

LUDWIGSHAFENER ETHISCHE RUNDSCHAU



Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar

Nr. 1/2014

ISSN 2194-2730

Liebe Leserin, lieber Leser,

das Thema ist derzeit in aller Munde: Ärztliche Suizidbeihilfe oder »ärztlich assistierter Suizid«. Dazu wird noch über die aktive Sterbehilfe, also die Tötung auf Verlangen, diskutiert. Der Bundesgesundheitsminister, Hermann Gröhe, wollte noch in diesem Kalenderjahr alle Formen organisierter Sterbehilfe verbieten. In seinem Vorhaben wird er nicht nur von den vermeintlich konservativen Gruppen im Politikgeschehen und den Kirchen unterstützt. Die Debatte ist auf 2015 vertagt worden. Auch die Vertreter der Hospizbewegung sowie die palliativmedizinischen Fachverbände machen sich für ein Verbot jeglicher Form aktiver Sterbehilfe sowie gegen die Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids stark.

Warum wollen Menschen überhaupt Beihilfe zum Suizid in Anspruch nehmen? Wie gehen wir mit diesem Wunsch um? Sollten wir nicht den ärztlich assistierten Suizid legalisieren, also straf- und berufsrechtlich freistellen? Oder gibt es Alternativen zur Suizidbeihilfe?

In dieser Ausgabe der LER wollen wir uns den verschiedenen Fragen und Problemen rund um das Thema »ärztlich assistierter Suizid« nähern. Ob wir zu guten und praktikablen Ergebnissen kommen? Entscheiden Sie selbst und kommen Sie mit uns ethisch ins Gespräch!

Ihr Klaus Klother

Das Zitat »

Die christlichen Kirchen nehmen nüchtern zur Kenntnis, dass es auch andere Auffassungen geben kann, zumal bioethische Fragen sich nicht immer eindeutig und allgemeingültig beantworten lassen.

Dr. Johannes Reiter, Seite 6

Die LER entsteht in Kooperation mit:



Katholischer
Pflegeverband e.V.



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

- | | |
|----|--|
| 2 | Christliche und nichtchristliche Patientenverfügung
Worin liegt der Unterschied?
Johannes Reiter |
| 7 | Beihilfe zum Suizid: zwischen Recht und ärztlichem Ethos
Jonas Pavelka |
| 11 | Ärztlich assistierter Suizid aus Sicht der Hospizbewegung
Anja Egbers |
| 15 | Trostbilder – 3 ½ Figuren des Glaubens im Umgang mit Leid
Marius Fletschinger |
| 19 | Wünsche und Ängste zwischen Palliativmedizin und ärztlich assistiertem Suizid
Klaus Klother |
| 25 | Palliative Sedierung statt assistiertem Suizid: Wo verläuft die Grenze? Eine Fallbesprechung
Claudia Bozzaro |
| 29 | Rezension: Wolfgang Herrendorf, »Arbeit und Struktur«
Agnes Kläsener |

Christliche und nichtchristliche Patientenverfügung

Worin liegt der Unterschied?

Die in den USA entstandene Patientenverfügung (Living Will) hat seit den 1970er Jahren auch in Deutschland vermehrt an Bedeutung gewonnen. Eine Patientenverfügung dokumentiert den Willen eines Menschen für den Fall, dass er sich nicht mehr wirksam äußern und sein Selbstbestimmungsrecht in Gesundheitsangelegenheiten nicht mehr wirksam ausüben kann. Mittlerweile sind etwa 250 verschiedene Formulare von Patientenverfügungen im Umlauf, die sich in Form, Inhalt und Ausführlichkeit erheblich unterscheiden. Laut jüngsten Erhebungen nutzt jeder dritte bis vierte Bundesbürger dieses Vorsorgeinstrument. Darunter auch die von den beiden großen Kirchen herausgegebene christliche Patientenverfügung. Aber worin unterscheidet sich das christliche von den anderen Formularen?

Von vielen Seiten wurde an die beiden großen Kirchen die Bitte herangetragen, eine Patientenverfügung zu entwickeln, die sich in besonderer Weise dem christlichen Glauben verpflichtet weiß. Viele Menschen erwarten gerade bei den Fragen und Problemen, die sich am Lebensende stellen, Antworten und Orientierung von den Kirchen. Die Evangelische und Katholische Kirche griffen die Bitte auf und gaben zum ersten Mal 1999 eine Patientenverfügung heraus. Eine dritte Neuauflage wurde erforderlich aufgrund des am 1. September 2009 in Kraft getretenen neuen Patientenverfügungsgesetzes. Man kann, wenn auch etwas vereinfachend gesagt, zwei miteinander konkurrierende Typen von Patientenverfügungen unterscheiden, eine nichtchristliche und eine christliche Patientenverfügung. Die christliche Patientenverfügung unterscheidet sich von der nichtchristlichen durch ihre Orientierung am christlich-biblischem Menschenbild. Sie beruft sich dabei ausdrücklich auf die christliche Ethik. Dies



Dr. Johannes Reiter,
em. Professor für
Moraltheologie an der
Universität Mainz

wiederum hat Konsequenzen: Die Unterschiede zu den nichtchristlichen Patientenverfügungen betreffen zum Beispiel die Patientenautonomie, die Reichweitenbegrenzung, den Umgang mit Komapatienten und die spirituelle Begleitung.

Die christliche Patientenverfügung unterscheidet sich von der nichtchristlichen durch ihre Orientierung am christlich-biblischen Menschenbild.

Grundlage christliches Menschenbild

Das christliche Menschenbild gibt wichtige Hinweise über den Sinn von Leben, Krankheit, Leiden, Sterben, Tod und von dem Leben danach. Christen glauben, dass der Mensch seinen Ursprung und Lebensgrund in dem Geheimnis hat, das die Menschen in all ihrem Suchen und Fragen hinter ihrem Leben erahnen, und welches Christen den Gott Jesu Christi nennen. Für Christen ist menschliches Leben, in welcher Erscheinungsform auch immer, letztlich nicht sinnlos und überflüssig. Der Mensch ist kein Zufallsprodukt, er hat sich nicht selbst gemacht und existiert nicht in absoluter Autonomie.

Das Bekenntnis der Christen, dass der Mensch von Gott geschaffen sei, enthält die Aussage: jeder Mensch ist von Gott gewollt, bejaht, als Partner geliebt und berufen. Sein Lebensglück ist endgültig in der Lebensgemeinschaft mit Gott zu finden. Für den Christen gründet die unveräußerliche Würde des Menschen darin, dass er im Voraus zu all seinen Leistungen, zu allen seinen Fähigkeiten und Unfähigkeiten von Gott bedingungslos geliebt und endgültig bejaht ist. Christen glauben, dass Gott den Wert und die Sinnhaftigkeit eines jeden menschlichen Lebens garantiert. In Jesus teilt Gott selbst das Schicksal der Menschen in Freude und Hoffnung, in Misserfolg und Leid bis in die Ausweglosigkeit des Todes. Indem Gott Jesus aus dem Tod in die Fülle seines Lebens auferweckt, sind dem glaubenden Menschen die Gewissheit und der Sinn gegeben, dass Gott ihm die Treue hält, dass er ihn auch im Leid und Tod nicht fallen lässt. Wer seine Lebensentscheidungen an dem aufgezeigten Menschenbild orientiert, kann sich vermutlich gelassener mit den Spielarten medizinischer Hilfe und der Patientenverfügung auseinandersetzen als jemand, der eine mögliche Entscheidungsgrundlage nur in sich selbst zu finden meint.

Relative Autonomie

Das Leitprinzip der Moderne ist die Sicherung von Autonomie. Dies ist auch die Zielsetzung des neuen Patientenverfügungsgesetzes. Immanuel Kant setzt für den Menschen voraus, dass er autonom und frei ist. Autonom ist jemand, wenn er nach einem selbstgesetzten Lebensgesetz lebt, also selbstbestimmt. Dass dem Menschen das Recht zur Selbstbestimmung zukommt, wird auch von der christlichen Religion und Ethik nicht in Frage gestellt, nur kann sich diese nicht auf das eigene Leben erstrecken. Nach christlicher Auffassung ist die Verfügung über die Existenz als solche oder das Leben als Ganzes dem Menschen entzogen. Das schließt nicht aus, dass ein Kranker auf weitere ärztliche Behandlung verzichten kann. Eine Pflicht zum Leben um jeden Preis lässt sich nicht behaupten. Man darf als Kranker sogar den Tod herbeisehnen. Der Apostel Paulus hat selbst als Gesunder einen solchen Wunsch gehabt (vgl. Phil 1,21-23 und 2 Kor 1,8). Nur Zeitpunkt und Art des Todes selber festlegen zu wollen, überschreitet das, was dem Menschen als Geschöpf zusteht. Die Verabsolutierung der Autonomie steht zudem in Gefahr, die fürsorgliche Begleitung Sterbender und den Schutz der Würde der Schwächsten zu vernachlässigen.

Dass dem Menschen das Recht zur Selbstbestimmung zukommt, wird auch von der christlichen Religion und Ethik nicht in Frage gestellt, nur kann sich diese nicht auf das eigene Leben erstrecken.

