

Aktive Sterbehilfe, Beihilfe zum Suizid und Selbstbestimmung: Denkanstöße aus der Hospizbewegung

(Vortrag von Ludger Schelte, stellv. Leiter des Stationären Hospizes an der Lutter in Göttingen vom 19.11.2008)

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Freundinnen und Freunde,

Vor einigen Monaten, als ich die Ankündigung für diesen Vortrag schrieb, schien es eine Zeit lang so, als gäbe es in der gesundheitspolitischen Diskussion kein wichtigeres Thema als die Forderung, endlich auch in Deutschland zumindest die ärztliche Beihilfe zum Suizid zu legalisieren. Ähnliches war bereits schon zuvor in der sehr aufgeregt geführten Debatte um ein Gesetz zur rechtlichen Bindungswirkung von Patientenverfügungen geschehen. Damals entstand bei vielen Menschen der Eindruck, als sei eine rechtlich wasserdichte Patientenverfügung eine unabdingbare Voraussetzung dafür, sein Leben in Frieden beenden zu können. Die Hoffnungen, die in eine solche Verrechtlichung gesetzt wurden, haben sich in der Zwischenzeit relativiert. Es gibt bei vielen Menschen mittlerweile zumindest eine Ahnung davon, dass es wohl kaum möglich sein wird, sich für ein gutes Sterben zu versichern, so als würde man sein Haus, Auto oder Hausrat versichern.

Auch das publizistische Trommelfeuer, das vor allem die sich selbst als liberal und fortschrittlich verstehenden Presseorgane wie der Stern, Die Zeit oder der Spiegel sowie diverse Fernsehtalkshows zeitweise unablässig auf ihre Konsumenten ausübten, hat sich verflüchtigt. Was ist geschehen? Wieso ist das Thema „Beihilfe zur Selbsttötung“ momentan aus den Schlagzeilen verschwunden?

Der Auftritt des Roger Kusch

Roger Kusch hat alles vermässelt. Im März dieses Jahres stellte Kusch, der immer wieder als „ehemaliger Hamburger Justizsenator“ vorgestellt wird, eine angeblich von ihm entwickelte Tötungsmaschine der Presse vor, die nichts weiter war als ein in jedem Krankenhaus täglich benutztes Perfusorgerät. Kusch, schon seit längerem als missionarischer Befürworter der aktiven Sterbehilfe und der Beihilfe zum Suizid bekannt, stellte im März noch folgende Bedingungen an den ersten Einsatz dieses Gerätes, den er für die baldige Zukunft ankündigte:

1. Es muss eine unheilbare Erkrankung des sogenannten „Sterbewilligen“ vorliegen.
2. Der Klient muss sich über die Alternativen zum Suizid ausreichend informiert haben. Dies muss auch nachprüfbar sein.
3. Der Sterbewillige muss seinen Wunsch zu sterben bei klarem Bewusstsein getroffen haben.

und 4. müssen insgesamt drei ärztliche Gutachten bestätigen, dass die drei vorgenannten Bedingungen auch tatsächlich im konkreten Einzelfall erfüllt worden sind.

Der – an Geschmacklosigkeit nicht zu überbietende – Showdown war eingeleitet und erreichte Ende Juni seinen Höhepunkt: Kusch, der es offensichtlich sehr genießt, in der Öffentlichkeit zu stehen, präsentierte per Videoaufzeichnung das erste Opfer des „Dr. Roger

Kusch Sterbehilfe-Vereins“. Doch das Erschrecken aller Anwesenden auf dieser gespenstischen Pressekonferenz saß tief, das anschließende Kopfschütteln in den Redaktionsstuben hörte nicht auf: Die 79-jährige Bettina S., der Kusch in ihrer Würzburger Wohnung bei ihrer Selbsttötung geholfen hatte, hatte nicht einmal eine schwerere Erkrankung, von Unheilbarkeit ganz zu schweigen. Ärztliche Gutachten gab es auch keines.

Und auf die Nachfrage eines Journalisten, ob er denn entsprechend der von ihm selbst festgelegten Bedingungen ernsthaft versucht habe, Frau S. von ihrem Sterbewunsch abzubringen und sie über Alternativen zum Suizid informiert zu haben, antwortete Kusch mit der ihm eigenen Dreistigkeit wörtlich:“ Das ist für mich gar nicht in meinem Horizont“. Es sei eine Respektlosigkeit, den von Frau S. geäußerten Willen nicht zu achten, sagte Kusch weiter.

Plötzlich wurde für einen Moment in aller Deutlichkeit sichtbar, wovor die Kritiker der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe seit Jahren unermüdlich warnen. Vor allem die Gefahr des Missbrauchs einer, möglicherweise nur unter strengen Auflagen, genehmigten Sterbehilfe sei unübersehbar. Auch die Möglichkeit der Ausweitung des anfangs vielleicht restriktiv definierten Personenkreises läge quasi in der Natur der Sache. Dieses sei auch in den Ländern, in denen aktive Sterbehilfe rechtmäßig ist, wie z. B. in Holland, gut zu beobachten.

Die Befürworter der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe traten daraufhin einen taktisch motivierten Rückzug an. Nach diesem Fauxpas von Kusch war eine Zeitlang Ruhe im deutschen Blätterwald. Doch mittlerweile scheint die Schonzeit wieder vorbei zu sein: Ende September teilte Kusch mit, dass er ein zweites Mal Unterstützung bei einer Selbsttötung geleistet hätte und auch der Spiegel veröffentlicht schon wieder einschlägige Werbe-Artikel.

Linguistische Betrachtungen

Ich möchte an dieser Stelle einige linguistische Betrachtungen anstellen. Es fällt auf, dass bei der gesamten vorliegenden Thematik häufig mit Euphemismen gesprochen wird. Schon der Begriff der **Sterbehilfe** ist eine solche Beschönigung. Wer hilft hier eigentlich wem? Ist es wirklich eine Hilfe, wenn ich der Bitte eines subjektiv möglicherweise tatsächlich äußerst ratlosen und verzweifelten Menschen nachkomme und ihn töte? Seit 1871 wird im deutschen Strafgesetzbuch die angebliche Sterbehilfe sachlich korrekt genau als das bezeichnet, was sie auch tatsächlich ist: eine „**Tötung auf Verlangen**“.

