

*Aus der Reihe:*

**Dialogversuche:  
Medizin und Theologie  
im Gespräch**

*Dokumentation der Veranstaltung vom  
25. April 2002*

***Euthanasie – und unsere Antwort ?  
Hilfe zum Sterben oder Hilfe beim Sterben***

Menschen, die nach aktiver Sterbehilfe verlangen, tun dies oft aus ihrer Angst vor Schmerzen oder Einsamkeit im Sterben.

In den Niederlanden wurde Ende vorletzten Jahres ein Gesetz zur aktiven Sterbehilfe gebilligt. In Belgien ist das Gesetzgebungsverfahren im Gang. Die Dynamik dieser Diskussion macht auch vor unserem Land nicht Halt. Umfragen zufolge würde ein solches Gesetz von einer Mehrheit begrüßt. Dahinter steht der Wunsch nach einem würdigen Tod.

Wie kann unsere Antwort auf diese Frage ausfallen ? Soll aktive Sterbehilfe unter bestimmten Umständen gesetzlich zugelassen werden oder können wir Alternativen entwickeln, in denen die Ängste sterbender Menschen vor Schmerz und Alleinsein ernstgenommen werden ? Wie kann eine Hilfe beim Sterben gestaltet werden ? Welchen Beitrag leisten dabei Medizin und Seelsorge ?

**Referenten:**

Prof. E. Klaschik,	Lehrstuhl für Palliativmedizin an der Uni Bonn
Prof. W. Molinski SJ,	Moraltheologe Wuppertal
Frau I. Wester,	Bonn Lighthouse e.V.
Frau A. Conrads;	Krankenschwester Zentrum für Palliativmedizin am Malteser Krankenhaus, Bonn
Pfr. W. Koll,	Kath. Klinikseelsorge Uni-Kliniken Bonn

Moderation: Herr Dr. A. von Dobbeler - Evangelisches Forum Bonn  
Dipl. Theol. Hans-Bernd Hagedorn (Kath. Klinikseelsorger)

**Herausgeber:** Evangelische und Katholische Klinikseelsorge  
der Universitätskliniken Bonn

gefördert durch:





## **Begrüßungsworte: Herrn Dipl. Theol. H.-B. Hagedorn** (Katholischer Klinikseelsorger der Universitätskliniken Bonn)

Ganz herzlich möchte ich Sie hier im Hörsaal der Dermatologie zu unserer 3. Veranstaltung in der Reihe

Dialogversuche:  
Medizin und Theologie im Gespräch begrüßen.

Der Tod ist das einzig sichere im Leben. Gleichzeitig ist die Zeit des Sterbens und des Todes *die* Zeit in unserem Leben, die uns am meisten ängstigt und verunsichert. Das ist zu allen Zeiten so gewesen und doch hat sich in unserer Zeit der Umgang mit dieser Beunruhigung verändert.

War das Sterben und der Tod vor nicht einmal 100 Jahren noch gesellschaftlich und sozial integriert, so sterben heute annähernd 80% der Menschen in Kliniken, Alten- oder Pflegeheimen. Andererseits bleiben die vielen pflegenden Angehörigen auf Grund ihrer großen Belastungen mit ihren Erfahrungen eher im Hintergrund. Ihre Antworten auf die Frage nach den Chancen und Grenzen einer Sterbehilfe im Sinne einer Hilfe beim Sterben kommt zu wenig zur Geltung.

Das Thema Euthanasie – und hier vor allem die Fragen um die Legalisierung einer aktiven Euthanasie in bestimmten Rahmenbedingungen wird mehr und mehr zu einer Frage, die in absehbarer Zeit auch in Deutschland eine breite Auseinandersetzung bringen wird. Ich bin mir sicher, dass auch eine politische Diskussion um eine gesetzliche Regelung auf uns zukommen wird.

Und längst schon läuft eine Auseinandersetzung mit diesem Thema .

Nur wenige Stichworte dazu:

In einer Befragung der Deutschen Hospiz-Stiftung aus dem Jahr 2000 sprachen sich 41 % der Männer für die aktive Sterbehilfe aus, mehr als 10 % geringer fiel die Zustimmung auf Seiten der Frauen aus, die sich mit 30 % für die aktive Sterbehilfe aussprachen.

Die höchste Zustimmungsrate war bei den 25 – 29 Jährigen mit 46,5 % zu finden.

In einer Emnid Umfrage aus dem Jahr 2001 wurden 151 Ärzte danach gefragt, „ob es erlaubt sein soll, unheilbar Kranke von ihrem Leiden zu erlösen, indem ihr Leben auf ausdrücklichen Wunsch beendet wird“ - 46 % der männlichen Ärzte bejahten diese Frage, jedoch nur 33 % der Ärztinnen. Eine deutliche Mehrheit , nämlich 54 % forderte eine gesetzliche Regelung der Sterbehilfe.

In den Niederlanden stimmte im November 2000 das Abgeordnetenhaus und am im April 2001 der Senat dem Gesetzesentwurf des s.g. Euthanasiegesetzes zu, welches dann am Ostermontag diesen Jahres in Kraft getreten ist. Einer längere Zeit schon gängige Praxis wurden somit gesetzliche Rahmenbedingungen gesetzt.

Demnach darf in den Niederlanden unter bestimmten Umständen vom Arzt Sterbehilfe geleistet werden.

Auch in unserem Nachbarland Belgien wurde fast unbemerkt ein Euthanasiegesetz auf den Weg gebracht. Im Oktober 2001 wurde durch den Senat einem solchen Gesetzentwurf zugestimmt. Das Abgeordnetenhaus wird voraussichtlich noch in diesem Jahr diese Vorlage behandeln und darüber entscheiden. Eine deutliche Mehrheit für die Vorlage wird dort erwartet.

Sie merken, dass in den genannten Punkten das Wort „Sterbehilfe“ im Sinne einer Hilfe zum Sterben gemeint ist.

Anders las es sich in den 1998 verabschiedeten Richtlinien der Deutschen Ärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, in der die Bundesärztekammer eine aktive Sterbehilfe ablehnt und das Recht auf Behandlung, auf Pflege und Zuwendung als ärztliche Aufgabe beschreibt.

Auch die Palliativmedizin und Hospizbewegung suchen und geben Antworten auf die großen gesellschaftlichen Verunsicherungen rund um das Sterben.

Eine Frage taucht in vielen Debatten um Sterbehilfe im Sinne einer aktiven Euthanasie immer wieder auf und ist auch im Letzten die Frage an uns, der wir nicht ausweichen können:

Müssen wir - auch im Blick auf unseren Glauben an Gott, der unser Leben begleitet - jegliches Leid bis zu Ende tragen oder ertragen ?

Oder von der Seite der um aktive Sterbehilfe angefragten Menschen betrachtet:

Macht sich derjenige neben der juristischen Schuldfrage auch ethisch-moralisch schuldig, der dem Wunsch eines Menschen nach Beendigung unsäglich langen Leidens nachkommt und aktive Sterbehilfe leistet?

Wir möchten uns an diesem Abend unserer Verantwortung zur Frage der Sterbehilfe stellen:

Euthanasie – Hilfe zum Sterben oder Hilfe beim Sterben – was ist unsere Antwort ?

Antworten und Anregungen für unsere eigene Entscheidungsfindung erwarten wir heute Abend in den Beiträgen unserer Gäste, die ich jetzt gern vorstellen möchte:

Zunächst die beiden Hauptreferenten unseres Abends:

Für die Dialogseite der **Medizin** darf ich Herrn Prof. Eberhard Klaschik begrüßen.

Er ist der erste (und noch einzige) Professor für Palliativmedizin in Deutschland und hat diesen Lehrstuhl an der Bonner Medizinischen Fakultät inne.

Für die Dialogseite der **Theologie** konnten wir Herrn Prof. Waldemar Molinski gewinnen. Er ist Moralthologe an der Universität Wuppertal. Herzlich willkommen!

Ganz herzlich möchte ich Frau Irmgard Wester begrüßen. Sie ist Mitarbeiterin des Bonner Lighthouse e.V. – dieser Verein begleitet schwerkranke, sterbende AIDS und Krebspatientinnen und Patienten auch in einem eigenen Wohnprojekt. Schön, daß Sie uns heute Abend an ihre Erfahrungen Anteil nehmen lassen.

Aus dem Bereich des ambulanten Palliativdienstes des Malteserkrankenhauses darf ich ganz herzlich Frau Astrid Conrad hier begrüßen. Wir haben uns sehr gefreut, daß Sie kurzfristig für Frau Katrin Schulte des Sozialdienstes eingesprungen sind, die in diesen Tagen ihr Kind erwartet.

Mein Kollege Pfr. Walter Koll, der auch in den Vorbereitungen dieser Veranstaltungsreihe mitwirkt, wird uns von der Erfahrungsseite der Klinikseelsorge Einblick geben.

Für den sechsten Beitrag hatten wir Dr. Peter Henn gewinnen können. Er ist Arzt an der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin der Uni-Kliniken Bonn. Lange Zeit hat er in dem Arbeitskreis der Klinikseelsorge mitgewirkt, der sich um die Einrichtung einer Palliativstation an den Unikliniken Bonn bemüht hat. Dr. Henn hat leider nach einer OP keine Möglichkeit, einen solchen Abend hier durchzustehen. Darum ist mein evangelischer Kollege Pfarrer Andreas Bieneck eingesprungen und übernimmt diesen Part heute Abend.

Auch Herrn Dr. Axel von Dobbeler, Leiter des Evangelischen Forums Bonn möchte ich herzlich begrüßen. Er wird im Teil der offenen Diskussion dieses Abends die Moderation übernehmen.

Träger dieser Veranstaltung ist neben dem Evangelischen Forum Bonn auch das Katholische Bildungswerk Bonn.

Finanziell gefördert ist dies alles durch die Stiftung Krankenhausseelsorge des Evangelischen Kirchenkreises Bonn. Zwei Hauptprojekte werden aus Spendenmitteln zur Zeit unterstützt. Das ist zum einen eine Klinikseelsorgerstelle an der Universitäts – Kinderklinik .Zum anderen wird die Ausbildung und Begleitung und Supervision von ehrenamtlichen Besuchdienstmitarbeitern finanziert. Infozettel zu dieser Stiftung finden Sie draußen an unserem Büchertisch, den ich Ihnen schon jetzt empfehlen darf.

---

***Anonyme Befragung zu Beginn der Veranstaltung:  
Euthanasie – Hilfe zum Sterben oder Hilfe beim Sterben***

(Fragestellung einer EMNID-Befragung an Ärzte aus dem Jahr 2001)

„Soll es erlaubt sein, unheilbar Kranke von ihrem Leiden zu erlösen, indem ihr Leben auf eigenen ausdrücklichen Wunsch beendet wird?“

ja ( )                      nein ( )                      männlich ( )                      weiblich ( )

*Bitte ankreuzen – das Ergebnis wird am Ende der Veranstaltung genannt.  
Danke !*

***Auswertung***

„Soll es erlaubt sein, unheilbar Kranke von ihrem Leiden zu erlösen, indem ihr Leben auf eigenen ausdrücklichen Wunsch beendet wird?“

	<b>männl.</b>	<b>weibl.</b>	<b>Gesamtzahl</b>
<b>ja</b>	<b>15 = 66,66%</b>	<b>34=69,38%</b>	<b>49 = 67,12%</b>
<b>nein</b>	<b>8 = 33,33%</b>	<b>16=32,65%</b>	<b>24 = 32,87%</b>
<b>männlich</b>	<b>24</b>		<b>73</b>
<b>weiblich</b>	<b>49</b>		

2 Antworten waren ohne Geschlechtsangabe abgegeben und wurden nicht in die Auswertung einbezogen

# Vorträge

Prof. Eberhard Klaschik bat uns, für diese Dokumentation auf die hier abgedruckten Artikel aus dem Internet zurückzugreifen, in dem alle wesentlichen Inhalte seines Vortrags enthalten sind:

1. E. Klaschik Zentrum für Palliativmedizin, Malteser Krankenhaus, Bonn, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

## **Sterbehilfe – Sterbebegleitung**

Anaesthesist 2000 · 49:420–426 © Springer-Verlag 2000

Redaktion: H.van Aken, Münster

### **Zum Thema**

Auf einem Gebiet, das nicht frei von Emotionen ist, ist eine Begriffserklärung unbedingt notwendig, um einen angemessenen Diskussionsstil zu finden. Die Begriffe der aktiven, passiven und indirekten Sterbehilfe werden unter rechtlichen, standesrechtlichen und ethischen Gesichtspunkten besprochen.

