



Quelle: SV-Bilderdienst/S. Rumpf

Palliation – Sterbebegleitung – Sterbehilfe – Freitodbegleitung – Tötung auf Verlangen

Leben und sterben lassen

Wenn es um das Sterben geht, setzt unsere Gesellschaft dem Individuum Grenzen. Gesetz, Glaube, Tradition und die Möglichkeiten der modernen Medizin schaffen ein Spannungsfeld, in dem Sterben in Deutschland stattfindet. Aus unterschiedlichen Richtungen gibt es immer wieder Vorstöße, den Status quo zu ändern. Letztendlich geht es dabei immer um die Frage, wie Menschen ein würdiges Leben und Sterben ermöglicht werden kann.

— Was wollen die Menschen in Deutschland im Hinblick auf ihr Lebensende? Der „Stern“ veröffentlichte am 12. Oktober die Ergebnisse einer Forsa-Umfrage. 74% der Bundesbürger meinen danach, es solle Ärzten erlaubt sein, Schwerstkranken auf deren persönlichen Wunsch hin ein tödliches Mittel zu verabreichen.

Die Deutsche Hospizstiftung stellte prompt eine Emnid-Umfrage dagegen.

Diese machte lediglich einen Anteil von 35% aus, der sich für die aktive Sterbehilfe ausspricht. Dagegen seien aber 56% für den Einsatz von Palliativmedizin und Hospizarbeit.

Nach Palliativ- und Hospizangeboten war allerdings in der ersten Umfrage auch gar nicht gefragt worden. Emnid hatte zudem unter aktiver Sterbehilfe auch die verstanden, bei der das Einverständnis der Patienten nicht

vorliegt. Daher ist es nicht erstaunlich, dass sich weniger Befürworter finden als in der Forsa-Umfrage. Vergleichbar sind die Zahlen der beiden Umfragen jedenfalls nicht.

Die entscheidende Frage wurde ohnehin nicht gestellt, meint Katharina Schuler in der „ZEIT“: „Wofür würde eine Mehrheit im Fall eines Sterbenskranken entscheiden, dem auch die beste Schmerztherapie und aller menschlicher und seelsorgerischer Beistand nicht mehr die von der Hospiz-Stiftung versprochene „hohe Lebensqualität“ bieten können?“ Denn Palliativmedizin und Hospizbewegung sind nicht automatisch die Alternative zur Sterbehilfe. Manchmal bleibt der Wunsch des Einzelnen, einem trotz bester Versorgung unerträglichen, als lebensunwürdig empfundenen Siechtum zu entgehen.

Sterbehilfe allein ist kein Garant für ein würdiges Ende

Es könnte schwer werden, über eine Verbesserung der Versorgung Sterbender oder Schwerstkranker zu reden, wenn die Diskussion über die aktive Sterbehilfe immer mehr in den Vordergrund tritt, fürchtet Lukas Radbruch, Direktor der Klinik für Palliativmedizin des Universitätsklinikums Aachen. Es könne zu sehr der Eindruck entstehen, ein würdiges Lebensende sei nur durch Sterbehilfe zu erreichen. Dabei ermögliche eine gute Palliation verbunden mit einer zutiefst menschlichen Betreuung durchaus den meisten Menschen ein würdiges Lebensende.

Seine Erfahrung mit Patienten auf der Palliativstation zeigt, dass der Wunsch nach Sterbehilfe meist gar nicht als Handlungsaufforderung zu verstehen ist. Was Patienten wirklich meinen, sei oftmals der Wunsch nach Zuwendung und Zeit mit Mitmenschen sowie der Hinweis auf das Gefühl der Wertlosigkeit oder des Zur-Last-Fallens.

Alles eine Frage der richtigen Behandlung?