„**Freitod**“ ist ein ähnlicher Euphemismus. Wie frei der Mensch wirklich in aller Regel ist, der sich das Leben nehmen will, werden wir gleich noch hören.

Im Zusammenhang mit Menschen, die schwer erkrankt sind, werden immer wieder, wie selbstverständlich, schlimme Wörter benutzt, Wörter, die im Grunde ein unmenschliches Weltbild deutlich werden lassen. „**Austherapiert**“, „**Pflegefall**“ oder auch „**dahin vegetieren**“ sind solche Unwörter und jeder sollte sich ernsthaft fragen, ob er sie weiter benutzen will.

Ein anderes Wort, das wir gerne benutzen, ist „**Sterbebegleitung**“. Auch hier stellt sich die Frage: Wer begleitet eigentlich wen? Was weiß ich, der schon häufiger am Sterbebett gestanden und im Moment des Sterbens anwesend war, die Hand gehalten oder versucht hat, den Angehörigen beizustehen, den tatsächlich über das Sterben? Wer lernt denn hier von wem?

Die Erfahrung des Sterbens mache nicht ich, sondern der Mensch, der vor mir im Bett liegt. Und jeder Mensch stirbt anders. Wenn ich sehr aufmerksam bin, wenn es mir tatsächlich gelingt, „**dem Sterbenden die Regie über sein Sterben zu überlassen**“, wie es der bekannte Sterbeforscher Bernard Jakoby einmal so treffend formuliert hat und ich der Gefährdung widerstehen kann, schon zu wissen, worauf es ankommt, wenn ich mich zurücknehme und gleichzeitig präsent bin, wenn ich hinhöre, hinfühle, dann kann **ich** vielleicht etwas lernen über das Sterben, für **mein** eigenes Leben und vielleicht auch für **mein** eigenes Sterben. Begleitet – so gesehen – der Schwerkranke, der Sterbende **mich** bei **meinen** Erfahrungen nicht mindestens so viel wie ich ihn?

Ist „Tötung auf Verlangen“ und „Beihilfe zur Selbsttötung“ ein- und dasselbe?

Ich werde in meinem Vortrag „Tötung auf Verlangen“ und „Beihilfe zum Suizid“ häufig in einem Atemzug nennen. Einige werden sich dagegen wehren. Sie befürworten die Beihilfe zum Suizid und sind gleichzeitig gegen die Tötung auf Verlangen.

Nicola Bardola, dessen Eltern mit Hilfe der Schweizer Organisation „Exit“ Selbsttötung begingen, versucht in seinem über 230 Seiten umfassenden Buch „Der begleitete Feitod“ zu erklären, worin dieser angeblich so große Unterschied besteht.

Es gelingt ihm nicht.

Was ist denn eigentlich – juristisch gesehen – tatsächlich der Unterschied? Ich beschreibe eine konkrete Situation, die leicht vorstellbar ist: Wenn ich als Ärztin oder Pflegekraft einem kranken Menschen auf dessen Wunsch hin den Trinkbecher mit Gift reiche und ihm zu trinken gebe, weil er es selbst nicht mehr kann, und dieser Patient stirbt dann infolge des Giftes, so habe ich mich einer Tötung auf Verlangen gemäß § 216 Strafgesetzbuch strafbar gemacht. Diese Straftat wird mit einer Gefängnisstrafe von 6 Monaten bis 5 Jahren, je nach Richterspruch, sanktioniert.

Reiche ich den gleichen Trinkbecher und der Patient benutzt nun zum Trinken einen Strohhalm, so ist dies juristisch gesehen „Beihilfe zur Selbsttötung“. Muss man das verstehen? Ist hier wirklich ein fulminanter Unterschied festzustellen?

Juristisch besteht, jedenfalls in Deutschland, in der Tat ein riesiger Unterschied.

Die Beihilfe zur Selbsttötung ist in Deutschland – und hier werden sich jetzt einige wundern – nämlich überhaupt **nicht strafbar**. Mit anderen Worten: Sie ist legal. Ich darf dem Selbstmörder den Strick im Baumarkt besorgen, mit dem er sich aufhängen will, oder die Pistole, oder das Messer, mit dem er sich umbringen will und ich gehe straffrei aus, es sei denn, ich habe gegen die Vorschriften des Waffengesetzes verstoßen.

Dies ist nicht überall so. In Österreich z. B. ist beides - Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid - gleichermaßen strafbar.

Warum dann die ganze Aufregung, warum wird so viel geschrieben über etwas, was ohnehin erlaubt ist?

Es geht den Befürwortern der Beihilfe zur Selbsttötung vor allem um die **ärztliche** Beihilfe zur Selbsttötung. Ist die denn strafbar? Ist sie auch nicht. Aber sie ist nicht mit dem ärztlichen Standesrecht vereinbar.

Was sagt eigentlich Hippokrates?

Schon Hippokrates, der berühmteste Arzt der Antike, schrieb um 400 v. Chr. in seiner bekannten Schwurformel, die auch heute noch in Abwandlungen für Ärzte Gültigkeit hat, als Selbstverpflichtung jedes Arztes u. a.:

„Ich werde niemanden, auch nicht auf seine Bitte hin, ein tödliches Gift verabreichen.“

In den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung aus dem Jahre 2004 steht in der Präambel ausdrücklich:

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

Auch die (Muster-)Berufsordnung für Ärzte stellt in ihrem § 16 eindeutig fest:

„Ärztinnen und Ärzte dürfen das Leben der oder des Sterbenden nicht aktiv verkürzen.“

Wenn ein Arzt in Deutschland gegen das ausdrückliche Tötungsverbot, das die organisierte Ärzteschaft mehrfach beschlossen hat, verstößt, so drohen ihm standesrechtliche Konsequenzen. Diese können soweit gehen, dass die ärztliche Approbation entsprechend den Vorschriften der Bundesärzteordnung entzogen werden könnte.

