



Das Leben bejahen – bis zuletzt

Diskussion über Sterbehilfe und assistierten Suizid



„Jeder Mensch darf leben“

Interview mit dem EKD-Ratsvorsitzenden Heinrich Bedford-Strohm zum geplanten Sterbehilfe-Gesetz



Sterben ist mein Gewinn?!

Zur Diskussion um die Sterbehilfe

Eines vorab: Wovon reden wir?

Eine Begriffsklärung zum Thema Sterbehilfe und Sterbebegleitung

Es gibt verschiedene Formen von Sterbehilfe und Sterbebegleitung. Diese sind klar zu unterscheiden und unterliegen verschiedenen ethischen und juristischer Beurteilungen. Dieser Beitrag verwendet die Terminologien, die der „Nationale Ethikrat“ vorgibt, in Klammern sind die umgangssprachlichen Bezeichnungen angeführt.

- Sterbebegleitung – meint immer eine begleitende Hilfe beim Sterben und ist keine Sterbehilfe. Hospizliche Sterbebegleitung ist individuelle Zuwendung und psychosoziale Begleitung in der Zeit des Abschiednehmens. Palliativ Care bezeichnet das fachlich qualifizierte Miteinander aller medizinischen, pflegerischen, seelsorglichen und begleitenden Maßnahmen, um sterbenden Menschen körperliche und seelische Schmerzen zu nehmen. „Sterbehilfe“ dagegen ist Hilfe zum Sterben.
- Therapien am Lebensende („indirekte Sterbehilfe“) – beinhaltet die Gabe von hoch dosierten Schmerzmitteln in der Endphase des Sterbeprozesses mit dem Risiko, den Sterbevorgang damit zu beschleunigen; bis hin zur „terminalen Sedierung“, also der Versetzung eines Menschen in einen Komazustand, um ihm dadurch Schmerzen zu ersparen, die auf andere Weise nicht gelindert werden können. Da in der Endphase des Sterbeprozesses Schmerzfreiheit höher zu bewerten ist als eine mögliche Lebensverlängerung, ist diese Maßnahme ethisch geboten und auch juristisch zulässig.
- Sterbenlassen („passive Sterbehilfe“) – Beendigung oder Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen, ohne die ein Weiterleben nicht möglich ist. Dies darf nur unter klar definierten Bedingungen geschehen: Eine realistische Hoffnung auf Besserung besteht nach medizinischer Einsicht nicht; der Patient / die Patientin selbst (durch eine Patientenverfügung!) oder stellvertretend die Angehörigen, Vorsorgevollmächtigten oder gesetzlichen Betreuer haben zugestimmt. Obwohl auch bei passiver Sterbehilfe die Gefahr eigennütziger Motive der Angehörigen oder ökonomischer Zwänge bestehen kann, ist ihre Grundidee doch, Sterben geschehen zu lassen, ohne den Patienten / die Patientin quälenden Maßnahmen auszusetzen. Gerade auch die Palliative Care vertritt den Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen, wo sie den natürlichen Sterbeprozess stören. Auch hier handelt es sich um eine legale Form der Hilfe beim und zum Sterben.
- Tötung auf Verlangen – Der Patient / die Patientin, der / die vielleicht selbst nicht mehr handlungsfähig ist, wird durch ein aktives Handeln eines anderen getötet. Dies ist in Deutschland strafbar.
- Beihilfe zur Selbsttötung („assistierter Suizid“) – Diese gilt nicht als aktive Tötung wie bei der strafrechtlich verfolgten „Tötung auf Verlangen“, sondern sie liegt dann vor, wenn eine Substanz zur Selbsttötung besorgt und zur Verfügung gestellt wird. Dies ist nicht strafbar – es kann aber eine Person, die der Selbsttötung beiwohnt, wegen unterlassener Hilfeleistung bestraft werden. Evtl. kann der Person, die die Substanz besorgt hat, auch ein Verstoß gegen das Arzneimittelgesetz/Betäubungsmittelgesetz vorgeworfen werden. Die bloße Beihilfe zur Selbsttötung – durch Angehörige oder nahe stehende Personen – ist aber nicht strafbar. Die Musterberufsvereinbarung der Bundesärztekammer verbietet allerdings den assistierten Suizid durch Ärztinnen und Ärzte. Diese würden bei Zuwiderhandlung nicht strafrechtlich verfolgt, aber ihre Zulassung verlieren. Diese Regelung variiert allerdings von Bundesland zu Bundesland.

In der Schweiz ist Suizidhilfe nur strafbar, wenn „selbstsüchtige Motive“ vorliegen. Dort haben sich Sterbehilfeorganisationen etabliert, die manchmal auch von Deutschen in Anspruch genommen werden. Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid werden gelegentlich auch unter dem Stichwort „aktive Sterbehilfe“ zusammengefasst.

Quelle: Begleitung im Sterben – Eine Orientierungshilfe der Evangelischen Landeskirche und des Diakonischen Werks Baden, Februar 2015



Ist Sterbehilfe genauso legitim wie Lebenshilfe? Darüber diskutierten die Palliativmedizinerin Dr. Silke Bednarz, die Klinikseelsorgerin Imke Hinrichs, der Vorsitzende des Theologischen Ausschusses der Synode, Pfarrer Dr. Oliver Dürr, und der Regionalsekretär des Humanistischen Verbands Deutschlands in Oldenburg, Lutz Renken.
Mehr auf den Folgeseiten

Menschliches Leben müsse am Ende so begleitet werden, dass niemand auf die Idee komme, sich selbst töten zu müssen, sagt der EKD-Ratsvorsitzende Landesbischof Heinrich Bedford-Strohm in einem Interview mit dem Magazin „horizont E“.
Mehr auf den Seiten 7 bis 8



„Leben ohne Leid gibt es nicht“, sagt die Leiterin der Oldenburger Stiftung Evangelischer Hospizdienst, Renate Lohmann. Und das in einer Zeit, in der es Mittel und Wege für und gegen alles zu geben scheint.
Mehr auf den Seiten 25 bis 26

Editorial



Liebe Leserinnen,
liebe Leser,

„Denn Christus ist mein Leben, und Sterben ist mein Gewinn“, schreibt der Apostel Paulus in seinem Brief an die Gemeinde in Philippi. Er sitzt in Rom im Gefängnis. Erschöpft wartet er dort auf seinen Prozess. Er ist hin- und hergerissen. „Ich möchte am liebsten dieses Leben hinter mir lassen und bei Christus sein; das wäre bei weitem das Beste. Aber es ist wichtiger, dass ich noch weiter ausharre, weil ihr mich braucht.“

Ähnliche Sätze hören wir auch heute beim Umgang mit dem Tod. Es fällt auf, dass es einfache schnelle Aussagen zu Tod und Sterben nicht gibt, nicht geben kann. Dieses spiegelt sich in den verschiedenen Beiträgen zum Thema Sterbehilfe in diesem Heft wider. Sie geben Denkanstöße gerade in Hinblick auf die im Herbst anstehende Bundestagsdebatte. Einigkeit scheint es nur darin zu geben, dass mit „Gewinn“ nicht gemeint sein darf, dass mit dem Sterben eines Menschen Geld zu machen sei. Und das ist gut so.

Im Namen des Redaktionskreises wünsche ich Ihnen eine anregende Lektüre.

Hans-Werner Kögel
Ihr Hans-Werner Kögel

Impressum



„horizont E“ ist das Magazin der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Oldenburg. Es erscheint viermal pro Jahr im Einzugsgebiet der oldenburgischen Kirche.

Herausgeber:
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Oldenburg

Mitarbeit:
Stephan Albani, Anke Brockmeyer, Dr. Michael Coors, Karin Evers-Meyer, Thomas Feld, Olaf Grobleben, Astrid Grotelüsch, Dirk-Michael Grötzsch, Uwe Haring, Annette Kellin, Kerstin Kempermann, Hans-Werner Kögel, Regina Logemann, Peter Meiwald, Jörg Nielsen, Petra Raaf-Doudou, Dennis Rohde, Melanie Thiel de Gafenco, Karen Wauschkuhn, Anna Wiechmann-Faida, Dr. A. Katarina Weilert, Antje Wilken und Dr. Michael Wunder.

Bildnachweise:
Aufbau-Verlag, Anke Brockmeyer, Deutscher Bundestag/Thomas Trutschel/photothek.net, ELKB/vonwegener.de,

Thomas Frister, Dirk-Michael Grötzsch, Kerstin Kempermann, Hans-Werner Kögel, Michael Schildmann, Klaus Schreiber, Jens Schulze, Melanie Thiel de Gafenco und Antje Wilken sowie Privatfotos.

Gestaltung:
ah!design, Andrea Horn, Hannover

Anschrift:
„horizont E“
Philosophenweg 1
26121 Oldenburg,
presse@kirche-oldenburg.de
www.kirche-oldenburg.de

Druck:
Sachsendruck Plauen GmbH
Diese Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Für unverlangt eingesandte Manuskripte kann keine Gewähr übernommen werden.

Aus dem Inhalt

Im Gespräch	Seite 04
„Jeder Mensch darf leben“	Seite 07
An(ge)dacht	Seite 09
Das ist mir wichtig	Seite 11
Assistenz und Gewissen	Seite 13
Die Positionen im Bundestag	Seite 16
Ein Blick in die Nachbarschaft	Seite 18
Das ist mir wichtig	Seite 20
Aus der Praxis und den Regionen	Seite 22
Lebenshilfe statt Sterbehilfe	Seite 22
Der Tod gehört zum Leben	Seite 25
Die „Christliche Patientenvorsorge“	Seite 31

Das Leben bejahen – bis zuletzt

Diskussion über Sterbehilfe und assistierten Suizid



Lutz Renken, niedersächsischer
Regionalsekretär des Humanistischen
Verbands Deutschlands in Oldenburg



Imke Hinrichs, Klinikseelsorgerin
in Oldenburg

Das Sterben gehört zum Leben dazu. Klar. Aber ist deshalb Sterbehilfe ebenso legitim oder gar geboten wie Lebenshilfe? Leicht gefragt, aber so pauschal kaum zu beantworten. Der Deutsche Bundestag hat im November eine erste Orientierungsdebatte geführt, in den kommenden Wochen diskutiert er weiter über Palliativmedizin und Sterbehilfe. Denn noch gibt es in Deutschland kein Gesetz, das Sterbehilfe bei Totkranken regelt. Grund genug für ein Gespräch mit vier engagierten Menschen, für die das Sterben zum beruflichen Leben gehört.

Die Stimmung am Tisch ist gelöst, für ein verkrampftes Tabuisieren irgendwelcher Gedanken oder Argumente sind die Gäste viel zu erfahren, viel zu aufgeräumt. Es diskutieren Dr. Silke Bednarz (Ärztin in Bad Zwischenahn), Pfarrerin Imke Hinrichs (Klinikseelsorgerin in Oldenburg), Pfarrer Dr. Oliver Dürr (Gemeindepfarrer in Molbergen) und Lutz Renken (Regionalsekretär des Humanistischen Verbands Deutschlands in Oldenburg).

Pfarrerin Imke Hinrichs berichtet aus ihrem Alltag im Klinikum Oldenburg, von einem Menschen in der letzten Lebensphase. Seine Bitte war eindeutig und eindringlich: „Tun Sie was, tun Sie was.“ Mal stärker, mal schwächer. „Diese Person hatte sich aufgegeben, sie wollte nicht mehr leben.“ Starke Schmerzen, kein Lebenswille mehr. Tagelang der Ruf nach der finalen Hilfe, nach Medikamenten zum Wegdämmern in den Tod.

„Ich stelle mir vor, man hätte ihrem Wunsch entsprochen, und das hätte als mögliche und ganz normale Reaktion gegolten“, überlegt Hinrichs. „Aber in der Realität ging es dieser Person nach zwei Wochen wieder so gut, dass sie mit dem Rollator über den Flur mit mir zum Kaffeetrinken gehen konnte.“ Das habe der Pfarrerin deutlich gezeigt, „wie vorsichtig ich solche Wünsche hören möchte und muss.“

Wichtig seien Beziehungsangebote und Begleitung, weiß die Pfarrerin. „Es gibt so viele Möglichkeiten und Perspektiven, wenn das Palliativteam Hand in Hand arbeitet.“ Zu diesem Netzwerk zählt sie neben der Seelsorge vor allem die Bereiche Medizin und Pflege, Sozialarbeit und Psychologie.

Diese sprichwörtliche Hand streckt Dr. Silke Bednarz aus. Sie ist Allgemeinmedizinerin in einer hausärztlichen Praxis im Ammerland und schließt gerade ihre palliativmedizinische Ausbildung ab. „Die Seelsorge hat eine so extrem wichtige Aufgabe“, betont sie. „Vor allem während meiner Dienste im Krankenhaus hatte ich leider nicht immer die Zeit, erst den Patienten und dann auch noch die Angehörigen aufzufangen.“

Wie weit geht Silke Bednarz beim Mildern von Schmerzen – also dem wichtigsten Wunsch der meisten Kranken? „So weit, wie der Patient das wünscht und die Angehörigen dazu stehen.“ Da sei „auch die terminale Sedierung ein probates Mittel, wenn jemand akut im Sterbeprozess ist und es nicht mehr aushält“. Terminale Sedierung: Der verstärkte Einsatz von Medikamenten bedeute, „dass der Patient nur noch dämmert und dass das Leben dadurch letztlich verkürzt werden kann“, erläutert die angehende Palliativmedizinerin.

Kurzes Innehalten am Tisch. Leben bewusst verkürzen? „So habe ich den Ruf eines Patienten noch nie gehört“, relativiert Silke Bednarz. Auch habe sie eine terminale Sedierung noch nie durchgeführt. „Aber ich würde es machen, wenn kein anderer Weg mehr da ist.“ Allerdings gebe es „zumindest fast immer“ andere Wege. „Man kann so fein spielen mit Medikamenten, die der Patient auch selbst bedienen kann – oder seine Familie.“ Als Beispiele nennt sie „Lutscher mit Morphin oder Mundsprays“.

Für Pfarrer Oliver Dürr hat die Diskussion um Sterbehilfe vor allem mit der

Bejahung des Lebens zu tun: „Das ist die entscheidende Grundhaltung, die mit Selbstbestimmung gekoppelt werden muss.“ So seien „auch Tod und Sterben von der Bejahung des Lebens her anzu-gehen – und nicht aus der Perspektive, ich habe Angst vor dem Siechtum“.

Selbstbestimmung ist das zentrale Stichwort für den Soziologen Lutz Renken. „Hier geht es um den Kernwert des Humanismus“, sagt der niedersächsische Regionalsekretär des Humanistischen Verbands Deutschlands (HVD). „Wir wenden uns gegen Bevormundung sowohl staatlicher wie auch religiöser Art.“ Der Verband hat schon 1989 einen ersten Vorläufer der heutigen Patientenverfügung erarbeitet. Und seine Patientenverfügungen seien „die mit den weitestgehenden Entscheidungsmöglichkeiten“.

Kürzlich gab es in Renkens Familie die Situation, dass das Leben einer ihm sehr nahestehenden Verwandten davon abhing, ob ihr Mann einer lebensverlängernden Maßnahme zustimmt oder nicht. Diesen Fall hatte die Patientin zuvor „nie eindeutig geklärt“. Die Not der Angehörigen sei „sehr erdrückend und lähmend gewesen“, sagt Renken. Die Patientin sei letztlich „mit viel Glück dem Tod dreimal von der Schippe gesprungen“. Danach habe sie eine Patientenverfügung verfasst und unterschrieben.

Wenn es um Autonomie geht, beschreibt Oliver Dürr „eine neue Selbstbestimmung beim Sterben – nämlich Zeit für sich zu haben“. Auch darauf müsse Palliativmedizin achten: „Die Leute brauchen Zeit und Kraft, zu ordnen, wer sie gewesen sind, wo sie gerade sind und was aus ihnen nach dem Tod wird.“ Was für den Pfarrer zugleich heißt, „dass es auch Selbstbestimmung ist, zuletzt die Selbstverwaltung des Lebens mehr und mehr abzugeben – ohne dass das eine Kränkung der Würde ist“.

Abgeben? An wen? Spätestens jetzt geht es im Gespräch um die Rolle Dritter. Um die Verantwortung der Angehörigen, der Ärzte, der Seelsorger, des Gesetzgebers. „Einfach ist das alles nicht“, bringt Oliver Dürr es auf den Punkt. „Wir scheitern an der Realität.“ Die Diskussionsrunde ist sich einig im klaren Ablehnen

zumindest „einer gewinnorientierten“ (Zitat Lutz Renken) Sterbehilfe.

