

„Keiner stirbt für sich allein“¹

Warum die österreichische Gesetzeslage zu Entscheidungen am Lebensende nicht geändert werden sollte.

Inhalte:

0. Einleitung
1. Sprache schafft Wirklichkeit
2. Die schleichende Verschiebung von Orientierungspunkten oder Das Argument der schiefen Ebene
3. Zur Diskussion um die Beihilfe zum Suizid
4. Aus meiner Erfahrungswelt: Palliativmedizin und Sterbehilfe
Exkurs: „Sterbefasten“
5. Zusammenfassung: Über den Segen der Grenze und über eine Kultur der Sorge

0. Einleitung

Paul König ist an mich herangetreten mit der Frage, ob ich meine Gedanken als Gegnerin der Sterbehilfe hier entfalten könnte.

Ich habe zunächst gezögert:

Nicht, weil ich mir über meine eigene Position nicht im Klaren wäre.

Aber meine Position ist argumentativ und rational nicht ganz einfach zu begründen; auch die glatte, perfekte Lösung habe ich nicht zu bieten. Das Ungereimte, Unbegreifliche im Sterben, das Anstößige am Tod ist nicht aufzulösen.

Ich habe mich auf die Herausforderung eingelassen, und jetzt stehe ich da vor Ihnen und muss Sie bitten, mir gleich im **ersten** Teil in die feinen Unterschiede in der Begrifflichkeit zu folgen – auch, damit ich Ihnen meine eigene Position klar vermitteln kann.

In einem **zweiten** Teil wende ich mich dem sogenannten Argument der „schiefen Ebene“ zu.

Und in einem **dritten** Teil setze ich mich mit der Beihilfe zum Suizid auseinander. Auch da geht es um sehr feine Unterscheidungen.

Schließlich werde ich im **vierten** Teil aus meiner Erfahrung als Ärztin berichten; die Hospizbewegung und das Konzept von Palliative Care sind mein Hintergrund bei der Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen.

In diesem Zusammenhang gibt es noch einen kurzen Exkurs über das sogenannte „Sterbefasten“.

Alles hat mit dem Titel zu tun, den ich vor Monaten bei meiner Zusage zum Vortrag ohne viel nachzudenken gewählt habe. „Keiner stirbt für sich allein.“ Darin verdichten sich die Argumente und darin verdichtet sich meine Haltung.

¹ Manuskript eines Vortrag im Rahmen der Tagung „Der gute Tod“ in Alpbach in Tirol am 10. und 11. Oktober 2014; Veranstalter: a.Univ.-Prof. Dr. Paul König.

1 Sprache schafft Wirklichkeit

Wie reden wir über dieses Thema, welche Begriffe verwenden wir?

1.1 Begrifflichkeit

Ich werde oft angesprochen als eine, die in der Sterbehilfe tätig ist. Natürlich helfe ich Menschen im und beim Sterben. Aber was ist mit Sterbehilfe gemeint? Diese Begriffskonfusion ist ein Teil des Problems.

Da ist die Rede von

- passiver und aktiver,
- freiwilliger, unfreiwilliger und nichtfreiwilliger,
- direkter und indirekter Sterbehilfe.

Das sind allesamt unscharfe Begriffe, nicht geeignet, ärztliche Vorgehensweisen am Lebensende voneinander zu unterscheiden. In dieser Begrifflichkeit könnte ich meine Position nur sehr umständlich und für einen Zuhörer/eine ZuhörerIn eher verwirrend als klar beschreiben.

Inzwischen gibt es eine neue klarere und einfachere Begrifflichkeit². Aber herumgesprachen hat sich die neue Begrifflichkeit noch nicht.

Klar unterscheidbar sind folgende Handlungen:

- Tötung auf Verlangen
- Beihilfe zum Suizid
- Therapiebegrenzung
- Therapien am Lebensende

Und hier meine Position dazu:

Ich bin dagegen, dass die **Tötung auf Verlangen** straffrei wird.

Organisierte **Beihilfe zum Suizid** finde ich sehr problematisch.

Therapiebegrenzung – also Sterben lassen - hingegen ist sehr oft einer Situation am Lebensende angemessen oder sogar geboten, selbst dann, wenn dadurch der Tod vielleicht früher eintreten wird.

Und **Therapien am Lebensende** sind wirksame Möglichkeiten, um Leiden zu lindern.

² Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt Österreich: Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende (2011).

Sehr vieles von dem, was unter „Sterbehilfe“ verstanden wird, ist in diesem Sinn erlaubt bzw. geboten:

Ein Beispiel dafür:

Das Zurücknehmen oder Beenden von maschineller Beatmung bei einem schwerkranken Menschen, der keine Aussicht auf Besserung hat oder diese Maßnahme nicht mehr will, ist selbstverständlich

Therapiebegrenzung und nicht aktive Euthanasie.

Es braucht dazu natürlich eine **Aktivität**, ob man eine Maßnahme beendet oder gar nicht beginnt: nämlich die Entscheidung eines Arztes, der befundet, dass diese Maßnahme nicht mehr weiter durchgeführt oder gar nicht erst begonnen werden soll, entweder weil der Patient sie nicht mehr will oder weil sie nicht mehr nützt oder beides. Diese Aktivität müssen wir Ärzte bewusst übernehmen, uns nicht davonstellen aus der Entscheidung oder sie gar den Angehörigen überlassen. In vielen Fällen ist es anspruchsvoller zu begründen, warum man etwas NICHT tut, als doch noch etwas zu tun.