Die Ankündigung der sogenannten Schweizer Sterbehilfeorganisation Dignitas, demnächst in einer öffentlichen Inszenierung mit Hilfe eines Arztes im Ruhestand ärztliche Beihilfe zum Suizid zu leisten, wird genau vor diesem Hintergrund plausibel. Wer nicht mehr als Arzt praktiziert bzw. wer bereits auf seine Approbation verzichtet hat, für den stellt der drohende Entzug keine Abschreckung dar. Man mag dieses Vorgehen als geschickt bezeichnen. Besonders couragiert ist es jedenfalls nicht.

Es gibt einen weiteren Grund dafür, dass ich „Tötung auf Verlangen“ und „Beihilfe zum Suizid“ gleichsetze. In dankenswerter Offenheit hat Roger Kusch selbst erklärt, wie er die Sache sieht. Bei der Nachrichtenagentur ddp konnte man am 5.6.2008 Folgendes lesen:

Ich zitiere:

„Kusch plädierte für eine Zulassung der aktiven Sterbehilfe nach niederländischem und belgischem Modell. Allerdings sei das in Deutschland derzeit nicht durchsetzbar. Man müsse deshalb ‚Schritt für Schritt‘ vorgehen und zunächst nach dem Muster der Schweiz die Beihilfe zur Selbsttötung straffrei stellen“. **Zitat Ende.**

Thomas Klie und Christoph Student bezeichnen deshalb auch in ihrem ausgezeichnetem Buch „Sterben in Würde“ die Beihilfe zum Suizid als eine **„Sonderform der Euthanasie“** (S. 114).

Der katholische Philosoph Robert Spaemann hat gemeinsam mit dem Psychiater Thomas Fuchs in ihrem bereits im Jahre 1997 erschienenen, bis heute sehr lesenswerten Buch „Töten oder sterben lassen“ u.a. eindrucksvoll beschrieben, nach welchem Muster sich die Debatte häufig entwickelt. Es beginne stets damit, dass zunächst die gesellschaftliche Akzeptanz des Selbstmordes hergestellt wird. Über die Beihilfe zum Suizid und die Legalisierung der Tötung auf Verlangen führe schließlich in letzter Konsequenz der Weg hin zur Tötung ohne Verlangen.

Ist dies alles Schwarzmalerei? Wird hier in unzulässiger Weise die Debatte über die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe vor allem durch das Schüren von Ängsten emotionalisiert?

Die Situation in den Niederlanden

Werfen wir einen Blick nach Holland.

Im Frühjahr 2001 beschloss das niederländische Parlament das „**Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung**“. Schon in der Bezeichnung des Gesetzes wird deutlich, wie eng die beiden Sachverhalte – Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid – miteinander verbunden sind. Tötung auf Verlangen heißt übrigens in Holland ganz offiziell „Euthanasie“, weshalb das genannte Gesetz – frei von allen Euphemismen – dort auch schlicht „Euthanasiegesetz“ genannt wird. Die belgischen Abgeordneten, die ein ähnliches Gesetz ein Jahr später verabschiedeten, waren da, zumindest sprachlich gesehen, von Anfang an aufrichtiger. Sie nannten es gleich und treffend: „Loi relative à l’euthanasie“ (Gesetz, das die Euthanasie betrifft)

Unter bestimmten Bedingungen ist die Tötung eines Menschen durch einen Arzt in Holland straffrei.

Der Euthanasiearzt muss u.a. feststellen, dass

Der Zustand des zu Tötenden aussichtslos ist

Sein Leiden unerträglich ist

Der Todeswunsch freiwillig und nach reiflicher Überlegung zustande gekommen ist

Der Patient umfassend aufgeklärt und informiert wurde und

eine medizinische Alternative zur Tötung nicht vorliegt.

Das Gesetz galt zunächst für alle Erwachsenen ab 18 Jahren und auch für Kinder ab 12 Jahren. 16- und 17-Jährige können selbst entscheiden, ob sie mit ärztlicher Hilfe getötet werden wollen. Sie müssen ihre Erziehungsberechtigten lediglich über ihr Vorhaben informieren. Bei 12- bis 15-Jährigen müssen die Eltern ihr Einverständnis geben.

Die Begriffe, die im Gesetz benutzt werden, spiegeln Eindeutigkeit vor. Tatsächlich sind sie subjektive Einschätzungen und so ausdehnbar, dass auch demenzkranke oder psychisch kranke Menschen darunter fallen können, sofern sie von Medizinern als **unheilbar** und ihr Leiden als **unerträglich** eingeschätzt wird.

Die belgische Euthanasievariante, die ein Jahr später beschlossen wurde, ist in einigen Punkten noch weitreichender als die holländische. So erlaubt das Gesetz ausdrücklich Patiententötungen, auch bei „**dauerhaften psychischen Leiden**“ und bezieht auch unheilbare Krankheiten ein, bei denen der Tod nicht kurzfristig eintreten wird.

Nach 6 Jahren Euthanasie: Eine Bilanz

Wie ist nun die Bilanz nach 6 Jahren holländischem Euthanasiegesetz? Es gibt hierfür nur ein Wort: Katastrophal.

Die Befürchtungen der Kritiker sind sämtlich eingetreten oder wurden sogar noch übertroffen.

Der in Frage kommende Personenkreis wird immer mehr ausgeweitet und auch der Grundsatz, dass Euthanasie nur an schwerstkranken Menschen, im Endzustand einer tödlichen Krankheit angewandt werden darf, wird zunehmend aufgeweicht. So teilte der niederländische Minister für Justiz und Gesundheit in einem Schreiben vom 29.11.2005 dem Parlament mit, dass unter bestimmten Bedingungen jetzt auch Neugeborene getötet werden können. Die bisherige Voraussetzung, dass der Sterbenswillige seinen Wunsch selbst äußern müsse, wurde einfach fallengelassen. Ein Neugeborenes hat keinen Todeswunsch und äußern könnte es ihn auch nicht.

In Einzelfällen wurde bereits Suizide bei beginnender Demenz – die ja keine tödliche Krankheit ist – ärztlich unterstützt.

