Betroffenen zugegebenermassen auch heute noch häufig einem Vakuum ausgesetzt werden.

Gerade die Begriffe Autonomie und Menschenwürde werden sowohl von Euthanasiebefürwortern als auch von Euthanasiegegnern ins Feld geführt.

Die Fähigkeit, sein eigenes Leben vom Anfang des bewusst gelebten Seins bis hin zum Ende selbst zu bestimmen, gilt heute als Inbegriff gelebter Autonomie. Leben entfaltet nur Sinn in der Verwirklichung selbst gesetzter Lebensziele. Ohnmacht durch unheilbare Krankheit nimmt dem Leben den Sinn, da

Krankheit heute als Abweichung, Gesundheit jedoch als Norm empfunden wird. Das Begriffspaar Gesundheit und Krankheit ist vor allem ein soziales Konstrukt unserer heutigen Gesellschaft, wie der evangelische Theologe Ulrich Körtner richtig bemerkt. Mit diesem rein naturwissenschaftlichen Krankheitsbegriff sind die Ansprüche an die moderne Medizin stetig gewachsen. Eingefordert wird, was machbar ist und die Sorge um die eigene Gesundheit hat heute kultische Züge angenommen. So wird der Tod solange als möglich abgewehrt. Ist ein Zustand der Unheilbarkeit eingetreten, wird dies als qualvoll und unwürdig empfunden. Die logische Konsequenz ist der Ruf nach einer autonomen Entscheidung zur Lebensbeendigung und der Gewährung derselben.

Die Argumentationskette ist schlüssig. In einer Gesellschaft der Individualisten ist der unheilbar Kranke und Sterbende - scheinbar, aber auch oft tatsächlich - auf sich gestellt. Er kann in einer Sterbephase, die von schwindender Autonomie und reduzierten Möglichkeiten der Lebensgestaltung und Kommunikation gezeichnet ist, keinen Sinn finden, er hält diesen Zustand für schlichtweg unwürdig.

Die Konsequenz ist ein Akt, der die Autonomie und Würde des leidenden Menschen wiederherstellen soll - die selbstbestimmte Therapiebegrenzung, der selbstbestimmte Tod. So wird nach langer, mühsamer Abwehr des Todes paradoxerweise der Tod als einzige „Erlösung“ gesucht.

Nüchtern gesprochen, findet sich hier das utilitaristische Gedankengut des Philosophen Peter Singer, der das Leben einer Person mit der Frage bewertet: „Mehr Lust als Schmerz?“ Diese Person, die sich ihr Person-Sein durch die Fähigkeit des Sich-Selbst-Denkens und Planens erstreitet, darf in selbstbestimmter Weise den Tod erbitten, wenn in einer Subsummierung der positiven und negativen Aspekte ihres Daseins das Minus überwiegt. Singer geht noch weiter: der Respekt vor der Autonomie dieser Person und ihrer getroffenen Entscheidung verpflichtet, dass ihr geholfen wird, ihren Willen in die Tat umzusetzen.

„Biologisch leben sie, aber nicht biographisch.“ So beschreibt Peter Singer Personen, die bereits einmal ihrer selbst bewusst waren, dieses Bewusstsein jedoch im Laufe ihres Lebens für immer verloren haben - zum Beispiel Demente oder Hirngeschädigte. Singer sieht keinen Sinn darin, das elende Leben solcher menschlicher Wesen zu erhalten. Diese Ansicht mag schockierend klingen, ihre Umsetzung ist jedoch bereits Wirklichkeit. Singer und seine Anhänger bedienen sich dabei einer gefährlichen Mitleidsethik, die

davon ablenkt, dass hier im Grunde das Leiden, das „Nicht-Aushalten-Können“ der Umwelt gemeint ist.

Diese Vorstellungen machen Angst. Das bekannte Beispiel der Senioren in den Niederlanden, die in ihrer Briefftasche ein Dokument tragen, auf welchem zu lesen ist: „Doktor, maak mij niet dood! (Doktor, mache mich nicht tot)“, mag dazu als Illustration gelten.