Sehr ausführlich wird zu den niederländischen Erfahrungen auf dem schwierigen Gebiet der aktiven Sterbehilfe Stellung genommen. Bei uns unter Strafe verboten, ist sie in den Niederlanden unter strengen Auflagen erlaubt. Der Begriff Euthanasie wird in Anlehnung an die internationale Literatur mit aktiver Sterbehilfe gleichgesetzt. Da die aktive Sterbehilfe den Wunsch der Patienten unbedingt voraussetzt, sei daran erinnert, dass somit ein fundamentaler Gegensatz zu jener Euthanasie des Dritten Reichs vorliegt, die in Deutschland damals gegen den Willen der Betroffenen aus sogenannten eugenischen, rassistischen oder anderen Gründen durchgeführt wurde. Schwerpunkt und richtungsweisende Perspektive dieser Arbeit ist die Erläuterung palliativmedizinischer Maßnahmen und kompetenter Sterbebegleitung, gleichsam als ärztlich und ethisch begründete Antwort auf die Forderung nach aktiver Sterbehilfe, für die bei einer Umfrage neuesten Datums 42% niedergelassener Ärzte in Deutschland aussprachen.

Die kollegiale Überzeugung dürfte hier wirksamer als die Androhung strafrechtlicher Verfolgung sein.

Die in Deutschland immer wieder artikulierte Forderung zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe und die

Erfahrungen in den Niederlanden mit der Durchführung der Euthanasie fordern uns heraus, über die ethische und rechtliche Zulässigkeit lebensbeendender Maßnahmen nachzudenken [5, 11, 14].

Die Frage ist aber auch, ob wir nicht eine Alternative anbieten können, um unerträgliche Schmerzen, aussichtsloses

Leiden und Verlust der Würde verhindern oder beseitigen zu können. Die Alternative ist die Palliativmedizin.

### **Gründe für eine Auseinandersetzung mit der Sterbehilfe und Sterbebegleitung**

Die unstrittig großen Erfolge in allen Bereichen der modernen Medizin haben neben dem Vertrauen der Bevölkerung in diese Medizin auch Ängste vor einer menschenunwürdigen Praxis der gewaltsamen Lebensverlängerung hervorgerufen [6, 26].

Die Forderung der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe ist in den letzten Jahren stetig gestiegen und basiert u.a. auf dem Selbstbestimmungsrecht des Menschen mit der Konsequenz, daß der Mensch das Recht haben soll, den Zeitpunkt des Todes selbst zu bestimmen [22].

Die Erfahrungen, die Entwicklung und der gegenwärtige Stand der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden geben einen Einblick in die Praxis der Euthanasie und sollten Anlaß sein, darüber nachzudenken, inwiefern die Straffreiheit unter Berücksichtigung bestimmter Bedingungen einen „Dammbruch“ zur Folge hat [8, 27].

## Definitionen

Das Wort „Sterbehilfe“ beschreibt nicht eindeutig, was darunter zu verstehen ist. Es wird deswegen von Thomas [29] gefordert, diesen Begriff fallen zu lassen, weil zur Verständigung die Unterscheidung

von Töten und Sterben lassen völlig ausreicht. Jens und Küng [15] komplizieren die Verständigung durch neue, eher verwirrende Begriffe. Sowohl die niederländische königliche Ärzteschaft, aber auch Philosophen lehnen eine Unterscheidung von aktiver und passiver Sterbehilfe ab [5, 22]. Die verschiedenen Argumente können hier nicht wiedergegeben werden. Zur Vertiefung sei auf die Publikation von L. Honnefelder [12]

hingewiesen. Die Rechtsprechung unterscheidet mit dem Begriff Sterbehilfe verschiedene lebensbeendende Handlungen, die auch unterschiedlich bewertet werden: *Aktive Sterbehilfe*. Aktive Sterbehilfe ist in Anlehnung an die internationale Literatur gleichzusetzen mit dem Wort Euthanasie. Sie ist das absichtliche und aktive (in der Regel ärztliche) Eingreifen zur Beschleunigung des Todeseintritts auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten (in Deutschland strafbar nach § 216 StGB, Tötung auf Verlangen). *Passive Sterbehilfe*. Passive Sterbehilfe ist der Behandlungsverzicht bei Sterbenden oder die Beendigung von Maßnahmen, die das menschliche Sterben verlängern [10]. *Indirekte Sterbehilfe*. Indirekte Sterbehilfe

ist die unbeabsichtigte Nebenwirkung einer sinnvollen therapeutischen Maßnahme, die den Eintritt des Todes beschleunigt. Es kommt auf die primäre Absicht an, z.B. Leiden zu lindern [3]. Wenngleich jede dieser Sterbehilfen den Tod des Patienten zur Folge hat, halte ich diese Definitionen für den praktisch tätigen Arzt für wichtig und hilfreich, weil sie die primäre Absicht des Handelns berücksichtigen.

## Rechtliche, standesrechtliche und ethische Aspekte

### Rechtliche Aspekte

Im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland heißt es in Artikel I, Abs. 1 „die Würde des Menschen ist unantastbar“ und im Artikel II ist das Recht auf Leben festgehalten. Daraus leitet sich der Schutz vor Tötung ab. Das Strafgesetz stellt die „Tötung auf Verlangen“ in Deutschland nach § 216 StGB unter Strafe. Der Australische Bundesstaat Northern Territory war die erste Ausnahme, wo das Parlament 1995 beschloß, dem Arzt in bestimmten Fällen eine Tötung auf Verlangen zu erlauben. Inzwischen wurde dieses Gesetz wieder aufgehoben. Auch in den Niederlanden ist Euthanasie nach Artikel 293 des niederländischen Strafgesetzbuches unter Strafe gestellt. Eine Änderung des Gesetzes zur Leichenbestattung und die Einführung einer Meldeprozedur mit Nachweis der Berücksichtigung sogenannter „Sorgfaltspflichten“ [9, 32] waren und sind Voraussetzung für eine Nichtstrafverfolgung von Euthanasie oder medizinisch assistiertem Suizid in den Niederlanden.

### Standesrechtliche Aspekte

Mit Ausnahme der Niederlande lehnen die Ärztesgesellschaften die aktive Sterbehilfe ab. Der Weltärztebund nahm 1981 in Portugal und 1987 in Spanien wie folgt Stellung: „Euthanasie, d.h. die absichtliche Herbeiführung des Todes eines Patienten, selbst auf dessen Wunsch oder auf Wunsch naher Angehöriger, ist unethisch. Der Arzt sollte jedoch das Verlangen eines Patienten nach einem natürlichen Sterben im Endstadium einer tödlichen Krankheit respektieren.“ „Der Patient hat das Recht, einer Behandlung nach angemessener Aufklärung zuzustimmen oder sie abzulehnen. Der Patient hat das Recht, in Würde zu sterben.“ Der Deutsche Ärztetag hat sich wiederholt in den letzten Jahren mit der aktiven Sterbehilfe beschäftigt und dazu eindeutig eine ablehnende Haltung bezogen [21]. In der Präambel der „Richtlinie

der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ aus dem Jahr 1998 wird die aktive Sterbehilfe ebenso abgelehnt, wie die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung [4]. Im Kommentar zur Richtlinie der

Bundesärztekammer heißt es „die Deutsche Ärzteschaft grenzt sich mit dieser Richtlinie deutlich von den medizinisch ethischen Richtlinien für die ärztliche Betreuung Sterbender und zerebral schwerstgeschädigter Patienten der Schweiz ab und distanziert sich von der Euthanasiepraxis in

den Niederlanden.“ Betrachtet man die Einstellung der niederländischen königlichen Ärztesgesellschaft, so zeigt sich folgende Entwicklung [22]:

1984: Aktive Sterbehilfe wird durch den Ärztebund geduldet.

1988: Euthanasie wird standesrechtlich als zulässig angesehen; eine Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe wird abgelehnt.

1995: Euthanasie bei psychisch Kranken und nicht terminalen Leidenszuständen ist möglich. Wenngleich die Stellungnahmen der Bundesärztekammer und der ärztlichen Fachgesellschaften [1, 4, 7] eindeutig sind und diese die aktive Sterbehilfe ablehnen, so muß doch das Ergebnis einer Emnid-Umfrage [2] sehr nachdenklich machen. Danach befürworten 42% der niedergelassenen Ärzte die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe. Ein Ergebnis, das zeigt, wie dringend wir Alternativen zur Euthanasie aufzeigen müssen. **Ethische Aspekte der Sterbehilfe**

In den letzten Jahren ist in zunehmendem Maße das Selbstbestimmungsrecht des Patienten in den Vordergrund geraten. Der Grund ist in dem Abbau des paternalistischen Arzt-Patienten-Verhältnisses zu sehen und in sich folgerichtig. Ärztliches Tun oder Lassen setzt die Zustimmung des aufgeklärten Patienten voraus [25]. Der Patientenwille hat aber nahezu imperativen Charakter [29] angenommen, aus der heraus die Forderung des Patienten an den Arzt als Erfüllungsgehilfen in Bezug auf aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zum Selbstmord gestellt wird [29]. Dabei wird übersehen, daß der Wille des Patienten für die Durchführung

eines ärztlichen Eingriffes nur dann zulässig ist, wenn dieses ärztliche Handeln sittlichen Werten nicht widerspricht. Das Selbstbestimmungsrecht gibt dem Menschen das Recht, über die eigene Lebensgestaltung selbstverantwortlich zu bestimmen. Es berechtigt aber nicht, von einem anderen Handlungen zu verlangen, die dessen eigene Selbstbestimmung betreffen [22]. Die Legitimation ärztlichen Handelns kann beim willensfähigen Patienten nur durch die Einwilligung des Patienten erfolgen. Ist aber dieser Patientenwille rechtswidrig, darf der Arzt diese ärztliche Handlung nicht durchführen. Entspricht der Arzt in dieser Situation dem Patientenwillen, macht er sich strafbar. Ist der erklärte Patientenwille rechtmäßig, kann der Arzt die Behandlung ablehnen, wenn er als eigenständiges moralisches Subjekt aus eigener Überzeugung diesem Wunsch des Patienten nicht entsprechen kann. Der Arzt hat aber dann die Verpflichtung, die Weiterbehandlung des Patienten an einen anderen Kollegen abzugeben. Beim nicht einwilligungsfähigen Patienten entscheiden bei einem infausten oder irreversiblen Krankheitsbild die Indikation und der mutmaßliche Wille des Patienten das ärztliche Handeln. Der mutmaßliche Wille kann durch Angehörige, den Hausarzt oder eine Patientenverfügung ermittelt werden. Durch Vorsorgevollmacht kann ein Bevollmächtigter benannt werden, dessen Zustimmung für das ärztliche Handeln einer „normalen“ Behandlung notwendig und ausreichend ist. Bei einer „lebensgefährdenden“ Behandlung (z.B. passive Sterbehilfe) bedarf es neben der Einwilligung des Bevollmächtigten der Zustimmung des Vormundschaftsgerichtes (§ 1904 BGB).