Reichweitenbegrenzung

Die Reichweite bestimmt die Situationen bzw. die Lebenslagen oder Krankheitsstadien, in denen die Patientenverfügung greifen soll. Die neue Gesetzeslage sieht keine Reichweitenbegrenzung vor. D.h. die Patientenverfügung gilt in allen Lebenslagen, in denen der Patient seinen Willen nicht mehr aktiv äußern kann, also auch bei nicht tödlich verlaufenden Krankheiten. Die christliche Patientenverfügung geht von einer Reichweitenbegrenzung aus, d.h., sie wird erst wirksam bei einer infausten Diagnose, bei der die Krankheit einen irreversiblen Verlauf genommen hat, also in der Sterbephase. Auch die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages »Ethik und Recht der modernen Medizin« (2004) hat eine solche Begrenzung empfohlen. Dieser Auffassung der Reichweitenbegrenzung liegt die Sichtweise zugrunde,

dass die Krankheit und nicht das Unterlassen bestimmter medizinischer Maßnahmen zum Tod führt. Nach dieser Auffassung sollen bei Krankheiten, die nicht tödlich sind, lebenserhaltende Maßnahmen nicht ausgeschlossen werden können. Die Reichweitenbegrenzung entspricht einer Haltung, die dem Christen angemessen ist. Er setzt dem Tod nichts mehr entgegen und erwartet ihn aus Gottes Hand. Eine solche Haltung ist ein wünschenswertes Ideal, kann aber nicht für alle Menschen verbindlich gemacht werden.

Umgang mit Wachkomapatienten

Patientenverfügungen für den Fall des Wachkomas sind schwierige und höchst individuelle Entscheidungen. Bei Wachkomapatienten handelt es sich um Menschen, deren leib-seelische Verfassung durch eine schwere Hirnschädigung stark beeinträchtigt ist. Bei ihnen kann die Fähigkeit zu Empfindungen und einer nicht-sprachlichen Kommunikation erhalten sein; ein Aufwachen aus diesem Zustand ist nicht ganz auszuschließen, aber je nach Verlauf und Dauer unwahrscheinlich.

Die christliche Patientenverfügung geht davon aus, dass Patienten im Wachkoma keine Sterbenden sind.

Bei nichtchristlichen Patientenverfügungen stellen sich hier keine besonderen Probleme: Es gilt der Patientenwille. Die christliche Patientenverfügung geht davon aus, dass Patienten im Wachkoma keine Sterbenden sind. Im Gegensatz zu Patienten mit tödlich verlaufender Krankheit bzw. solchen, die sich im Sterbeprozess befinden, sind bei Wachkomapatienten lebenserhaltende Maßnahmen medizinisch geboten. Erst wenn bei Wachkomapatienten eine Situation gegeben ist, in der der Tod in absehbarer Zeit eintritt, sind sie zu behandeln wie andere Sterbende auch. D.h. das Therapieziel kann geändert werden, so dass an die Stelle von Lebensverlängerung palliativmedizinische und pflegerische Maßnahmen treten. Ebenso kann bei einer zusätzlichen akuten Krise (z.B. einer Lungenentzündung) auf Wunsch des Patienten auf therapeutische Eingriffe verzichtet werden.

Die evangelische Kirche geht noch einen Schritt weiter. Nach einer vom Patienten bestimmten Zeitdauer des Wachkomas kann ein Abbruch künstlicher Lebensverlängerung vorgenommen werden, wenn der Patient dies ausdrücklich verfügt hat.

Spirituelle Begleitung

Jeder Mensch hat ein Recht darauf zu sterben, wenn seine Zeit gekommen ist, und so zu sterben (wo immer das möglich ist), dass sein Tod ein menschenwürdiger Abschluss seines eigenen Lebens sein kann. Das Recht zu sterben ist also zu verstehen als das Recht auf ungestörtes, der Würde des Menschen entsprechendes Sterben. Dazu gehören sowohl die Bekämpfung der Schmerzen als auch eine psychosoziale Begleitung. Die christliche Patientenverfügung nennt zudem eine spirituelle Begleitung (Beistand durch die Kirche). Eine solche Begleitung öffnet sich dem natürlichen Bedürfnis von Sterbenden, Fragen nach dem Sinn von Leben, Sterben, Tod und dem Danach zu stellen. Sie verhilft dem Sterbenden auch zur Annahme seines Todes, dass er sich aussöhnt mit seinem Geschick und in seinem Sterben noch einen Sinn entdeckt.

Auch von Nicht-Christen nutzbar

Die beiden Kirchen haben in der christlichen Patientenverfügung aufgrund ihres Menschenbildes Empfehlungen zur Patientenvorsorge vorgelegt. Die christliche Patientenverfügung kann dabei freilich auch von Nicht-Christen benutzt werden. Die christlichen Kirchen nehmen nüchtern zur Kenntnis, dass es auch andere Auffassungen geben kann, zumal bioethische Fragen sich nicht immer eindeutig und allgemeingültig beantworten lassen. Das Formular der christlichen Patientenverfügung enthält einen eigenen »Raum für ergänzende Verfügungen«, wenn man Behandlungswünsche und Verfügungen auf andere als die im Formular aufgeführten Situationen erstrecken will. Man ist also bei der Benutzung des Formulars beispielsweise nicht gezwungen, die Behandlungswünsche nur auf den Strebeprozess oder die Endphase einer tödlichen Krankheit zu begrenzen, gleiches gilt vom Umgang mit dem Wachkoma.

Die christlichen Kirchen nehmen nüchtern zur Kenntnis, dass es auch andere Auffassungen geben kann, zumal bioethische Fragen sich nicht immer eindeutig und allgemeingültig beantworten lassen.

Beihilfe zum Suizid: zwischen Recht und ärztlichem Ethos

In der Debatte über die Zulässigkeit der Beihilfe zum Suizid sind sowohl rechtliche als auch ethische Aspekte berührt. In den Gremien der deutschen Ärzteschaft ist dieses Thema kontrovers diskutiert worden. Es hat sich die Frage gestellt, ob die Ermöglichung der Beihilfe zum Suizid durch einen Arzt eine Hilfe für Patienten darstellt und ob dies darüber hinaus überhaupt eine spezifisch ärztliche Aufgabe sei. Kritiker befürchten, dass die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt gefährdet sei, während die Befürworter auf das Fehlen aussagekräftiger Studien verweisen, die diese Einwände belegen könnten. Im vorliegenden Beitrag werden zunächst die rechtlichen Grundlagen dargestellt und anschließend die Relevanz einer Diskussion über das ärztliche Ethos hervorgehoben.

Aus Sicht des Rechts

Die für das ärztliche Verhalten bestimmenden Regelwerke sind neben den Gesetzen des Bundes in der (Muster)- Berufsordnung (MBO) und den Richtlinien der Bundes- und Landesärztekammern zu finden. Wie sehr diese den Berufsalltag von Ärzten tatsächlich bestimmen, ist ungewiss. Die Debatte um die Beihilfe zum Suizid zeigt jedoch, dass die Bestimmungen in diesem Fall sehr ernst genommen werden. Das höchste Beschlussgremium der deutschen Ärzteschaft, der »Deutsche Ärztetag« (DÄT) ist dafür verantwortlich, dass das Vertrauen in den Berufsstand nicht gefährdet wird und jeder Arzt seinen Beruf nach den Regeln der Kunst (*lege artis*) ausführen kann. Wie steht es um die Position zur ärztlichen Suizidbeihilfe? Ist dieses Verbot mehr als nur eine berufsrechtliche Anweisung?



Dipl.-Theol. Jonas Pavelka,
Ethik in Medizin und Pflege,
Heinrich Pesch Haus,
Ludwigshafen. Arbeitet
an seiner Doktorarbeit am
Lehrstuhl für Moralthologie
in Freiburg.

In der Folge der Aktualisierung der »Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung« (BÄK) im Februar 2011 hat der DÄT auch eine Entscheidung für die MBO getroffen, die es Ärzten untersagt, Patientinnen und Patienten Beihilfe zum Suizid zu leisten. Insbesondere die Umsetzung des Satzes: »Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten« hat ein geteiltes Echo hervorgerufen.

Die Mitwirkung bei der Selbsttötung ist laut Aussage der Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, Martina Wenker, keine spezifisch ärztliche Aufgabe. Sie und weitere Unterstützer der Änderung der MBO geben an, dass das Vertrauen zwischen Patienten und Ärzten durch eine Erlaubnis zur Hilfe beim Suizid verletzt würde.¹

Der Tübinger Medizinethiker und stellvertretende Vorsitzende der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer, Urban Wiesing, weist hingegen darauf hin, dass es keine Studie und auch keine überzeugenden Argumente gebe, die den befürchteten Vertrauensverlust untermauern. Für ihn stellt die neue Regelung der MBO eine Kompetenzüberschreitung der Befugnisse des DÄTs dar. Der Ärztetag dürfe aus seiner Sicht keine Verbote aussprechen.²

Wenker entgegnet, dass sich zwar die Prüfungslast hinsichtlich der Vereinbarkeit mit dem Berufsrecht erhöht habe, die Entscheidung aber letztlich bei den Gerichten verbleibe. Die MBO habe daher keine rechtliche Verbindlichkeit sondern nur empfehlenden Charakter. Der Ärztetag dürfe über Wertvorstellungen diskutieren, um das Ansehen des Arztberufes zu wahren.