Viele Menschen haben einfach nur Angst, dass Therapien nicht begrenzt werden: Ich will nicht „an Schläuchen hängen“ ... – so hört sich das an.

Die Menschen haben Angst vor dem, was sie sehen und hören, wenn **kein** Gespräch über Therapiebegrenzung stattfindet, wenn Angehörige in die Situation kommen, um Therapiebegrenzung bitten zu müssen.

Der Italiener Piergiorgio Welby hat aufgrund seiner Muskelerkrankung nur mit maschineller Beatmung leben können; 1997 hat er sich dafür entschieden. 2006 wollte er diese Beatmung nicht mehr. Anhand dieses Falles hat in Italien vor ein paar Jahren eine Debatte um die Legalisierung aktiver Euthanasie stattgefunden - anhand eines Falls, in dem es eindeutig um Therapiebegrenzung, also um das Sterbenlassen, und in diesem Sinn um passive Euthanasie gegangen ist!

Natürlich fühlt sich die Aktivität des Zurücknehmens der Beatmung („Abschalten von Geräten“) anders an und ist schwieriger, als eine Maßnahme erst gar nicht zu beginnen. Aber das gehört zu unseren ärztlichen Aufgaben, dass wir nützen und nicht schaden und dass wir begonnene Maßnahmen auch beenden, wenn sich herausstellt, dass sie dem Patienten nicht mehr nützen - in einer Haltung der fürsorglichen Ermöglichung von Selbstbestimmung und in der Haltung des Zulassens, dass unser Leben begrenzt ist.

Oft werden die Tötung auf Verlangen und der assistierte Suizid nicht unterschieden, obwohl das sehr unterschiedliche Dinge sind. Darauf will ich später noch näher eingehen.

Schließlich gibt es in dieser Begrifflichkeit den Ausdruck „Therapien am Lebensende“. Damit sind medizinische Maßnahmen und Möglichkeiten gemeint, wenn Menschen unerträglich leiden; diese Maßnahmen haben wir Ärzte zu ergreifen: etwa ausreichend Medikamente gegen Schmerzen, Atemnot, Angst und andere belastende Symptome zu geben. Wenn das nicht nützt, so gibt es in sehr schwierigen Situationen, die kaum auszuhalten sind, auch noch die Möglichkeit, Patienten zu sedieren, sodass sie ihr Leiden nicht bewusst erleben.

Effektive Symptomlinderung geht auch das Risiko der Lebensverkürzung ein, wenn es anders nicht möglich ist. (Das gilt übrigens in der Medizin für jede Behandlung, an deren Nebenwirkungen und Folgen man sterben kann.)

In der Euthanasie-Nomenklatur wird diese Praxis als aktive indirekte Euthanasie bezeichnet, leider, und daher kommt die Angst vor hohen Opioid-Dosierungen, die es manchmal braucht, um starke Tumorschmerzen oder das Erstickungsgefühl zu lindern. Eine lebensverkürzende Nebenwirkung von Opioiden ist übrigens nicht nachgewiesen, wenn die Symptomlinderung kompetent durchgeführt wird.

Vom Tod von Franz Kafka gibt es dazu ein eindrucksvolles Dokument:

„Als die Atemnot unerträglich geworden waren, flehte Kafka den Freund Robert Klopstock an: *Töten Sie mich, sonst sind Sie ein Mörder!*

Robert Klopstock verabreichte ihm Pantopon, ein injizierbares Opiumppräparat, das 1909 auf den Markt gekommen ist. „Als sich Klopstock vom Bett erhob - er wollte die Spritze reinigen - bat Kafka: *Gehen Sie nicht fort.* Auf Klopstocks Antwort *ich gehe ja nicht fort,* erwiderte er: *Aber ich gehe fort.* Franz Kafka schloss die Augen. ... Es war der 3. Juni 1924.“³

Das müssen wir uns durch dieses Beispiel sagen lassen: Wenn wir Menschen am Lebensende nicht helfen, können wir ihrer lebendigen Seele großen „tödlichen“ Schaden zufügen.

Und so haben Menschen Angst, am Lebensende außer sich zu sein vor Schmerzen und Atemnot und Angst, weil sie nicht die Medikamente und die Hilfe bekommen, die sie brauchen.

³ Kafkas letzter Freund. Der Nachlass Robert Klopstock (1899-1972). Mit kommentierter Erstveröffentlichung von 38 teils ungedruckten Briefen Franz Kafkas. 2003 Inlibris, Wien.

Im Pantopon ist Morphin enthalten, das heute bei schwerer Atemnot, die man anders nicht mehr lindern kann, State of the Art ist.

Wenn Ärzte dann sagen: „Ich kann Sie ja nicht umbringen“, wollen die betroffenen Menschen lieber vorher schon tot sein.

Ich plädiere dafür, dass wir sehr viel mehr über Therapiebegrenzungen nachdenken, also: nicht alles tun, was die moderne Medizin bereit stellt, sondern fürsorglich und gemeinsam mit den kranken Menschen über sinnvolle Therapieziele nachdenken, das Therapieziel dem anpassen, was noch möglich und in der gegebenen Situation erstrebenswert ist; und dass wir konsequenter darin sind, am Lebensende lindernde Medikamente einzusetzen.