Die Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Zulässigkeit ärztlichen Handelns mit dem Blick auf rechtliche, standesrechtliche und ethische Aspekte.

Tabelle 1

**Patientenwille und Zulässigkeit ärztlichen Handelns unter dem Gesichtspunkt rechtlicher, standesrechtlicher, christlich und allgemein-ethischer Aspekte (mod. nach [23])**

	<u>rechtlich</u>	<u>standes-rechtlich</u>	<u>christlich</u>	<u>allgemein-ethisch</u>
Aktive Sterbehilfe	–	–	–	?
Passive Sterbehilfe	+	+	+	+
Indirekte Sterbehilfe	+	+	+	+
Beihilfe zum Suizid	+	–	–	?
Sterbebegleitung	+	+	+	+



## Das niederländische Beispiel

Euthanasie bedeutet in den Niederlanden ein „absichtlich lebensbeendendes Handeln durch eine andere als die betroffene Person auf dessen ausdrückliche Bitte“ [9]. Als Handelnder der aktiven Tötung des Patienten wird grundsätzlich der Arzt angesehen. Artikel 293 des niederländischen Strafgesetzbuches

sieht für die „Tötung eines anderen auf dessen ausdrückliche Bitte hin“ ein Strafmaß von bis zu 12 Jahren bzw. eine Geldbuße von 100 000 holländischen Gulden vor. Die Tötung durch den Arzt ohne ausdrückliche Bitte des Patienten ist entsprechend der niederländischen Definition keine Euthanasie. Sie wird nach dortigem Recht wie Totschlag (Artikel 287) bzw. Mord (Artikel 289) geahndet [9]. Da Euthanasie und Hilfe beim Suizid zu den nicht natürlichen Todesursachen zählen, darf der Arzt in den Niederlanden, wenn er Euthanasie oder medizinisch assistierten Suizid durchgeführt hat, keinen Totenschein ausstellen. Er muß ein Leichenbeschauer kommen lassen und eine Liste von Fragen beantworten. Diese „Meldeprozedur“ wird an die Staatsanwaltschaft weitergeleitet, die dann entscheidet, ob eine Strafverfolgung eingeleitet werden muß. Durch den Tatbestand der „Übermacht“ im Sinne eines Notzustandes sieht das Gericht von einer Strafverfolgung ab, wenn der Arzt sogenannte „Sorgfaltsbedingungen“ berücksichtigt hat. Dazu gehören u.a.:

- I das ausdrückliche, freie und beständige Verlangen des aufgeklärten Patienten nach Tötung;
- I ein vom Patienten nicht zu ertragendes Leiden, das körperlicher wie seelischer Art sein kann; entscheidend ist das subjektive Empfinden des Patienten;
- I der Arzt muß einen weiteren unabhängigen Arzt zu Rate ziehen;
- I der Arzt muß mit größtmöglicher Sorgfalt handeln und über den gesamten Fall einen ausführlichen Bericht erstatten.

Mit dieser Regelung erhoffte und erhofft sich die niederländische Regierung Einblick in die Praxis der Euthanasie und die Überprüfbarkeit von lebensbeendenden ärztlichen Handlungen. Damit soll die Dunkelziffer der von Ärzten durchgeführten Euthanasien beseitigt werden. Es zeigt sich aber, dass mit dem neuen Gesetz in Holland die Frage nach öffentlicher Kontrolle der Euthanasie nicht gelöst ist [28]. Wie problematisch die Euthanasiebewegung in den Niederlanden ist, möchte ich am bisherigen Kernstück der Rechtfertigung der Euthanasie aufzeigen, nämlich der Tötung auf Verlangen [30]. 1991 wurde das Ergebnis der von der holländischen Regierung in Auftrag gegebenen Untersuchung – der R Emmeling-Report [9, 28] – und 1996 die von van der Wal und van der Maas durchgeführte Untersuchung publiziert. Diese Berichte geben Auskunft über die Euthanasiepraxis der niederländischen Ärzte: Pro Jahr sterben in den Niederlanden ca. 130 000 Menschen. Aktive Sterbehilfe wurde 1990 bei 2 300 Personen durchgeführt und 1995 bei 3 200. Hilfe zur Selbsttötung wurde in beiden Untersuchungen mit jeweils 400 angegeben [9, 28].

Bei 68% (1990) bzw. 80% (1995) der Patienten mit aktiver Sterbehilfe oder assistiertem Selbstmord lag eine Krebserkrankung vor. 85% dieser Patienten erhielten die aktive Sterbehilfe durch den Hausarzt [31]. Bei 1000 (1990) bzw. 900 (1995) Patienten führten Ärzte aktive Sterbehilfe durch, ohne daß überhaupt eine derartige Bitte von Seiten der Patienten geäußert wurde [28]. Gründe der Ärzte für die nicht freiwillige Euthanasie waren überwiegend aussichtsloses, unerträgliches und sinnloses Leiden sowie Vermeidung von Entwürdigung. Einzelheiten s. Tabellen 2–6.

### Tabelle 2

#### **Anzahl der Sterbefälle und Durchführung der Euthanasie mit und ohne ausdrückliche Bitte des Patienten in den Niederlanden [9]**

	<b>1990</b>	<b>1995</b>
Sterbefälle insgesamt	128 800	135 700
Euthanasie	2 300	3 200
Medizinische assistierter Suizid	400	400
Tötung von Patienten ohne dessen ausdrückliche Bitte	1 000	900

Tabelle 3

**Anteil der Krankheiten in %, die Ursache für die Durchführung von Euthanasie, medizinisch assistiertem Suizid und Tötung ohne ausdrückliches Verlangen des Patienten 1995 waren [9]**

Krankheiten	Euthanasie	Medizinisch assistierter Suizid	Tötung ohne ausdrückliches Verlangen des Patienten
Krebs	80	78	40
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	3	–	5
Erkrankungen des Nervensystems	4	6	22
Lungenerkrankungen	2	3	7
andere Krankheiten	11	14	26

Tabelle 4

**Gründe für das Verlangen nach Euthanasie/medizinisch assistiertem Suizid in % [9]**

Aussichtsloses und unerträgliches Leiden	74
Vermeidung von Entwürdigung	56
Vermeidung von stärkerem bzw. weiterem Leiden	47
sinnloses Leiden	44
Schmerz	32
Lebensmüdigkeit	18
Vermeidung von Ersticken	18
Wunsch, der Familie nicht mehr zur Last zu fallen	13
Vermeidung von Schmerz	10

Tabelle 5

**Wichtigste Gründe (%) bei der Entscheidung des Arztes, ohne ausdrückliche Bitte des Patienten lebensbeendend zu handeln [9]**

Jede medizinische Handlung war sinnlos geworden	67
Keine Aussicht auf Verbesserung	44
die Nächsten konnten es nicht mehr ertragen	38
Geringe Lebensqualität	36
Wollte nicht unnötig verlängern	33
(unterstellter) Wunsch des Patienten	30
Vermeidung von Entwürdigung/weiterem Leiden	9
Eine Behandlung war eingestellt, doch der Patient verstarb nicht	2
andere Gründe	8

Tabelle 6

**Gründe (%), weshalb Ärzte Euthanasie bzw. medizinisch-assistierten Suizid nicht gemeldet haben [9]**

Wunsch des Arztes, sich selbst und der Familie Scherereien mit der Justiz zu ersparen	55
Furcht vor Strafverfolgung	36
Wunsch der Angehörigen, sich gerichtliche Nachforschungen zu ersparen	31
Wunsch des Arztes, den Angehörigen gerichtliche	

Nachforschungen zu ersparen	30
Nicht allen Sorgfaltsforderungen nachgekommen	30
Der Fall war eine Sache zwischen Arzt und Patient	12
Es lag keine ausdrückliche Bitte des Patienten vor	5
Angst des Arztes vor Reaktion der Angehörigen	5
Sonstige Gründe	16

Die Remmeling-Kommission beurteilt die ca. 1000 Fälle von nicht freiwilliger Euthanasie bei „beginnendem Versagen der Vitalfunktionen“ als eine „unbestreitbar normale Handlung“ [24]. Die Existenz der Häufigkeit und Akzeptanz von nicht freiwilliger Euthanasie sowie der Anteil von Tumorpatienten, die der Euthanasie zugeführt werden, sind m.E. Ausdruck einer nicht ausreichenden Ausschöpfung palliativmedizinischer Behandlungsmöglichkeiten. Vor allem die Untersuchungen von van der Wal und van der Maas haben dazu geführt, daß die Diskussionen über die gesamte Problematik um die Euthanasie in den Niederlanden noch keineswegs abgeschlossen sind [9]. So will das niederländische Kabinett demnächst einen wesentlichen Schwerpunkt auf die Weiterentwicklung der Palliativmedizin legen. Zu diesem Zwecke wurde bereits eine Kommission beauftragt, Vorschläge zur Verbesserung der Palliativmedizin auszuarbeiten.

### **Sterbebegleitung**

Die 1998 von der Bundesärztekammer verabschiedeten Richtlinien zur ärztlichen Sterbebegleitung sind auf ein gemischtes Echo gestoßen. Auch die Bundesärztekammer ist sich darüber im klaren, daß diese Richtlinie nicht alle Probleme lösen kann und ein umfassender Konsens zu dieser Thematik nicht erreicht werden konnte [4]. Sie kann und will dem Arzt die Entscheidung in der individuellen Situation nicht abnehmen. Sie ist aber eine wesentliche Hilfe für den Arzt in der Entscheidungsfindung. Mit der Richtlinie lehnt die Bundesärztekammer aktive Sterbehilfe ab und distanziert sich eindeutig von der Euthanasiepraxis in den Niederlanden. Die Mitwirkung des Arztes beim Suizid widerspricht dem ärztlichen Ethos. Die Richtlinie der Bundesärztekammer betont die Notwendigkeit palliativmedizinischer Maßnahmen und Versorgung von Patienten mit weit fortgeschrittener Krankheit und infauster Prognose, wobei die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen kann, daß eine möglicherweise unvermeidbare Lebensverkürzung bzw. Lebensverlängerung hingenommen werden darf. Kritiker an der Richtlinie der Bundesärztekammer äußerten die Befürchtung, die Ärztekammer betreibe den Einstieg in die aktive Sterbehilfe. Dem ist entgegenzuhalten, daß in der Richtlinie die aktive Sterbehilfe eindeutig abgelehnt wird und alle Patienten ein Recht auf Behandlung, Pflege und Zuwendung haben. Eine Änderung des Behandlungszieles von der Lebenserhaltung zur Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, weil der Sterbevorgang offensichtlich eingetreten ist, ist mit großer Sorgfalt herausgearbeitet worden und stellt für den praktisch tätigen Arzt eine große Hilfestellung dar, eine ethisch und rechtlich verantwortbare Entscheidung zu treffen. Der von den Kritikern artikuliert Einstieg in die aktive Sterbehilfe ist für mich eine Fehlinterpretation der Richtlinie der Bundesärztekammer. Die Vorteile der Richtlinie liegen vielmehr auf der Hand. Durch die eindeutige Absage an die aktive Sterbehilfe, das Recht auf Behandlung, Pflege und Zuwendung, das Recht auf ein menschenwürdiges Dasein, der Verpflichtung zur wahrheitsgemäßen Unterrichtung des Patienten und der Berücksichtigung des Patientenwillens bzw. mutmaßlichen Patientenwillens wurden Voraussetzungen geschaffen, die dem Patienten ein Leben und Sterben in Würde ermöglichen. Kritiker empören sich, daß durch die Richtlinie Ärzte über Leben und Tod entscheiden. Sie übersehen aber, daß die Medizin in sich eine „wertfreie“, sondern eine wertorientierte Wissenschaft ist [29]. Jede Diagnose oder Prognose ist – organismusbezogen – ein Werturteil. Über Wert und Würde des Patienten als Person sagt ein medizinisches Urteil nichts aus [29]. In der Enzyklika Papst Johannes Paul II „Evangelium vitae“ heißt es: Es gilt abzuschätzen, ob die zur Verfügung stehenden therapeutischen Maßnahmen objektiv in einem angemessenen Verhältnis zur Aussicht auf Besserung stehen. Der Verzicht auf außergewöhnliche oder

unverhältnismäßige Heilmittel ist nicht gleichzusetzen mit Selbstmord oder Euthanasie; er ist vielmehr Ausdruck dafür, daß die menschliche Situation angesichts des Todes akzeptiert wird“ [16]. Aus dieser Enzyklika kann man zwei Dinge ableiten:  
wird auch hier eine Entscheidung (also ein Werturteil) gefordert und  
ist ein Behandlungsverzicht unter bestimmten Voraussetzungen gefordert, der nicht mit aktiver Sterbehilfe gleichzusetzen ist.