Es ist bemerkenswert, dass wir selbst in theologischen Kreisen Befürworter der aktiven Sterbehilfe finden. So plädiert der emeritierte katholische Theologe Hans Küng in seinem Buch „Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung“ für das Gewähren aktiver Sterbehilfe im Falle unheilbarer Krankheit. Er distanziert sich klar von Singer, nimmt er doch gerade das Mensch-Sein des Menschen als Urgrund des Rechts auf ein würdiges Abschied nehmen und Sterben. Da Gott den Menschen als eigenverantwortliches Wesen geschaffen hat, liegt, so Küng, auch das Ende des Menschen in seiner eigenen Verantwortung. Gerade Gottes Barmherzigkeit ist für Küng der Fingerzeig, dass ein selbstverantwortetes Lebensende dem göttlichen Gesetz und der Würde des Menschen nicht widerspricht.

Hans Küng ist ein tragisches Beispiel, wie schwere persönliche Erlebnisse die eigene Urteilskraft verdunkeln können. Vor Erscheinen seines Buches musste er das leidvolle Ende seines schwer erkrankten Bruders miterleben, nun steht er dem schwindenden Geist seines Demenz-kranken Freundes Walter Jens, mit dem er das Buch verfasst hat, hilflos gegenüber. Dass aktive Sterbehilfe für die Familie des Freundes keine Option mehr ist, kann er nicht begreifen.

Das „Ideal des schmerzfreien Todes“ wird ein solches bleiben, aber ein hohes Ziel, dem sich Personen, die für unheilbar Kranke und Sterbende eintreten, bleibend verpflichtet fühlen müssen. Dieser Anspruch fällt unter die Fürsorgepflicht, die die behandelnden Ärzte und das Pflegepersonal für Palliativpatienten haben. Fokussiert man auf den Begriff der Autonomie am Lebensende, so müssen wir erkennen, dass es sich dabei um ein Konstrukt, um eine Utopie handelt. Angst, körperliche Schwäche, Mutlosigkeit und Einsamkeit sind die Feinde, die die Festung der Autonomie bestürmen. Menschen, die mit unheilbar Kranken Umgang haben, wissen, dass eine tatsächlich autonome Entscheidung am Lebensende eine Seltenheit ist. In vielem wird der Handlungsspielraum genommen, hoffentlich nicht durch Menschen, jedoch einfach durch die Umstände. Somit werben die Euthanasiebefürworter mit einer Illusion.

Was macht die Würde eines Menschen aus? Die Recommendation 1418 ist eine gute und kompetente Antwort auf diese Frage. Eines kommt in ihr jedoch nicht vor – die Forderung nach aktiver Sterbehilfe. Moralisch gesehen scheint es nicht gerechtfertigt, einen Menschen zum Weiterleben zu zwingen. Es könnte sogar als Pflicht erscheinen, einen Todeswunsch zu erfüllen, wenn ein Mensch lebensunwillig ist. In einer Gesellschaft der Ich-Bezogenheit könnte Tötung auf Verlangen zur Anstandspflicht werden. Eine pervertierte Moral, die die wahre Not hinter dem Tötungswunsch unberücksichtigt lässt. Oft stehen ganz andere unerfüllte Wünsche und Hoffnungen hinter dem Todeswunsch, dies können wohl alle in der Palliativmedizin Tätigen bezeugen. Es bleibt die Aufgabe, diese Not zu erkennen und zu benennen, allein dies schafft viel Entlastung. Wir wissen, dass wir nicht in jedem Patienten den Wunsch nach einem rasch herbeigeführten Tod beseitigen können, auch dies wäre eine Illusion. Aber diese Einzelfälle können keine Richtschnur für eine generelle Freigabe der Euthanasie sein, ohne dass grundlegende Wertorientierungen der Gesellschaft auch in anderen Bereichen nachhaltig verändert werden.

Hier klingt das Argument der „slippery slope“, des Dammsbruchs an. Die Befürworter der Euthanasie weisen dieses Argument strikt zurück. Die Auswirkung auf das gesellschaftliche Bewusstsein sei nicht prognostizierbar, noch viel gravierender erscheint, dass diese Argumentation die unmittelbaren Folgen für die jetzt Betroffenen nicht ernst nimmt.