1.2 Die Formulierung von Umfragen

Wie ungenau wir mit der Sprache umgehen, zeigt auch die Formulierung von Umfragen zu diesem Thema:

Ein Beispiel, das für viele Umfragen stehen kann: Wollen Sie ein Recht auf eine menschenwürdige, selbstbestimmte Beendigung ihres Lebens? Als Antwort ist in den Zeitungen dann zu lesen:

„70 Prozent der deutschen Bevölkerung wünschen sich das Recht auf eine menschenwürdige, selbstbestimmte Beendigung ihres Lebens, so das Ergebnis einer aktuellen Umfrage.“

Die Frage müsste meines Erachtens lauten:

Sind Sie der Meinung, dass wir ein Gesetz benötigen, das uns erlaubt, einen anderen Menschen zu töten, wenn glaubhaft gemacht werden kann, dass dieser das wollte?

Und: von wem sollten diese Tötungen durchgeführt werden?

(Klammer auf, wenn die Ärzte das nicht machen wollen...)

Oder, in Bezug auf die Berufsordnung von Ärzten und den assistierten Suizid:

Sind Sie als Arzt der Meinung, dass es zu den ärztlichen Aufgaben gehört, einem anderen Menschen Medikamente in einer tödlichen Dosis zu verschreiben?

Dann könnte eine differenzierte Diskussion über dieses Thema stattfinden.

Mit diesen Beispielen wollte ich zeigen, dass die Rede über das Thema Sterbehilfe verwirrend und verkürzt geführt wird. Erst wenn wir genau sind in unserem Sprechen, können wir auch in den Argumenten weiter kommen.

2 Die schleichende Verschiebung von Orientierungspunkten oder das sogenannte Argument der schiefen Ebene

In diesem Teil will ich auf mein Hauptargument eingehen.

Ich will vorausschicken: Es liegt mir fern, die Benelux-Länder und die Schweiz pauschal als die Länder des gedankenlosen Umgangs mit diesem Thema zu brandmarken.

Aber für die schleichende Verschiebung der Orientierung, die Ausweitungstendenzen und die Probleme, die sich ergeben, sind die Erfahrungen aus diesen Ländern sehr wertvoll.

Beispielhaft will ich von Entwicklungen aus Holland und Belgien berichten:

1. In Holland gibt es seit 2001 ein Gesetz, nach dem Tötung auf Verlangen, Euthanasie, wie das dort genannt wird, unter bestimmten Bedingungen⁴ straffrei ist.

Seit Februar 2012 gibt es in Holland eine Stiftung, die sogenannte „Lebensendeklinik“ (SLK) für sterbewillige Menschen, deren Hausärzte es ablehnen, die Tötungen durchzuführen, oder, wie es in der Website formuliert wird, die „diese Hilfe nicht von ihrem Arzt bekommen“.

Eine Anmeldung wird zuerst geprüft, dann einem ambulanten Team übergeben. Ein solches Team besteht aus einem Arzt und einer Pflegekraft, die beide von der SLK geschult wurden und in die Wohnungen der Menschen gehen, um ihnen dort das tödliche Medikament zu verabreichen.

Die niederländische Tageszeitung Trouw schreibt am 24. Mai 2014: „Die Sterbehilfeeinrichtung „Levenseindekliniek“ verdoppelt ihre Kapazitäten.

Ab Juni 2014 können dreißig Teams (mit insgesamt 60 Ärzten) Menschen mit unerträglichen und hoffnungslosen Leiden Sterbehilfe leisten, so wie im Euthanasie-

⁴ Tötung nur bei unerträglichem Leiden, Freiwilligkeit, wiederholtem Wunsch, voller Einsicht in die Situation, nach Beratung mit mindestens einem weiteren unabhängigen Arzt. Es darf kein Einfluss Anderer, keine psychische Erkrankung vorliegen, Einnahme von Drogen muss ausgeschlossen sein. Die Tötung muss in sorgfältiger Weise in Anwesenheit des Arztes durchgeführt werden, der Patient muss mindestens 12 Jahre alt sein, die Zustimmung der Eltern ist im Alter zwischen 12 und 16 Jahren erforderlich.

Gesetz von 2001 vorgesehen.

Die Wartezeit (derzeit zwischen einem und sechs Monaten) für die 180 Niederländer auf der Warteliste soll damit auf maximal vier Wochen reduziert werden.“

Setzen wir uns doch zuerst gemeinsam für den weiteren Ausbau der Palliativbetreuung ein, und tun wir das Mögliche und das, was erwiesenermaßen den Menschen wirklich nützen kann.

2. Eine Situation aus Belgien, die sich im September 2014 zugetragen hat:

Ein in Belgien verurteilter Häftling erfüllte die Voraussetzungen für die belgische Euthanasie-Regelung. Die vom Gesetz geforderten Ärztegutachten haben bestätigt, dass er „unerträglich leidet“.

Die Aachener Zeitung schreibt am 19. September 2014:

Irgendwann in den nächsten Tagen wird der verurteilte Mörder, der mehrere Frauen brutal vergewaltigte und ein Opfer 1989 tötete, in eine belgische Klinik gebracht, wo er im Kreise seiner Familie die tödliche Substanz von einem Arzt bekommt.