Zur Rolle der Ärzteschaft verweist Silke Bednarz einerseits darauf, dass die Ärztekammern den ärztlich assistierten Suizid ablehnen. Andererseits „heißt es in Niedersachsen, dass die Ärzte nicht dürfen. Anderswo heißt es: Sie sollen nicht“. Die Medizinerin kritisiert jedoch, „dass die Bundesärztekammer sich damit über bestehendes Recht stellt“. Denn der assistierte Suizid ist in Deutschland nicht strafbar. „Warum redet mir die Kammer da dann noch rein?“

„Die Ärztekammer hat vielleicht eine rote Linie gezogen, die uns als Gesellschaft so nicht bewusst war“, mutmaßt Oliver Dürr. Diese Grauzone sei „erst durch erfolgreiche Palliativmedizin viel deutlicher geworden“. Plötzlich zeigten sich „Interessen wie die der Organisation und der Erwerbsmäßigkeit von Sterbehilfe“. Hier bringt Lutz Renken eine Idee des Humanistenverbands ins Gespräch: „Warum gibt es nicht wie die Schwangeren-Konfliktberatung eine Suizid-Konfliktberatung? Lebensbejahend, aber den Suizidwunsch nicht kategorisch ausschließend.“

„Aber wie groß oder wie klein ist dann der Schritt“, fragt Pfarrerin Hinrichs, „bei der Diagnose einer unheilbaren Krankheit wie etwa ALS gleich anzubieten, Sie haben diese und jene Optionen – einschließlich Sterbehilfe?“ Damit führt das Gespräch zur Politik, zur Debatte im Bundestag. Imke Hinrichs: „Die Diskussion wird viel besser geführt, als ich es erwartet hatte. Viel offener und ziemlich behutsam.“ Sie sehe aber die Gefahr, „dass im Herbst abgestimmt wird – und dann landet das Thema an der Seite.“ Dabei gehe es doch „nicht allein um die Rechtsfrage, sondern um gesellschaftliche Grundfragen der Autonomie und der Menschenwürde“.

Auch Pfarrer Dürr erlebt den politischen Diskurs „als wertvoll“. Der Vorsitzende des Theologischen Ausschusses der Synode der oldenburgischen Kirche meint, „dass die Politik zumindest noch nie in einer so weiten Fläche versucht hat, so sauber miteinander zu reden“. Es werde „die eine politische und die andere ethische Meinung gut beleuchtet“. Und da-



Dr. Silke Bednarz, Pallativ-Medizinerin in Bad Zwischenahn



Pfarrer Dr. Oliver Dürr, Vorsitzender des Theologischen Ausschusses der Synode

bei sei „von liberal bis konservativ alles auf dem Markt“. Und nicht nur die Politik, „auch die Gesellschaft ringt gerade darum, etwas Klarheit zu bekommen“.

Lutz Renken vertritt auch hier eine weitgehende Position: „Die Entwürfe der Parteien kommen liberal rüber – sind aber letztlich doch eine starke Einschränkung der jetzigen Lage.“ Dabei wolle sich die Bevölkerung „ihre Autonomie nicht nehmen lassen“.

Silke Bednarz hält die Medien und eine differenzierte Berichterstattung für wichtig: „Zu viele Leute machen sich gar keine Gedanken darüber. Die vereinbaren dann einen Termin beim Arzt und wünschen sich zwar eine Patientenverfügung – aber der Arzt soll sie ausfüllen.“ Imke Hinrichs nickt: „Das entspricht der Ab-

kürzungsmentalität. Alles muss schnell gehen. Zack – Thema abgehakt.“

Hausärztin Bednarz erlebt in ihrem Alltag, „dass viele Menschen nicht mehr gläubig sind oder sich zumindest nicht mehr so viel von der Religion oder vom Staat verbieten lassen wollen“. Denen sei „die eigene Mündigkeit“ wichtig – und die Gewissheit, „dass ihnen jemand hilft, wenn sie hilflos sind und vielleicht nicht mehr selbst an das entscheidende Medikament rankommen“. Und eben da sei sie als Ärztin gefordert: „Denen würde ich helfen, wenn alle anderen Möglichkeiten der Palliativmedizin ausgeschöpft sind. Aber allen anderen, die rumlaufen können und selbstbestimmt sind, denen würde ich sagen: Macht es doch selbst, wenn ihr es meint.“ Dabei denkt sie an den Journalisten Udo Rei-

ter, der sich – als bekennender Verfechter aktiver Sterbehilfe – im Herbst erschossen hat.

Wobei es beim Thema des assistierten Suizids ausdrücklich nicht um Lebensmüde mit Liebeskummer oder in wirtschaftlicher Not geht. Doch Gemeindepfarrer Dürr betont: „Ich beerdige auch Menschen, die sich das Leben genommen haben. Weil wir wissen, dass es echte Verzweiflungslagen gibt.“ Was eine Vorlage für Lutz Renken ist: „Mir ist es tausendmal lieber, jemand springt dann nicht allein von der Brücke, sondern bittet seinen Arzt um Sterbehilfe.“

„Mir eben nicht“, fällt ihm Silke Bednarz aus besagten Gründen sofort ins Wort. Aber auch Lutz Renken geht es „eigentlich nicht um die 10.000 Suizide pro Jahr“. Aber das führt den Regionalsekretär zurück auf den Vorschlag seines Verbands: „Mit einer qualifizierten Suizid-Konfliktberatung könnten wir bestimmt auch diese Zahl reduzieren.“

Was bleibt als Erkenntnis aus dem offenen und fairen Gespräch, aus der leidenschaftlich und letztlich doch wenig kontrovers geführten Diskussion?

Es geht bei der aktuellen Debatte in Gesellschaft und Politik nicht grundsätzlich um pro oder kontra Suizid. Es geht um sterbensranke Menschen in ihrer letzten Lebensphase. Deren Wille ist wichtig – bezogen auf sich, nicht auf eine Rücksichtnahme Dritten gegenüber.

Zur Relevanz der Diskussion gibt es zwei Positionen. Einerseits seien kaum Patienten wirklich betroffen, zitiert Silke Bednarz die Fachliteratur: „Von 1.000 palliativmedizinisch betreuten Sterbenden verlangt nur ein einziger die Sterbehilfe.“ Und damit sei noch nicht einmal gesagt, „ob er sie dann auch bekommt“.

Andererseits rücke die Diskussion endlich ein Tabuthema in den Fokus der Gesellschaft: nämlich die Notwendigkeit, in Palliativangebote und Hospize zu investieren. Damit Todkranken beim Sterben – und das ist keineswegs ein Widerspruch – bestmögliche Lebensqualität zugesichert werden kann. Gehören doch Sterben und Leben untrennbar zusammen.

Das Gespräch hat Uwe Haring aufgezeichnet.



„Jeder Mensch darf leben!“

Interview mit dem EKD-Ratsvorsitzenden Landesbischof Heinrich Bedford-Strohm zum geplanten Sterbehilfe-Gesetz

Im März haben Sie Ihr Buch „Leben dürfen – Leben müssen. Argumente gegen die Sterbehilfe“ veröffentlicht. Welches ist Ihr Hauptargument?

Im Titel ist das Wort Sterbehilfe so gebraucht worden, wie es in der Öffentlichkeit meistens gemeint ist, nämlich im Sinne von Tötung auf Verlangen oder der Beihilfe zur Selbsttötung. Es gibt verschiedene Formen von Sterbehilfe, die man davon unterscheiden muss. Wenn man aber die vorzeitige Beendigung des Lebens mit diesem Stichwort verbindet, dann ist aus meiner Sicht das Hauptargument schlicht der Respekt vor der Kostbarkeit des Lebens. Wir haben in Deutschland die Kultur des Tötungstabus weit entwickelt. Und wir müssen aufpassen, nicht in eine Situation zu kommen, in der sich ein Mensch dafür rechtfertigen muss, dass er noch leben will.

Welche Reaktionen haben Sie auf Ihr Buch erhalten?

Ganz unterschiedliche. Viele positive, häufig – was mich besonders freut – von Menschen, die täglich mit Sterbenden arbeiten, etwa auf Palliativstationen. Und auch von Menschen, die selbst von einer tödlichen Krankheit betroffen sind oder einen solchen Fall im Familien- oder engen Freundeskreis haben. Aber es gibt auch Reaktionen von Kritikern, die mit mir hadern im Hinblick darauf, ob es die Optionen der Sterbehilfe geben soll. Sie sagen, dass sie die Möglichkeit haben wollen, selbst zu entscheiden. Ich reagiere darauf, indem ich deutlich mache, dass mir das Dilemma bewusst ist. Es sind Fälle darunter, die mir sehr nahegehen. Doch auch sie haben bisher nicht dazu geführt, dass ich meine Meinung ändere. Diese Grenzfälle dürfen nicht dazu führen, eine Selbsttötung als normal erscheinen zu lassen.

In der evangelischen Kirche herrscht Einigkeit über die Schutzwürdigkeit des Lebens an seinem Ende und die Ablehnung des Tötens auf Verlangen. Diesen Konsens legen Sie dar. Gleich-

zeitig aber gehen Sie auf „Dilemmasituationen“ ein, wo Einzelentscheidungen respektiert werden müssten. Lassen Sie da nicht ein Hintertürchen offen?

Ich glaube, dass man nicht jeden einzelnen Fall gesetzlich regeln kann. Mir geht es aber um die Frage, ob es richtig ist, die Assistenz zum Suizid zu organisieren und zu kommerzialisieren. Da sage ich Nein. Es gibt Grenzsituationen, die Ärzte im Umgang mit Patienten und Angehörigen erfahren, die schon jetzt ethisch sehr schwer zu beantworten sind. „Indirekte Sterbehilfe“ wird im Moment rechtlich nicht geahndet, und das ist auch gut so. Die Option aber, das Leben aktiv zu beenden, darf nicht legitimiert werden. Wer dennoch diese Entscheidung fällt, muss das mit seinem Gewissen vereinbaren. Die ethische Maßnahme bleibt klar: menschliches Leben am Ende so zu begleiten, dass niemand auf die Idee kommt, sich selbst töten zu müssen. Die Glaubwürdigkeit der Kirche in dieser Frage hängt eng damit zusammen, dass das Versprechen auf Palliativmedizin und optimale Begleitung am Lebensende wirklich eingelöst wird. Deshalb fordern wir die Politik nachdrücklich auf, sich hier zu bewegen. Und ich bin im Moment sehr optimistisch, dass das passiert.

Politiker um Karl Lauterbach (SPD) und Peter Hintze (CDU) haben einen Gesetzesvorschlag eingebracht, in dem es todkranken Patientinnen und Patienten erlaubt werden soll, mithilfe eines Arztes aus dem Leben zu scheiden. Wird den Ärztinnen und Ärzten da zu viel Spielraum gegeben?

Wir sollten keine Gesetze machen, in denen Bedingungen beschrieben werden, unter denen Beihilfe zum Suizid ausdrücklich gesetzlich legitimiert wird. Man muss sich der normativen Kraft von Gesetzen bewusst sein. Wenn einzelne Bedingungen gesetzlich festgeschrieben werden, dann tritt genau der Fall ein, den ich nicht möchte: dass diese Optionen normal werden. Dabei haben wir noch längst nicht



Heinrich Bedford-Strohm,
EKD-Ratsvorsitzender

alle Wege ausgereizt, den Menschen bis zum Schluss ein würdiges Leben zu ermöglichen. Gerade diejenigen, die in der Palliativmedizin und Sterbebegleitung arbeiten, sprechen sich nicht für die Sterbehilfe aus, denn sie wissen, dass es andere Optionen gibt.

Ihre Befürchtung, Menschen könnten am Lebensende gezwungen werden, sich selbst zu töten, zieht sich wie ein roter Faden durch das Gespräch ...

Nein, ich rede nicht davon, dass sie gezwungen werden. Das wäre Alarmismus. Mir geht es darum, dass es eine schleichende Entwicklung ist, die man erst im Rückblick bemerkt. Wir kennen solche Beispiele vom Beginn des Lebens: Die Pränatalmedizin hat dazu geführt, dass es kaum noch Kinder mit Downsyndrom gibt. Diese Schwangerschaften werden fast schon routinemäßig beendet. Das ist nichts, was man vorher so gezielt überlegt hat – es passiert einfach durch die Nutzung bestimmter Möglichkeiten. Meine Sorge ist nicht unbegründet, denn wir leben in einer Gesellschaft, die sehr stark von ökonomischen Erwägungen geprägt ist. Menschen haben das Gefühl, anderen nur noch zur Last zu fallen, wenn sie nicht mehr produktiv sind. Dagegen müssen wir ein klares Zeichen setzen: Jeder Mensch darf leben!

Sie beschreiben in Ihrem Buch, dass die Ärzte schon heute in einer Grauzone arbeiten. Am Lebensende eines Patienten die richtige Entscheidung zu treffen, setzt ein Vertrauensverhältnis zwischen Patienten, Angehörigen und Ärzten voraus. Ist das auf den Intensivstationen unserer Kliniken überhaupt möglich?

Nach meiner Erfahrung sorgen die Menschen sich nicht, dass ein Arzt ihr Leben vorzeitig beenden könnte. Ihre Angst ist vielmehr, in eine Maschinerie zu geraten, in der ihr Leben künstlich verlängert wird. Tatsächlich gibt es ein krasses Missverhältnis zwischen den Aufwendungen in den Kliniken auf der einen Seite, um das Leben noch um kurze Zeit zu verlängern, und jenen Aufwendungen für eine liebevolle und schmerzstillende Begleitung auf der anderen Seite.

Aber liegt dieses Missverhältnis nicht auch darin, dass unsere Gesellschaft sich nicht mehr mit dem Tod auseinandersetzen mag?

So ist es. Bei intensiver Auseinandersetzung mit dem Tod komme ich wieder zu dem Schluss, dass wir weder das Leben künstlich verkürzen – also ihm selbst ein Ende setzen –, noch vor dem Tod davonrennen sollten. Die Tatsache, dass

Menschen Patientenverfügungen formulieren, ist auch ein Zeichen dafür, den Tod anzunehmen, wenn man sterbenskrank ist, und das Leben zurückzulegen in Gottes Hand.

Gibt es beim Thema Sterbehilfe tatsächlich nur ein Entweder-Oder?

Bei dieser Frage müssen wir klar Position beziehen, gleichzeitig aber sensibel bleiben für die Situation des Einzelnen. Die Klarheit der ethischen Positionierung darf nicht zulasten der Kontextsensibilität gehen. Wenn die Klarheit am Ende nur noch Unbarmherzigkeit ausstrahlt, dann stimmt was mit der Position nicht.

Was wünschen Sie sich im Herbst vom Bundestag?

Ein Gesetz, das die organisierte und kommerzielle Sterbehilfe verbietet. Aber ich glaube nicht, dass wir ein neues Gesetz brauchen, das sich mit dem ärztlich assistierten Suizid beschäftigt, denn die Ärzte gehen damit sehr verantwortlich um. Natürlich müssen wir darauf achten, dass diese Spielräume nicht ausgenutzt werden. Dafür aber brauchen wir kein neues Gesetz.

Das Interview führten Pastor Hans-Werner Kögel und Anke Brockmeyer.



Über die Hilfe zur Selbsttötung

Ethische und theologische Einordnung

Was wird diskutiert?

Die sehr verbreitete Bezeichnung der aktuellen Diskussion als „Sterbehilfediskussion“ ist eigentlich irreführend, denn es geht in dieser aktuellen Debatte nur um einen sehr kleinen Ausschnitt aus dem großen Bereich der Sterbehilfe, nämlich die Hilfe zur Selbsttötung. Alle anderen Bereiche der Sterbehilfe sind nicht Gegenstand der aktuellen Diskussion und sind rechtlich in Deutschland klar geregelt und ethisch weitgehend unstrittig.

Unstrittig ist, dass die *Tötung auf Verlangen* in Deutschland verboten ist und verboten bleibt. Sie wird häufig auch als „aktive Sterbehilfe“ bezeichnet, auch wenn dieser Begriff irreführend ist und darum in der Fachdiskussion als überholt gilt. Denn ob man sich aktiv oder passiv verhält, ist für die rechtliche und ethische Bewertung nicht relevant. Tötung auf Verlangen ist derzeit nur in den Niederlanden, Belgien und Luxemburg unter bestimmten Bedingungen erlaubt.

Unstrittig ist auch, dass das *Zulassen des Sterbens* rechtlich und ethisch immer dann zulässig ist, wenn klar ist, dass eine Patientin / ein Patient eine bestimmte Behandlung nicht will. Beim Zulassen des Sterbens (häufig irreführend als „passive Sterbehilfe“ bezeichnet) geht es um das Unterlassen, Begrenzen oder Beenden lebenserhaltender Maßnahmen, die medizinisch indiziert sind – die also ein rein medizinisch sinnvolles Ziel verfolgen. Kein Mensch darf gegen seinen Willen behandelt werden – auch dann nicht, wenn die Patientin / der Patient durch das Unterlassen, Begrenzen oder Beenden der Behandlung stirbt.

Unstrittig ist auch, dass man als Risiko einer *Therapie am Lebensende* eine lebensverkürzende Nebenwirkung von z.B. schmerzlindernden Medikamenten in Kauf nehmen darf – immer vorausgesetzt, die Patientin / der Patient ist über diese Risiken und Nebenwirkungen informiert und hat zugestimmt.

Diskutiert wird gegenwärtig ausschließlich die Frage nach einer gesetzlichen Regelung der *Hilfe zur Selbsttötung*. Wie bei der Tötung auf Verlangen stirbt die Patientin / der Patient hier nicht an ihrer / seiner Erkrankung, sondern an einer Tötungshandlung.

Im Unterschied zur Tötung auf Verlangen liegt die Tatherrschaft bei demjenigen, der sich selbst tötet. Wenn jemand dafür z.B. von einem Arzt Hilfe in Anspruch nimmt, der ein tödliches Medikament bereitstellt, das die betroffene Person dann aber selber einnimmt, spricht man von Hilfe zur Selbsttötung. Nach gegenwärtiger Rechtslage ist Hilfe zur Selbsttötung keine Straftat.