Was aber geschieht wirklich, wenn die Euthanasie anerkannter Bestandteil der sozialen Wirklichkeit wird, wie sind die Auswirkungen auf das Zusammenleben von Jungen und Alten, Gesunden und Kranken, Nicht Behinderten und Behinderten? Eine Verschiebung in Richtung einer Verminderung des Schutzes der Schutzbedürftigen liegt auf der Hand! Die Gefahr der unterschiedlichen Wertung solchen und solchen Lebens ist offensichtlich! Wenn wir uns den zehn Geboten nähern, wie sie uns im Buch Exodus und vor allem auch im Buch Deuteronomium präsentiert werden, dann wird deutlich, dass es sich hier im Wesentlichen um eine Zusammenstellung friedensstiftender Gebote für eine Gemeinschaft handelt. Das Tötungsverbot, das wir bereits im sechsten der zehn Gebote niedergeschrieben sehen, kann jedoch seine friedensstiftende Funktion nur erfüllen, wenn es auch in Konfliktfällen wirksam bleibt. Gesetzlich geregelte Ausnahmen schaffen ein Gefälle, das zwangsläufig auch in anderen Bereichen zu einer Missachtung menschlichen Lebens führt. Dies hat der Nationalsozialismus nachhaltig gezeigt, und ich halte es für einen verhängnisvollen Irrtum, wenn wir glauben, aufgrund unserer Geschichte wären

wir, in einer hochindividualisierten und endsolidarisierten Gesellschaft, vor einer Wiederholung gefeiert!

Das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist die Grundlage jeden ärztlichen Handelns. Welchen Belastungen ist dieses Verhältnis ausgesetzt? Zunächst ist zu bemerken, dass der Tötungswunsch juristisch gesehen nicht die Mitwirkung eines anderen einfordern kann.

Der behandelnde Arzt, an den das Ansinnen einer aktiven Sterbehilfe herangetragen wird, befindet sich, was sein berufliches Selbstverständnis und sein ärztliches Ethos betrifft, in einer ausweglosen Lage. Er wird im Falle einer Gesetzesregelung zur Euthanasie zum Richter über seinen Patienten, denn er entscheidet, allein oder mit einem Kollegen, wann die Voraussetzungen zur Durchführung einer aktiven Sterbehilfe erfüllt sind. Damit unterzieht er das Leben seines Patienten einer Bewertung, die ihm nicht zusteht. Hält er sich ausschliesslich an das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, gibt er sein eigenes Urteilsvermögen als Arzt preis. In jedem Falle hat er sich weit von seiner Aufgabe als Arzt, Anwalt des Lebens seines Patienten zu sein, entfernt. Ich bin der Überzeugung, dass wir Ärzte eines der letzten Bollwerke gegen die schleichende Aufweichung des Lebensschutzes sind. Geben wir diese Stellung auf, schädigen wir das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient unwiderbringlich. Wir werden Handlanger einer Gesellschaft, in der ein pervertierter Würde- und Freiheitsbegriff die Schutzbedürftigen schutzlos macht!

Wie wird Euthanasie verzichtbar? Was bedeutet menschenwürdig sterben?

Palliativmedizin ist ein wirksames Programm gegen Euthanasie und für ein Sterben in Würde. Drei Aspekte möchte ich ausführen, die ich für zentrale Bausteine in der Palliativ- und Hospizarbeit halte.

Denn Du hast mein Inneres geschaffen / mich gewoben im Schoss meiner Mutter“¹. Verdankt-Sein.

„Mami, wo kommt denn mein Bruder her?“ fragt ein kleines Mädchen seine mit dem Brüderchen schwangere Mutter. „Das erkläre ich Dir, wenn Du groß bist.“ So könnte eine Antwort der Mutter lauten. Was macht ein Menschenleben zu