2013 durften 1800 Belgier nach offizieller Genehmigung ihrem Leben ein Ende machen. Anfang des Jahres wurde die mögliche Sterbehilfe auch auf unheilbare Minderjährige ausgeweitet.

Während seines Strafverfahrens erklärten die Richter ihn für unzurechnungsfähig und ordneten eine psychiatrische Behandlung an. Doch der Mörder landete in einem normalen Gefängnis. In den folgenden drei Jahrzehnten seiner Haft sei er nur einmal behandelt worden, begründet er seinen Antrag. Eine niederländische Spezialklinik erklärte sich bereit, ihn aufzunehmen. Doch das Justizministerium lehnte die Überstellung in das nur 80 Kilometer entfernte Krankenhaus ab. „Ich bin eine Gefahr für die Gesellschaft“, sagte der Mann noch vor wenigen Wochen. „Was soll ich denn tun? Hier sitzen und warten, bis ich verrecke?“

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz warnt vor einer schleichenden Ausweitung der Euthanasie. „Wird der Anspruch auf Tötung legalisiert, schafft das Angebot immer mehr Nachfrage. Anfangs enge Kriterien werden von Fall zu Fall ausgeweitet. Die Ausnahme wird schleichend zur Regel.“ Tatsächlich beantragten unmittelbar nach Bekanntwerden der tödlichen Genehmigung 15 weitere Häftlinge aus belgischen Strafvollzugsanstalten ebenfalls die Erlaubnis, sterben zu dürfen.

Das sind Beispiele für das sogenannte Argument der schiefen Ebene.

Konsequent gedacht **muss** man ja, wenn die Tötung **auf Verlangen** möglich ist, fragen:

Warum sollte ein Mensch, der sich selbstbestimmt äußern kann, die Todesspritze bekommen können, und jemand, der sich nicht mehr selbstbestimmt äußern kann, sollte sie nicht mehr bekommen? Eine neue Ungerechtigkeit ist durch eine neue Möglichkeit entstanden: Die Ausweitung auf nicht-einwilligungsfähige Menschen, auf Kinder, auf Demenzkranke, auf Menschen mit Behinderungen ist die natürliche Folge des Gesetzes. Dann müssen freilich andere entscheiden, ob deren Leben noch lebenswert ist. Welche Kriterien wenden wir dabei an?

Kriterien wie: Sie hat immer gesagt, sie will niemandem zur Last fallen? Es ist besser für ihn, wenn er stirbt? Er ist ja nur mehr ein Zombie?

Ich frage: Wollen wir das wirklich? Wollen wir Lebensende-Teams? Wollen wir den Tod als Dienstleistung der Medizin? Wollen wir, dass Menschen mit dem Gefühl leben müssen, dass sie sozialverträglich mit Hilfe der Medizin „abtreten“ sollten?

Hier noch ein Beispiel aus einer dunklen Zeit, aus den Lebenserinnerungen der Großmutter meines Mannes, die in Salzburg zu Beginn der 40er Jahre des vorigen Jahrhunderts ihren demenzkranken Ehemann zu Hause betreut hat, der schon inkontinent, aber noch mobil und körperlich kräftig war und seiner zarten Frau gegenüber immer wieder aggressiv in seinem Verhalten. Die alte Frau schreibt über eine Situation der Überforderung mit der Betreuung:

„Da tat ich denn, was ich nicht hätte tun sollen. In der Angst vor einem Anfall von Herzschwäche, wie ich ihn bei Mamas Pflege erlebt, wollte ich Heinrich, bis ich neues Personal gefunden, auf die Altersabteilung des Irrenhauses geben. Ich sprach von 14 Tagen.

...

Heinrich war so, dass man ihn keinen Augenblick bei Tag und Nacht unbewacht lassen konnte.

...

Meine Ehe, die so gut und schön war, hat mit entsetzlichem Versagen meinerseits geendet. Man munkelte ja wohl, dass hoffnungslose Fälle Jugendlicher, die noch 30-40 Jahre hätten in geistiger Umnachtung leben können, liquidiert wurden, aber ich dachte, wo es sich um einen Menschen handelt, dessen Tage ohnehin gezählt und den ich nur 14 Tage der Anstalt zur Last leben wollte, könnte ich es riskieren.

Am 10. (Mai 1943) bekam ich die telefonische Nachricht, er sei sanft entschlafen.

... Das ist der Fleck in meinem Leben.

Am Sonntag nach meinem 50. Hochzeitstag stand ich allein an seinem verschneiten Grab, die Söhne im Krieg..."

Dieses Beispiel zeigt meines Erachtens mindestens zweierlei:

1. wie beeinflussbar wir Menschen in unseren Einstellungen sind, wie schnell wir auch höchst Problematisches „neutralisieren“ können,
2. wie schwierig es für nahe stehende Menschen ist, wenn sie sich, aus welchem Grund auch immer, schuldig fühlen müssen am Tod eines Menschen.

3 Zur Diskussion um den assistierten Suizid

Für eine differenzierte Argumentation muss man die Tötung auf Verlangen und den assistierten Suizid voneinander unterscheiden; auch gesetzlich sind diese beiden Sachverhalte sehr unterschiedlich geregelt.

In Österreich ist die rechtliche Lage am restriktivsten (StGB § 78): Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.

In Deutschland ist das anders. Es gibt kein Gesetz, das Hilfeleistung bei einem Suizid durch das Strafrecht verbietet. Argumentiert wird folgendermaßen: Da Suizid nicht bestraft wird, ist auch die Beihilfe dazu nicht strafbar.