Es gibt – ähnlich wie in Belgien - eine Meldepflicht für die erfolgte Tötung eines Menschen. Nach verlässlichen Umfragen, die zum Teil von der niederländischen Regierung selbst durchgeführt wurden, wird aber nur ungefähr **die Hälfte** der vorgenommenen Tötungen auch tatsächlich gemeldet. So wurden im Jahre 2001 in Holland 2054 Euthanasiefälle gemeldet, eine Regierungsstudie geht im gleichen Zeitraum aber von 4000 bis 5000 Fällen aus.

Selbstbestimmt leben, selbstbestimmt sterben.

So lautet ein Slogan der Euthanasiebefürworter. Das hört sich gut an. Rund tausend Schwerkranke werden aber in den Niederlanden Jahr für Jahr getötet, ohne dass sie überhaupt gefragt wurden, geschweige denn ein entsprechendes Verlangen geäußert hätten. Die Ärzte begründen laut einer offiziellen Studie dieses Tötungen ohne Verlangen hauptsächlich damit, dass, **Zitat:** „die Nächsten es nicht mehr ertragen konnten“. **Zitatende.** Könnte es sein, dass vielleicht auch hin und wieder die Aussicht auf ein schönes Erbe die treibende Kraft für die Euthanasie war?

Jeder gemeldete Euthanasiefall wird laut Gesetz von einer der fünf Regionalkommissionen überprüft. Die durchschnittliche Prüfungsdauer pro Fall beträgt 4 Minuten. Es ist nicht bekannt geworden, dass die Prüfungskommissare auch nur an einen einzigen Euthanasiefall Anstoß genommen hätten. Auch die holländische Staatsanwaltschaft zeigt keine Interesse daran, gegen die häufigen Gesetzesbrüche der niederländischen Ärzte vorzugehen. In all den Jahren wurde kein einziger Mediziner wegen Euthanasie angeklagt. Nur einer handelte sich einer Geldstrafe ein. Nicht wegen Mordes, sondern wegen Urkundenfälschung, weil er eine Patientin mit Phenobarbital umgebracht und dann „natürlicher Tod“ auf den Totenschein geschrieben hatte.

Thomas Klie und Christoph Student beschreiben in ihrem bereits genannten Buch, welche Folgen die Freigabe der Euthanasie für die niederländische Gesellschaft hat. **Ich zitiere:**

„Diese Entwicklung bewirkt eine fatale Bewusstseinsveränderung in der niederländischen Öffentlichkeit: Aus der Chance zur Euthanasie entwickelte sich schleichend fast so etwas wie eine *Pflicht zur Euthanasie*. Dadurch könnten nicht zuletzt Angehörige unter Druck geraten, wenn sie z. B. von Mitmenschen gefragt werden, weshalb sie dem kranken Vater oder der kranken Mutter ‚das alles‘ noch weiter zumuten.

Aber auch Ärzte können unter Druck geraten, wenn Angehörige nicht mehr unter fürsorglichen Aspekten eine Lebensprognose für einen Kranken erbitten, sondern unter dem Aspekt der Lebensplanung. Nach dem Motto: In vier Wochen stehen gravierende Veränderungen in unserem beruflichen Umfeld an, dann sollte das Problem eigentlich gelöst sein.“ **Zitatende**

Die Autoren bezeichnen die Entwicklung in Holland zusammenfassend als einen, **Zitat:** „schleichende moralischen Erosionsprozess“.

Die dortige Lage ruft Assoziationen mit den zum Teil gruseligen Szenarien hervor, die Björn Kern in seinem Zukunftsroman „Die Erlöser AG“ geschildert hat.

Doch immer mehr Menschen wenden sich in den Niederlanden von dieser schlimmen Entwicklung ab. Die Hospizbewegung in Holland gewinnt zunehmend an Bedeutung. Viele alte Menschen wehren sich auf ihre Weise: Sie tragen in ihrem Portemonnaie eine sogenannte „Credo Card“, in die der Spruch „Maak mij niet dood, dokter“ („Mach mich nicht tot, Doktor“) eingestanzt ist. Die Vorsichtigen in den grenznahen Gebieten ziehen sich zum Lebensende in Altenheime nach Deutschland zurück, weil sie meinen, dort vor unerwünschter Entsorgung sicher zu sein.

Zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung

Bei den Protagonisten der Euthanasiedebatte stehen sich zwei feindliche Lager unversöhnlich gegenüber: Auf der einen Seite diejenigen, die das menschliche Leben als etwas Absolutes sehen, in das in keinem Fall von außen eingegriffen werden darf und die sich vor allem auf die Fürsorge- und Schutzpflicht des Staates für jedes menschliche Leben beziehen.

Auf der anderen Seite stehen diejenigen, die das Selbstbestimmungsrecht eines jeden Menschen in das Zentrum ihrer Überlegungen stellen.

Beide Seiten berufen sich dabei auf das Grundgesetz (GG), genauer gesagt auf die Grundrechte, die ja den eigentlichen Kern der freiheitlich-demokratischen Ordnung ausmachen und im Wesentlichen in den Artikeln 1 – 18 Grundgesetz beschrieben sind.

Berufen sie sich zu Recht auf das Grundgesetz?

Beim Schutz des Lebens ist die Sache eindeutig. Artikel 2 Abs. 2 erster Halbsatz Grundgesetz sagt kurz und knapp: „Jeder hat das Recht auf Leben.“ Das Bundesverfassungsgericht hat in einer Entscheidung, die im 46. Band abgedruckt ist, deutlich gemacht, dass kein Zweifel daran bestehen kann, dass das menschliche Leben einen, **Zitat:** „Höchstwert darstellt, der den Staat zum umfassenden Schutz verpflichtet“ (BVerfGE 46,164). **Zitatende.**

Was aber ist mit dem Selbstbestimmungsrecht? Es wird in diesem Zusammenhang nicht nur behauptet, es sei ein Grundrecht. Mehr noch: So wurde z. B. in einem öffentlichen Vortrag vor einigen Monaten gesagt, es sei eines der wichtigsten Grundrechte überhaupt. Ich habe selbst Jura studiert, habe sehr aufmerksam die Staatsrechtsvorlesung verfolgt und habe mehr als einmal den Grundrechtskatalog des Grundgesetzes durchgearbeitet. Ein Selbstbestimmungsrecht des Menschen ist dort beim besten Willen nicht zu finden.

