



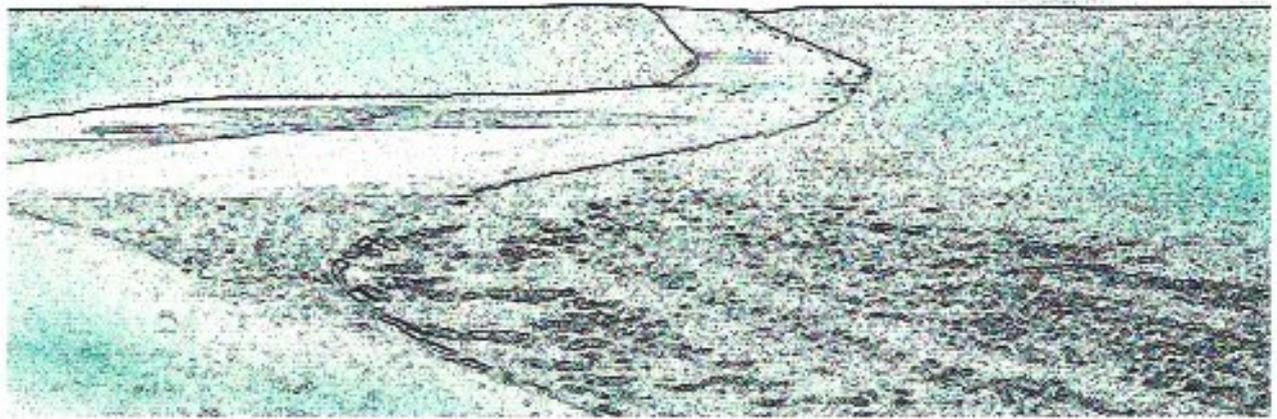
Göttinger

Hospiz - Mitteilungen

6. Ausgabe/ November 2001

Aktive Sterbehilfe?

Geschichte - Meinungen - Alternativen



Hospiz an der Lutter
An der Lutter 26
37075 Göttingen

Telefon: 05 51-3 83 44-11

Fax: 05 51-3 83 44 - 44

eMail: Hospiz@Hospiz-Goettingen.de

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

im Sommer 2001 beschloß das niederländische Parlament eine Änderung des Strafrechts zur Euthanasie. Die Liberalisierung dieses Strafrechts löste in Deutschland eine Debatte über *aktive Sterbehilfe* und ihre gesetzliche Regelung aus, die viele Wochen lang die Medien durchzog. Inzwischen hat sich der 'Medienrummel'

gelegt, und mit ihm die Aufregung der breiten Öffentlichkeit. Die Problematik *aktiver Sterbehilfe* jedoch bleibt bestehen, - mit oder ohne Gesetzesänderung, und verdient Aufmerksamkeit und kritische Reflexion.

Die vorliegende Ausgabe der *Göttlinger Hospiz-Mitteilungen* versucht, sich den Aspekten *aktiver Sterbehilfe* zu nähern, indem sie zunächst die Geschichte der Euthanasie beleuchtet. Eine Chronik der Entwicklung der niederländischen Euthanasiepraxis und die Darlegung der Unterschiede zwischen niederländischer und deutscher Sterbehilfediskussion schließen dann den Bereich der allgemeinen sachlichen Information ab.

Die Berichte des ambulanten und des stationären *Hospizes an der Lutter* geben Einblick in die Hospizarbeit und ihre Möglichkeiten, Schwerstkranke und Sterbende zu betreuen. Es wird deutlich, daß mit 'Hospiz' eine Alternative zur Praxis der *aktiven Sterbehilfe* gegeben ist.

Einen verhältnismäßig breiten Raum nehmen die Stellungnahmen der 'Menschen im Hospiz', - es handelt sich vornehmlich um ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen des ambulanten Hospizes, zum Thema ein. Um Authentizität und Gesamtzusammenhang der Aussagen zu wahren, werden die Texte ungekürzt wiedergegeben. Es treten verschiedene, ganz persönliche Meinungen zutage.

Meinungsvielfalt sollte uns aber nicht abschrecken. Eine offene und kontroverse Diskussion *aktiver Sterbehilfe* und ihrer Gesetzgebung birgt die Chance, sich den Gegebenheiten um uns herum zu stellen und *einen* Weg zu ebnen für Hilfe und Beistand für die Betroffenen, - das sind Patienten und Angehörige, aber auch Ärzte und Pflegende. Dies wäre ein Schritt. Ich erhoffe mir, daß er einen zweiten *mit* sich zieht, - in Richtung Hospizarbeit.

Dr. Kathrin Leven-Keesen



In diesem Heft:

Vorwort

von Kathrin Leven-Keesen 2

Originalartikel

Zur Geschichte der Euthanasie 3

Informationen

Die Entwicklung der niederländischen Euthanasiepraxis 8

Unterschiede zwischen der niederländischen und der deutschen Euthanasiediskussion 8

Berichte

Das ambulante *Hospizes an der Lutter* zur Sterbehilfe 9

Erfahrungen aus dem stationären *Hospiz an der Lutter* 10

Interviews

Deutsche Ärzte/-innen zur aktuellen Situation in Deutschland 10

Menschen im Hospiz

Meinungen zur aktiven Sterbehilfe 13

Sehenswert

Film *LAMORTE* 18

Ausstellung *Körperwelten* 22

Projekte

Wohlfühlwochenende 20

Raum der Stille 21

Nachdenkliches

Heinrich Heine 12

Elfen 21

Kurios

23

Adressen, Veranstaltungen, Termine 24

Impressum 24

*Die Medizin und der „gute Tod“
Zur Geschichte der Euthanasie*

Der Göttinger Pharmakologe, Pathologe und Medizinhistoriker Karl Friedrich Heinrich Marx (1796-1877) beschrieb 1826 mit folgender Trias die Aufgaben der Medizin: „Es gibt drei Pflichten des Arztes: Vorbeugung, Heilung und die Hilfe bei einem guten Tod“ – *euthanasia* wird hier zu einer zentralen Tugend ärztlichen Handelns. Dies erscheint auf den ersten Blick für manche gegenwärtige Positionen nicht sofort verständlich, insbesondere in Deutschland ist im 20. Jahrhundert das Verhältnis zur „Euthanasie“ schwierig geworden – der Begriff war einem deutlichen historischen Bedeutungswandel unterworfen. Was war über zweieinhalb Jahrtausende abendländischer Medizingeschichte die Bedeutung von *Euthanasie*, bevor das Wort durch die Mordaktionen der Nationalsozialisten im Dritten Reich völlig umgedeutet wurde? Thema dieses einführenden historischen Beitrages soll in Grundzügen eine kurze Entwicklungsgeschichte von Euthanasie und Sterbehilfe sein. Pflegerisches und ärztliches Handeln bei infauster Prognose und unhellbarer Krankheit, die Fragen im Kontext von Sterbegleitung und Tötung auf Verlangen gehören zu den schwierigsten Problemen einer Gesellschaft, die nicht ohne historische, soziale, ethische und kulturelle Bezüge gesehen werden können.

Euthanasie in der Antike: Zur Geschichte des Todes

Der Tod und ein Sterben ohne Schmerzen hat die abendländische Geistesgeschichte in vielfältiger Weise beschäftigt. In der griechischen Mythologie ist der Tod, *thanatos*, ein Gott; er und sein (Zwillings-)Bruder *hypnos*, der Schlaf, sind Söhne der Göttin *nyx*, der Nacht. Dunkelheit ist auch die Assoziation für die Sphäre der Unterwelt, wo der Gott Hades regiert, der als unerbittlich und vor allem als nicht umstimmbare galt. Ein „guter Tod“ war in sehr frühen Darstellungen der Antike beispielsweise das ehrenhafte Sterben eines Kriegers, der – von *hypnos* und *thanatos* gemeinsam – vom Schlachtfeld getragen wird. Eine besondere Rolle spielt die Macht über den Tod im griechischen Mythos zur Entstehung der Medizin: Der Heilgott *Asklepios* (lat. Äskulap) wird von seinem Vater Apoll per Kaiserschnitt aus dem Leib der sterbenden Mutter geholt. Die religiös-psychosomatisch orientierte Tempelmedizin des Halbgottes *Asklepios* war ein wichtiger Bereich der griechischen Heilkunde und erfuhr im gesamten Mittelmeerraum eine weite Verbreitung. Der Äskulapstab mit der sich darum ringelnden Schlange ist bis in die Gegenwart Symbol der

Medizin. Die zweite zentrale Figur für die Genese abendländischer Heilkunde ist der Arzt Hippokrates. Mit seinem Namen ist eine eher rational-naturwissenschaftliche Entwicklung und die Abkehr von magisch-theurgischen Krankheitskonzepten verbunden. In einer Schriftensammlung – mit der Autorität seines Namens als „*Corpus hippocraticum*“ bezeichnet – wurde die abendländische Heilkunde als praktischer Wissensstand bis weit in die Neuzeit tradiert. Das meistzitierte Dokument zum Problembereich Sterben und „Euthanasie“ wurde der sogenannte „hippokratische Eid“.

Das Verbot der Sterbehilfe im hippokratischen Eid

Auch wenn der hippokratische Eid sehr wahrscheinlich nicht von Hippokrates selbst verfasst wurde und oft aus seinem historischen Kontext gerissen wird, kommt in diesem Codex die bekannteste und gerade heute immer wieder zitierte Stelle zur Euthanasie vor: „Nie werde ich irgend jemandem, auch auf Verlangen nicht, ein tödliches Mittel verabreichen oder auch nur einen Rat dazu erteilen.“ Die Zusicherung der Eidesformel wurde etwa im 4. vorchristlichen Jahrhundert abgefasst. Schon sprachlich sind diverse Interpretationen möglich. In manchen Übersetzungen wird diese Passage etwas anders akzentuiert: Ging es um das Verbot eines Hinweises auf Gifte an Dritte? Die Formulierung des Eides kann sich gegen ärztliche Hilfe bei der Selbsttötung, Anleitung zum (Gift-)Mord und die aktive Beteiligung bei der Tötung durch den Arzt selbst wenden.

Als „Vater der Medizin“ ist Hippokrates eine historische Gestalt gewesen. Auch wenn der nach ihm benannte Moralkodex eher einer Gruppe pythagoräischer Ärzte zuzuordnen ist, ranken sich mittlerweile viele neuzeitliche Mythen um diese „Magna Charta“ der Medizinethik. Das Verbot der Sterbehilfe des hippokratischen Eides erscheint vor dem Hintergrund der antiken Alltagsrealität eher als eine idealtypische Vorstellung ohne strikte Verbindlichkeit. Die geistige Haltung zum Themenkreis Sterbehilfe und deren Umsetzung war in der Antike wesentlich vielschichtiger und toleranter. Sowohl die Selbsttötung bei Lebensmüdigkeit (*taedium vitae*) als auch die Hilfe bei Sterbeprozess und Tod galten den Zeitgenossen nicht immer als moralisch verwerflich. In welchem Sinne wurde hierbei ein „guter Tod“ verstanden?

Geschichte und Verwendung des Wortes Euthanasia

Das Präfix „eu-“ (gut) und das Wort „*thanatos*“ (Tod) müssen im Kontext des griechischen Sprach- und Kulturkreises gesehen werden. Etwa im 5. vorchristlichen Jahrhundert ist die erste Verwendung für das Adverb „*euthanatos*“ bei dem griechischen Schriftsteller Kratinos

belegt, neben Aristophanes einer der bekanntesten attischen Komödiendichter. Das Substantiv „euthanasia“ wurde möglicherweise erstmalig durch den Poesen Poseidippos etwa um 300 v. Chr. verwendet. Bei ihm heisst es: „Von dem, was von den Göttern ein Mensch zu erlangen fleht, wünscht er nichts Besseres als den guten Tod“. Es geht dabei um den „guten“, den „leichten Tod“ ohne vorangehende schwere Krankheit, z.T. wird dies aber auch mit dem „autothanatos“, dem Freitod als Selbsttötung assoziiert. Neben den Dichtern wurde der Begriff mit positiver Konnotation auch durch die Philosophen weiter verbreitet. Die Stoiker sahen im Ertragen des nahenden Todes gerade ein wichtiges Signum der Lehre von der stoischen Unerschütterbarkeit, der „ataraxia“. Auch bei Cicero treffen wir, z.B. in der Korrespondenz mit seinem Freund Atticus, auf den Begriff „euthanasia“; es geht um den ehrenhaften und würdevollen Tod des Geistesmenschen. Klassische Vorbilder eines – wenn auch tragischen, so doch würdevollen – Philosophentodes sind die Suizide des Sokrates (399 v.Chr.) und des Seneca (65 n.Chr.). Für Sokrates bedeutete Euthanasie die eng mit einer vernünftigen Lebensführung verknüpfte, rechtzeitige und richtige Vorbereitung auf den Tod. Bei Seneca spielte in Person des Freundes und Leibarztes Statius Annaeus auch die Medizin eine Rolle; nachdem der stoische Denker – ebenso wie Sokrates wohl primär aus politischen Gründen in den Selbstmord getrieben – ein Gift genommen hatte, sich das Ende aber noch nicht einstellte, war es der Arzt, der durch ein warmes Bad und die Eröffnung von Blutgefässen das Sterben aktiv beschleunigt haben soll. Auch bei anderen Denkern der Blütezeit antiker Philosophie lassen sich Positionen finden, die mit besonderer Vorsicht zu interpretieren sind. So tragen Abschnitte im Werk von Platon (427-347 v. Chr.) deutlich staatsutilitaristische Züge, wenn er beispielsweise für den Heilgott Asklepios und seine Tätigkeit als Arzt beschreibt: Einen todkranken Menschen „... glaubte er auch nicht pflegen zu müssen, weil er weder sich selbst noch dem Staate nützt.“ In seinem staats-theoretischen Werk *Politeia* formulierte der Sokratesschüler Platon weitere Passagen zur Sterbehilfe und vertrat dabei sowohl die aktive als auch die passive Euthanasie.