Was sich vor diesem Hintergrund in der deutschen Ärzteschaft tut, ist auch für uns sehr aufschlussreich.

In den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung aus dem Jahr 2004 steht:

Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.

2011 wurde das umformuliert:

Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.

Der Deutsche Ärztetag 2011 hat eine Musterberufsordnung für Ärzte und Ärztinnen verfasst, die von den Landesärztekammern angepasst wird:

„Ärzte und Ärztinnen haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. ... Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“

Die Landesärztekammern haben ihre Berufsordnungen angepasst - aber uneinheitlich. Dadurch gibt es einen beträchtlichen Interpretationsspielraum – eine unbefriedigende Situation, über die derzeit in Deutschland viel diskutiert wird.

Was zeigt dieses Ringen um Formulierungen? Es zeigt meines Erachtens, dass es bei vielen Ärzten und Ärztinnen ein moralisches Empfinden gibt, das sagt:

Es ist nicht gut, wenn wir Menschen beim Suizid helfen. Im Einzelfall ist aber die Grenzsituation vorstellbar, in der ich als Arzt oder Ärztin in ein Dilemma kommen könnte, wenn die Beihilfe strafrechtlich geahndet wird.

In der Schweiz gibt es ein kurzes Gesetz, das besagt: Beihilfe zum Suizid wird bestraft, wenn sie aus eigennützigen Motiven erfolgt.

An sich ist die gesetzliche Regelung in der Schweiz restriktiver als in Deutschland.

Aber Selbsttötung wird in der liberalen Schweiz weniger negativ gesehen als in Deutschland und in Österreich; die Neue Zürcher Zeitung redet eher vom Freitod als von Suizid, in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung kann man manchmal noch den Begriff Selbstmord lesen.

Vor diesem Hintergrund haben sich in der Schweiz die Sterbehilfevereine etablieren können, die Beihilfe zum Suizid uneigennützig anbieten.

Aber auch in der Schweiz stellen sich dazu viele Fragen:

Dürfen Institutionen wie Krankenhäuser und Pflegeheime Suizidbeihilfe ablehnen?

Wie ist Suizidhilfe bei alten Menschen zu sehen, die eher des Lebens müde als krank sind, und die Suizidhilfe bei Menschen mit psychischen Störungen?

Der Suizid-Tourismus wird von der Öffentlichkeit und von den Bürgern allgemein missbilligt.

Oder: Wer legt die intravenöse Leitung, wenn jemand das Barbiturat und das Muskelrelaxans nicht mehr schlucken kann? Die Organisationen sprechen in diesem Fall von „erweiterter Assistenz“, Kritiker von „aktiver Tötungshandlung“.

Oder: Wenn ein Ehepaar beschlossen hat, gemeinsam aus dem Leben zu scheiden und nur der eine Partner erfüllt die Kriterien für den assistierten Suizid, was dann?

Auf ein weiteres Phänomen will ich aufmerksam machen, das in der Schweiz vor kurzem untersucht worden ist:

Jeder Vierte, der den assistierten Suizid einer nahestehenden Person begleitet, leidet auch nach über einem Jahr noch an einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer psychischen Erkrankung, die eine ärztliche Behandlung erfordert.⁵

Hat also der Suizid wirklich den von manchen schwerkranken und wohl auch verzweifelten Menschen erhofften Effekt, ihre Familien zu **entlasten**?

Meine Bedenken gehen auch in die folgende Richtung:

Was ist, wenn es ein gesetzlich verbrieftes Recht darauf gibt, dass mir jemand beim Suizid hilft? Und wer soll das sein? Sollen Ärzte ihre besonderen ärztlichen Fähigkeiten nutzen, um dem Sterbewilligen den Weg zu ebnen? professionell und wirksam? – auch der Ausdruck „elegant“ findet sich in der Diskussion. Was heißt das für eine Gesellschaft? Was heißt das für ärztliches Handeln?

Suizid begeht ein Mensch immer nur in einer inneren oder äußeren Notlage.

Er ist eine radikale Absage an das Leben und an die Gesellschaft, letztlich nur dem Handelnden verständlich. Ein Suizid hat also weit über die Tatsache hinaus, dass ein Mensch keinen Grund mehr findet zu leben, eine Bedeutung, die verstört und betroffen macht. Das wissen wir alle. Diese Betroffenheit, die sehr menschlich ist, motiviert uns, alles zu tun, damit ein Suizid nicht nötig ist.

Wollen wir dieses Spannungsfeld wirklich dadurch auflösen, dass ärztliche Beihilfe zum Suizid rechtlich geregelt und erlaubt wird und damit zu einer auf Vertragsbasis ausgeführten medizinischen Dienstleistung trivialisiert⁶ wird?

Aus all diesen Gründen finde ich organisierte Formen von ärztlich assistiertem Suizid sehr problematisch.

Der assistierte Suizid sollte die absolute Ausnahme bleiben, die ein Mensch, ob er Arzt oder Ärztin ist oder nicht, dann auch zu verantworten hat. Wenn Ausnahmesituationen gesetzlich geregelt werden, so werden sie zur Regel.