Was allerdings, und zwar im Zuge der zunehmenden Individualisierung der Gesellschaft, mittlerweile ein anerkannter juristischer Begriff ist, das ist das Selbstbestimmungsrecht des **Patienten**. Dieses wird vor allem aus Artikel 2 Abs. 1 GG („freie Entfaltung der Persönlichkeit“) in Verbindung mit Artikel 1 Abs. 1 GG („die Würde des Menschen ist unantastbar“) gefolgert. Mit anderen Worten: Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ist demnach **kein** Grundrecht, kann jedoch als **grundrechtsähnliches** Recht bezeichnet werden.

Ich selbst bin ein großer Anhänger des Selbstbestimmungsrechts des Patienten und unterrichte das entsprechend auch in der Krankenpflegeschule. Es spielt insbesondere bei der Einwilligung z. B. vor Operationen, eine große Rolle. Fast alle medizinischen und auch pflegerischen Handlungen, die am Patienten vorgenommen werden, bedürfen dessen Zustimmung. Liegt eine solche Einwilligung nicht vor, so ist in vielen Fällen der Straftatbestand der Körperverletzung erfüllt.

Die Entscheidung eines Patienten setzt immer voraus, dass er umfassend aufgeklärt und informiert ist. Erst wer bestmöglich informiert ist, kann sich ein eigenes, wohl abgewogenes Urteil bilden.

Über Suizidalität

Wie informiert sind nun Menschen tatsächlich, die sich für eine Beihilfe zur Selbsttötung oder für Euthanasie entscheiden? Wie kommen Menschen zu diesem ungeheuerlichen Entschluss? Wie frei, wie selbstbestimmt sind sie denn wirklich in dieser Situation?

Christoph Student und Thomas Klie erwähnen eine Studie aus den Niederlanden, in der die Forscher genau dieser Frage nachgegangen sind: Was macht Menschen suizidal? Die Antwort ist so erschreckend wie einleuchtend: Die Angst vor Vernachlässigung und Respektlosigkeit,

die Angst vor Schmerzen und anderen körperlichen Beschwerden und schließlich die Angst davor, anderen zur Last zu fallen. **Ich zitiere:**

„Es geht also nicht so sehr um tatsächlich vorhandene Beschwerden und Belastungen, sondern bereits die Angst davor, dass solche Belastungen eintreten könnten, lassen Menschen nach Euthanasie verlangen. Und es sind Ängste, die vor allem im Alter ihre Berechtigung finden. Denn gerade in dieser Lebensphase sind Menschen in besonderer Weise von Vernachlässigung, Respektlosigkeiten und körperlichen Beschwerden bedroht. Im Alter aber müssen wir viel von unserer Autonomie aufgeben, sind auf Hilfe angewiesen. Wenn wir dann in einer Umgebung leben müssen, die nicht darauf vorbereitet ist, uns zu respektieren, uns nicht das Recht einräumt, in Würde zu altern, sondern uns zu verstehen gibt, dass wir nur noch als Last und Belastung empfunden werden, dann ist es **diese** Umgebung, die Menschen in die Suizidalität treibt – nicht das Alter.“ **Zitat Ende**

Menschen töten sich selbst – und dies bestätigen alle Studien der Suizidforschung – in einer Situation, in der sie subjektiv tief verzweifelt sind, sich hilflos fühlen und keinen Ausweg aus ihrer eskalierten psychischen Verfassung finden. Ich weiß, wovon ich spreche. Oft sind diese Menschen psychisch krank, befinden sich in einer schweren Depression. Depression ist eine grundsätzlich lebensgefährliche Erkrankung und wird leider viel zu häufig nicht oder zu spät erkannt und auch unterschätzt.

Diese Menschen brauchen Hilfe und kein Gift. Gift ist die zynische Antwort einer Gesellschaft, die diese Menschen oft erst in die tiefe Verzweiflung getrieben hat.

Hinzu kommt, dass menschliche Äußerungen bezüglich ihres Lebensendes wenig stabil sind. So haben nordamerikanische Suizidforscher herausgefunden, dass 85 – 90 % der Menschen, die einen Suizidversuch unternehmen und überleben, diesen in den nächsten 10 Jahren nicht wiederholen ((Student/Napiwotzky: Was braucht der Mensch am Lebensende, S. 88).

Menschen am Lebensende bewegen sich häufig zwischen Hoffnung und Verzweiflung. Wir erleben dies häufig bei unserer täglichen Arbeit. An einem Tag spricht der Patient offen über sein Sterben, dass bald geschehen wird. Am nächsten Tag plant er eine Reise nach Mallorca, wenn er demnächst aus dem Hospiz entlassen wird. Der Mensch am Lebensende - wie sollte es auch anders sein - wird oft von seinen Gefühlen hin- und hergeschüttelt. Es wäre geradezu fatal, einem solchen Menschen, der in einer Stunde großer Niedergeschlagenheit den Wunsch nach Euthanasie äußert, beim Wort zu nehmen.