Dass mit Symptom befreienden Maßnahmen nicht unbedingt der autonome Wunsch von schwer- und todkranken Menschen verschwindet, selbst bestimmt aus dem Leben zu scheiden, weiß Ulrich Rendenbach, Allgemein-

mediziner aus Duderstadt: „Der Zusammenhang von Schmerzstillung bzw. Symptomkontrolle und Lebenswillen führt in die Irre. So möchten manche alten Menschen trotz bester Versorgung sterben, sie sind einfach todmüde.“

Dieter Birnbacher, Philosoph aus Düsseldorf und Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben, nennt ebenfalls andere Motive für das Verlangen nach Sterbehilfe: „... der irreversible Verlust von Autonomie, das Gefühl von Würdelosigkeit und das Empfinden, anderen zur Last zu fallen“. Denn Sterben ist nicht nur ein physiologischer Prozess, es gibt auch ein seelisches und soziales Sterben.

Doch auch hier bleibt die Frage, ob Sterbehilfe die Antwort auf den Verlust von seelischem und sozialem Leben sein kann.

„Therapieverzicht und Therapieabbruch reichen aus“

Dass Patienten selbst entscheiden, sterben zu wollen, hat auch Radbruch erfahren. Er berichtet von einem Patienten, der beatmungspflichtig wurde und von Anfang an sehr dezidiert klar machte, dass für ihn eine Beatmung von mehr als acht Stunden pro Tag unerträglich sei und er diese verweigere. Das müsse der Arzt akzeptieren, meint Radbruch. Der Patient sei dann

Hintergrund

Dignitas

Die Organisation (gegründet 1998) ist eine von fünf Sterbe- und Freitod-Hilfe-Vereinen in der Schweiz. Sie bietet nach eigenen Angaben zwei Dienstleistungen: Patientenverfügungen und eine risikofreie und schmerzlose Methode für einen begleiteten Freitod. Letzterer steht nach eigenen Angaben nur Menschen offen, die Mitglied von Dignitas und urteilsfähig sind. Voraussetzung sind eine ärztlich bescheinigte, zum Tod führende Krankheit und/oder eine unzumutbare Behinderung und/oder nicht beherrschbare Schmerzen. Dem Suizid geht eine manchmal mehrmonatige Prüfungsphase voraus. Der Freitod selbst erfolgt mit Natrium-Pentobarbital, das sich der Patient im letzten Schritt selbst zuführen muss.

außerhalb der Beatmung eingeschlafen.

Im ärztlichen Alltag sieht Radbruch im bestehenden System genügend Reserven, da sei keine aktive Sterbehilfe vonnöten. Durch Therapieverzicht und Therapieabbruch lasse sich durch den Anspruch auf Selbstbestimmung und Menschenwürde erfüllen. So müsse im Sterbeprozess bei einer Lungenentzündung keine Antibiotika-

Begriffsklärung

Die Hilfe zum Sterben hat viele Gesichter

1. Passive Sterbehilfe („Sterben lassen“): Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen (unter Beibehaltung von „Grundpflege“ und Schmerz lindernder Behandlung).

2. Indirekte Sterbehilfe: Schmerz lindernde Behandlung, auch wenn damit das Risiko einer nicht beabsichtigten Lebensverkürzung besteht.

3. Beihilfe zur Selbsttötung oder „Freitodbegleitung“: Hilfeleistung zur Selbsttötung, z. B. durch Beschaffung und Bereitstellung des tödlichen Medikaments (Dignitas-Problematik).

4. Aktive Sterbehilfe (auch „direkte aktive Sterbehilfe“, Tötung auf Verlangen): Absichtliche und aktive Beschleunigung oder Herbeiführung des Todeseintritts. Im Gegensatz zur Beihilfe zur Selbsttötung führt die Tötung nicht der Betroffene selbst, sondern ein Dritter aus (Bsp.: Niederlande).

Die Bundesärztekammer lehnt diese Begrifflichkeiten ab und hat stattdessen Grundsätze zur ärztlichen „Sterbebegleitung“ entwickelt.