Die MBO erlässt deshalb kein Recht sondern nur eine *Empfehlung*. Die von Wenker eingeforderte Differenzierung zwischen dem rechtlichen und dem ethischen Bereich klärt, dass der DÄT und in der Folge die Landesärztekammern ein normatives handlungsleitendes Verbot aussprechen dürfen.

Ist das Verbot zur ärztlichen Suizidbeihilfe mehr als nur eine berufsrechtliche Anweisung?

¹ Wenker, Martina, Durfte der Kieler Ärztetag den ärztlich assistierten Suizid verbieten? Ja!, in: Ethik in der Medizin, Band 25, Heft 1, März 2013, S. 73–77.

² Wiesing, Urban, Durfte der Kieler Ärztetag den ärztlich assistierten Suizid verbieten? Nein!, in: Ethik in der Medizin, Band 25, Heft 1, März 2013, S. 67–71.

Der Ärztetag darf über Wertvorstellungen diskutieren, um das Ansehen des Arztberufes zu wahren.

Aus Sicht des ärztlichen Ethos

Wenn die MBO normative Handlungsempfehlungen aussprechen *darf*, stellt sich anschließend die Frage, ob die MBO auch normative Empfehlungen über das ärztliche Ethos geben *sollte*. Muss ein spezifisch ärztliches Ethos über das Ethos der Bürger, also die geteilten gemeinsamen Wertvorstellungen, hinausgehen? Das Handeln von Ärz-

ten erfordert in besonderen Situationen ein erhöhtes Augenmerk. Da Handlungserfolge nicht garantiert werden können und der Patient Linderung bzw. Heilung nur erhoffen und Behandlungen zudem oft nur unzulänglich überschauen kann, ist er einem prekären Vertrauensverhältnis ausgesetzt. Der Ärztestand versucht, diesem Vertrauensvorschuss durch verschiedene Regelungen entgegenzukommen (Berufsordnung, Deklaration von Helsinki, medizinethische Prinzipien, lege artis handeln). Daher ist die Berufsordnung der Ort, an dem das ärztliche Ethos kodifiziert werden kann und sollte. Die Frage ist dabei nicht nur, wie das Vertrauen in die Ärzteschaft aufrechterhalten werden kann. Vielmehr bleibt zu fragen: Wollen Ärzte an einem spezifisch ärztlichen Ethos festhalten und wenn ja, warum und in welchem Maße?

Im Blick auf die Entscheidung zum Suizid kann angemerkt werden: Wenn Menschen sich entschließen, bspw. aufgrund einer schweren Erkrankung Suizid zu begehen, und Unterstützung bei ihrem Vorhaben wünschen, so resultieren hieraus mehrere ethisch zu reflektierende Aspekte. Wird ein anderer Mensch zum Erfüllungsgehilfen bzw. -garanten eines Wunsches; eines Wunsches, der in dieser Zielsetzung mit dem persönlichen Gewissen eines Arztes kollidieren kann? Ist der Arzt der geeignete Partner für den Wunsch zur Beihilfe beim Sterben, wenn man bedenkt, dass eine palliativmedizinische Behandlung kostenintensiv ist und so Interessenkonflikte entstehen könnten? Welcher moralische Stellenwert kommt dem Wunsch auf Sterben z. B. im Gegensatz zum Wunsch nach Familie oder dem Wunsch zu fliegen zu?

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin hat darauf hingewiesen, dass die Palliativmedizin Hilfe *beim* Sterben, jedoch nicht Hilfe *zum* Sterben leiste. Dazu zählt auch, sich ernsthaft mit dem Wunsch zum Sterben bzw. zum Suizid auseinanderzusetzen. Neben dem Blick auf die Möglichkeiten des sozialen Netzwerkes der Betroffenen und z. B. dem hospizlichen und seelsorgerlichen Diensten, steht bei diesem Wunsch auch das Handeln der Palliativmediziner und die Frage nach einem ärztlichen Ethos insgesamt zur Diskussion. Ist die palliative Sedierung eine »verkappte« Form der Sterbehilfe? Wird ein Arzt zu einem Boten des Todes, der nicht mehr verlässlich für den Erhalt des Lebens eintritt? So lauten die Befürchtungen.

Ist der Arzt der geeignete Partner, um den Wunsch zur Beihilfe bei Sterben zu erfüllen?

Fazit

Den Ärzten geht es grundsätzlich um die Linderung von Leid und die Erhaltung des Lebens. Doch was heißt das im Einzelnen? Ob die Linderung von Leid mit einer Beihilfe zum Suizid in jedem Fall erfüllt ist, darüber lässt sich streiten. Es besteht die Möglichkeit, das Gespräch über die berührten Wertvorstellungen und darüber, was diese für den einzelnen Arzt und den zu behandelnden Patienten bedeuten, zu führen. Dieser Dialog ist für ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Patient und Arzt unverzichtbar. Er fördert das ethisch reflektierte Handeln des Arztes.

Der Dialog zwischen Arzt und Patient ist für ein vertrauensvolles Verhältnis unverzichtbar.

Ein ärztliches Ethos kann nicht grundsätzlich von einem gesamtgesellschaftlichen Ethos getrennt werden. Von der Ärzteschaft sind aber vergleichsweise häufiger Entscheidungen über Leben und Tod zu fällen. Insofern kommt einem Arzt auch gesellschaftlich eine besonders große Verantwortung zu. Diese rechtfertigt zum Wohl des Patienten auch die Forderung zu einer höheren Selbstverpflichtung von Ärzten, sich mit Ethik zu befassen oder entsprechende Entscheidungsempfehlungen z. B. durch Klinische Ethikkomitees zu treffen.

» Weitere Literaturangaben beim Autor

Ärztlich assistierter Suizid aus Sicht der Hospizbewegung

70 % der Deutschen befürworten aktive Sterbehilfe. Das zeigt eine aktuelle Umfrage der Krankenkasse DAK Hamburg: »Bei der Frage nach der persönlichen Einstellung zur aktiven Sterbehilfe sagen 70 Prozent der befragten Männer und Frauen, dass sie im Falle einer schweren Krankheit auch auf diese Möglichkeit zurückgreifen möchten. 22 Prozent der Befragten lehnt dies für sich ab.«¹ Die Umfrageergebnisse treffen bei ihrer Veröffentlichung im Januar 2014 auf die laufende Diskussion zum gesetzlichen Verbot der organisierten und gewerbsmäßigen Beihilfe zum Suizid. Zeitgleich gibt es Berichterstattung über die Abstimmung zur aktiven Sterbehilfe für Minderjährige im belgischen Parlament. Befürworter wie Gegner des assistierten Suizids und der aktiven Sterbehilfe nehmen gleichermaßen Stellung zu den unterschiedlichen Anlässen. Wie blicken hospizlich-palliativ Engagierte auf die Diskussion? Wie stehen sie zum assistierten Suizid und zur aktiven Sterbehilfe?

¹ http://www.dak.de/dak/bundesweite_themen/Umfrage_zur_Sterbehilfe-1358248.html, Zugriff 23.03.2014

Das Anliegen der Hospiz- und Palliativmedizin

Nehmen wir ein Zitat von Cicely Saunders, der Begründerin der modernen Hospizbewegung zum Ausgangspunkt: »Sie sind wichtig, weil Sie eben sind. Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig, und wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben, sondern auch bis zuletzt leben können.« In diesem Versprechen ist – in einer scheinbar paradoxen Kopplung von Sterben und Leben – die Leitvision, das Anliegen der Hospiz- und Palliativarbeit zusammengefasst: Sterbenden Menschen zu helfen, in Frieden zu sterben



Anja Egbers

Dipl.-Theol., arbeitet als Diözesanreferentin für Hospizarbeit und Trauerpastoral im Bistum Osnabrück. Sie ist kath. Dipl. Theologin und Palliative Care-Fachkraft. Aktuell begleitet sie aufmerksam die gesellschaftliche Debatte zur organisierten Suizidbeihilfe. Daneben beschäftigt sie sich mit der Entwicklung von Seelsorgekonzepten für den Palliative-Care-Kontext.

und ihnen bis zuletzt Leben zu ermöglichen – den Tod also weder absichtlich herbeizuführen, noch um jeden Preis zu verhindern.

Wichtig ist dabei, im umfassenden Sinn Schmerzen zu lindern und auf die physischen, psychosozialen und spirituellen Bedürfnisse der Sterbenden einzugehen. Durch reflektierte Praxiserfahrung und Forschung haben sich die Möglichkeiten der hospizlich-palliativen Versorgung weltweit enorm weiterentwickelt. Es stehen sehr wirksame Strategien und Mittel zur Verfügung, um Schmerzen, Atemnot, Übelkeit oder Angst zu begegnen.