Über Autonomie

Noch einige Gedanken zur Selbstbestimmung, zur vielfach hochgelobten Autonomie. Es gab noch keine Generation vor uns, in der diese Begriffe eine solch große Bedeutung hatten. In früheren Zeiten war sich der Mensch seiner Abhängigkeiten bewusst. Ein Säugling ist nun mal nicht autonom und bedarf der menschliche Zuwendung und Versorgung. Und da wir im Alter oft wieder wie die Kleinkinder werden, ist es da ähnlich. Auch wer krank ist, benötigt Pflege, braucht Menschen, die sich um ihn kümmern. Was ist das nur für ein Ideal, das darauf setzt, völlig unabhängig von anderen Menschen und autark zu sein? Der Mensch ist ein soziales Wesen und ohne mitmenschlichen Kontakte kann er nicht leben. Jeder, der Kinder

großgezogen hat, weiß genau, wie schnell sich hier die Frage nach der eigenen Autonomie relativiert. Es gehen schon einige Jahre ins Land, in denen sich der Tagesablauf vor allem nach den Bedürfnissen der Kinder richtet. Und das ist auch gut so. Und auch die, die keine Kinder haben, aber täglich, im immer gleichen Rhythmus zur Arbeit hetzen, anschließend sich um die eigene Reproduktion - einkaufen, aufräumen, essen - kümmern müssen, am Abend etwas fernsehen oder in die Kneipe gehen und dann ermattet ins Bett sinken, um am nächsten Morgen, wenn um halb sieben der Wecker klingelt, wieder einen ganz ähnlichen Tag zu verbringen. Wenn dann noch plötzlich das Auto kaputt geht, man selbst oder ein Nahestehender krank wird und der Wetterumschwung am nächsten Morgen sogar die Ankleidepläne des Vorabends hinwegfegt: Sind diese Menschen in ihren Entscheidungen dann wirklich noch autonom?

Hinter der Rede von der Autonomie verbirgt sich häufig etwas anderes: Ein merkwürdiger Hang zur Unverbindlichkeit, manchmal auch zur Bindungs- und Verantwortungslosigkeit. Wie sagt noch der Fuchs zum kleinen Prinzen in dem gleichnamigen Buch von Antoine de Saint-Exupéry: **„Du bist zeitlebens für das verantwortlich, was du dir vertraut gemacht hast.“** Und in dem Moment, in dem ich mich verantwortlich für einen anderen Menschen fühle, bin ich nicht mehr autonom.

Wo kommt eigentlich dieser unglaubliche Satz her, „man möchte niemanden zur Last fallen“? Ich hatte keine Zeit, hier Forschungen zu betreiben. Ich vermute, er muss irgendwann vor ca. 50 – 70 Jahren Verbreitung gefunden haben. Es ist mir unbegreiflich, wie die Tatsache, hilfebedürftig zu sein, als „Last“ für andere bezeichnet werden kann. Wie viel Zeit verwende ich im Hospiz damit, den Menschen zu erklären, dass sie keine Last sind, dass wir unsere Arbeit gern machen und auch noch Freude dabei haben. Manchmal werde ich schon etwas ungeduldig und habe erst neulich zu einer Patientin gesagt, dass sie von mir eine Hausaufgabe für die kommende Woche aufbekomme: zu lernen, Hilfe anzunehmen.

Viele Menschen haben oft auch eine große Angst vor möglichen Einschränkungen ihrer Mobilität im Alter. Was ist, wenn ich alt und krank werde, wenn ich nicht mehr richtig laufen kann? Dann kann ich halt nicht mehr richtig laufen, ja und? In unserer sportlich durchtrainierten Gesellschaft scheint das ja der GAU schlechthin zu sein. Warum eigentlich? Wie kann ich davon ausgehen, zumal in einer Zeit, in der die Lebenserwartung der Menschen zumindest in den westlichen Metropolen immer noch weiter ansteigt, bis zu meinem Lebensende herumlaufen zu können wie ein junges Reh?

Und dann kommt die große Angst vor dem sogenannten geistigen Verfall. Warum eigentlich? Vor ca. 4 Monaten beschwerte sich eine Patientin darüber, dass ich sie ständig sieze. Was soll das, sagte sie. Nun kennen wir uns schon seit dem Kindergarten und du fängst jetzt mit diesem blöden Sie an. Seitdem duzten wir uns. Sie war bis zuletzt der festen Überzeugung, dass wir uns schon so lange kennen (und das wären in diesem Fall ca. 80 Jahre lang gewesen). Was ist daran so schlimm?

Woher kommt die Angst vor Demenz oder vor dem Wachkoma? Warum will oder soll ich in einer Patientenverfügung bestimmen, dass ich in einem solchen Fall nicht mehr leben will? Der demente und auch der wachkomatöse Mensch, der ich dann vielleicht bin, das ist doch ein ganz anderer, als der, der ich jetzt bin. Den kenne ich doch gar nicht. Vielleicht geht's dem sehr gut. Vielleicht lebt der in einer Umgebung, in der engagierte, kompetente und vor

allem freundliche und liebevolle Mensch in seiner Nähe sind. Wie kann ich jetzt über diesen, mir heute fremden Menschen, etwas bestimmen? Das soll Selbstbestimmung sein? Nein, das ist das genaue Gegenteil: Das ist Fremdbestimmung!

Hospize als Antwort auf den Ruf nach Sterbehilfe

Seit der Gründung des ersten modernen Hospizes in London durch Cicely Saunders im Jahre 1967, dem St. Christophers Hospice, haben sich Hospize immer auch als Antwort auf den Ruf nach Euthanasie verstanden.

In Hospizen, und so auch in unserem Hospiz an der Lutter hier gleich nebenan, leben schwerkranke Menschen mit einer unheilbaren Erkrankung und verbringen dort die letzten Tage, Wochen oder Monate ihres Lebens. Ich sage absichtlich: Die Menschen **leben** hier. Und das ist auch der wichtigste Grundsatz unserer Arbeit: Es geht hier vor allem ums Leben, und zwar um ein möglich gutes Leben bis zum Ende. Deshalb stört es mich auch sehr, wenn hin und wieder der Begriff „Sterbehospiz“, oft in diffamierender Absicht, gebraucht wird. Sicher, die Menschen sterben hier auch und das will ich auch gar nicht verschweigen oder schönreden. Und das Sterben ist oft auch sehr schwer.