⁵ Forschergruppe um die an der Universitätsklinik Leipzig beschäftigte Psychologin Birgit Wagner: nach der Begleitung eines assistierten Suizids leiden dreizehn Prozent der Angehörigen und Freunde unter einer vollentwickelten posttraumatischen Belastungsstörung und weitere 6,5 Prozent weisen einzelne Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung auf.

⁶ In Anlehnung an einen Kommentar von Oliver Tolmein in der FAZ vom 27. August 2014: *Sag „ja“ zum Tod! Wird ärztliche Hilfe beim Suizid eine Dienstleistung?*

4 Aus meiner Erfahrungswelt: Palliativmedizin und Sterbehilfe

Palliative Care und die Euthanasie-Bewegung – wie verhalten sich die beiden zueinander?

Beide beziehen sich auf einen Mangel in der Versorgung Sterbender.

Palliative Care kann einer Mangelversorgung oft, aber nicht immer wirksam begegnen.

Und: Nicht immer liegt dem Sterbewunsch eine Mangelversorgung zugrunde.

Der deutsche CDU-Bundestagsvizepräsident und Theologe Peter Hintze drückt es in einem Interview über Sterbehilfe im Spiegel **so** aus:

„... nicht jede unerträgliche Situation lässt sich palliativmedizinisch beherrschen. Da ist es ein Gebot der Menschenwürde, dass ein derart Betroffener am Lebensende den Arzt um Hilfe bitten darf. Es gibt auch eine Ethik des Helfens.“ Auch das ist übrigens eine Aussage, bei der man sich lange aufhalten könnte: Was versteht Herr Hintze unter einer Ethik des Helfens?

In einem gebe ich ihm recht: nicht jede unerträgliche Situation lässt sich palliativmedizinisch **BEHERRSCHEN**.

Palliativmedizin ist auch keine **beherrschende** Medizin. Sie ist eine leise Medizin. Glatten Lösungsversuchen entzieht sich das Thema Sterben oft.

Ich könnte natürlich über die Erfolge der Schmerztherapie erzählen, über palliative Sedierung, über Interventionen und Methoden, die zu Entscheidungen über Therapiebegrenzung führen und für alle Beteiligten tragfähig sind und zu einem guten Sterben geführt haben. Das alles gibt es und das alles sind sehr nützliche und hilfreiche Werkzeuge.

Aber an dieser Stelle will ich versuchen zu formulieren, was das innerste Wesen Palliativer Betreuung für mich ausmacht:

- Das Wissen, dass das Lebensende eine kostbare Zeit sein kann.
- Die Hoffnung, dass wir Menschen auch im Sterben noch im Werden sind, dass die Versöhnung mit dem eigenen Leben bis zuletzt möglich ist.
- Und die dahinter stehende Haltung: Ich will die Last mit dir tragen, so gut ich kann.

Vielleicht kennen Sie die Erzählung „Der Tod des Iwan Iljitsch“ von Leo Tolstoi. In einer Atmosphäre der Lüge, der Beschönigung und der Beziehungslosigkeit gibt es, als einzige Ausnahme, Gerassim, den Diener, der aus den russischen Wäldern stammt.

Er ist der einzige, der Iwan Iljitsch so nimmt, wie er ist: krank, hilfsbedürftig - auch bei den Ausscheidungsfunktionen, zu deren Verrichtung Iwan Iljitsch Hilfe braucht - und

sterbend. Gerassim macht dies ohne große Worte. Dieser einfache Mensch weiß in seiner Herzensgüte, dass auch er einmal sterben muss. Ich zitiere: „Einzig Gerassim log niemals; er allein ... hatte begriffen, um was es sich handle... Und einmal sprach er es sogar direkt aus, als Iwan Iljitsch ihn fortschicken wollte: *Alle werden wir sterben. Warum sich nicht ein bisschen Mühe geben?*

Das sagte er und drückte damit wohl aus, dass die Mühe ihm darum nicht lästig fiele, weil er dies alles da für einen Sterbenden täte und hoffte, dass einst, wenn ihm sein Stündlein schlug, jemand ihm ein Gleiches erweisen würde.“

Es ist das Bewusstsein der eigenen Sterblichkeit und der eigenen Grenzen, das es uns Menschen ermöglicht, einander beizustehen.

Wie kann das konkret aussehen, wenn ein Mensch sagt: Frau Doktor, es gibt für mich nichts mehr zu tun, das hat jetzt keinen Sinn mehr, es ist Zeit, dass das Ende kommt, helfen Sie mir, tun Sie etwas dazu.

Die glatte „richtige“ Antwort gibt es aus meiner Sicht nicht. Diese Bitte eines Patienten/einer Patientin kann heftige Gefühle in mir selbst auslösen: Schuld, dass ich dem Menschen abverlange, noch weiter zu leben, Angst etwas Falsches zu sagen, Ohnmacht, Zweifel. Da ist die Versuchung groß, die Frage zu überhören, mich ihr nicht zu stellen oder zu sagen: Darüber können wir nicht reden, das ist außerhalb des gesetzlichen Rahmens. Oder beschwichtigend zu versichern, dass schon alles gut werden wird.

Wie könnte es sich anhören, wenn man als Arzt, als Ärztin mitfühlend auf die Anfrage reagiert, ob der Todeszeitpunkt nicht vorverlegt werden kann:

Ich könnte sagen: Dass Sie dieses Anliegen mit mir teilen, ist sehr wichtig. Erzählen Sie mir doch bitte noch etwas mehr dazu. Was ist denn das, was Sie am meisten belastet? Gibt es etwas, das die Situation verändern könnte? Was können wir tun, um Ihnen zu helfen?