## **Palliativmedizin**

Wenn wir die Entwicklung der Euthanasie in den Niederlanden sehen, die Umfragen zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe bei niedergelassenen Ärzten und in der Bevölkerung in Deutschland ernst nehmen und das Leid Schwerstkranker und Sterbender vermindern wollen, müssen wir eine Antwort darauf finden. Diese Antwort ist die Palliativmedizin [13]. Palliativmedizin ist die Lehre und Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, weit fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung. Hauptziel ist die Verbesserung der Lebensqualität des Patienten [18, 19, 20]. Um dieses Ziel zu erreichen, gehören zur Palliativmedizin folgende Inhalte und Prinzipien [18, 20]:

- | Kompetente Symptomkontrolle, insbesondere der Schmerzen,
- | Integration der psychischen, sozialen und geistig-seelischen Probleme,
- | Kompetenz in den wichtigen Fragen der Kommunikation und Ethik,
- | Akzeptanz des Sterbens und des Todes als ein Teil des Lebens,
- | durch zeitbegrenzte Rehabilitation, Wiederherstellung bzw. Erhaltung der Selbständigkeit und maximalen Leistungsfähigkeit, kann der Patient bis zum Tod so aktiv und kreativ wie möglich leben.
- | Patienten und Angehörige werden gleichermaßen betreut,
- | Unterstützung der Angehörigen sowohl während der Erkrankung wie beim Sterben des Patienten und in der Zeit danach,
- | Arbeit im multiprofessionellen und interdisziplinären Team.

| Palliativmedizin ist aktive Lebenshilfe.

Die Palliativmedizin ist eng verbunden mit der Hospizbewegung, deren gemeinsamer Nenner die Hospizidee ist. Absolute Priorität hat die Gewährleistung der ambulanten Versorgung der Patienten. Deswegen muß die Palliativmedizin vom Hausarzt praktiziert werden und nur, wenn das nicht oder nicht ausreichend möglich ist, sind Spezialdienste einzubinden. Gleichwohl wissen wir, daß eine Reihe von Patienten nicht ohne zusätzliches Angebot, wie Hausbetreuungsdienste oder Palliativstationen erfolgreich behandelt werden können. Palliativstationen haben dabei die Funktion von Kristallisationspunkten mit Multiplikatorenwirkung. Was das Wesen der Palliativmedizin ausmacht, ist

| nicht das medizinisch-technisch Machbare steht im Vordergrund, sondern

| das medizinisch-ethisch Vertretbare,

| der Patient in seiner Ganzheitlichkeit mit physischen, psychischen und geistig-seelischen Problemen und Nöten,

| die Akzeptanz der Autonomie und der Respekt vor der Würde des Menschen im Leben, im Sterben und danach.

Um diesem hohen Anspruch der Palliativmedizin gerecht zu werden, brauchen wir eine neue Form der interdisziplinären Zusammenarbeit. Voraussetzung dafür ist nicht nur die Bereitschaft zur Zusammenarbeit sondern auch die fachliche und menschliche Kompetenz der Ärzte und in gleichem Maße die des Krankenpflegepersonals, der Seelsorger, der Sozialarbeiter und der anderen Mitglieder des multidisziplinären Teams. Die Palliativmedizin ist entstanden durch die Integration der Hospizidee in die Schulmedizin. Überall sind lange Zeit die Not, die Einsamkeit und das Leiden der Sterbenden ignoriert und

übersehen worden. Die weltweiten guten Erfahrungen und auch diejenigen in Deutschland zeigen den dringenden Handlungsbedarf, die Palliativmedizin in unser bestehendes Gesundheitssystem zu integrieren.

Bisher hat sich die Palliativmedizin in Deutschland weitgehend durch Einzelinitiativen ausgezeichnet. Diese Initiativen haben nachweisen können, daß die Palliativmedizin eine wesentliche Verbesserung der Betreuung, Behandlung und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen darstellt. Es ist an der Zeit, Palliativmedizin als ein Konzept anzusehen, damit alle in der medizinischen Behandlung involvierten Berufsgruppen – insbesondere Ärzte und das Krankenpflegepersonal – in der Lage sind, Palliativmedizin anzubieten. Die Palliativmedizin liegt auf der ärztlichen Seite in der Verantwortung aller Ärzte, unabhängig von ihrer Spezialisierung. Um der Palliativmedizin den Stellenwert zu geben, den sie verdient, müssen wir nicht nur unsere ärztlichen und pflegerischen Kolleginnen und Kollegen überzeugen, nicht nur unsere Standesorganisationen, sondern auch die Bevölkerung, unsere Politiker und Kostenträger. Was wir brauchen ist eine gerechtere Verteilung der vorhandenen Ressourcen. Neben der Bereitstellung von Geldern für die Prävention, Heilung und Nachsorge müssen Gelder für die Palliation bereitgestellt werden. Die Öffentlichkeitsarbeit muß ein wichtiger Bestandteil der Palliativmedizin werden, um zu zeigen, daß eine optimal organisierte und durchgeführte palliative Medizin in der Lage ist

- | Schmerzen und andere Symptome auf ein erträgliches Maß zu reduzieren,
- | unnötiges Leid zu verhindern,
- | die Würde des Menschen wieder herzustellen.

Die Palliativmedizin ist eine Antwort auf die Frage nach Euthanasie und macht diese überflüssig.

### **Zusammenfassung**

Die Durchführung der aktiven Sterbehilfe ist in Deutschland unter Strafe gestellt und wird standesrechtlich eindeutig abgelehnt. In den Niederlanden sieht man von der Strafverfolgung einer Euthanasie ab, wenn der Arzt sogenannte „Sorgfaltsbedingungen“ berücksichtigt hat. Die Ergebnisse der niederländischen Euthanasiepraxis, insbesondere die von nicht freiwilliger Euthanasie und die Häufigkeit von Euthanasie bei Tumorkranken haben auch die niederländische Regierung veranlaßt, über Veränderungen nachzudenken. Dabei soll ein wesentlicher Schwerpunkt auf die Weiterentwicklung der Palliativmedizin gelegt werden. Die Palliativmedizin ist in der Lage, Schmerzen fast immer auf ein erträgliches Maß zu reduzieren, besonders bei Patienten mit Tumorschmerzen. Palliativmedizin ist in der Lage, durch eine ganzheitliche, fürsorgliche und phantasievolle Pflege und geistig-seelische, mitmenschliche Betreuung Leiden umfassend zu lindern. Palliativmedizin ist eine eindeutige Absage an die aktive Sterbehilfe. Palliativmedizin ist aktive Lebenshilfe.

### **Fazit für die Praxis**

Der Begriff Sterbehilfe beschreibt unterschiedliche lebensbeendende Handlungen, die genauer definiert werden sollten:

- Aktive Sterbehilfe bezeichnet das absichtliche Eingreifen mit Todesfolge auf Wunsch des Patienten,
- passive Sterbehilfe die Behandlungsreduktion oder -beendigung bei Sterbenden,
- indirekte Sterbehilfe die unbeabsichtigte Nebenwirkung einer leidenslindernden therapeutischen Maßnahme.

Während die aktive Sterbehilfe unter rechtlichen, standesrechtlichen und christlich-ethischen Gesichtspunkten abgelehnt wird, trifft dies auf die passive und indirekte Sterbehilfe nicht zu. Ob eine aktive Sterbehilfe unter allgemeinen ethischen Gesichtspunkten zu rechtfertigen ist, muß zumindest dahin gestellt bleiben. Festzuhalten ist, daß in den Niederlanden auf diese Probleme andere Antworten gegeben werden als in Deutschland und in den meisten anderen Ländern unseres Kulturkreises. Eine konsequente Anwendung palliativmedizinischer Methoden mit dem Ziel, auch Schwerstkranken die Qualität des bedrohenden oder schon schwindenden Lebens zu verbessern, Symptome – besonders Schmerzen – zu kontrollieren und kompetente Sterbebegleitung zu leisten, läßt eine aktive Sterbehilfe eigentlich überflüssig erscheinen. Ein ganzer Katalog palliativmedizinischer Maßnahmen ist zu diesem Zweck aufgestellt worden. Allerdings muß hierzulande noch ein Nachholbedarf zugegeben werden. Die notwendige Integration der Hospizidee in die Schulmedizin ist vielerorts noch keineswegs vollzogen. Wenn

dies geschehen ist und professionelle Palliativmedizin sowie interdisziplinäre Sterbebegleitung breitere Anerkennung finden wird, dann wird sich hoffentlich auch die Diskussion über die aktive Sterbehilfe entschärfen.