¹ Ps. 139, Vers 13

einem unantastbaren Gut? Die Tatsache, dass ein solches Leben beenden bedeuten würde, einen Menschen seiner Zukunft zu berauben und die Gesellschaft eines möglichen Heroen in Wissenschaft, Gesellschaft und Politik? Oder seine Herkunft? Ich meine, eine Diskussion um das Lebensende ist nicht ohne die bereits vielbemühte Frage zu führen: Woher komme ich? Was wird die Mutter dem kleinen Mädchen erklären, `wenn es einmal groß ist`? Wird es bei den mehr oder minder genau geschilderten `Biologica` bleiben? Oder wird die Diskussion mit der dann vielleicht schon Pubertierenden den Horizont der Transzendenz berühren? In den Beginn des Lebens ist bereits sein Ende gelegt. Trotz aller Fortentwicklungen auf dem Gebiet der Medizin ist die Konsequenz des Todes nicht von uns genommen. Was ist dann das für ein Leben, das beginnt, nur um wieder zu enden? Von Anfang der Zeiten an auf die Endlichkeit hier auf Erden angelegt, und dies wissend, fragt der Mensch seit Urzeiten nach dem Sinn seines Lebens. Und er hat trotz aller Höhenflüge des menschlichen Geistes kein Genügen gefunden in den Zielen, die ihm die endliche Lebensspanne zu bieten hat. Deshalb muss eine in dieser Welt wurzelnde Antwort auf die Frage nach unserem Woher unbefriedigend bleiben, trotz aller wissenschaftlichen Erklärungsversuche. Die Annahme der Existenz eines Schöpfers ist fast so alt wie die Menschheit. Sie entlastet den Menschen nicht von seiner Sinnsuche, gibt ihr jedoch eine neue Perspektive, eine transzendente personale Beziehung und letztendlich die Möglichkeit, den Aktionismus dieses Lebens an seinem Ende in die Hände des Schöpfers zurückzulegen. Die Israeliten erkennen den einen Schöpfergott, und sie erleben ihn als mächtigen und treuen Gott, der dann aus Liebe durch die Menschwerdung seines Sohnes mit den Menschen den neuen Bund schließt. Ihm verdanktes Leben muss nicht von Menschenhand beendet werden, weil es sich von Anfang an nicht autonom, doch frei in seiner Entscheidung, nicht abhängig, sondern frei in seiner Beziehung zum Schöpfergott weiß. Dass die Schwere eines gelebten Lebens an seinem Ende nicht nur auf den eigenen, nun zu schwachen Schultern lastet,

sondern die eigene Biografie dem Einen zurückgegeben werden darf, der wohl wägt, aber nicht richtet, sondern liebt - diese Erfahrung kann für den Sterbenden eine große Entlastung sein, wie ich selbst miterlebt habe. Das Angebot des Schöpfergottes des alten und des neuen Bundes an uns hat sich in den Zeiten nicht geändert, aber es ist in der säkularisierten gesellschaftlichen Wüste von heute leider kaum mehr einem Menschen von seiner Familie mit auf den Weg gegeben worden, damit er sich beizeiten an dieses Geschenk erinnern könnte. Hat dann ein Mensch nicht im Laufe seines Lebens auf oft steinigem Weg Erfahrungen mit dem treuen und liebenden Schöpfergott machen können, kann der Prozess des Sterbens ein sehr schwieriger, vielleicht aber auch das Aufscheinen einer neuen Wirklichkeit werden. Menschenwürdig sterben heißt dann auch, sich der Verdanktheit des Lebens und der Beheimatung in einer anderen Welt bewusst sein zu dürfen.

„Verschafft Recht den Unterdrückten und Waisen / verhilft den Gebeugten und Bedürftigen zu ihrem Recht!“²

Verpflichtung

„Ich will weder irgend jemandem ein tödliches Medikament geben, wenn ich darum gebeten werde, noch will ich in dieser Hinsicht einen Rat erteilen. Ebenso will ich keiner Frau ein abtreibendes Mittel geben.“ Viel ist um diese Sätze aus dem sogenannten `Hippokratischen Eid`, etwa aus dem 4. Jahrhundert vor Christus, diskutiert worden. Wir wissen heute, dass der Eid nicht von Hippokrates selbst stammt, wohl aber in seinem Umfeld entstanden ist und als für die angehenden Ärzte zu leistender Eid in das „Corpus Hippocraticum“, eine Sammlung von medizinischen Schriften aus dem 4. Jh. V. Chr., Eingang fand. Warum hat dieser Eid noch heute eine so große Bedeutung für den ärztlichen Berufsstand, wo er doch nicht mehr am Ende des Studiums öffentlich abzulegen ist? Seine Bedeutung wird heute in der Diskussion um Euthanasie häufig