Wenn wir auf die Frage nach der Vorverlegung des Todeszeitpunktes nicht aufmerksam antworten, werden sich die Menschen mit ihrem Anliegen isoliert fühlen und ohne jede Wahlmöglichkeit. Vielleicht wird der Wunsch, den Tod herbeiführen zu wollen, dann noch viel dringlicher.

Wenn wir die Anfrage nur wörtlich nehmen und wörtlich beantworten, gehen wir auf das dahinterliegende Leiden und die Angst nicht ein.

Im Film „Amour“ von Michael Haneke pflegt ein Mann seine Frau nach einem Schlaganfall daheim; sie hat ihm gesagt, sie wolle um keinen Preis mehr ins Krankenhaus. Er ist vollkommen allein mit dieser Aufgabe. Die Unterstützung, auf die er sich kurzzeitig einlässt, ist unerträglich in ihrer Besserwisserei, ebenso die Tochter in ihrer hilflosen Sorge. Als die Frau nicht mehr trinken will, gibt der Mann ihr eine Ohrfeige, schließlich erstickt er sie mit dem Kopfpolster, schmückt ihr Totenbett mit Blumen und verschwindet.

Vollkommen allein ist dieser Mann mit dem Wunsch seiner Frau, dass sie nicht mehr ins Krankenhaus gebracht werden will.

Vollkommen allein ist er, wie sie nicht mehr essen und trinken kann oder will.

Michael Haneke zwingt mich als Zuseherin zur Frage: Geht es nicht auch anders? Muss das wirklich so sein?

Er selbst hat dazu gesagt: „Alt wird jeder, der Verfall im Alter ist ein Thema, das wirklich jeden einmal betrifft. Und trotzdem verbannt die Gesellschaft alles, was mit "alt" zu tun hat aus dem Gesichtskreis, es findet alles hinter verschlossenen Türen statt, das ist schrecklich, darum muss sich Kunst kümmern.“

Den Schluss für seinen Film hat der Regisseur erst nach langer Suche gefunden. Das zeigt auch, wie kurzschlüssig es ist, wenn man in „Amour“ ein Plädoyer für die Sterbehilfe sieht.

Vielmehr stellt der Film – auch - die Frage: Was können wir tun, dass das nicht passiert?

Josef Beuys sagt einmal: Die Zukunft, die wir wollen, muss erfunden werden, sonst bekommen wir eine Zukunft, die wir nicht wollen.

Ein Krankenversorgungssystem, das auch den schnellen „eleganten“ Tod im Angebot hat, verwischt die Grenzen zwischen dem, was wir nicht wollen und dem, was wir irgendwann achselzuckend hinnehmen.

Ich möchte nicht in einer Welt leben, in der Menschen auf die eine oder andere Weise nahegelegt wird, sie sollten sterben, weil sie nur noch zur Last fallen. In der sie sich fragen müssen: Kann ich mich anderen Menschen noch zumuten, denn es gibt ja den legitimierten Ausweg?

Ich möchte nicht in einer Welt leben, in der Ärzte aus „Mitleid“ töten.

Ein Exkurs:

„Lösung“ Sterbefasten? Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

Vor ein paar Jahren habe ich einmal die Geschichte von Helen und Scott Nearing gelesen. Helen Nearing beschreibt ihr Leben mit Scott: Kurz vor seinem 100. Geburtstag fand Scott, dass es nun Zeit war, sich auf den Tod vorzubereiten, und entschied sich zu fasten. Sechs Wochen später verabschiedete er sich von Helen, die ihn auch bei diesem, seinem letzten Schritt begleitete.

Helen Nearing schreibt in ihrem Buch „Ein gutes Leben – ein würdiger Abschied“: Wir sind nicht gezwungen, unser Leben fortzuführen, indem wir bettlägerig sind, unter Schmerzen leiden und uns nicht mehr bewegen können. ... Wenn wir ... unsere Wünsche kundgetan haben, können wir aufhören zu essen. So einfach ist das. Wenn man auf Medizin und Nahrungsmittel verzichtet, heißt uns der Tod willkommen. Scotts Sterben zeigte mir den guten Weg, Mit dem Verlust war auch ein Gewinn verbunden: ein Stückchen Hoffnung, das in diesem ruhigen und bewussten Ende lag.

Das hat mich irgendwie überzeugt. Bis vor ein paar Jahren habe ich immer etwas salopp gesagt: Wenn ich es wirklich schaffe, nicht mehr zu essen, wo ich doch so gerne esse, dann ist die Zeit zum Sterben gekommen.

Diverse Erfahrungen lassen mich heute diese „Lösung“ etwas differenzierter betrachten. Erstens erlebe ich, dass sehr viele Angehörige das ganz anders erleben als Helen Nearing. Dass es nicht immer einfach ist, einen Menschen zu begleiten, der nicht mehr isst und trinkt. Auch das Umfeld kann sehr befremdet und verstört reagieren: wenn ein Mensch aufhört zu essen, kann das die Grundfesten von Gemeinschaften erschüttern.

Zum Thema gibt es inzwischen eine mehr oder weniger sachlich geführte Kontroverse – und auch bereits eine Abkürzung: FVNF, Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. Palliativteams in Deutschland werden angefragt, Menschen zu begleiten, die nicht mehr essen wollen, weil sie nicht mehr leben wollen.