## **Literatur**

1. 98.Deutscher Ärztetag (1995) Dtsch Ärztebl, 23
2. Ärzte-Zeitung (1998) Emnid-Umfrage 3./4. Juli 1998
3. Aubert E, Klaschik E, Pichlmaier H (1998)(Hrsg) **Palliativmedizin – Die Alternative zur aktiven Sterbehilfe**. Schattauer Stuttgart New York
4. Beileites E (1998) **Sterbebegleitung – Wegweiser für ärztliches Handeln**. Dtsch Ärztebl 95:1851–1853
5. Birnbacher D (1998) **Recht auf Sterbehilfe – Pflicht zur Sterbehilfe**. In: Illhardt FJ, Heiss HW, Dornberg M (Hrsg) Sterbehilfe – Handeln oder Unterlassen? Schattauer, Stuttgart New York, S 125–135
6. Csef H (1998) **Aktive Euthanasie oder bessere Palliativtherapie?** Schmerz 12:1–7
7. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (1996) **Leitlinie zum Umfang und zur Begrenzung der ärztlichen Behandlungspflicht in der Chirurgie**. 113.Kongreß, Berlin
8. Fuchs Th, Lauter H (1997) **Kein Recht auf Tötung**. Dtsch Ärztebl 94:A 220–224
9. Gordijn B (1998) **Die derzeitige Euthanasie – Debatte in den Niederlanden**. In: Albert E, Klaschik E, Pichlmaier H (Hrsg) Palliativmedizin – Die Alternative zur aktiven Sterbehilfe. Schattauer, Stuttgart New York, S 9–22
10. Hecker E, Nauck E, Klaschik E (1996) **Curriculum Palliativmedizin für Medizinstudenten und Ärzte in Palliativmedizin**. Pallia Med, Bonn
11. Honecker M (1998) **Euthanasie aus der Sicht der Theologie**. In: Aubert E, Klaschik E, Pichlmaier H (Hrsg) Palliativmedizin – Die Alternative zur aktiven Sterbehilfe. Schattauer, Stuttgart New York, S 31–40
12. Honnefelder L (1998) **Philosophischethische Überlegungen zur Sterbehilfe**. In: Aubert E, Klaschik E, Pichlmaier H (Hrsg) Palliativmedizin – Die Alternative zur aktiven Sterbehilfe. Schattauer, Stuttgart New York, S 23–30
13. Husebö S, Klaschik E (1998) **Palliativmedizin**. Springer, Berlin Heidelberg New York
14. Illhardt FJ, Heiss HW, Dornberg M (1998) **Sterbehilfe – Handeln oder Unterlassen?** Schattauer, Stuttgart New York
15. Jens W, Küng H (1995) **Menschenwürdig sterben**. Piper, München
16. Johannes Paul II (1995) **Enzyklika Evangelium Vitae**. Hrsg.v.Sekretariat der Dt.Bischöfs Konferenz, Heft 120
17. Kalkmann-Bogerd JH (1996) **Juridische aspekten van stervensbegleiding**. Ethiek & recht in de gezondheidszorg 1990–1995, 3:201–300
18. Klaschik E, Husebö S (1997) **Palliativmedizin**. Anästhesist 46:177–185
19. Klaschik E, Nauck F (1997) **Palliativmedizin – brauchen wir sie?** Schmerz 11:231–232
20. Klaschik E, Nauck F, Kern M (1998) **Palliativmedizin**. ZaeFQ 92:53–56 Der Anaesthesist 5:2000
21. Klinkhammer G (1997) **Medizinethik in einer offenen Gesellschaft. Ärzte dürfen nicht über Lebenswerte entscheiden**. Dtsch Ärztebl 24:1303–1306
22. Lutterotti Mv. (1996) **Sterbehilfe in der Diskussion**. ZfL 2:21–31
23. Putz W (1998) **Patientenverfügung und Sterbehilfe, neues Betreuungsrecht**. Vortrag Jahrestagung DGHO, Frankfurt
24. Röglin H-Chr (1998) **Menschenwürdiger Umgang mit dem Sterben aus Sicht praktizierender Onkologen**. Forum DKG (13) 244–253
25. Säuberlich G (1998) **Hilfe im und zum Sterben? Welche Konsequenzen hat das Patiententestament für den behandelnden Arzt?** Anaesthesist 47:143–144
26. Spaemann R (1993) **Person ist der Mensch selbst, nicht ein bestimmter Zustand des Menschen**. In: Thomas H (Hrsg) Menschlichkeit der Medizin. Herford, S 261–276
27. Spaemann R, Fuchs Th (1997) **Töten oder sterben lassen?** Herder, Freiburg

28. Ten Have HAMJ (1998) **Das holländische Beispiel der aktiven Sterbehilfe.** In: Illhardt FJ, Heiss HW, Dornberg M (Hrsg) Sterbehilfe – Handeln oder Unterlassen? Schattauer, Stuttgart New York, S 77–82
29. Thomas H (1998) **Das Frankfurter Oberlandesgericht unterspült keinen Damm.** ZfL 2:22–26
30. Van Delden JJM, Pijnenborg L, van der Maas PJ, Rummeling. (1993) **The Remundick Study: two years later.** Hastings Center Report 23:4–27
31. Van der Wal G, Muller MT, Christ LM, Ribbe MW, van Eijk JTM (1994) **Euthanasia and assisted suicide in Dutch nursing homes: request and administration.** I Am Geriatr Soc 42:620–623
32. Van der Wal G, Van der Maas PJ (1996) **Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levens einde. De praktijk en de meldingsprocedure.** Den Haag-

## **2. E. Klaschik: Grundlagen und Selbstverständnis der Palliativmedizin**

([bundesaeztekammer.de/30/Fortbildung/20Veranstaltungen/05Interdis/Rueckblick/25\\_Forum/Forum25Beitraege/Klaschik.html](http://bundesaeztekammer.de/30/Fortbildung/20Veranstaltungen/05Interdis/Rueckblick/25_Forum/Forum25Beitraege/Klaschik.html))

### **Einleitung**

Die Medizin hat im 20. Jahrhundert, insbesondere in den letzten Jahrzehnten, ungeheure Fortschritte gemacht. Der medizinisch-technische Fortschritt hat einen Umfang angenommen und eine Geschwindigkeit entwickelt, der uns kaum noch kontrollierbar erscheint. Dieser medizinische Fortschritt hat aber nicht nur Lösungen gebracht, sondern auch viele Fragen aufgeworfen.

Was die Medizin kann ist eine Frage der Forschung und der klinisch-technischen Fertigkeiten. Was die Medizin darf ist eine Frage der Ethik und des Rechts. Durch die Ausweitung des Könnens besteht die Gefahr, dass sich das Dürfen ausschließlich nach technisch Machbarem richtet (3).

Obwohl Sterben und Tod Grunderfahrungen des Menschen und natürlich auch der Medizin sind, gehören Entscheidungen zum Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen zu den schwierigsten Aufgaben des Arztes. Die Anerkennung des „point of no return“ im therapeutischen Konzept bedeutet nicht die Beendigung medizinischer Maßnahmen und auch nicht das Ende der ärztlichen Verantwortung für den Patienten.

Die Konsequenz aus der Erkenntnis des „point of no return“ heißt nicht Resignation, und sie heißt auch nicht Hoffnungslosigkeit. Die Konsequenz heißt aktives palliativmedizinisches Handeln, d.h. bestmögliche Lebensqualität durch Symptomkontrolle, mitmenschliche Begleitung und Verwirklichung realistischer Hoffnung.

### **Palliativmedizin, Palliativtherapie, Supporttherapie**

Die Palliativmedizin wird häufig als eine neue medizinische Disziplin beschrieben. Das ist sie nicht. Sie ist wahrscheinlich die älteste, denn früher gab es bei fast keiner Erkrankung einen kurativen Ansatz. Neu sind die medizinischen und wissenschaftlichen Fortschritte der letzten Jahrzehnte in der Schmerztherapie, Symptomkontrolle und bei den Erkenntnissen von elementaren Bedürfnissen Schwerstkranker und Sterbender. Wiederentdeckt wurden Kommunikation, Ethik, Mitmenschlichkeit, Teamarbeit und der Mensch in seiner ganzheitlichen Dimension (6).

Während der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde die Betreuung von Patienten in der Terminalphase zunehmend vernachlässigt. Begünstigt wurde diese Entwicklung durch Änderungen in der Gesellschaft als auch durch den Glauben an die Fortschritte der technisierten Medizin.

Es ist das Verdienst der von Großbritannien ausgehenden modernen Hospizidee und Hospizbewegung, dass diese Defizite erkannt und neue Konzepte zur Behandlung und Betreuung schwerkranker und sterbender Patienten entwickelt wurden. Aus diesen Anfängen heraus

entstand die Palliativmedizin (2, 7, 8, 11, 12). Die Hospizidee ist eine die gesamte Gesellschaft beeinflussende Bewegung; dazu gehören:

1. ein wiedergewonnener und bewusster Umgang mit Leben, Sterben und Tod,
2. ein wiedergewonnener mitmenschlicher Umgang durch Förderung der Familienzugehörigkeit und Nachbarschaftshilfe sowie
3. das Erhalten von Autonomie und Würde Schwerstkranker und Sterbender.

Dies kann überall, sei es zu Hause, im Altenheim, im Krankenhaus, auf einer Palliativstation oder im Hospiz realisiert werden.

An dieser Stelle erscheint es notwendig, auf einige Definitionen einzugehen, da die Palliativmedizin immer wieder mit anderen Begrifflichkeiten verwechselt wird. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin definiert die Palliativmedizin wie folgt: Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist.

Bezogen auf Tumorpatienten kann die Palliativmedizin wie folgt definiert werden: „Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Tumorerkrankung und begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Behandlung die Lebensqualität ist.“

Zur Palliativmedizin gehören alle Maßnahmen zur Vermeidung und Therapie tumorbedingter Symptome unter Berücksichtigung der physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Probleme des Patienten, ohne dass Einfluss auf die Tumorerkrankung selbst genommen wird. So ist z.B. die Anlage eines Anus praeter bei gastro-intestinaler Obstruktion unter Berücksichtigung der oben genannten Definition durchaus eine palliativmedizinische Maßnahme.

Bezogen auf die Schwerpunkte ihrer Tätigkeiten können Palliativtherapie und Supportivtherapie wie folgt definiert werden: Palliativtherapie ist die antineoplastische Therapie, die bei fehlendem kurativen Ansatz Einfluss auf die Tumorerkrankung selbst nimmt (z.B. Chemotherapie, operative Tumor- oder Metastasenreduktion). Supportivtherapie ist die Vermeidung oder Therapie tumortherapiebedingter Nebenwirkungen oder Komplikationen (z.B. Behandlung von Übelkeit und Erbrechen nach Chemotherapie oder der Mucositis nach Strahlenbehandlung).

### **Inhalte und Prinzipien der Palliativmedizin**

Nach der oben dargestellten Definition der Palliativmedizin liegt das Hauptziel der Behandlung in der Verbesserung der Lebensqualität des Patienten. Um dieses Ziel zu erreichen, gehören zur Palliativmedizin folgende Inhalte und Prinzipien (9):

#### 1. physische Aspekte:

- medikamentöse Symptomkontrolle, z.B. bei Schmerz, Dyspnoe, Nausea, Emesis, Obstipation, Obstruktion, Verwirrtheit, präfinalem Rasseln;
- Flüssigkeitssubstitution in der Terminalphase;
- interventionelle Therapie, z. B. Stents, Lasertherapie;
- Physiotherapie in der Palliativmedizin;

#### 2. psychische, soziale und spirituelle Aspekte:

- Berücksichtigung der psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse des Patienten, der Angehörigen und des Behandlungsteams sowohl bei der Krankheit, beim Sterben und in der Zeit danach;

#### 3. ethische und rechtliche Fragen:

- intensive Auseinandersetzung mit speziellen Fragen der Kommunikation und Ethik;
- Arzt-Patientenbeziehung;
- Selbstbestimmung des Patienten;
- Grenzen der Behandlung, z.B. Chemotherapie, Strahlentherapie, Therapieabbruch;
- Sterbehilfe und Sterbebeistand.



Obwohl die Linderung von Leiden die Aufgabe aller Ärzte war und ist, ganz gleich welche Ursache dazu geführt hat oder wieweit die Erkrankungen fortgeschritten sind, zielt die Palliativmedizin ganz klar auf die Linderung der Leiden im Endstadium ab, wenn sich das Augenmerk der Behandlung ganz auf die Schaffung von Lebensqualität richtet und nicht mehr auf die Lebensverlängerung.