Lange war strittig, ob Ärztinnen und Ärzte ihre besondere Garantenstellung gegenüber einer Patientin / einem Patienten verletzen, wenn sie nach vollzogener Selbsttötung nicht lebensrettend eingreifen. Inzwischen ist aber allgemein anerkannt, dass bei einem eindeutig freiverantwortlichen Suizid keine Interventionspflicht besteht – auch nicht für Ärztinnen und Ärzte. Allerdings ist Ärztinnen und Ärzten die Hilfe zur Selbsttötung in zehn von 17 Landesärztekammern *berufsrechtlich* verboten.

Die freiverantwortlichen Suizide, um die alleine es hier geht, sind die Ausnahme von der Regel: Die allermeisten Suizide (ca. 90-95 %) sind keine freie Entscheidung, sondern z.B. Symptom einer psychischen Störung. Das heißt, die gesamte Diskussion dreht sich gegenwärtig allein um die wenigen Fälle, in denen Menschen freiverantwortlich ihr Leben beenden wollen, z.B. angesichts eines zu erwartenden schweren (tödlichen) Krankheitsverlaufes, und dabei Hilfe in Anspruch nehmen wollen. Da dies in Deutschland strafrechtlich bisher nicht verboten ist, kann es in der aktuellen Diskussion nicht um eine Liberalisierung des Rechts gehen. Alle Positionen, die im politischen Kontext derzeit disku-



Pastor Dr. Michael Coors,
Theologischer Referent, ZfG



tiert werden, fordern eine Verschärfung des Strafrechts.

Im Wesentlichen gibt es drei Positionen:

- 1) Es wird ein Verbot der geschäftsmäßigen (d.h. der organisierten) Suizidhilfe gefordert.
- 2) Die Tätigkeit von Vereinen, die Suizidhilfe anbieten, soll einer rechtlichen Regelung unterworfen werden, aber ohne dass man diese Vereine verbietet.
- 3) Suizidhilfe soll grundsätzlich verboten werden, aber für bestimmte Ausnahmen soll es eine klar geregelte Zulässigkeit der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung geben. Damit wären die aktuell geltenden berufsrechtlichen Verbote ausgehebelt.

Die Position der Evangelischen Kirche in Deutschland: Theologische Argumente

In dieser Diskussion über die Hilfe zur Selbsttötung hat sich die Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) bereits 2008 in der Orientierungshilfe „Wenn Menschen sterben wollen“ positioniert (Sie finden diesen und andere Texte aus der evangelischen Kirche zu medizinethischen Themen auf www.ev-medizinethik.de). Grundsätzlich geht die EKD davon aus, dass es im christlichen Verständnis zum menschlichen Leben gehört, sich auch in Leid und Krankheit von Gott führen zu lassen. Im Hintergrund steht dabei die

christliche Überzeugung vom Leben als schöpferische Gabe Gottes, aus der allerdings keine Verpflichtung zum Leben und damit ein Verbot jeglichen Suizids folgt. Vielmehr ergibt sich aus dieser Überzeugung, dass es vorrangig darum gehen muss, Menschen, die sich selbst töten wollen, Wege zum Leben aufzuzeigen und gemeinsam nach Alternativen zum Suizid zu suchen.

Dazu gehört auch die Möglichkeit, eine gute palliative und hospizliche Versorgung anbieten zu können – ohne dass man behaupten kann und sollte, damit ließen sich alle Suizidwünsche beantworten.

Auch bei optimaler palliativer und hospizlicher Versorgung wird es noch Wünsche nach Suizidhilfe geben, allerdings sicherlich deutlich weniger als ohne solche eine Versorgung. Wichtig scheint mir zudem über die palliative und hospizliche Versorgung hinaus eine deutliche Verbesserung der allgemeinen Situation der Pflege, denn davon sind noch weit mehr Menschen betroffen.

Damit wird zunächst eine Aussage darüber getroffen, was in der individuellen Begegnung mit einer / einem Suizidwilligen das Erstrebenswerte ist: nämlich den Suizid zu vermeiden. Das heißt aber nicht, dass dieses Erstrebenswerte immer erreichbar ist. Vielmehr wird man „auch zu respektieren haben, wenn ein anderer

in solcher Lage zu der Entscheidung gelangt, sein Leben zu beenden, und wenn Dritte ihm dabei helfen, auch wenn man selbst dies nicht bejahen kann oder tun könnte“ (EKD: *Wenn Menschen sterben wollen*, 2008, S. 29).

Die Position der EKD ist also, dass es zum christlichen Verständnis des menschlichen Lebens gehört, dieses Leben auch in Situationen des Leidens noch als Gabe aus Gottes Hand anzunehmen. Weil es aber auch zum christlichen Verständnis des Lebens gehört, Scheitern im und ggf. auch am Leben zuzulassen, kann es nicht um ein kategorisches Verbot der Selbsttötung oder auch der Hilfe zur Selbsttötung gehen. Vielmehr ist Hilfe zur Selbsttötung als eine Form der Kapitulation angesichts der Ausweglosigkeit einer Leidenssituation durchaus zu akzeptieren und nicht im Letzten rechtlich zu regeln.

Andererseits kann Hilfe zur Selbsttötung dann aber nur die Ausnahme von der Regel sein, und jede Form der organisierten, geschäftsmäßig angebotenen Suizidhilfe widerspricht diesem Gedanken der Ausnahmesituation. Darum hat die EKD schon 2008 ein Verbot von Suizidhilfevereinen gefordert.

*Pastor Dr. Michael Coors,
Theologischer Referent, Zentrum für
Gesundheitsethik (ZfG), Hannover*

| Veranstaltungshinweis



Unter dem Motto „**Dein Wille geschehe!** – **Optionen in der aktuellen Debatte um die Sterbehilfe**“ lädt die Evangelische Akademie Oldenburg am **3. September, 19 Uhr**, zu einer Diskussionsveranstaltung ein. An ihr nehmen teil Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert (Universität Münster), Prof. Dr. Michael Schwarz-Eywill (Oldenburg), Dr. Michael Coors (Hannover) und der Vizepräsident des Humanistischen Verbands Deutschlands, Niedersachsen, Eckhard Kühl (Hannover). Die Moderation und Leitung hat der Beauftragte für Ethik und Weltanschauungsfragen der oldenburgischen Kirche, Pfarrer Olaf Grobleben. Der Veranstaltungsort wird noch bekannt gegeben. **Weitere Informationen unter: www.akademie-oldenburg.de**

Das ist mir wichtig

Kurzstatements von Menschen aus dem Oldenburger Land zum Thema Tod und Sterben

„Lebensqualität hat viele Gesichter“

Bei den intensiven Gesprächen sowie in den täglichen Begegnungen mit betroffenen Eltern bin ich immer wieder tief beeindruckt von der bedingungslosen Liebe und Lebensbejahung gegenüber ihren schwer erkrankten Kindern trotz der sehr herausfordernden Situation. Der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe ist mir in meiner Arbeit noch nicht begegnet. Das Wichtigste für die Eltern ist, dass ihr Kind sich wohlfühlt und so wenig wie möglich leidet. Jeder gute Tag ist ein Geschenk für die ganze Familie. Sollte bei den Eltern der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe bei ihrem Kind auftreten, so ist es eine wesentliche Aufgabe in der Hospizarbeit, mit den Eltern offen darüber zu sprechen. Indem wir um die Befürchtungen und die Beweggründe wissen, können wir Möglichkeiten aufzeigen und helfen, die für die Eltern als unerträglich empfundene Situation zu verändern und das Leid zu lindern. Die Kinder und jungen Erwachsenen im Kinder- und Jugendhospiz haben mich gelehrt: Lebensqualität hat viele Gesichter.

Karen Wauschkuhn, Diplompädagogin im Kinderhospiz Wilhelmshaven

Zur Person

Die Diplompädagogin und Case Managerin Karen Wauschkuhn betreut Familien mit unheilbar erkrankten Kindern im Angelika Reichelt Kinder- und Jugendhospiz Joshuas Engelreich in Wilhelmshaven.

Jeder soll selbst bestimmen können, wann und wie er sterben möchte

Im Interview erzählte mir Frau M. (64 Jahre), dass sie Angst habe vor dem Sterben; vor allem aber, starke Schmerzen erleiden zu müssen. Nachdem sie die Diagnose bekam, hatte sie die Gedanken, nicht mehr leben zu wollen. Fr. M. sagte aber auch, dass sie sehr gläubig sei und daher der assistierte Suizid keine Option

wäre. „Ich bring das gar nicht fertig, das mir bereitgestellte Medikament einzunehmen, und ich möchte schon gar nicht jemanden dort mit hineinziehen.“

Frau M. würde es dennoch befürworten, wenn sowohl der assistierte Suizid als auch die aktive Sterbehilfe in Deutschland legalisiert werden würde. „Auch, wenn das kein Thema für mich ist, kann ich mir gut vorstellen, dass Menschen, die eine schwere Krankheit haben und an starken Schmerzen leiden, nicht mehr leben wollen.“ Sie ist der Meinung, jeder solle dann selbst bestimmen können, wann und wie er sterben möchte.

Aufgezeichnet von Petra Raaf-Doudou, Koordinatorin im ambulanten Hospizdienst Oldenburg

In würdigem Umfeld den Tod er-LEBEN

Seit 20 Jahren existiert das Hospiz St. Peter in Oldenburg. Seitdem sind dort mehr als 2.000 Menschen verstorben. Sie sowie ihre An- und Zugehörigen brauchen in dieser für sie so schwierigen Zeit intensive Zuwendung und Beistand in vielerlei Hinsicht.

Dabei ist es die absolute Ausnahme gewesen, dass um Sterbehilfe gebeten worden ist. Dagegen aber vor allem um Leidenslinderung und zugewandte Begleitung.

Aus meiner Sicht bedarf es keiner Gesetzesänderung. Es bedarf aber sehr viel mehr Menschen in der Pflege und der Medizin mit einer fundierten palliativen Ausbildung und einer hohen sozialen Kompetenz – damit das möglich werden kann, wonach sich die meisten Menschen wirklich sehnen: Ohne vermeidbares Leid und in würdigem Umfeld den Tod er-LEBEN.

Anna Wiechmann-Faida, Geschäftsführerin Hospiz St. Peter Oldenburg



Karen Wauschkuhn, Diplompädagogin im Kinderhospiz Wilhelmshaven



Anna Wiechmann-Faida, Geschäftsführerin Hospiz St. Peter Oldenburg



Ich bin dankbar für jeden Tag

„Mir wurde im Februar 2014 von einem lächelnden Arzt zwischen Tür und Angel mitgeteilt, dass sie für mich nichts mehr tun könnten. Ich hätte ja schon Knochen- und Lebermetastasen. Mir würde nicht mehr viel Zeit bleiben. Hätte mir nach dieser Mitteilung damals ein Arzt / eine Ärztin ein Medikament angeboten, das meinen Tod herbeiführt, hätte ich es genommen.“

Ich bin heute gegen die Legalisierung des assistierten Suizids. Ich bin dankbar für jeden Tag. Ich habe eine sehr positive Einstellung zum Leben gewonnen. Mich hat letztes Jahr die Option beruhigt, dass ich als letzte Möglichkeit eine terminale Sedierung bekommen kann. Ansonsten denke ich, dass das eine sehr persönliche Angelegenheit ist.“

*Frau G. (52 Jahre)
Aufgezeichnet von Petra Raaf-Doudou,
Koordinatorin im ambulanten Hospizdienst
Oldenburg*

Die „spirituelle Patientenverfügung“ hilft mir

Als Krankenschwester habe ich viele Jahre auf einer Intensivstation, fünf Jahre in einer Hausarztpraxis und seit 19 Jahren in der ambulanten Pflege gearbeitet. Ich habe eine Zusatzausbildung in Palliativpflege absolviert und bin ehrenamtliche Hospizbegleiterin. Mir sind viele Menschen mit schlimmsten Diagnosen begegnet. Ich habe Menschen in ihrer letzten Lebensphase gepflegt, sie im Sterben begleitet, um sie getrauert. Diesbezüglich habe ich in bewegenden Gesprächen mit Angehörigen erfahren, was Achtung und Wertschätzung in diesem Zusammenhang bedeuten kann. Ich habe erlebt, welche Dimensionen Ängste und auch Sterbenswünsche einnehmen können.

Aber ich habe auch Grenzen in diesem Zusammenhang anerkennen müssen. Schwerstkranken Menschen mit sehr belastenden Symptomen wie Übelkeit, dauernder Müdigkeit oder auch mit sehr starken Schmerzen haben mir oft bestätigt, dass die individuelle Fürsorge und Pflege mit einer guten Symptomkontrolle, der Nähe eines Menschen, der Anerkennung und Wertschätzung von Spiritualität und dem Wissen um die Versorgung der Angehöri-

gen zur Verbesserung der Lebensqualität in den letzten Tagen und Stunden beitragen können.

Für mich ganz persönlich habe ich im Laufe dieser Zeit erkannt, dass eine individuelle Hilfe und Begleitung gemäß dem Konzept der „Palliative Care“ für mein Lebensende eine erstrebenswerte Richtung sein wird. Insbesondere die „spirituelle Patientenverfügung“ von Franco Rest hilft mir sehr, mich mit den Bedürfnissen, meinen Wünschen und Vorstellungen vom Leben vor dem Tod auseinanderzusetzen.

In diesem Zusammenhang würde die aktive Sterbehilfe für mich bedeuten, dass die gezielte Herbeiführung meines Todes alles verhindert, was eine gute und qualifizierte palliative Versorgung noch ausrichten könnte. Dies würde auch gegen meine Vorstellung von menschlicher und christlicher Ethik sprechen. Die aktive Sterbehilfe wird in meiner Patientenverfügung keinen Raum finden. Hilfe beim Sterben kann und darf nur Lebenshilfe sein. Denn ich möchte bis zum Schluss leben können.

*Regina Logemann,
Geschäftsführung Pflege, Diakonie-Sozialstationen im Oldenburger Land gGmbH*



*Regina Logemann, Geschäftsführung
Pflege, Diakonie-Sozialstationen im
Oldenburger Land gGmbH*

Assistenz und Gewissen

Suizidassistenz kann niemals ärztliche Aufgabe sein

„Ich möchte nicht als Pflegefall enden, der von andern gewaschen, frisiert und abgeputzt wird... Ich möchte bei mir zu Hause, wo ich gelebt habe und glücklich war, einen Cocktail einnehmen, der gut schmeckt und mich dann sanft entschlafen lässt“, schrieb der ehemalige MDR-Intendant Udo Reiter am 3. Januar 2014 in der Süddeutschen Zeitung. Wohlkalkuliert war das, weil es die Angst vor einem Leben in Abhängigkeit mit dem Gedanken der Befreiung durch einen assistierten Suizid verband. Die schon seit Jahren immer wieder geführte Debatte um die Suizidbeihilfe bekam erneuten Aufschwung.

Franz Müntefering brachte es einen Tag später auf den Punkt: „Hier soll aus der Angst vor dem unsicheren Leben ein sicheres Ende gesucht und der präventive Tod zur Mode der angeblich Lebensklügsten gemacht werden.“ (Süddeutsche Zeitung vom 4.1.2015). Aber in den Stellungnahmen der Suizidbefürworter geht es noch um mehr: Hier wird der Suizid zu einem Akt der Freiheit und das Leben unter den Bedingungen von Krankheit und Pflegeabhängigkeit zu einem unwürdigen Leben. Das erscheint mir das Gefährliche an dieser Debatte zu sein.

Für die seit vielen Jahren eher im Stillen arbeitende Suizidprävention ist diese Diskussion ein Alarm. Die Suizidprävention hat erkannt, dass ein Suizidwunsch nicht gleich der Ausdruck eines unbedingten Willens zu sterben ist. Vielmehr ist er ein Ausdruck davon, unter den derzeitigen Umständen nicht weiter leben zu wollen. Prävention setzt deshalb an diesen Umständen an, am rechtzeitigen Aufspüren von Isolation, Vereinsamung und Sinnentleerungserleben, an der Aufklärung über Hilfsmöglichkeiten, an den psychosozialen Hilfen und Gesprächsangeboten, an krankheitsbedingten Risiken wie Depressionen, sowie an umweltbezogenen Faktoren wie Verarmung, Mitteilen von infausten Diagnosen, Zeugnisausgabe an den Schulen.

Der Rückgang der Suizidzahlen von über 12.000 im Jahr 2003 auf 9.865 im Jahr 2012 wird auf den Erfolg solcher Präventionsmaßnahmen zurückgeführt. Untermauert wird damit die These, dass der Suizid ganz überwiegend die Folge von psychischer oder sozialer Not ist, also von behandelbaren und behebbaren Faktoren.

Die Befürworterinnen und Befürworter der Suizidassistenz wenden meist ein, dass der wachsende Anteil der Suizide alter Menschen, insbesondere alter Frauen, die hohe Zahl bilanzierender, vernünftiger und damit assistenzberechtigter Suizide belege. Aber ist nicht gerade das Ansteigen dieser Suizide ein Zeichen sich zuspitzender sozialer Probleme im Alter (wirtschaftliche Not, Einsamkeit) und besonders hervortretender psychischer Probleme? Die klassische Aufteilung in Appell-Suizide oder Suizidversuche in Überlastungs- oder Schocksituationen und psychischen Krisen auf der einen Seite und Bilanzsuizide aufgrund einer überlegten, vernünftigen Lebensbilanz auf der anderen Seite ist in der Fachdiskussion lange aufgegeben.