Grundlegend ist es, den sterbenden Menschen dabei ganzheitlich zu betrachten: Wer ist dieser Mensch und was ist für ihn/sie im Moment am Wichtigsten? In welchen sozialen Bezügen ist er/sie beheimatet? Welche physischen und psychischen Gegebenheiten spielen eine Rolle? Welche spirituellen Bedürfnisse sind von Belang? Ebenso kommen die An- und Zugehörigen in den Blick: Welche Unterstützung benötigen sie, um die Situation ertragen und sogar ein Stück weit mitgestalten zu können?

Engagement von Hauptberuflichen und Ehrenamtlichen

Hauptberuflich Tätige (wie z. B. Palliativpflegekräfte, Palliativmediziner/innen, Seelsorger/innen, Sozialarbeiter/innen oder Psychologen/innen) und ehrenamtlich Engagierte richten so ihre hospizlich-palliative Begleitung an den individuellen Wünschen und Bedarfen der Sterbenden und ihrer An- und Zugehörigen aus. In den vergangenen vier Jahrzehnten ist in Deutschland viel erreicht worden: 80000 Frauen und Männer sind bereit, Sterbenden ehrenamtlich zur Seite zu stehen. Für diese Aufgabe setzen sie sich mit viel Zeit und Leidenschaft ein. Sie absolvieren eine fundierte Ausbildung zum/zur Sterbebegleiter/in, besuchen regelmäßig Fortbildungen, engagieren sich in ihren Hospizvereinen und bieten Sterbe- und Trauerbegleitung an. Sie bilden zusammen eine große Bewegung, die so in der Mitte unserer Gesellschaft angekommen ist. Das wird sichtbar durch den Bau stationärer Hospize und die Einrichtung von Palliativstationen in den Krankenhäusern. Seit 2007 gibt es außerdem einen Rechtsanspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Das hatte zur Folge, dass

Die Haupt- und Ehrenamtlichen bilden zusammen eine große Bewegung, die so in der Mitte unserer Gesellschaft angekommen ist.

auch das ambulante Netz durch Palliativteams ausgebaut werden konnte. Insbesondere die SAPV-Teams tragen dazu bei, dass mehr Menschen besser versorgt ihre letzte Lebensphase zuhause verbringen können.

Das Gespräch suchen und alternativen Aufzeigen

Es kommt vor, dass unheilbar erkrankte Menschen sich mit der Bitte um Unterstützung beim Suizid an ihren behandelnden Arzt wenden. In einer Umfrage des Instituts für Demoskopie in Allensbach geben 47 % der Ärzte, die mit unheilbar Erkrankten zu tun haben, an, schon häufiger mit dieser Bitte konfrontiert worden zu sein.² Wie kann ein guter Umgang mit dieser Bitte aussehen? Zunächst wird es darum gehen, sich Zeit zu nehmen für ein Gespräch mit der Patientin/dem Patienten: Woraus erwächst der Sterbewunsch? Was bedeutet er genau? Was lässt das Leben im Moment als so wenig lebenswert erscheinen, dass es besser wäre, tot zu sein? Oft werden daraus schon Hinweise abzuleiten sein, was aktuell so unerträglich ist. Dann kann gemeinsam nach Veränderungsmöglichkeiten geschaut werden.

Studien zeigen, dass Sterbewünsche häufig mit dem Auftreten von Depressionen gekoppelt sind und über die Zeit stark schwanken. Sie können nicht nur als Willensbekundung («Ich will sterben! Bitte töte mich/Hilf mir, mich zu töten.») verstanden werden, sondern auch als Hilferuf und Notsignal («Ich will so nicht mehr leben.»).³ Dementsprechend gilt es, dass zum Sterbewunsch »Alternativen aufgezeigt und diskutiert werden, die dem Patienten das Erleben des natürlichen Todes ermöglichen können. Allem voran steht hier die angemessene Symptomkontrolle, die palliative Sedierung als Ultima Ratio, sowie Optionen der Therapiereduktion und des -abbruchs.«⁴

Diese Kompetenz, Alternativen zu entwickeln, erwarten Patienten/innen mit einem Sterbewunsch nachgewiesenermaßen von ihren Gesprächspartnern/innen – ebenso wie Ehrlichkeit und das Gefühl, ernstgenommen und in ihren Hoffnungen gestärkt zu werden (vgl. ebd. S. 186).

Palliative Sedierung: Palliative Sedierung ist der überwachte Einsatz von Medikamenten mit der Absicht, das Bewusstsein zu reduzieren oder auszuschalten, um so die Belastung durch sonst unerträgliches und durch keine anderen Mittel beherrschbares Leiden zu lindern, in einer für Patienten, Familie und Behandelnde ethisch akzeptablen Weise. Die palliative Sedierung kann intermittierend oder kontinuierlich erfolgen und eine oberflächliche oder eher tiefe Sedierung zum Ziel haben. Die Intention besteht eindeutig in der Symptomlinderung, nicht in einer Beschleunigung des Todeseintrittes. (Dt. Ärztebl. Jg. 111, Heft 3, 17.01.2014, S. 70)

² Quelle: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbehilfe.pdf>, S. 6, Zugriff 25.03.2014

³ vgl. Stiel, S., Elsner, F., Pestinger, M., Radbruch, L., Der Wunsch nach vorzeitigem Lebensende – Was steht dahinter?, Der Schmerz 2010, 2, S. 177–189, hier bes. S. 180–183).

⁴ ebd., S. 186

Was, wenn der Sterbewunsch weiterhin besteht?

Und wenn ein Mensch trotz – von außen betrachtet – optimaler hospizlich-palliativer Begleitung bei seinem Wunsch nach aktiver Sterbehilfe oder assistiertem Suizid bleibt? Palliativmediziner/innen machen die Erfahrung, dass es diese Patienten/innen gibt. Ihre Zahl ist sehr klein. Hier fordert die Einlösung von Cicely Saunders' Versprechen alle Beteiligten besonders heraus: »...wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben, sondern *auch bis zuletzt leben können*.« Die Orientierung am ermöglichten Leben im Sterben bleibt auch hier bestehen: Wie kann Unterstützung für diesen Menschen aussehen, damit er/sie tatsächlich sterbend »bis zuletzt leben« *kann*, ohne sein/ihr Leben aktiv zu beenden?

Intensive Begleitung, die kreative Suche nach neuen Ansätzen, einfühlsame Präsenz und sich ständige erweiternde fachliche und menschliche Kompetenz sind die Angebote, die hospizlich-palliativ Tätige besonders in diesen Situationen einzubringen haben. Für die Rahmenbedingungen sorgen, dass das Versprechen »nicht nur in Frieden sterben, sondern auch bis zuletzt leben« immer einlösbarer wird, können sie jedoch nicht allein. Für den weiteren Ausbau der hospizlich-palliativen Versorgung, für eine gute finanzielle und personelle Ausstattung dieser Angebote sowie der dazugehörigen Forschung braucht es die Unterstützung der gesamten Gesellschaft.

Trostbilder – 3 ½ Figuren des Glaubens im Umgang mit Leid

Täglich begegnen wir Menschen mit großem Leid. Angesichts der Schmerzen, Sorgen und Ängste von Patienten fällt es schwer, ein gutes Wort zu finden. Nicht wenige Kranke können in ihrer Ausnahmesituation mehr als sonst mit religiösen Angeboten anfangen. Im Christentum haben sich recht verschiedene Ansätze herausgebildet, um Schmerz, Angst und Tod zu begegnen. Die Tradition ist reich an tröstlichen Bildern, die auch heute hilfreich sein könnten. 3 ½ werden hier vorgestellt.

Die frühen Christen waren Leid gewohnt. Sie wurden angefeindet und verfolgt. Viele trösteten sich damit, dass es Jesus nicht besser ergangen war (vgl 1Petr 2,21). Er hatte selbst Abgründiges erlebt. Zugleich legten sie ihre Hoffnung darauf, dass Jesus alles Leid überwunden hatte, dass ihm selbst der Tod nichts anhaben konnte.

Der Sieger, dem niemand etwas kann

Trost zogen die Gläubigen aus der Überzeugung, dass Gott durch keine Macht aufzuhalten sei, nicht einmal durch den Tod. Dieser werde durch Gottes Lebenskraft weggefegt. Bis hin zu den romanischen Triumphkreuzen stellte man Christus als strahlenden Sieger vor. Ein Beispiel ist das Böcklin-Kreuz im Freiburger Münster. Jesus scheint da mehr zu stehen als zu hängen. Er hat die Arme wie zu einer Umarmung ausgebreitet. Seine Wundmale sind aus Edelsteinen gebildet. Kein Geschlagener, Gescheiterter, sondern ein aufrechter, strahlender Herr. Seine Erhabenheit wird auch vom Tod nicht beschädigt. Eine Zeit lang trug dieser Auferstehende am Kreuz wohl sogar eine Krone.



»»
Marius Fletschinger,
Studium von Theologie und
Kunstgeschichte (Freiburg,
Rom, Paris). Priesterweihe
2013, aktuell Kaplan in
Neckargemünd

An einem Bild wie diesem vergewisserten sich die Gläubigen: selbst wenn es ganz schlimm kommt, der Tod behält nicht die Oberhand. Die Auferstehung kommt. Gott setzt sich noch gegen das schlimmste Unglück glanzvoll durch.

Trost zogen die Gläubigen aus der Überzeugung, dass Gott durch keine Macht aufzuhalten sei, nicht einmal durch den Tod.