Die Palliativmedizin schließt eine Chemotherapie, Strahlentherapie oder operative Therapie nicht aus. Voraussetzung ist aber, dass die Vorteile dieser Maßnahmen größer sind als deren potentielle Nachteile (5, 13). Aufgabe und Ziel der Palliativmedizin ist es, eine Unterstützung anzubieten, damit der Patient eine bestmögliche Lebensqualität in seiner ihm verbleibenden Zeit erreichen kann. Dies wird erreicht durch die Kooperation zwischen kompetenten palliativen Einrichtungen, mit Hausärzten, Sozialstation und Krankenhausstationen, um eine optimale Behandlung rund um die Uhr überall dort zu sichern, wo diese Patienten betreut werden.

Kommunikation und Ethik haben in der Palliativmedizin ihren besonderen Stellenwert durch die Herausforderungen, die entstehen, wenn ein Mensch mit seinem Lebensende konfrontiert wird. Die Notwendigkeit zum offenen und wahrhaftigen Gespräch sind in Studien bestätigt. Aus ihnen lässt sich ableiten, wie eindeutig Patienten sich Offenheit wünschen und wie schwer Ärzte sich mit dieser Frage tun (6). Die Umsetzung der Palliativmedizin ist im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich gleichermaßen notwendig. Im folgenden soll aber ausschließlich auf die Palliativstation eingegangen werden.

### **Palliativstationen**

Palliativstationen sind eigenständige, an ein Krankenhaus angebundene oder integrierte Stationen. Aufgenommen werden Patienten mit einer inkurablen, fortgeschrittenen Erkrankung und Symptomen, wie z.B. Schmerzen, anderen körperlichen Symptomen, psycho-sozialen Problemen, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen. Für die Umsetzung eines ganzheitlichen Behandlungsansatzes mit möglichst rascher Schmerz- und Symptomlinderung ist neben der kompetenten ärztlichen und pflegerischen Behandlung die enge Zusammenarbeit mit Seelsorgern, Sozialarbeitern, Psychologen, Physiotherapeuten und anderen Berufsgruppen erforderlich. Die Entlassung des Patienten in die häusliche Umgebung mit ausreichender Symptomkontrolle ist das Ziel der Behandlung (4, 6, 10).

Um die Arbeit auf einer Palliativstation leisten zu können, müssen personelle Voraussetzungen erfüllt werden. Dazu gehört im Krankenpflegebereich ein Stellenplan von 1,4 : 1 (Krankenpflege zu Patient) und 1 Arztstelle für 8-10 Betten. Voraussetzungen für ein gut funktionierendes Palliativteam sind fachliche und menschliche Qualifikationen. Dabei sind fachliche Kompetenz und kommunikative Eigenschaften als Person und Mitarbeiter, menschliche und ethische Reife, Fähigkeit zur Anleitung, zur Supervision und zum Unterricht besonders zu berücksichtigen.

Palliativstationen sollten eigenständige Einrichtungen sein und folgende räumliche Voraussetzungen bieten: Die Station sollte eine Größe von 8-12 Betten haben, etwa je zur Hälfte über Ein- und Zweibettzimmer verfügen. Eine wohnliche Gestaltung der Patientenzimmer und der anderen Räume ist notwendig, um möglichst wenig an einen routinemäßigen Krankenhausbetrieb zu erinnern. Dazu gehören deswegen auch ein Wohnzimmer mit Kochgelegenheit und, wenn realisierbar, eine Terrasse oder ein Balkon und Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige. Selbstverständlich gehören zu einer Palliativstation noch Funktionsräume, wie ein behindertengerechtes Bad, ein Dienstzimmer, ein Behandlungszimmer für den Arzt und ein Besprechungsraum.

Organisatorisch sind Palliativstationen in der Regel eigenständige Stationen mit größtmöglicher Autonomie, d.h. der Arzt und das Krankenpflegepersonal sind ausschließlich für diese Patienten zuständig. Die Palliativstation sollte von einer medizinischen Fachdisziplin organisiert und geleitet werden, die zur interdisziplinären Zusammenarbeit verpflichtet ist.

Durch eine besonders intensive und individuelle Betreuung der Patienten ist auf einer Palliativstation nicht nur eine kompetente Schmerztherapie und Symptomkontrolle möglich, sondern auch eine umfassende psycho-soziale Unterstützung von Patienten und Familie.

Palliativstationen bieten ideale Aus-, Weiter- und Weiterbildungsmöglichkeiten, da in relativ kurzer Zeit viele Erfahrungen im Umgang mit belastenden körperlichen Symptomen, in der

Kommunikation mit Schwerstkranken und Sterbenden und deren Angehörigen sowie bei ethischen Fragestellungen gemacht werden können.

Einige Patienten, die zu uns kommen, fordern zu Beginn des stationären Aufenthaltes aktive Sterbehilfe ein aufgrund von unerträglichen Schmerzen, anderen extrem belastenden körperlichen Symptomen, Verlust der Würde oder Autonomie. Ich kann mit Überzeugung sagen, dass wir praktisch immer soviel für unsere Patienten tun können, dass aktive Sterbehilfe kein anhaltendes inständiges Begehren der Patienten bleibt. Dies zu erreichen, ist häufig relativ einfach durch eine gute Kontrolle der körperlichen Symptome, insbesondere der Schmerzen oder die Hilfestellung bei der Bewältigung psychischer, sozialer oder spiritueller Probleme.

Häufig ist die Lösung der Probleme schwierig, weil wir eventuell das eigentliche Problem noch gar nicht erkannt haben. Zeit, viel Zeit für den Patienten, die Angehörigen, intensives Zuhören und Sensibilität, Angesprochenes richtig zu interpretieren, Flexibilität und Kreativität sind wichtige Voraussetzungen, um Patienten aus schwierigen Situationen herauszuführen. Wir können nicht alle Probleme für unsere Patienten lösen, aber wir sind bereit, uns auf die Probleme der Patienten einzulassen, ihre Sorgen und Nöte ernst zu nehmen und Verständnis aufzubringen.

Die Erfahrungen der Palliativstationen in Deutschland und in den anderen Ländern haben gezeigt, dass die Palliativmedizin und insbesondere die Palliativstationen den Patienten Geborgenheit und Hilfe bieten und neue Maßstäbe in der Betreuung und Versorgung schwerstkranker Tumorpatienten gesetzt haben. Patienten erleben diese Stationen als Orte des Friedens, des Vertrauens, des Vertrautseins, der Offenheit, der Ehrlichkeit und des Akzeptiertseins wie man ist (5, 6). Es hat sich gezeigt, dass Angst und Isolation gebrochen, Not und Unsicherheit abgebaut werden können, wenn Verständnis, Offenheit, Information und Respekt für die Kranken aufgebracht werden.

Wenn wir uns so intensiv um die Patienten bemühen, können wir das angestrebte Ziel, nämlich das Gewinnen und Erhalten von Lebensqualität, verbunden mit Krankheitsverarbeitung und Krankheitsbewältigung erreichen. Die Palliativmedizin zeigt, dass auch unheilbar Kranke ein Leben bis zuletzt leben können und für lebenswert halten, wenn wir für die Kranken bis zuletzt da sind, ihnen realistische Hoffnung geben und sie nicht alleine lassen.

### **Wesen der Palliativmedizin**

Was das Wesen der Palliativmedizin ausmacht, ist

- dass nicht das medizinisch-technische Machbare im Vordergrund steht, sondern das medizinisch-ethisch Vertretbare,
- der Patient in seiner Ganzheitlichkeit mit physischen, psychischen und geistig-seelischen Problemen und Nöten,
- die Akzeptanz der Autonomie und der Respekt vor der Würde des Menschen im Leben, im Sterben und danach.

Um diesem hohen Anspruch der Palliativmedizin gerecht zu werden, brauchen wir eine neue Form der interdisziplinären Zusammenarbeit. Voraussetzung dafür ist nicht nur die Bereitschaft zur Zusammenarbeit, sondern auch die fachliche und menschliche Kompetenz der Ärzte und in gleichem Maße die des Krankenpflegepersonal, der Seelsorger, der Sozialarbeiter und anderer Mitglieder des multidisziplinären Teams.

### **Abschließende Bemerkung und Ausblick**

Bisher hat sich die Palliativmedizin in Deutschland weitgehend durch Einzelinitiativen ausgezeichnet. Diese Initiativen haben nachweisen können, dass die Palliativmedizin eine wesentliche Verbesserung der Betreuung, Behandlung und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen darstellt. Es ist an der Zeit, Palliativmedizin als ein Konzept anzusehen, damit alle in der medizinischen Behandlung involvierten Berufsgruppen – insbesondere Ärzte und das Krankenpflegepersonal – in der Lage sind, Palliativmedizin anzubieten. Die Palliativmedizin liegt auf der ärztlichen Seite in der Verantwortung aller Ärzte, unabhängig von ihrer Spezialisierung.

Um der Palliativmedizin den Stellenwert zu geben, den sie verdient, müssen wir nicht nur unsere ärztlichen und pflegerischen Kolleginnen und Kollegen überzeugen, nicht nur unsere

Standesorganisationen, sondern auch die Bevölkerung, unsere Politiker und Kostenträger. Alle sollten zu der Überzeugung kommen, dass Palliativmedizin in der Lage ist:

- Schmerzen und andere Symptome auf ein erträgliches Maß zu reduzieren,
- unnötiges Leid zu verhindern und
- die Würde des Menschen wieder herzustellen.

### **Zusammenfassung**

Die Palliativmedizin integriert traditionelle medizinische Aufgaben mit neuen Erkenntnissen der Wissenschaft bei Patienten mit nicht heilbaren, weit fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankungen, um die bestmögliche Lebensqualität für diese Patienten zu erreichen. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ gilt auch in der Palliativmedizin. Palliativstationen haben aber nicht nur neue Maßstäbe in der Betreuung und Versorgung Schwerstkranker und Sterbender gesetzt. Diese Stationen sind ideale Aus-, Weiter- und Fortbildungsstätten, um im Umgang mit diesen besonders belasteten Patienten in kurzer Zeit viel Erfahrung zu sammeln.

Auf diesen Stationen kann man erleben, dass Palliativmedizin in der Lage ist,

- Schmerzen und andere Symptome auf ein erträgliches Maß zu reduzieren
- unnötiges Leid zu verhindern und
- die Würde des Menschen wieder herzustellen.

Palliativmedizin ist aktive Lebenshilfe.

### **Literatur**

1. Aufderheide, E.: Palliativeinheiten zur Betreuung unheilbar kranker Krebspatienten. Modellprogramm zur besseren Versorgung von Krebspatienten (Schriftenreihe des Bundesministerium für Gesundheit, Bd 109) 171-183, 1998
2. Doyle, D., Hanks, G.W.C., MacDonald, N.: Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford 1996
3. Eigler, J.: Medizintechnischer Fortschritt und ärztlicher Ethos, in: Honnefelder, L., Streffer, C. (Hrsg.): Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, Berlin 1997, 157-168
4. Husebö, S., Klaschik, E.: Palliativmedizin, Berlin 2000
5. Klaschik, E., Nauck, F.: Erfahrungen einer Palliativstation, in: Dt. Ärztebl. 1993, 90/48 A, 3226-3230
6. Klaschik, E., Husebö, S.: Palliativmedizin, in: Anaesthesist, 1997, 46, 177-185
7. Klaschik, E., Nauck, F.: Historische Entwicklung der Palliativmedizin, in: Zentralbl. Chir 1998, 123, 620-623
8. Klaschik, E.: Entwicklungsbedarf - Gegenwärtiger Stand der Palliativmedizin in Deutschland, in: Forum DKG 2000, 2/28
9. Müller, M., Kern, M., Nauck, F., Klaschik E.: Qualifikation hauptamtlicher Mitarbeiter, Bonn 1997
10. Sabatowski, R., Radbruch, L., Nauck, F., Loick G., Meuser, Th., Lehmann, K.A.: Entwicklung und Stand der stationären palliativmedizinischen Einrichtungen in Deutschland, in: Der Schmerz (im Druck)
11. Saunders, C., Summers, D.H., Teller, N.: Hospice: the living idea, London 1981
12. Twycross, R.: Palliative Care, in: Encyclopedia of Applied Ethics 1998, 3, 419-433
13. Zech, D.: Entwicklung der Palliativmedizin in Deutschland, in: Klaschik, E., Nauck, F. (Hrsg.): Palliativmedizin heute, Berlin 1994, 85-102

## *Univ.-Prof. Dr. Dr. Waldemar Molinski SJ*

### Thesenpapier

In unserer Kultur besteht ein zunehmender Wunsch nach Euthanasie. Er ist auf eine weit verbreitete Angst vor einem menschenunwürdigen Sterben zurückzuführen. Maßgeblich für sie sind vor allem Angst vor unerträglichen Schmerzen, Angst, den Angehörigen zur Last zu fallen, die hohen Kosten einer sich in die Länge ziehenden Sterbephase. Die Euthanasie wird demnach vornehmlich als ein geeignetes Mittel zur Beendigung eines nicht mehr lebenswerten Lebens angesehen.