Jede Selbsttötung, auch die in größter seelischer Not, habe einen Freiheitsanteil, sei aber auch im Falle vernünftiger Begründungen nie wirklich frei, hat der Psychiater Klaus Dörner schon vor vielen Jahren festgestellt – eine Erkenntnis, die die Befürwortenden der Suizidbeihilfe, die sich stets auf „vernünftige Suizide“ und auf „Freiverantwortlichkeit“ beziehen, völlig unberührt lässt.

„Aufklären, Hilfen bereitstellen und Leiden wirksam behandeln, statt assistierter Suizid“ heißt die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention. Damit ist umrissen, was wirklich getan werden muss. Eindringlich wird vor der öffentlichen Anerkennung „berechtigter Suizide“ gewarnt, wie sie die Debatte derzeit laufend liefert. Dadurch – so die



Zur Person:

Michael Wunder, geb. 1952, Dr. phil., Dipl.-Psychologe und psychologischer Psychotherapeut; Leiter des Beratungszentrums der Evangelischen Stiftung Alsterdorf in Hamburg, einer Einrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung; Leiter eines Entwicklungshilfe-Projektes der Behindertenhilfe und Psychiatrie in Rumänien; Autor zahlreicher Beiträge zur Medizin im Nationalsozialismus, Behindertenhilfe, Biomedizin und Bioethik, Mitglied der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ in der 14. und 15. Legislaturperiode im Deutschen Bundestag, seit 2008 Mitglied des Deutschen Ethikrats



Erfahrung der Suizidprävention – erhöhe sich das Risiko der Nachahmungstäter, insbesondere für Menschen in labiler Stimmungslage oder verzweifelt erlebter Situation.

Gewarnt wird auch vor jeder Erleichterung des Zugangs zu Suizidmitteln. Man könne nicht Brücken und Hochhausbalustraden sichern oder die Waffengesetze verschärfen und gleichzeitig den Zugang zu Tötungsmedikamenten erleichtern, wenn man es mit der Prävention ernst meine. Die Argumente aus der Suizidprävention verdienen in der gegenwärtigen Debatte ein sehr viel größeres Gewicht. Deshalb hat der Deutsche Ethikrat auch seine Vorschläge zur Regelung der Suizidbeihilfe nicht nur mit der Empfehlung zum Ausbau der palliativen Angebote, sondern auch zur gesetzlichen Stärkung der Suizidprävention verbunden.

Eine Erkenntnis aus der Suizidprävention scheint mir besonders wichtig: Viele Suizidenten haben, wie jetzt in einer Studie nachgewiesen, kurz vor ihrem Suizidversuch eine Ärztin / einen Arzt aufgesucht, ihr / ihm aber vom Suizidwunsch aus Angst, nicht verstanden oder gar psychiatrisiert zu werden, nicht berichtet. Die Tabuisierung des Themas Suizid muss aufhören. Nicht nur in Arztpraxen, aber eben auch dort, muss frei und ohne Angst darüber gesprochen werden können. Was aber noch lange nicht heißen kann, dass dann dort die Suizidassistenten zur freien Wählbarkeit neben Palliation oder Heilbehandlung angeboten wird.

Im Gegenteil: Ärztliche Verantwortung bedeutet, dass das Leben einen unverfügbaren Wert hat, der geschützt werden muss. Das vertrauensvolle Arzt-Patient-Verhältnis begründet sich aus der Erfahrung der Patientin / des Patienten, dass die Ärztin / der Arzt der Garant der Heilung und des Lebens ist. Für die Patientin / den Patienten mag die Bitte, auf dieser Grundlage jetzt das tödliche Medikament zu besorgen, vielleicht noch kein Bruch des bisherigen Verhältnisses sein.

Für die Ärzteschaft, die damit hilft, den Tod einer Patientin / eines Patienten herbeizuführen, kann diese Bitte aber

zu existentiellen Gewissenskonflikten führen. Wie soll sie ihr bisheriges Tun, das auf Heilung und Linderung von Schmerzen, auf die Unterstützung zu dem noch bestmöglichen Leben ausgerichtet war, mit dem geforderten Handeln, das bestwirksame Tötungsmittel zu verordnen, in Übereinstimmung bringen? Wie frei ist die Ärzteschaft, Nein zu sagen, wenn solche Dienste öffentlich als ärztliche Aufgabe deklariert würden?

Der rechtliche Grundsatz, wenn die Tat straffrei ist, kann die Beihilfe dazu nicht strafbar sein, ist zwar juristisch eine klare Linie. Ethisch beginnen aber hier erst die Probleme der Assistierenden. Die Assistierenden haben eine eigene Verantwortung. Sie beurteilen, wie „freiverantwortlich“ der Suizident wirklich handelt. Sie sind es, die das Suizidmittel bereitstellt. Sie müssen ihr Fachwissen einsetzen, damit das Mittel auch wirksam ist. Sie informieren über die noch bestehenden Alternativen. Sie übernehmen auch die Verantwortung für die Durchführungsbedingungen der Suizidhandlung. Sie setzen sich auch dem Risiko aus, handeln zu müssen, wenn der Suizident die Mittel beispielsweise

aus plötzlich einschließender Angst nicht ganz nimmt. Müssen sie dann nachhelfen (und zum Täter einer Tötung auf Verlangen werden) oder müssen sie die Rettung einleiten? Wenn eine Ärztin / ein Arzt dies alles auf sich nimmt, kann das nur eine Handlung in einem singulären Notfall sein.

Leider treiben wenige Wortführende die Politik und die verfasste Ärzteschaft derzeit vor sich her. Der Gesetzgeber sollte sich aber nicht beirren lassen. Vor dem Hintergrund, dass der Suizid in aller Regel ein Hilferuf ist und nie ein Akt vollständiger Freiheit, und unter Berücksichtigung, dass die Suizidassistenz die Assistierenden in einen tiefen Gewissenskonflikt und ein Spannungsverhältnis zwischen Heilaufrag und Tötungshandeln stürzen wird, ist vor einer Legalisierung durch den Gesetzgeber eindringlich zu warnen. Der Gesetzgeber sollte aber Angebote von Suizidbeihilfe verbieten, die auf Wiederholung angelegt sind, öffentlich erfolgen und damit den Anschein der Normalität hervorrufen.

Dies geschieht leider nicht, wenn man die gewerbsmäßige Suizidbeihilfe unter

Strafe stellt, also die kommerzielle Suizidbeihilfe verbietet, weil man damit die nicht-kommerzielle Suizidbeihilfe aufwertet. Unter Strafe gestellt werden muss schon die geschäftsmäßige oder organisierte Suizidbeihilfe, weil diese neben der kommerziellen auch die nicht-kommerzielle, aber auf Wiederholung angelegte und öffentlich angebotene Suizidbeihilfe umfasst.

Angesichts der Tatsache aber, dass es zugespitzte Einzelfälle geben kann, die eine Ärztin / ein Arzt als solch außergewöhnliche Notfälle betrachtet, dass sie / er sich veranlasst sieht, gegen alle Regeln zu handeln, wäre es wünschenswert, mit den Sanktionen bei Verstoß gegen ärztliches Grundverständnis oder das Berufsrecht, soweit dieses durch Beschluss der Landesärztekammern klare Verbotsregelungen enthält, klug umzugehen. Eine solche Praxis wäre auch die in meinen Augen korrekte Anerkennung der Tatsache, dass die Suizidassistenz zwar niemals ärztliche Aufgabe sein kann, aber Gewissensentscheidungen im zugespitzten Einzelfall tolerabel sind.

Michael Wunder

Buchtipps

Todtraurig und lebenslustig

Kann, darf ein Buch über den Tod lustig sein? Mit „Sonntags bei Sophie“ ist Clara Sternberg die Gratwanderung gelungen, ein anrührendes, todtrauriges Buch zu schreiben, dessen liebevoller Humor und witzige Wendungen immer wieder ein Lächeln auf die Lippen zaubern.

Sensibel beschreibt sie, wie drei beste Freundinnen damit umgehen, dass eine von ihnen – Sophie – unheilbar an Krebs erkrankt ist und nur noch wenige Monate zu leben hat. Sie hat sich entschieden: Keine Klinikaufenthalte und qualvollen Behandlungen. Sophie will die Zeit, die ihr noch bleibt, im Kreise ihrer Lieben verbringen. Ab jetzt sind die Sonntage für die drei Freundinnen reserviert, und immer häufiger gelingt

ihnen ein Stückchen Normalität. Sophie steckt voller Lebensmut, denn sie hat ein großes Ziel: die Geburt von Melanies Tochter zu erleben.

Mit ihrem Lebenswillen und ihrer Direktheit gibt sie auch ihren Freundinnen die Kraft, die letzten Monate intensiv und ehrlich zu erleben und den Mut, irgendwann loszulassen.

Anke Brockmeyer

**Clara Sternberg:
Sonntags bei Sophie,
Aufbau-Verlag, 9,99 Euro**



Debatte zur Beihilfe zum Suizid

Im Herbst debattiert der Deutsche Bundestag ohne Fraktionszwang

Im Kern geht es in der Bundestagsentscheidung um die Frage, ob ein Mensch fremde Hilfe in Anspruch nehmen darf, wenn er sein Leben freiwillig beenden will. Weil das Thema ethisch höchst unterschiedlich bewertet wird, haben die Parteien den Fraktionszwang aufgehoben. Derzeit kristallisieren sich fünf zum Teil nur in Nuancen unterschiedliche Positionen heraus, die in einigen Fällen von Vertreterinnen und Vertretern unterschiedlicher Parteien zusammen beworben werden.

Einig sind sich alle Gruppen in der Sorge, dass sich alte und kranke Menschen für einen Suizid entscheiden könnten, um nicht ihren Angehörigen oder der Gesellschaft zur Last zu fallen. Einmütig fordern die Abgeordneten von der CSU bis zu den Linken, dass die Hospizbewegung gestärkt und die Palliativmedizin bekannter werden muss. Schon jetzt sei die Gesetzeslage so, dass „niemand zum Sterben in die Schweiz fahren muss“, wie es in einem Positionspapier heißt. Deutlich ist auch, dass die Beihilfe zum Suizid nur bei Menschen zur Anwendung kommen soll, die an einer unheilbaren und zwingend zum Tod führenden Krankheit leiden. In einigen Positionen wird zudem betont, dass in diesen Fällen auch die Palliativmedizin an ihre Grenzen zur Schmerzlinderung kommen müsste. Vier der fünf Positionspapiere sprechen sich klar gegen Sterbehilfevereine aus und fordern ein Verbot. Einzig die Gruppe um die Grünen Renate Künast, Kai Gehring und Petra Sitte (Linke) können den Vereinen etwas Positives abgewinnen. Wer Hilfe suche, müsse auch mit unbeteiligten Dritten über einen möglichen Suizid sprechen können. Doch auch sie lehnen wie alle anderen Gruppen die organisierte, geschäftsmäßige Beihilfe zum Suizid ab.

Einig sind sich alle Gruppen darüber, dass Ärztinnen und Ärzte nur freiwillig und unter Auflagen beim Suizid einer Patientin / eines Patienten assistieren sollen. Vier der Positionen wollen die Assistenz auch den Angehörigen oder nahestehenden Personen ermöglichen. Zu ihnen könnten auch Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte gehören, die über eine lange Zeit ein Vertrauensverhältnis mit den Patienten entwickelt haben. Lediglich die Gruppe um Peter Hinze (CDU), Carola Reimann (SPD) und Karl Lauterbach (SPD) wollen einzig und allein Ärztinnen und Ärzte beim Suizid assistieren lassen.

Position 1:

Die erste Position wird von einer Gruppe um die Grünen-Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg und Harald Terpe (Rostock) vertreten. Die Gruppe warnt davor, den assistierten Suizid als normales Dienstleistungsangebot oder gar als eine Form der gesundheitlichen Vorsorge von Kranken und Pflegebedürftigen zu etablieren. Der gesellschaftliche Druck auf alte, kranke und pflegebedürftige Menschen, diese Option in Anspruch zu nehmen, würde unweigerlich steigen. Über kurz oder lang müsse dann die Gesellschaft klären, ob in solchen Fällen nicht auch die Tötung auf Verlangen zugelassen werden müsste. Darum fordert die Gruppe, die Arbeit professioneller Organisationen wie „Sterbehilfe Deutschland“ oder „Dignitas“ zu verbieten. Auch eine institutionalisierte ärztliche Suizidbeihilfe wird konsequent abgelehnt. Die regelmäßige und auf Wiederholung angelegte, also die geschäftsmäßige Beihilfe zum Suizid, müsse bestraft werden, wenn es keine nahe Beziehung zwischen dem Sterbewilligen und dem „Dienstleister“ gibt. Auch die Werbung für solche Dienstleistungen solle unter Strafe gestellt werden.

Angehörige oder nahestehende Personen, die einem Sterbewilligen bei seinem Entschluss unterstützten, sollen dagegen straffrei bleiben. Das soll allerdings nur dann gelten, wenn sie nicht aus eigennütigen Motiven handeln. Zu den nahestehenden Personen sollen auch Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige anderer Heilberufe zählen, die den Sterbewilligen über eine lange Zeit behandelt haben und deren Unterstützung ein Ausdruck eines engen Vertrauens- und Fürsorgeverhältnisses ist. Wer sonst zu den nahestehenden Personen gehören soll, bleibt unklar.

Link zum Positionspapier: www.gruene-bundestag.de/fraktion/fraktion-aktuell/suizidbeihilfe/vorschlag-fuer-eine-moderate-strafrechtliche-regelung-der-suizidbeihilfe_ID_4393282.html

Position 2:

Die zweite Gruppe wird von den Grünen-Abgeordneten Renate Künast und Kai Gehring sowie von Petra Sitte (Linke) vertreten. Die Gruppe plädiert für die Beibehaltung der gültigen Rechtsprechung. Für Angehörige, Nahestehende, Ärztinnen und Ärzte sowie Sterbehilfevereine soll die Beihilfe zum Suizid weiterhin strafflos bleiben. Wer sich für einen Suizid entscheide, dürfe nicht von anderen Menschen nach deren moralischen oder religiösen Kriterien bewertet werden, so der Entwurf. Im Kern würde sonst auch die Tat selbst als moralisch verwerflich bewertet werden. Die Entscheidung über den eigenen Tod gehöre zu einer selbstbestimmten Leben dazu.

Patientinnen und Patienten sollten sich mit Ärztinnen und Ärzten ihres Vertrauens ergebnisoffen austauschen können. So solle eine eigenverantwortliche Entscheidung unterstützt werden. Ärztinnen und Ärzte sollten weiterhin Beihilfe zum Suizid leisten dürfen, ohne dass ihnen daraus Nachteile entstehen.

Auch Vereine sollten nach Ansicht der Gruppe Beratung und Hilfe anbieten dürfen. Viele Menschen wollten lieber mit Dritten über den möglichen Suizid sprechen, um Angehörige und Freunde nicht zu belasten. Es wäre falsch, Einzelpersonen zwingend immer für vertrauenswürdiger zu halten als gemeinnützige Vereine.

Auch im persönlichen Nahbereich existiere zumindest theoretisch die Gefahr des Missbrauchs. Allerdings sollten Sterbehilfevereine klaren Regeln unterworfen werden: Aus der Beihilfe zum Suizid dürfe kein Kapital geschlagen werden. Außerdem müssten Transparenzregeln durch eine Dokumentation eingehalten werden.

Link zum Positionspapier: www.renate-kuenast.de/w/files/papiere/mehr-fuersorge-statt-mehr-strafrechl_positionspapier-sterbehilfe_.pdf

über Parteiliniengrenzen hinweg

über die vielleicht wichtigste Entscheidung im Leben eines Menschen.

Position 3:

Die dritte Gruppe wird vertreten durch die Abgeordneten Claudia Lücking-Michel (CDU), Michael Brand (CDU) und Michael Frieser (CSU). Diese Gruppe betont, dass Menschen in ihrer letzten Lebensphase besonders schutzbedürftig seien. Sterbehilfevereine und andere Organisationsformen „zur Förderung der Selbsttötung oder der Beihilfe zum Suizid“ werden grundsätzlich abgelehnt. Dabei sei es ohne Bedeutung, ob der Verein sein Angebot geschäftsmäßig betreibt, also damit Geld verdienen will, oder nicht. Auch die Werbung für solche Vereine sollte verboten werden. Ebenso lehnt die Gruppe die organisierte ärztliche Assistenz beim Suizid ab. Jegliche Form einer organisierten Unterstützung könne Menschen drängen, sich für einen Suizid zu entscheiden.

In der Debatte werde das Thema stets auf extreme Ausnahmefälle verengt. Doch so drohe ein gesellschaftlicher Paradigmenwechsel, der die organisierte Beihilfe zu einer scheinbar normalen Behandlungsoption mache. Im Ergebnis sei dies eine Öffnungsklausel hin zu einem Töten auf Verlangen. „Jeder Mensch hat das Recht an einer helfenden Hand, statt durch eine Hand zu sterben“, heißt es in dem Positionspapier der Gruppe.

Die geltende Gesetzeslage sichere Patientinnen und Patienten zu, dass niemand gegen seinen Willen eine ärztliche Behandlungsmaßnahme hinnehmen müsse. Auch der Suizid stehe nicht unter Strafe. Ärztinnen und Ärzte werde schon jetzt die Straffreiheit garantiert, wenn sie sich im Einzelfall nicht anders zu helfen wüssten, als dem Wunsch einer Patientin / eines Patienten nach Unterstützung bei einer Selbsttötung nachzukommen.