Hier bei uns findet palliative Medizin und palliative Pflege nach den neuesten Erkenntnissen der Wissenschaft statt. Unser Ziel ist es, dass hier kein Patient an Schmerzen leiden muss. Und dies gelingt uns in fast allen Fällen. Zugegeben, es ist in manchen Fällen nicht leicht, das richtige Medikament und die richtige Dosierung herauszufinden. Aber zum einen haben viele von uns Pflegekräften im Laufe der Jahre hier viel Erfahrung gesammelt, die durch ständige Fortbildungen immer wieder ergänzt werden. Zum anderen arbeiten wir sehr eng mit den Hausärzten zusammen, die ihre Patienten hier betreuen und mit dem Palliativzentrum des Göttinger Uniklinikums. Auch allen anderen Symptomen, die im Laufe einer schweren Erkrankung am Lebensende auftreten können, wie z. B. Übelkeit und Erbrechen, Atemnot, Unruhe und Angst oder Schlafstörungen, werden von uns mit viel Erfahrung und Umsicht gelindert oder gar beseitigt.

Das Beste, was wir den Patienten bieten können, ist Zeit. Wir haben oder nehmen uns Zeit für ein längeres Gespräch, für eine sehr ruhige und intensive Pflege, um die Zeitung vorzulesen oder eine speziell gewünschte Suppe zu kochen. Wir sehen ihn nicht in erster Linie als Patienten, sondern als einen Menschen, als eine Persönlichkeit, die eine besondere Lebensgeschichte mit sich bringt mit häufig vielfältigen Beziehungen zu anderen Menschen. Dies steht im Mittelpunkt und nicht z. B. die Krankheit, die er in sich trägt. Wir nehmen Anteil an seinen Freuden und Hoffnungen, nehmen Anteil an seiner Traurigkeit und seinen Ängsten. Wir hören uns die Frage, ob es denn ein Leben danach wohl gibt oder nicht, an und dann versucht jeder von uns, jeder auf seine Weise, eine ehrliche Antwort zu geben, so wie wir selbst es sehen. Und die Menschen – dies ist eine Erfahrung – schätzen sehr diese Ehrlichkeit.

Oft sind Familien sehr zerstritten und manchmal gelingt es uns, Versöhnungsprozesse auf den Weg zu bringen. Darüber freuen wir uns dann besonders.

Um wessen Leid geht es?

Ich selbst bin erst ein gutes Jahr hier. Ich habe, ziemlich zu Anfang, gelernt, mir folgende Frage zu stellen: Um wessen Leid geht es hier im Moment eigentlich? Ich war erst 14 Tage im Hospiz, da passierte Folgendes: Ein Schüler kam zu Beginn der Spätschicht aufgeregt zu mir gelaufen und sagte: Komm mal schnell, Ludger, ich glaube Herr Lehmann – ich habe den Namen geändert - ist gerade gestorben. Ich ging in das Zimmer, aber Herr Lehmann war nicht tot. Allerdings atmete er sehr unregelmäßig, mit langen Atemaussetzern und hatte zudem eine etwas brodelige Atmung, eine Situation also, wie sie sich häufig am Lebensende einstellt. Herr Lehmann war sehr gut mit Schmerzmitteln versorgt und machte einen insgesamt sehr entspannten Eindruck.

Im Zimmer befanden sich, etwas abseits, außerdem noch Frau Lehmann, seine Ehefrau und seine Tochter. Ich begrüßte die beiden und trat ans Bett heran. Ich begrüßte auch Herrn Lehmann, legte meine Hand auf seine Schultern und sagte ein, zwei Sätze so ungefähr wie: „Es ist alles gut, Herr Lehman. Ihre Frau und Tochter sind auch hier.“ Die Atempausen wurden immer länger. Plötzlich rief die Ehefrau, die begonnen hatte zu weinen, laut auf: „Herrgott, mach das dieses Leiden ein Ende hat!“ Ich drehte mich langsam zu Frau Lehmann um und sagte: „Aber Frau Lehmann. Ihr Mann leidet doch gar nicht. Es ist hier alles o.k.. Ihr Mann ist ganz ruhig.“

Geradezu schlagartig beruhigte sich auch Frau Lehmann, ihr Mann verstarb in den nächsten 5 Minuten.

Um wessen Leid geht es eigentlich? Angehörige und Freunde sollten sich immer wieder aufrichtig diese Frage stellen: Leidet meine Partnerin, mein Vater, meine Schwester, tatsächlich oder bin nicht in Wahrheit ich es, der mit der Situation überfordert ist. Mitleid, so sagen Klie und Student, ist vor allem ein äußerst gefährliches Gefühl. **Ich zitiere:** „Denn psychologisch gesehen können wir gar nicht mit einem anderen leiden. Wir können immer nur an und mit uns selbst leiden“. **Zitat Ende.** Die Angehörigen oder auch die Helfenden empfinden eine Situation für sich selbst als unerträglich. Ihr Leiden ist Ausdruck der Not, die sie selbst haben. Sie versetzen – **ich zitiere noch mal** „sich auf ihre Weise in den Kranken – aber erleben sozusagen ‚ihren eigenen Film‘, der mit dem, was der Kranke erlebt, nichts oder nur wenig zu tun hat.“ **Zitat Ende.**

Klaus Dörner hat sein Buch, dass sich vor allem mit der Ermordung der sogenannten Gemeinschaftsfremden im Nationalsozialismus beschäftigt, aus ähnlichen Gründen „Tödliches Mitleid“ genannt.

Ausblick auf die Zukunft

Es kann nicht darum gehen, Euthanasie zu ermöglichen und damit vielleicht auch einen Schlüssel für die Lösung der demographischen Frage in die Hand zu bekommen. Der Deutsche Hospiz- und Palliativverband, der die Interessen von nahezu 1000 Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Deutschland vertritt, und die Hospiz Landesarbeitsgemeinschaft Niedersachsen, die für über 100 Hospizinitiativen und die 14 niedersächsischen stationären

Hospize spricht, erklären seit Jahren, dass sie jede Form der Euthanasie und der Beihilfe zur Selbsttötung ablehnen.

Wir sollten uns dafür einsetzen, dass die Hospiz- und Palliativversorgung ausgebaut und verbessert wird. Es gibt immer noch viel zu wenige Hospizbetten in Deutschland. Auch die – zu streng geregelten – Aufnahmekriterien für ein Hospiz müssten erweitert werden. Es geht darum, die Grundsätze von Palliative Care in alle Krankenhäuser und alle Altenheime zu tragen. Der Wunsch vieler Menschen nach Euthanasie verschwindet in dem Moment, wo sie sicher sein können, dass mit ihnen respektvoll umgegangen wird, dass sie keine Schmerzen haben werden, dass sie nicht allein sind und dass sie niemanden zur Last fallen.