² Ps. 82, Vers 3

geschmälert, mit dem Hinweis, dass ein überkommener Text aus Tradition auf dem Hintergrund eines gewissen medizinischen Exklusivismus weitergegeben wurde und der Text außerdem historisch gesehen lediglich Teil eines formalen Lehrvertrages war. Udo Benzenhöfer erkannte jedoch in den Verboten der Euthanasie und der Abtreibung die pythagoreische Lehre hinter dem Eidestext, die vor allem in der Passage: „rein und heilig will ich mein Leben verbringen“ zutage tritt³. Benzenhöfer vermutet in der ethischen Stringenz des Hippokratischen Eides eine mögliche Erklärung für seine Jahrtausende überdauernde Wirkung. Ich möchte noch weiter gehen. Die Beziehung zwischen dem Arzt und dem Patienten, oder, geschichtlich weiter gefasst, dem Heiler und dem Hilfesuchenden, war und ist bis heute eine außergewöhnliche, mit nichts zu vergleichende Beziehung. Hilfsbedürftig oder krank zu sein, bringt den Menschen in eine Situation, in welcher von ihm der Vertrauensaufbau zu einem ihm fremden Menschen gefordert ist, der ihm aufgrund seiner Heilkunst möglicherweise helfen kann. Im Prozess des Heilens ist auch das Versagen, ist auch sogar der Tod immanent. In der Beziehung zwischen dem Hilfesuchenden und dem Heiler, zwischen dem Patienten und dem Arzt, lebt ein Teil des Urvertrauens auf, das das Kind seiner Mutter entgegenbringen konnte, das dem Erwachsenen aber fremd geworden ist. So erwächst dem Heiler, dem Arzt, aus dieser Beziehung eine große Verantwortung und eine absolute Verpflichtung, das ihm anvertraute Leben in allen Situationen zu schützen. Eine wirksame Beziehung zwischen Arzt und Patient muss auf dieser absoluten Verpflichtung des Lebensschutzes fußen. Jede noch so durch das Fürsorgeprinzip verbrämte Möglichkeit, der behandelnde Arzt könne einen endgültigen „Ausweg“ aus Leiden und Sterben bieten, untergräbt dieses Vertrauensverhältnis ebenso endgültig und mit großer Nachhaltigkeit. Es gilt, hier dem gesellschaftlichen Druck einer schleichenden Legalisierung der Euthanasie standzuhalten. Wir Ärzte sind verpflichtet, uns auch auf dem Gebiet der Palliativmedizin laufend

³ Benzenhöfer, Der gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart, S. 41

fortzubilden, um unseren Patienten die Sorge zu nehmen, wir hätten keine andere Antwort auf ihr Leiden und Sterben, außer sie zu euthanasieren. Ich warne im Übrigen vor der Haltung, palliativmedizinisches Handeln zu einer exklusiven Fähigkeit einiger Spezialisten zu machen. Jeder Arzt sollte in seinem Fachgebiet das Werkzeug der Palliativmedizin in Grundzügen beherrschen und er muss die Offenheit besitzen, im Falle schwieriger Entscheidungen einen Palliativmediziner, eine Ethikkommission beizuziehen. Leidende und Sterbende gehören nicht „ghettoisiert“, sondern geschützt und fachkundig umsorgt. Der Ort dieser Sorge ist für den einen das Krankenhaus, für den anderen sein Zuhause, für den nächsten die Palliativstation oder das Hospiz. Denn, menschenwürdig sterben heißt, dass mich mein Arzt nicht mit seiner Hand aus dem Leben stößt, sondern an seiner Hand aus dem Leben begleitet.

„Verwirf mich nicht, wenn ich alt bin / verlass mich nicht, wenn meine Kräfte schwinden.“⁴

Beziehung

Es gibt Situationen in meinem Beruf, die mich traurig stimmen: wenn ein Mensch im Sterben liegt, und er wird nicht oder kaum besucht. Dies liegt meistens daran, dass es keine oder nur eine weit entfernt lebende Familie gibt. So sehr sich Pflege und Ärzte bemühen, sie können den Angehörigen oder Freund, der am Bett sitzt, nicht oder nur unvollkommen ersetzen. Es gibt heute zwar meist keine „Sterbekammer“ mehr in einem Krankenhaus, aber die Situation vieler Alter, unheilbar Kranker und Sterbender hat sich dadurch nicht unbedingt verbessert. Wichtiger als ein schönes Zimmer sind die Menschen, die um den Sterbenden herum ihm eine Atmosphäre der Geborgenheit schaffen. So wie der Mensch vom Beginn seines Lebens im Mutterleib in Beziehung zu seiner Mutter tritt, und diese Beziehung ihm im wirklichen Sinne des Wortes