Die Verantwortung für die Beurteilung der Wertlosigkeit ihres Lebens und für ihre Tötung wird letztlich den Sterbenden zugemutet. Diese sind aber zur Übernahme dieser Verantwortung in aller Regel nicht in der Lage. Ihr eigentlicher Wunsch besteht vielmehr in einer möglichst schmerzfreien und friedlichen Vollendung ihres Lebens in liebevoller Begleitung und mit sorgfältiger Hilfe bei diesem Sterben, unabhängig von den dabei entstehenden Kosten.

Angesichts dieser Sachlage ist eine Freistellung der Euthanasie als kontraproduktiv für die Befriedigung der berechtigten Wünsche der Sterbenden anzusehen.

Sie ist in individualethischer Perspektive im allgemeinen abzulehnen, weil sie eine wirklich selbst bestimmte und somit menschenwürdige Lebensvollendung in aller Regel verhindert statt ermöglicht. Ihre rechtliche Freigabe ist in sozialetischer Perspektive wegen der mit ihr verbundenen Gefahren des Dammbrochs, des Missbrauchs und der Untergrabung des sozial erstrebenswerten Verhältnisses zwischen dem Arzt und seinen Patienten sowie zwischen den Patienten und ihren Angehörigen prinzipiell abzulehnen.

An die Stelle einer Hilfe zum Sterben müssen vielmehr intensivierete Bemuhungen um eine angemessene Hilfe beim Sterben treten. Zu diesem Zwecke ist vor allem die Palliativmedizin zu verbessern und konsequent anzuwenden. Indirekte passive Euthanasie unter Zuhilfenahme von Medikamenten, durch die ein menschenwürdiges Sterben unter Inkaufnahme einer Lebensverkürzung erleichtert wird, ist sittlich berechtigt und oft verpflichtend ebenso wie die rein passive Euthanasie mittels des Verzichts auf eine künstliche Verlängerung eines menschenunwürdigen Sterbens. Außerdem sind zahlreiche Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Hilfe beim Sterben und der Verzicht auf eine utilitaristische Beurteilung des Sterbevorgangs nötig. Die Seelsorge muss neue Wege in der Vermittlung der ars moriendi als ars vivendi gehen.

## ***Vortrag : Astrid Conrad, Krankenschwester***

Zentrum für Palliativmedizin am Malteser Krankenhaus, Bonn

(die in diesem Vortrag eingearbeiteten Dias können hier leider nicht eingearbeitet werden)

### **Euthanasie - und unsere Antwort? Hilfe zum Sterben oder Hilfe beim Sterben**

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich möchte Sie nun dazu einladen die Frage zur Euthanasie bzw. die Frage zur aktiven Sterbehilfe aus pflegerischer Sicht zu betrachten.

Vorab möchte ich jedoch sagen, dass es für mich keine pro und contra Diskussion in der Frage zur aktiven Sterbehilfe gibt. Ich lehne sie grundsätzlich ab! Warum?

Wenn ich mir den Krankenhausalltag anschau und erlebe wie schwerstkranke und sterbende Menschen und deren Angehörige begleitet - oder vielmehr nicht begleitet werden; oder, wenn ich höre wie Pflegekräfte, die in den Altenheimen tätig sind, den Alltag alter, dementer und kranker Menschen schildern - dann ist die Forderung vieler Menschen nach einem aktiven Beenden von Leben und Leiden auf den ersten Blick durchaus nachvollziehbar.

Die Frage für mich ist aber, wie können wir anders begleiten, um einen Gegenpol zu setzen?

Bevor wir uns alle diese Frage stellen, müssen wir aber als Erstes eine Entwicklung in Gang setzen, die überhaupt ein Bewusstsein für ethische Probleme und Fragestellungen schafft. Denn es ist nicht nur die Qualität von Pflege die es zu überprüfen und neu zu definieren gilt - es ist das ganze System, das wir in Frage stellen müssen. Wir alle sind dazu aufgerufen unsere ethischen und sozialen Grundhaltungen zu überdenken.

Ich möchte Ihnen nun ein Photo von einem Patienten mit einem exulzierenden Mundbodencarcinom zeigen:

*Dia 1: „Patient mit exulzierendem Tumor“*

Solche Bilder von schwerstkranken Menschen werden häufig in der Diskussion um aktive Sterbehilfe gezeigt. Wir kennen sie alle. Sie sind sehr plakativ, denn sie zeigen uns allzu deutlich den Verlust von körperlicher Integrität und damit auch eine sehr würdelose Seite von Krankheit und Sterben.

*Dia 2: „Patient mit Kunststoffschale“*

Durch diese einfache Kunststoffschale konnte diesem Mann nicht seine körperliche Integrität, aber seine Würde als Mensch zurückgegeben werden. Das Leiden wurde für ihn und seine Familie tragbar und seine zuvor selbstgewählte Isolation und sein Wunsch zu sterben wurde aufgegeben. Wir haben durch diese Begleitung gelernt, dass man niemals sagen sollte: „Wir können nichts mehr tun.“

Unsere ganze Kreativität und unser Wissen werden benötigt und sind oft entscheidend, ob der Wunsch eines Patienten sein Leben aktiv beenden lassen zu wollen, aufrecht erhalten bleibt - oder ob er das Sterben als einen Prozess im Leben annehmen und diesen aktiv bewältigen möchte.

In der Entwicklung der Euthanasiebewegung haben Palliativmedizin und -pflege also den dringenden Auftrag, Alternativen aufzuzeigen und dem Menschen in seiner letzten Lebensphase Würde zu geben und zu erhalten!

Wir haben in unserem Team daher versucht mutmaßliche Ängste in der Gesellschaft zu definieren und Angebote von Palliativmedizin und -pflege zu formulieren:

### 1. Die Angst vor Schmerzen

⇒ Das Angebot ist eine adäquate Schmerztherapie, was wiederum voraussetzt, dass die Begleiter zumindest die Grundlagen der Schmerztherapie beherrschen müssen.

### 2. Die Angst vor Einsamkeit

⇒ Durch die Begleitung des Patienten auf dem Weg der Erkrankung und des Sterbens wird für den Patienten spürbar: „Ich werde nicht allein gelassen - egal was noch geschehen mag.“

### 3. Die Angst vor dem Ausgeliefertsein der modernen Medizin

⇒ Das Angebot beinhaltet die Integration des Patienten in den Entscheidungsprozess und dem Achten seiner Bedürfnisse. Durch eine gute Aufklärung fühlt der Patient, dass der Mensch im Mittelpunkt steht und nicht die Krankheit.

### 4. Die Angst anderen zur Last zu fallen (jeder Mensch hat Angst davor!)

⇒ Die Erfahrung, dass bedürfnisorientierte Pflege, d.h. das Respektieren von Ängsten, Wünschen und Sehnsüchten erfüllend und partnerschaftlich ist, reduziert bei Patienten das Gefühl zur Last zu fallen. Durch eine bedürfnisorientierte, partnerschaftliche Pflege können wir Pflegenden wiederum sehr viel von dem Sterbenden lernen. In der Reflexion nach einer Begleitung messen wir die Qualität unserer Arbeit u.a. daran, ob wir etwas von dem Sterbenden haben lernen können.

### 5. Die Angst von Angehörigen, die Probleme nicht bewältigen zu können

⇒ Wir integrieren die Angehörigen mit in den Begleitungsprozess und in die nachgehende Trauerarbeit, weil wir erkannt haben, dass die Angehörigen immer die Hauptlast zu tragen haben. Durch diese Erkenntnis haben wir die Begleitung der Angehörigen als wichtigen pflegerischen Auftrag formuliert.

#### *Dia 3: Statistik Ambulanter Palliativdienst (Sterbeort):*

Die folgende Statistik zeigt, dass durch die Stützung der Angehörigen und dem Anleiten in medizinisch-pflegerischen Möglichkeiten durch unseren ambulanten Palliativdienst (APD) im Jahr 2000 74% der betreuten Patienten zu Hause versterben konnten.

Im Zeitraum 7/93 - 9/94 waren es 50% der Patienten. Diese Zahlen bedeuten, dass im Laufe der Jahre, in denen der APD tätig war, sich die Professionalität gerade auch in Bezug auf die Angehörigenbegleitung weiterentwickelt und inzwischen ein hohes Niveau erreicht hat.

### 6. Die Angst der Gesellschaft vor dem Tod, weil das Sterben nicht mehr real erlebt wird

⇒ Dieses spiegelt eine Umfrage wieder, die von ALPHA, einer vom Land NRW 1992 ins Leben gerufenen Institution wieder: Der Bundesbürger ist im Durchschnitt 40 Jahre alt, wenn er das erste Mal mit einem Toten konfrontiert wird.

Das Angebot von Palliativmedizin und -pflege besteht in der Integration des Sterbens als Teil des Lebens und der Reduzierung von Ängsten durch Aufklärung.

Zum Abschluss möchte ich Ihnen Bilder zeigen, die nichts von der Dramatik und dem Schrecken des eingangs gezeigten Photos haben. Sie zeigen vielmehr, dass das Sterben normalerweise ein leiser Prozess ist und, dass auch in dieser Phase des Lebens Freude und Genießen können dazu gehören - wenn Begleitung stattfindet!

*Dia 4: „Baden“*

*Dia 5: „Patient mit Angehörigem“*

*Dia 6: „Fußmassage“:*

Im Rahmen der Pflege haben wir die große Chance, Menschen über Berührung erreichen und begleiten zu können. Durch die Berührung in Form von Körperpflege oder wie hier gezeigt über Massagetechniken, können wir Wohlbefinden, aber auch die Annahme der Person in ihrer

individuellen Situation signalisieren. Dieses löst wiederum ein starkes Gefühl der Sicherheit beim Patienten aus.

Zum Schluss meiner Ausführungen möchte ich Kohelet 3, 1-8 zitieren:

„Für alles gibt es eine bestimmte Zeit...  
eine Zeit zum Gebären, eine Zeit zum Leben, Lachen, Weinen...  
und eine Zeit zum Sterben

... zudem gibt es eine Zeit zum Schweigen  
und eine Zeit zum Reden...“

Ich wünsche mir, dass die Zeit zum Reden jetzt gekommen ist. Die Zeit, um mehr über Palliativmedizin und -pflege zu reden. Damit die dort vermittelte Haltung und das Wissen, wie wir schwerstkranken und sterbende Menschen und ihre Angehörigen begleiten können, Einzug hält in die Krankenhäuser, Kliniken und Altenheime.