Es gibt auch immer mehr Publikationen zum Thema. Eine dieser Publikationen wurde in der FAZ am 20.07.2012 ironisch unter dem Titel „Sterberatgeber – Heilsterben“ rezensiert.

„Das Sterbehilfe-Buch eines Neurobiologen und eines Psychiaters ist nun in zweiter Auflage erschienen. Propagiert wird das „Sterbefasten“, samt Anleitung.

Das ... Buch..., in dem das organisierte Verrecken durch Verdursten und Verhungern propagiert wird...”

Das ist freilich unrichtig: Jemand, der an Exsikkose stirbt, „verdurstet“ nicht.

Jemand, der an Kachexie oder Unterernährung stirbt, „verhungert“ nicht.

Aber der Kommentar zeigt, wie viele Dimensionen das Thema „Sterbefasten“ hat.

Die differenzierteste Lektion dazu habe ich von einer Patientin erhalten, ich will sie mit Ihnen teilen:

Diese Frau hatte wegen eines Tumors im Rachen am Übergang zur Speiseröhre eine Magensonde bekommen und jahrelang gut damit gelebt. Sie hat ihre Familie versorgt, für alle gekocht, bis sie eine zweite Tumorerkrankung bekommen hat, die mit großen Schmerzen verbunden war. Zur Schmerzeinstellung war sie bei uns aufgenommen, schon geschwächt durch die Krankheit. Eines Tages zeigt sie bei der Visite auf die Sondennahrung: DAS will ich auch nicht mehr. Im Gespräch vermittele ich ihr, dass ich das gut akzeptieren kann – tumorkranke Menschen essen wenig, das ist normal. Sie fragt zurück: Wirklich, Frau Doktor? Ist das schon recht, wenn ich die Nahrung nicht mehr nehme? Ja, sage ich. Sie darauf: Da muss ich vorher noch mit unserm Dekan reden. Und: Sagen Sie davon noch nichts meinen Kindern.

Sie hat mit dem Dekan und daraufhin selbst mit ihren Kindern geredet und ist wenige Tage später gestorben, an einer anderen Todesursache als der Unterernährung.

Nach wie vor denke ich, dass es gut sein kein, wenn der Leib seinem Rückzug von der Welt auch durch den bewussten Entschluss, nicht mehr zu essen und zu trinken, Ausdruck gibt. Aber das sichere Gefühl, dass das Fasten der gute Plan für alle Fälle ist, hat mich inzwischen verlassen. Das Einstellen von Essen und Trinken hat in unserer Gesellschaft eine hohe moralische Valenz, vor der ich aufgrund vielfacher Erfahrungen großen Respekt habe.

5 Zusammenfassung:

Kein Mensch stirbt für sich allein

Wir haben in unserer Zeit viele Möglichkeiten, Grenzen zu verschieben. Gleichzeitig ist eine der großen Herausforderungen unserer Zeit, damit im Sinne eines guten Lebens für alle umzugehen.

Finis im Lateinischen bedeutet Grenze und Ende und Ziel. Grenzen sind – so wie der Tod, der unser Leben erst kostbar macht - etwas Heilsames, Identitätsstiftendes.

Grenzenlosigkeit hat zu den großen moralischen Fragen unserer Zeit geführt, sie ist auch

ein Grund für das Unbehagen an „der Medizin“ und für die Krise der Medizin. Die Medikalisierung aller Lebensbereiche ist eine dieser Grenzenlosigkeiten. Die geplante Festlegung des persönlichen Todeszeitpunktes mit Hilfe der Medizin wird zu einer weiteren Medikalisierung des Lebensendes führen und nicht zu einer Humanisierung der Medizin.

Unser Denken muss sich in eine andere Richtung bewegen.

Auf dieses **Andere**, für das auch die Hospizbewegung steht, will ich am Ende noch einmal ausdrücklich hinweisen: wir brauchen die Sorge umeinander, müssen sie wieder entdecken oder neu erfinden, auch in der Medizin. Das Konzept der palliativen Betreuung wird uns dabei sehr nützlich sein. In drei Sätzen will ich das zu beschreiben versuchen:

- * Indem wir als Helfensbedürftige einander helfen und als Hilfsbedürftige voneinander Hilfe annehmen.
- * Indem wir das Vertrauen nähren, dass es einen Sinn hat, das Leben und das Kranksein und das Sterben zu bestehen.
- * Alles, was diesen Raum der Sorge schützt, ist zu fördern, alles was ihn gefährdet, ist zu unterlassen.

Die Stimmen an den Rändern unseres Wissens, die Kunst und die Religionen und prophetische Menschen warnen vor mechanistischen Lösungen, wenn es um das Leben geht. Sie ermutigen eher zum Umgang mit dem Ungereimten, mit den offenen Fragen, mit dem Geheimnis des Lebens und des Werdens.

Diesseits und jenseits meines individuellen Todes lebe ich nicht für mich allein. Das Sterben ist ein soziales Ereignis. Deshalb greift Selbstbestimmung allein zu kurz, wenn es uns um den guten Tod geht.

Kein Mensch stirbt für sich allein.

Elisabeth Medicus, Jänner 2015

Literaturhinweise bei der Verfasserin: elisabeth.medicus@hospiz-tirol.at