■ Quelle: Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, www.drze.de



Foto: Reporters/laif

Euthanasiekit.

Euthanasie in New Orleans

„Es war wie im Krieg“



Foto: dpa

Mit dem Wasser kam der Tod.

In Kriegs- und Krisenzeiten ändern sich ethische Maßstäbe abrupt. Jüngst geschehen in New Orleans, als die Rettungsmaßnahme nach der Überflutung einer ganzen Stadt allzu zögerlich erfolgten. Im Memorial Medical Center spitzte sich die Lage immer mehr zu: Kein Strom, kein Wasser, sanitäre Anlagen funktionierten nicht mehr, Lebensmittel wurden knapp und die Lufttemperatur überstieg die 40-°C-Grenze. Patienten, Angehörige und medizinisches Personal wurden

nach und nach in kleinen Gruppen evakuiert. Was sollte aus den kritisch Kranken werden? Es scheint so, dass Ärzte zum Morphin gegriffen und Tod- kranke und Kompatienten, die ihrer Ansicht nach keine Chance mehr hatten, töteten. So jedenfalls eine Ärztin in einem anonymen Interview der Daily Mail. Sie habe die Tat aus Mitleid verübt, verteidigte sie sich. „Wir wollten den Menschen zu dem Grundrecht verhelfen, in Würde zu sterben.“ Offizielle Ermittlungen laufen.

therapie mehr erfolgen. Und tod- kranke Menschen, die die Nahrungsauf- nahme verweigern, müssten nicht zur Ernährung gezwungen werden.

Wenn Alte nicht mehr wollen

Alte, multimorbide Menschen wollen irgendwann einfach nicht mehr. Oft wei- gern sie sich dann auch zu essen und zu trinken. Ärzten, Pflegenden oder Ange- hörigen steht dabei oft ein emotional geprägtes Bild von Verhungern und Ver- dursten vor Augen. Doch erlebe ein des Lebens müder alter Mensch diese Ge- fühle gar nicht mehr so, meint Allge- meinmediziner Rendenbach.

Wird eine künstliche Ernährung nicht durchgeführt, ist das unter Um- ständen keineswegs eine unterlassene Hilfeleistung. Im Gegenteil: Die Recht- sprechung des Bundesgerichtshofes (BGH) sagt klar, eine PEG-Sonde zur

Ernährung gegen den Willen des Pati- enten anzulegen, ist Körperverletzung – und das Belassen einer Sonde gegen den Willen des Patienten ebenfalls. Die Nahrungsverweigerung kann in einer solchen Situation die einzige dem Patienten mögliche Äußerung seiner autonomen Entscheidung zur Beendigung des Lebens sein.

Die fragen, die's betrifft

Patienten auf einer Palliativstation sind im letzten Abschnitt ihres Lebens angekommen. Was sagen sie zur akti- ven Sterbehilfe? Interessanterweise fand Radbruch in einer Umfrage unter seinen Patienten heraus, dass die meis- ten grundsätzlich für eine freizügige Regelung der aktiven Sterbehilfe sind. Allerdings wünschen sie für sich selbst auf keinen Fall eine solche Tötung. Al- lein das Gefühl, es gibt diese Ultima

Ratio für den Fall der Fälle, erleichtert ihnen das Weiterleben. So gibt es laut Radbruch auf seiner Palliativstation Patienten, die Schlaftabletten sam- meln. Eine direkte suizidale Absicht bestehe dabei aber nicht. Scheinbar ge- nügt ihnen das Wissen um eine „schwarze Pille“ im Hintergrund als Absicherung, falls es zum Äußersten kommt. Auch das ist vielleicht ein Grund dafür, dass viele Menschen in der Bevölkerung ihre Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe geben.

Ist Sterbehilfe juristisch zu regeln?