Link zum Positionspapier: www.epenportal.de/web/datapool/storage/files/100329/Begleiten%20statt%20Beenden%20-%20Schutz%20der%20W%C3%BCrde%20am%20Ende%20des%20Lebens%20-%20Positionspapier%20Suizidbeihilfe%20Palliativ-%20und%20Hospizversorgung.pdf

Position 4:

Die Gruppe wird vertreten von Peter Hinze (CDU), Carola Reimann (SPD), Karl Lauterbach (SPD), Burkhard Lischka (SPD), Katherina Reiche (CDU) und Dagmar Wöhl (CSU). Diese Gruppe vertritt die Auffassung, dass nur Ärztinnen und Ärzte unter strengen Auflagen bei einem Suizid helfen dürfen. Ein Verbot des assistierten Suizids wäre ein Verstoß gegen die Menschenwürde, weil dann aus dem Schutz menschlichen Lebens ein staatlicher Zwang zum Leiden würde. Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten bräuchten eine Rechtssicherheit.

Grundbedingung für die Unterstützung bei der Selbsttötung müsse sein, dass die Patientin / der Patient an einer unheilbaren und zum Tode führenden Krankheit extrem leidet und eine palliative Behandlung nicht mehr angezeigt ist. Die Diagnose müsse eindeutig sein und von einer zweiten Ärztin / einem zweiten Arzt

bestätigt werden. Bei psychischen Erkrankungen oder einem anderweitigen Wunsch zur Beendigung des eigenen Lebens dürfe die Ärztin / der Arzt den Suizid nicht unterstützen. Außerdem müsse die Patientin / der Patient volljährig und verständlich sein. Schließlich müsse die Ärzteschaft freiwillig handeln, sie dürfe nicht gezwungen werden.

Die Gruppe ist davon überzeugt, dass allein schon das Wissen um die Möglichkeit eines ärztlich assistierten Suizids vorbeugend wirkt. Es könne schwer leidenden Menschen helfen, von einer tatsächlichen Inanspruchnahme abzusehen.

Link zum Positionspapier: www.carola-reimann.de/images/2014/2014-10-16_Sterbehilfe_Positionspapier_Hinze_Reimann.pdf

Position 5:

Die fünfte Position wird vertreten durch Kerstin Griese und Eva Högl (beide SPD). Diese Gruppe schlägt einen „Weg der Mitte“ vor. Viele Menschen fürchteten sich davor, in Alter und Krankheit anderen Menschen zur Last zu fallen. Das gelte es, ernst zu nehmen. Doch die Antwort einer solidarischen Gesellschaft auf diese Furcht dürfe nicht die Ausweitung von Sterbehilfe sein.

Stattdessen müsse besser und mehr über die Hospizarbeit und die Möglichkeiten der Palliativmedizin aufgeklärt werden. Ärztinnen und Ärzte sollten ihren heute schon vorhandenen Freiraum behalten. Sie dürften lebensverlängernde Maßnahmen unterlassen oder abbrechen. Diese passive Sterbehilfe sei durch ein Urteil des Bundesgerichtshofes seit 1996 erlaubt. Lediglich die aktive Sterbehilfe sei strafbar. Diese sogenannte Tötung auf Verlangen könne mit einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis fünf Jahren geahndet werden.

Nur in einem Punkt sieht die Gruppe einen gesetzgeberischen Handlungsbedarf: Die organisierte Sterbehilfe, etwa durch Vereine wie „Sterbehilfe Deutschland“, müsse verboten werden. Dies gelte auch für Einzelpersonen, die im Zentrum ihrer Arbeit den assistierten Suizid oder die aktive Sterbehilfe regelmäßig und organisiert betreiben. Ihr Handeln müsse unter Strafe gestellt werden.-

Das Ende eines Lebens solle unter Einbeziehung der Menschen aus dem Umfeld des Sterbenden, dessen Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegenden unter ethischen Gesichtspunkten individuell gestaltet werden.

Ein Problem sei das ärztliche Standesrecht, das in Deutschland unterschiedlich formuliert ist. In einigen Regionen dürfe die Ärztin / der Arzt keine Beihilfe zum Suizid leisten, in anderen Regionen solle er nicht assistieren. Hier sei die Ärzteschaft aufgerufen, ihr Standesrecht klar zu regeln.

Link zum Positionspapier: http://kerstin-griese.de/PositionierungSterbehilfe_GrieseHoegl.pdf

Zusammenstellung von Jörg Nielsen

Ein Blick in die Nachbarschaft

Was wir bei der Sterbehilfe aus dem Ausland lernen können



Zur Person

Dr. A. Katarina Weilert studierte Rechtswissenschaft an der Freien Universität Berlin (Staatsexamen) und London (Master of Laws), Referendariat in Berlin, Promotion zum Thema des Folterverbots in verschiedenen Rechtskreisen, seit 2007 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der FEST (Forschungsstätte der Evangelischen Studiengemeinschaft e.V.) im Arbeitsbereich Religion, Recht und Kultur, Heidelberg. Arbeitsschwerpunkte sind unter anderem das Gesundheitsrecht sowie Fragen im Grenzbereich von Recht und Ethik.

Der Ruf nach einem „Recht“ auf Beihilfe zur Selbsttötung wird oft mit dem Recht auf Selbstbestimmung begründet. Ein Blick in die Schweiz und die Beneluxstaaten lehrt uns dagegen, dass gerade die Selbstbestimmung vulnerabler (verletzlicher) Menschen bei einer rechtlichen Öffnung für Suizidassistenten und darüber hinaus sogar aktive Sterbehilfe nicht sicher gewährleistet ist. Das Recht wird so weit ausgedehnt, dass die ursprünglichen Schutzmechanismen nicht mehr zuverlässig greifen. Vielmehr tritt schleichend an die Stelle der eigenen Willensentscheidung eine gesellschaftliche Vorstellung von lebenswertem und zumutbarem Leben.

In der Schweiz ist rein rechtlich gesehen nur der assistierte Suizid zulässig, nicht dagegen die aktive Sterbehilfe. Damit wird die Schweiz oft als Vorbild für das deutsche Recht herangezogen. In Deutschland ist die Suizidassistenten nämlich durch das ärztliche Berufsrecht sowie in gewissem Maße das Betäubungsmittelgesetz reglementiert. In der Schweiz ist die Suizidteilnahme nur dann unter Strafe gestellt, wenn sie aus selbstsüchtigen Beweggründen erfolgt. Es ist nicht notwendig, dass der Sterbehelfer wirklich „helfen“ will, auch eine gleichgültige Suizidbeihilfe ist zulässig.

Eine Motivforschung ist schwierig, aber selbst da, wo sich eine Selbstsüchtigkeit aufdrängt, bleibt sie ungeahndet: Wenn etwa die Schweizer Sterbehilfeorganisation EXIT nach eigenen Angaben über Einnahmen (Beiträge/Spenden) in Höhe von rund 7,6 Mio Euro verfügt bei ca. 580 Freitodbegleitungen, dann muss man nicht besonders spitzfindig sein, um ein monetäres Eigeninteresse am Sterben der Menschen anzunehmen. Sterbehilfevereine konnten sich in der Schweiz so gut etablieren, da die Hilfe beim Suizid durch jedermann erfolgen darf, also kein „Arztvorbehalt“ gilt.

Allerdings gibt es dem eigentlichen Sterben vorgelagerte prozedurale Anforderun-

gen, die die Mitwirkung einer Ärztin / eines Arztes vorschreiben. Nur eine Ärztin / ein Arzt darf ein Rezept für eine tödliche Dosis des zum Sterben meist verwendeten NaP ausstellen, und dies erst, nachdem er / sie eine entsprechende Diagnose gestellt und ein Aufklärungsgespräch geführt hat. Obwohl eine aktive Sterbehilfe rechtlich nicht gestattet ist, findet sie statistischen Erhebungen zufolge dennoch statt, und zwar sowohl auf Verlangen des Sterbenden als auch ohne sein ausdrückliches Verlangen.

In den Beneluxstaaten ist dagegen die Tötung auf Verlangen schon gesetzlich gestattet. Sie wird ganz unbefangen als „Euthanasie“, also als „guter“ oder „schöner“ Tod, bezeichnet. Wenn das Töten als barmherzig angesehen wird, dann bereitet dies den Nährboden auch für Tötungen ohne Verlangen gerade von solchen Menschen, die noch nicht oder nicht mehr für sich selbst entscheiden können oder denen man eine solche Entscheidung nicht zumuten will.

In den Niederlanden trat das Euthanasiegesetz 2002 in Kraft. Allerdings galten entsprechende Praktiken schon zuvor als legal, da die Rechtsprechung hierfür den Weg bereitet hatte. Interessant ist, dass die Niederlande nicht nur ein Verbot aktiver Sterbehilfe, sondern auch der Suizidbeihilfe im Strafrecht verankert haben, allerdings gilt eine weitreichende Ausnahme für Ärztinnen und Ärzte, sofern bestimmte Sorgfaltskriterien (allen voran die Überzeugung von der Freiwilligkeit des Todeswunsches) eingehalten werden und anschließend Meldung erstattet wird.

Dies zeigt, dass dem Gesetzgeber sehr wohl bewusst ist, dass der Schutz von Leib und Leben ein hohes Gut ist. Jedoch meint man offenbar, dass der „Arztvorbehalt“ hinreichenden Schutz vermittele. Rechtlich ist auch eine im Vorhinein verfasste Patientenverfügung möglich, nach der eine Ärztin / ein Arzt töten darf, für den Fall, dass sich die Patientin / der Patient nicht mehr äußern kann. Bei Min-

derjährigen zwischen zwölf und fünfzehn Jahren ist die Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten notwendig, ab dem sechzehnten Lebensjahr genügt bereits die bloße Einbeziehung in die Beschlussfassung.

Sterbehilfe ist in den Niederlanden auch bei rein psychischen Leiden zulässig. Dies wirft schwierige Fragen auf, etwa nach der Authentizität des Todeswunsches eines psychisch erkrankten Menschen, der „Sogwirkung“, die dies für psychisch verwundbare Menschen entfalten kann und allgemein der Frage, welche Kriterien dann überhaupt noch gelten können.

Es zeigt sich, dass dort, wo aktive Sterbehilfe erlaubt ist, die passive Sterbehilfe eine vergleichsweise unbedeutende Rolle spielt.

In einer 2003 veröffentlichten Studie nahmen in den Niederlanden rund 15 Mal so viel Menschen aktive Sterbehilfe in Anspruch wie Suizidbeihilfe. In 0,6 Prozent der Sterbefälle wurden aktive Tötungen sogar ohne explizites Verlangen durchgeführt, was verglichen mit den nur 0,21 Prozent der Suizidassistenten ein Beleg dafür ist, dass es bei der Sterbehilfe nicht mehr um Selbstbestimmung im Tode geht, sondern längst um eine Fremdbestimmung über das Recht des Lebens. Es ist überdies ein interessanter Befund, dass

dort, wo so viel um Selbstbestimmung geredet wird, die Tötung aus fremder Hand bevorzugt wird. In Belgien ist das Euthanasiegesetz ebenfalls 2002, nur wenige Monate nach den Niederlanden, in Kraft getreten. Auch hier gelten rechtliche Anforderungen an die Zulässigkeit der Sterbehilfe, die nur von einer Ärztin / einem Arzt vollzogen werden darf. Bemerkenswert ist aber, dass nicht nur die Tötung in einer Art Patientenverfügung vorab bestimmt werden kann, sondern darüber hinaus die Entscheidung auf Personen des Vertrauens übertragbar ist, wenn jemand selbst nicht mehr in der Lage ist, sich zu äußern. Seit 2014 wurde die altersmäßig unbegrenzte Sterbehilfe an Minderjährigen zugelassen. Belgien hat durch aufsehenerregende Fälle in der Presse Schlagzeilen gemacht, in denen es um aktive Sterbehilfe an psychisch Kranken ging.

Besonders heikel war der jüngste Fall eines inhaftierten Sexualstraftäters, dem keine angemessene Therapie gewährt wurde und der nicht zuletzt deswegen keine Perspektive mehr für sich erkennen konnte und um aktive Sterbehilfe bat. Kurz vor dem geplanten Tag der Gifinjektion Anfang 2015 entschied er sich allerdings doch für das Leben, möglicherweise auch, weil ihm eine Verlegung in ein Justizpsychiatrizentrum in Aussicht gestellt wurde.

Als weltweit drittes Land hat Luxemburg im Jahr 2008/2009 die aktive Sterbehilfe gesetzlich erlaubt. Auch hier gelten einschränkende gesetzliche Kriterien sowie ein Arztvorbehalt. Luxemburg hat die Anwendung der Sterbehilfe ebenfalls nicht auf physische Erkrankungen begrenzt. Minderjährige können sich bei Zustimmung der gesetzlichen Vertreter ab 16 Jahren zu einem vorzeitigen Lebensende entschließen.

Sowohl in der Schweiz als auch den Beneluxstaaten zeigt sich, dass der Versuch, durch rechtlich normierte Kriterien die Sterbehilfe einzuzäunen, von der Praxis nicht entsprechend umgesetzt wird. Auch die Meldepflicht kann offenbar einem Missbrauch und einer Überschreitung der gesetzlichen Kriterien nicht effektiv entgegenwirken.

Die genannten Länder sind in Europa und weltweit eine Ausnahme. Ganz überwiegend ist die Sterbehilfe rechtlich sogar strenger reglementiert als in Deutschland. Die Intuition, dass der Lebensschutz nicht dort endet, wo ein Todeswunsch geäußert wird, ist eine Rechtsüberzeugung, die über Kulturen und Traditionen hinweg weltweit Anerkennung findet. Die Achtung des Lebens gerade in seiner vulnerablen Form ist ein Garant für eine freiheitliche Gesellschaft.

A. Katarina Weilert



Das ist mir wichtig

Kurzstatements von Menschen aus dem Oldenburger Land zum Thema Tod und Sterben



Bundestagsabgeordneter
Stephan Albani MdB – CDU

Die Würde des Menschen ist unantastbar – bis zuletzt!

Der Schutz des Lebens, die Unantastbarkeit der Menschenwürde, das Lindern der Leiden schwer kranker Menschen und das Ermöglichen eines würdevollen Abschieds vom Leben sind Aufgaben unserer Gesellschaft. All das leistet die Hospiz- und Palliativversorgung hauptsächlich ehrenamtlich. Davon konnte ich mich bei Besuchen im Wahlkreis überzeugen. Diese Leistungen müssen wir im kommenden Palliativ- und Hospizgesetz weiter ausbauen!

Auf dieser Basis erfolgt für mich die Diskussion zur Sterbehilfe. Hier möchte ich die bestehenden Regelungen der Selbstbestimmung mit Straflosigkeit des Suizids sowie der Beihilfe dazu beibehalten. Speziell Bedarfsmedikationen zur Linderung von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit und sonstigen Beschwerden beim Sterben im häuslichen Umfeld sind zu regeln. Sterbehilfevereine, geschäftsmäßige Suizid-Beihilfe oder ärztlich assistierter Suizid im Sinne einer „normalen“ Behandlungsoption sind Schritte hin zum aktiven Beenden des Lebens statt zum menschlichen Begleiten der Sterbenden.

Bundestagsabgeordneter Stephan Albani
MdB – CDU



Bundestagsabgeordnete
Karin Evers-Meyer MdB – SPD

mit meinen Kolleginnen und Kollegen im Bundestag austauschen. Fest steht allerdings für mich heute schon, dass Sterbehilfe niemals die politische Antwort auf die Nöte Schwerstkranker sein darf. Ja, wir müssen das regeln. Aber kämpfen sollten wir für eine menschenwürdige ärztliche, pflegerische und psychosoziale Begleitung bis zum Schluss. Wir werden daher die Hospizarbeit in Zukunft besser fördern. Insbesondere im ländlichen Raum gibt es davon immer noch zu wenig.

Bundestagsabgeordnete Karin Evers-Meyer
MdB – SPD

Sterben als Gewinn? Im Notfall vielleicht

Wenn es okay ist, dass jemand, der geistig noch voll zurechnungsfähig ist, sich mit Angehörigen, guten Freunden und / oder der Ärztin / dem Arzt des Vertrauens über die Möglichkeit austauschen kann, freiwillig und dann auch „medizinisch risikolos“ aus der Welt zu scheiden, wenn man selbst meint, es nicht mehr aushalten zu können, so eröffnet das auch die Freiheit, vielleicht manches noch zu ertragen, weil man ja einen Notausgang hat.

Sterbende und unheilbar kranke Sterbewillige brauchen aber vor allem menschliche Begleitung, eine menschenwürdige Pflege, ein deutlich verbessertes, flächendeckendes System von palliativmedizinischer Behandlung und von ausreichenden Hospizplätzen. Eine Beratung und Begleitung bei einem möglichen selbstbestimmten Freitod muss in einem solchen integrierten System auch Ärzte beteiligen, ohne dass diese riskieren, mit dem Strafrecht in Konflikt zu kommen. Gesetzgeberisch zu regeln wäre allerdings, dass aus der Beihilfe zum Suizid kein Geschäftsmodell wird.