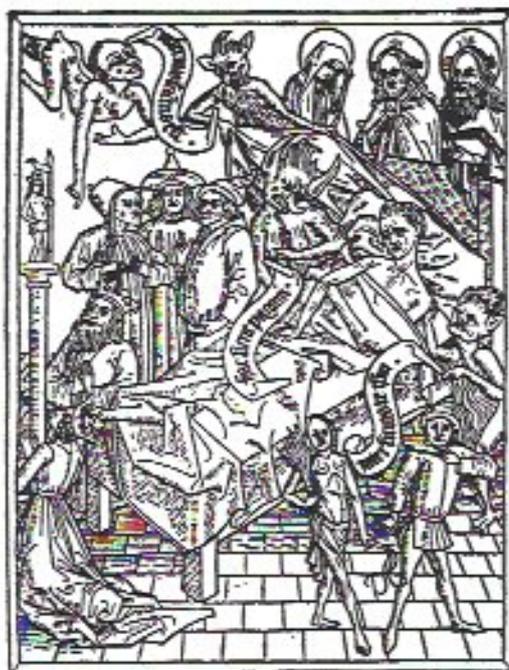
Das antike Verständnis von Euthanasie als einem „guten Tod“ ist insgesamt sehr vielschichtig und umfasste die folgenden Konzepte: Den „leichten“ Tod ohne vorhergehende Krankheit, den würdevollen Tod im Sinne des tugendhaften Weisen bzw. eines idealisierten Phi-

losophen-Todes sowie den schnellen Tod, entweder schmerzlos oder auch ehrenhaft im Krieg. Darüber hinaus lassen sich Belege finden, die einen Tod aus der Situation eines übertollen Lebensgenusses oder eines „rechtzeitigen“ im Sinne eines „frühzeitigen“ Todes in der Jugend mit dem Begriff Euthanasie belegten. Direkte und aktive Sterbehilfe von Seiten eines Arztes sind die Ausnahme. Das Wissen um die Sterblichkeit („memento mori!“) und die Todesverachtung („contemne mortem!“) prägten die geistesgeschichtliche Konzeption eines gelingenden Sterbens. Sehr knapp kann dies an der epikureisch geprägten Vorstellung „Wenn wir sind, ist der Tod nicht da, wenn der Tod ist, sind wir nicht da“ abgelesen werden. Diese Formel kann man auch auf die Arztrolle anwenden, da es Stimmen gab, die dem Heiler aus Gründen des Renommees eine Abweisung unheilbarer Patienten nahelegten. Hier sind für die Rolle des antiken Arztes standesethische, strategisch-ökonomische, aber auch religiös-moralische Aspekte von Bedeutung.

Euthanasie im christlichen Mittelalter

Am Ende der Antike vereint Jesus als „Christus medicus“ sowohl die Linien der Tempelmedizin des Asklepios als auch den Wertekanon des hippokratischen Eides in seiner Person. Am eindrücklichsten ist diese Synthese zu erkennen, wenn in frühmittelalterlichen

Codices der hippokratische Eid christlich modifiziert und in Kreuzesform tradiert wird. Als Heiland übernimmt Christus medicus die Rolle des göttlichen, wundertätigen und todesmächtigen Arztes. Kerngehalt christlicher Lehre ist die Überzeugung, dass das Leben von Gott stamme und es dem Menschen nicht erlaubt ist, über Geburt und Tod zu entscheiden. Dies führt zur Ablehnung von Sterbehilfe oder Euthanasie



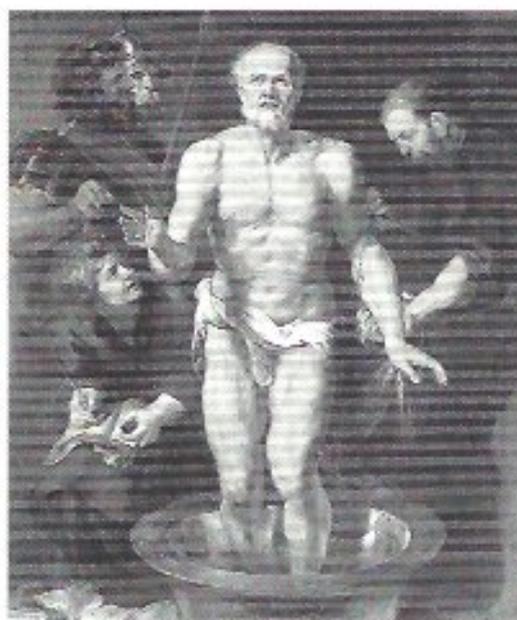
im antiken Sinne und auch zur Ächtung des Suizids als Sünde. Gleichermassen einflussreich ist das christliche Verständnis für die Sozialethik: Die Prinzipien „misericordia“ (Barmherzigkeit) und „caritas“ (Mild-

tätigkeit) werden als Maßstab für humanes Handeln entscheidend. Krankheit, Schmerz und Leid wie auch der Tod sind gottgewollte Prüfungen. Die europäische Heilkunde des Mittelalters war in vielen Aspekten von christlichen Wertvorstellungen zum Sterben geprägt. Die Diätetik als „Lebenskunst“ (ars vivendi) korrespondierte mit der „Sterbekunst“. Zu dieser „ars moriendi“ entwickelte sich eine eigene Literaturgattung. Traktate und Anleitungen für Priester, Angehörige und Ärzte sollten den Menschen rechtzeitig auf das Sterben vorbereiten, da – im Gegensatz zur Antike – zu den weitverbreitetsten Ängsten ein plötzlicher und unvorbereiteter Tod zählte. In der ars moriendi-Literatur finden sich eine Reihe lebenswellig aussagekräftiger und kunsthistorisch anspruchsvoller Darstellungen. Eine enorme Verbreitung erfuhren in der Folgezeit auch künstlerisch wie kulturhistorisch gleichermaßen interessante Tolentanz-Bilder.

Im Übergang zur Neuzeit soll auch die Position von Martin Luther (1483-1546) kurz berührt werden; er griff in einem Fall den Gedanken des antiken Infantizids wieder auf und vertrat sogar Euthanasie für behinderte Kinder. In den „Tischgesprächen“ formulierte er – am Beispiel eines zwölfjährigen, geistig retardierten Kindes – dass er ein solches töten würde, da manche Wesen „nur ein Stück Fleisch“ ohne richtige menschliche Seele seien. Während das Werk des Reformators generell von christlicher Nächstenliebe ausgeht, rät Luther im Jahr 1541, derartige „Wechselbälge“ zu „ersäufen“.

Zentrale Vorstellungen zur Euthanasie in der Renaissance

Die grossen Staats-Utopien der frühen Neuzeit greifen antike Vorstellungen zu Sterbehilfe und Euthanasie wieder auf. Wirkmächtig für die weitere Geschichte des „guten Todes“ und der Euthanasie sind insbesondere die Werke von Morus und Bacon. Bei Thomas Morus (1478-1535) heisst es in seiner „Utopia“ von 1516 über das (ideale?) Staatsgebilde: „Sogar unheilbar Kranken erleichtern sie ihr Los, indem sie sich zu ihnen setzen, ihnen Trost zusprechen und überhaupt alle möglichen Erleichterungen verschaffen.“ Für infauste Fälle sah Morus eine „Tötung auf Verlangen“ vor: „Ist indessen die Krankheit nicht nur unheilbar, sondern dazu noch dauernd qualvoll und schmerzhaft, dann reden Priester und Behörden dem Kranken zu, da er doch allen Anforderungen des Lebens nicht mehr gewachsen, den Mitmenschen zur Last, sich selber unerträglich, seinen eigenen Tod bereits überlebe, solle er nicht darauf beste-



hen, die unheilvolle Seuche noch länger zu nähren, und nicht zögern zu sterben, zumal das Leben doch nur eine Qual für ihn sei.“ Der todkranke Patient soll sich nach Morus letztlich „... getrost und hoffnungsvoll aus diesem bitteren Leben wie aus einem Kerker oder aus der Folterkammer befreien oder sich willig von anderen herausreissen lassen; daran werde er klug tun, da ja der Tod keinen

Freuden, sondern nur Martern ein Ende mache.“ Neu bei Morus – wie später auch bei Francis Bacon – ist die Bedingung der Selbstbestimmung: *gegen* den Willen des Patienten ist Euthanasie also nicht möglich. Wer nicht aus eigenem Antrieb seinem Leben ein Ende setzen will, soll uneingeschränkt weiter behandelt werden: „Wen sie damit überzeugt haben, der endigt sein Leben entweder freiwillig durch Enthaltung von Nahrung oder wird eingeschlüpfert und findet Erlösung, ohne vom Tode etwas zu merken. Gegen seinen Willen aber töten sie niemanden, und sie pflegen ihn deshalb auch nicht weniger sorgfältig.“ Die Wechselwirkung von autonomem Wunsch, Möglichkeit und „Zureden“ wurde bei Morus jedoch nicht weiter hinterfragt. Endgültige Interpretationen seiner „Utopie“ in Richtung eines Idealtzustandes oder auch eines abschreckenden Beispiels bleiben insgesamt sehr schwierig.

Francis Bacon (1561-1626) unterscheidet zwischen einer „euthanasia interior“, bei der es um die seelische Vorbereitung auf den Tod geht, und einer „euthanasia exterior“, mit der Aufgabe, dem leidenden Menschen sein physisches Lebensende leichter und schmerzloser zu bereiten: „Ferner halte ich es der Pflicht eines Arztes gemäss, dass er nicht nur die Gesundheit wiederherstelle, sondern dass er auch die Schmerzen und Qualen der Krankheit lindere, und dass nicht nur, wenn jene Linderung des Schmerzes als eines gefährlichen Zufalles zur Wiederherstellung der Gesundheit dient und beiträgt, sondern auch dann, wenn ganz und gar keine Hoffnung mehr vorhanden, und doch aber durch die Linderung der Qualen ein mehr sanfter und ruhiger Übergang aus diesem zu jenem Leben verschafft werden kann.“ Thomas Morus und Francis Bacon finden mit ihren Ideen bei den Ärzten der Renaissance und den fol-

genden Jahrhunderten nur relativ geringen Widerhall, eine systematische Bearbeitung des Themengebietes Sterben durch die Medizin erfolgte erst wieder nach der Aufklärung Ende des 18. und insbesondere Anfang des 19. Jahrhunderts.

Sterbehilfe in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts

„Euthanasia, oder von den Hülfen, erträglich zu sterben“ – so lautete ein separates Kapitel im 1816 postum erschienenen „Entwurf einer allgemeinen Therapie“ von Johann Christian Reil (1759-1813). Für den Autor als Arzt und Psychiater ist der Sterbende „eine heilige Sache, für die wir Alles zu thun schuldig sind, was Vernunft und Religion gebietet, von dem wir alle unangenehme Eindrücke, physische und moralische, abwenden müssen, so weit es uns möglich ist.“ Als ärztliche Pflicht und allgemeine Maxime formulierte Reil: „Man Sorge dafür, dass der Mensch am natürlichen Tod sterbe, der sanft ist.“ Um diese Euthanasie zu bewirken, sollen die Plagen der Krankheit gemildert und die Seele gestählt werden, damit sie mit kraftvoller Resignation den Tod erduldet oder das Bewusstsein desselben verdunkelt. Zehn Jahre später erschien im Zuge einer wachsenden Beschäftigung ärztlicher Autoren mit dem Problemkreis Tod und Sterbebegleitung das eingangs zitierte Werk „De euthanasia“ von K. F. H. Marx. Euthanasie und die Hilfe beim Sterben werden hier als eine grundlegende Tugend ärztlichen Handelns verstanden. Die Medizin wendete sich wieder zunehmend den medizinethischen Problemen am Lebensende zu. Ein weiteres Dezennium später proklamierte Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1836) in seinem zentralen Werk „Enchiridion medicum“: „Nicht blos heilen, sondern auch bei unheilbaren Krankheiten das Leben erhalten und Leiden erleichtern, ist die Pflicht und ein grosses Verdienst des Arztes ...“ (1836). Hufeland setzte der Medizin und dem Arzt jedoch auch ebenso klare Grenzen: „Er soll und darf nichts anderes thun, als Leben erhalten; ob es ein Glück oder Unglück sei, ob es Werth habe oder nicht, dies geht ihn nichts an ...“ Hochinteressant ist die Antizipation einer drohenden „schiefen Ebene“ in den unmittelbar danach folgenden Passagen Hufelands: „... und maasst er sich einmal an, diese Rücksicht mit in sein Geschäft aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar, und der Arzt wird der gefährlichste Mensch im Staate; denn ist einmal diese Linie überschritten, glaubt sich der Arzt einmal berechtigt, über die Nothwendigkeit eines Lebens zu entscheiden, so braucht es nur stufenweise Progressionen, um den Unwerth und folglich die Unnöthigkeit eines Menschenlebens auch auf andere Fälle anzuwenden.“ Sukzessive zunehmende Gefahren bei der Einführung von Sterbehilfe wurden bereits im 19. Jahrhundert klar beschrieben.

Stichworte zur Diskussion um Euthanasie 1848-1918

Die Medizin in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts war zunehmend naturwissenschaftlich orientiert. Experimentelle Physiologie, pathologische Anatomie und Cellularpathologie sowie auch die neue Evolutionstheorie wurden zu Leitkonzepten. In den biologischen Konzepten der „Einheitstheorie des Lebens“ (Monismus) etwa von Ernst Haeckel (1834-1919) spielte die „Ausscheidung der Schwachen“ eine bedeutende Rolle. Biologistische Orientierung, die Ausbreitung von Grosskliniken und eine zunehmende „Labormedizin“ bestimmten das Bild der Heilkunde und führten dazu, dass Kranke in manchen Bereichen eher als Objekte, denn als individuelle Patienten behandelt wurden. Sterben und Tod hatten in einer naturwissenschaftlich geprägten Medizin mit materialistisch-säkularer Perspektive wenig Raum.

Mit dem Reichsstrafgesetzbuch wurde 1871 der § 216 zum Gesetz und aktive Sterbehilfe untersagt. Auch für die Tötung auf ausdrückliches Verlangen sah der Paragraph „... Gefängnis nicht unter drei Jahren“ vor. Für den sozialethischen Diskurs zum Themenkreis Sterbehilfe wurden in der Folge Werke von Alfred Ploetz, Alexander Tille oder auch Adolf Jost von Bedeutung. In seiner Schrift „Das Recht auf den eigenen Tod“, die im Jahr 1895 in Göttingen als „sociale Studie“ erschien, propagierte Jost utilitaristisches Gedankengut in Bezug auf das Lebensende. Er stellte die Frage, ob es „Fälle [gibt], in welchen der Tod eines Individuums sowohl für dieses selbst als auch für die menschliche Gesellschaft überhaupt wünschenswerth ist“, und relativierte auf diese Weise ein striktes Lebensrecht. Das „Problem der unheilbar geistig und körperlich Kranken“ sah er aus mathematisch-ökonomischer Perspektive und machte Ende des 19. Jahrhunderts Einschränkungen für den „Wert des Lebens“. Seit der Jahrhundertwende vertraten auch der Eugeniker und Initiator der rassenhygienischen Bewegung Alfred Ploetz (1860-1940) sowie der „Sozialaristokrat“ Alexander Tille (1866-1912) immer offensiver Gedanken in Richtung der „Züchtung einer starken Rasse“. Im Vorfeld des Ersten Weltkriegs wurden dann auch wieder intensive Debatten zur Sterbehilfe geführt. Der „Deutsche Monistenbund“, eine 1906 gegründete Vereinigung von Wissenschaftlern unter der Ägide von Haeckel und Wilhelm Ostwald (1853-1932), sowie insbesondere die Zeitschrift „Das monistische Jahrhundert“ wurden einflussreich. 1913 erschien dort ein Entwurf für ein Gesetz zur Regelung der Sterbehilfe. „§ 1“ dieses Vorschlages von dem jungen, selbst kranken Bundesmitglied Roland Gerkan forderte: „Wer unheilbar krank ist, hat das Recht auf Sterbehilfe (Euthanasie)“. Aktive Sterbehilfe sollte einer Behörde gemeldet werden und

straflos bleiben. Dieser Entwurf in acht Paragraphen führte zu kontroversen Diskussionen, fand aber auch eine Reihe prominenter Fürsprecher. Im Zuge des Ersten Weltkrieges und der resultierenden Wirtschaftskrisen radikalisierte sich die Debatte weiter und wies immer stärker sozialdarwinistische Tendenzen auf.