Klaus Dörner hat vielfältige Vorschläge gemacht, wie eine Gesellschaft der Zukunft, die die Alten und Kranken nicht links liegen lässt, aussehen könnte. So müsste das ambulante Netz der Versorgung viel weiter ausgebaut werden. Die Alten- und Pflegeheime in ihrer jetzigen Form sollten zugunsten von kleineren, überschaubaren Wohngruppen abgeschafft werden.

Die bevorstehenden, großen Aufgaben in einer immer älter werdenden Gesellschaft sind ganz offensichtlich nicht vom Staat allein zu bewältigen.

Es scheint so, dass wir an einem Punkt angekommen sind, an dem eine Veränderung in unserm Denken, in unserer Haltung, bei unseren Werten vorgenommen werden sollte. Ist die berufliche Karriere, das Geld, der Einfluss, den man hat, wirklich das non plus ultra, dem alles andere untergeordnet wird? Der nächste Urlaub auf den Malediven, die nächste Schiffskreuzfahrt: Lohnt es sich wirklich, dafür zu rackern? Keine Frage: Jeder hat das Recht auf Erholung und es ist recht und billig und auch vernünftig, sich um sein eigenes Wohl zu kümmern. Aber was gibt meinem Leben Sinn und Tiefe? Wir im Hospiz erleben es häufig, wie sehr am Lebensende die materiellen Dinge an Bedeutung verlieren. Oft treten die menschlichen Beziehungen in den Vordergrund, dominieren alles andere. Kommt mein Kind mich besuchen, hält meine Frau zu mir, wo sind meine Freunde? Man freut sich darüber, wie Loki Schmidt es neulich ausgedrückt hat, wenn jemand da ist, der ein Süppchen kocht, jemand einen mit einer Decke zudeckt. Im hohen Alter, am Lebensende, ist es oft ganz praktische Hilfe, die benötigt wird. Wer kauft für mich ein, wer wäscht meine Wäsche, wer hilft mir beim Duschen?

Wäre es nicht an der Zeit, die Augen wieder mehr zu öffnen für unsere Mitmenschen? Wie geht es eigentlich meiner neuen Kollegin, die vor einem halben Jahr angefangen hat, wie kommt die alte Frau, die im dritten Stock wohnt, klar, was ist eigentlich im Nachbarhaus los? Wer besucht denn den alten alleinstehenden Mann, der letzte Woche ins Krankenhaus gekommen ist? Oder der Blick auf die eigene Familie: Welche Hilfe benötigen meine alten Eltern, wie geht's meinen Kindern, meinen Geschwistern? Es soll jetzt nicht jeder Mensch zum mildtätigen Samariter werden. Aber wäre es nicht sinnvoll, schon jetzt, und nicht erst am Lebensende den Blick mehr auf das zu richten, was am Ende zählt?

Tod und Sterben, das wir so erfolgreich aus unserem Leben verdrängt haben, so, als wären wir unsterblich, sollte wieder als Teil unseres Lebens verstanden werden, den wir oft ja auch aktiv gestalten können. Früher „**segneten die Menschen das Zeitliche**“. Sie versammelten

alle Liebsten an ihrem Sterbebett und segneten alles Irdische, die Menschen und die Dinge, die sie zurückließen. Vielleicht sollten wir den Tod und das Sterben nicht weiter mit aller Macht bekämpfen, sondern ihn, der eine etwas gelassener, der andere etwas ängstlicher, auf uns zukommen lassen – so wie es in anderen Kulturen geschieht und wie es viele Generationen vor uns gemacht haben. Vielleicht sollten wir versuchen, eine neue ars moriendi, eine neue Kunst zu Sterben, zu entwickeln, in dem wir bereit sind und uns öffnen, für die neuen Erfahrungen, die wir, auch das lehrt uns die tägliche Arbeit im Hospiz, am Ende unseres Lebens machen können.

Jetzt, gegen Ende meines Vortrages, möchte ich Ihnen den Anfang eines Liedes vorspielen, das die meisten von uns kennen.

Beatles Song „When I am 64“ vorspielen.

Danach:

„Will you still need me, will you still feed me“ sangen die Beatles 1966. Heute, mit der gestiegenen Lebenserwartung, würde die Beatles wohl „Eightyfour“ singen, also das heutige durchschnittliche Heimaufnahmealter. Wirst Du mich brauchen, wirst Du mir zu essen geben, wirst Du Dich um mich kümmern? Klaus Dörner schreibt dazu, dass diese Fragen zwar vor allem von alten Menschen gestellt werden. Und er schreibt weiter, **ich zitiere**:

“ Doch ist die Kernfrage nach need und feed verbindlich nur zu beantworten, wenn ich immer alle Hilfebedürftigen im Auge habe, ob ich nun mit 10 Jahren im Wachkoma bin, mit 20 geistig behindert, mit 30 körperlich behindert, mit 40 hirntraumatisiert, mit 50 chronisch psychisch krank, mit 60 chronisch körperkrank, mit 70 alterspflegebedürftig oder mit 80 dement.“ (**Zitatende**)

Wir sollten allen Überlegungen – und hier komme ich auf meine Ausgangsfrage zurück - die darauf abzielen, die Euthanasie oder die Beihilfe zum Suizid zu legalisieren bzw. zu erleichtern, eine Absage erteilen. Es ist vieles zu tun, um die zu unterstützen, die allein und ohne Hilfe nicht oder nur schlecht leben können. Ob das alles zu schaffen ist?

Ich möchte meinen Vortrag mit einem kurzen Satz beenden, der in den letzten Monaten um die ganze Welt ging und der vielen Menschen Hoffnung und Inspiration gegeben hat:

„YES, WE CAN!“

Meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Freundinnen und Freunde, vielen Dank für Ihre, vielen Dank für Eure Aufmerksamkeit.