Damit das Leiden beseitigt wird oder für die Betroffenen und ihre Begleiter tragbar wird.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

## Statement zur Veranstaltung "Euthanasie - und unsere Antwort?"

*Pfr. Walter Koll*

### *Klinikseelsorger an den Medizinischen Einrichtungen Bonn*

Seit 6 1/2 Jahren arbeite ich als Seelsorger hier in der Universitätsklinik auf dem Venusberg und bin unter anderem zuständig und hauptverantwortlich für die Med. Poliklinik unten in der Stadt, in der pro Jahr ca. 130 Menschen, überwiegend onkologische Patienten, sterben. Soweit es mit möglich ist und gewünscht wird, begleite ich diese Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige auf ihrem manchmal kurzen, manchmal aber auch mehrere Jahre dauernden Krankheits- und Sterbeweg. Aus den Erfahrungen heraus, die ich in dieser Zeit mit diesen Menschen gemacht habe, ist meine Sichtweise und Haltung und Schlussfolgerung zum Thema Euthanasie entstanden, wie ich sie im Folgenden skizziere.

Es ist nach meiner Erfahrung nur ein geringer Teil von Kranken, der sich in Gesprächen dahingehend äußert, es wäre gut, wenn es die Möglichkeit gäbe, dem Leben bzw. dem Leiden ein Ende zu setzen. Es ist ebenso nur ein kleiner Teil von Angehörigen, der in dieser Situation davon spricht, es wäre doch besser, man dürfe dieses Leben/Leiden beenden.

Anders als gesamtgesellschaftlich, wenn nicht direkt Betroffene, wenn gewissermaßen Gesunde darüber diskutieren, ob Euthanasie erlaubt oder nicht erlaubt sein sollte, ob Euthanasie als Lösung in solchen Fällen straffrei möglich sein sollte oder nicht, wird in der Situation der direkten Betroffenheit als Kranke/r oder als Angehörige/r das Thema Euthanasie zurückhaltender angesprochen und nur von wenigen ausgesprochen befürwortet.

Weitaus größer ist die Zahl derer, die bis zuletzt hoffen, die bis zum Schluss kämpfen. Und es wächst die Zahl derer, die ihre letzte Lebensphase bewusst erleben und weitgehend selbst gestalten wollen (Symbol dafür ist unter anderem die Verwendung von Patientenverfügungen, die eigene Entscheidung, das Leben Zuhause oder in einem Hospiz zu beenden).

Es gibt viele Gründe, die den Wunsch nach Beendigung des Leidensweges aufkommen lassen. Sie sind oft verständlich und nachvollziehbar aus der aktuellen Situation der Kranken heraus. Ich möchte das gar nicht bewerten und tue das auch im direkten Gespräch mit den Patienten oder deren Angehörigen nicht, sondern gehe jeweils respektvoll und verständnisvoll mit diesen Wünschen um, was dem Grundverständnis von seelsorglicher Begleitung entspricht.

Aber ich möchte doch diese Wünsche nach bzw. die Gedanken in Richtung Euthanasie deuten. Und ich möchte diese Deutung mit 2 Patientenschicksalen verbinden.

#### *Eine erste Deutung: Der Wunsch nach der Todesspritze ist ein Akt der Verzweiflung*

Von Elisabeth Kübler-Ross wissen wir, dass es im Sterben eine Phase der Depression, der tiefen Verzweiflung gibt, in der die Sterbenden die Sinnhaftigkeit dessen, was mit ihnen geschieht, die Sinnhaftigkeit ihres Lebens und ihres Leidens bezweifeln und daran verzweifeln. Und dank Elisabeth Kübler-Ross wissen wir auch, dass diese Phase vorübergeht, dass sie nicht die letzte Phase auf dem Weg des Sterbens ist, sondern ein Durchgangsstadium; dass nach der Bewältigung dieser Phase die Fähigkeit zur Akzeptanz des Sterbens, zur Annahme des Todes kommt. In dieser Phase der Depression, der tiefen Verzweiflung kommt oft der Wunsch nach der Todesspritze auf. Die Euthanasie wird hier als einziger Ausweg aus der als sinnlos empfundenen Situation gesehen.

Den Patienten ernst nehmen heißt aber gerade nicht, ihm diesen Wunsch erfüllen. Sondern, - was angemessener, aber viel mühsamer ist - es heißt: mit ihm gemeinsam diese Phase zu durchleben, mit ihm gemeinsam herauszufinden, was genau hinter diesem Wunsch nach Beendigung seines Lebens steckt und was ihm hilft und wie wir ihm helfen können, seinen Weg weitergehen zu können.



Als Beispiel dazu möchte ich von einer Patientin der Klinik für Mund-/ Kiefer-/ Gesichtschirurgie sprechen. Sie hatte mehrere schwere Operationen im Gesichtsbereich infolge von Unterkieferkrebs hinter sich. Dabei musste der Unterkiefer links entfernt werden, außerdem die Lymphgefäße bis in den Schulterbereich. Insgesamt musste sie drei große Operationen über sich ergehen lassen, weil immer wieder etwas Neues gefunden wurde. Sie musste dabei viele Schmerzen ertragen. Am schwersten zu ertragen aber war die weitgehende Entstellung des Gesichtes. Über eineinhalb Jahre war die Ernährung für sie nur über die Bauchsonde möglich, danach konnte sie lange Zeit nur Suppe oder sonstige flüssige Kost zu sich nehmen. Der mit der Operation verbundene Luftröhrenschnitt hinderte sie auch über den Krankenhausaufenthalt hinaus daran zu sprechen (nur schriftliche Kommunikation).

Bei meiner letzten Begegnung mit ihr, als sie zu einer Kontrolluntersuchung hier in die Klinik kam, erzählte sie mir Folgendes.

Als ich nach meinen vielen Operationen so dalag und nicht wusste, wie es weitergehen soll mit mir, was aus mir wird; als ich soviel aushalten musste an Schmerzen und anderen Begleiterscheinungen, da habe ich mir gedacht, es ist besser, wenn Schluss wäre mit meinem Leben. Da wollte ich einfach aus dem Fenster springen; da habe ich gedacht, es wäre gut, wenn mir jetzt ein Arzt eine Spritze geben könnte/dürfte, durch die dann alles zuende wäre. Das ist jetzt eineinhalb Jahre her! Und ich bin froh, dass ich nicht gesprungen bin und dass die Ärzte hierbei uns keine Todesspritze geben dürfen.

Heute schaue ich jeden Tag ein paar mal so zwischendurch zum Himmel und sage: Danke! Ich bin froh, dass ich noch lebe - wenn auch mit vielen Einschränkungen. Ich freue mich jeden Tag, dass ich noch da bin.

### *Eine zweite Deutung: der geäußerte Wunsch nach Euthanasie ist ein Hilferuf*

Aus der Suizidforschung kennen wir das Phänomen, dass viele Menschen, die einen Suizidversuch unternehmen, im Grunde nicht das Ziel haben, sich umzubringen, sondern durch den unternommenen Versuch oder durch das Sprechen über Suizidgedanken auf sich und ihre innere Notsituation aufmerksam machen wollen und diese Aufmerksamkeit nur so herstellen zu können glauben. Ihr Ziel besteht darin, Verständnis für ihre Lage zu erreichen, Hilfe in ihrer Not zu bekommen, damit sie weiterleben können, das Signal auszusenden: mit geht es schlecht und keiner merkt es.

Ähnlich verhält es sich nach meiner Wahrnehmung auch mit dem Sprechen über bzw. dem Wunsch nach Euthanasie. Auch hier gilt es, den Wunsch des Patienten ernst zu nehmen, indem wir ihm ermöglichen, seine innere Not auszudrücken und ihm dabei verständnisvoll zu begegnen. Und es gilt, mit ihm gemeinsam nach Lösungen zu suchen, die ihm ein Weiterleben, ein Weitergehen auf dem Weg der Krankheit - und des Sterbens ermöglichen.

Auch hierzu ein Beispiel aus meiner Arbeit: eine Patientin aus der Med. Poliklinik, eine onkologische Patientin, die schon verschiedene Chemotherapien hinter sich hatte sowie eine Strahlentherapie. Sie kam mit einem Rezidiv in die Poliklinik und es wurde erneut eine Chemotherapie angeordnet, die wiederum mit verschiedenen unangenehmen Begleiterscheinungen verbunden war: Übelkeit und Appetitlosigkeit, Haarausfall, schmerzhafte Entzündungen im ganzen Mundbereich.

Als ich sie auf ihrem Zimmer besuchte, klagte sie mir ihr Leid: es geht mir nicht gut; keiner kümmert sich um mich; meine Kinder wohnen alle weit weg und sie haben ja überdies genug mit sich zu tun, mit ihrer Arbeit, mit ihren Kindern; meine Freunde sind alle alt und schwach, viele sind auch schon tot. Ich fühle mich einsam und verlassen; keiner, der sich mir zuwendet, keiner, der mir ein bisschen Geborgenheit schenkt. Ich falle allen nur zur Last! Am besten wäre ich wäre tot! Wenn es erlaubt wäre, würde ich um eine Spritze oder Tablette bitten - und alles wäre vorbei.

Auf meine im Verlaufe des Gesprächs gestellte Frage, was denn wäre, wenn es anders wäre, wenn sie Geborgenheit und Zuwendung und Nähe und Anteilnahme erleben würde - würde sie dann auch eine Spritze oder Tabletten haben wollen, damit sie tot wäre, antwortete sie spontan

und ohne zu zögern: "Nein! Dann ginge es mir ja viel besser; dann könnte ich das alles, die ganze Krankheit, viel besser aushalten und ertragen."

Für mich als Seelsorger ergibt sich aus diesen beiden Deutungen, die ich immer wieder in ähnlicher Weise durch meine Gespräche mit Sterbenden und deren Angehörigen bestätigt sehe, das folgende Fazit:

Der Wunsch nach Sterbehilfe, geäußert als Wunsch zur Hilfe zum Sterben, sprich: Euthanasie, ist in den weitaus meisten Fällen ein Wunsch zur Hilfe beim Sterben, sprich: zur Begleitung im Sterben.

Der Wunsch nach Euthanasie ist für uns als Menschen, die als Angehörige beteiligt sind, für uns als professionelle oder ehrenamtliche Helfer/innen, für uns als Gesellschaft eine Herausforderung. Er fordert uns zur intensiven Beschäftigung mit den damit verbundenen Fragen heraus; er fordert uns zur intensiven Begleitung der Betroffenen heraus; er fordert uns dazu heraus, Mittel und Wege zu suchen und zu finden, die es den Sterbenden ermöglichen, ihren Sterbeprozess nicht abzubrechen, sondern bis zum Ende gehen zu können. Zu diesen Mitteln gehören: menschliche Zuwendung, Verständnis, sich Zeit nehmen, gute Pflege, Schmerzbehandlung, mit bzw. bei den Kranken aushalten.

Ich möchte enden mit einem Bild, das ich in einem kleinen Büchlein des Wiener Theologen Zulehner gefunden habe (jedem sein eigener Tod):

Ein Schiff gerät kurz vor der Einfahrt in den Zielhafen in Seenot. Aus eigenen Kräften kann die Besatzung den Hafen nicht erreichen. Ein Hilferuf wird geschickt. Das SOS wird empfangen. Rettungskräfte begeben sich zum Schiff in Not. Aber statt es in den Hafen zu lotsen, versenken sie das Schiff.