Euthanasie in Weimarer Republik und Nationalsozialismus

Dies war der intellektuelle Nährboden, auf dem der Leipziger Jurist Karl Binding und der Freiburger Psychiater Alfred Hoche 1920 das Werk „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form“ veröffentlichten. Schon zwei Jahre später wurde eine zweite Auflage notwendig, der Traktat der angesehenen Lehrstuhlinhaber Binding (1841-1920) und Hoche (1865-1943) wurde zur einflussreichen „Fachposition“ und zum vielzitierten Schlüsselwerk im Vorfeld nationalsozialistischer „Euthanasie“. Eine „Freigabe der Tötung“ sollte für drei Gruppen ins Auge gefasst werden: „unrettbar Verlorene“ mit dem „Wunsch nach Erlösung“, „unheilbar Blödsinnige“, deren Leben „absolut zwecklos“ sei, sowie „geistig gesunde Persönlichkeiten, die durch irgendein Ereignis, etwa sehr schwere, zweifellos tödliche Verwundung, bewusstlos geworden sind“. Diese dritte Gruppe würde, „wenn sie aus ihrer Bewusstlosigkeit noch einmal erwachen sollten“, ja ohnehin nur „zu einem namenlosen Elend erwachen ...“ – Vom „Recht auf den eigenen Tod“ bei Jost führte der Weg also zum Recht auf Tötung durch den Staat: Todkranke und Bewusstlose mussten nach Binding nicht einmal mehr einwilligen, in vielen Fällen sei „die Beseitigung der Qual ... auch Heilwerk“. Hoche verwendete seinerseits Termini wie „geistig Tote“, „Schwächlinge aller Sorten“, „minderwertige Elemente“ oder „Defektmenschen“ und unterstrich die wirtschaftliche Belastung durch „halbe, Viertels- und Achtels-Kräfte“.

Es gab zwar noch medizinethische Positionen, die diese Klassifizierungen kritisierten und sich überwiegend an christlichen Werten orientierten, aber auch beispielsweise an der Zeitschrift „Ethik“, die von 1922 bis 1938 durch den Hallenser Physiologen und Medizinethiker Emil Aberhalden (1877-1950) herausgegeben wurde, ist die „schiefe Ebene“ der Debatte klar zu erkennen. Ein zunächst noch pluralistisches Meinungsspektrum zu Ende der 20er Jahre wich zunehmend nationalsozialistisch gefärbten Positionen und führte zur biologistischen Vorstellung einer „Kollektivethik“ des „Volkskörpers“. Der Trend der Medizinethik ging vom Prinzip „Salus aegroti suprema lex“ zum „Salus publica“, von der Fürsorge für das Einzelwohl hin zur Vorsorge für den Staatsnutzen. Im totalen System des Nationalsozialismus wurde der

Arzt in der Tat – wie bereits von Hufeland gewarnt – zum „gefährlichsten Menschen“ im Staate. Die über 200.000 „Euthanasie“-Morde in Deutschland – hinzu kommen noch Aktionen in den besetzten Gebieten – gehören zu den schlimmsten Kapiteln der Medizingeschichte. Sozialdarwinismus und Biologismus des ausgehenden 19. Jahrhunderts vereinten sich im diktatorischen Staat mit Konzepten des „lebensunwerten Lebens“ und des sogenannten „Gnadentodes“, die das Ermorden aus staatlichem Kalkül bemänteln sollten. Der NS-Staat versuchte im Rahmen des „gewaltigsten Aufartungsprozesses“ nicht nur die sogenannten „Erbkrankheiten“, sondern auch die „Asozialen“ flächendeckend „auszumerzen“, die Politik führte von der Sterilisationsgesetzgebung über den geheimen Führererlass zum „Gnadentod“ hin zum Genozid an „fremdrassigen“, jüdischen und ausländischen Menschen.

Zur Euthanasie-Debatte von 1945 bis in die Gegenwart

Die Pervertierung der Sterbehilfe bis zum Mord an Kindern, Kranken und Behinderten führte in Deutschland zu der schwierigen Auseinandersetzung mit dem Thema seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges. Der Ärzteprozess von 1946/47 zeigte zwar die Ausmaße der „Euthanasie“, aber Verdrängung, Tabuisierung und eine erst seit Mitte der 1980er Jahre langsam wieder einsetzende Diskussion bildeten die Rahmenbedingungen des heiklen Feldes. Die Fortschritte bei der Intensiv- und Transplantationsmedizin, Kontroversen zu Behandlungsverzicht oder etwa dem Hirntodkonzept führten zu Neuaufgaben der Diskussion um die Grenzen ärztlichen Handelns. Seit über zehn Jahren wird überdies erbittert um ethisch legitime und auch rechtlich zu setzende Arten von Sterbehilfe gestritten. Die Diskussion entbrannte dabei insbesondere an präferenz-utilitaristischen Positionen, die einen Lebenswert an Fähigkeiten binden und aktive Sterbehilfe in besonderen Fällen offen durchgeführt sehen wollten. Der medizinische Fortschritt wie auch gesellschaftliche Rahmenbedingungen mit demographischen Faktoren, Mittelknappheit und Rationalisierung sind Anlass für eine kritische Hinterfragung von Entscheidungen am Lebensende. Um so stärker wird die Notwendigkeit einer modernen „Ars moriendi“, der sozialen Verankerung von Sterbebegleitung in einer übergreifenden Sterbekultur deutlich. Neue Ansätze mit dem segensreichen Engagement in Hospizen, Palliativmedizin oder Support-Diensten sind positive, aber strukturell immer noch nicht ausreichend unterstützte bzw. verbreitete Formen. Die Gesellschaft muss noch größeres Augenmerk auf die Qualität des Lebensendes richten. Rationalisierung und Kommerzialisierung bleiben immanente Risiken für die Qualitätssicherung jedes Gesund-

heitswesens, das Zerrbild des „sozialverträglichen Frühlebens“ und seine Beschleunigung ist eine beständige Gefahr. Bereits der Asklepios-Mythos verwies auf die Gefahr der Ökonomisierung der Sterbephase: Zeus bestrafte den Hergott Askulap für einen Frevel. Worin bestand die Verfehlung? Asklepios erweckte einen Toten zum Leben – und nahm dafür sogar Geld an. Die beiden grossen Probleme der Medizin der Gegenwart, die Möglichkeiten zur Lebensverlängerung durch die Mittel moderner Intensivmedizin sowie die drohende Bewertung des Lebensrechtes aus finanziellen Interessen wurden schon lange gesehen. Im Mythos tötete Zeus den Asklepios.

[Wissenschaftlicher Beitrag:
Literatur und Anmerkungen aus Hintergründen beim Verfasser]

Dr. Andreas Frewer

Universität Göttingen
Ethik und Geschichte der Medizin
Humboldtallee 38
37073 Göttingen
E-Mail: afrewer@gwdg.de

Literaturempfehlung:

Andreas Frewer / Clemens Eickhoff (Hrsg.): *Euthanasie und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik*, Campus Verlag, Frankfurt a.M./New York 2000.

Informationen

Die Entwicklung der niederländischen Euthanasiepraxis

1973: Prozeß gegen eine Ärztin, die ihre eigene Mutter auf deren ausdrücklichen und wiederholten Wunsch hin getötet hat. Das Gericht zeigt Verständnis für die Tat und verurteilt die Ärztin zu einer bloß symbolischen Haftstrafe.

1984: Die niederländische Ärztekammer nimmt öffentlich zur Euthanasie Stellung. Nach Ansicht der ärztlichen Standesvertretung stellt Euthanasie keine unrechtmäßige Handlung dar, sondern gehört zu den Aufgaben eines Arztes. Zugleich werden Sorgfaltsbestimmungen für Euthanasie definiert. Diese sind: Freilwilligkeit, ein wohlüberlegtes und anhaltendes Verlangen nach dem Tod und unerträgliches Leiden seitens des Patienten sowie kollegiale Beratung seitens des Arztes.

Im selben Jahr stellt das oberste Gericht der Niederlande fest, daß ein Verstoß gegen das strafrechtliche Verbot der Tötung auf Verlangen durch einen Arzt geduldet werden kann, wenn die Tötung durch einen anderen Arzt zu einem späteren Zeitpunkt verhindert wird.

1991: Eine von der Regierung beauftragte Untersuchung ergibt, daß in etwa drei Prozent aller Todesfälle aktive Sterbehilfe geleistet wird.

1994: Im Leichenrecht wird eine Meldeprozedur für Euthanasie festgelegt. Ärzten, die sich an diese Prozedur halten und die oben genannten Sorgfaltsbestimmungen eingehalten haben, wird Straffreiheit zugesichert.

2001: Das niederländische Parlament beschließt eine Änderung des Strafrechts, mit der die bestehende Euthanasiepraxis gesetzlich geregelt wird.

Dr. Alfred Simon

Worin sich die niederländische Euthanasiediskussion von der deutschen unterscheidet

① In den Niederlanden ist die Diskussion über Euthanasie historisch nicht belastet. Während der Begriff in Deutschland häufig mit der Ermordung behinderter Menschen durch die Nationalsozialisten gleichgesetzt wird, meint Euthanasie in den Niederlanden ausschließlich die Tötung eines unheilbar leidenden Menschen auf dessen ausdrückliches Verlangen hin.

② Euthanasie wird in den Niederlanden vorwiegend von Hausärzten durchgeführt. Dies entspricht der zentralen Rolle, die den Hausärzten in der medizinischen Versorgung zukommt. Zwischen Patient und Hausarzt besteht eine zumeist jahrelange Beziehung, so daß Euthanasie häufig als eine private Angelegenheit zwischen Patient und Hausarzt angesehen wird.

③ Der niederländische Staat vermeidet es, sich in private Angelegenheiten seiner Bürger einzumischen. Handlungen, die gegen das Gesetz verstoßen, durch die aber niemand anderer zu Schaden kommt (z.B. der Erwerb illegaler Drogen zum persönlichen Konsum), werden häufig geduldet.

④ In den Niederlanden wurde von Anfang an weniger darüber diskutiert, ob, sondern unter welchen Voraussetzungen Euthanasie erlaubt sein soll. Ärzte- und Apothekerverbände stellten Richtlinien für die Durchführung von Euthanasie auf, lange bevor diese offiziell erlaubt bzw. geduldet war.

Dr. Alfred Simon

Berichte

Sterbehilfe - wie steht das ambulante Hospiz an der Lutter dazu?

Das ambulante *Hospiz an der Lutter* mit seiner Leitung und den geschulten, ehrenamtlich arbeitenden Hospizmitarbeiter/-innen wendet sich gegen „aktive Sterbehilfe“. Dies bedeutet im konkreten Fall, daß Anfragen von schwerstkranken Menschen, die wir zu Hause begleiten, ihnen ein entsprechend wirksames Medikament zu besorgen, von uns abgelehnt werden.

Nach dieser klaren Aussage ist es nun wichtig aufzuzeigen, wofür die ambulante Hospizarbeit steht und wofür sie sich einsetzt:

Ehrenamtliche Hospizmitarbeiter/-innen bieten schwerkranken und sterbenden Menschen, die zu Hause in ihrer gewohnten Umgebung bleiben möchten, für diese letzte Lebensphase Begleitung und Unterstützung an. Dieses Angebot gilt auch für die Angehörigen und Freunde und findet in der Regel in enger Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten und Hausärzten statt. Im Gespräch mit den Betroffenen bieten wir Beratung, Besuche, Gespräche, Unterstützung sowie Entlastung von Angehörigen und Freunden an.

Welche besonderen und konkreten Möglichkeiten sehen wir hierzu?

Faktor Zeit: Da wir im Gegensatz zu Pflegekräften, Ärzten und oftmals auch Angehörigen „nicht auf die Uhr sehen müssen“, entsteht leichter eine angenehme und spannungsfreie Atmosphäre, die dem schwerst erkrankten Menschen in der Regel sehr wohl tut. Hier kann man beieinander sein, muß nicht reden, kann vielleicht ein wenig Musik hören oder auch einmal ein Fotoalbum zur Hand nehmen.

Intensive Gespräche: So sind hier auch Gespräche möglich, die dieser besonderen Lebensphase mit all ihren Fragestellungen Raum geben. Oftmals wird die Erfahrung gemacht, daß es befreiend sein kann, Themen anzurühren, die Angst machen, oder Befürchtungen auszusprechen, ohne auf den anderen Rücksicht nehmen zu müssen. Dabei ist die Tatsache, daß es sich hier nicht um einen nahen Verwandten, den Ehepartner oder guten Bekannten handelt, sehr oft von Vorteil. Auch wird dadurch, daß wir selbst nicht pflegen, das Gefühl von Abhängigkeit vermieden, so daß wir eher als

„vertraute Fremde“ empfunden werden können. Ambulante Hospizmitarbeiter/-innen bringen ein Stück der Außenwelt zu dem Kranken, welche er in dieser Weise nicht mehr erleben kann. Bei diesen Gesprächen kann es sich natürlich auch um *Beratungsgespräche* handeln. Im Laufe der Zeit haben die einzelnen Hospizmitarbeiter/-innen und auch das Büro des Hospizes eine Menge von Informationen angesammelt und bringen ihre Berufs- und Lebenserfahrung mit ein, so daß in vielen Situationen, die zunächst unlösbar erschienen, Abhilfe durch kompetente Unterstützung geboten oder vermittelt werden kann.

Obwohl die Hospizmitarbeiter/-innen weder Ärzte noch Krankenschwestern/-pfleger sind, verfügen wir über Kenntnisse, die die palliative *Schmerztherapie* betreffen. Dies bedeutet, daß wir bei Anzeichen von Schmerz mit den Betroffenen und gegebenenfalls den Angehörigen darüber reden. Oftmals hat dies ein Gespräch mit dem behandelnden Hausarzt oder Stationsarzt zur Folge, oder wir beraten mit dem Pflegeteam des stationären Hospizes. Hier sind auch Hausärzte bekannt, die mit der palliativen Schmerztherapie vertraut sind.

Bleiben: Wir wissen nicht, wie sich der Krankheitsverlauf entwickelt, wie lange es dauert, was geschehen wird. Auch wir sind manchmal verunsichert, tief betroffen und fühlen uns hilflos. Doch wir bemühen uns, nicht auszuweichen, sondern da zu bleiben. Da wir uns sehr intensiv mit der Thematik *Sterben und Tod* - auch mit unserem eigenen Sterben - beschäftigen und sich in den jeweiligen Begleitungen so etwas wie „Erfahrung“

einstellt, gelingt es uns oft, beruhigend auf die Sterbenden und die Angehörigen einzuwirken.

Zusammenfassend läßt sich sagen: wir bemühen uns um eine intensive Sterbe- und Lebensbegleitung, die wir dem Wunsch nach aktiver Sterbehilfe entgegensetzen.

