

Die Sterbehilfedebatte generiert vorschnelle Antworten und verdeckt die tieferliegenden Probleme

GU DRUN SCHAICH-WALCH / DR. JÜRGEN BAUSCH



Die Zeichen mehren sich, dass man einen natürlichen Tod am Ende eines erfüllten Lebens zunehmend nicht mehr als unabänderliche biologisch gewollte Tatsache akzeptiert, sondern dem „Gevatter Tod“ versucht, ins Handwerk zu pfuschen. Sowohl durch medizinisch intensivpflegerische Übertreibungen mit sinnloser Lebensverlängerung, als auch durch das Fordern nach aktiver Hilfe durch den Arzt – oder eine Sterbehilfsorganisation – dem nicht mehr als lebenswert empfundenen Zustand ein vorzeitiges Ende zu bereiten.

Mehr oder minder unbemerkt verschiebt sich im Falle legislativer Nachgiebigkeit die Rolle des Arztes – im Abendland seit Hippokrates (460 – 370 v. Chr.) definiert – zu einem Arztbild, das den Berufsstand in seinem gesellschaftlichen Ansehen nachhaltig negativ verändern wird. „Auch werde ich niemanden ein tödliches Gift geben, auch nicht, wenn ich darum gebeten werde.“ Wer diesen Grundsatz ärztlichen Handelns missachtet, begibt sich auf eine gefährliche Reise.

Zur Zeit beherrscht die aktive Sterbehilfe-Thematik die Talk- und Printmedien. Erkennbar ist dabei zweierlei: man weist gesellschaftlich den Ärzten eine aktive Helferrolle beim Suizid zu und wird dabei sogar von Ärzten unterstützt, die einen solchen vom Patienten gewünsch-

ten „Eingriff“ – natürlich nur in bestimmten Fallkonstellationen und nur im Vieraugenprinzip – für medizinisch und ethisch vertretbar halten. Häufig auch mit dem Argument, dass diese Form der Selbstbestimmung des Patienten am Lebensende mit der Menschenwürde im Einklang stehe.

Dank des Selbstbestimmungsrechts liegt die Gestaltung unseres Lebensendes weitestgehend in unserer Hand. Jeder kann bestimmen, welche medizinischen Maßnahmen durchgeführt werden sollen und wann der Punkt erreicht ist, an dem es genug ist und der Sterbeprozess in Würde beginnen soll. Niemand muss sich einer als medizinisch und pflegerisch übertrieben empfundenen Intensivmedizin zwecks Lebensverlängerung aussetzen.

Auch für den Fall, dass der Patient nicht mehr entscheidungsfähig ist, kann man mit einer Patientenverfügung seinen Willen zum Ausdruck bringen, der dann verbindliche Handlungsanweisung ist. Keine neue gesetzliche Regelung wird diesen persönlichen Entscheidungsprozess ersetzen können. Auf diesem letzten Stück des Weges sind ärztliche Hilfe und Linderung selbstverständlich. Und einiges ist dort sicher verbesserungsfähig.

Der Deutsche Bundestag hat im November 2014 mit einer Orientierungsdebatte seine Beratungen begonnen,

ob das geltende Recht in Fragen der Sterbehilfe verändert werden soll. Obwohl eine Hilfe zum Suizid längst straffrei gestellt und es keinem Arzt verwehrt ist, einem Sterbenden und Leidenden Arzneien zu verabreichen, die ausreichend seine Not lindern auch auf die Gefahr hin, das Leben zu verkürzen.

Im Gegenteil, es ist sogar medizinisch und ethisch falsch, nicht so zu handeln. Palliativmedizin tut ein Übriges, den Sterbeprozess würdig zu begleiten. Dieses Pflänzchen muss jedoch noch kräftig wachsen und begossen werden. Wenn die derzeitige Diskussion überhaupt einen Sinn hat, dann muss die Beförderung des Wachstumsprozesses in der Palliativmedizin das Ergebnis sein.

Was aber nicht verlangt werden kann, ist, dass ein „Helfer“ zur aktiven Beendigung des Lebens beitragen soll und sich womöglich gar ein Geschäftsmodell daraus entwickelt. Wenn jemand sich zum Suizid entscheidet, muss dieser Schritt in eigener Verantwortung gegangen werden. Im Rahmen unserer jetzigen rechtlichen Regelung ist diese Möglichkeit gegeben. Veränderungen in beide Richtungen sind sehr riskant und sollten besser unterbleiben.

Sterben ohne mehr oder minder intensiven ärztlichen Beistand findet in Deutschland – von tödlichen Unfällen und unerwarteten plötzlichen Todesfällen mal abgesehen – ohnehin nicht statt. Der Sterbende kann sich auf die Rolle seines Arztes als Helfer und ein dem Leben verpflichteten Heiler verlassen und darauf vertrauen.

Dass es genügend Beispiele gibt, wo sich der Sterbende mehr ärztliche Zuwendung wünscht, als ihm gegeben wird, steht außer Frage. Aber weil dem so ist und die Rahmenbedingungen für ärztliches Handeln in der Sterbebegleitung verbessert werden können, kann nicht die Antwort auf diesen Mangel darin bestehen, mit ärztlicher Hilfe das Leben zu verkürzen.

Leichtfertige Grenzverschiebungen bergen immer den Kern der falschen Weichenstellung zu schweren Verwerfungen. Insbesondere angesichts extremer ökonomischer Belastungen, die in einer alternden Gesellschaft diejenigen bringen werden, die schwer dement auf Fremdhilfe dauerhaft angewiesen sind.

Deutschlands Geschichte, aus der wir lernen müssen, zwingt uns, innezuhalten. Ärzte haben einen verantwortungsvollen Beruf für das Leben. Dazu gehört auch die Sterbebegleitung. Aber es gehört nicht zum Berufsbild des Arztes, das Lebensende eines Menschen aktiv herbeizuführen. Ganz abgesehen davon, dass der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe in der gelebten Wirklichkeit unseres Landes extrem selten ist.

In der augenblicklichen Situation konzentrieren wir uns auf den Wunsch, das Leben zu beenden, weil eine unheilbare, schwere mit starken Schmerzen einhergehende Erkrankung vorliegt und verweisen zu recht auf die Möglichkeiten der Palliativmedizin.

Steigende Hilfsbedürftigkeit, der Verlust des Selbstwertgefühls wegen schwindender Kompetenzen und die Zunahme von Einsamkeit auch auf Grund veränderter Familienstrukturen lassen bei manchen Menschen die Flucht in den Tod als einen gangbaren Weg als das weitere Leben erscheinen. Auf die sich daraus entstehenden Fragen haben wir bisher keine Antworten. Die Palliativmedizin kann soziale Vereinsamung und Überalterung ebensowenig beseitigen wie die bisher angedachten Gesetzesänderungen.

Kontakt:

**Dietmar Preding | Geschäftsstelle Frankfurter Forum e.V. |
Mozartstraße 5 | 63452 Hanau |
E-Mail: dp-healthcarerelations@online.de
<http://frankfurterforum-diskurse.de>**