Das Beispiel amyotrophe Lateralsklero- se (ALS) zeigt, was passieren kann, wenn aktive Sterbehilfe gesetzlich ge- regelt wird. Fälschlicherweise wird immer wieder behauptet, dass diese Pati- enten elend ersticken müssen. Tat- sächlich leiden etwa 90% der ALS-

Meinung

Stimmen zum Thema



„Jeder Mensch hat das Recht auf Leben und auf ein Sterben in Würde – nicht aber das Recht, ge- tötet zu werden.“

Quelle: MWW-Archiv
Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der

Bundesärztekammer am 4. Mai 2004 in Berlin, www.baek.de.

„Wie die Beispiele aus den Nieder- landen und Belgien zeigen, ist eine Kontrolle aktiver Sterbehilfe schier unmöglich.“

Pressemitteilung der Deutschen Hospiz- Stiftung vom 11. Oktober 2005.

„Eine Tabuisierung von Sterbewün- schen und des Sterbewillens Betroffe- ner widerspricht dem Selbstbestim- mungsrecht, das im Persönlichkeits- recht als Grund- und Menschenrecht verankert bleibt.“

Aus dem 10-Punkte-Programm der Dt. Gesell- schaft für Humanes Sterben (www.DGHS.de).



Quelle: dpa
„Mir geht es darum, dass Menschen frei ihr Leben gestalten und frei auch das Ende ihres Lebens gestalten sol- len, wenn sie bei kla-

rem Bewusstsein sind und sich frei ent- scheiden können.“

Dr. Roger Kusch (CDU), Justizsenator aus Ham- burg im „ZDF-Mittagsmagazin“ am 12. Okto- ber 2005.



Quelle: M. Wirth, Erfurt
„Es besteht die Befürchtung, dass durch Zulassung von Krankentötun- gen die Bemühungen für eine bessere Betreuung sterbender Menschen gera- dezü behindert werden.“

Prof. Dr. Eggert Beleites am 4. Mai 2004 in Berlin, www.baek.de.

Kranken am Lebensende nicht unter Luftnot und sterben ruhig in CO₂-Narkose, zitiert Radbruch eine Studie des Münchner Palliativmediziners Borasio.

Aber er weiß von Fällen aus den Niederlanden, wo der betreuende Arzt dem ALS-Patienten klar macht, dass er mit einem furchtbaren Erstickungstod zu rechnen hat. Damit überzeugte er ihn von der Sinnhaftigkeit der Tötung, obwohl der Patient initial keinen Wunsch nach aktiver Sterbehilfe hatte.

Hier mischt sich eine drastische Fehlinformation mit dem Problem, dass das medizinische Personal die eigenen Normen dem Patienten überstülpen kann, ohne es selbst zu merken.

Das Beispiel zeigt, meint Radbruch, dass ein Sterbehilfegesetz die ethischen Normen und das ärztliche Handeln mehr und mehr verändern kann und schließlich zu einem Dammbbruch führen könnte. Schon jetzt sehe kaum ei-

ner der „Tötungskandidaten“ in den Niederlanden noch einen Schmerz- oder Palliativmediziner. Seit 2002 sollen dort zudem schon etwa 1000 Menschen ohne eine klare eigene Willensbezeugung getötet worden sein¹.

Diskussion ohne Tabus notwendig

Ohne Frage muss gerade in Deutschland, auch vor dem Hintergrund der „Euthanasie“ im Dritten Reich, eine Diskussion um die Würde und Autonomie des Menschen im Sterbeprozess intensiv und kritisch geführt werden.

Die adäquate Versorgung aller Menschen mit palliativen Maßnahmen inklusive Schmerztherapie muss unabhängig davon sichergestellt werden. Ob die

¹Dieter Birnbacher. Eine ethische Bewertung der Unterschiede in der Praxis der Sterbehilfe in den Niederlanden und in Deutschland, www.dghs.de.