Der Freund, solidarisch bis zum bitteren Ende

Ab dem 12. Jh. trat eine andere Sichtweise ins Bewusstsein der Gläubigen. Die Rückkehrer aus dem Heiligen Land hatten es tief verinnerlicht: Gott war kein entrücktes Numinosum. In Jesus war er ganz real in diese Welt gekommen. Nichts Menschliches war ihm verborgen geblieben. Die quälenden Fragen, Versuchung, Hunger und Schmerz: Christus hatte das gesehen und erlebt. Um 1200 lässt sich ein Umschwung beobachten. Fortan legten Kunst und Frömmigkeit den Akzent auf das Leiden Christi. Der Gekreuzigte wurde »realistischer« dargestellt, als (Schmerzens-) Mann in Qualen. Die folternden Schmerzen wurden im sog. Dreinagelkreuz hervorgehoben. Dabei liegen beide Füße übereinander, sie sind mit nur einem Nagel fixiert. Bis heute hat sich diese Form als Standardmodell für Kruzifixe gehalten. »Musste nicht der Messias all das erleiden, um so in seine Herrlichkeit zu gelangen?« (Lk 24,21) Diese von Jesus gegebene Begründung seines Todes verweist auf die Stringenz und Konsequenz seines Lebens und seine Solidarität mit den Menschen.

Wer so ein Bild vor Augen hat, kann sich trösten: Christus kann wirklich mit uns mitfühlen. Er selbst hat größte Finsternis erlebt. Er hat sich auch in äußerster Gefahr nicht aus dem Staub gemacht. Er hat sich bis zum letzten Atemzug zur Liebe bekannt. Gott steht auch in den schwärzesten Stunden zu den Menschen.

Gott steht auch in den schwärzesten Stunden zu den Menschen.

Das Kind, das Zukunft verspricht

Im Hochmittelalter rückte auch die Rolle der Frauen positiv neu in den Blick. Die Lieder des Minnesangs sind dafür ein buntes Beispiel. Innerhalb der neu geschätzten Weiblichkeit ragt Maria als Mutter Gottes besonders hervor. Damit wurde den Gläubigen auch neu vor Augen geführt, dass auch Jesus als anrührend niedliches und schutzbedürftiges Kind auf die Welt gekommen war. Zu so einem kleinen Kind kann fast jeder gut eine Beziehung entwickeln. Es ist nicht schwer, sich in Maria hinein zu versetzen mit ihrer Fürsorge, ihrer zärtlichen Nähe und ihrer Verbundenheit mit ihrem Kind. Treue, die bis unters Kreuz reicht und zur Gestalt der leidenden Mutter, die Jesus noch über den Tod hinaus verbunden bleibt. Gott als kleines Kind: viele Menschen lieben die Weihnachtsskrippen. Ein neues junges Leben ist ein Versprechen von Zukunft. Das Leben erneuert sich, beginnt unbelastet von vorne. »Seht, ich mache alles neu.« (Offb. 21,5) Wenn wir das Christkind sehen, können wir uns neu sagen: Gott schenkt neue Anfänge, er gibt uns eine Zukunft. Das hat wohl auch ein Freund von mir gespürt, der schwer krebskrank seine letzten Tage im Hospiz erlebte. Er selbst hat um den Besuch der Sternsinger gebeten und hatte große Freude am Besuch der Kinder: ich glaube, sie waren für ihn ein großer Trost; Boten einer besseren Welt, Sinnbild dafür, dass Gott uns Zukunft verheißt – auch über dieses Leben hinaus.

Ein neues junges Leben ist ein Versprechen von Zukunft. Das Leben erneuert sich, beginnt unbelastet von vorne.

Der Funke, der tief in uns leuchtet

Der einzelne Mensch rückte verstärkt ab dem späten Mittelalter in den Fokus. Getragen war dies von der emanzipierenden Bewegung eines wachsenden Selbst-Bewusstseins. Die Mystiker erfuhren: Gott wollte jedem Einzelnen begegnen. Jeder Mensch an sich war wertvoll, trug einen Schatz in sich, wenn auch in zerbrechlichen Gefäßen – den göttlichen Funken selbst. Der Satz des Paulus bekam neue Kraft: »Gott der sprach: Aus Finsternis soll Licht aufleuchten! Er ist in unse-

Gott meint jeden Einzelnen von uns, meint mich, schenkt uns einen Wert, den wir nie mehr verlieren werden und damit auch Leben in Ewigkeit.

ren Herzen aufgeleuchtet« (2Kor 4, 6). Die Mystiker waren überzeugt: Dieser göttliche Funke ist durch nichts zu ersticken. Er geleitet den Menschen, durch alle Wendungen von »Süß und Sauer« hindurch, bis zum Erreichen des guten Zieles, des letzten Friedens bei Gott. (Heinrich Seuse, Büchlein der ewigen Weisheit, I,I)

In diesem Bild wird deutlich: Gott meint jeden Einzelnen von uns, meint mich, schenkt uns einen Wert, den wir nie mehr verlieren werden und damit auch Leben in Ewigkeit.

Trostbilder als Identifikationsangebote

Aus den Trostbildern des Glaubens haben wir eine kleine Auswahl bedacht. Für den Betrachtenden mag es hilfreich sein, ein Bild vor Augen zu haben. Es kann aber genauso vor dem inneren Auge entstehen. Der Einzelne reagiert je individuell auf die sehr unterschiedlich akzentuierten Bilder. Zum einen kann er spontan eine Brücke schlagen, das andere wird ihm vielleicht dauerhaft fremd bleiben.

Wo es einem Patienten bzw. Angehörigen gelingt, bei einem der Bilder »anzudocken«, es auf die Situation zu beziehen – rational oder intuitiv – da findet er womöglich darin großen Trost.

Wünsche und Ängste zwischen Palliativmedizin und ärztlich assistiertem Suizid

Eine Studie über die Motive todkranker Patienten und deren Familien gibt zu denken auf.

Die Themen Suizidbeihilfe und aktive Sterbehilfe – sei es in organisierter oder in nicht organisierter Form – sind in diesen Tagen präsenter denn je. Neben dem Rückgriff auf die Patientenautonomie, welche gleichermaßen für und gegen die Legalisierung der Suizid- und Sterbehilfe ins Feld geführt wird, weisen die Vertreter der Hospizbewegung sowie des Palliativ-Sektors in der gegenwärtigen Diskussion auf ihre eigene Arbeit hin. Beispielsweise geht die »European Association for Palliative Care« (EAPC) davon aus, dass sich die Nachfrage nach aktiver Sterbehilfe und ärztlich assistiertem Suizid durch die Aussicht auf umfassende Palliativversorgung verändert. Daher, so die Empfehlung der EAPC, sollten Patienten mit dem Wunsch nach aktiver Sterbehilfe und ärztlich assistiertem Suizid Zugang zu Palliativversorgung erhalten. Darin wird die EAPC durch die deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) bestärkt: Nach ihrer Erfahrung kann »eine adäquate ambulante und stationäre Hospiz- und Palliativversorgung den Wunsch nach ‚Beihilfe zum Suizid‘ oder ‚Tötung auf Verlangen‘ in den allermeisten Fällen ausräumen.« Macht man es sich deshalb nicht zu einfach, wenn man aktive Sterbehilfe (und Suizidbeihilfe) legalisiert? Sind nicht Hospizwesen und palliative Versorgung die besseren und menschenwürdigeren Alternativen für sterbende Menschen?

Sind nicht Hospizwesen und palliative Versorgung die besseren und menschenwürdigeren Alternativen für sterbende Menschen?



Dr. Klaus Klother,
Ethik in Medizin und
Pflege, Katholischer
Krankenhausverband der
Diözese Osnabrück e.V.

Wenn existentielle Sorgen die Angst vor körperlichen Schmerzen übertreffen

Blickt man genauer auf die Pressemeldung der DGP, mag auffallen, dass man vier Worte »überlesen« hat: »in den allermeisten Fällen« kann der Wunsch nach Suizidbeihilfe und Tötung auf Verlangen durch Hospiz- und Palliativversorgung ausgereäumt werden. Gibt es Ausnahmen? Ein Blick in die Schweiz lohnt sich an dieser Stelle sehr: Eine dort durchgeführte Studie, die im Februar 2013 in der medizinischen Fachzeitschrift »The Onkologist« veröffentlicht und bis heute in der Öffentlichkeit nur wenig beachtet wurde, wollte herausfinden, warum sterbende Patienten nach ärztlich assistiertem Suizid fragen. Auch die Rolle der Gesundheitsberufe während dieses hochsensiblen Entscheidungsprozesses der Patienten sollte untersucht werden. Die Hauptquelle für die Erkenntnisse der Studie waren die Berichte und Erinnerungen (schriftlich und mündlich) der Angehörigen. Durchgeführt wurde die Studie im Tessin, einem weitgehend katholischen Kanton an der Grenze zu Italien.

In der Schweiz haben sich zwischen 2003 und 2011 pro Jahr zwei ambulant versorgte Patienten assistiert das Leben genommen.