Gabriele Junge,
Leitung Ambulantes Hospiz



Erfahrungen aus dem stationären Hospiz an der Lutter

Hospiz und Euthanasie - zwei Gedanken, die häufig miteinander in Verbindung gebracht werden, die beide mit dem Sterben zu tun haben und sich doch wenig berühren.

Die Arbeit im stationären Hospiz, mit den vielen Möglichkeiten der palliativen Medizin und Pflege, ist ein erlebbares Argument *gegen* die aktive Sterbehilfe. Dieses Argument wird gestützt durch die unmittelbar Betroffenen, die Kranken, die den Wunsch zu sterben nicht in diesem Sinne formulieren.

In der viereinhalbjährigen Praxis des stationären Hospizes hat ein einziger Patient den Wunsch nach der ‚Todesspritze‘ geäußert. Diesen Wunsch konnten und durften wir nicht erfüllen. (Da ist die rechtliche Lage in der Bundesrepublik eindeutig, und wir würden uns strafbar machen.) Aber dieser Wunsch ist als deutliches Zeichen eines Zustandes zu verstehen, der nach einer Veränderung ruft, nicht nur nach dem Tod.

Die Hospizbewegung versteht ihre Aufgabe auch als Suche nach der Alternative zum *Töten als Problemlösung*. In den allermeisten Fällen entspringt der Wunsch des Betroffenen zu sterben einer unbefriedigenden schmerztherapeutischen Situation. Wenn die Schmerzen dauernde Qualen verursachen, kann nicht mehr von guter Lebensqualität gesprochen werden. Das verbleibende Leben kann nur auf der Grundlage einer erträglichen Schmerzsituation, im anzustrebenden Idealfall völliger Schmerzfreiheit, genossen werden. Dies gilt ebenso für die Atemsituation, Übelkeit und Angst.

Hier sehen wir unsere vorrangige Aufgabe darin, dazu beizutragen, daß das Leben wieder lebenswert wird und letzte Dinge getan und Worte gesprochen werden können.

Möglicherweise hat die erneute Euthanasiediskussion den großen Vorteil, daß das Nachdenken über Alternativen forciert wird und Lösungen im palliativen Bereich gefunden werden. Die Öffentlichkeit ist verunsichert, aber auch interessiert. Das *Hospiz* als Gedanke, Bewegung, aber auch konkrete Institution darf nicht versäumen, dieses Interesse aufzunehmen und zu zeigen, was möglich ist, - aber auch möglich wäre, wenn sich die Gesundheitspolitik der Thematik weiter öffnen würde.

Die Patienten im Hospiz sollen nicht die privilegierte Ausnahme bleiben. Eine zunehmende Verankerung der palliativmedizinischen Versorgung im Gesundheitssystem ist einer weiteren Polarisierung vorzuziehen. Je mehr Menschen erfahren, daß trotz fehlender Heilungschancen und eingestellter Therapie das Leben einen Wert hat, um so weniger wird die Forderung nach einer aktiven Sterbehilfe laut.

Der viel zitierte Satz *Wir können nichts mehr für Sie tun* muß der Vergangenheit angehören und hat im Hospiz nie Gültigkeit gehabt.

Daß auch Angehörige von ihrem Wunsch, dem Sterbenden das Leben aktiv zu verkürzen, abkommen können, erleben wir auch. Denn gerade nach dem Tod des Patienten wird die Zeit, die man noch gemeinsam hatte, als wertvoll empfunden und kann einen gesunden Einfluß auf die folgende Trauerzeit haben.

Dafür gilt es, Angehörige im Aushalten zu unterstützen und Maßnahmen zu ergreifen, die das Leiden von Patienten minimieren. Da das gesamte Personal des stationären Hospizes aus professionellen Mitarbeitern mit besonderer palliativmedizinischer Fortbildungserfahrung besteht, können wir diese Maßnahmen gewährleisten.

Wohlgemerkt, bei all dem geht es aber nie darum, das Leben um jeden Preis zu verlängern, sondern die Zeit anzunehmen, die gegeben ist, und für diese Zeit die möglichst angenehmen Umstände zu schaffen.

Gregor Linnemann,
stellvertretender Leiter des stationären Hospizes

Interviews

Die aktuelle Situation in Deutschland aus der Sicht von Ärzten und Ärztinnen

In ganz besonderer und unmittelbarer Weise sind Ärzte und Ärztinnen von der Problematik um Krankheit und Tod betroffen. Hautnah erleben sie Situation und Leid von unheilbar erkrankten und sterbenden Menschen, werden eventuell mit Todeswünschen konfrontiert und müssen verantwortlich reagieren.

Wir haben einigen von ihnen, die sich an vorderster Front mit diesem Thema auseinandersetzen, folgende Fragen dazu gestellt:

1. Sind Sie schon einmal von einem Patienten / einer Patientin um aktive Sterbehilfe gebeten worden?
2. Wie gehen Sie damit sowohl in Ihrer persönlichen Betroffenheit als auch in Ihrer Rolle als Arzt um?
3. Sind Sie mit den gegenwärtigen gesetzlichen Bestimmungen zur Sterbehilfe einverstanden? Was sollte man aus Ihrer Sicht daran ändern?

Dr. Heldrun Beyer, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Göttingen:

[zu 1.:] „Unter aktiver Sterbehilfe verstehe ich die Verabreichung von einem Medikament oder Wirkstoff mit dem Ziel, das Sterben eines Patienten zu beschleunigen bzw. den Tod herbeizuführen. In meiner Tätigkeit als Allgemeinmedizinerin mit dem Schwerpunkt der Betreuung alter Menschen bin ich einige Male um diese Maßnahme gebeten worden. Es handelte sich hier um Menschen, deren Lebensqualität durch vielfache Behinderungen und Einschränkungen ihnen so reduziert erschien, daß sie lieber sterben wollten, als dies zumeist für sie qualvoll abhängige Leben weiterzuführen. In den Fällen, die mir erinnerlich sind, litten die Patienten sowohl an einer Vielzahl körperlicher Gebrechen, die sie auf fremde Hilfe angewiesen sein ließen, sowie an einer großen Mutlosigkeit, wohl wissend, daß sich ihre Situation kaum bessern würde, sondern eher mit einer weiteren Verschlechterung zu rechnen war.“

[zu 2.:] „Für mich als behandelnde Ärztin hat sich eigentlich in diesen Situationen nicht die konkrete Frage gestellt, ob ich die Maßnahme der aktiven Sterbehilfe tatsächlich ergreifen würde. Im Gespräch mit den Patienten ließ ich immer klarstellen, daß trotz meines Verständnisses für ihren Wunsch ich diesen nicht erfüllen durfte und letztlich auch nicht wollte. Meist haben wir versucht, gemeinsam zu beleuchten, was genau diesen Sterbewunsch herbeigeführt hatte, ob noch irgendetwas an der Situation des Patienten zu verbessern war und ob eventuell ungeklärte Fragen das gewünschte Sterben verhinderten. Immer hat eigentlich eine Intensivierung der Betreuung und meine Zusicherung, keine lebensverlängernden Maßnahmen zu ergreifen, sondern lediglich Symptome zu lindern, geholfen.“

Aus persönlicher Sicht meine ich, daß der Sterbeprozess als natürlicher Teil des Lebens eine Phase ist, die ich nicht mit speziellen Maßnahmen willentlich beenden möchte. Ich kann mir Situationen vorstellen, in denen man sich wünscht, das Leiden eines Menschen abkürzen zu können und zu dürfen, würde mich aber auch dann immer fragen, ob die erlaubten Möglichkeiten der indirekten Sterbehilfe ausreichend genutzt wurden.“

[zu 3.:] „Wie schon geschildert, bin ich für meine Situation mit den gesetzlichen Bestimmungen einverstanden. Ich denke, daß die Möglichkeit und letztlich auch die Verpflichtung zur indirekten Sterbehilfe genutzt werden sollte. Das heißt für mich, daß unter Inkaufnahme von schweren Nebenwirkungen wie z.B. Ateminsuffizienz unter Morphin oder sedierender Therapie alle Möglichkeiten der Schmerztherapie genutzt werden sollten. Hilfreich wäre es, wenn im ambulanten Bereich für die Betreuung Sterbender sowohl organisatorisch wie auch

finanziell noch mehr Möglichkeiten geschaffen würden bzw. die schon geschaffenen nicht verschlechtert würden (drohende Abschaffung des *Support-Projektes*).“

Dr. Ulrich Vöth, Arzt für Allgemeinmedizin, Reutlingen:

[zu 1.:] „In den 23 Jahren meiner Tätigkeit als Arzt für Allgemeinmedizin hat keiner meiner Patienten jemals die Bitte um aktive Sterbehilfe geäußert; auch nicht indirekt. Wohl kamen Fragen wie: ‚Herr Doktor, was steht mir bevor? Was werde ich ertragen müssen?‘ Darüber habe ich in allen Phasen eines finalen Krankheitsprozesses ausführlich und offen informiert: Art und Verlauf der Krankheit, betroffene Organe und ihre Bedeutung, therapeutische Möglichkeiten und Grenzen, palliativmedizinische Hilfen, Schmerztherapie. Dabei beschönige ich nichts. Es ist Mühsal. Aber dies muß nicht die einzige Erfahrung sein. Neue Dimensionen des Erlebens sind möglich. Auch davon erzähle ich.“

Da ist z.B. die Zeit. Das Zeiterleben kann sich völlig verändern in der Nähe des Todes. Einmal ist es, als ob sich die Zeit dehnt und verlangsamt, dann wieder, als ob sie sich verkürzt und konzentriert. Was manche in Jahren nicht schafften, ist dann plötzlich in Tagen möglich – trotz fortgeschrittener Krankheit: z. B. ein Manuskript vollenden, Dinge und Beziehungen ordnen, ein wichtiger Brief, das stets verschobene Gespräch mit einem Seelsorger. Ein überraschender Kraftzuwachs und eine Intensivierung des Lebens und Erlebens ist oft damit verbunden. In diese Richtung lenke ich die Aufmerksamkeit des Kranken. Eine Zeitprognose äußere ich grundsätzlich nicht. So versuche ich immer, das Bewußtsein des Patienten, und – ganz wichtig! – seiner sozialen Umgebung nicht nur in den Krankheitsprozeß Stufe um Stufe einzubeziehen, sondern auch das Staunen über eine mögliche neue Dimension des *Lebens im Sterben* zu wecken und zu teilen.

Ob, so betrachtet, bisher meine Patienten ihren eigenen Sterbeprozess womöglich nicht ‚versäumen‘ wollten und ich deshalb nie um aktive Sterbehilfe gebeten wurde?“

[zu 2.:] „Ich lebe sehr stark mit beim Wohl und Wehe meiner Patienten. Ihr Leiden, Kämpfen, Suchen und selbstverständlich auch ihr Sterben machen mich immer auch persönlich sehr betroffen. Meinen hippokratischen Eid als Arzt verstehe ich nicht so, daß er mich verpflichtet, eine Verlängerung des Lebens um jeden Preis unter Einsatz aller technischen Mittel durchzusetzen. Ich fühle mich als Arzt immer dem Leben gegenüber verpflichtet. Ganz. Und ganzheitlich. Dazu gehört auch das Leben im Sterben.“

[zu 3.:] „Die Gesetze in Deutschland sind meines Erachtens ausreichend. Sie bieten ja die Möglichkeit, im

gemeinsamen Gespräch mit dem Patienten und seinen Angehörigen, mit Ärzten (konsiliarisch) und eventuell auch dem Seelsorger den jeweiligen nächsten Schritt zu finden, der der individuellen Situation des Kranken so weit wie möglich gemäß ist – auch, wenn er passive oder indirekte Sterbehilfe beinhaltet.

Eine Gesetzesänderung wie in Holland lehne ich ganz entschieden ab. Das muß den Trend zur aktiven Sterbehilfe fördern und eine Eigendynamik auslösen, deren Druck ich mich und meine Patienten nicht ausgesetzt sehen will.

Den Ruf nach aktiver Sterbehilfe für den selbstbestimmten freien Menschen halte ich einerseits für einen Kurzschluß des Denkens (aber das ist ein Kapitel für sich und führt hier zu weit), andererseits für einen Ausdruck allgemeiner Angst vor Tod und Sterben. Man hofft, dem ganzen Thema zu entgehen, wenn man jederzeit die Möglichkeit hat, das Leben – samt dem Sterben – eben mal ausknipsen zu lassen, wie ein elektrisches Licht. Angst macht eng und kann das gesamte Seelenleben eines Menschen beherrschen. Tag und Nacht. Die Angst vor dem Tod ist da. Sie gehört zu den Lebenserfahrungen. Aber sie muß nicht die einzige werden – auch und gerade nicht in der alles verändernden Begegnung mit dem Tod. Bei jedem Besuch am Krankenbett versuche ich, auch den Schwerstkranken zum Lachen zu bringen – oder doch zum Lächeln. Den Patienten immer wieder aus der Einbahnstraße der Angst herauszuführen und nie nachzulassen in dem Bemühen, das Tor zu anderen Dimensionen des Seelenlebens zu öffnen, wo es nur geht, halte ich für eine wichtige Aufgabe des Arztes. Dann gerät er auch selbst nicht in die Sackgasse des Mitleids, das keinen Ausweg mehr kennt als einen schnellen Tod seines leidenden Patienten.“

Michael Bartlau, Arzt, Rettungsmedizin:

[zu 1.:] „Nein, zum Glück nicht, möchte ich beinahe sagen. Es kommt aber gar nicht so selten vor, daß kranke oder aber alte und sehr alte Patienten auch sehr direkt zum Ausdruck bringen, daß sie keine Lust mehr zum Leben haben.“

Teilweise beruht diese Lebensunlust auf einer depressiven Stimmungslage, und die Äußerungen sind dann auch eher als Aufforderung zum Helfen gemeint denn als Wunsch nach Sterbehilfe, manchmal sind Menschen aber auch wirklich einfach lebensmüde, und zwar in der eigentlichen Bedeutung des Wortes, *des Lebens müde*, nach einem meist arbeitsreichen Leben oft voller Entbehrungen und häufig nach beachtlicher Lebensleistung. In beiden Fällen ist es schwer, im täglichen Praxisablauf angemessen auf den Patienten einzugehen.“

[zu 2.:] „Ich versuche, den Patienten, die sich mit diesem Thema beschäftigen, klar zu machen, daß ich aus meinem Selbstverständnis als Arzt heraus niemandem aktive Sterbehilfe leisten kann. Nach meiner Erziehung und Ausbildung ist es primäre Aufgabe des Arztes, Leben zu erhalten und Leiden, wo möglich, zu lindern und nicht, Leben zu vernichten.“

Wo der Erhalt des Lebens nicht mehr möglich ist, muß die Linderung der Beschwerden und Schmerzen oberste Priorität haben – dann auch im Bewußtsein, daß der Einsatz hochwirksamer Medikamente zur Linderung der Schmerzen möglicherweise negative Folgen auf lebenswichtige Organsysteme hat und das Leben dadurch abgekürzt wird.

Wo immer das möglich ist, sollte versucht werden, mit einem schwerstkranken Patienten offen über seine Situation zu sprechen und mit ihm und gegebenenfalls seinen Angehörigen gemeinsam die richtige Vorgehensweise bezüglich möglicher Behandlungswege aufzuzeigen. Die meisten Patienten beruhigt es zu wissen, daß ihre Wünsche angemessen berücksichtigt werden.

Kranke und sterbende Menschen müssen sich auf den Beistand ihrer Ärzte, aber auch auf den ihrer Mitmenschen verlassen können.“

[zu 3.:] „Nach meiner Überzeugung brauchen wir in Deutschland kein Gesetz – la Niederlande; kein Arzt darf dazu verleitet werden, aktiv Sterbehilfe zu leisten, sie muß bei uns verboten bleiben. Wichtig ist die Beseitigung rechtlicher Grauzonen, wie z.B. der Vorwurf unterlassener Hilfeleistung, wenn der Arzt begründet lebenserhaltende oder –verlängernde Maßnahmen unterläßt.“

Wichtig ist aber auch der Ausbau von unterstützenden Einrichtungen bundesweit, wie in Göttingen das *Support-Team*, – und nicht die Abschaffung. Wie viel darf die effiziente Betreuung von schwerstkranken, schmerzgeplagten sterbenden Menschen kosten?“

Das Leben
ist weder Zweck
noch Mittel,
das Leben
ist ein Recht.

Heinrich Heine

Menschen im Hospiz

Persönliche Meinungen zur Aktiven Sterbehilfe

In den Redaktionsgesprächen mit *Menschen im Hospiz* hat sich gezeigt, daß es ein breites Spektrum von Meinungen zur *aktiven Sterbehilfe* gibt. Wir betonen, daß es sich um persönliche Meinungen handelt, von denen nicht alle mit der offiziellen Haltung des *Hospizes an der Lutter* übereinstimmen.

Hans Joachim Siefert, 49 Jahre, staatl. geprüfter Masseur und Lympfdrainage-Therapeut:

„Die Diskussion über *Sterbehilfe* ist bei uns in vollem Gang, in Holland ist sie schon Realität, und die Hospiz-Zeitung fragt mich jetzt um meine Meinung dazu.

Ich habe lange überlegt, manches geschrieben und doch in den Papierkorb geworfen. Wie geht man dieses Thema an? In welcher Situation kommt ein Mensch eigentlich auf den Gedanken, seinem Leben ein Ende zu setzen? Haben wir überhaupt ein Recht, unser Lebensende selbst zu bestimmen? Fragen, die sich mir stellen, wenn ich mich mit diesem Thema beschäftige.

Als gläubiger Christ habe ich eine feste Meinung dazu. Für mich ist es klar, daß ich jede Art von Sterbehilfe ablehne. Doch muß das auch für Andere gelten? Ich merke schon, je mehr ich mich in die Situation hinein-denke, um so verworrener wird sie.

Ich stelle mir folgende Situation vor: Ein Mensch (vielleicht der Freund, den ich seit 33 Jahren kenne), der mir sehr nahe steht, bittet mich um einen letzten Gefallen: ihm, als unheilbar Kranken, zu einem bestimmten Zeitpunkt eine Tablette oder Kapsel zu geben oder einen Stecker zu ziehen.

Er will so selbst entscheiden, wann es zu Ende ist. Ohne im Endstadium zu leiden, will er sterben. Was mache ich nun? Als Christ ist mir die Situation klar, aber als Freund? Kann ich ihm diesen Dienst abschlagen? Seit ich im ambulanten Hospiz mitarbeite, habe ich gelernt, daß Ärzte heute Medikamente so dosieren können, daß der Patient keine Schmerzen spürt und doch ansprechbar ist. Also nicht leidet. Auch Atemnot zu lindern ist nicht das Problem. So ist ein natürlicher Tod fast ohne Schmerzen und Atemnot möglich.

Gerade die Hospizmitarbeiter auf der Station (und manchmal sind auch wir ehrenamtlichen Mitarbeiter dort aktiv) erzählen immer wieder von schönen Stunden, die sie und die Patienten der Station bewußt erlebt haben.

Ich glaube fest daran, daß ein menschenwürdiger, liebevoller Umgang mit schwerkranken Menschen unter Ausnutzung aller Möglichkeiten zur Linderung der Beschwerden den Gedanken an Sterbehilfe nicht wirklich aufkommen läßt.“

Erika Wittig, 63 Jahre, Altenpflegerin i. R.:

„Während meiner fast dreijährigen Tätigkeit als Pflegerin im *Hospiz an der Lutter* bin ich kein einziges Mal mit der Bitte um aktive Hilfe beim Sterben konfrontiert worden. Natürlich habe ich nur eine begrenzte Zahl von sterbenden Menschen erlebt; vielleicht bin ich auch in meiner Funktion als Pflegerin nicht angesprochen worden.

Doch auch Markus von Lutterotti (26 Jahre lang Chefarzt der Inneren Abteilung des *Loretti-Krankenhauses* in Freiburg) schreibt in seinem Buch *Menschenwürdiges Sterben* (Herder Verlag) aufgrund eigener Erfahrungen und zitierter Berichte von Ärzten des *St. Christopher's Hospice* London u.a., daß der Wunsch eines Schwerkranken oder Sterbenden nach aktiver Beschleunigung des Sterbeprozesses äußerst selten vorgebracht werde. Die oft verschlüsselte Bitte darum, daß alles ein Ende nimmt, bedeute in aller Regel, daß der Patient Hilfe durch bessere Schmerz- und Symptombekämpfung sowie mehr Zuwendung ersehnt.

Bei einer Liberalisierung des Paragraphen 216 sehe ich auch die große Gefahr, daß dieser Wunsch des Totkranken nach besserer medizinischer Versorgung und seelischer Betreuung vorschnell falsch gedeutet wird – sei es aus Unerfahrenheit, mangelnder Fähigkeit oder Laxheit. Das würde sicherlich auch unvorhersehbare Folgen für denjenigen haben, der Sterbehilfe leistet.

Statt einer Änderung der Gesetzesgrundlage sollte es Ziel der Politik sein, sterbenden Menschen jede erforderliche pflegerische und medizinische Hilfe zuteil werden zu lassen, die ihnen Erleichterung verschafft. Bestmögliche Rahmenbedingungen sollten geschaffen werden, so daß Pflegepersonal, Ärzte und Angehörige in Ruhe seelischen Beistand leisten können.“



Carola Trabert, 39 Jahre, Agrar-Ingenieurin, Internet-Publisherin:

„Prinzipiell gilt für mich, daß alle so leben sollen, wie's ihnen gefällt. Das heißt, wer die aktive Sterbehilfe in Anspruch nehmen möchte, soll die Möglichkeit haben, eben dieses zu tun. Man muß ja nicht.

Aber: Wie ich beobachtet habe, verschiebt sich mit dem Möglichen recht rasch der Standard. Wenn wir nicht wollen, was nun möglich ist, müssen wir nun ausführlich begründen, warum wir es *nicht* wollen. So scheint die Welt organisiert zu sein.

Der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe entspringt oft der Angst vor Schmerzen und der Angst davor, hilflos, alleine, nur mit Widerwillen gepflegt und ungeliebt, zu sterben. Das ist für mich nur zu leicht nachvollziehbar.



Doch heute muß niemand mehr dahinsiechen – zumindest in der westlichen Welt. Der Weg aus dieser Angst heraus geht über die moderne Palliativ-Medizin und über die breiter werdenden Diskussionen um menschenwürdiges Sterben. Auch die Hospizbewegung trägt wesentlich zur theoretischen und praktischen Veränderung bei.

Verwegen wäre es zu behaupten, ich könne vorher wissen, wie ich mich in einer bestimmten Situation fühlen werde. Immer wieder mache ich in meinem Leben folgende Erfahrung: Gewisse Vorstellungen von Situationen fand ich ganz unerquicklich, schrecklich, absolut nicht wünschenswert. Solcherart, daß ich sie eben niemals gewählt hätte. Dann aber war das Leben eben so, wie ich es nie gewählt hätte und – siehe da: es ist erquicklich, okay, oder aber nur (!) akzeptabel. Was war passiert? 1. Es hat sich peu à peu dahin entwickelt. Viele kleine Einzelschritte/Entscheidungen führten zu einem Ergebnis, das ich, isoliert betrachtet, nicht gewünscht hätte. 2. In der neuen Situation spielen Aspekte, die ich vorher anders gewichtete, nicht sah oder nicht kannte, eine bedeutende Rolle. 3. Die äußeren Umstände, die dann mein Leben bestimmen, hatten sich geändert.

Der freie Wille ist ein hohes und achtenswertes Gut, jedoch finde ich die Freiheit des Willens oft fraglich. Recht leicht ist es, sanften Druck auszuüben, so daß jemand schnell den freien Willen äußert, dies unnütze Leben doch bitte beenden zu lassen. Ich finde es eine sehr gruselige Vorstellung, alt zu sein und noch älter zu werden, auf Hilfe in zunehmendem Maße angewiesen zu sein (verschärft durch Armut, von der Frauen bekanntlich betroffener sind als Männer) und von verschiedenen Seiten sanft bedrängt zu werden, doch vernünftig zu sein und der Gesellschaft nicht (noch) länger zur Last zu fallen und daß ich meinen Stuhl doch jetzt mal freimachen soll. Vorbereitet durch eine gesellschaftliche Atmosphäre, die Alten gegenüber jetzt schon oft feindselig ist, Abneigung kaum noch verhehlend. Daß diese Entwicklung erst am Anfang ist, läßt das Szenario für mich nur noch gruseliger werden.

Jeder Mensch stirbt individuell. Das Sterben ist Teil des Lebens. Auch dieser Teil des Lebens wird wahrscheinlich anders verlaufen, als ich mir das vorstelle.

Momentan noch besteht das Grundrecht auf ein komplettes Leben, d.h. von Anfang bis zum Ende. Und an beiden Enden wird schwer gerüttelt. Besteht jedoch erst mal die Möglichkeit zur aktiven Sterbehilfe, habe ich die

Befürchtung, daß dann dieses Grundrecht individuell erkämpft werden muß. Und das in einer Zeit im Leben, da der Kampf eigentlich zu Ende sein sollte (ich meine im Alter) und/oder die Kraft an anderer Stelle gebraucht wird (z.B. bei Krankheit).

Eine weitere Befürchtung, die ich hege, ist die so große Gefahr des Mißbrauchs. Sicher gibt es dann auch entsprechende Gesetze, um das zu verhindern bzw. zu ahnden. Gesetze haben aber noch selten etwas verhindert, und wenn ich tot bin, habe ich wenig davon, wenn gerichtlich bewiesen wurde, daß dies zu unrecht geschah ...²



Monika Knackstedt, 53 Jahre, Leiterin der *Grünen Damen* im Universitäts-Klinikum Göttingen, Beschäftigungstherapeutin im *Klausstift*.

„Grundsätzlich bin ich nur für aktive Sterbehilfe, wenn von sämtlichen Seiten eine Aussichtslosigkeit der Krankheit bestätigt wird. Außerdem sollte der Patient in gesunden Zeiten den Wunsch nach Sterbehilfe geäußert haben. Die Familie sollte in diese Entscheidung mit einbezogen werden. Ein schriftlich formulierter Wunsch nach aktiver Sterbehilfe sollte mit dem behandelnden Arzt zusammen verfaßt werden.“

Bei der aktiven Sterbehilfe besteht die Gefahr, daß alte Menschen sich genötigt fühlen könnten, Sterbehilfe zu verlangen, weil sie anderen Menschen, besonders ihren Angehörigen, nicht zur Last fallen möchten.

Ich finde, es ist wichtig, daran zu denken, daß jemand, der nicht selbst von einer schweren Krankheit betroffen ist, nicht entscheiden kann, ob das Leben noch lebenswert ist oder nicht. Wenn es in Deutschland eine bessere Schmerztherapie und eine optimale Sterbegleitung gäbe, würden viele gar nicht den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe äußern. Der Wunsch nach einem würdevollen Sterben steht bei vielen an erster Stelle.

Insgesamt bleibt festzuhalten, daß sich die Frage nach der Zulassung aktiver Sterbehilfe nicht einfach mit Ja oder Nein beantworten läßt.“

Friedegund Weizsäcker-Knörrich, 60 Jahre, Pfarrerin i.d. Christengemeinde i.R.:

„Für Situationen, in denen ein Mensch ein schnelles Ende seines unerträglich scheinenden Lebens wünscht, sucht und vielleicht auch findet, habe ich viel Verständnis. Zwar bin ich selbst entschieden und grundsätzlich gegen aktive Sterbehilfe, weiß aber aus eigener Erfahrung, daß Argumente, Prinzipien und Überzeugungen an einem so tief sitzenden Todeswunsch gleichsam abprallen. Man braucht viel Kraft, um mit ihm zu ringen. Eine helfende Umgebung ist dabei sehr wichtig. Dazu gehören nahestehende Menschen, professionelle Helfer und auch eine Gesellschaft, in der der Wert eines voll-enteten statt einfach abgebrochenen Lebens Achtung und Anerkennung findet.“

Wenn ich auf die Entwicklung in Holland und die inzwischen in Europa entfachte Euthanasiedebatte blicke, möchte ich alles mir Mögliche dafür tun, daß wir nicht bald in einer Gesellschaft leben, in der ‚selbstbestimmtes‘ Sterben gefördert wird und ‚in‘ ist. Ich habe von 1987 bis 1993 in Holland gelebt und als Pfarrerin in der Christengemeinschaft gearbeitet. Damals ging es um stillschweigende Duldung aktiver Sterbehilfe, die nach dem Gesetz noch strafbar war, aber nicht verfolgt wurde. Ich erlebte hautnah, wie damals bereits Ärzte in Gewissensnot kamen und sich gar dem Vorwurf unterlassener Hilfeleistung ausgesetzt sahen, wenn sie die ‚Todesspritze‘ nicht geben wollten – und das keineswegs nur auf Wunsch des Patienten selbst, sondern auch seiner Angehörigen. Ich weiß, daß Adressen von Ärzten gehandelt wurden, die es ‚problemlos‘ taten – und das nicht nur bei aussichtslos kranken alten Menschen. Ich beobachtete mit Betroffenheit eine zunehmende Leichtfertigkeit im Umgang mit dem schnellen Sterben. Oder wie soll man es sonst nennen, wenn eine Mutter mehrerer kleiner Kinder 14 Tage nach Bekanntwerden einer unheilbaren Krebsdiagnose nicht nur einen zur Euthanasie bereiten Arzt gefunden hat, sondern bereits bestattet ist und sich die Angehörigen bei meinem Anruf kaum mehr erinnern können, daß sie mich vor einer Woche noch um Sterbebegleitung gebeten hatten? Von ‚Abschiedsparties‘ mit anschließender ärztlich unterstützter Lebensbeendigung im Nebenzimmer ganz zu schweigen ...

Es ist leicht, zu propagieren und zu glauben, man könne dem Tod aus dem Wege gehen, indem man das Leben rechtzeitig beendet. Es ist leicht, Umfragen so zu gestalten und durchzuführen, daß im Ergebnis eine zunehmende Mehrheit der Bevölkerung aktive Sterbehilfe befürwortet. Es wäre so unendlich leicht und praktisch, die Kostenexplosion bei der Pflege und Versorgung alter, kranker und behinderter Menschen in den Griff zu bekommen durch Euthanasie ...