250 Mio. Euro, die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt jetzt in Aussicht gestellt hat, in einer alternden Gesellschaft ausreichen, ist fraglich. Aber auch wenn man eine ausreichende palliativmedizinische Versorgung voraussetzt, steht doch jeder Mensch vor Fragen, die sein Lebensende betreffen – in einer Gesellschaft, in der es möglich ist, nicht nur das Leben, sondern auch das Sterben deutlich zu verlängern. Für jeden von uns – Patienten und Angehörige wie Ärzte, Juristen oder Politiker – ist es gleichermaßen wichtig, Menschenwürde und Patientenautonomie auch im letzten Lebensprozess – dem Sterben – sicherzustellen und die existierenden Grauzonen zu thematisieren. „Alle Menschen sind aufgerufen zu sagen, was sie am Ende ihres Lebens wollen“, bekräftigt Rendenbach.

FRIEDRIKE KLEIN ■

Übersicht

Der rechtliche Rahmen – in Deutschland und in den Nachbarländern

Deutschland

Im **Strafgesetzbuch** (StGB) ist die Sterbehilfe nicht explizit geregelt. Im konkreten Fall wird geprüft, ob Fremdtötungsparagrafen für Mord (§ 211 StGB), Totschlag (§ 212 und § 213 StGB) oder Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) zutreffen. Ein Suizid ist nicht strafbar, damit bleibt die Beihilfe zum Suizid auch straflos, aber es erfolgt die Prüfung auf Totschlag (§ 212 und § 213 StGB) oder unterlassene Hilfeleistung (§ 323c StGB).

Die **Bundesärztekammer** formuliert in ihren Grundsätzen zur Sterbebegleitung (2004): Die gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen, wird als aktive Sterbehilfe abgelehnt und mit Strafe bedroht.

Bei Sterbenden kann aber die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden muss.

Quelle: Nach Angaben des Deutschen Referenzzentrums für Ethik in den Biowissenschaften, www.drze.de.

Schweiz

Auch hier ist die Sterbehilfe gesetzlich nicht explizit geregelt. Die aktive Sterbehilfe ist jedoch nach den Artikeln 111 (vorsätzliche Tötung), 113 (Totschlag) oder 114 (Tötung auf Verlangen) des Strafgesetzbuches strafbar. Die Sterbe- und Freitod-Hilfe-Vereine in der Schweiz berufen sich auf den Artikel 115: „Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmord verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Zuchthaus bis zu 5 Jahren oder mit Gefängnis bestraft.“ Daraus wird gefolgert, dass die Beihilfe zum Suizid nicht strafbar ist, wenn sie aus nicht selbstsüchtigen Motiven geleistet wird.

Die **Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften** stellte 1995 fest: Die Beihilfe zum Suizid ist nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit. Andererseits hat der Arzt den Willen des Patienten zu achten, deshalb sei „eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, zu respektieren“.

Niederlande

Die Tötung auf Verlangen und Hilfe zur Selbsttötung ist grundsätzlich strafbar. Das am 1.4.2002 in Kraft getretene Gesetz zur Überprüfung bei Lebensbeendigung auf Verlangen und bei der Hilfe bei der Selbsttötung regelt jedoch die Bedingungen, unter denen die Strafrechtsartikel 293 (Tötung auf Verlangen) und 294, Abs. 2 (Beihilfe zum Selbstmord) auf den Arzt nicht zutreffen:

- Der Patient hat freiwillig, nach reiflicher Überlegung um Sterbehilfe gebeten.
- Der Zustand des Patienten ist aussichtslos und sein Leiden ist unerträglich.
- Der Patient wurde über seinen Zustand und seine Aussichten informiert.
- Arzt und Patient sind zu der Überzeugung gelangt, dass es in dem Stadium keine angemessene Lösung gibt.
- Mindestens ein anderer Arzt hat die vorstehenden Punkte nach Sehen des Patienten schriftlich bestätigt.
- Die Lebensbeendigung muss medizinisch sorgfältig ausgeführt werden.
- Der Arzt muss den Vorgang detailliert dokumentieren, eine Kontrollkommission soll jeden Fall prüfen.