Schon vor der Studie war bekannt, dass in der Südschweiz zwischen 2003 und 2010 jährlich 300 Menschen verstorben sind, die ambulante Palliativversorgung in Anspruch genommen haben. Zwischen 2003 und 2011 haben sich pro Jahr durchschnittlich zwei ambulant versorgte Patienten (also insgesamt 16 Personen) assistiert das Leben genommen. Das macht etwa 0,6 Prozent aus. Zum Vergleich: In Belgien geht man demgegenüber von 1,9 Prozent und in den Niederlanden von 1,8 Prozent aus, also dem Dreifachen. Relativ gesehen geht es also um eine kleine Zahl. Absolut gesehen stehen jedoch Einzelschicksale hinter diesen Zahlen. Wichtig ist vorerst die Erkenntnis, dass es sie gibt. Aber was wissen wir noch von ihnen?

Alle von der Studie untersuchten Patienten waren entweder verheiratet oder wurden von nahen Verwandten (in der Regel von den eigenen Kindern) versorgt. Es scheint also, dass diese Patienten in einem dichten sozialen Gefüge lebten und betreut wurden. Soziale Vereinsamung spielte für den Entschluss zum ärztlich assistierten Suizid oder der aktiven Sterbehilfe keine Rolle. Fast immer hegten die Betroffenen lange vor der aktuellen Situation den Gedanken an diese Form des »schnellen Sterbens«. Die Vorstellung zukünftigen physischen Leidens ließ die Option der Suizidbeihilfe

gedanklich naheliegender erscheinen. Im Sterbeprozess selbst wurde nur in einem Fall unerträglicher körperlicher Schmerz als Hauptgrund für die Entscheidung angeführt. Die Angehörigen berichteten sogar, dass die physischen Symptome bei den untersuchten Patienten während des Entscheidungsprozesses durch das jeweilige Behandlungsteam unter Kontrolle gebracht waren. Die vorrangige Motivation für die Entscheidung zum ärztlich assistierten Suizid oder der Tötung auf Verlangen lag also woanders.

Im Sterbeprozess selbst wurde nur in einem Fall unerträglicher körperlicher Schmerz als Hauptgrund für die Entscheidung angeführt.

Durchgängig wurde berichtet, dass die Patienten lange vor ihrer Erkrankung Angst vor ihrer Zukunft hatten: Sie hatten Angst vor dem Verlust von Würde, Angst vor körperlicher Einschränkung, davor zur Belastung für ihre Angehörigen zu werden. Auch die Angst vor Abhängigkeit in alltäglichen Aktivitäten spielte eine große Rolle. Der mögliche Verlust der Kontrolle über das eigene Leben war bei allen Patienten mit großen Ängsten besetzt. Grundsätzlich spielte Angst vor der Zukunft eine größere Rolle als aktuell erlebte Schmerzen oder Leiden. Allen untersuchten Patienten gemeinsam waren darüber hinaus gewisse Persönlichkeits-Eigenschaften: Unabhängigkeit in allen Lebenslagen, Desinteresse an der Meinung ihrer Mitmenschen gegenüber ihrer eigenen Haltung zum Tod sowie eine Entschiedenheit, die Kontrolle über ihr Leben nicht abzugeben. In einigen Fällen haben die sterbenden Patienten sogar Druck auf ihre Angehörigen ausgeübt, damit diese den Wunsch nach assistiertem Suizid unterstützten. Die sterbenden Patienten litten also unter existentiellen Sorgen.

Die Sterbenden litten unter existentiellen Sorgen.

Die Herausforderung für das Behandlungsteam

Behandelt und betreut wurden die Patienten von multiprofessionellen Behandlungsteams. Darunter waren Onkologen, Palliativmediziner, Palliativ- und Bereichspflegekräfte sowie Hausärzte. Die Angehörigen berichteten, dass die Behandelnden gegenüber den existentiellen Leiden ihrer Patienten (z. B. Angst vor Kontrollverlust und Abhängigkeit) nur wenig aufmerksam waren. Von einigen »professionals« wurden berichtet, dass sie sich aus dieser existentiellen Notsituation zurückziehen wollten. Die Angehörigen deuteten dieses Verhalten so, dass die Behandelnden ihre

persönlichen Überzeugungen durch den Gedanken an assistierten Suizid übermäßig herausgefordert sahen. Nach Wahrnehmung der Angehörigen waren die Behandelnden nicht bereit oder fühlten sich damit überfordert, die Situationen und das Anliegen der sterbenden Patienten auszuhalten bzw. darüber ins Gespräch zu kommen.

Von den Angehörigen wurde ferner berichtet, dass Offenheit des Behandlungsteams für die Anliegen der Patienten und ihre komplexe Situation für Patienten und Angehörige von großer Bedeutung und Hilfe gewesen wäre. Die Bitte der Patienten nach Suizidbeihilfe oder aktiver Sterbehilfe hätte den Behandelnden etwa als Anlass dienen können, um die Ängste und Zweifel der Patienten zu ergründen. Die Leiter der Studie sehen Anzeichen dafür, dass sich religiöse Ärzte weniger verpflichtet fühlen, Optionen aufzuzeigen, die ihren eigenen moralischen Überzeugungen widersprechen.

Die Bitte der Patienten nach Suizidbeihilfe oder aktiver Sterbehilfe hätte den Behandelnden etwa als Anlass dienen können, um die Ängste und Zweifel der Patienten zu ergründen.

Was sagt uns diese Studie nun? Was bringt sie uns in der Diskussion um die Legalisierung von aktiver Sterbehilfe oder der ärztlichen Suizidbeihilfe?

Was tun?

Der Sterbeprozess eines Menschen ist ein hochsensibles und sehr komplexes Feld. Nicht alles, was dort zwischen Patient und Arzt (Behandlungsteam) passiert und kommuniziert wird, wird bis ins kleinste Detail dokumentiert. Das bedeutet aber auch, dass Ärzte und Behandelnde, die mit Sterbenden und deren existentiellen Nöten konfrontiert sind, in einer gewissen Grauzone stecken. Grauzone bedeutet, dass diese Situationen ethisch und rechtlich nicht restlos ausgeleuchtet sind. Möglicherweise ist der Arzt am Ende mit seinem Gewissen und dem Patienten allein. Das bedeutet freilich nicht, dass sich Arzt (und Behandlungsteam) nach freiem Belieben verhalten. Beliebigkeit ist auf Palliativ- und Intensivstationen bzw. in Hospizen nicht zu finden. Und das ist auch gut so!

Ebenso wichtig wie auch belastend ist aber in jedem Fall die Erkenntnis und Einsicht, dass wir nach heutigem Stand palliativer und hospizlicher Praxis nicht alle Nöte der Sterbenden werden abfedern können. Das bedeutet aber eben noch nicht, dass wir

aktiver Sterbehilfe oder ärztlich assistiertem Suizid zustimmen müssen. Und das sollten wir auch nicht.

Der Palliativmediziner Sven Gottschling hat kürzlich in einem Interview in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung darauf hingewiesen, dass Deutschland ebenso wie Belgien oder die Niederlande auf dem Gebiet der Palliativmedizin und der hospizlichen Betreuung Entwicklungsländer darstellen. Das heißt, wir haben wahrscheinlich noch gar nicht alle unsere Möglichkeiten in der Betreuung sterbender Menschen mit ihren existentiellen Nöten ausgeschöpft. Daher sei es zu früh, um von aktiver Sterbehilfe oder ärztlicher Suizidbeihilfe als einzigem »Ausweg« zu sprechen.

Das ist auch nach Ansicht der Verantwortlichen nicht aus der Schweizer Studie herauszulesen. Vielmehr betonen die Verfasser, dass palliative und hospizliche Betreuung notwendige Bestandteile der Pflege Sterbender sind. Anders jedoch als häufig suggeriert, reichen diese Mittel leider nicht immer aus, um dem Wunsch nach aktiver Sterbehilfe oder Suizidbeihilfe vorzubeugen. Möglicherweise wird es auch dann noch Patienten geben, die nach Hilfe beim Suizid fragen, wenn das Angebot der Palliativmedizin sowie die Hospizversorgung weiter entwickelt oder gar voll entwickelt sind. Fatal wäre es aber, wenn man darüber nicht sprechen würde, wenn auch die Grauzone, in der sich Ärzte und Pflegende manchmal befinden, unausgesprochen oder gar bewusst verschwiegen würde. Das macht die Lebenswirklichkeit weder der betroffenen Patienten noch der Behandelnden leichter. Wenn man dieses Problem ignoriert, macht man es umgekehrt nur noch schwerer, denn man lässt Patienten und Behandelnde in diesen Situationen wirklich allein.

Möglicherweise wird es auch dann noch Patienten geben, die nach Hilfe beim Suizid fragen, wenn das Angebot der Palliativmedizin sowie die Hospizversorgung weiter entwickelt oder gar voll entwickelt sind.