Bald wird es schwer werden, gegen diesen ‚Trend‘ anzukämpfen. Schon jetzt scheint auch in unserem Land die Argumentation für verstärkte Palliativmedizin und gegen aktive Sterbehilfe schwächer und resignierter. Es ist oft schwer, den Leidensweg und das Sterben eines Menschen mit anzusehen und zu begleiten. Ich persönlich möchte in dem Bemühen nicht nachlassen, dies zu tun und zu unterstützen. Ich möchte in einer Gesellschaft leben, in der sich eine neue ‚Kultur des Sterbens‘ entwickeln kann. Ich habe nicht selten erlebt, wie der herannahende Tod Neues, Ungeahntes in die letzte Lebenszeit eines Menschen hereintragen kann. Eine ganze Biographie erscheint, vom Sterben her gesehen, dann plötzlich in einem anderen Licht – so, wie - von der letzten Zeile her gesehen - ein Gedicht oft erst wirklich zu einem Gedicht wird. Ich meine, wir können für die zukünftige Gestaltung unseres Lebens und Zusammenlebens viel gewinnen, wenn wir auf das hören lernen, was der Tod uns zu sagen hat. Und ich glaube, wirksam sprechen kann er jeweils nur ‚zu seiner Zeit‘.“



Cornelia Reichhold, 38 Jahre, Kauffrau, Psychologie-Studentin, Betreuerin:

„Wichtig sind der Ausbau von Palliativmedizin und Hospizdiensten, da eine optimale Versorgung der Betroffenen sicher so manchen Ruf nach aktiver Sterbehilfe verstummen lassen würde.“

Und doch: Selbst bei bestmöglicher schmerzmedizinischer und menschlicher Betreuung wird es immer auch Grenz- und Ausnahmefälle geben, deren schweres Leiden nicht in den Griff zu bekommen ist, wo der objektive oder subjektive Leidensdruck den Wunsch nach Sterbehilfe aufrecht erhält.

Unübersehbar gibt es aber auch die Gefahr des Mißbrauchs, und die sehr berechtigten Ängste vor einem forcierten ‚sozialverträglichen Frühableben‘.

Ärzte, Verwandte, gesellschaftliche Meinung – sie alle könnten das Leben von Kranken, Behinderten und hilfsbedürftigen Menschen (deren Leben ihnen als lebensunwert oder zu kostenintensiv erscheint) ein Stück ungeschützter machen. – Das darf auf keinen Fall geschehen! Und dennoch: Wie entwickelt wäre eine Gesellschaft, die ihren Mitgliedern das Recht auf das eigene Leben, den eigenen Tod vorenthält? – Selbstbestimmung und Würde sind hier die Schlüsselworte.

Was ich mir für mich selbst in solch einer Situation wünsche, ist die legale Möglichkeit, mein Leben, wenn es *für mich* unerträglich geworden ist, zu beenden. Und wenn ich dazu selbst nicht mehr in der Lage bin, dann wünsche ich mir *professionelle* Hilfe.

Eine gesetzliche Regelung ist also wünschenswert, müßte aber sehr sensibel jede Form des Mißbrauchs – soweit möglich – ausschließen. Hiermit werden sich Juristen und andere Fachleute zu befassen haben.

Sterbehilfe und Sterbebegleitung sind für mich allerdings keine Gegensätze. *Sterbebegleitung* sollte in jedem Fall als die erste aller Maßnahmen bis zum Ende hin erfolgen; *Sterbehilfe* sollte als die letzte aller Möglichkeiten zur Verfügung stehen.

Ich weiß nicht, ob ich es tatsächlich über mich bringen könnte, aktive Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen, ob ich nicht letztlich doch viel zu sehr am Leben hänge; aber allein die Vorstellung, selber bestimmen zu können, wann ich genug gelitten habe, verschafft mir Beruhigung und gibt mir Sicherheit.“

zugeteilt wurde, in der er zu sterben hatte, dann läßt sich damit sicherlich schwer leben. Vielleicht war der Sterbende noch nicht so weit, manchmal gibt es auch überraschende Krankheitsverläufe, mit welchem Recht maßt sich dann jemand an, da einzugreifen!

Das höchste Ziel, meiner Meinung nach, muß sein, dem sterbenden Menschen eine gute Lebensqualität zu ermöglichen. Gleichzeitig aber auch die Angehörigen zu stützen und zu bestätigen in ihrem Leid um den drohenden Verlust.

Allenfalls, wenn der Sterbende ganz klar ist und vor lauter Schmerzen zu sterben wünscht, kann im Einzelfall vielleicht der Arzt mit Medikamenten helfen, die eine Verkürzung der Lebensspanne beinhalten.

Aber ein solches Verhalten kann man niemals normieren, zum Gesetz machen.“

Angelika Buch, 49 Jahre, Ärztin und Hausfrau:

„Vor längerer Zeit hatte ich zugesagt, meine Meinung oder auch meine Erfahrung zum Thema Sterbehilfe für die Hospiz-Zeitung mitzutellen. Erst schob ich es vor mir her, dann vergaß ich es, bis erneutes Erinnern mich wieder an meine Zusage brachte. Dies zeigt mir, wie vielschichtig mein Umgang mit diesem Thema ist. In der Zwischenzeit ist eine gute Bekannte gestorben, die ich lange begleitet habe, und bei diesem Erleben hat sich meine Meinung, die ich vorher nur vage hätte formulieren können, für mich ausdrückbar entwickelt.“

Ich habe mehr oder weniger intensiv schon einige Menschen in den letzten Monaten und Tagen ihres Lebens begleitet, nicht zuletzt natürlich auch Kontakt mit den jeweiligen Angehörigen gehabt. Dabei konnte ich beobachten, daß sowohl der Sterbende als auch die Angehörigen und Freunde Zeit benötigen, um sich innerlich dem Geschehen zu öffnen und bereit zu sein, zu gehen bzw. den Sterbenden gehen zu lassen. Mit aktiver Sterbehilfe wird dieser Prozeß verkürzt: dem Sterbenden wird Zeit weggenommen, und die Angehörigen berauben sich auch wichtiger Erfahrungen. Eine wichtige Erfahrung ist ganz sicher die Einwilligung in den Tod, sowohl auf Seiten des Sterbenden als auch auf Seiten der Angehörigen. Nach dem Tod infolge einer schweren Erkrankung mit zunehmendem Verlust an Lebenskraft kommt es meist dazu, daß die Angehörigen, trotz Schmerz, den Tod akzeptieren: ‚Es ist gut, daß er tot ist.‘ Im Laufe der Trauerzeit, die ja nicht nach einem Jahr ‚erledigt‘ ist, kommen Wut und Haß, Liebe und Sehnsucht und viele andere Gefühle hoch und müssen in das neue Leben integriert werden. Wenn dann noch der Gedanke hochkommt, daß dem Verstorbenen die Zeit

Anna Wißmann, 26 Jahre, Theologiestudentin:

„In der öffentlichen Diskussion in Deutschland fand die niederländische Gesetzesänderung zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe breite Unterstützung. Warum? Viele fürchten ein ‚Dahinvegetieren‘ in ihrem letzten Lebensabschnitt mit möglicherweise unerträglichen Schmerzen. Ich halte das Signal der Legalisierung aktiver Sterbehilfe aus ethischen Gründen für falsch und in gesellschaftlicher Hinsicht für sehr gefährlich.“

Denn wenn Sterbehilfe legalisiert wird, erscheint sie zuerst als zulässig, dann als akzeptabel und irgendwann als die vernünftigste Lösung. Wir verändern das Bewußtsein, wie die letzte Wegstrecke des menschlichen Lebens aussehen sollte: klinisch rein und medizinisch kontrollierbar. Es wäre egoistisch, am Leben zu klammern, viel Geld zu kosten und die, die man liebt, mit einem langen, schmerzlichen Abschiedsprozeß und der unerfreulichen Pflege zu belasten.

Wie oft mag schon ein Mensch um Sterbehilfe gebeten haben, weil er niemandem mehr zur Last fallen wollte? Niemals sollte ein Mensch gezwungen sein, auch nur vor sich selbst den eigenen Lebenswillen rechtfertigen zu müssen. Wir sollten unseren sterbenden Mitmenschen zeigen, daß sie immer noch zu uns gehören. Deswegen ist Sterbebegleitung meiner Meinung nach der einzig richtige Weg. Und dabei kommt die moderne Medizin uns ja zur Hilfe: die Palliativmedizin lehrt uns, daß in den meisten Fällen durch Medikation ein fast schmerzloser Sterbeprozess möglich ist. Das sollte der Normalfall sein.

Es gibt aber wohl – wie immer – auch Ausnahmen. Wenn Menschen, die unter unerträglichen Schmerzen

leiden und denen in keiner Weise geholfen werden kann, um Sterbehilfe bitten, müssen sie auf unser Mitgefühl und unsere Hilfe rechnen können. Sterbehilfe hat es in diesen Fällen auch immer schon gegeben. Aber ich glaube, daß diese Fälle viel seltener sind, als die Diskussion vermuten lassen würde. Grundsätzlich sollte immer gelten, daß menschliches Leben, das wir ja auch nicht selbst schaffen können, nicht unserer Verfügung unterliegt."



Angelika Peterhoff, 53 Jahre, Lehrerin i.R.:

„Grundsätzlich bin ich der Meinung, daß jeder Mensch das Recht hat, den Zeitpunkt seines Todes zu beeinflussen. Schafft er dies alleine, ohne fremde Hilfe in Anspruch zu nehmen, wird kein Wort darüber – in der Öffentlichkeit – verloren. Braucht er jemanden, der ihm bei der Ausführung seines Wunsches behilflich ist, setzen moralische Bedenken ein. Doch: wenn ein Helfer sich in der Lage sieht, für den Kranken stellvertretend zu handeln – ohne in seelische Bedrängnis zu geraten – empfinde ich Sterbehilfe als gerechtfertigt und gut.“



Elke Lotz, 37 Jahre, Altenpflegerin:

„Ein Thema, bei dem es mir schwer fällt, eine Meinung zu bilden. Wie auch, - als junger gesunder Mensch. Wie soll ich die Notwendigkeit der Sterbehilfe bei einem nicht mehr therapierbaren kranken Menschen nachvollziehen? Oder entscheiden, ob der alte Mensch niemandem mehr zu Last fallen will? Wobei ich auch hier nicht beurteilen kann, wie sehr ein Mensch leidet, wenn er *nur* auf andere Menschen angewiesen ist. Die Gradwanderung zwischen *Verstehen* und *Notwendig* ist schwer einzuhalten, und ich weiß nicht, inwieweit sie ein Mensch tragen und verantworten kann.“

Menschen kann man nicht zwingen zu leben, - ein Satz, der mir bei diesem Thema immer wieder durch den Kopf geht. Zwingen zu leben? Helfen zu sterben?

Doch bin ich auch froh darüber, daß es Menschen gibt, die den Mut haben, darüber eine Entscheidung zu fällen. Wichtig für mich ist, daß das Sterben menschenwürdig ist und der Sterbende nicht allein gelassen wird, von Angehörigen, Ärzten und Pflegekräften. Wie immer auch die Entscheidung des Sterbenden ist.“



Paul Gerhard Langenbruch, 59 Jahre, Klinik- und Hospizseelsorger:

„Aktive Sterbehilfe - was soll ich als Christ dazu sagen? Es ist gut, daß wir in der Hospizbewegung nicht theoretisch über Probleme diskutieren. Wir wollen nah - und also eher praktisch - bei den Menschen sein, denen medizinisch nicht mehr zur Heilung verholfen werden kann und die daher die letzte Lebensstrecke vor sich sehen. Wir wollen auch nah bei denen sein, die nach dem Tod eines Angehörigen ihre Trauer bewältigen müssen. Gleichwohl müssen dabei viele Gedanken geklärt werden. Hospizarbeit hat um der Menschen willen auch mit Theorie zu tun.“

Es ist gut, daß wir uns der Frage der Sterbehilfe stellen. Wir können uns als Hospiz-Leute ja nicht mit der Gewißheit beruhigen, daß wir auf der ‚richtigen‘ Seite stehen, nämlich bei denen, die nicht *zum* Sterben helfen, sondern *beim* Sterben. Das wollen wir zwar, aber mit dieser Formel sind nicht alle Probleme aus der Welt geschafft.“

Der Ruf nach einer gesetzlichen Regelung der Sterbehilfe hängt mit der Forderung nach größerer Selbstbestimmung zusammen. Die alten Autoritäten werden zurückgedrängt oder abgelehnt. Individuelle Lebenseinstellungen führen auch zu einer individuellen Haltung zum Lebensende. „Was mit mir geschieht, will ich selbst bestimmen.“

Ich bin - durch die Erziehung meiner Eltern, durch eigenen Entschluß, auch durch meinen Beruf als Pastor - mit einer der ‚alten Autoritäten‘ verbunden, nämlich mit der evangelischen Kirche. Aber ich will hier nicht den zahllosen Stellungnahmen der Kirche(n) eine weitere hinzufügen. Privat und persönlich frage ich mich, was ich zur Frage der Sterbehilfe sagen soll.

„Du sollst nicht töten!“ - Das alte Gebot ist eine Schutz-zusage für das Leben. Als ich vor vielen Jahren den Kriegsdienst verweigern wollte, war dieses Gebot meine größte Hilfe in der Argumentation vor dem Prüfungsausschuß. Im Lauf der Zeit ist mir aber klar geworden, daß es wohl eine Hilfe war, eine Meinung durchzuhalten, aber kein Schutzwall, hinter dem ich mich in allen Lebenslagen verstecken konnte. Und doch hat das Ge-

bot seinen Anspruch: Weil ich glaube, daß Gott das Leben geschaffen hat, ist mein Leben und jedes andere Leben zu Gott gehörig - früher sagte man: es ist heilig. Was heilig ist, ist geschützt und unantastbar. Ist damit eine grundsätzliche Verneinung jeder Sterbehilfe gegeben?

Neben diesem Grund-Satz ist mir im Blick auf die Sterbehilfe-Problematik ein Wort Jesu aus der Bergpredigt wichtig, die sogenannte Goldene Regel: "Alles nun, was ihr wollt, daß euch die Leute tun sollen, das tut ihnen auch!" (Matthäus 7,12.) Unser Sprichwort sagt es negativ, meint aber dasselbe: "Was du nicht willst, daß man dir tu, das füg auch keinem andern zu!" Also: Versetze dich in die Lage eines unheilbar Kranken und eines unheimlich schwer Leidenden und tu das, was du für dich getan haben möchtest! Tatsächlich ist damit jede Regelung „ein für alle mal“ und jede dogmatische Regelung in Frage gestellt. Jede Situation *erfordert* neue Entscheidungen - oder im Sinne Jesu gesagt: Jede Situation *ermöglicht* neue Entscheidungen im Geist der Liebe.

Aktive Sterbehilfe? Eine ältere Ärztin hat mich vor Jahren beeindruckt, als sie sagte: "Wir Ärzte helfen ja beim Sterben; aber bitte, redet doch nicht so viel davon." Sie hat das, was sie in einer langen ärztlichen Praxis getan hatte, auf ihr Gewissen genommen, und dieses Gewissen war geprägt durch einen hohen Anspruch an sich selbst und durch ein hohes Ethos. Wenn ich an die vielen jungen Ärzte denke, an deren oft kurze Begognungen mit so vielen Patienten, an den hektischen Betrieb in den Praxen und Kliniken, dann glaube ich, daß zum Schutz der Patienten und zum Schutz der Ärzte Regelungen formuliert werden müssen, wie in Grenzfällen gehandelt werden kann und soll. Ich habe keine Angst vor einer gesetzlichen Regelung der aktiven Sterbehilfe.

Ja, auch als Christ möchte ich selbstbestimmt leben. Ich möchte auch anderen Menschen selbstbestimmtes Leben ermöglichen, soweit ich dazu beitragen kann. Ich bin dankbar, durch das Miterleben in der Hospizbewegung oft sehen zu können, daß der Ruf nach *Sterbehilfe* nicht mehr so verzweifelt ist, weil er als Ruf nach *Lebenshilfe* ernst genommen wird - bis zum letzten Atemzug.

Film LAMORTE

In dem Film geht es, wie der Titel schon andeutet, um die Verquickung von Liebe (Amore) und Tod (Morte). Wie selten ein Film, schafft es dieser, ein sensibles Thema in einer sehr berührenden Art und Weise anzusprechen und vorzustellen. Im Mittelpunkt steht die ältere reiche Frau Iris, die ihre früheren Schulfreundinnen, die sich dreißig lange Jahre nicht gesehen haben, in einem Landgasthof zusammenruft, um ihnen mitzuteilen, daß sie unheilbar krank ist und zu sterben gedenkt.

Die Freundinnen, die nichts von dieser Enthüllung ahnen, treffen nach und nach ein, laut lachend und sich herzlich begrüßend nach so langer Zeit. Schon dieses Wiedersehen wäre Stoff genug für einen Film, handelt es sich doch bei solchen Treffen auch immer um eine Art Lebensbilanz, die mal mehr oder weniger positiv für die Teilnehmenden ausfällt. Schulfreundinnen von einst können sich nichts vormachen, sie kennen sich aus einer Zeit, wo das Leben noch offen vor ihnen lag, zu Beginn ihres gestaltbaren Lebens. Natürlich brechen dabei alte Wunden auf, werden ungeklärte Rechnungen beglichen, verschüttete Gefühle wachgerüttelt.

Die Lebenswege der zwölf Frauen werden behutsam vorgestellt, durch wunderbare Schauspielerinnen wie Christiane Hörbiger, Nicole Heesters, Senta Berger, um nur einige zu nennen. Sie verkörpern die verschiedensten Charaktere so gekonnt, daß man sich auch ein bißchen in die eigene Schulzeit zurückversetzt fühlt. Schnell finden sie zusammen, erwähnenswert die Szene, wie sie in einem Sessellift durch die Lüfte schweben und sich ihre Geschichten erzählen. Und das Spektrum der Biographien ist groß. Da ist die erfolglose Geschäftsfrau, die ihren Fastkonkurs nur schwer zugeben kann, das „Muttortier“, das nie etwas anderes wollte, fünf Kinder hat und dennoch denkt, aus ihr sei nichts geworden, oder die Gesangbegabte, die den Aufstieg schaffte, aber trinkt, weil sie Angst vor dem Versagen der Stimme hat. Es gibt viel zu entdecken in den Frauenschicksalen der Apothekerin, der Anwältin, Ärztin und und und. Nicht zu vergessen die Geschichte der Wirtsfrau, deren Familienleben die Geschichte begleitet.

Es hätte ein schönes Fest werden können, trotz aller Streitereien und Sticheleien, die sich nur die erlauben können, die sich so gut kennen, sich immer noch so vertraut sind, obwohl sie so lange Zeit ihres Lebens nicht gemeinsam verbracht haben. Wäre da nicht Iris gewesen, die sich in zurücknehmender Distanz auf ihr Ende vorbereitet. Beim festlichen Abendessen läßt sie die Bombe platzen.

Ich bin todkrank und werde diese Nacht sterben und bitte euch, bei mir zu sein, denn ich habe sonst niemanden, ihr seid meine Familie, sagt sie unter Tränen. Ich



brauche euch. Die Frauen sind geschockt. Wie, was, spinnst du? Ich kann niemanden zwingen, verzeiht mir, sagt Iris noch und läßt die vordutzten Frauen in ihrer Verwirrung zurück. Es braucht eine Weile, bis sie realisiert haben, was dort eben gesagt wurde. Eine unwirkliche Situation, wie sie dort am Tisch sitzen und mit ihren Gefühlen ringen. Die Reaktionen reichen von *Ich geho, ich lasse mich doch nicht benutzen* über *Sie war schon immer mutig* bis hin zu *Das ist verboten, das mache ich nicht mit* und einem selbstverständlichen *Ich werde bei ihr sein, sie bittet uns um Hilfe*. Es dauert, bis sie sich klar sind und ihre Angst im Griff haben, doch dann gehen sie hinauf in das Zimmer der Frau, die sterben will.

Ihr seid gekommen, danke, sagt diese und trinkt das Glas aus. Zum Abschied verschenkt sie einige ihrer Lieblingsgegenstände, teilt ihnen mit, daß sie sie als ihre Erben eingesetzt hat. Dann legt sie sich hin und bittet um ein Lied, das sie in ihrer Schulzeit gesungen haben. Die Szene, wie die vermeintlich gescheiterte Sängerin zu singen beginnt und die anderen im Kanon mit einsetzen, gehört zu den anrührendsten Bildern des Films. Abendstille überall. *Bitte, kann eine das Fenster aufmachen*, sagt eine der Freundinnen, als Iris tot ist, und gemeinsam blicken sie hinaus und schon den Tag beginnen und wissen, daß sie ihr Leben von diesem Moment an anders weiterleben werden als vorher. Der Tod verwandelt auch die Lebenden.

Dieser Film beschreibt eine besondere, ungewöhnliche Art der Sterbebegleitung. In gekonnter Manier, mit

hervorragenden Kameraeinstellungen, wird eine Intensität erzeugt, die unter die Haut geht, ohne in zu viel Pathos oder Moral abzudriften. Tragend die Schauspielerinnen, aber vielleicht auch die Botschaft des Buches, aus dem Iris zum Schluß ihren Freundinnen vorliest, das von dem Sterben des *Guillaume de Marechal* berichtet, der in mittelalterlichem Sterberitual sein Leben zu Ende bringt. Ich war viel allein, sagt Iris, das Buch hat mir sehr geholfen. „... das althergebrachte Ritual des Todes, der kein verstoßener Abgang war, sondern eine langsame, geregelte Annäherung und feierlicher Übertritt von einem Zustand in einen anderen, höheren ...“, zitiert sie zum Schluß mit brüchiger Stimme.

Man kann das Buch kaufen und den Film immer mal wieder als Wiederholung in den Dritten Programmen sehen. Sehr empfehlenswert!

Heike Schiller

LAMORTE (1996), Drehbuch Ulli Schwarzenberger, Regie und Kamera Xaver Schwarzenberger.

Georges Duby, *Guillaume in Marechal oder der beste aller Ritter*, Frankfurt 1986, Suhrkamp Verlag.

Projekt

Wohlfühl-Wochenende 2001

Zu einer lieb gewordenen Tradition könnte sich das Wohlfühl-Wochenende für Hospiz-Mitarbeiter/-innen entwickeln. Bereits zum zweiten Mal, fand am 18. und 19.08.2001 ein gemeinsames Wochenende im idyllischen *Sprengelheim* in Heersum statt.

Von ehren- und hauptamtlichen Mitarbeiter/-innen organisiert, kann mitkommen und - vor allem - mitmachen, wer mag. Letzteres ist hier sehr willkommen. Da kein fertiges Programm präsentiert wird, haben alle Teilnehmer/-innen die Möglichkeit, eigene Ideen, Interessen und Fähigkeiten einzubringen und umzusetzen. Alles ist willkommen, niemand *muß*, aber jeder *kann* Angebote machen und/oder Angebote wahrnehmen. Die bisher rege Teilnahme an diesem Wochenende spricht für sich.

Am Wochenende vom 18./19.08.2001 gaben wir uns mit 14 Teilnehmern in entspannter Atmosphäre sowohl den kulinarischen Genüssen der *Heersumer Sprengelküche* als auch den anregenden Programmangeboten hin. Das Stichwort, unter dem alle Aktivitäten stattfanden, lautete *Wohlfühlen*.

Die morgendlichen *Tai Chi* - Übungen zum Thema *Harmonie*, mit denen uns Helke Schiller mehrmals an einem ihrer Hobbies teilhaben ließ, boten eine Kombination aus Bewegung, meditativen Elementen und Entspannung. Sie ließen uns ankommen und zu uns selbst finden.

Ein Kaleidoskop von Empfindungen ermöglichte die Tanz-, Bewegungs- und Erlebnisession *Bewegung und Gefühl* von Thomas Finkemeyer, die Tanz- und Selbsterfahrungselemente vereinte. Besinnung, *Tanz*, Kontakt und Lachen sind nur einige Schlagworte dieser tänzerischen Erlebnisreise.



Angelika Peterhoff brachte uns mit vielen Mühen, aber erfolgreich, bei, sogenannte *Elfchen* zu schreiben. Gedichte, die - wie der Name schon so treffend andeutet - aus eben elf Worten bestehen, sich glücklicherweise nicht reimen müssen, manchmal lustig, manchmal ernst sind, und immer viel Spaß machen.

Kreativspiele wiederum sind eine Spezialität von Erika Wittig. Mit viel Eifer verfielen wir unter ihrer geübten

Anleitung (die Erfahrung als Großmutter zählt sich eben aus ...) in kindlichen Wettstreit, waren u.a. herzlich begabte und herzlich unbegabte *Montagsmaler* und hatten in jedem Falle rot glühende Wangen.

Zu einer begnadeten Märchenerzählerin

verwandelte sich Friedegund Weizsäcker-Knörlich zu später Stunde, indem sie ihre atemlos lauschenden Zuhörer/-innen in ihren Bann zog und erst nach gelungenem Happy-End wieder entließ.

Ein Geschenk besonderer Art, das nicht unnützlich im Regal stünde und Staub finge, kündigte Paul Gerhard Langenbruch an. Ein Gedicht ‚verschenkte‘ er an jeden und brachte uns mit Leichtigkeit dazu, dieses Gedicht mit Freuden auswendig zu lernen und vorzutragen. Ich rätsele noch immer, woher meine Begeisterung zu dieser - zu Schulzeiten eher ungeliebten Disziplin - wohl gekommen sein mag: ‚mein‘ Gedicht habe ich jedenfalls noch immer im Kopf ... wahrlich ein besonderes Geschenk!

Eine harmonische Gruppe, die immer mehr zusammenwuchs. Gesang, Disco-Tanz und eine Massage zum Ausklang, von Cornelia Reichhold demonstriert und angeleitet, rundeten das Erlebnis ab.

Alles in allem ein unterhaltsames, inspirierendes und erholsames Wochenende, das im Sommer 2002, voraussichtlich am 24./25. August, wiederholt werden wird.

Cornelia Reichhold

Nachdenkliches

Elfen zu Sterben und Hospiz

Sterben
Im vollen
Bewußtsein ist mühevoll
Letzte Arbeit an mir
Suche



Sterben
Macht Angst
Ist immer wieder
Grausam unheimlich überraschend neu
Leben



Hospiz
Vertraut und
Immer wieder neu
Macht mich leise schweigsam
Leben



Hospiz
Eine Herberge
Für schwer Kranke
Auf einer unbekanntem Reise
Wohin

Projekt

Raum der Stille

Ein *Raum der Stille* ist eine wunderbare Ergänzung für ein Hospiz.

Nun ist es soweit, daß auch für unser Hospiz mit der Gestaltung eines solchen Raumes begonnen werden kann. Man mag sich fragen, ob in Zeiten, wo überall gespart werden muß, der Bau eines solchen Raumes nicht ein Luxus ist. Ein Raum ganz allein für die Stille? Ein Hospiz ist doch schon ein Ort, in dem Ruhe und Stille vorherrschen.

Das ist richtig. Richtig ist aber auch, daß alle Räume im Hospiz eine feste Bestimmung haben. Sie sind entweder Wohnzimmer oder Patientenzimmer oder Küche. Sogar der Garten drückt uns, wenn auch wohltuend, seine Atmosphäre auf.

Einen Raum, in den Patienten, Angehörige und Hospizmitarbeiter sich zurückziehen können, um mit sich, ihren Gefühlen und Gedanken allein zu sein, gibt es nicht. Wir haben ihn uns schon lange gewünscht, weil wir wissen, daß im Hospiz auf jeden sehr viel einströmt, was nicht unterdrückt werden darf, sondern, mit der Kraft der Stille, lebendig werden soll.

Deshalb ist ein Raum ganz allein für die Stille etwas sehr Sinnvolles.

In dem Flur, der vor dem Hospiz liegt, gibt es einen Lichthof, der verwandelbar ist. Zuletzt diente er dem *Krankenhaus Weende* als Computerschulungsraum. Diesen Zweck muß er nicht mehr erfüllen und bietet sich nun zur Verwirklichung unseres Wunsches an.

Ich möchte nun kurz berichten, wie wir vorgegangen sind und was wir bisher erreicht haben.

Um aus einem offenen Lichthof einen *Raum der Stille* zu machen, bedarf es mehr als einer ihn verschließenden Tür. Deshalb bat Pastor Langenbruch den Architekten Herrn Thomas Rauck, ein Konzept zu entwickeln, um den Lichthof architektonisch und künstlerisch so zu verändern, daß er zu einem *Raum der Stille* werden kann. Pastor Langenbruch bemühte ich außerdem um Möglichkeiten, das Vorhaben zu finanzieren, und erhielt von der *Landeskirche Hannover* die Zusage einer Baukostenbeteiligung. Für die künstlerische Ausgestaltung konnte ein nichtöffentlicher Wettbewerb ausgelobt werden, da die *Hanns-Lilje-Stiftung* eine Geldsumme bereit stellte, mit der die Preisgelder finanziert werden konnten. Die Klosterkammer Hannover sicherte zu, daß sie sich an den Kosten für die künstlerische Ausgestaltung beteiligen werde.

Nachdem diese Dinge geklärt waren, wurde Herr Rauck offiziell mit dem Bauvorhaben betraut. Er erklär-

le, daß er die Zusammenarbeit mit einem Künstler gleich ab Beginn des Vorhabens begrüße und darauf sehr gespannt sei. Gleichzeitig gelang es, ein Kuratorium zu bilden, in dem fachkundige Damen und Herren mit dem Architekten und Herrn Langenbruch über die Bedeutung des Raumes und die künstlerische und architektonische Gestaltung berieten. Das Kuratorium übernahm auch die Aufgabe, Künstler zu finden, die an einer solchen Arbeit interessiert sein könnten, und den Wettbewerb zu betreuen, d.h. die Preise zu vergeben, also als Jury zu fungieren.