⁴ Ps.71, 9

zum Lebensinhalt wird, so sind menschliche Beziehungen das letzte, wirklich Wichtige, wenn ein Mensch aus dem Leben geht. Unsere Gesellschaft der Schönen, Gesunden und Leistungsfähigen hat die grösser werdende Zahl der chronisch Kranken, Alten, Sterbenden ins Vergessen gedrängt. Diese Menschen haben keine Lobby, es lässt sich mit ihnen kein Staat machen, wie mit anderen Außenseitern, die zahlenmäßig im Vergleich zu den oben genannten Gruppen unbedeutend sind. Treten Alter, Krankheit oder das Sterben plötzlich in den Lebensalltag, stehen Furcht, Gelähmtsein und Verzweiflung oft in keinem Verhältnis mehr zur Situation. Die Beziehung zu einem Menschen, der Defizite körperlicher oder geistiger Art aufweist, ist heute nicht mehr eingeübt, und große Hilflosigkeit macht sich breit. So werden Pflege und Arzt ungewollt zu Psychologen und Lehrern für diese schwierigen Situationen. Hans Küng wurde tragischerweise zu einem Lehrbeispiel für die Hilflosigkeit, mit der er selbst als enger Freund vor dem geistigen Verfall seines Mitstreiters Walter Jens steht. In seiner Sprachlosigkeit kann er nicht verstehen, dass für die Familie seines Freundes der Gedanke an Euthanasie in weite Ferne gerückt ist. Es ist bestürzend, wie gründlich Küng bereits in seinem Buch „Menschenwürdig sterben“ die Beziehung zwischen Mensch und Gott missversteht, und es ist gefährlich, mit welcher glatter Eloquenz er daraus eine Berechtigung zur Selbsttötung und zur aktiven Euthanasie ableitet. Solche Gedankengänge eines ehemaligen Theologieprofessors treten in einer Gesellschaft, die einem falschverstandenen Autonomiebegriff und einem bedenklichen Mitleidsbegriff huldigt, offene Türen ein. Ist hier einer endlich zur Vernunft gekommen? Nein, denn er hat nicht begriffen, was menschenwürdig sterben bedeutet: empathische, liebende Beziehung bis zuletzt, bis an das Tor, das jeder Mensch allein durchschreiten muss, hin zu unserem Schöpfer, der Anfang und Ende unserer Zeit ist.

In der katholische Presseagentur Österreich konnte man am 9. Oktober 2009 eine bemerkenswerte Meldung lesen.

„In Luxemburg wird eine Ordensgemeinschaft wegen des neu in Kraft gesetzten Euthanasiegesetzes unter Druck gesetzt. Weil ein Krankenhaus einer Ordensgemeinschaft einem schwer krebserkrankten Patienten die seit kurzem zulässige aktive Sterbehilfe verweigert habe, stehe es jetzt medial am Pranger.

...Die notwendigen Bedingungen für Sterbehilfe seien erfüllt gewesen. Wegen der Weigerung der Krankenhaus-Direktion habe die Sterbehilfe in der Wohnung des Patienten durchgeführt werden sollen. Durch den Zeitverlust sei der Mann aber zunächst ins Koma gefallen und später ohne Sterbehilfe verstorben.

Gesundheitsminister Bartolomeo kündigte an, den Fall untersuchen zu wollen. Er erklärte, es dürfe im Grossherzogtum nicht zwei Arten von Krankenhäusern geben. Gesetze seien da, um respektiert zu werden.

Das Lobbying für Euthanasie ist aktuell und massiv.

Meine Bitte an Sie: sprechen Sie mit Ihrer Familie, Ihren Freunden, Ihren Mitarbeitern über dieses Thema. Diejenigen, die sich auf dem Gebiet der Palliativarbeit engagieren, müssen noch viel lauter für diese Form der Begleitung unheilbar Kranker und Sterbender werben. Palliativmedizin darf nicht zum Luxusgut verkommen. Vergessen wir nicht die Patientengruppen, die teilweise ebenfalls in den Bereich Palliativarbeit fallen, jedoch kaum eine Lobby haben: Behinderte, Alte, Demente. Wir müssen Aufklärungsarbeit leisten und das Ehrenamt in der Palliativarbeit weiter fördern. In einer Gegenwart sich rasch ändernder Sozialstrukturen kann Palliativarbeit eine neue Beheimatung für die Schutzbedürftigsten unserer Mitmenschen werden.

Ich danke Ihnen!