Bundestagsabgeordneter Peter Meiwald
MdB – Bündnis 90/Die Grünen



Bundestagsabgeordneter Peter Meiwald
MdB – Bündnis 90/Die Grünen

Hospizarbeit in Zukunft besser fördern

Ich finde es richtig, dass wir das Thema Sterbehilfe endlich aus der rechtlichen Grauzone herausholen, und hoffe, dass wir bis Ende des Jahres klare Regelungen für die Betroffenen, für Angehörige und für medizinisches Personal finden. In der Sache vertrete ich eine eher restriktive Haltung. Ich will unbedingt verhindern, dass Betroffene sich künftig unter Druck gesetzt fühlen. Daher kann ich mir vorstellen, dass nur langjährig Vertraute straffrei Sterbehilfe leisten dürfen. Meine Position ist aber noch nicht abschließend. Ich werde mich dazu auch noch

Sterbebegleitung darf nicht zu einer Geschäftsidee verkommen

Menschen sollen würdevoll leben und sterben können. Wie Leid und Schmerz auf dem Weg in den Tod begleitet und gemildert werden können, wird kontrovers und emotional diskutiert. Das ist bei solch einem wichtigen Thema auch ganz richtig. Bei sehr schweren Krankheiten sind wir unter Umständen besonders auf Unterstützung angewiesen, den Weg aus dem Leben ohne unerträgliche Schmerzen gehen zu können. Es gibt ein Versorgungsnetz aus Palliativmedizin, stationären Hospizen und ambulanten Hospizdiensten, die hier wertvolle Arbeit leisten.

Eines muss bei aller Diskussion jedoch klar sein: Die Sterbebegleitung von Menschen darf nicht zu einer lukrativen Geschäftsidee von sogenannten Sterbevereinen verkommen. Es ist vielmehr unsere Aufgabe als Gesellschaft, dafür zu sorgen, den Gang in den Tod nicht als Tabu zu stigmatisieren, sondern als Teil unser aller Leben zu begreifen. Deshalb sollten wir uns auch alle gemeinsam darum bemühen, den Weg dorthin, wenn die Zeit gekommen ist, für jeden von uns gangbar zu gestalten – ohne, dass sich jemand daran finanziell bereichert.

*Bundestagsabgeordneter Dennis Rohde
MdB – SPD*

Politik kann das Sterben des Einzelnen nicht regeln.

Die Achtung vor dem Leben und die Selbstbestimmtheit des Menschen sind für mich wichtige Eckpfeiler in der Diskussion über die Sterbebegleitung. Aus meiner Sicht gibt es nur einen gesetzgeberischen Handlungsbedarf: Das Verbot der gewerblichen, organisierten Sterbehilfe. Alle anderen Regelungen sind ausreichend: Der Suizid ist straffrei und es gibt einen ethisch-medizinischen Freiraum, dem eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Sterbenskranken zugrunde liegt.

Politik kann meines Erachtens das Sterben des Einzelnen nicht regeln. Geprägt durch mein christliches Menschenbild und meine Erfahrung versuche ich, „Leitplanken“ zu setzen. Deshalb ist mir wichtig, dass Betroffene und Angehörige

durch ambulante Palliativmedizin und stationäre Hospizversorgung professioneller und fürsorglicher als bisher unterstützt werden. Nur so können wir das Ziel erreichen, die Schmerzen und Ängste kranker Menschen vor dem Tod zu mindern, mit einem Familie und Ehrenamt begleitenden Netzwerk.

*Bundestagsabgeordnete Astrid Grotelüsch
MdB – CDU*

In Abhängigkeit vom öffentlichen Meinen

Bei der heutigen Debatte um den assistierten Suizid steht Angst vor Autonomieverlust im Vordergrund. Weniger vor Schmerzen als vor Demenz hat man Angst. Dabei ist kaum bewusst, dass Autonomie nur einen Bereich unserer Existenz beschreibt, dem andererseits umfassende Abhängigkeit entspricht. Und trotzdem: Warum sollte man dem Wunsch nach dem gewählten Tod nicht zustimmen? Wohl deshalb, weil der Tod des einen auch das Leben der anderen berührt. Das sehen wir in den Niederlanden: War es zunächst nur der bewusst gewollte Tod, wird heute auch denen der Tod gegeben, die wegen Depression, Demenz oder geistiger Behinderung nicht zustimmungsfähig sind.

„Mit welchem Recht“, wurde gefragt, „sollten wir den Tod diesen Menschen vorenthalten?“ Mit welchem Recht aber, so wird man sich nun fragen müssen, will ich weiterleben, wenn es für mich und andere beschwerlich wird? Weit entfernt, unsere Autonomie zu sichern, wird uns der assistierte Suizid in Abhängigkeit vom öffentlichen Meinen bringen.

*Pfarrer Thomas Feld, Theologischer Vorstand,
Diakonisches Werk der Ev.-Luth. Kirche in
Oldenburg*

Hinweis:

Weitere Stellungnahmen aus dem Oldenburger Land von Mitarbeitenden aus den Hospiz- und Pflegediensten sowie von Betroffenen lesen Sie auf den Seiten 11 und 12.



*Bundestagsabgeordneter
Dennis Rohde MdB – SPD*



*Bundestagsabgeordnete
Astrid Grotelüsch MdB – CDU*



*Pf. Thomas Feld, Theologischer Vorstand,
Diakonisches Werk, Oldenburg*



Lebenshilfe statt Sterbehilfe

Ärztliches Töten ist nicht ärztliche Aufgabe



Zur Person

Prof. Dr. med. Andreas Zieger (66) ist außerplanmäßiger Professor an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg am Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik mit dem Schwerpunkt Klinische Neurorehabilitation und Interdisziplinär Angewandte Neurowissenschaft. Zieger hat Humanmedizin in Heidelberg und Frankfurt am Main studiert und ist Arzt für Neurochirurgie und Rehabilitationswesen und hat seit 1982 einen Lehrauftrag.

Von 1987 bis 1997 war er Neurochirurg in oberärztlicher Funktion am Ev. Stift St. Martin in Koblenz und am Nordwestkrankenhaus Sanderbusch in Sande. Von 1997 bis 2013 war er Ärztlicher Leiter der Station für Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte (Frührehabilitation) am Ev. Krankenhaus Oldenburg. Von Januar bis zum Eintritt in den Ruhestand Ende 2014 war er Chefarzt der Klinik für Neuro-Rehabilitation am Ev. Krankenhaus Oldenburg. Er war Leiter zahlreicher Studien und Forschungsprojekte und hat vielfältige Veröffentlichungen in Zeitschriften und Fachbüchern publiziert.

Prof. Dr. Andreas Zieger, Neurochirurg und bis Ende 2014 Leiter der Klinik für Neurorehabilitation am Evangelischen Krankenhaus Oldenburg, spricht im Interview über Grenzsituationen zwischen Leben und Tod

Anfang Juni hat der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte in Straßburg die passive Sterbehilfe für einen Wachkomapatienten in Frankreich genehmigt. Die Ärzte dürfen die künstliche Ernährung gegen den Willen der Eltern beenden. Diese hatten gegen die Entscheidung geklagt, weil sie glauben, dass ihr Sohn, so wie sie ihn im Koma erleben, weiterleben will. Die Ehefrau ist hingegen aufgrund früherer Gespräche mit ihrem Mann überzeugt, dass er dies nicht wolle. In Deutschland (wie auch in Frankreich) ist die passive Sterbehilfe legal, wenn eine Willensäußerung des Betroffenen oder eine gültige Patientenverfügung vorliegt.

Herr Prof. Dr. Zieger, Sie haben 18 Jahre lang im Bereich Frührehabilitation mit Komapatienten am Evangelischen Krankenhaus in Oldenburg gearbeitet. Können Sie die Eltern des französischen Patienten verstehen?

Was genau dort vorgefallen ist, weiß ich natürlich nicht. Es ging ja erst einmal um die Klärung, ob der mutmaßliche Wille des Patienten ausschlaggebend sein konnte.

Aber die Eltern glauben, ihrem Sohn angesehen zu haben, dass er weiterleben will.

Ja, es gibt diesen unbedingten Lebenswillen. Das ist ein vitales körpersprachliches Ausdrucksverhalten, aber dieser natürliche Wille ist nicht als rechtsverbindliche Norm anerkannt.

Der natürliche Wille zeigt sich also durch die Körpersprache des Patienten?

Genau. Sie merken, ob der Patient im Stress ist oder in einer Entspannung,

dann wirkt er zum Beispiel blass und erschläfft, wie erschöpft oder ausgebrannt. Wer sich täglich mit kranken Menschen, mit Schwerstkranken, Schwerstbehinderten, Todkranken und Sterbenden beschäftigt, kann viel über das Befinden dieser Menschen anhand der Hautblässe, am Muskeltonus, am Gesichtstonus und anhand von vegetativen Parametern erfahren.

Angehörigenbesuch hilft Komapatienten

Bei Beobachtungen von Komapatienten, die in den 1990er Jahren im Rahmen eines Forschungsprojekts auf der Intensivstation des Nordwest-Krankenhauses Sanderbusch und im Evangelischen Krankenhaus Oldenburg durchgeführt wurden, hat sich zum Beispiel gezeigt, dass Komapatienten immer dann besser reagierten und eine bessere Prognose hatten, wenn sie Besuch von Angehörigen bekamen. Wir wollten damals wissen, ob und wie Angehörigenbesuch bei diesen Menschen wirksam ist, und haben festgestellt, dass sich die sogenannte Herzratenvarianz der Patienten veränderte.

Die Veränderung der Herzrate oder Herzfrequenz in Abhängigkeit von äußeren und inneren Ereignissen ist ein Maß für die „Lebendigkeit“ eines Organismus. Immer dann, wenn die Komapatienten von vertrauten Angehörigen angesprochen wurden, hat besonders das mittlere, das „emotionale“ Herzfrequenzband reagiert. Ich würde das als Ausdruck des Lebenswillens und der Verbundenheit mit anderen Menschen auf einer ganz elementaren Ebene interpretieren. Patienten, die dieses Muster zeigten, haben sich signifikant besser erholt als Patienten ohne Angehörigenbesuch.

Es heißt, dass in Deutschland etwa 10.000 Menschen im Wachkoma liegen. Wie sind die Aussichten dieser Patienten?

Es gibt keine soliden wissenschaftlichen



Untersuchungen zu diesem Thema. Die letzte Arbeit im Ärzteblatt vom März 2015 von Dr. Andreas Bender aus München kommt zu dem Ergebnis, dass man in der Rehabilitation auch bei den am schlimmsten betroffenen Wachkomapatienten noch bis zu vier Jahre später bei 20 Prozent der Menschen eine Erholung feststellen kann. Man hat lange gesagt, da gebe es nach drei Monaten nur fünf Prozent Erholung, wenn überhaupt. Erholung bedeutet dabei, aufwachen und zu Bewusstsein kommen bis hin zur sprachlichen Kommunikationsfähigkeit.

Früher gab es eine klinische Daumenregel: ein Drittel Erholung, ein Drittel bleibt unverändert, ein Drittel verstirbt. Das kann man auch heute noch grob klinisch halten. Jedoch muss man aufgrund der neuen Erkenntnisse in jedem Einzelfall eine umfassende und ausreichend lange Frührehabilitation durchführen.

Gibt es bei Komapatienten einen Zeitpunkt, zu dem Sie sagen, ab jetzt ist die Hoffnung bei Null?

Nein, die individuelle Entwicklung ist nicht vorhersagbar, das wird auch durch viele andere Studien bestätigt. Das Wachkoma ist eine extreme existenzielle Grenzsituation; die Betroffenen brauchen vor allem Lebenshilfe.

Patienten am Leben teilhaben lassen

Ich vertrete die Auffassung, dass wir das Leiden der Patienten dadurch verringern können, dass wir diese Menschen, die an den Rand ihres Lebens und teilweise damit auch an den Rand der Gesellschaft gedrängt worden sind, stärker am Leben teilhaben lassen. Zum Beispiel, indem ich mich als Arzt den Patienten stärker zuwende, und indem ich die Angehörigen mit ans Krankenbett hole, beginnend auf der Intensivstation.

„Mit welcher Haltung ich mich Patienten zuwende, ist wichtig“

Als ich 1992 auf einem Pflegekongress an der Universität Göttingen erklärte, wie wichtig der Dialog mit den Angehörigen sei, gab es bei den Pflegenden Jubelstürme und bei den Ärzten tiefste Ablehnung. Damals wurde von den Ärzten das lebenserhaltende, gesundheitsfördernde Beziehungspotenzial völlig unterschätzt. Inzwischen gibt es genügend

Forschungsergebnisse, die dafür sprechen – auch im Fall von Wachkomapatienten. Mit ihnen kann ich zum Beispiel in einen nonverbalen, körpernahen Dialog gehen. Es gibt Musiktherapie mit Komapatienten, da singen die Therapeuten, summen, berühren den Brustkorb mit der Hand und kommen über den Atemrhythmus des Patienten in einen körperlichen und emotionalen Kontakt.

„Willkommenskultur fördert Lebenskraft und Lebenswillen maßgeblich“

Wie ich mich den Patienten zuwende, mit welcher Haltung, ist wichtig. Bei der Untersuchung rufe ich nicht laut „Machen Sie die Augen auf!“, wenn ich einen Test durchführe, oder kneife den Patienten in die Schulter, um Schmerzreize zu überprüfen, sondern ich frage mit ruhiger Stimme: „Würden Sie mir bitte einen Blick schenken?“ Damit ergibt sich gleich eine ganz andere Atmosphäre. Viele Schwerkranke, die eine solche existenzielle Krise überlebt haben, berichten von der wohlthuenden Geborgenheit durch die Pflegenden.

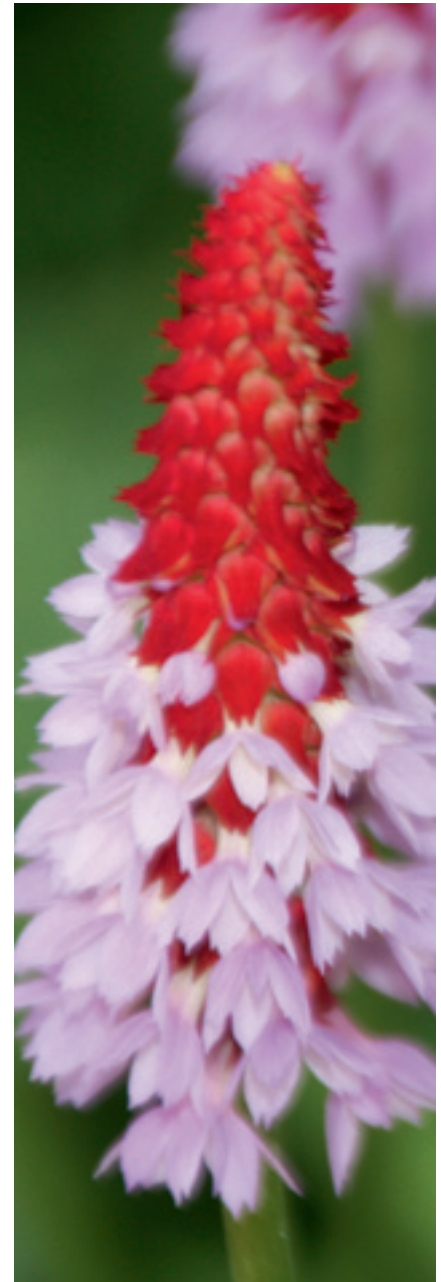
Aus beziehungsmedizinischer Sicht gilt es als erwiesen, dass die Kultur des Umgangs mit Schwerkranken wesentlich mitbestimmt, wie und ob die Menschen sich erholen und was sie von sich zeigen. Es ist wichtig, eine Umgebung zu gestalten, in die es sich für die Patienten lohnt, sich hineinzuentwickeln, eine Umgebung, die einen Menschen willkommen heißt, auch wenn sein Leben am seidenen Faden hängt. Eine solche Willkommenskultur fördert Lebenskraft und Lebenswillen maßgeblich.

Wenn jemand über eine Patientenverfügung nachdenkt, ist ein Wachkoma oft der Zustand, über den man sagt: So will ich nicht mehr leben.

Dass man für eine zukünftige Lebenssituation wie ein Leben im Wachkoma, das man sich in gesunden Tagen überhaupt nicht vorstellen kann, Handlungsanweisungen vorherbestimmt, ist höchst problematisch.

„Was das Wachkoma angeht, gibt es viele Widersprüche und offene Fragen“

Einerseits wird gesagt, die Betroffenen im Wachkoma leiden schrecklich, anderer-





seits wird ihnen teils jegliches Schmerzempfinden abgesprochen. Hinsichtlich des Schmerzerlebens von Menschen im Koma und Wachkoma weiß man durch Untersuchungen mit neuen bildgebenden Verfahren, dass das entsprechende Netzwerk im Gehirn bei Schmerzreizen auch im Wachkoma voll ausgelöst werden kann. Aber es ist natürlich die Frage, ob das, was die Verfahren an Aktivierung im Gehirn zeigen, mit einem bewussten Schmerzerleben gleichzusetzen ist.

Mit bildgebenden Verfahren hat man zudem festgestellt, dass bei Komapatienten auch Hunger und Durst möglich sind, und dass ein Teil der Wachkomapatienten, etwa zehn Prozent, sich auf verbale Instruktionen hin innerlich vorstellen können, zum Beispiel in ihrer Wohnung herumzugehen oder Tennis zu spielen. Über 50 Prozent der Komapatienten reagierten laut einer Tübinger Studie unter der Bildgebung auf die Schmerzensschreie anderer Patienten. Es wurden dabei die gleichen Hirnzonen aktiv wie in der Kontrollgruppe bei gesunden Menschen. Es scheint also im Gehirn der Komapatienten so etwas wie eine emotionale Verarbeitung stattzufinden, sonst würden die Areale nicht aktiviert.

Was geht in Ihnen vor, wenn Sie einen Patienten haben mit Patientenverfügung, und sie müssen das Abstellen der Beatmung anordnen?

Ich entscheide dann rational. Das geht manchmal gegen mein Gefühl, wenn ich ja sehe, dass dieser Mensch noch Lebenszeichen zeigt. Aber ich darf keinen Patienten gegen seinen erklärten Willen

länger beatmen, das wäre ein schweres ärztliches Vergehen.

Den Patientenwillen klären

Wenn der Patientenwille nicht geklärt ist, muss man versuchen, den sogenannten mutmaßlichen Willen in Gesprächen herauszubekommen – mit allen Beteiligten, also Angehörigen, Pflegenden, Ärzten, dem Seelsorger und Psychologen. Das ist oft ein komplexer und schwieriger Verhandlungs- und Abstimmungsprozess. Aber gerade durch die gesetzlichen Regelungen wird meines Erachtens ein Trend hin zu technischen Lösungen gesetzt.

Wie stehen Sie zum Thema Sterbehilfe?

Ich sehe darin eine Chance für Menschen, die im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte und gut aufgeklärt sind, sich zu ihrem eigenen, unvermeidlichen Lebensende Gedanken zu machen. Für mich selbst bin ich allerdings im Verlauf der Jahre zu der Überzeugung gekommen, dass sich jede Form von Suizid, auch Anstiftung oder Beihilfe, gegen das Leben selbst richtet.

„Ärztliches Töten ist nicht ärztliche Aufgabe“

Eine solche Ablehnung von „Sterbehilfe“ entspricht einer radikalen, sehr konservativen, aber auch christlichen Position. Ich finde, wir haben ausreichende Gesetze, wir haben eine ausreichende Standesrichtlinie für Ärzte, nach der ärztliches Töten nicht ärztliche Aufgabe ist. Ich jedenfalls habe für mich als Arzt entschieden, die Lebenssituation der Menschen im Sinne von mitmenschlicher Lebenshilfe lieber so weit wie möglich erträglich

zu machen, gerade auch durch Palliativmaßnahmen. Dazu kann gehören, in bestimmten Fällen die Gabe von Ernährung und Wasser einzustellen. Aber nicht zu sagen: Jemand liegt im Wachkoma, da können wir ja die Ernährung einstellen.

Ich denke, wir müssen uns immer auch fragen, welche seelische Not die Patienten leiden. Wir Ärzte müssen uns auch um die Seele kümmern. Auf die Frage, ob es sinnlos oder lebensunwertes Leben gibt, sage ich ganz klar: Nein. Ob jemand sein Leben als sinnlos oder wertlos erlebt, liegt nur im eigenen Ermessen, darüber kann und darf ein anderer Mensch nicht urteilen.

Sind Sie zufrieden mit der Art und Weise, wie die Diskussion um die Sterbehilfe zurzeit geführt wird?

Ich vermisse die Debatte um das Kernproblem – um die Technikbegeisterung, um die „Machbarkeit“ des menschlichen Lebens, darum, dass der menschliche Körper zunehmend für Geschäftsinteressen verfügbar gemacht wird. Ich verweise insbesondere auf die Möglichkeiten und Skandale zum Thema Organverpflanzung. Dazu kommen die überhandnehmenden wirtschaftlichen Interessen auch im Krankenhaus und die allgemeine Betriebswirtschaftlichung des Gesundheitswesens. Mitmenschliche, christliche und beziehungsmedizinische Ansätze werden von wirtschaftlichen Zwängen verdrängt.

„Potenzial für kirchliche Organisationen, sich mit Fragen zum wahren Menschsein zu beschäftigen“

Als protestantisch erzogener Pastorsohn kann ich gar nicht anders, als die derzeitigen Entwicklungen kritisch anzuschauen. Ich finde zudem, dass die palliative, hospizliche Alternative in der aktuellen Diskussion zu sehr untergeht, obwohl es immerhin den Gesetzesentwurf zum Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland gibt. Aber eine echte Auseinandersetzung, dass mal alle Karten auf den Tisch gelegt wurden, die gibt es nicht. Auch in der Ärzteschaft nicht. Da sehe ich noch großes Potenzial, auch für kirchliche Institutionen, sich mit Fragen zum wahren Menschsein zu beschäftigen.

Das Interview hat Antje Wilken geführt.





Der Tod gehört zum Leben

Über Krankheit und Trauer – und was der Tod mit dem perfekten Kuss zu tun hat

„Leben ohne Leid gibt es nicht“, sagt die Leiterin der Stiftung Evangelischer Hospizdienst, Renate Lohmann. Und das in einer Zeit, in der es Mittel und Wege für und gegen alles zu geben scheint. Im Interview erklärt sie, warum wir unsere Einstellung ändern sollten.

Wenn das Leid zum Leben untrennbar dazugehört – heißt das, dass unsere Gesellschaft umdenken muss?

Ja, auf jeden Fall. Natürlich ist es ein Leid, wenn jemand stirbt. Es geht nicht darum, dieses Leid wegzubekommen, sondern es zu leben, anzunehmen. Und ich gehe noch weiter. Wenn jemand sagt, er wolle seinen Kindern nicht zumuten, ihn in der Zeit des Sterbens pflegen zu müssen, setzt das ein ganz falsches Signal. Man beraubt damit die Kinder der Möglichkeit, sich um die Eltern zu kümmern. Denn das Wort „Zumutung“ bedeutet auch, dass ich jemandem den Mut zuspreche, diese Situation zu meistern. Und damit ist es auch ermutigend, denn es ist verbunden mit ganz viel Vertrauen. Das ist etwas, was ich auch im Hospizdienst immer

wieder erlebe: Wenn die Menschen sich trauen, ihre Angehörigen zu begleiten und wirklich da zu sein, sagen viele hinterher: Es war schwer, aber es war gut.

Oft klingt die Hilflosigkeit an, einen nahestehenden Menschen leiden zu sehen, ohne etwas für ihn tun zu können ...

Die Frage ist, was man darunter versteht, etwas tun zu können. Natürlich können sie niemanden wieder gesund und jung machen. Aber man kann miteinander reden, verstehen, was dem anderen in dieser Situation guttun würde und die eigenen Vorstellungen davon, wie man helfen möchte, hintenanstellen.

Viele schwerkranke Menschen setzen ihre Hoffnung auf die Palliativmedizin. Wird sie überschätzt?

Man kann mit der Palliativmedizin viele Schmerzen sehr gut behandeln. Wobei man wissen muss, dass eine vollständige Schmerzfreiheit nicht immer möglich ist. Aber auch hier ist die Grenze dessen, was jemand als Leiden empfindet, subjektiv. Und es ist auch eine Definitionssache, was „schmerzfrei“ ist. Unter Umständen kann das auch bedeuten, dass ich mich gar nicht mehr spüre – und auch das will nicht jeder. Die Palliativmedizin ist etwas ganz Tolles, aber sie kann nicht das Leid insgesamt nehmen. Mit diesem Anspruch daranzugehen, ist weder für Palliativmediziner noch für Patienten und Angehörige hilfreich.

Müssen wir unseren Blickwinkel auf das Lebensende ändern?

Wir betrachten das Lebensende als eine Abwärtsbewegung. Doch mit Begriffen wie „Es geht ihm schlechter“ lässt sich hier nicht arbeiten. Wenn wir das Leben als eine Ebene sehen von der Geburt bis zum Tod, wird es einfacher, den Tod als einen natürlichen Verlauf des Lebens anzunehmen. Jemand, dessen Leben sich dem Ende entgegenneigt, ist auf einem guten Weg des Sterbens. Ihm geht es nicht unbedingt schlechter, er bereitet sich auf den Tod vor. Der Tod ist nicht das Ergebnis von Schlechtgehen, sondern er gehört einfach zum Leben dazu.

Jeder von uns wünscht sich einen „schönen“ Tod. Ist die Angst, nicht auf diese Weise sterben zu können, nicht verständlich?

Die Erwartungshaltung, man müsse vor dem Tod mit sich und allen Angehörigen im Reinen sein – das wird zu hochgepuscht. Das ist eine Idealvorstellung, die ins Reich der Mythen und Märchen ge-



Hospizdienst-Leiterin Renate Lohmann





hört. Aber auch wenn der eigene Tod anders ist, muss er nicht schlechter sein. Das ist wie bei einem Kuss: Auch wenn er nicht dem typischen Leinwandkuss entspricht, kann er wunderschön und leidenschaftlich sein. Und wenn ich mich fünfzig Jahre lang mit einem Angehörigen gestritten habe, muss nicht kurz vor meinem Tod alles wieder gut sein – der Zeitpunkt ist nicht besser oder schlechter als jeder andere. Das sind Normen, die wir ansetzen und die in unserer Vorstellung jeder erfüllen muss. Wir müssen viel stärker sehen, was für den einzelnen Menschen ein guter Weg ist zu gehen.

Das heißt, wir stülpen Sterbenden unsere eigene Idealvorstellung über?

Ja. Nehmen Sie das Beispiel der Versöhnung am Sterbebett. Vielleicht hat der Sterbende längst mit der Sache abgeschlossen, und nur uns ist es wichtig, dass es diese Aussöhnung gibt, weil es unserer eigenen Moralvorstellung entspricht.

Wird in den Familien zu wenig darüber gesprochen?

Ja, es wird insgesamt über diese Problematik zu wenig gesprochen. Aber ich muss mich dem Prozess nicht hilflos ausliefern. Wenn ich mir über meine Wünsche und Vorstellungen klar werde und sie umzusetzen versuche, werde ich selbst zum Handelnden – und zum Lernenden. Denn ich lerne mich in dieser Situation selbst neu kennen. Aber Sterben wird immer weniger zu einem aktiven Prozess, den ich selbst mitgestalte. Dabei ist es wichtig zu sehen, wie man sich in dieser Situation verändert und sich zu fragen, was der Sinn des Lebens in dieser Situation ist. Menschen, die sterben, haben noch immer ein sinnvolles Leben – und nicht nur einen verschlechterten Zustand. Ihr Leben hat einen Sinn – jeden Tag, jede Stunde.

Das ist für jemanden, der schwerkrank ist, wahrscheinlich oftmals kaum nachzuvollziehen.

Gerade deshalb ist es wichtig, jemanden zu haben, der in diesem Sinne mit mir umgeht. Die Schlussfolgerung sollte nicht sein: Unerträgliches Leid – das Leben hat

keinen Sinn mehr – wir helfen und erlösen. Das hat nur was mit Mitleid zu tun, aber nicht damit, sich wirklich mit dem Sterbenden auseinanderzusetzen.

Aber dieser Umgang scheint in unserer Gesellschaft nicht mehr dazugehören. Streben wir nur noch danach, alles glattzubügeln?

Das ist paradox – auf der einen Seite bemühen wir uns, solchen Extremsituationen möglichst auszuweichen. Auf der anderen Seite suchen wir Kicks, klettern aufs Matterhorn, stürzen uns mit einem Seil in Schluchten und suchen Herausforderungen im Leben. Sich aber mit der eigenen Begrenztheit, dem eigenen Leid auseinanderzusetzen, davor schrecken wir zurück.

Inwiefern würde es uns denn helfen, uns damit auseinanderzusetzen?

Gerade solche Zeiten lassen uns reifen. Aber wir müssen heute perfekt sein, dürfen keine Falten mehr haben, kein Gramm zu viel. Zu diesem Anspruch passt Krankheit nicht. Und dazu passt auch nicht, dass man nichts dagegen tun kann zu sterben. Wir werden heute von der Einstellung geprägt, dass man alles im Griff haben

kann – und wem das nicht gelingt, der hat wohl etwas falsch gemacht. Und wenn jemand leidet, macht er auch etwas falsch. Dann muss er eben zum Arzt,

„Sich mit der eigenen Begrenztheit, dem eigenen Leid auseinanderzusetzen, davor schrecken wir zurück.“

zur Therapie, mal eben nach Amerika fliegen, um dort ein ganz neues Medikament auszuprobieren. Hinnehmen, das Leid annehmen, ist nicht angesagt. Kranke Menschen verschwinden aus der Gesellschaft. Nicht der Tennisarm oder die Sportverletzung beim Skifahren – das ist okay. Aber schwere Krankheiten werden isoliert. Nur kann man dann auch nicht lernen, damit umzugehen. Das Gleiche gilt für die Trauer: Hier darf man zwar leiden, aber nicht zu lange. Je nachdem, ob ich ein Kind verloren habe, den Mann oder meine alte Mutter, wird mir mehr oder weniger Trauerzeit zugestanden. Danach „lasse ich mich gehen“, so empfinden es viele. Wir können mit Trauer, mit Tränen nicht mehr umgehen.

Das Interview führte Anke Brockmeyer.



Ängste nehmen, Sicherheit geben

Aus der Praxis eines Hausarztes und Palliativmediziners

Mit der Entdeckung des Penicillins fing es an. Immer mehr Krankheiten wurden heilbar. Die Medizin hat seitdem immer neue Heilmethoden für Krankheiten gefunden. „Leider ist durch diese tolle Entwicklung die Palliativmedizin in den Hintergrund geraten“, fasst Udo Baramsky die Entwicklung zusammen. Erst in den letzten Jahren ist die Begleitung im Sterbeprozess wieder mehr in den Fokus gerückt. Und damit auch die ethischen Fragestellungen, die dazugehören.

Baramsky ist Hausarzt in Ganderkesee. In seiner Praxistätigkeit wurde ihm schnell bewusst: „Ich habe immer wieder mit Sterben und Tod zu tun. Eigentlich habe ich darüber zu wenig gelernt.“ Und so entschloss er sich zu einem ersten Kursus über Palliativmedizin und machte dann seine Ausbildung zum Palliativmediziner. Die Palliativmedizin ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer voranschreitenden, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung. Die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen hat in dieser Behandlung höchste Priorität. Nicht die Verlängerung der Überlebenszeit, sondern die Wünsche, Ziele und das Befinden der Patienten stehen im Vordergrund der Behandlung.

„Einen Menschen in seinem Sterbeprozess zu begleiten, ist nicht einfach“, sagt Baramsky. Denn dabei müssen Tabuthemen zur Sprache gebracht werden. „Nur wenn ich mit dem Patienten über den Sterbeprozess spreche, kann ich ihn dann in seinem Sinne therapieren“, betont der Mediziner. Die Menschen beschäftigen sich nach der Erfahrung des Arztes immer weniger mit den Themen Sterben und Tod. Dadurch entstehen Ängste und Unwissenheit. „Deshalb ist es in der Palliativmedizin wichtig, immer zwei Schritte vorweg zu schauen. Wie kann es

weitergehen?, darüber muss ich mit dem Patienten sprechen. Wie könnte der Sterbeprozess ablaufen?“ Baramsky ist sich sicher, Wissen hilft den Betroffenen, ihre Situation zu akzeptieren.

Auch für den Arzt ist die Palliativmedizin eine Herausforderung. „Deshalb spielen in der Ausbildung ethische Fragen auch eine sehr große Rolle“, betont er. Gespräche mit Kolleginnen und Kollegen helfen auch. „Wie würdet ihr reagieren?“, unter dieser Fragestellung werden viele Gespräche geführt. Denn es gibt viele Grauzonen. In einer Frage ist Baramsky aber ganz klar. Er würde keinen Patienten unterstützen, in die Schweiz zu fahren, um seinem Leben ein Ende zu setzen. „Wenn das der Wunsch des Patienten ist, kann ich es natürlich nicht verhindern, aber ich kann mit ihm darüber sprechen, wovor er wirklich Angst hat“, betont der Palliativmediziner.

In diesen offenen Gesprächen passierten oft kleine Wunder, beschreibt Baramsky seine Erfahrung. Die Ängste werden angesprochen und ernst genommen. Hat der Sterbende Angst, seine Angehörigen zu belasten? Das klärende Gespräch zeigt oft: Die Angehörigen empfinden die Begleitung des Sterbenden nicht als Belastung. Komplexer ist es bei der Angst vor dem Sterbeprozess. Luftnot, Schmerzen, Abhängigkeit, davor fürchten sich viele Sterbende. „Doch vieles kann ich mit unserem Angebot entkräften“, betont Baramsky. Denn mit der Linderung der Symptome kennen sich die Mediziner aus. „Was ich den Menschen anbiete: Ich begleite sie bis zum Ende, egal wie es weitergeht.“

Baramsky setzt im Sterbeprozess auf gnadenlose Ehrlichkeit gegenüber Patienten und Angehörigen. Auch wenn diese dann manchmal schlucken müssen. „Natürlich muss ich schauen, was kann ich wann sagen. Denn Sterbende durchlaufen die gleichen Phasen wie Trauernde. Leugnung, Wut, Akzeptanz



Udo Baramsky ist Hausarzt und Palliativmediziner in Ganderkesee.





– das alles gehört dazu“, betont er. Aber, indem er umfassend informiert, zeigt er den Patienten alle Möglichkeiten auf, die sie haben. „Was können wir tun, um die Symptome zu bekämpfen? Was lassen wir weg, um den Sterbeprozess nicht zu verlängern?“ Die derzeitigen Gesetze bieten den Palliativmedizinern einen großen Spielraum, erläutert Baramsky. „Wir können die Symptome der Patienten mit dem Gedanken behandeln, dadurch könnte sich die Zeit verkürzen. Was wir nicht dürfen, ist Medizin geben, damit sie jetzt sterben“, macht er ganz deutlich. Und dieser Unterschied ist ihm auch sehr wichtig. „Alles, was wir an Symptomkontrolle machen, geschieht natürlich immer in sehr enger Absprache mit dem Patienten und seinen Angehörigen.“

Zu solchen Absprachen gehört auch die Information darüber, was mit dem Körper im Sterbeprozess passiert. „Angehörige haben etwa Angst, den Sterbenden verdursten zu lassen. Dabei hat der Körper im Sterbeprozess keinen so großen Flüssigkeitsbedarf mehr. Viel wichtiger ist es, ihnen klar zu machen, dass das Durstgefühl im Mund entsteht und auf eine gute Mundpflege geachtet werden muss.“ Zuviel Flüssigkeit kann im Sterbeprozess in der letzten Phase sogar schädlich sein, weiß der Arzt. Flüssigkeit wegzulassen, kann dagegen zu einem humanen Tod durch Nierenversagen führen, wenn es so gewünscht wird.

Ängste nehmen, Sicherheit geben. Diese Aufgabe hat der Palliativmediziner sowohl für den Sterbenden als auch für die Angehörigen. Aber auch die Würde des Sterbenden ist in dem Prozess eine wichtige Frage. „Ich kann einem Patienten keine Würde geben. Er hat sie“, macht Baramsky auf einen Fehler aufmerksam, der oft in der Sichtweise besteht. Es gilt für den Arzt, die Würde zu beachten. Und dazu gehören Kleinigkeiten im Umgang, manchmal aber auch Entscheidungen, die für den Arzt schwierig sind. „Wenn der Patient etwas möchte, dann muss ich das akzeptieren, auch wenn die Schulmedizin es anders vorschreibt“, betont Baramsky. Dazu gehört es etwa, einen Schwerkranken auch zu Hause bleiben zu lassen – selbst wenn die Betreuung nicht durchgängig geregelt ist. „Wenn es sein Wille ist und er in Kauf

nimmt, dass er in der Nacht verstirbt, muss ich das akzeptieren“, sagt Baramsky. Aber natürlich falle das sehr schwer.

Gefordert sind Ärzteschaft und Pflegekräfte auch da, wo sie auf Patientinnen und Patienten treffen, die kein funktionierendes Netzwerk aus Familie und Freunden mehr haben. „Manchmal müssen wir dann feststellen, es ist nicht alles ambulant machbar“, weiß Baramsky. Dann sind Hospize, Palliativstationen im Krankenhaus und Heime die richtige Lösung.

Wenn es ums Sterben geht, ist die medizinische Versorgung das kleinste Problem. „Mit der Schmerzmedikation und der Behandlung der Symptome kennen wir uns aus“, betont Baramsky. Wichtiger ist die Begleitung der Patientinnen und Patienten. Es braucht Zeit. Deshalb ist Baramsky froh, dass es im Oldenburger Land und in Delmenhorst die „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (SAPV) gibt. Denn darüber bekommen die Hausärzte Unterstützung durch Palliativmediziner, aber vor allem auch durch entsprechend ausgebildete Pflegekräfte und die Ehrenamtlichen der Hospizdienste. So ist es möglich, dass die Sterbenden und ihre Familien rund um die Uhr einen Ansprechpartner haben. „Gerade durch den Einsatz der Ehrenamtlichen wird Zeit geschenkt, die in diesem Prozess extrem wichtig ist“, betont Baramsky.

Damit jeder Sterbende seinen Wünschen entsprechend begleitet werden kann, hofft Baramsky, dass noch mehr Hausärzte bei der SAPV mitmachen. Aber es braucht vor allem noch mehr ausgebildete Palliativmediziner und Palliativpflegekräfte. Denn nur wenn die Patientinnen und Patienten bestmöglich auf den Sterbeprozess vorbereitet und im Prozess begleitet werden, können diese ohne Angst vor Schmerzen und Abhängigkeit sterben. Denn eine Erfahrung hat Baramsky als Mediziner gemacht. Wer nach Sterbehilfe aus dem Wunsch nach Selbstbestimmtheit ruft, hat oft ganz andere Wünsche, wenn die Krankheit stabil ist und alle Symptome unter Kontrolle sind. „Man kann einfach nicht voraussagen, wie man in dieser Situation reagiert.“

Kerstin Kempermann



Schwierige Wege gemeinsam gehen

Am Klinikum Oldenburg ist ein Ethik-Komitee Ansprechpartner für Fragen, Probleme und Gewissensnöte im Klinikalltag

In diesem Sommer besteht das Ethik-Komitee am Klinikum Oldenburg seit zehn Jahren. Die 22 Mitglieder aus allen Klinik-Bereichen beraten über Fragen, die von Mitarbeitenden, aber auch von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen an sie herangetragen werden. Von Beginn an ist Pfarrerin und Krankenhausseelsorgerin Evelyn Freitag die Vorsitzende des Komitees.

Frau Pfarrerin Freitag, mit welchen Fragen kommen die Menschen zu Ihnen?

Es geht oft darum, wie Probleme im Stationsalltag, die mit ethischen Werten zusammenhängen, besser gelöst werden können. Dazu gehört zum Beispiel das Thema Persönlichkeitsschutz des Einzelnen, wenn etwa im Mehrbettzimmer Arztgespräche geführt werden, obwohl es eigentlich nicht genug Schutzraum gibt. Das Ethik-Komitee berät über solche Probleme, schreibt Stellungnahmen und gibt sie an die Krankenhausleitung weiter. Unsere Aufgabe ist es, Orientierung zu bieten und Dinge im Bewusstsein zu halten – oft Themen, die mit dem Berufsethos zusammenhängen, wenn Mitarbeitende das Gefühl haben, ich kann nicht so arbeiten, wie ich es möchte.

Wir haben eine Leitlinie zur Entscheidungsfindung bei Therapiebegrenzung entwickelt und organisieren interne Fortbildungen zu Themen wie Ethik auf der Intensivstation, Patientenverfügung und Sterbehilfe. Ein Schwerpunkt unserer Arbeit sind die ethischen Fallbesprechungen.

Was ist das?

Bei einer ethischen Fallbesprechung sitzen alle, die an der Behandlung eines Patienten beteiligt sind, an einem Tisch. Mitglie-

der des Ethik-Komitees moderieren und begleiten das Gespräch. Zuvor werden die Angehörigen über eine solche Fallbesprechung informiert; das Ergebnis wird hinterher mit ihnen besprochen. Häufig geht es um Patientenwohl und Patientenwille, wenn der Patient sich selbst nicht äußern kann und auch Gespräche mit Angehörigen keine Klärung brachten. In Einzelfällen kann es darum gehen, Therapien zu begrenzen, sich zu fragen, ob sie noch aussichtsreich für den Patienten sind. Man kann zum Beispiel sagen, wir tun jetzt alles, um Leid und Symptome zu lindern, aber wir ziehen nicht mehr alle Register, um das Leben zu verlängern. Die Ausrichtung der Mitarbeitenden und der Patienten ist ja erst einmal, dass sie heilen

und geheilt werden möchten. Und trotzdem muss man den Zeitpunkt erkennen,

„Trotzdem muss man den Zeitpunkt erkennen, wo man sagt, wir müssen einen Menschen gehen lassen.“

wo man sagt, hier sind unsere Möglichkeiten am Ende, wir müssen einen Menschen gehen lassen.

Was ist dabei Ihre Aufgabe?

Wenn der Patient sich nicht selbst äußern kann, geht es immer auch um die Frage, ob er die Behandlung gewollt hätte. Als Moderatoren der ethischen Fallbesprechungen achten wir darauf, dass alle Beteiligten zu Wort kommen und alle wichtigen Aspekte angesprochen werden, um am Ende ein Ergebnis zu haben, das alle Beteiligten tragen können. Das nimmt dem Arzt nicht seine Entscheidungsverantwortung, aber ein Stationsteam kann so gemeinsam schwierige Wege besser gehen. Eine ethische Fallbesprechung ist auch ein geschützter Raum: Die Mitarbeitenden können sich dort so äußern, wie sie es vor den Angehörigen vielleicht nicht tun würden, wenn es etwa um schlechte Prognosen geht. Das ist auch eine Entlastung.

Das Interview führte Antje Wilken.



Zur Person

Pfarrerin Evelyn Freitag (59) ist seit 24 Jahren Seelsorgerin im Klinikum Oldenburg. Sie leitet regelmäßig den Gottesdienst in der Kapelle des Klinikums und ist zudem Vorsitzende und Mitbegründerin des seit zehn Jahren bestehenden Ethik-Komitees am Klinikum.



Wo Sterben auf dem Lehrplan steht

Die Wissenschaft vom Altern: Gerontologie an der Universität Vechta



Der Diplom-Pädagoge Claus Schmelz ist Fachkoordinator für Gerontologie an der Universität Vechta. Er baute den Fachbereich mit auf und ist das letzte noch an der Einrichtung verbliebene Gründungsmitglied.

Wenn Claus Schmelz über den Tod spricht, zücken andere Stift und Notizblock. Seit Anfang der 1990er Jahre hält der wissenschaftliche Mitarbeiter jährlich ein Seminar zu „Sterben und Tod“ an der Universität Vechta. Die Teilnahme steht den Studierenden des Bachelorstudiengangs Gerontologie frei. Dennoch ist das Interesse groß.

„Die gerontologischen Arbeitsfelder werden heute häufiger denn je mit Todesfällen konfrontiert“, erklärt Claus Schmelz. Während sich das Sterben dank medizinischer Fortschritte weitgehend ins hohe Alter verschoben hat, ist der Tod hinter den Kulissen verschwunden. „Wir überlassen es den Spezialisten, sich zu kümmern“, sagt der Diplom-Pädagoge.

Absolventen des Studiengangs Gerontologie finden sich oft im Zentrum dieser Entwicklung wieder – im Management von Pflegeeinrichtungen, Wohlfahrtsverbänden oder in der psychosozialen Unterstützung. Den fächerübergreifenden Ansatz der Wissenschaft vom Altern sieht der Universitätsmitarbeiter dabei als große Stärke. Studienbereiche wie Soziologie, Recht, Psychologie und Ökonomik sind Bestandteil der akademischen Ausbildung.

Erstmals erschien das Fach 1985 auf dem Lehrplan der Universität Vechta. Claus Schmelz baute den Fachbereich damals mit auf. Zu der Zeit sei die Gerontologie

noch nirgendwo sonst ein Thema gewesen, erinnert sich der heutige Studiengangskoordinator. Für die Hochschule ist sie bis zu diesem Tag ein Alleinstellungsmerkmal. Nur in Vechta können Schulabgänger ein entsprechendes Bachelorstudium aufnehmen, später das Masterstudium direkt anhängen.

Aktuell vermittelt Claus Schmelz über 100 Bachelorstudierenden die sozialen und ethischen Aspekte von Sterben und Tod. Und hat längst auch Themen wie Suizid oder Sterbehilfe in seinen Lehrplan aufgenommen. In die aktuelle Diskussion um die Sterbehilfe können und sollten sich die Gerontologen ihm zufolge aber nur bedingt einklinken. Etwa indem sie Umfrage- oder Forschungsergebnisse liefern. Die Frage, ob Sterbehilfe richtig oder falsch sei, stellt Claus Schmelz sich und seinen Kollegen erst gar nicht. „Das ist keine wissenschaftliche Aussage“, betont der 63-Jährige. Die Meinungsbildung müsse an anderer Stelle stattfinden.

Persönlich ist er davon überzeugt, dass die Freigabe der Sterbehilfe nur eine Frage der Zeit sei. „Die sozialen Normen haben sich aufgelöst oder sind so vielfältig geworden, dass sie kaum noch Orientierungspunkte geben“, führt Schmelz aus. Es verstehe sich nicht länger von selbst, dass man keine Sterbehilfe leisten darf, völlig unabhängig davon, wie die Gesetzeslage aussieht. „Menschen werden sich immer mit der Frage beschäftigen, ob Sterbehilfe für sie oder ihre Liebsten eine Option ist“, stellt der Diplom-Pädagoge fest. Daran werde sich so oder so nichts ändern. An einen anschließenden Sterbehilfe-Boom glaubt er nicht: „Da wird nur ans Licht geholt, was sich vorher im Dunkeln abgespielt hat.“ Die größere Gefahr sieht Schmelz woanders. Er warnt vor einer „gesellschaftlichen Verantwortung zu sterben“. Es dürfe kein Druck auf diejenigen Älteren oder Pflegebedürftigen entstehen, die weiterleben wollen, sagt er.



Johanna Kues und Mara Elisa Klänelchen studieren Gerontologie an der Universität Vechta.



Studierende, studentische Hilfskräfte und Mitarbeitende aus der Gerontologie im Gespräch. Die Universität Vechta bietet als einzige Hochschule bundesweit einen Bachelorstudiengang Gerontologie an.

Melanie Thiel de Gafenco

Die „Christliche Patientenvorsorge“

Eine Hilfe zur Selbstbestimmung am Lebensende

Viele Menschen fürchten heute, dass ihr Lebensende künstlich hinausgezögert wird und sie im Sterben unnötig leiden müssen. Für den Fall, dass sie das nicht mehr selbst äußern können, haben sie daher in einer Patientenverfügung festgelegt, welchen Behandlungen sie zustimmen und welchen nicht.

Eine solche Patientenverfügung wie die „Christliche Patientenvorsorge“ ist verbindlich für Ärzteschaft, Pflegende, Betreuende bzw. Bevollmächtigte und auch für Gerichte, sofern sie der jeweiligen aktuellen Lebens- und Behandlungssituation entspricht und den Willen des Betroffenen klar ausdrückt. Deshalb ist sie so konkret wie nur möglich zu formulieren, allgemeine Aussagen („Ich will in Würde sterben...“, „Ich lehne lebensverlängernde Maßnahmen ab...“) sind unzureichend. Daher empfiehlt es sich, sich bei der Abfassung beraten zu lassen und einer Vertrauensperson eine Vorsorgevollmacht zu erteilen.

Mit ihrer Handreichung „Christliche Patientenvorsorge“ wollen die christlichen Kirchen eine Hilfestellung dafür geben, sich in der Perspektive des christlichen Glaubens mit der eigenen Sterblichkeit und den eigenen Wünschen im Umgang mit einer schweren oder lebensbedrohlichen Erkrankung zu befassen. Es geht darum, im Einzelfall den eigenen Weg zwischen unzumutbarer Lebensverlängerung und nicht zu verantwortender Lebensverkürzung festzulegen.

Im Horizont des christlichen Glaubens stellen sich zur Selbstbestimmung am Lebensende Fragen wie diese:

- „Mein Wille geschehe...“: Kenne ich ihn und woher?
- Wie bestimme ich mich selbst? Was ist mir bestimmt? Wer oder was bestimmt mich?
- Wie finde ich einen Ausgleich zwischen „Selbstbestimmung“ und „Angewiesenheit“?
- „Mein“ oder „Dein“ Wille geschehe...: Soll ich mein Sterben planen oder abwarten, was mich im Sterben erwartet?

Gottes Geist will uns in unserem Leben leiten und begleiten, er will uns Kraft geben und Orientierung für eigene Überlegungen und Entscheidungen. Auch wenn wir sie im Horizont unseres eigenen Lebens und Sterbens vielleicht nur erbitten können, so kann uns mit dem Liederdichter Paul Gerhard doch die Gewissheit leiten, dass wir im Leben wie im Sterben gehalten sind:

Wenn ich einmal soll scheiden, so scheid nicht von mir,
wenn ich den Tod soll leiden, so tritt du dann herfür;
wenn mir am allerbängsten wird um das Herze sein,
so reiß mich aus den Ängsten kraft deiner Angst und Pein.

EG 85,9

Pastor Olaf Grobleben, Beauftragter für Ethik und Weltanschauungsfragen der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg



GUTE NACHRICHTEN FÜR DEN NORDEN

Lesen Sie vier Ausgaben der



KOSTENLOS und **UNVERBINDLICH**

Ich lade Sie ein:

lesen Sie kostenlos und unverbindlich vier Ausgaben der wöchentlich erscheinenden Evangelischen Zeitung und freuen Sie sich auf Berichte aus den Bereichen Theologie, Gesellschaft und Familie.

Die Evangelische Zeitung informiert Sie zeitgemäß mit Weltbezug und bietet Ihnen gleichzeitig spannende Geschichten aus Ihrer Region.

Viel Lesevergnügen wünscht Ihnen



Michael Eberstein – Chefredakteur –

Ja, ich möchte 4 Ausgaben zum Kennenlernen kostenlos und unverbindlich bestellen. Der Bezug endet automatisch:

Name

Vorname

Straße

PLZ/Ort

Tel./ E-Mail
(für spätere Kontaktaufnahme)

Direkt bestellen:

 0431 / 55 77 92 71



leserservice@evangelische-zeitung.de

Antwort

Evangelische Zeitung
Leserservice
Gartenstraße 20
24103 Kiel