Am 14. Mai 2001 stellten die Künstlerin Frau Prof. Christina Kubisch aus Berlin/Saarbrücken und die Künstler Herr Prof. Gerd Winner aus Liebenburg und Herr Ugo Dossi aus München ihre Entwürfe für den *Raum der Stille* der Jury vor. Alle drei sind international bekannte Künstler. Als sie gefragt wurden, ob sie sich an dem Wettbewerb *Raum der Stille* beteiligen würden, bekundeten sie großes Interesse. Anfang des Jahres kamen sie nacheinander ins Hospiz und diskutierten intensiv mit den Juroren über die inhaltliche Bedeutung eines *Raumes der Stille* und seine architektonische Gestaltung.

Die Entscheidung fiel der Jury nicht leicht, und vor der Preisvergabe stellte sie folgendes fest: „Die Jury ist sehr erfreut über die hohe Qualität aller drei Entwürfe und dankt den Künstlern sehr herzlich für ihr großes Engagement und ihre Beteiligung an dem Wettbewerb.“ Der erste Preis geht an Herrn Ugo Dossi, der zweite Preis an Herrn Prof. Gerd Winner und der dritte Preis an Frau Prof. Christina Kubisch. Die Preise sind mit DM 5.000,-, DM 4.000,- und DM 3.000,- dotiert.

Ich möchte nun Herrn Dossi zitieren, der bei seiner Präsentation gesagt hat: „Der Raum der Stille soll *innere Ruhe, Gedanken und Einkehr ermöglichen. Da die vorgegebenen Dimensionen und Proportionen den Raum selbst sehr stark begrenzen, ist es Aufgabe der künstlerischen Gestaltung, die Vorstellungskraft der Besucher über diese Enge und Begrenztheit hinaus zu führen. Der Raum der Stille soll eine lebendige Stille ausstrahlen, nicht verstummen. Als meditative Gegenüber soll er mit seinen Gestaltungen zu Betrachtung und Kontemplation einladen und die Imagination der Besucher in die Weite führen. Dazu werden in sehr ruhig komponierter Form wichtige Elemente unserer Existenz real oder als Bildmetapher zueinander in den Raum gesetzt: Nachthimmel als Bild der unbegrenzten Wolke über uns. Erde als Boden, der uns trägt. Wasser als das fließende, verfließende und zurückfließende Element. Licht / Feuer als Widerspiegelung des inneren Lichtes und Feuers.“ Soweit Herr Dossi.*

Während ich diesen Artikel schreibe, hat der Statiker ein Loch in die Decke geschlagen, um die Bausubstanz

zu prüfen. Herr Pastor Langenbruch meinte, das sei wie der erste Spatenstich. Wenn das stimmt, ist es gut, denn der Baubeginn ist für Ende Oktober/Anfang November geplant. Herr Rauck meint, daß die Bauphase ca. drei Monate dauern wird.

Wir sind alle gespannt und voller Vorfreude. Dieser *Raum der Stille* wird nicht nur wegen seiner Bestimmung, sondern auch wegen seiner architektonischen und künstlerischen Gestalt sehr sehenswert werden.

Ergänzen möchte ich noch, daß durch die Gelder, die uns zur Verfügung gestellt wurden, nicht alles finanziert werden kann, deshalb ist Hilfe durch Spenden durchaus willkommen. Spendenquittungen werden selbstverständlich ausgestellt.

Eine Spende über DM 15.000 werden wir vom *Lions Club Göttingen-Hainberg* für die Gestaltung der Eingangstür erhalten. Wir danken auch an dieser Stelle sehr herzlich dafür.

Beatrix Haan

Sehenswert

Ausstellung Körperwelten - ein persönlicher Eindruck

Körperwelten, die Faszination des Echten, so nennt sich die Ausstellung, die nun schon seit längerer Zeit für Furore sorgt. Nach Mannheim, Tokio, Wien und Köln war diese Ausstellung bis September in Berlin zu sehen, danach ging sie nach Brüssel. Öffnungszeiten bis 24 Uhr ermöglichten Besucher/-innen fast rund um die Uhr den Zutritt zu den von Prof. Gunther von Hagen und seinem Team erstellten Körper-Plastinaten. Körperwelten, die Ausstellung der Superlative mit Millionen von Besucher/-innen.

Ich hatte schon im Vorfeld viel darüber gehört, Kurzberichte im Fernsehen gesehen, Interviews mit Herrn Hagen gesehen, Kommentare gelesen und war schon lange neugierig darauf, wie diese spektakulär angekündigte Faszination des Echten auf mich wirken würde. An einem der letzten Wochenenden machten wir uns auf den Weg nach Berlin, und mit viel Glück kamen wir um eine längere Wartezeit herum. Ein günstiger Moment, und nach wenigen Minuten standen wir im Knäuel von Menschen vor dem ersten Plastinat.

Ist ja gar nicht schlimm, dachte ich, sieht ja aus wie ein künstliches Modell, keine Spur von Leichenflederei. Neben den gut zugänglichen Modellen konnten in Vitrinen ausgelegte durchsichtige Schnitte von verschie-

denen Körperteilen angesehen werden, die mir allerdings eine hohe Abstraktion abverlangten. Mittels Handy erlangte man kurze, knappe Informationen zur Funktionsweise der dargestellten Objekte, die mich sehr an meinen früheren Biologieunterricht erinnerten. Wir reiheten uns in den Strom der Besucher/-innen ein und folgten dem Rundgang. Es dauerte nicht lange, und neben dem neugierigen Wunsch, alles zu sehen, was sich da so unter der menschlichen Körperhülle versteckt, trat eine gewisse Ehrfurcht vor den hell beleuchteten Gestalten auf. Die sind echt, dachte und sagte ich mir immer wieder, das waren wirkliche Menschen. Aber wie kommt jemand nur auf die Idee, so etwas mit sich machen zu lassen, sich als moderne Mumien zur Schau stellen zu lassen. Laut Prospekt ist das führende Motiv, sich zur Verfügung zu stellen, der Wunsch, mit der Körperspende einem guten Zweck dienen zu wollen. Ich gebe zu, mir gefällt der Gedanke auch, den eigenen Körper durch so eine Aktion praktisch unsterblich werden zu lassen. Nur die Vorstellung des Weges dorthin erscheint mir ein Unappetitlicher zu sein. Durch das Verfahren der Plastination, in dem das Wasser der Gewebeflüssigkeit durch spezielle Kunststoffe ersetzt werden, erhält sich der Körper nicht nur, er wird auch sichtbar. Diese Technik nutzt Gunther von Hagen, ein Kunsthandwerk, wie er es nennt, um seine Phantasie von menschlichen Posen umzusetzen. Einzelne Körperkreisläufe können so getrennt vom Ganzen dargestellt werden, der Bewegungsapparat neben dem Nervensystem, der Blutkreislauf neben dem Verdauungstrakt, alles wird erkennbar. Eine unbekannte Welt, die doch nicht unvertraut daherkam. Viele Strukturen und Formen ähneln dem, was man aus der ‚anderen‘ Umwelt kennt. Der Mensch als Teil des Ganzen. Eine zunehmende Faszination über das Wunder Mensch machte sich breit, über das, was alles funktionieren muß, damit ich zum Beispiel diese Ausstellung besuchen, erkennen, begreifen kann.

Herausragende Momente der Ausstellung sind die einzelnen Ganzkörperplastinate. Hier trifft sich Biologie und Kunst. Beeindruckend der Muskelmann, dem sein Skelett im Rücken steht, oder der Reiter auf dem riesigen Pferd, das eigene große Hirn und das kleinere des Pferdes in der Hand, oder der Mensch, der sich seiner Haut entledigt hat, sie über dem Arm trägt wie einen Mantel. Erwähnenswert auch der Läufer, der uns die Vielfalt der Muskelwelt aufzeigt, der Fechter, der Schachspieler, die Schwimmerin, die das spezielle Zusammenwirken von Körperteilen aus unterschiedlichsten Blickwinkeln beleuchten. Einzig störend für meinen Geschmack die Pose der liegenden Frau, im achten Monat schwanger, die eher wie ein Modell für Unterwäsche präsentiert wird. Wie überhaupt festzustellen ist, daß

die männlichen Körpermodelle überwiegen und Frauenkörper eher in Verbindung mit im Leib heranwachsender Föten dargestellt werden.

Eine Frage beschäftigte mich vor dem Besuch. Hätte es nicht ausgereicht, das Dargestellte über Techniken, z.B. Computersimulationen, an künstlichen Modellen zu zeigen? Ich kam mit der Befürchtung, daß diese Ausstellung eine ‚show‘ ist und es nur um einen weiteren Kick des alltäglichen Grusels geht oder schlimmstenfalls um die eitle Zurschaustellung einer fragwürdigen Kunst eines umstrittenen Pathologieprofessors. Auszuschließen ist das auch jetzt nicht, aber mein Eindruck verfestigte sich im Laufe des Rundganges, daß nur durch das Authentische eine überzeugende Intensität erzeugt werden kann, nicht durch Imitate. Ich ertappte mich dabei, wie ich an mir herabschaute, und versuchte, das gerade Gesehene in mir zuzuordnen. Tatsächlich spürte ich mich anders, verstand mehr. Ich sah mich durch diese kunstvoll hergerichteten Toten ein Stück mehr selbst. Eine Erfahrung, von der sich erst erweisen muß, was sie für die Zukunft bringt. Schaden kann die kontinuierliche Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper, dem Leben, Sterben, dem Tod sicher nicht. Als überflüssig empfand ich das sich dem Rundgang anschließende Gruselkabinett der mißgebildeten Föten, die auf schwarzem Samttuch in pyramidenförmiger Vitrine ausgestellt wurden. Ärgerlich, die Rundhorum-Vermarktung, vom T-Shirt zur Uhr und anderen Kitschgegenständen, Postern aller Art. Dennoch bleibt der Besuch ein erlebenswertes Ereignis, das sicher auch in Zukunft die Meinungen weiterhin auseinandergehen lassen wird. Aber mitreden kann man eben nur, wenn man sich ein eigenes Bild gemacht hat.

Unser Mitleid galt den Besucher/-innen, die nach uns Wartezeiten von bis zu sechs Stunden erdulden mußten.

Heike Schiller

Kurios

Leichenwagen mit Leiche geklaut. Ein 30-jähriger Mann hat in London einen Leichenwagen gestohlen – inklusive Leiche. Nach Polizeiangaben hatte er den Wagen eines Bestatters offensichtlich gestohlen, ohne zu wissen, daß es sich um einen Leichenwagen handelte. In dem Fahrzeug befanden sich die sterblichen Überreste eines 86 Jahre alten Rentners.

(aus der *FAZ*, 6.7.01)

Ambulantes Hospiz an der Lutter

Ehrenamtliche Hospizmitarbeiter/-innen gehen zu Schwerstkranken und Sterbenden nach Hause. In enger Zusammenarbeit mit den ambulanten Pflegediensten und den Hausärzten unterstützen sie die Betroffenen und deren Angehörige und Freunde.

Sie können uns zu jeder Zeit unverbindlich anrufen, um mit uns zu sprechen und zu beraten, ob unsere Unterstützung sinnvoll wäre. Bitte wenden Sie sich an:

Gabriele Junge
An der Lutter 26
37 075 Göttingen
Tel.: 05 51 / 3 83 44-11
Fax: 05 51 / 3 83 44 44

Stationäres Hospiz an der Lutter

An der Lutter 26
37075 Göttingen
Tel.: 05 51 / 3 83 44 - 10
Fax: 05 51 / 3 83 44 - 44
eMail: hospiz@hospiz-goettingen.de

Besuchen Sie uns im Internet:
www.hospiz-goettingen.de

Hospiz-Forum

Das Hospiz an der Lutter lädt ein zum Hospiz-Forum, monatlich am 2. Mittwoch von 20.00 Uhr bis 21.30 Uhr, Ort: Hospiz an der Lutter, An der Lutter 26, Haus 3 Erdgeschoß (im Bereich des Evangelischen Krankenhauses Göttingen-Weende).

Termine und Themen:

12.12.2001: *Albert Schweitzer - Einblicke in sein Leben und Werk* (Vortrag, Konstanze Schiedeck)

09.01.2002: *Würdevolles Sterben im Krankenhaus: wie ist dies möglich?* (Vortrag, Dr. Rainer Prönneke)

13.02.2002: Literaturlesung mit Norbert Bensch

13.03.2002: *Braucht Trauer Medikamente?* (Vortrag von Dr. Peter Gensicke, anschließend Möglichkeit zur Diskussion)

29.05.2002: Sommerfest 2002

Weihnachtsbasar 2001

Der diesjährige **Weihnachtsbasar** des Hospizes an der Lutter wird am **30. November 2001 von 10.00 Uhr bis 17.00 Uhr im Göttinger Universitäts-Klinikum** (Eingangshalle West), Robert-Koch-Str. 40, gehalten. Ehrenamtliche haben gebastelt, genäht, eingekocht und gebacken. Der Verkaufserlös kommt in voller Höhe dem Hospiz zugute.

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

Liebe Leserin, lieber Leser,

wie denken Sie über die *Göttinger Hospiz-Mitteilungen*? Welche Fragen haben Sie, welche Anregungen und welche Kritik? Schreiben Sie uns! Wir würden uns freuen ...

Ihre Redaktion

Impressum

Die *Göttinger Hospiz-Mitteilungen* erscheinen halbjährlich.

Herausgeber und Versand: *Hospiz an der Lutter*, An der Lutter 26, D-37075 Göttingen-Weende

Bankverbindung: Sparkasse Göttingen, BLZ 260 500 01, Konto-Nr. 44 300 770

Redaktion: Cornelia Reichhold, Heike Schiller, Friedegund Weizsäcker-Knörich

Redaktionsbeirat: Maria Ankermann, Beatrix Haan, Gabriele Junge, Paul Gerhard Langenbruch, Gregor Linnemann, Kathrin Leven-Keesen, Ute Lohrengel, Alfred Simon

Fotos: privat; S. 14 u. 17: H. Catharina Hinz

Gestaltung: Kathrin Leven-Keesen

Titelseite: Klaus Czytko, *Atelier im Dachgeschoß*, Riemannstr. 17, 37083 Göttingen.

Belichtung und Druck: *pachnicke-druck*, Güterbahnstr. 9, 37073 Göttingen

Abbildungen: S. 4: *Ars moriendi - Hilfe beim Sterben*, aus: E. Matouschek, *Arzt und Tod. Verantwortung, Freiheiten und Zwänge*, Stuttgart/New York 1989, S. 95; S. 5: P. P. Rubens, *Der sterbende Seneca*, München, Bayerische Staatsgemäldesammlungen, Alte Pinakothek, Inv.-Nr. 305; S. 9: Ferdinand Hodler, *Zyklus Valentine Godé-Darel*, 1915; S. 19: Käthe Kollwitz, *Maria und Elisabeth*, 1928, Käthe Kollwitz Museum, Köln.