Fazit

Was können wir also tun? Die Entscheidung für den Wunsch nach Suizidbeihilfe resultiert laut der Studie aus dem Zusammenspiel bestimmter Persönlichkeitseigenschaften, moralischer Überzeugungen, individueller Biographie und externer Faktoren wie der Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit. Richtlinien für den Umgang mit entsprechenden Anfragen können die Situation nur teilweise entschär-

fen. Die individuelle Auseinandersetzung der Behandelnden mit diesen existenziellen Fragen, eine gezielte Schulung sowie regelmäßige Reflexion machen die Kommunikation in diesen Situationen sicherlich leichter. Die Behandlungsteams werden sich mit ihren Überzeugungen nicht heraushalten können. Authentisches Auftreten und Eintreten für die eigenen Überzeugungen bei gleichzeitigem Respekt und Ernstnehmen der Position und Lage des Gegenübers wird am ehesten der Situation und den Beteiligten (Behandlungsteam, Patienten und Angehörigen) gerecht. Möglicherweise wird aber auch das Ersuchen einiger Patienten nicht vorbeugen können, ihren eigenen Tod zu beschleunigen.



Altersvorsorge

Unsere Stärken – Ihre Vorteile

- Hohe Garantieleistungen und jederzeitige Beitragsflexibilität
- Allein den Mitgliederinteressen verpflichtetes Unternehmen
- Tarife ohne Abschlussprovision und dadurch hohe Vertragsguthaben ab dem ersten Beitrag

Gemeinsam Zukunft sichern!

Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit

Nur für Mitarbeiter von Kirche und Caritas und deren Angehörige!



Mehr Informationen: www.sh-rente.de
info@sh-rente.de · Tel.: 0221 46015-0

SELBSTHILFE
Pensionskasse der Caritas VVaG

Palliative Sedierung statt assistiertem Suizid: Wo verläuft die Grenze?

Eine Fallbesprechung

Ethische Fallberatungen gehören mittlerweile zum klinischen Alltag. Das Institut für Ethik und Geschichte der Medizin in Freiburg bietet Ärzten und Pflegenden die Möglichkeit, in schwierigen Entscheidungssituationen eine solche Beratung einzufordern. Ein Team bestehend aus zwei EthikberaterInnen geht dann auf Station und trifft sich mit den behandelnden Ärzten und dem Pflegepersonal. In manchen Fällen sind auch Angehörige und in seltenen Fällen Patienten bei der Beratung dabei.

Das Gespräch ist folgendermaßen strukturiert: zunächst werden die medizinischen Fakten für alle rekapituliert und die ärztliche Einschätzung der aktuellen Lage des Patienten dargestellt (Diagnose, Prognose). Anschließend wird die Problematik geschildert. Dabei wird u.a. eine Einschätzung des Verhaltens und (mutmaßlichen) Willens des Patienten formuliert. Es folgt dann eine Strukturierung und eine Analyse des Problems aus ethischer Sicht. Ziel des Beratungsgesprächs ist es, eine ethisch vertretbare Lösung, die im besten Fall von allen Beteiligten mitgetragen werden kann, zu erreichen. Der Ablauf des Gesprächs wird in einem Protokoll niedergeschrieben und in der Patientenakte aufbewahrt. Zu betonen ist, dass die Ethikberatung und der Lösungsvorschlag, der auch im Protokoll festgehalten wird, keine bindende Wirkung haben und dass alle Beteiligten der Schweigepflicht unterliegen. Die behandelnden Ärzte müssen letztlich selbst über den weiteren Verlauf der Behandlung entscheiden und diesen auch verantworten.

Ziel des Beratungsgesprächs ist es, eine ethisch vertretbare Lösung, die im besten Fall von allen Beteiligten mitgetragen werden kann, zu erreichen.



Dr. Claudia Bozzaro,
Promotion in Philosophie.
Institut für Ethik und
Geschichte der Medizin,
Universität Freiburg.

Fallbeispiel

Die Ethikberatung wird von der Palliativstation angefragt. Es geht um eine 71-jährige Patientin Frau Schmid (Name geändert).

Bei der Patientin wurde vor vier Jahren ein Adenokarzinom des rechten Mastoids (Teil des Schläfenbeins) diagnostiziert. Die Patientin unterzog sich mehreren Zyklen Chemotherapie und weiteren intensivmedizinischen Maßnahmen – jedoch ohne Erfolg. Kurz vor der Aufnahme auf die Palliativstation war sie zur Revision einer undichten PEG mit Peritonitis in der Chirurgie behandelt worden und hatte zielstrebig eine weitere onkologische Therapie geplant. Sie fühlte sich seit einigen Tagen immer schwächer. Daraufhin veranlasste ihr Sohn, der kurz davor sein Praktisches Jahr im Rahmen der Arztausbildung beendet hatte und seine Mutter betreute, ihre Aufnahme auf die Palliativstation.

Frau Schmid war eine erfolgreiche und sehr selbständige Managerin und wurde von den anwesenden Ärzten und Pflegenden als sehr resolute und selbstbestimmte Frau beschrieben.

Frau Schmid war eine erfolgreiche und sehr selbständige Managerin und wurde von den anwesenden Ärzten und Pflegenden als sehr resolute und selbstbestimmte Frau beschrieben.

Problematik

Bei der Aufnahme auf die Palliativstation erklärte die Patientin auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichten zu wollen und äußerte immer wieder und mit Nachdruck den Wunsch, sterben zu wollen, weil sie den Kontrollverlust über den eigenen Körper nicht miterleben wolle und Angst vor dem Ersticken habe. Die behandelnden Ärzte wiesen sie darauf hin, dass sie ihrem Wunsch nach aktiver Sterbehilfe – auch aus rechtlichen Gründen – nicht nachkommen können. Man klärte Sie darüber auf, dass man im Fall einer Verschlechterung ihres Zustandes auf die verschiedenen Möglichkeiten einer palliativen Behandlung u.a. auch auf eine palliative Sedierung rekurren würde. Daraufhin forderte der Sohn einen sofortigen Einsatz einer tiefen und dauerhaften palliativen Sedierung. Weil die Patientin zum gegebenen Zeitpunkt in einem stabilen Zustand war und keine Symptome hatte, die eine Indikation für eine palliative Sedierung ergeben hätten wurde diese Forderung zunächst abgewiesen.

Am darauf folgenden Tag wiederholte die Patientin ihren Wunsch nach einer Sedierung. Da sie in der vorherigen Nacht nicht geschlafen hatte, wurde die Patientin schließlich intermittierend sediert, um ihr etwas Ruhe und Entspannung zu ermöglichen. Als sie am nächsten Tag wieder geweckt wurde, bat sie erneut darum, dauerhaft in den Schlaf versetzt zu werden. Die Patientin wurde wieder sediert, auch dieses Mal mit der Absicht, am darauffolgenden Tag wieder geweckt zu werden. Doch während die Patientin sediert war, wies der Sohn die Ärzte darauf hin, dass es nicht vertretbar sei, die Sedierung wieder zurückzunehmen, da seine Mutter diese explizit gewünscht habe und mehrmals deutlich ihr Leiden zum Ausdruck gebracht hatte. Die Mutter wieder zu wecken, bekräftigte er, sei grausam. Zu diesem Zeitpunkt wurde die Ethikberatung einberufen, um die weitere Handhabung der Sedierung zu diskutieren. Unerwartet verstarb die Patientin in der Nacht. Die Ethikberatung fand dennoch statt, denn die Situation hatte Fragen aufgeworfen und Unsicherheiten hinterlassen.

Die Mutter wieder zu wecken, bekräftigte der Sohn, sei grausam.

Systematisierung des Problems und ethische Analyse

Die Problematik bei diesem Fall bestand im Wesentlichen in der Frage, unter welchen Umständen eine palliative Sedierung – wobei es um die spezielle Form einer tiefen, kontinuierlichen (also bis zum Todeseintritt anhaltenden) Sedierung ging – indiziert und wie mit dem Sterbewunsch von Patienten umzugehen ist. Offensichtlich birgt die tiefe, kontinuierliche Sedierung das Risiko, als eine verdeckte Form von aktiver Sterbehilfe missbraucht zu werden (wenn sie frühzeitig eingesetzt wird und wenn mit der Sedierung die Einstellung der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr einhergeht), weshalb besondere Sorgfaltskriterien vor ihrer Anwendung bedacht werden müssen. Daher war die Entscheidung der Ärzte, die Patientin zunächst intermittierend zu sedieren, richtig.

Ärzte sind einerseits dem Wunsch nach Leidenslinderung und dem Respekt vor der Autonomie der Patientin verpflichtet und zugleich ihrer Fürsorgepflicht.

Was den Wunsch der Patientin angeht, so muss aus ethischer und rechtlicher Sicht festgestellt werden, dass medizinische Maßnahmen nicht entgegen der medizinischen Einschätzung eingefordert werden können. Zugleich macht dieser Fall auch

deutlich, welche enorme Herausforderung eine solche Entscheidung für die Ärzte darstellt. Sie sind einerseits dem Wunsch nach Leidenslinderung und dem Respekt der Autonomie der Patientin verpflichtet und zugleich ihrer Fürsorgepflicht, die in Bezug auf eine Maßnahme wie der palliativen Sedierung dazu anhält, bestimmte Sorgfaltskriterien zu erfüllen.

Diese Themen wurden bei der Beratung ausgiebig besprochen, um auch für zukünftige Behandlungsentscheidungen bezüglich des Einsatzes einer palliativen Sedierung mehr Klarheit zu haben.

Buchbesprechung zu Wolfgang Herrndorfs »Arbeit und Struktur«

Nachdem Wolfgang Herrndorf im Februar 2010 erfahren hatte, dass er unter einem bösartigen Tumor (Glioblastom) litt, fasste er den Entschluss, das Blog »Arbeit und Struktur« als digitales Tagebuch zu schreiben, um Freunde über seinen Zustand zu informieren. Auf seinen Wunsch hin wurde das Blog als Buch nach seinem Tod veröffentlicht.



Wolfgang Herrndorf, Arbeit und Struktur, Rowohlt Berlin (2013).
Wolfgang Herrndorf, Tschick, Rowohlt Berlin (2012).

Am 12. November 2011 schreibt Herrndorf im Blog, dass die Kunst, Rezensionen ohne Inhaltsangabe zu schreiben, heutzutage von kaum jemand mehr beherrscht werde. Deshalb fühle ich mich innerlich verpflichtet, Herrndorfs Buch »Arbeit und Struktur« auf eine andere Art und Weise vorzustellen.

Eine aussichtslose Diagnose

Arbeit und Struktur geben Herrndorfs Leben in seinen letzten drei Jahren einen Sinn. Während dieser Zeit schreibt er unter anderem seinen Bestseller »Tschick« und versucht neben der Arbeit an diesem Buch auch darüber hinaus seinen Alltag zu strukturieren. Sicherlich ist dieser Ansatz nicht neu, durch Arbeit und Struktur dem Leben einen



»»
Agnes Kläser
ist Studienleiterin für die Arbeitsbereiche Theologie und Ethik im Ludwig-Windthorst-Haus, der Katholisch-Sozialen Akademie des Bistums Osnabrück. Sie arbeitet derzeit an ihrer Doktorarbeit im Bereich Medizinethik.

Sinn verleihen zu wollen, hinsichtlich der kurzen Lebenserwartung Herrndorfs ist dieses Bemühen allerdings beeindruckend und berührend. Man kommt nicht umhin sich zu fragen, wie man selbst angesichts einer solchen Diagnose seine letzten Monate und Jahre gestalten würde. Es scheint, als ob das Bewusstsein der eigenen Endlichkeit dem Menschen einen (neuen) Gestaltungsraum ermöglicht. Denn die Frage, was man noch alles tun möchte, bevor man stirbt, stellt sich umso deutlicher, wenn der Zeitpunkt des Todes absehbar ist. Doch warum gestalten wir Menschen im Bewusstsein unserer Endlichkeit – auch wenn wir nicht wissen wie und wann wir sterben – unser Leben nicht so wie wir es für richtig halten? »Lebt euer Leben, denn es könnte bald vorbei sein!«, so könnte die Botschaft Herrndorfs an seine Leser sein, so einfach ist es aber nicht.

Die Frage, was man noch alles tun möchte, bevor man stirbt, stellt sich umso deutlicher, wenn der Zeitpunkt des Todes absehbar ist.

Leben im Umgang mit der Diagnose

Herrndorf selbst befindet sich in einem immerwährenden Gegensatz zwischen Tiefgründigkeit und Banalität. An einigen Tagen zieht er Bilanz und bewertet sein Leben vor und nach der Diagnose. Darüber hinaus überlegt er, was er der Welt angesichts seiner Diagnose noch Gutes tun könne. An anderen Tagen wiederum regen ihn Nichtigkeiten und Banalitäten auf und er versucht, mit den alltäglichen Problemen umzugehen. Nicht zuletzt an seiner Sprache wird dieses Spannungsfeld deutlich. Zwischen philosophischen Äußerungen (»Meine derzeitige Ansicht ist [...], dass der winzige Bruchteil der Sekunde, in dem ich zwischen Vergangenheit und Zukunft zu Bewusstsein komme, im Vergleich zur Unendlichkeit dieses Universums auf ein Nichts zusammenschrumpft, auf mathematisch null.«) und teilweise romantisch erscheinenden Naturbeschreibungen (»Spaziergang am Plötzensee. Weiße Fläche, Mond darüber, rosa Nachmittag. Drei Setzrisse quer über den See, der Schnee rechts und links davon dunkel mit Wasser vollgesogen. Ganz vorn eine einzelne Schlittschuhspur, die zwischen verwirrtem Kaninchengehoppel dreißig, vierzig Meter weit auf den See führt.«), schreibt Herrndorf zynisch und offen – um nicht zu sagen grotesk

Herrndorf selbst befindet sich in einem immerwährenden Gegensatz zwischen Tiefgründigkeit und Banalität.

– über die Welt und über das, was ihn ärgert. («Wieder runter zu meinem Nachbar, der es schafft, mir den Tag zu versauen. Nachdem er die Tür aufgemacht hat, frage ich nur: Geht´s?, und gehe wieder, und er fragt mich allen Ernstes, warum ich geklingelt habe.»)...um sich dann wieder ganz nüchtern über sein baldiges Sterben zu äußern («Ich habe keine Angst vor dem Tod, aber eine panische Angst vor der Steuererklärung.»).

So ist es nicht verwunderlich, dass man trotz all der Tragik dieses Themas bei der Lektüre nicht selten schmunzeln oder sogar lachen muss. Dies ist aber nicht die einzige Herausforderung, der sich der Leser stellen muss. Immer wieder läuft man beim Lesen Gefahr, sich als Voyeur zu fühlen, als jemand, der einem Menschen beim Sterben zusieht. Immerhin lässt Herrndorf tiefe Einblicke in seine Ängste, Hoffnungen und zuweilen auch Aggressionen zu, mit denen der Leser umzugehen lernen muss. Die Tatsache, dass sich Herrndorf als sterbender Mensch mit diesen Gefühlen so bewusst auseinandersetzt, macht das Schreiben zu einer Therapie für ihn. Sich ausdrücken und bis zum Tod soziale Kontaktpflegen zu können, bildeten auch vorher schon wesentliche Stützpfiler in Herrndorfs Leben und boten ihm die benötigte Struktur. So verwundert es nicht, dass er in einem öffentlichen Blog, der anschließend in Form dieses Buches »Arbeit und Struktur« publiziert wird, seine letzten Jahre derart intim protokolliert.

Der schwarze Humor Herrndorfs lässt den Leser teilweise erschauern, bringt aber gleichzeitig eine Art Balance in das große Thema des bald zu erwartenden Todes.

Hadern mit dem Schicksal und Ringen um das Leben

Beim Lesen des Buches nimmt man Anteil am Schicksal eines Menschen, dessen Lebenserwartung durch eine schwere Krankheit auf einige wenige Jahre begrenzt ist. Mit der Diagnose versucht Herrndorf die ihm verbleibenden Jahre zu leben und zu gestalten. Das häufige Googeln von Erfahrungsberichten und medizinischen Fakten lässt ihn zwar rechnen: Könnte man mit Hilfe von einigen im Ausland zugelassenen Medikamenten die Lebenserwartung steigern? Was kann man tun, um Tage, Wochen oder gar Monate zu gewinnen? Letzten Endes wirkt dieses Verhalten aber wie ein Klammern an den letzten Strohhalm. Herrndorf weiß, dass es keine Heilung

für ihn geben wird; er muss mit dieser Diagnose und der daraus resultierenden Konsequenz – dem baldigen Tod – umgehen.

Der Versuch »Arbeit und Struktur« in ein Genre einzuordnen, fällt schwer. Es ist ein Buch, in dem sich ein schwerkranker Mann bis zu seinem Selbstmord den

Menschen mitteilt und zumutet. Tragik und Humor liegen oft dicht beieinander und stellen den Leser vor die Herausforderung, sich damit auseinander zu setzen. Die Lektüre dieses Buches ist nicht einfach und allzu oft musste ich es weglegen, um die Inhalte verarbeiten zu können. Dass es um authentische Gefühle geht, macht dieses Buch dennoch ganz besonders lesenswert.

Herrndorf weiß, dass es keine Heilung für ihn geben wird; er muss mit dieser Diagnose und der daraus resultierenden Konsequenz – dem baldigen Tod – umgehen.



LUDWIGSHAFENER ETHISCHE RUNDSCHAU

Impressum

Herausgeber

Heinrich Pesch Haus

Katholische Akademie Rhein-Neckar

vertreten durch

P. Johann Spermann SJ (Direktor)

Frankenthaler Straße 229

67059 Ludwigshafen

E-Mail: info@hph.kirche.org

Tel.: 0621/5999-0

Schriftleitung

Dipl.-Theol. Jonas Pavelka

E-Mail: pavelka@hph.kirche.org

Tel.: 0621/5999-159

Redaktion

Dipl.-Theol. Johannes Lorenz

Dr. Klaus Klother

Erscheinungsweise

digital mehrmals jährlich, kostenlos

Layout/Design:

wunderlichundweigand.de – Büro für Gestaltung

Kontakt

Heinrich Pesch Haus

Katholische Akademie Rhein-Neckar

Postfach 21 06 23

67006 Ludwigshafen

Tel.: 0621/5999-0

Fax: 0621/517225

E-Mail: info@hph.kirche.org

Internet: www.heinrich-pesch-haus.de

ISSN 2194-2730



Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar

In Kooperation mit:

