



Humane Sterbebegleitung versus aktive Sterbehilfe



Gesprächskreis
Sozialpolitik

Friedrich-Ebert-Stiftung
Gesprächskreis Sozialpolitik

Humane Sterbebegleitung versus aktive Sterbehilfe

April 2006

Herausgegeben vom Wirtschafts- und sozialpolitischen
Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung
Abteilung Arbeit und Sozialpolitik

© Friedrich-Ebert-Stiftung

Herausgeber: Friedrich-Ebert-Stiftung
Wirtschafts- und sozialpolitisches
Forschungs- und Beratungszentrum
Abteilung Arbeit und Sozialpolitik
D-53170 Bonn

Layout: Pellens Kommunikationsdesign GmbH, Bonn

Inhalt

Peter König	
Vorbemerkung	5

Ulla Lessmann	
Zusammenfassung	6

„Humane Sterbebegleitung versus aktive Sterbehilfe“

Impulsreferate

Gerda Graf	11
Dr. Kurt F. Schobert	16
Prof. Dr. Bernd Seeberger	26
Prof. Dr. Wolfgang van den Daele	33

Stellungnahmen der Diskutantinnen und Diskutanten zu den Vorträgen

Ulrike Baureithel	38
Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner	43
Prof. Dr. Ulrich Eibach	46
Erika Feyerabend	51
Prof. Dr. Henk Jochemsen	56
Prof. Dr. Christof Müller-Busch	62
Prof. Dr. Theo R. Payk	68
Kristiane Weber-Hassemer	71

ReferentInnen, AutorInnen, Tagungs- und Diskussionsleitung	74
---	----

Veröffentlichungen	75
---------------------------	----

Vorbemerkung

Obwohl der Sterbeprozess von Menschen noch vergleichsweise selten diskutiert wird, mehren sich die Stimmen, dieses Thema durch öffentliche Diskussionen stärker zu enttabuisieren. Deshalb hatte die Friedrich-Ebert-Stiftung bereits im vergangenen Jahr in Berlin eine Konferenz mit dem Titel „Sterben in Würde“ durchgeführt. Im Vordergrund standen hier ethische, medizinische und rechtliche Fragen, die beantwortet werden müssen, wenn Menschen im Sterben liegen.

Im Anschluss an diese Konferenz wurde von einer ganzen Reihe von Personen und Institutionen der Wunsch an uns herangetragen, eine Debatte über grundsätzlich unterschiedliche Positionen zum Umgang mit Leben und Tod zu führen. Es geht um eine Kontroverse zwischen Vertreterinnen und Vertretern, die die humane Sterbebegleitung befürworten und denjenigen, die sich für eine aktive Sterbehilfe einsetzen. Aktive Sterbehilfe ist in Deutschland nach wie vor verboten. Da in einigen unserer Nachbarländern wie z. B. den Niederlanden und der Schweiz aktive Sterbehilfe legalisiert ist und auch bei uns von einigen Institutionen gefordert wird, sollten wir uns einer kritischen Auseinandersetzung mit dieser Position nicht verschließen.

Deshalb haben wir im Rahmen des Gesprächskreises Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung im Januar dieses Jahres einen Workshop durchgeführt, in dem ein Meinungsaustausch über humane Sterbebegleitung und aktive Sterbehilfe stattfand. Die vorliegende Dokumentation gibt die zentralen Positionen zu diesem Thema wieder. Neben den Impulsreferaten stellen wir auch Texte bereit, in denen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach Abschluss des Workshops ihre Einschätzung zu den Referaten und Diskussionen formuliert haben. Wir bedanken uns an dieser Stelle ganz ausdrücklich für die offene und konstruktive Diskussion sowie die Bereitschaft aller Beteiligten, eine schriftliche Meinungsäußerung zur Verfügung zu stellen.

Wir hoffen, dass diese Dokumentation dazu beiträgt, die öffentliche Diskussion des Themas „Sterben in Würde“ zu intensivieren.

Dieses Projekt wird gefördert durch Mittel der DKLB-Stiftung.

Peter König

Leiter des Gesprächskreises
Sozialpolitik

Zusammenfassung

Wie beurteilen Expertinnen und Experten die aktuelle gesellschaftliche Diskussion über aktive und passive Sterbehilfe, über ein „Sterben in Würde“ unter intensivmedizinischen Bedingungen, über den Mangel an palliativ-medizinischer und hospizlicher Versorgung und über die gesetzgeberischen Bemühungen zur Sicherstellung von Patientenautonomie am Lebensende? Welche Erfahrungen gibt es in den Niederlanden mit der dort erlaubten aktiven Sterbehilfe? Wie verhalten sich Politik und Wissenschaft angesichts einer offenbar breiten Befürwortung der aktiven Sterbehilfe in der Bevölkerung? Unter welchen Bedingungen entsteht eine solche Zustimmung? Wie geht unsere Gesellschaft mit alten und kranken Menschen um? Diese Fragen diskutierte auf Einladung des Gesprächskreises Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung ein Kreis von einschlägig ausgewiesenen Fachleuten aus der Medizin, der Psychologie, den Sozialwissenschaften, der Hospizbewegung und dem Wissenschaftsjournalismus.

Eingestimmt wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer durch vier Referate: *Professor Wolfgang van den Daele*, bis vor kurzem Leiter der Abteilung Zivilgesellschaft und transnationale Netzwerke im Berliner Wissenschaftszentrum, sprach über die neuen Studien zur Einstellung der Bevölkerung zum Thema Sterbehilfe, *Bernd Seeberger*, Professor für angewandte Gerontologie im Fachbereich Pflegemanagement an der evangelischen Fachhochschule Nürnberg, erläuterte die Lehr- und Forschungsgegenstände der jungen Wissenschaft vom Altern und die sozialen Bedingungen des Alters und Alterns in der Bundesrepublik, *Dr. Kurt Schobert* von der „Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben“ vermittelte die Anliegen seiner die aktive Sterbehilfe fordernden Initiative und *Gerda Graf*, Bundes-

vorsitzende der „Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz“, referierte die theoretischen und praktischen Intentionen der Bürgerbewegung Hospiz.

„Autonomie am Lebensende“ und „Selbstbestimmung“ waren die wiederkehrenden Stichworte in allen Referaten trotz grundsätzlich unterschiedlicher Position und gaben so zunächst den Duktus der Diskussion vor. *Kristiane Weber-Hassemer*, Vorsitzende des Nationalen Ethikrates, stellte vor allem den Referenten die Frage, inwiefern die Menschen faktisch überhaupt autonom sind angesichts von Tod und Sterben. Sie wies daraufhin, dass Autonomie und Selbstbestimmung ausdrücklich in Verbindung mit Artikel 1 GG („Die Würde des Menschen ist unantastbar“) Verfassungsgebot ist.

Gerda Graf konstatierte eine Überbetonung des Autonomieanspruchs. „Er ist nicht einhaltbar.“ Vielmehr müsse der Mensch „lernen, mit Einschränkungen und Beschränkungen leben und sterben zu können“. Es gelte zu lernen, mit der Angst zu leben, sich ihr zu stellen, „wir sind nur begrenzt autonom“. Niemand wolle Schmerzen am Ende des Lebens, es gäbe aber einen Bereich „lohnenswerten Leidens“. *Bernd Seeberger* ortete den Begriff der individuellen Selbstbestimmung im Liberalismus, eine „gewisse Verherrlichung“ dieses Begriffes sei in der aktuellen Politik kritisch zu hinterfragen. Inwieweit sei beispielsweise die Propagierung einer vorausbestimmenden Patientenverfügung ein Akt der Selbstbestimmung angesichts nicht vorhersehbarer Bedingungen im Fall der Fälle? *Kurt Schobert* gab zu bedenken, dass Menschen ihre Selbstbestimmung womöglich in sehr einnehmenden hospizlichen Zusammenhängen sogar eher eingeschränkt sehen und warnte vor einer „Leidensverherrlichung“. „Natürlich gehört Leid zum Leben.“ Die „heilbringende Kraft des Leidens“ habe sicher für den Tief-

gläubigen einen Sinn, aber andere Menschen hätten ein Recht zu sagen, „meine Selbstbestimmung endet dort, wo ich ein Leiden nicht ertragen will“.

Professor *Ulrich Eibach*, seit über 30 Jahren Klinikseelsorger in Bonn, richtete den Fokus zur Frage der Selbstbestimmung auf die Praxis: Studien ergaben, dass beispielsweise über 80 Prozent der Dialysepatienten und auch die ganz überwiegende Mehrheit von palliativmedizinisch versorgten Krebskranken nicht selber entscheiden wollen, welche medizinische Behandlung am Lebensende sie noch haben wollen. „Im Schwindel des Todes bricht die Freiheit ohnmächtig in sich zusammen“, so sagt das *Kierkegaard*. Weltanschaulich und nicht empirisch, so *Eibach*, ist zu fragen, ob Selbstbestimmung so weit auszudehnen ist, dass sie ein absolutes Verfügungsrecht über Leben und Tod impliziert? Gibt es ein Recht auf Selbsttötung, ein positives Recht, dass sich aus dem Postulat, „die Würde des Menschen ist unantastbar“, ableitet? Der Sozialwissenschaftler *Wolfgang van den Daele* problematisierte die „Entscheidungsfreiheit“. Wer entscheiden kann, darf entscheiden in Selbstbestimmung, das sei nicht gleichzusetzen mit dem „Recht auf Selbsttötung“. „Man kann einem, der sich töten will, nicht moralisch entgegen halten, Leiden ist für dich oder die Gesellschaft wichtig.“ Im Nationalen Ethikrat, dem van den Daele angehört, sei genau diese Frage derzeit in der Diskussion: Selbstbestimmung findet schließlich immer unter sozialen Bedingungen statt und manchmal ist die Lage so, dass „Entscheidungsfreiheit unter bestimmten Bedingungen nicht gegeben ist“. Man müsse die Bedingungen definieren, unter denen man sagt, es ist „keine Selbstbestimmung möglich“ oder „selbstverständlich ist die Selbstbestimmung möglich“ oder „die Selbstbestimmung ja, obwohl die Entscheidung sehr, sehr schwer ist.“

Die Wissenschaftsjournalistin und Expertin für Biomedizin, *Erika Feyerabend*, kritisierte zunächst den scheinbaren Konsens in der Sterbehilfe-Debatte, die passive Sterbehilfe betreffend: „Wenn wir den Behandlungsabbruch eigentlich unproblematisch finden, dann können wir natür-

lich auch nicht die aktive Euthanasie, die wesentlich weniger häufig ist, weiterhin verbieten. Die Wasserscheide in der Debatte um Euthanasie ist nicht die der aktiven Tat, der Giftinjektion und des Behandlungsabbruchs, sondern dann, wenn ich die Versorgungspflicht als gesellschaftlich nicht mehr verpflichtend ansehe. Ich meine, der Tod und das Sterben sind nicht ein Gegenstand wie jeder andere, er übersteigt jedes Maß. Der Tod ist ausgebürgert in dieser Gesellschaft.“ Es drohe, so *Feyerabend*, in der gesamten Debatte eine „Banalisation des Todes“, wenn das Tötungsverbot für eine stimmte Berufsgruppe aufgehoben werde. *Kurt Schobert* stimmte für viele überraschend gerade hier zu: Die Gesellschaft habe die Aufgabe, vor allem auch die Politik, sich eben mit Tod und Sterben viel intensiver, öffentlicher, ernster auseinander zu setzen um dieser „Banalisation zu entgehen“.

Geht es möglicherweise um die Einübung in eine bestimmte Vorbereitung auf Sterben und Tod, die in eine „gute Planung eines unauffälligen Sterbens mündet“? Hat die Hospizbewegung unwillentlich zu einer „Idealisierung des Sterbens“ (*Feyerabend*) beigetragen, indem sie der Euthanasie im Sinne einer Festlegung des Sterbezeitpunktes und der genauen Sterbeumstände den Boden bereitet? Professor *Christof Müller-Busch*, Palliativmediziner in Berlin und Leiter der Arbeitsgruppe „Ethik in der Palliativmedizin“ in der „Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin“, stimmte mit den Erfahrungen sowohl aus dem ärztlichen Alltag als auch aus philosophisch weltanschaulicher Sicht, diesen Einwänden zu: Die Entscheidungen am Ende des Lebens bestimmen den zeitlichen Ablauf des Sterbens. Sein Dilemma: „Sterben und Tod werden in den medizinischen Institutionen nur ermöglicht, indem auf etwas verzichtet wird, was noch möglich ist.“ Die Kriterien sind schwierig. Je näher er am Tode ist, um so mehr verliert der Mensch die Selbstbestimmungsfähigkeit, über die Konsequenzen dessen zu entscheiden, was an Optionen möglich ist! Autonomie im Alltag der Medizin ist die Möglichkeit, über die eigene Zukunft zu entscheiden, die Fähigkeit, über die eigenen Kräfte zu verfü-

gen. Eigentlich, so *Müller-Busch*, ist doch das Ziel der Medizin die Wiederherstellung von Autonomie. Die passive Sterbehilfe, beispielsweise bei einem fortgeschrittenen Leiden mit Willen des Patienten eine Beatmungsmaschine abzustellen, kann dazu führen, dass die Autonomie, selber weiter zu atmen, hergestellt wird.

Müller-Busch: „Wir müssen lernen, zu einer autonomiegestützten Entscheidungsfindung zu kommen, wir dürfen letztlich die Frage einer Legalisierung des Tötens nicht zum Autonomieorientierungspunkt machen. Dann sind wir auf der schiefen Ebene. Die aktive Sterbehilfe ist nicht mit dem Autonomieverständnis begründbar, sondern mit einer Notsituation, in der Menschen sich befinden. Genau dies bestätigte *Professor Henk Jochemsen*, Direktor des „Prof. Dr. G.A.S. Lindeboom Instituts für medizinische Ethik“ in den Niederlanden, für seine Heimat. Dort wurden zwei Gründe für die Zulassung der Euthanasie angeführt: Die Autonomie und das Leiden. Aber: „Wer schwer leidet ist weniger autonom und wer ganz autonom ist, leidet noch nicht unerträglich.“ Letztlich, so Jochemsen, wurde die Euthanasie mit der Begründung der Autonomie eingeführt, aber tatsächlich praktiziert wird sie wegen des Leidens. „Autonomie ist für die Ärzte nicht ausschlaggebend. Wenn man einmal akzeptiert hat, dass man das Leben beendet aufgrund des Leidens, dann wird man das auch machen, wenn die Bitte um Lebensbeendigung nicht mehr ausgesprochen werden kann. Und das geschieht.“ Dies, so Henk Jochemsen, liege in der Dynamik des einmal ausgelösten Prozesses, der dem Arzt von Gesetzes wegen erlaubt, anderen das Leben zu nehmen.

Der Hamburger Psychiater und Historiker *Professor Klaus Dörner*, der sich in mehreren Publikationen mit der Euthanasie unter den Nationalsozialisten befasst hat, gab zu bedenken, dass die Alltagswirklichkeit der Selbstbestimmung für ihn eine andere sei, als bis dahin diskutiert: Der ganz zentralen Selbstbestimmungsorientierung auf der einen Seite stehe genauso wichtig das Bedürfnis, Bedeutung für andere zu

haben auf der anderen Seite gegenüber, „und mich von anderen in die Pflicht nehmen zu lassen.“ Wer Selbstbestimmung als Befreiung „von allen Autoritäten“ verstehe, müsse sich auch fragen, ob denn nicht der Hilfeappell eines anderen auch eine Autorität darstellt und der „Schutz des Lebens auch eine Autorität ist, der es zu folgen gilt“. *Kristiane Weber-Hassemer* stimmte zu: Man beziehe ja immer einen in seinen eigenen Tod mit hinein, den, der zurück bleibt und den, der eventuell mir zum Tode hilft.

Als es konkret um das Für und wider aktiver Sterbehilfe ging, brachte *Erika Feyerabend* den Aspekt in die Debatte, ob man nicht „so etwas wie eine Dienstleistung installiert, eine professionelle und im Zweifel ästhetische Dienstleistung bei der „Hilfe zur Selbsttötung? Dann eröffne ich einen Prozess, der die Beweisspflicht umkehrt: Indem ich die Möglichkeit eröffne, ändert sich die Situation des Pflegebedürftigen, der nicht mehr bedingungslos auf eine Pflege vertrauen kann, sondern er und sein Umfeld geraten in eine Begründungspflicht, wenn er weiterleben will“. Wird dann der Notfallpatient gefragt, „wollen Sie denn noch behandelt werden“? In diesem Zusammenhang löste *Henk Jochemsen* nahezu ungläubige Nachdenklichkeit aus, als er berichtete, man diskutiere in den Niederlanden inzwischen die Tötung von im Anfangsstadium an Demenz erkrankten Menschen und die schwerstbehinderter Neugeborener. „Man braucht nicht mehr in der Sterbephase zu sein, auch psychische Krankheiten reichen, um einen Grund zur Hilfe bei der Selbsttötung zu haben.“ Der Tötungswunsch, die Beihilfe zum Suizid, in den Anfängen der Demenz, ist einigen Fälle bereits anerkannt worden. *Christof Müller-Busch* ergänzte, die Anzahl der Patienten, die mit einer terminalen Sedierung, also mit dem Ziel der Lebensverkürzung, behandelt werden, habe nach einer neuen Studie in den Niederlanden enorm zugenommen in den letzten Jahren. *Klaus Dörner* erzählte aus der Schweiz, dass ihm kürzlich dort Ärzte in kommunalen Altenpflegeheimen von einem Paradigmenwechsel berichteten, der bedeutet, dass alle Dementen und Heimbewoh-

ner unter palliativmedizinische Betreuung fallen. Das bedeutet, dass für Ärzte nur die kurative, also heilende, oder die palliative Tätigkeiten bleibt. Dörner: „Alle Menschen, die im Sinne von Heilung nicht mindestens deutlich zu verbessern sind, sind eigentlich nur noch palliativ aufzufassen, auch alle chronisch Kranken und alle Behinderten. Wer nicht besserbar ist, ist eigentlich auch nicht mehr so recht lebenswert.“ Pragmatisch gesehen heißt das, wenn ein Dementer eine Lungenentzündung bekommt, würde man das „interpretieren als Signal des Organismus, dass der Betreffende sterben will, wenn er sich selber nicht mehr äußern kann. Eine weitere Umdrehung der Schraube.“

Ulrike Baureithel, Wissenschaftsjournalistin beim Berliner Wochenblatt „Freitag“, beobachtet gleichfalls seit langem eine mit dieser niederländischen und schweizerischen Entwicklung einhergehende Abwertung des einwilligungsunfähigen Menschen, beispielsweise in der europäischen Bioethikkonvention. Das Recht auf Selbstbestimmung, erinnerte Baureithel, wird in Bezug auf den Schwangerschaftsabbruch ganz anders gesehen, die Relativität von Lebensanfang und Lebensende sei zu beachten.

Wolfgang van den Daele plädierte dessen ungeachtet, beziehungsweise unter Beachtung aller akzeptierten Relativierungen: „Ja, es gibt andere Werte, aber im Zweifel, im Spannungsverhältnis zwischen Selbstbestimmung und Lebensschutz, muss ich am Ende für die Selbstbestimmung mich entscheiden. Trotz aller Ambivalenzen. Die Diskussion ist ungeheuer schwierig und es kann sein, dass wir am Schluss nicht zu einem Konsens kommen.“ Er hoffe auf demokratische Mehrheitsentscheidungen im Parlament.

Ulrich Eibach hielt dagegen: „Man kommt nicht darum herum, es ist die Entscheidung über menschenwürdiges und menschenunwürdiges Leben. Dann anerkennen wir juristisch, das es lebensunwertes Leben gibt.“ Gerda Graf verwies zudem noch einmal darauf, dass an der Krankenhausporte ohnehin die Selbstbestimmung abge-

geben würde. Wer sich ins System begeben muss, wird zum Teil des Systems.

Und was ist, dies kam nach der weltanschaulichen Auseinandersetzung zur Sprache, mit den Schuldgefühlen der Zurückbleibenden? Menschen, die überhaupt nicht damit klarkommen, dass ihre Angehörigen die gewünschte aktive Euthanasie bekommen haben? *Ulrike Baureithel* verwies auf eine Untersuchung, in der sogar die Angehörigen von Organspendern mit Spenderausweis größte Probleme damit haben, dass sie mit dieser Entscheidung ihres Angehörigen leben müssen. Ist der Mensch, der im sozialen Kontext lebt und über sein Sterben entscheidet, so *Ulrich Eibach* in einer Einwendung, eben auch für die mit verantwortlich, die verlassen zurückbleiben?

Einen Moment der Stille in den engagierten Diskussionen provozierte *Bernd Seeberger* mit einer kleinen Geschichte: In einer Wohngemeinschaft für Demenzkranke im Endstadium, nach den neuesten Forschungsergebnissen gestaltet mit Duft- und Erinnerungsräumen und qualitativ hochwertiger multidisziplinärer Betreuung, brannten dem Koch die Zwiebeln an. Woraufhin eine demente Bewohnerin im Rollstuhl, seit Monaten völlig verstummt, klar und deutlich sagte: „Junge, dir brennen die Zwiebeln an.“ Am Beispiel dieser Demenzkranke warf *Gerda Graf* noch einmal die Frage auf, wer denn das Leiden Leidender nicht erträgt? Denn der Demenzkranke, so er gut betreut ist, lebt in einer glücklichen Welt. Wer dies nicht aushalten kann, sind die Angehörigen. Was gilt in einer Gesellschaft als ertragbares Leid und was nicht? „Das sind keine objektivierbaren Kriterien“, so auch *Feyerabend*.

Und die Ökonomie? *Professor Theo Payk*, Psychiater und Psychotherapeut, Autor des Buches „Töten aus Mitleid?“, in der er auch eine Kulturgeschichte der Sterbehilfe schreibt, legte den Finger in diese Wunde: Wo die Ressourcen knapper werden, wird gefragt, wen können wir noch versorgen mit den und den Krankheiten, wen können wir nicht mehr lange behandeln in „dem Alter“? Und der so genannte „Todeswunsch“

psychisch Kranker, sei der etwa Ausdruck von Autonomie und Selbstbestimmung, nicht vielmehr Aufforderung an die Anderen, zum Leben zu helfen?

In der Tat: Zwischen Autonomie, Selbstbestimmung und Lebensschutz geht es darum, das Leben am Ende des Lebens zu verbessern, so der Palliativmediziner *Müller-Busch*. Die rechtliche Regelung der Euthanasie sei angesichts der deutschen Vergangenheit und der niederländischen Erfahrungen gefährlich. Er warb statt dessen für die gesetzlich geregelte Verbindlichkeit von Patientenverfügungen. In den USA aber, wo seit 25 Jahren für Patientenverfügungen geworben wird, wollen die Menschen keine, sie vertrauen auf Angehörige und Ärzte, auch Schwerstkranke, berichtete *Erika Feyerabend*. Eher die Institutionen hätten ein Interesse an den Patientenverfügungen unter dem Motto: „Ich übe Selbstverzicht.“ Für *Wolfgang van den Daele* ist dies nicht das Problem: Wer eine machen will, macht

eine, wer keine machen will, macht keine. Aber: Ihre Verbindlichkeit sei für alle unverzichtbar als Ausdruck der Selbstbestimmung dessen, der sie verfasst hat. *Gerda Graf*: „Es ist ein großer Unterschied, ob ich in gesunden Tagen sage, ich möchte die Euthanasie am Lebensende, oder ob wir an kranken Tagen sehr oft bei Menschen erleben, dass das dann nicht mehr gewünscht wird.“ *Theo Payk* erinnerte zum Schluss an die Endgültigkeit des Todes, über den theoretisch so viel Kluges zu hören war. „Wenn Sie das Sterben eines Menschen erleben, erkennen Sie den Wert des Lebens, wenn Sie erleben, dass Jemand den letzten Atemzug tut und dann ist Schluss. Da ist nichts mehr, da kommt nichts mehr, keine Regung, kein Gefühl. Es ist entsetzlich im Grunde genommen. Ehe wir diesen letzten Schritt in die Waagschale legen, sollten wir das tausend Mal angucken. Denn dahinter gibt es kein Zurück mehr.“

Impulsreferat

1. Die Hospizidee – Für eine neue Kultur von Sterben und Leben

Vom lateinischen *hospitium* – Herberge – leitet sich der Name der modernen Hospizbewegung ab. Diese will Herberge sein für sterbenskranke Menschen. 95 Prozent der Bevölkerung äußern den Wunsch, *zu Hause sterben* zu wollen – tatsächlich sterben um die 70 Prozent in Institutionen des Gesundheitswesens wie Krankenhäusern und Pflegeheimen. Das will die Hospizbewegung ändern und so eine neue Kultur von Sterben und Leben fördern. Ziel ist: *Das Leiden Sterbenskranker zu lindern*, ihnen zu ermöglichen, in der vertrauten Umgebung zu bleiben und den Angehörigen beizustehen.

Hospizarbeit ist *Sterbebegleitung* durch befähigte *ehrenamtliche Hospizhelferinnen und Hospizhelfer*. Sie stehen gemeinsam mit Mediziner*innen, Pflegekräften, Sozialarbeitern und Theologen sterbenskranken Menschen in ihrem letzten Lebensabschnitt zur Seite.

Im Einzelnen erstreckt sich die Hilfestellung auf: *Psycho-soziale Begleitung*: Emotionalen Beistand für die Sterbenden und ihre Angehörigen, Hilfe bei der Auseinandersetzung mit dem bevorstehenden Tod, Unterstützung aller Betroffenen bei der Bewältigung unerledigter Probleme. *SpiritueLLer Beistand* öffnet sich dem Bedürfnis von Sterbenden, Fragen nach dem Sinn von Leben, Tod, Sterben und dem Danach zu stellen, hier soll niemand alleine bleiben müssen. *Verbesserung der Lebensqualität* meint: Am Ende seines Lebens soll ein Mensch nicht unter unerträglichen Schmerzen leiden müssen. Ganzheitliche Leidenslinderung durch die modernen Verfahren der Palliativmedizin und Palliativpflege hat höchste Priorität für würdig gelebte letzte

Tage. Wird palliative Versorgung im erforderlichen Umfang gewährleistet, entfällt meist die Diskussion um die aktive Sterbehilfe.

Sterbebegleitung wird geleistet in der ambulanten Pflege, in Altenheimen, Krankenhäusern, stationären Hospizen, Pflegestationen.

Ist es nicht möglich, vor Ort Informationen über eine qualifizierte Begleitung zu erhalten, ist dies kostenlos möglich über: *Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz* (Telefon 02428 802937), Dachorganisation der stationären und ambulanten Hospizdienste sowie Palliativstationen. Auf der Homepage www.hospiz.net findet man Adressen von Palliativstationen, ambulanten und stationären Hospizen und Hospizdiensten.

Zielgruppe für die Aufnahme in eine hospizliche Einrichtung sind Menschen mit chronischen Krankheiten im Endstadium, wenn eine häusliche Versorgung nicht möglich ist. Aufnahmevoraussetzung ist, dass die Krankheit nicht heilbar oder in einem fortgeschrittenen Stadium ist.

Tagessätze der Krankenkassen und der Pflegeversicherung sowie einen Eigenanteil der Patienten, der je nach Hospiz von ca. 10 bis ca. 50 Euro reicht. Die Hospize haben sich verpflichtet, 10 Prozent der Kosten in Eigenleistung zu erbringen (Spenden, Ehrenamt). Auch an der Finanzierung der ambulanten Hospizdienste (Büro, palliative Pflegeschwester, Sozialarbeiterin) beteiligen sich die Krankenkassen, aber nach wie vor ist man auf Spenden angewiesen.

Die Stütze der Hospizbewegung – das Ehrenamt bildet bis heute den Kern der gesamten Hospizarbeit. Dem Engagement von Bürgern ist es zu verdanken, dass in den 80er Jahren die ersten Hospizinitiativen in Deutschland entstanden. Ohne jeden gesetzlichen Auftrag und ohne finanziellen Rückhalt suchten Menschen nach Antworten

auf den Leidensdruck der Sterbenskranken, die keine Fürsprecher hatten, um ihr Recht auf Linderung einzufordern und all zu oft von den Institutionen des Gesundheitswesens abgeschoben wurden.

Aus dieser Bürgerbewegung heraus hat die Hospizidee heute Eingang gefunden in die ambulante Pflege, in Altenheime, Krankenhäuser, stationäre Hospize, Palliativstationen, in die Weiterbildung Pflege und in die Weiterbildung Medizin.

Das ehrenamtliche Engagement wuchs stetig und mit ihm die Zahl der Hospizeinrichtungen in Deutschland. Der *Bedarf an hospizlichen Angeboten* ist in Deutschland aber *bei weitem nicht gedeckt*. Heute kommen auf 1 Million Einwohner in Deutschland erst 21 Palliativ- und Hospizbetten. Nach Berechnungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG) liegt der tatsächliche Bedarf im stationären Bereich bei 50 Palliativ- und Hospizbetten pro 1 Million Einwohner.

Die *Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Hospiz* e.V. zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin (BAG) wurde 1992 als gemeinnütziger Ver-

ein für die bundesweite Interessenvertretung der Hospizbewegung in Deutschland gegründet. Gründungsmitglieder waren engagierte Ehrenamtliche sowie Vertreter bestehender örtlicher Hospizvereine und stationärer Hospize. Zehn Personen aus allen Bundesländern, die ausschließlich ehrenamtlich tätig sind, bilden den Vorstand der BAG Hospiz (Ärzte, Krankenschwestern, Pfleger, Sozialarbeiter, Leiter von stationären Hospizen und von Trauerkontaktstellen, Vorsitzende ambulanter Hospizdienste und Landesarbeitsgemeinschaften).

Mitglieder der BAG Hospiz sind ambulante Hospizdienste, teilstationäre und stationäre Hospize sowie Palliativstationen, dies zum größten Teil über die *16 Landesarbeitsgemeinschaften Hospiz bzw. Hospizverbände*. Auch überregionale Organisationen wie die Deutsche Aidshilfe, die Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand (IGSL-Hospiz), der Malteser Hilfsdienst und Omega – Mit dem Sterben leben e.V. sind Mitglieder der BAG. Kooperiert wird u.a. mit der Deutschen Alzheimergesellschaft, dem Deutschen Pflegerat und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.

Mitgliedseinrichtungen der BAG Hospiz, Stand Januar 2005

Einrichtung	Gesamtzahl
Ambulante Hospizdienste	mind. 1310
Stationäre Hospize	mind. 114
Palliativstationen (Quelle DGP)	92
Ehrenamtliche in der Hospizbewegung	ca. 80.000

Die BAG Hospiz orientiert sich an den Ideen der in England und Kanada entstandenen Hospizbewegung sowie an den selbst erarbeiteten Leitlinien für die Hospizarbeit.

2. Visionen der Hospizidee

Die Hospizbewegung in Deutschland hat etwas in Bewegung gebracht. Zunächst geboren aus der *Notwendigkeit* der bestehenden kläglichen Sterbesituation, entwickelte sie sich zum Für-

sprecher der oft sprach- und wehrlosen Sterbenden. Heute sind die Hospizbewegung und die Palliativmedizin die Antwort auf jeglichen Versuch aktiver Sterbehilfe. Entsprechend der am Anfang stehenden Idee kämpften Menschen ehrenamtlich und entfachten eine Revolte gegen die herrschenden Strukturen der Todesisolation. Sie trugen die Hospizidee und riefen einen Umbruch hervor der weder bewusst geplant noch geordnet vorbereitet war.

Degradierungen des Sterbeprozesses wurden mit Phantasie und Mitmenschlichkeit geän-

dert. Viele Hospizeinrichtungen (ambulant und stationär) haben hier eine Aufgabe gefunden, wie sie Dürckheim als „doppelten Auftrag der Menschen“ bezeichnet, „die Welt zu gestalten im Werk und zu reifen auf dem inneren Weg.“ Aus der Idee wuchsen Hospizinitiativen, Hausbetreuungsdienste und Hospize, die zunächst ohne ausreichende finanzielle Mittel arbeiteten. Nachdem durch den § 39 a in SGB V die stationären Hospize und später auch die ambulante Hospizarbeit unter bestimmten Voraussetzungen einen Zuschuss erhalten, wird organisationsbedingt die Hospizidee vielerorts zu Institutionen. Und hier läuft die Hospizidee Gefahr, sich selbst zu verlieren. Perspektiven, die alleine durch finanziellen Rückhalt geschaffen werden, können u. U. diese Wirkkraft der Hospizidee in den Hintergrund treten lassen. Sie könnten sie sogar entkräften und wirkungslos werden lassen. Wollen wir unsere Vision vom Traum der Mitmenschlichkeit aufrechterhalten, dann müssen wir immer wieder zu den Wurzeln der Hospizidee zurückkehren und unser Handeln in und mit den Strukturen an dieser Vision orientieren können. Das bedeutet dann, Ehrenamt und Professionen in Eintracht und interdisziplinär vernetzend wirken zu lassen. Gründer von Hospizbewegungen und Einrichtungen wissen um die Schwierigkeit. Da gilt es, Eigeninteresse zurückzustellen zur Verwirklichung einer neuen Sterbekultur. Diese Problematik findet sich auf der örtlichen Ebene ebenso wie auf der Bundesebene, wo Verbände und Institutionen lernen müssen, konstruktiv kritisch aufeinander zuzugehen und das begonnene *Netzwerk Hospiz* weiter zu flechten.

Der Anspruch der Hospizbewegung ist hoch gesetzt: eine neue Kultur des Sterbens zu initiieren und sich selbst damit überflüssig zu machen. Die von der Hospizbewegung gegen andere Strömungen praktizierten Formen der Solidarität sollten von der Gesellschaft so integriert sein, dass eine spezielle Bewegung, die Menschen organisiert, um die notwendigsten Hilfen in der Phase des Sterbens zu sichern, nicht mehr erforderlich ist, weil dies die Menschen im alltäglichen direkten Miteinander bereits wieder so praktizieren.

Nach den eher beschaulichen Anfängen findet die Hospizbewegung z. Zt. hohen Zuspruch. Die Zielrichtung der Hospizbewegung geht weit über die praktische Begleitung von Sterbenden und deren Angehörigen hinaus. Als Haltung und Praxis ist sie in der Lage, sich mit Bürgerbewegungen zu vernetzen und Integrationsprozesse auszulösen. Gerade auf der Ebene ihrer Grundsätze liegen hierzu Anknüpfungspunkte – dazu ein Beispiel: Ein grundlegender Gedanke in der Hospizpraxis ist die bedingungslose Annahme des Anderen, so wie er ist in aller Konsequenz. Gemeint ist das Aushalten des körperlichen Verfalls, aber auch das Dasein in der Zerrissenheit eines Menschen, der nicht mehr leben will und kann. Ohne auf die einzelnen Probleme dieses Verhaltens eingehen zu können, zeigt sich dieser Anspruch auch in anderen Bewegungen. Behinderte kämpfen um ihre Akzeptanz als Behinderte, nicht nur geduldet und eigentlich unerwünscht zu sein, sondern auch als Behinderter „normal“ zu sein. Eindrücklich hat dies Fredi Saal in einem Brief an eine Mutter formuliert: (sinngemäß) „Warum kann ich nicht so gewünscht sein, wie ich bin, warum muss ich mich immer entschuldigen, dass ich so bin, wie ich bin?“

Die Vision der Hospizbewegung ist integrierbar, weil Grundhaltungen und Praxis, die sie von hier aus entwickelt und auch erfahrbar ausübt, ihren weiteren Weg auch als einen Weg der Integration zwischen den verschiedenen Bürgerbewegungen denken lassen. Zwei Anforderungen wären für diesen Weg zu einer Bürgerbewegung der Zukunft zu formulieren: zum einen möchten die Hospizbewegung bewahren, dass sie in erster Linie eine Bewegung von Menschen ist, in der tätige Verantwortung für einander im Mittelpunkt steht. In Zeiten zunehmender gesellschaftlicher Akzeptanz – auch durch die Politik und Verwaltung – droht dies in dem Maße verloren zu gehen, wie neue Organisationsformen notwendig werden. Zum anderen erscheint jedoch, wenn Hospizgruppen zunächst ihr ganz spezielles Anliegen haben und wahren wollen, das Feld von Integration der Hospizarbeit gemeinsam mit anderen Bewegungen unserer Gesell-

schaft noch ungeahnt offen. Gerade diese Vision der Hospizidee in einer Bürgerbewegung der Zukunft wäre doch Ausdruck dafür, dass es mehr um das Leben als um den Tod geht.

3. Leben heißt „Leben bis zuletzt“

Die Hospizbewegung versteht ihre Aktivitäten als einen Beitrag zu einer neuen Kultur des Sterbens. Dazu gehört, dass Menschen sich der Grenzen ihres Lebens bewusst werden und sie in ihren unterschiedlichen Facetten akzeptieren. Die Hospizbewegung weiß um die Fähigkeiten des Menschen, auch schwierige Krisensituationen auszuhalten und zu bewältigen sowie seines Willens, diese so weit als möglich selbst zu gestalten. Grundlegend ist die Überzeugung, dass das Leben nicht frei von Spannungen und Widersprüchlichkeiten ist, sondern sich immer wieder auch in und von seinen Extremen entfaltet. Das Recht auf Selbstbestimmung des Lebens findet seine Grenzen immer wieder an den Unverfügbarkeiten des Lebens: Wohl kein Mensch „wünscht“ sich eine Krankheit, aber dennoch bekommt er sie.

Menschen, die sich in der Hospizbewegung engagieren, erklären ihre Bereitschaft zum Mitleid. Sie sagen Ja zum Sterben des Anderen und sind bereit, die Zeit bis dahin mit ihnen zu teilen und für unterstützende und lindernde Maßnahmen zu sorgen. Angesichts der Erfahrung der eigenen Grenzen vertrauen sich die Kranken den Hospizlern an, die sich ihrerseits der Grenzen des eigenen Tuns bewusst sind. Sterbende und deren Begleiter teilen so die Unabänderlichkeiten und Unwägbarkeiten des Lebens. Die Situation einer fortschreitenden, tödlichen Erkrankung zwingt Menschen zu einem Leben bis zuletzt, das sie sich so nicht „gewünscht“ haben, sondern das ihnen zugemutet wird.

Schwerstranke und Sterbende äußern in doppelter Hinsicht: „lasst mir mein Ende“. Sie wollen keine Lebensverlängerung um jeden Preis, möchten aber auch nicht, dass ihnen diese Zeit des Zu-Ende-Gehens genommen wird.

In gegenseitigem Respekt treten Sterbende und die sie begleitenden Menschen in eine Verantwortungsgemeinschaft des Lebens. Die Hospizbewegung setzt sich ein für einen schnellen und qualifizierten Ausbau der hospizlich-palliativen Versorgungsmöglichkeiten im ambulanten und stationären Bereich. Dies zu forcieren macht nur Sinn, wenn Menschen bereit sind, der Begleitung von Sterbenden und damit der Auseinandersetzung mit und der Annahme von Leid nicht aus dem Wege zu gehen sondern als Teil des Lebens zu akzeptieren.

4. Ziele und Thesen der Hospizbewegung

- Die Hospizbewegung will Sterbensranke und Nahestehende begleiten und damit ein Leben im Sterben ermöglichen.
- Das Gelingen ist abhängig von der Qualität sowohl der körperlichen Dimensionen betreffenden Tätigkeitsbereiche – Palliativmedizin und Palliativpflege – wie auch der geistig-seelischen Dimensionen, d.h. die psychosoziale und die spirituelle Begleitung.
- Sterbebegleitung bewirkt, dass der Wunsch nach Sterbehilfe fast nicht mehr vorkommt.
- Hospizliche Begleitung lädt Menschen ein, aufeinander zuzugehen und bewirkt damit ein Klima der sozialen Nähe und Mitmenschlichkeit.
- Sterbebegleitung im hospizlichen Sinne nimmt gerade Menschen in unserer Gesellschaft den Druck, ihrem Leben ein Ende setzen zu müssen um anderen nicht zur Last fallen zu müssen.
- Sterbebegleitung ist Hilfe zum Leben und zur Bewältigung von Krisen.
- Aktive Sterbehilfe verdrängt das Sterben aus unserer Gesellschaft. Sterbebegleitung wirkt dem entgegen und gibt schwerkranken und sterbenden Menschen damit Ansehen und Würde.
- Aktive Sterbehilfe suggeriert eine leidfreie Gesellschaft und verhindert somit eine Ethik des Mitleidens.

- Forderungen nach aktiver Sterbehilfe lassen den Schluss zu, dass der Mensch nur als die Summe seiner Fähigkeiten gesehen wird und nicht in seiner Ganzheit zu der viele Möglichkeiten aber auch Grenzen gehören. Die Anerkennung dieser Möglichkeiten aber auch Grenzen zählt zu den Grundsätzen der Hospizarbeit.
- Sterbehilfe bedeutet Tötung eines Menschen und damit die Negierung nicht nur grundlegender Werte sondern auch höchster Werte in unserer Gesellschaft: die Würde des Menschen wird nicht nur angetastet, sondern menschliches Leben wird zur Disposition gestellt und verfügbar gemacht.

Die Grenze zwischen Leben und Tod wird durch den medizinischen Fortschritt immer diffuser. Folglich wird das Recht eines jeden Menschen, die Art und Weise seines eigenen Sterbens bestimmen zu können, kaum lebbar. Nur wer sich

vor dem Sterben bewusst mit der eigenen Endlichkeit auseinandersetzt, hat die Möglichkeit, seinen Sterbeprozess selbst bestimmend auszu-schöpfen.

Die Belastbarkeit des Grundgesetzes Artikel 1 „Die Würde des Menschen ist unantastbar...“ wird überprüfbar an der hospizlichen Haltung einer Gesellschaft, die Sterbenskranken lebensbejahend integriert und der dazugehörigen Trauer einen Raum gibt.

Der hohe Anspruch auf Individualität der Menschen führt zu einem Autonomieanspruch, der weder im Leben noch im Sterben erfüllbar ist. Das heißt für die Hospizarbeit, dass der Leiden lindernde Aspekt auch die Lernerfahrung beinhaltet, sowohl mit unseren Beschränkungen als auch mit unseren Einschränkungen zu leben und zu sterben.

Impulsreferat

In dem von den Professoren Hubert Knoblauch und Arnold Zingerle herausgegebenen Band „Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens“ (Berlin 2005) wird „Die Palliativmedizin im Fallbeispiel“ erläutert (S. 150 ff.).

I. Der Fall

Der Fall von Frau Mein macht deutlich, dass trotz kooperativer Patientin, trotz hervorragender Voraussetzungen und medizinischem Bemühen der Palliativarzt „in einer durchaus typischen Handlungsfälle“ saß. Mehrmals bekundete die Patientin, sie wolle lieber sterben (vgl. S. 152, 153). Verursacht durch ein Ovarialkarzinom gerät sie bei aller „Kommunikationsfähigkeit“ und „Akzeptanz ihres Gesundheitszustands“ (S. 151) in eine sich stetig verschlechternde Situation. Medizinische Maßnahmen schlagen fehl, nach 35 Tagen schließlich „verstirbt sie auf der Station.“ (S. 151) Die Patientin „ekelt sich sichtbar vor ihrem eigenen Körper“ (S. 154), sie leidet an sich selbst und ihrem Zustand. Es gibt, wie es in diesem Bericht von Professor Gerd Göckenjan und Dr. Stefan Dreßke heißt, „das Empfinden eines zunehmenden Körperverschlusses mit massiven Depersonalisierungsprozessen.“ Dieser „aufgeblähte Körper“ scheint keine Identifikation mehr für sie zuzulassen. Dann noch die Schmerzen, zu denen es heißt: „Dieser Schmerz kann nur durch hohe Morphingaben eingestellt werden, die aber sedieren, zum Schlafen bringen. Dagegen verwahrt sich die Patientin entschieden. Wach sein, bei Bewusstsein sein, nicht auch noch den Kopf verlieren, ist im Verlaufsprozess das von Frau Mein zäh verfolgte Ziel.“ (S. 155). So wird dieser Krankheitsprozess zum Tode beschrieben.

Dann steigert sich das alles zu einer Dramatik und Tragik, die betroffen macht. Die Berichtserstatter: „Ein dramatischer Schritt im Verlauf des Verlustes der Körpergrenzen ist der Moment, seitdem sie Kot erbricht. Eine Schwester kommentiert am 19. Tag: ‚Das ist das Schlimmste, was einem überhaupt passieren kann, seinen eigenen Stuhlgang zu erbrechen.‘ Das ist für alle Beteiligten hochgradig ekelig und demütigend, und Fallbeispiele dieser Art sind im Stationsgedächtnis sehr präsent.“ Und es wird ergänzt: „Bei Frau Mein passiert das das erste Mal an ihrem 19. Tag auf der Palliativstation. Eine Magensonde gibt keine Abhilfe, und andere Interventionsmöglichkeiten kommen nicht mehr in Frage. Seitdem erbricht sie manchmal mehrfach Kot täglich.“ (S. 155)

Dieser Fall steht hier nicht als Beweis für die jeweils bessere Alternative einer aktiven direkten Sterbehilfe und schon gar nicht dafür, dass stets die aktive direkte Sterbehilfe der bessere, flottere und für alle Beteiligten sinnvollere Weg sei, um denkbaren Ekel vor dem eigenen Sein, vor dem Sterbeprozess Anvertrauter oder vor den befürchteten Demütigungen schon im Vorfeld zu vermeiden. Aber dieser Fall steht für die Grenzen der Hospizpflege, der Palliativmedizin und der Schmerztherapie. Denn die terminale Sedierung und die aktive indirekte Sterbehilfe, die oft verkürzt nur „indirekte Sterbehilfe“ genannt wird, stoßen allemal dort an Grenzen, wo eine Patientin oder ein Patient dieses Ummanteln, dieses Einhüllen, dieses Abtöten aller Empfindungen durch den mit dem Tod beendeten Tiefschlaf nicht wünschen, nicht wollen und nicht einzusehen vermögen, dass sie noch ein Leben fortführen sollen, das sie nicht mehr bewusst wahrzunehmen vermögen, wenn sie es aber be-

wusst wahrnehmen wollten, sie dann mit jener subjektiv als entwürdigend empfundenen Situation konfrontiert werden müssten.

II. Der SOWOHL-ALS-AUCH-ANSATZ

Mein Statement plädiert für ein SOWOHL-ALS-AUCH-DENKEN, das in der humanen Sterbebegleitung keinen stets notwendigen Gegensatz zu einer denkbaren und für seltene Extremfälle verantwortbaren aktiven direkten Sterbehilfe sieht – und umgekehrt, das in der aktiven direkten Sterbehilfe, wenn dort hohe Sorgfaltskriterien Anwendung finden, keinen notwendigen Gegensatz zur humanen Sterbebegleitung sieht. Dieses SOWOHL-ALS-AUCH-DENKEN will integrieren, will fall- und situationsbezogen dem Würde-Empfinden des betroffenen Patienten dienen; und es will nicht im ENTWEDER-ODER-DENKEN in die Argumentationsfalle des fanatisch sich zuspitzenden Rechthaben-Wollens laufen.

III. Der Mensch – das offene Wesen Axiom der offenen Fragen

Nun gibt es viele Möglichkeiten, sich diesem sensiblen Thema zu nähern. Ich wähle jene der polemischen Zuspitzung, die auch in der neuen DGHS-Verbandszeitschrift in der Rubrik ARGUMENTE verwendet wurde (vgl. „Humanes Leben – Humanes Sterben“, HLS 1/2006, S. 40 ff.), unterstützend dort noch bebildert, durchaus emotionsgeladen.

Lassen Sie mich diese Positionen vor dem Hintergrund der These vortragen, dass wir Menschen lernende Wesen sind, offen bleiben sollten für Fragen und dass wir auch nicht hinter jeder Frage sogleich vermuten müssen, wir Menschen könnten sie beantworten. Ich habe dies an anderer Stelle als „Axiom der offenen Fragen“ beschrieben (vgl. u. a. Schobert, Kurt F.: Der gesuchte Tod. Warum Menschen sich töten. Frankfurt/M. 1989, S. 160 ff.). Bisweilen ist es die altgriechische Seele, der es gelang, das Wort „Tragik“ in verschie-

denen Variationen zu veranschaulichen. Tragisch sind viele Sterbeprozesse. In der Tragik schwingt auch stets das Unvermögen mit, einer existentiell bedeutsamen Entwicklung mit einer stets sinnvollen Lösung begegnen zu können. So häufig gibt es schlichtweg keine Lösung in solchen Situationen, wie immer wir, Freunde, Ärzte, Pflegepersonal, Angehörige und die existentiell in ihren endenden Wirkungsmöglichkeiten Betroffenen sich verhalten mögen. ...

Es liegt mir viel daran, verkrustete Denk-, Motiv- und geradezu reflexartige Argumentations-Strukturen aufzubrechen. Deshalb verbinde ich mit meinem Statement appellartige Zuspitzungen, die Sie mir nachsehen mögen. Ziel ist nicht, andere Einstellungen zu verdammen, sondern bewusst zu machen, dass wir uns sehr achtsam auf der Eisfläche öffentlicher Diskussionen bewegen sollten, gerade deshalb, weil wir das oft Verkündete nur, weil es oft verkündet wurde, noch lange nicht als zutreffend und stets richtungsweisend ansehen sollten.

Die folgende Polemik und der folgende Appell richten sich gegen die Zauderer in Deutschland, die behaupten, erst müsse der ideale Staat flächendeckender Palliativmedizin und Hospizpflege geschaffen werden, dann erst dürfe nach einer umfassenden gesetzlichen Regelung gefragt werden, die auch die aktive direkte Sterbehilfe ansprechen könnte; dann aber bräuchten wir diese Regelung nicht mehr.

IV. Polemik für integratives Denken nach den Vorgaben von Art. 1 (1) GG

Die folgenden Ausführungen wollen bewusst „polemisch“ sein. Unter „Polemik“ versteht man „1. literarische oder wissenschaftliche Auseinandersetzung; wissenschaftlicher Meinungsstreit, literarische Fehde. 2. unsachlicher Angriff, scharfe Kritik.“ (DUDEN. Das Fremdwörterbuch)

Die folgenden Zeilen setzen sich auseinander mit der Unaufrichtigkeit in unserer Gesellschaft, veranschaulicht an den unsachlichen Angriffen von Gegnern einer umfassenden gesetzli-

chen Regelung der Sterbebegleitung und -hilfe. Am Beispiel des Motorradfahrens soll gezeigt werden, zu welcher Konsequenz es führen müsste, würden wir die Polemik dieser Gegner auf andere Lebensbereiche und Gesetze übertragen.

Als Sozialwissenschaftler, der ich bin, kenne ich den wissenschaftlichen Meinungsstreit. Als Chefredakteur der DGHS-Verbandszeitschrift „Humanes Leben – Humanes Sterben“ kenne ich die unsäglichen Polemiken mancher Kollegen aus der schreibenden Zunft. Als Geschäftsführer der DGHS kämpfe ich seit Jahren für eine solide Menschen- und Bürgerrechtsbewegung, die im Rahmen des freiheitlich-demokratischen Rechtsstaats operieren muss, will sie glaubwürdig sein.

Die folgende Polemik – im Sinne einer kritischen Auseinandersetzung mit sokratischer Frage-technik – möge den großen Zauderern in Deutschland die Herzen öffnen für einen faireren Umgang mit diesen sensiblen Fragen. Es geht nicht um ein spitzfindiges ENTWEDER-ODER, sondern um ein großherziges SOWOHL-ALS-AUCH. Palliativmedizin und Hospizpflege sollten nicht als ausschließendes Angebot gegenüber einer moralisierend diskreditierten aktiven direkten Sterbehilfe gesehen werden, sondern als integrative Chance sich in seltenen Extremfällen sogar ergänzender Angebote in gesetzlich definierten Fällen, die auch gewissenhaft gründlich bedachte Sorgfaltskriterien einbeziehen.

Der folgende Beitrag möchte Anstoß geben, um die geradezu reflexartig konditionierten Gegner rechtsstaatlich umfassender Regelungen der Sterbebegleitung und -hilfe umzustimmen. Er möge anregen, über Parteigrenzen und über kirchliche Dogmatik hinaus das eigene Gewissen zu befragen. Er möge helfen, die scheinbar unversöhnlichen Widerstände gegen verfassungsrechtlich breit verankerte Gesetze aufzugeben und Brücken zu bauen, damit die Autonomie und das Selbstbestimmungsrecht unserer Bürger in ihrer schwächsten Lebensphase respektiert und (auch gegen Widerstand) realisiert wird. ...

In diesem Sinne appelliere ich an Politiker, Kirchen, Hospizgruppen, Medienstrategen und Journalisten, Artikel 1 (1) unserer Verfassung als Leitidee zu verinnerlichen:

„Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“

Die Verfassung der Bundesrepublik Deutschland, unser Grundgesetz, ist höherrangig als alle anderen Gesetze; es entstand nach dem Zweiten Weltkrieg in den berechtigten Hoffnungen auf einen Neubeginn und im Bestreben, aus den Wunden und Menschenrechtsverletzungen der Vergangenheit zu lernen.

Gleichwohl gab es mit Inkrafttreten des Grundgesetzes und der neuen Rechtsordnung noch eine Fülle früher entwickelter Gesetze, die zu einem erheblichen Teil dann übernommen wurden. Die Rechtsgeschichte der Bundesrepublik Deutschland zeigt, dass es bis heute nicht gelungen ist, diese früheren Gesetze in allen Bereichen dem Grundgesetz anzupassen; denn nicht das Grundgesetz (GG) diesen früheren Gesetzen, sondern umgekehrt, diese früheren Gesetze dem GG anzupassen wäre Aufgabe des Gesetzgebers.

Umso denkwürdiger ist der Antragsentwurf des SPD-Politikers Rolf Stöckel, der als Bundestagsabgeordneter und vormals Vorsitzender des Humanistischen Verbandes Deutschlands (HVD) das Papier „Autonomie am Lebensende“ (Stand 31.03.2004) öffentlich machte. Darin heißt es zu Recht:

„Dem Wunsch des Menschen, in Würde zu sterben, muss alle staatliche Gewalt entsprechen. Gesetzliche Bestimmungen, die diesem Grundsatz widersprechen oder ihn einschränken, sind zu ändern.“

Es ist bitter, dass dieses redliche Anliegen noch nicht umgesetzt wurde. Es ist bitter, dass nach über 50 Jahren Rechtsgeschichte der Bundesrepublik Deutschland noch nie in öffentlicher Debatte die Abgeordneten des Bundestages über diese immens wichtigen Fragen gemäß ihrem Gewissen eine umfassende gesetzliche Regelung der Sterbebegleitung und -hilfe auf den Weg gebracht haben. Abgeordnete und Parteien, denen eine gesetzliche Regelung des Dosenpfands (die inzwischen 3. gesetzliche Regelung gilt seit 28. Mai 2005) wichtiger ist als die existentiell mit Ur-Ängsten belastete Regelung der Durchsetzung

des Patientenwillens am Lebensende, verlieren verständlicherweise ihre Glaubwürdigkeit. Positiv formuliert: Parteien und Politiker, die es sich zur Aufgabe machen, diese Grundfragen eines an den Leitideen der Humanität und Würde orientierten Rechtsstaats Wirklichkeit werden zu lassen, können zuversichtlich sein, bei ihren Wählern und in der Bevölkerung auf breite Zustimmung zu stoßen.

In diesem Sinne sind Polemiken wie diese hier wichtig. Sie sollen Öl in das Feuer der Herzen gießen; sie sollen mit spitzer Feder emotional schmerzen, um die Trägheiten der Gleichgültigkeit überwinden zu helfen; sie sollen unsachliche Debatten vermeiden helfen. Diese Polemik hier möchte an das Gewissen aller Entscheidungsträger appellieren. ...

V. Glaubens- und Gewissensfreiheit auch als Freiheit zum Tode

Echte Glaubens- und Gewissensfreiheit gibt es nur in einem Land, das seinen Bürgern auch den Entscheidungsfreiraum schafft, auf gesetzlicher Grundlage den jeweils eigenen Sterbeprozess zu beenden, wenn er nicht mehr der persönlich empfundenen Würde entspricht. Es gibt eben auch Fälle, in denen Menschen auf eine restliche Sterbezeit in einem Hospiz oder in einer anderen Einrichtung verzichten wollen; es gibt Fälle, in denen schwerkrank-sterbende Patienten es nicht mit ihrer persönlichen Würde als vereinbar empfinden, noch sediert zu werden; in denen sie die Abhängigkeit von anderen Menschen in der schwächsten Phase ihres Lebens als empfindliches Übel stört; in denen sie auch Sonderangebote der Hospiz- und Palliativ-Pflege ablehnen. Echte Glaubens- und Gewissensfreiheit ist in diesen Fragen erst dann ein tatsächliches Menschenrecht, wenn der Glaube auch gelebt werden darf; wenn für den eigenen Glauben auch gestorben werden darf; wenn nicht nur eine Zeugin Jehovas bei der Geburt ihres Kindes auf Bluttransfusion verzichten kann und deshalb – rechtsstaatlich abgesichert, im Jahre 2005 so geschehen – stirbt, sondern wenn ein lebenssatter Hiob

nicht mehr Ja-Sagen möchte zu einem Gott, sondern persönlich Nein-Sagen will zum eigenen Leben, in das ihn auch die Liebe anderer Menschen nicht hineinzwingen darf; denn sonst entsteht jener soziale Druck, der das Leben als vermeintliche Pflicht interpretiert und den Sterbenden nicht loslassen will; ein sozialer Druck also, der den Patienten zuletzt auch noch die eigenen Entscheidungen abspricht, indem der freie Wille und das Selbstbestimmungsrecht als solches in Frage gestellt wird.

VI. Die Frage nach dem freien Willen

Auch darüber freilich ließe sich polemisieren. Dann aber müsste konsequenterweise der Rechtsstaat erst recht sogar die Tötung auf Verlangen und sogar die Tötung ohne Verlangen straffrei stellen: Denn der einen anderen Menschen (ob mit oder ohne dessen Wunsch) Tötende hätte dann keinen freien Willen und würde auch nicht frei und selbstverantwortlich handeln; ihm wäre dann jegliche Schuldfähigkeit abzusprechen. Wer aber nicht schuldfähig ist, wie sollte er bestraft werden?

VII. Die Bedenkenträger-Logik: Für eine Fortsetzung der Grauzonen-Politik?

Die Gegner, Bedenkenträger und Blockierer einer umfassenden gesetzlichen Regelung der Sterbebegleitung und -hilfe, allen voran Regierungen und Kirchen, befließen sich häufig einseitiger „Argumente“, Vorbehalte und Sorgen vor Missbrauchs-Gefahren, die seltsamerweise nicht auf andere Bereiche des Lebens und Sterbens übertragen werden.

Würden wir die geäußerten Bedenken auf Sportarten wie Extrem-Bergsteigen, Autorennen oder Tiefseetauchen übertragen, wir kämen zu überraschenden Ergebnissen. Am Beispiel des Motorradfahrens nähern wir uns polemisierend einigen Fragen, um anschließend denkbare Antworten zu finden. Die Fragen entsprechen jenen, die gebetsmühlenartig von Bedenkenträgern in

die Medien getragen werden; sie sollen erkennbar machen, wie bedenklich diese Bedenken selbst sind.

VIII. Könnte es nicht sein...?

Könnte es nicht sein, dass ein Motorradfahrer seinen Willen, sich für das Motorradfahren zu entscheiden, geändert hätte, wenn er später im Koma gewusst hätte, dass er den Ärzten nur noch als Organspender interessant gewesen wäre?

Könnte es nicht sein, dass dieser Motorradfahrer von Freunden sozial unter Druck gesetzt wurde, dass er überhaupt erst begann, sich auf den Feuerofen zu setzen, weil er Angst hatte, sozial ausgegrenzt zu werden und zu vereinsamen?

Könnte es nicht sein, dass dieser Motorradfahrer gar nicht selbstbestimmt die Entscheidung traf, sondern dass er einem falschen, einseitigen Männlichkeitsideal nacheifern wollte?

Könnte es nicht sein, dass es Freiheit und Selbstbestimmung beim Motorradfahren überhaupt nicht gibt, sondern dass die Bereitschaft, sich in die Todes-Zonen des motorisierten Zweirades zu begeben, von der Zweiradindustrie manipulativ durch geschickte Werbung instrumentalisiert wurde, damit ein Industriezweig weiterhin Geld verdienen kann?

Könnte es nicht sein, dass es ethisch unverantwortlich ist, das Motorradfahren als Freizeitsport zuzulassen, weil die Auspuffgase die Luft verpesten und dadurch möglicherweise die Gefährdung durch Krebskrankheiten in Deutschland zunimmt, dass also, wie beim Rauchen, auch hier eine erhebliche Gesundheitsgefährdung zur „Luxus-Lustbarkeit“ wurde, mit Kosten verbunden, die so hoch sind, dass mit den Geldern einer Spritztour in die Alpen ein indisches Waisenkind einen Monat lang vor dem Hungertod zu bewahren möglich wäre?

Könnte es nicht sein, dass dieser heiße Stuhl eine Lizenz zur Selbsttötung sei, einer Förderung der Todessehnsucht dient und den Geschwindigkeitsrausch zur Droge, zum Rausch eben, werden

lässt, verbunden mit der Tragik seelischer Abhängigkeiten der Fahrer, die eher Hilfe auf dem Weg zum Fußgänger finden müssten, statt Hilfe, ihr Leben auszulöschen?

Könnte es nicht sein, dass dann, wenn den Motorradfahrern der Unterschied zwischen einem motorisierten Zweirad und einem Fahrrad gut erklärt wird, die Zahl der Befürworter des Motorsports sinken würde und vor allem viele junge Menschen vor dem Tod dadurch bewahrt werden würden?

Könnte es nicht sein, dass es unter den Motorradfahrern Menschen gibt, die nur den Führerschein machen, um sich später mit ihrem Rennbesen das Leben zu nehmen, weil Motorräder, anders als Pkws, noch keine Gurtpflicht kennen und keine Airbags haben, also die Selbsttötungs-Gefährdung regelrecht heraufbeschwören?

Könnte es nicht sein, dass Motorräder während der Zeit des National-Sozialismus dafür verwendet wurden, Kanonen zu ziehen (wer kennt sie noch, die „Grünen Elefanten“ der Marke ZÜN-DAPP?) und wäre da nicht heute erneut die Gefahr, dass die Regierung diese Feuerschlitten dazu einsetzt, in Afghanistan ins Feld zu ziehen, so dass unschuldige Menschen gegen ihren Willen getötet werden? ...

Hat es nicht schon Fälle gegeben, bei denen Beifahrer, ohne dies selbst gewusst zu haben, in den Tod katapultiert wurden, weil der Motorradfahrer auf langen Strecken wegen Übermüdung eingeschlafen ist? Oder umgekehrt, dass der Beifahrer einschlief, zur Seite kippte, der Fahrer die Spur nicht mehr halten konnte und junges, hoffnungsvolles Leben fremdbestimmt getötet wurde? Sind, um es auf den Punkt zu bringen, Motorradfahrer nicht potenzielle Mörder, jedenfalls latente Totschläger im Sinne unseres Strafbuch?

Könnte es nicht sein, dass die Unterlassung, jedem Motorradfahrer Helm und Schlüssel abzunehmen, gemäß § 323 c StGB bestraft werden müsste, als unterlassene Hilfeleistung zum Leben?

Könnte es gar sein, dass Motorradfahrer durch dunklen Lederanzug, Handschuhe, Stiefel

und Helm emotional unbewusst dazu angestiftet werden, Straftaten zu begehen? Gab es sie nicht bereits, die Motorradfahrer, die Tankstellen überfallen oder, unkenntlich mit Helm, unschuldige Mädchen in Studentenwohnheimen vergewaltigt hatten? Wurde nicht sogar, in einem James-Bond-Film („Lizenz zum Töten“) eine Motorradfahrerinnen gezeigt, die an ihrem heißen Eisen kleine Marschflugkörper installiert hatte, um Nichtsahnende heimtückisch von hinten von der Straße zu putzen? Könnte diese dämonische Zweirad-Hexe nicht geradezu Nachahmer(Innen) finden?

Könnte es nicht sein, dass Motorradunfälle Halsquerschnittlähmungen verursachten und diese Menschen sich aufgrund ihres eigenen Würde-Empfindens, wie im Fall des Spaniers Ramón Sampédro, genötigt sahen, aus dem Leben zu scheiden?

Hat es nicht auch Motorradfahrer in Wüstengegenden gegeben, die verhungert und verdurstet sind, gar in Geiselschaft genommen wurden, wodurch die Betroffenen fremdbestimmt gefährdet waren, dass ihr Leben durch aktive Tötung ausgelöscht worden wäre? Ist der zweirädrige Rennschlitten, wenn wir solche Fälle bedenken, nicht geradezu ein Instrument der Anstiftung zu aktiver Tötung? Wären Fahrrad, Pferd oder Kamel da nicht ethisch sehr viel redlichere Fortbewegungsmittel in Deutschland, geeignet, die öffentlichen Verkehrsmittel zu befrieden?

IX. Die schiefe Ebene (der Argumentation)

Wenn im Herbst, auf einer Pass-Strasse, auf die der Wind braune Blätter der einst grünen Bäume blies, der Asphalt durch regennasses Laub glitschig ist: Haben wir dann nicht für Motorradfahrer jene schiefe Ebene („slippery slope“), die auch von Gegnern der gesetzlichen Regelung einer Sterbebegleitung und -hilfe benannt wird? Soll dieser Herbstwind mehr als nur den Bedenkenträgern ins Gesicht blasen? Zeigt das Herbstlaub nicht, dass dunklere Tage kommen, Vorboten der frostigen Zeit, die das Blut in unseren Adern gefrieren ließe, würden wir uns nicht wenigstens

wie Schopenhauers Stachelschweine gegenseitig wärmen? Sind dies nicht die Vorboten der Eiszeit, die selbst menschliches Leben auszulöschen nicht ausgeschlossen werden kann? Drohte nicht, das Abendland unter dicken Eisplatten in ewige Vergessenheit zu geraten, wenn wir im Anblick herbstlicher Pass-Straßen der Zukunft gedenken? ...

X. Jedes Gesetz kann missbraucht und missachtet werden: Warum noch Gesetze?

Alles in allem – und umgekehrt gefragt: Darf es eine gesetzliche Regelung überhaupt geben, die das Motorradfahren betrifft? Müssten wir nicht, bevor das Motorradfahren gesetzlich erlaubt wird, Beratungsstellen für alle am Motorradfahren Interessierten einrichten, bestückt mit Motorrad-Seelsorgern? Sollte die Kirche ihre personelle und institutionelle Kapazität, die nach der Abkehr der Schwangerschaftsberatung nun nach neuen Aufgaben giert, nicht in die Beratung von Slippery-Slope-Motorad-Fans investieren?

Müssten also, um die Fragen auf die Spitze zu treiben, nicht allen Motorrad-Interessierten, bevor sie sich auf ihre Zweiräder setzen, flächendeckend in Deutschland Alternativen angeboten werden, beispielsweise Autoskooter-Ralleys, Computer-Animationsspiele oder Seifenkisten-Rennen mit schaumstoffgepolsterten Kurven?

Denn die Gegner einer umfassenden gesetzlichen Regelung der Sterbebegleitung und -hilfe behaupten ja auch, es dürfe ein solches Gesetz nicht geben, weil die Gefahr des „Dammbruches“ bestehe, die Gefahr einer schiefen Ebene, auf der unser Rechtsstaat ins Rutschen komme.

XI. Konsequente Ethik ohne Denkverbote: Wenn schon ...

Wenn schon, sagen sich manche Vor- und NachDenklichen, denn schon: Wenn schon der Rechtsstaat zu zaghaft, zu vorsichtig, zu skrupulös ist,

umfassende Gesetze des Gesundheitswesens auch für den Bereich der Sterbebegleitung und -hilfe zu schaffen, dann brauchen wir auch keine umfassenden Gesetze der Straßenverkehrsordnung. Wenn schon, denn schon. Wenn es schon Fälle geben könnte, bei denen ein solches Sterbehilfegesetz missbraucht werden könnte, dann brauchen wir auch keine Motorräder, keine Autos, keine Küchenmesser, denn auch sie können missbraucht werden. Wenn schon, denn schon.

Wenn schon die Gefahr bestünde, dass bei einem Sterbehilfegesetz sozialer Druck auf altersschwache Menschen ausgeübt wird, sich das Leben nehmen zu lassen, dann brauchen wir auch kein Polizei- und Ordnungsrecht, weil auch Polizeibeamte sozialem Druck erliegen können und dann vorzeitig von der Schusswaffe Gebrauch machen; dann bräuchten wir auch kein Katastrophenschutzgesetz, weil sozialer Druck auf Personen ausgeübt werden könnte, lebensgefährliche Katastrophen wie starke Atomreaktor-Emissionen zu verniedlichen; dann bräuchten wir kein Gesetz zur Kriegswaffenkontrolle und kein Waffengesetz, weil in rechts- und linksextremen Gruppierungen sozialer Druck aufgebaut werden könnte, damit diese Gesetze missachtet werden, verbunden mit tödlichen Gefahren; dann bräuchten wir kein Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz), weil sozialer Druck gegenüber Schwerkranken und Sterbenden aufgebaut werden könnte, keine lebensrettenden Arzneimittel mehr einzunehmen, um möglichst bald zu sterben. Auch die gesetzlichen Grundlagen des Tierarzt-Berufes bräuchten wir dann nicht, weil die Gefahr bestünde, dass sozialer Druck von Schwerkranken innerhalb der Verwandtschaft oder Freundschaft ausgeübt werden könnte, damit der Tierarzt Mittel, die zur Euthanasie und Leidens-Erlösung von Tieren geeignet sind, an den schwerkranken Patienten abgibt. Wenn schon, denn schon ...

XII. Missbrauchsgefahren – überall

Was lernen wir daraus?

Welche Schlussfolgerungen sollten vernünftig denkende Menschen ziehen?

Zuerst einmal, dass es keine Gegenstände, keine Gesetze und keine Berufe gibt, die nicht missbraucht werden könnten oder erhebliche Gefahren verursachen können – mit tödlichen Folgen. Ob Motorrad, Auto, Gewehr des Jägers, Dienstpistole des Polizeibeamten, Küchenmesser oder Brieföffner. Selbst mit weichen Schals oder Kissen wurden Menschen zu Tode gewürgt oder erstickt. Die Gefahr des Missbrauchs lauert überall.

Wer diese Gefahren ideell überhöht, um gesetzliche Regelungen zu unterbinden, schließt sich vom rechtsstaatlichen Denken aus und läuft Gefahr, mit manchem Denken im Unrechts-System des National-Sozialismus verglichen zu werden, denn auch dort gab es keine umfassende gesetzliche Regelung von Sterbebegleitung und -hilfe.

XIII. Der soziale Druck – ein Bumerang-„Argument“

Zweitens: Sozialer Druck kann in allen Lebensbereichen aufgebaut werden. Er kann auch und gerade dann tödlich sein, wenn vernünftige Gesetze verhindert werden. Mehr noch: Es gibt auch einen sozialen Druck zur Sterbensverlängerung, zum Aushalten von Leid, wenn beispielsweise Angehörige oder Hospizhelfer im Falle eines Helfersyndroms nicht loslassen können. Es gibt auch den sozialen Druck, der das Leben zur Pflicht machen möchte, der die Palliativmedizin und Hospiz-Pflege auch jenen zur Pflicht machen möchte, die diese Hilfen ablehnen oder allenfalls als Interims-Hilfe ansehen.

XIV. Drohen Gefahren seitens der Gefahren-Argumentierer?

Drittens: Das Missbrauchs- und Gefahren-Argument könnte auch gegen jene Organisationen (z.B. Staat, Kirchen), Gruppen (z.B. DHS) und Politiker verwendet werden, die es gebrauchen. Dazu folgende Anregungen zum Nachdenken:

Staatliche Macht wurde immer wieder, seitdem es Staaten gibt, gegen Bürger des jeweiligen Staates und gegen Bürger anderer Staaten missbraucht. Auch in der Bundesrepublik missbrauchte der Gesetzgeber verschiedentlich seine Macht und musste seitens des Bundesverfassungsgerichts wiederholt gebremst werden (verfassungswidrige Gesetze). Sollen Staat und staatliche Macht deshalb abgeschafft werden?

Die Kirchen, die sich als Hüter und Wahrer des Lebens ausgeben: Haben sie nicht während der Kirchengeschichte bewiesen, dass kirchliche Macht gegen Menschenleben missbraucht werden konnte, dass Menschen im Namen der Kirche und im Namen des geglaubten Gottes gefoltert und getötet wurden? ...

Politiker: Haben manche Menschen, die sich zum Politiker berufen fühlten, nicht auch unsägliches Leid bis hin zum Mord zu verantworten? War es nicht sozialer Druck, der manchen Politiker und manche Politikerin dazu veranlasst sah, zum Handlanger des Todes und Mordes zu werden?

XV. Gefahren: nachweisbar oder herbeigeredet?

Die Gefahren des Missbrauchs und Dammbruchs religiöser Inbrunst sind geschichtlich und zeitgeschichtlich nachweisbar, auch für Deutschland, denken wir nur an die Zeit der Religionskriege. Hingegen: Die Gefahren des Missbrauchs und Dammbruchs einer umfassenden gesetzlichen Regelung der Sterbebegleitung und -hilfe sind für Deutschland nicht nachweisbar, denn es gab noch nie in der deutschen Geschichte ein solches umfassendes Gesetz. Um den Bedenkenträgern

entgegen zu kommen, wäre nichts dagegen einzuwenden, ein solches Gesetz zuerst einmal zeitlich zu befristen, um vor und während der Laufzeit des Gesetzes zu sondieren, welche Missbrauchs- und Gefahrenpotentiale tatsächlich vorliegen. Doch nicht einmal dazu lassen sich diese Gegner einer umfassenden rechtsstaatlichen Regelung herab. Sitzen so manche immer noch hoch zu Rosse wie zu Zeiten der Kreuz-Züge?

XVI. Sorgen ernst nehmen

Sicherlich: Die Sorgen derjenigen, die vor Missbrauch, vor einer „schiefen Ebene“ („slippery slope“) und dem „Dammbruch“ warnen, sind ernst zu nehmen. Aus dem Ernst und dem Respekt vor diesen Sorgen lässt es sich jedoch ethisch, sozialpolitisch, juristisch und verfassungsrechtlich nicht ableiten, eine umfassende gesetzliche Regelung der Sterbebegleitung und -hilfe zu blockieren. Wir haben ausgezeichnete Juristen in Deutschland. Die überwältigende Mehrheit der Bevölkerung will eine solche gesetzliche Regelung. Wer sie blockiert, sollte konsequent genug sein und sich dann auch gegen Kraftfahrzeuge, Küchenmesser und Kissen aussprechen. Wenn schon – denn schon ...

XVII. Der freiheitlich-demokratische Rechtsstaat ist dies erst dann, wenn er die existentiellen Fragen des Menschseins gesetzlich und rechtlich umfassend regelt

Der national-sozialistische Staat fiel auch deshalb in die Barbarei und Unmenschlichkeit, weil er *keine* umfassende rechtsstaatliche Regelung der Sterbebegleitung und -hilfe hatte; weil er in Grauzonen operierte. Die Bundesrepublik Deutschland hätte es als Staat in der Hand, nun mit der Macht des Gesetzgebers und einer großen Koalition diese umfassende gesetzliche Regelung Wirklichkeit werden zu lassen. Niemand wird bestreiten, dass es einschneidender Kontrollen

und hoher Strafen bedarf, wenn das verfassungsrechtlich verankerte Selbstbestimmungsrecht von Menschen, insbesondere in ihrer letzten Lebensphase, missachtet wird. Dieses umfassende Gesetz könnte und müsste dafür Sorge tragen, dass Barrieren und Dämme gegen eine Fremdbestimmung des Sterbewillens aufgebaut werden. ...

XVIII. Der „Gott“, der Mauern wachsen ließ?

Die höchsten Mauern gegen die wirkliche Selbstbestimmung haben leider immer noch die beiden großen Kirchen in Deutschland errichtet, denn ihnen gilt der unbewiesene Grundsatz: „Gott hat das Leben gegeben, nur er darf es nehmen“. Das Individuum, das sich in seiner letzten Lebensphase nicht mehr in seiner persönlich empfundenen Würde respektiert sieht, und klaren Geistes deshalb Hand an sich legt oder, sofern es dazu nicht mehr fähig ist, getötet werden möchte, wird mit dieser kirchlichen Ethik ausgegrenzt. Die maßgeblichen C-Parteien in Deutschland, die CDU sowie die CDU, haben noch nicht gelernt, dass sie keine K-Parteien sind, keine Kirchen-Parteien. Dies gilt ebenfalls für manche Flügel der SPD (vgl. z.B. den früheren Bundespräsidenten Johannes Rau). Dies gilt für Verschränkungen von Kirche und Politik bei Personen im Nationalen Ethikrat, im Parlament selbst und in einzelnen Ausschüssen, Kommissionen und Ministerien.

XIX. KDU & KSU oder CDU & CSU?

Das „C“, das Christliche, muss nicht notwendigerweise eine gesetzliche Regelung bis hin zur aktiven direkten Sterbehilfe ablehnen. Dies zeigen z.B. die Positionen des C-Politikers Kusch (Justizsenator in Hamburg, CDU); dies zeigt auch der Vorschlag des Vorsitzenden der Senioren-Union in der CSU, Konrad Weckerle, die gesetzlichen Voraussetzungen für aktive Sterbehilfe zu schaffen.

Wir wissen seit Jahren, dass die Mehrheit der Christen in Deutschland auch für die aktive direkte Sterbehilfe eingestellt ist – bei zum Teil sehr unterschiedlichen Motiven. Dies sollte auch die C-Parteien in Deutschland ermuntern, dem Willensbildungsprozess der Bevölkerung nachzugeben, zumal sogar die Wähler dieser Parteien in diesen Fragen mehrheitlich nicht der Auffassungen sind, die von den Führungskräften der jeweiligen Partei vertreten werden. Hier haben wir eine Schere, die eine Gefahr für das demokratische Selbstverständnis darstellt, keine Gefahr, die von den Wählern dieser Parteien ausgeht, sondern von den Führungskräften dieser Parteien selbst.

XX. Glaubwürdigkeit und Werte-Krise

Denn wie sollen ein Staat und eine Politik glaubwürdig bleiben, wenn sie nicht bereit sind, die in existentiellen Fragen wesentlichen Meinungen und Willensäußerungen der Bürger politisch und rechtsstaatlich umzusetzen?

Die Krise der Werte, die Politik-, Politiker- und Staatsverdrossenheit hängen damit zusammen; sie sind auch Ausdruck mangelhafter Umsetzung der Willensbildungsprozesse der Bevölkerung in existentiell drängenden Fragen.

Da hilft es auch nichts, wenn mächtige Medien und eifrige Journalisten diesen Partei- und Kirchenfürsten „aufs Maul schauen“, wie Luther das formuliert hätte. Man muss „dem Volk aufs Maul schauen“, ob dies Fragen der Rechtschreibreform oder Fragen der Sterbehilfe sind. ...

Eine lebendige Demokratie lebt davon. Demokratie-Frustrationen wäre die Folge, wenn Parteien und Politiker weiterhin mehrheitlich gegen das Volk zu regieren sich befeßigen. Die Folge wäre auch, dass die so genannten Volksparteien, die nach der Bundestagswahl fast widerwillig und gezwungen nun eine große Koalition in Deutschland bildeten, mehr und mehr Stimmen verlieren und schlussendlich von Parteien wie der FDP überholt werden, von Parteien also, die sich der Bürger- und Menschenrechte stärker annehmen.

**XXI. Menschenrechtsdebatten:
Von „amnesty international“ zu
„Right to Die national“?**

Denn auch das Recht zu sterben ist ein Bürger- und Menschenrecht. Nicht ohne Grund heißt es deshalb in der Satzung der DGHS: *„Sie versteht sich als eine Bürgerrechtsbewegung zur Verwirklichung des Selbstbestimmungsrechts des Menschen bis zur letzten Lebensminute.“*

Wir haben es uns angewöhnt, mit Menschenrechtsdebatten gegen China oder den Irak von Menschenrechtsverletzungen am Sterbebett ab-

zulenken. Sozialpolitik in Deutschland darf nicht nur Fragen der Teilzeitarbeit oder des Lohndumpings tangieren. Ich bin deshalb der Friedrich-Ebert-Stiftung dankbar, dass sie nicht erst seit diesem Jahr das Thema des humanen Sterbens facettenreich beleuchtet. Diese Diskurs-Kultur kann eine Kultur verantwortungsvollen Entscheidens und Handelns nach Maßgabe des Würdeverständnisses und Selbstbestimmungsrechts betroffener Patienten nicht ersetzen.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Hinweis:

Dieses Manuskript war Hintergrund des frei vorgetragenen Statements am 24. Januar 2006 in Berlin (mit PowerPoint-Präsentation); zur eindringlicheren Veranschaulichung vgl. die dort präsentierten Bilder und die Übersicht „Begriffsverwirrungen als Strategie?“

<http://library.fes.de/pdf-files/asfo/03628/schobert.ppt>

(Achtung 23 MB)

Das Literaturverzeichnis finden Sie unter:

<http://library.fes.de/pdf-files/asfo/03628/schobert-literatur.pdf>

Impulsreferat

1. Zur Situation in der Altenpflege

Die Altenhilfe gliedert sich in drei Aufgaben: Beratung, Betreuung und Pflege. Diese unterteilen sich weiter in Zweige, wie ambulante (so genannte offene), teilstationäre und stationäre Altenhilfe. Altenpflegeeinrichtungen sind Institutionen, die, wie ihre Bewohner, eine lange Geschichte haben und durch diese gekennzeichnet sind. Die Einrichtung wird folglich nicht nur durch die architektonische Form geprägt. „Heime sind Organisationseinheiten, die, auf Dauer angelegt, alte Menschen sowie pflegebedürftige oder behinderte Volljährige nicht nur vorübergehend zum Zweck der Unterbringung entgeltlich aufnehmen und in ihrem Bestand von Wechsel und Zahl der Bewohner unabhängig sind“ (Goberg 1997, S.42).

Die heute weitgehend existierenden Strukturen der Wohlfahrtslandschaft prägten sich schon in der Weimarer Republik aus. „Die Konfessionen und die sozialdemokratische Arbeiterkultur, die bereits in der Zeit des Kaiserreichs in vielfältigen Vereinen und Assoziationen organisiert waren, schufen sich eine neue, dem entstehenden Wohlfahrtsstaat angepasste Form sozialer Repräsentation“ (Sachße 1996, S.133). Pflegearbeit in Altenpflegeeinrichtungen ist konzeptionell eine Ableitung von Tätigkeiten, die aus dem natürlichen familiären Arbeiterumfeld stammt. Die Pflege alter Menschen findet immer noch vorwiegend in Familien und nur zu einem begrenzten Teil in Heimen statt und wird meist von Frauen geleistet. Dies ergibt sich aus einer historisch gewachsenen Arbeitsteilung zwischen Männern und Frauen. Diese Arbeitsteilung beruht auf der Annahme, dass Frauen vorwiegend mit Tätigkeiten beschäftigt sind, die sich aus dem familiären Arbeitskontext ergeben.

Der Berufseinstieg bringt Frauen oft in Konflikte zwischen den beruflichen Anforderungen einer Arbeitsstelle und den spezifisch weiblichen Arbeitsstilen und -weisen. Beim Entstehen des Altenpflegeberufes muss der gesellschaftspolitische Kontext betrachtet werden, in dem sich dieser Beruf konstituierte. Er entstand in der Zeit des Wirtschaftswunders Anfang der 60er Jahre des vergangenen Jahrhunderts und war darauf ausgelegt, Frauen nach der Kinderbetreuungsphase wieder in den Arbeitsmarkt einzugliedern und ihnen die Chance einer beruflichen Ausbildung zu bieten. So wurde für die Frau als Zweit- und Zuverdienerin ein Berufsbild entworfen, das dem ihr zugeschriebenen Rollenbild entsprach. Der Grundgedanke war, dass Frauen keine besonderen Ambitionen für eine berufliche Karriere und somit keinen hohen Bildungsanspruch hätten. Altenpflege als Frauenberuf wurde auf Grund des weiblichen Arbeitsvermögens gestaltet, die beruflichen Inhalte entsprachen der weiblichen Rolle, was eine bedarfsbezogene Qualifizierung und niedrige Bezahlung erlaubte. Leitungsfunktionen werden von 41 % der Altenpfleger und nur von 26% der Altenpflegerinnen ausgeübt. „Es ist schon paradox, dass Pflegenden einerseits für das Wohlbefinden anderer Menschen arbeiten und an Orten tätig sind, in denen Gesundheit gefördert und Krankheit bekämpft wird, andererseits es aber kaum eine weitere Berufsgruppe gibt, deren eigene Befindlichkeit so häufig im Kontext mit Ausgebranntsein, Überforderung und Fluktuation diskutiert wird“ (Kulmey 1999, S.305). Trotz der erlernten Hebe- und Tragetechniken und des Einsatzes von Hilfsmitteln sind die Erkrankungen, vor allem des Stützapparates (Rücken, Kreuz) bei den Beschäftigten in Pflegeberufen deutlicher ausgeprägt als in den anderen Berufen. Daneben kristallisieren sich zusätzliche

Arbeitsbelastungen wie z. B. das weit verbreitete Burnout-Syndrom heraus. „Das Burnout-Syndrom ist ein Ausdruck massiver emotionaler und körperlicher Erschöpfung“ (Voges 2002, S.225). Konkret drückt sich das Burnout in der Fluktuation des Pflegepersonals und im Umgang mit den Bewohnern aus. In der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Bewohnern ist oft das Phänomen zu beobachten, dass die weitaus jüngeren Pflegenden die weitaus älteren Bewohner in einer „bemutternden“ Sprache anreden.

Anders als Krankenhäuser, die man nach Heilung der Krankheit wieder verlässt, sind Altenpflegeeinrichtungen Orte, an denen man bleibt, bis zum Lebensende. Eine Altenpflegeeinrichtung ist eine Lebenswelt, soziologisch eine vorgegebene alltägliche Wirklichkeit, in der der Mensch lebt, erlebt und handelt, die auch die Natur, die Sozial- und Kulturwelt umfasst. Altenpflegeeinrichtungen sind oftmals unfreiwillig gewählte Lebenswelten, da der Grund für den Eintritt in eine Pflegeeinrichtung meist in einem plötzlichen Verschlechtern des Gesundheitszustandes einer Person liegt. Dadurch kommt es zu einem Bruch in der bisherigen Lebensführung und einem Verlagern des individuellen Lebensmittelpunktes. Darunter leidet die Identität der Person in unterschiedlichem Ausmaß. Als primäres Merkmal der Lebenswelt Altenpflegeeinrichtung wird die soziale Isolation angeführt. Wenige Besuche von Angehörigen, der Verlust von Kontakten zu Freunden und Bekannten wegen Immobilität, körperlicher und/oder psychischer Beeinträchtigung, die Zufälligkeit der anderen Heimbewohner mit verschiedenen Biographien und fehlenden verbindenden Erlebnissen.

2. Aspekte aus der Alterswissenschaft

Gerontologie ist die Wissenschaft vom Alter, vom Altern und den Alterungsprozessen; Alter ist ein lebenslanger Veränderungsprozess und beginnt mit der Geburt. Dieser Veränderungsprozess wird für das 1. Drittel des Lebenslaufs als „Reifungsprozess“ bezeichnet und im späteren Lebenslauf wird dieser Veränderungsprozess als „Alterungs- und Abbauprozess“ definiert! Die

Gerontologie kennt keine eindeutige Theorie des Alterns, vielmehr bedient sie sich verschiedener Modelle und Hypothesen. Jeder altert anders, meist so wie er bisher gelebt hat. Denn Altern heißt, das „gelebte Leben“ weiterleben mit der Akzeptanz von möglichen Einschränkungen.

Ansätze und Modelle der Gerontologie: Die Gerontologie beschäftigt sich mit der Beschreibung, Erklärung und Modifikation von körperlichen, psychischen, sozialen, historischen und kulturellen Aspekten des Alterns und des Alters. Das kalendarische Alter setzt das Alter an den Lebensjahren einer Person fest. Das biologische Alter betrifft den biologischen Abbauprozess und somit die messbaren und beobachtbaren Veränderungen des Organismus. Das psychologische Alter betrachtet die Veränderungen im Erleben und Verhalten des Menschen während seines Lebens. Dass soziale Altern betrifft die soziale Zuschreibung an die Person. Altern wird als sozialer Prozess verstanden, den jeder Mensch in und durch Beziehungen mit anderen Menschen erlebt. Die Modelle des Alterns sind:

- Das Defizitmodell basiert auf einer rein biologischen Sichtweise. Das Altern ist demnach genetisch festgelegt und folgt einer Art „biologische Uhr“.
- Das Kompetenzmodell, bei dem weniger der Abbau und der Verlust im Vordergrund steht, sondern die Veränderung und Entwicklung.
- Die Aktivitätstheorie geht davon aus, dass der Mensch in den verschiedenen Lebensphasen unterschiedliche Rollen hat. Diese Rollen sind mit bestimmten Aufgaben, Verhaltensweisen und Rechten verbunden.
- Die Disengagementtheorie verweist auf den Rückzug des alten Menschen aus seiner sozialen Beziehung und gesellschaftlichen Verpflichtung und stellt diesen Rückzug als ein Bedürfnis dar.
- Die kognitive Alterstheorie rückt die subjektive Seite des Alterns und das Erleben von Altersprozessen in den Mittelpunkt ihrer theoretischen Überlegungen. Verluste müssen von älteren Menschen verarbeitet werden.

Zum Konzept der Lebensqualität: Jeder Mensch hat für sich eine subjektive Vorstellung was dem Qualität verleiht. Eine Steigerung der Lebensqua-

lität wurde politisch und sozial gefordert und zielte zum Beispiel konkret auf die Humanisierung der Arbeitsbedingungen und den Abbau sozialer Ungleichheiten ab. Der Begriff der Lebensqualität wird verwendet, um die Lebenssituationen von Menschen erfassbar und beschreibbar zu machen. In einem Konstrukt der „subjektiven Zufriedenheit“ zusammengefasst. Das Wohlbefinden gehört zum subjektiven Erleben einer Person. Das Lebenslagenkonzept dient der Erklärung, Beurteilung und Prognose der materiellen und immateriellen Lebensverhältnisse von Menschen und Personengruppen. Die Sozialwissenschaften verwenden das Konzept der Lebenslagen für Sozialstrukturanalysen und einer Erforschung von sozialen Ungleichheiten in der Gesellschaft.

Neben der sozialen Herkunft sind auch das Geburtsjahr und die damit verbundenen unterschiedlichen Start- und Entwicklungschancen Faktoren für diese Ungleichheit. Lebenslagen im Alter sind demnach das Ergebnis von gesellschaftlichen lebenszeitlichen Entwicklungen der betreffenden Person. Dies zeigt die enge Verbindung zwischen dem Konzept Lebenslagen und Lebensqualität.

Nachfolgend einige Phänomene des Alterns: Trotz alledem eint unsere Gesellschaft eine tief greifende Reserviertheit gegenüber dem Alter, speziell wenn es um die Übernahme von sozialer, kultureller und politischer Verantwortung durch alte Menschen geht. Dies lässt sich deutlich an Entwicklungen in der Arbeitswelt ablesen, in denen die Freisetzung älterer Arbeitnehmer als eine entscheidende Beschäftigungsstrategie gewählt wird.

Viele ältere Menschen haben im Alter mehr Angst vor einem Pflegefallrisiko als vor dem Tod: „Angst“ vor einem Verlust von Selbständigkeit, vor körperlich-geistigem Abbau und vor finanzieller Verarmung. Dies ist oft der Anlass für älter werdende Menschen notorisch zu sparen, so kommt es dann zu finanziellen Anhäufungen. Die Sehnsucht, gesund zu sterben, ist die Grundlage, auf der eine wachsende Beteiligung und wachsende Fähigkeit zur eigenen Finanzleistung in Sachen Gesundheit beruht. Altersarmut ist eher ein Rand-

phänomen; verfügen doch die deutschen Rentner derzeit über ein Vermögen von ca. 750 Milliarden Euro geschätzt. Das verfügbare Kollektiveinkommen wird in der Altersklasse „60-plus“ auf rund 7,5 Milliarden Euro geschätzt. Rund 1200 Euro gibt bereits heute im Durchschnitt ein „junger Alter“ jährlich zur Gesunderhaltung aus, einschließlich Wellness. Die Zielgruppe der Senioren hat einen Vorteil: Sie wächst von Jahr zu Jahr! Hochaltrige Menschen hat es zu allen Zeiten gegeben. Hingegen ist Langlebigkeit als relativ schichtenunabhängiges demographisches Breitenphänomen, historisch betrachtet eine sehr junge Erscheinung. Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Männern ist zur Zeit 74,4 und bei Frauen 80,6 Jahren. Auf Grund der seit ca. 160 Jahren andauernden Entwicklung ist damit zu rechnen, dass die Lebenserwartung in den großen Industrienationen bis 2060 auf fast 100 Jahre wächst. Mehrere gesellschaftliche Entwicklungen können dafür aufgeführt werden, besonders die Merkmale des bereits vollzogenen Altersstrukturwandels. Langlebigkeit können wir verstehen als gesellschaftliche Herausforderung, aber trotz allen demografischen Gesellschaft des langen Lebens betreten wir gesellschaftliches Neuland und öffnen ein bisher unbekanntes Kapitel der Menschengeschichte. Galt Langlebigkeit in früheren Generationen, auch wegen der Seltenheit als Gnade, so wird Langlebigkeit jetzt mehr als Überalterung einer Bevölkerung gleichgesetzt bzw. definiert. Deshalb hält der Autor eine noch zu entwickelnde Altersethik von Nöten.

Jeder Mensch hat seine eigene Biographie, hat seine eigenen Erfahrungen, hat seine eigenen Lebensereignisse, die er bearbeitet hat oder ihm im Alter noch einmal traumatisch bewusst werden. Thomae (1968) hat in einer Abhandlung geschrieben, dass Altern nicht nur biologisches, sondern vor allem auch ein soziales Schicksal ist. Der derzeitige demographische Wandel befindet sich im Übergang von einer auf dem Kopf stehenden Pyramide zu einer Zigarre. Mit diesem Altersstrukturwandel geht eine Altersdiskriminierung, eine Altersarmut, eine Überalterung und eine Gerontophobie mit steigender Tendenz, ein-

her. All jene Anti-Agingprogramme und derlei Wellnessansätze fördern ein negatives Altersbild. Statt Anti-Aging müssten diese Programme Pro-Aging heißen. Jedoch gibt es ein bestimmtes Altersbild unserer Gesellschaft, so wenig, wie es die Alten(!) gibt.

These: Unsere Gesellschaft erkennt und nutzt die potenziellen Stärken des hohen Lebensalters nicht. Damit werden jene Jahre, die auch durch den medizinisch-technischen Fortschritt gewonnen wurden, kulturell nicht ausreichend genutzt. Man kann sogar sagen, dass in unserer Gesellschaft bislang noch kein kultureller Entwurf des Lebens im hohen Alter entwickelt wurde. Eine altersfreundliche Kultur, in der ältere Menschen ihre Fähigkeiten in gleicher Weise einbringen und ihre Interessen in gleicher Weise artikulieren können wie jüngere Menschen, ist in unserer Gesellschaft noch nicht erkennbar. Somit bleiben wir kulturell hinter den Erfolgen des medizinischen Fortschritts und der Technik zurück. Ich verstärke dies. Wir bleiben nicht kulturell, sondern auch ethisch weit hinter den Erfolgen der Medizin zurück (vgl. Kruse 1999).

Die Familie als originärer Ort von Generationsbeziehungen wird angesichts der zunehmenden Langlebigkeit mit den Chancen und Risiken der Hochaltrigkeit unmittelbar konfrontiert. In der Altersgruppe der 60- bis 80-Jährigen sind zwar nur etwa 3% der pflegebedürftig (i. S. des Pflegeversicherungsgesetzes), aber bei den über 80-Jährigen bereits 25%. Das heißt mit zunehmendem Alter steigt das Risiko der Pflegebedürftigkeit deutlich an. Das heißt aber auch, dass in der Gruppe der über 80-Jährigen rund 75% nicht (!) pflegebedürftig sind, diese Gruppe benötigt jedoch eher hauswirtschaftliche Unterstützungsleistung und Hilfe beim Gestalten des Alltagsmanagements. Denn gerade den Leistungen unterhalb der Schwelle zur Pflegebedürftigkeit, kommt eine zentrale Bedeutung, für das Erhalten von Selbständigkeit im höheren Lebensalter zu.

Die innerfamiliäre oder informelle Pflegebereitschaft stellt zwar eine kulturell legitimierte Selbstverständlichkeit dar, aber auf Grund von verlängerten Pflegezeiten und veränderten Fa-

milienstrukturen wird es zu einem Nachlassen der innerfamiliären Hilfpotenziale kommen. Hier droht eine Belastungsdimension und dies könnte sich zu einer neuen „Sozialen Frage“ entwickeln. Ein Beispiel dafür aus der Familiensoziologie. Hier spricht man von so genannten „Bohnenstangenfamilien“, d. h. eine 50-jährige Frau kann zugleich Großmutter, Mutter, Tochter und oft auch noch Enkelin sein. Hier ist ein weiterer Forschungsbedarf, wie sich vor allem die zunehmende Langlebigkeit auf informelle Netzwerke auswirken wird.

3. Sterben in Altenpflegeeinrichtungen

Stationäre Einrichtungen sind Lebens- und Sterbeorte: Die gesellschaftliche Aufgabe von stationären Pflegeeinrichtungen ändert sich. Immer häufiger kommen sehr alte, multimorbide Menschen mit chronischen Erkrankungen ins Heim. Die Verweildauer verkürzt sich. Damit ist Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen ein alltägliches Ereignis, dem entsprechende Aufmerksamkeit und Ressourcen gewidmet werden sollten. Dies bedeutet, dass der Umgang mit sterbenden Menschen zu einer Kernkompetenz werden sollte. Es ist in jedem Fall die Verantwortung der Leitungen, entsprechende Konzeptionen zu entwickeln und diese umzusetzen.

In Institutionen wie Krankenhäuser und Altenpflegeheimen finden 70% der Todesfälle statt, obwohl nach Umfragen fast alle lieber zu Hause sterben würden. Leider geben die derzeitigen Statistiken nur über die Todesursachen, aber kaum über die Sterbeorte Auskunft. Man schätzt, dass Krankenhäuser (mit über 50 Prozent) und Pflegeheime (mit ca. 20 Prozent) die häufigsten Sterbeorte heute sind, wobei in den USA inzwischen bereits 25 Prozent im Heim sterben und es amerikanische Hochrechnungen gibt, in denen diese Zahl für 2040 auf 50 Prozent steigen soll. Die zunehmende Lebenserwartung erhöht gleichzeitig den Prozentsatz bis heute nicht ursächlich behandelbarer Demenzerkrankungen (über 85 trifft es jeden Dritten, bei den über 95-Jährigen

bereits jeden zweiten). Das Eintrittsalter in Heime ist kontinuierlich angestiegen und liegt heute im Durchschnitt bei über 85 Jahren, während die durchschnittliche Verweildauer sinkt (derzeit knapp über 2 Jahre). (vgl. Heitkönig-Wilp u.a. 2001)

Der Umgang mit dem Sterben Schwerpunktbedürftiger wird daher von einem eher verschämten Randthema zu einem der zentralen künftigen Aufgabengebiete der Heime. Für diese Form des institutionalisierten Sterbens haben wir kaum Modelle, es muss hierzu erst noch eine neue Kultur entwickelt werden. Was den Heimeinzug angeht, so sind die meisten Bewohner Frauen, die normalerweise als Witwen sterben, während Männer mehrheitlich noch eine Ehefrau an ihrem Sterbebett haben. Eher unfreiwillige Einweisungen ins Heim gleich im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt – ohne vorherige ambulante Rehabilitation, mit wenig Vorbereitungszeit für den Einzug oder Gelegenheit für eine gezielte Heimauswahl sind dabei, vor allem bei Alleinstehenden und Finanzschwachen, die Regel. Inzwischen stirbt jede dritte Frau über 90 im Heim. Abschiedskultur ist mehr als Sterbekultur. Es geht hier nicht nur um das, was während des Sterbens geschieht, sondern auch um das, was vorher und nachher geschieht. Die Haltung der Leitung in der Einrichtung zur Sterbebegleitung ist zentral. Diese zeigt eine Studie aus dem Jahre 2003. Durch das Engagement, die Förderung nachfolgender, hier nur exemplarisch aufgeführter, Themenbereiche beginnend mit dem Einzug der Bewohnerin bzw. Bewohners und endend mit der Verabschiedung:

- der Anerkennung der Sterbebegleitung als Bestandteil einer umfassenden Pflege und auch als eine wertvolle Dienstleistung;
- der Ausarbeitung der Standards zur Sterbebegleitung für das Haus;
- der Förderung der Fortbildung aller Mitarbeiterinnen in der Pflege;
- dem Aufnahmegespräch der Bewohner/Angehörigen;
- der Bereitschaft, im Team über die Gestaltung der Sterbebegleitung und Rolle von Symbolen und Ritualen zu sprechen;

- die Berücksichtigung persönlich wichtiger Symbole und Rituale (für Bewohner, Angehörige und Pflegekraft) im Sterbeprozess und nach dem Tod;
- Raum und Zeit für eine individuelle Verabschiedung von der/dem Verstorbenen. (vgl. Bay. Sozialnachrichten 5/2004, S.22)

Es ist wichtig eine umfassende Begleitung in der letzten Lebensphase des sterbenden Menschen zu ermöglichen. Zum Leitbild der Pflege gehört, die Bewohner mit ihren Wünschen und Vorstellungen in den Mittelpunkt zu stellen. Dies gilt genauso für die Wünsche hinsichtlich des Sterbens, der Sterbebegleitung und auch der Verabschiedung von Angehörigen und Mitbewohnerinnen. Nur in wenigen Altenhilfeeinrichtungen ist bisher eine „Palliative Kultur“ vorhanden.

Palliative Care ist mittlerweile ein weltweit anerkanntes Konzept. In verschiedenen Definitionsschritten hat die WHO (1990, 2002, 2004) dieses Konzept gesetzt und den neueren Entwicklungen angepasst. Der wichtigste Schlüssel zum Verständnis ist die interprofessionelle Kommunikation mit den Betroffenen und ihren Angehörigen oder Bezugspersonen. Wann beginnt die palliative Behandlung, wann endet die kurative? Wie kann die Gewichtung von kurativen Maßnahmen vorgenommen werden? Erst in der Auseinandersetzung mit den Betroffenen beginnen die statistisch scheinenden Definitionsmerkmale in Bewegung zu geraten, werden abstrakte Kriterien konkret und gelingt es, die Spannungspole auszubalancieren. Was bedeutet es im konkreten Fall, den Tod und das Sterben als normale Vorgänge des Lebens zu betrachten, den Tod weder zu beschleunigen noch zu verzögern? Was heißt Linderung der Schmerzen und belastender Symptome, und auf welche Weise kann dies geschehen? Und wie werden die psychischen und spirituellen Aspekte der Versorgung aufgenommen? Und schließlich versteht die WHO (1990) Palliative Care als ein Unterstützungsangebot für die Angehörigen, während der Erkrankung des Patienten, aber auch über den Tod hinaus. Wie ist diese Perspektive umzusetzen? Charakteristisch für solche Fragen ist, dass die Widersprüche bleiben und nicht einseitig aufgelöst werden können.

Man muss sie aushalten und dazu braucht es Verfahren der Kommunikation, Prozesse der Verständigung, Ethikberatung und Ethikenquënten. Dazu gibt es keine Alternative. Palliative Care ist nicht das Monopol einer Berufsgruppe. Vielmehr sind die Bedürfnisse der Betroffenen der Anlass, sich zusammenzusetzen. In diesen berufsübergreifenden Foren beginnt der intensive Prozess einer guten Versorgung am Lebensende. Allein in dieser Perspektive ist angedeutet, dass Versorgung, „Care“, umfassender zu verstehen ist, als es in den Begrenzungen einer Organisation abgedeckt und aufgenommen werden kann. (vgl. Heller, Heimerl u.a. 2003)

Abschiedskultur ist die Euthanasievorsorge! Gutes Sterben – (k)ein Menschenrecht? Ziel der Diskussion über der Abschiedskultur ist, nicht nur das Sterben im Heim zu verbessern, sondern ein grundsätzliches Bewusstsein dafür zu schaffen, was „gutes Sterben“ ausmacht – gleich, wo es geschieht. Gutes Sterben ist als ein wichtiges Bürger- und Menschenrecht zu sehen. (vgl. Heitkönig-Wilp u.a. 2001) Zur ethischen Bewertung: Ungeachtet der persönlichen Freiheit von Bewohnern und ihrer Entscheidung, das eigene Leben in einer bestimmten Lebenssituation zu beenden, ist die Position des Autors als Gerontologe nahezu deckungsgleich. In einem Grundsatzpapier eines Schweizer Pflegeheimes werden Argumente gegen eine Zustimmung zur Selbsttötung formuliert:

- Der Tod ist nicht umkehrbar. Das gilt für die Selbsttötung Jugendlicher ebenso wie für ältere Menschen. Wir sind der Meinung, dass es auch in hohem Alter möglich ist, die Lebensbedingungen zu verbessern. Wir lehnen ein Altersbild ab, das Hochaltrigkeit quasi zwingend und unausweichlich mit Leid und Bedrückung in Verbindung bringt.
- Die persönliche Lebenssituation ist auch im hohen Alter noch veränderbar. Die depressive Verstimmungen, Schmerzen, Einsamkeit können gelindert werden. Gerade bei suizidgefährdeten Personen muss die pflegerische, die seelsorgerische, die ärztliche und psychologische Betreuung und Prävention optimiert werden.

- Suizid ist keine Privatsache. Je mehr dieses Vorgehen akzeptiert wird, wird es Nachahmer geben. Der Tod aus eigener Hand darf nicht „salonfähig“ werden.

4. Notwendigkeit nach einer Altersethik

Durch die massiven demographischen Veränderungen und Verwerfungen wird es zu neuen „Sozialen Fragen“ des 21. Jahrhunderts kommen. Das Neue an der „Sozialen Frage“ wird sein, dass weniger eine wirtschaftliche Fragestellung wie im 19. Jahrhundert, sondern künftig vielmehr soziale Bedürfnisse und „soziale Mangelerscheinung“ entstehen, so z.B. Einsamkeit, fehlende familiäre Bezugspersonen, spezifische Pflege und Dementenbetreuung mit hohem personellen Einsatz. Gebraucht werden Menschen die anderen (älteren) Menschen zur Verfügung stehen. Jedoch ist im weiteren Fortgang des Themas zu fragen, ob wir nicht einen differenzierten oder erweiterten Begriff von Leben benötigen, denn es geht hier um Langlebigkeit. Ein Lebensbegriff der auch die Phase der Hochaltrigkeit mit erfasst bzw. deutet. Es ist Leben, ob das eines Jugendlichen oder eines hochaltrig bettlägerigen Menschen. Leben hat für jeden von den beiden eine andere Bedeutung, entsprechend ihres individuellen Lebensverlaufs.

Deshalb ist m. E. der Lebensbegriff hinsichtlich seiner sprachlichen, seiner philosophischen und insbesondere aber seiner ethischen Relevanz neu auszulegen. In einer solchen Ausweitung darf keine Wertelogik, keine Rangfolge vorgegeben sein, welches Leben gesellschaftlicher bedeutsamer sein soll. Zugleich fehlen in unserer Gesellschaft ethische Ansätze für eine noch zu entwickelnde Altersethik. Hier geht es nicht um Parameter für eine noch zu entwickelnde Einstellung von Pflegemitarbeitern, sondern um einen gesellschaftlichen Denkansatz für eine Altenkultur. Denn im Hinblick auf eine anthropologische Weiterentwicklung, bezogen vor allem auf Generationsbeziehungen wird die Frage entstehen: Wie langlebig kann familiäre oder informelle Solidarität sein und hält sie bis in die späten Lebensjahre hinein!

Langlebigkeit können wir verstehen als gesellschaftliche Herausforderung aber trotz allen demographischen Verwerfungen auch als eine kulturelle Chance zugleich. Mit einer zu erwartenden Gesellschaft des langen Lebens betreten wir gesellschaftliches Neuland und öffnen ein bisher unbekanntes Kapitel der Menschengeschichte. Galt Langlebigkeit früher als Gnade so wird sie heute als „Überalterung einer Bevölkerung“ gleichgesetzt bzw. definiert. Deshalb ist eine noch zu entwickelnde Altersethik von Nöten, denn die ethische Entwicklung zeigt sich an und in der Sprache: Wie denkt und redet die Gesellschaft über alte Menschen. Jeder ethischen Entwicklung ist eine Anthropologie vorgeschaltet, d.h. ein Menschenbild, ein Bild vom alten Menschen. Wenn das künftige Bild des Alterns ein bedürftiger Mensch sein soll, benötigen wir eine Fürsorgeethik, aber das wäre eine sehr einseitige Sichtweise und entspricht nicht dem Stand der derzeitigen Altersforschung. Gedacht werden muss ein Menschenbild vom Alter, das bis ins hohe Alter ein selbstbestimmtes Leben zeichnet. Exemplarisch aufge-

zeigt zwischen dem Anspruch von Selbstbestimmung und Fürsorglichkeit. Ethische Aspekte treten stets dann auf, wenn eine gesellschaftliche Gruppe (z.B. Behinderte) bedeutsamer wird, somit ist das Entwickeln einer Ethik immer eine Reaktion auf eine bezogene Personengruppe. Eine Folge dieser ethischen Festschreibung können neue Leitbilder des Alterns sein, die helfen Stereotypen abzubauen und gesellschaftliche Rahmenbedingungen des Alterns neu zu gestalten. Ausgehend davon kann eine neue Kultur der Generationen mit dem Ziel der gegenseitigen Teilhabe gestaltet werden. Altern in Würde und mit Sinn, ist eine Aufforderung oder doch schon eine Forderung an die älteren Menschen geworden. Für unsere Kultur entsteht die Herausforderung darin, den gesellschaftlichen Wert und die realen Beiträge älterer Menschen für die Gesellschaft neu zu orientieren, geistige und organisatorische Diskussion um die demographischen Veränderungen nicht nur unter wirtschaftlichen Erwägungen geführt werden.

Impulsreferat

Der Konfrontation mit dem eigenen Tod entgeht niemand. Aber das Ende des Lebens ist nicht nur auferlegtes und erduldetes Schicksal. Es liegt auch im Horizont eigenen Entscheidens. Die Möglichkeit, sich selbst das Leben zu nehmen, ist nur der radikalste Ausdruck dieser Entscheidbarkeit. Die moderne Medizin vervielfältigt die Entscheidungssituationen am Lebensende. Sie vervielfältigt damit zugleich die moralischen Fragen. Vom Abbruch einer lebensverlängernden Behandlung über die Patientenverfügung bis zur aktiven Sterbehilfe steht zur Diskussion, wie weit man in Rahmen von Selbstbestimmung über das Ende seines Lebens verfügen darf, und ob man andere an dieser Verfügung beteiligen darf. Soll man die Beendigung einer medizinischen Behandlung verlangen dürfen, auch wenn dies den sicheren Tod bedeutet? Soll man festlegen können, dass man nicht behandelt wird, falls man in ins Koma fällt oder demenzkrank wird? Sollen Angehörige und Ärzte an solche Festlegungen gebunden sein? Soll man die Hilfe eines Arztes in Anspruch nehmen dürfen, um sein Leben zu beenden? Soll man für den Fall, dass man selbst handlungsunfähig ist, den Arzt ermächtigen können, den eigenen Tod herbeizuführen?

Diese Fragen bewegen die Öffentlichkeit. Sie haben die politische Agenda erreicht. Man kann sie nicht nicht entscheiden, weil auch der Verzicht auf eine Regelung auf Regelung hinaus läuft. Aber darüber, was die richtige Lösung ist, herrscht in vieler Hinsicht Streit. Am Ende wird im Parlament mit Mehrheit entschieden werden müssen. Die Sozialwissenschaften haben weder das Mandat, noch die Kompetenz, sich in die Wertungsfragen einzumischen. Sie können jedoch die Wirklichkeit der Gesellschaft beobachten und beschreiben –

auch die der Wirklichkeit der Wertungen, die in der Gesellschaft vorkommen. Dabei tritt zu Tage, dass einige der Antworten, die in Politik und Recht auf die oben gestellten Fragen angeboten werden, an den Wertungen der Bevölkerung vorbeigehen.

Ausgangspunkt der soziologischen Beschreibung ist die Zentralität von Selbstbestimmung und der Bedeutungsverlust von Religion im „Wertehaushalt“ moderner Gesellschaften. Es kennzeichnet die Wirklichkeit unserer Gesellschaft, dass sie ein liberaler Verfassungsstaat ist, in dem kollektive Regulierung als Einschränkung garantierter individueller Freiheit gerechtfertigt werden muss. Diese Wirklichkeit wurde nicht durch einen verfassungspolitischen Kraftakt im Jahre 1949 geschaffen. Sie ist Ergebnis eines historischen Trends, der mit dem Aufstieg der bürgerlichen Gesellschaft einsetzt und jene kulturellen Ordnungen entwertet hat, die inhaltlich vorgeben, was Sinn und Ziel menschlichen Lebens zu sein hat. Durkheim diagnostiziert zu Beginn des vorigen Jahrhunderts, „dass sich das Kollektivbewusstsein immer mehr auf den Kult des Individuums reduziert“. Lebensführung wird individueller Selbstbestimmung überantwortet; die Menschen können (und müssen) entscheiden, wie sie leben wollen.

Der Freiheitsgewinn, den die Durchsetzung von Selbstbestimmung gebracht hat, ist ambivalent. Die Frage, wie unter dem „Kult des Individuums“ soziale Ordnung und Solidarität gewährleistet werden können, bewegte schon die Klassiker der Soziologie am Ausgang des 19. Jahrhundert; ein jüngster Reflex ist die Kontroverse zwischen Liberalismus und Kommunitarismus in der Sozialethik. Ebenso ist Sinndefizit ein endemi-

schies Problem in modernen (westlichen) Gesellschaften geblieben. Als Kehrseite der Emanzipation von der kulturellen Deutungsmacht der Religion und Tradition trägt das Individuum die Last, den Sinn des Lebens selbst zu definieren. Eine Revitalisierung der Religion könnte hier Entlastung schaffen. Aber auch das bleibt eine individuelle Lösung. Dass religiöse Deutungen wieder gesamtgesellschaftliche Verbindlichkeit gewinnen, ist nicht zu erwarten. Für Deutschland zeigen die Zeitreihen der ALLBUS-Umfragen, dass die säkularisierte Deutung, nach der Menschen den Sinn ihres Leben selbst bestimmen müssen, seit zwanzig Jahren unverändert deutlich mehr Zustimmung findet als die christliche Deutung, nach der dieser Sinn durch die Beziehung zu Gott gegeben sei. Am wenigsten Zustimmung findet allerdings die Aussage: *„Das Leben hat meiner Meinung nach wenig Sinn“*, was gegen die Vermutung spricht, dass moderne Gesellschaften auf eine Sinnkrise zusteuern.

Selbstbestimmung beherrscht nach wie vor das Ethos moderner Lebensführung. Die Wahrnehmung der Ambivalenzen der Freiheit hat der Dynamik der Individualisierung keinen Abbruch getan. Damit wird Selbstbestimmung auch bei Entscheidungen, die das Ende des eigenen Lebens betreffen, gewissermaßen automatisch zum Bezugsrahmen der Wertung. Man braucht gute Gründe, um gegen das zu entscheiden, was die betroffenen selber wollen. Damit geraten Regelungen, die religiösen und anderen Deutungen entspringen, die dem Einzelnen ein bestimmtes Lebensethos kollektiv vorgeben, unter Revisionsdruck im Namen der Selbstbestimmung. Das lässt sich etwa am Wandel der Familienformen ablesen (von den Scheidungsraten bis zu den gleichgeschlechtlichen Partnerschaften), an der Einstellung zur Sexualität, an der Bewertung der Abtreibung, und eben auch an den gegenwärtigen Diskussionen über Entscheidungen am Lebensende, etwa zur Patientenverfügung oder zur Sterbehilfe.

Allerdings hat die kulturelle Dominanz von Selbstbestimmung in modernen Gesellschaften nicht dazu geführt, dass sich die Einstellung durchgesetzt hat, Entscheidungen über das eigene Leben sollten vollständig in das Belieben des Einzelnen gestellt sein. So ist etwa der Suizid (Selbsttötung) keineswegs entmoralisiert worden. In repräsentativen Erhebungen im Rahmen des World Value Surveys sind zwischen 1981 und 2000 verschiedene Verhaltensweisen auf einer Skala von 1 (= *„darf man unter keinen Umständen“*) bis 10 (= *„in jedem Fall in Ordnung“*) eingeschätzt worden. Den Suizid haben die Befragten in (West)Deutschland um 3 herum eingestuft, also deutlich im negativen Bereich. In Spanien und USA lagen die Werte noch niedriger, zwischen 2 und 3; in Schweden zwischen 3 und 5. Aus diesen Daten folgt, dass die Enttabuisierung der Selbsttötung im Recht, die in Deutschland mit dem Strafgesetzbuch von 1871 vollzogen worden ist, nicht mit einer Enttabuisierung im moralischen Urteil der Bevölkerung einhergeht. An den Wert des eigenen Leben sollen auch die Träger dieses Lebens gebunden sein. Auch in modernen Gesellschaften erkennen die Menschen an, dass es moralische Pflichten gegen sich selbst gibt, die der Selbstbestimmung Grenzen setzen. Zu diesen Pflichten gehört der Respekt vor dem Leben, das man selbst verkörpert.

Dieser Respekt gibt im Urteil der Bevölkerung jedoch der Selbstbestimmung dann nach, wenn der Betroffene an schwerer, nicht heilbarer Krankheit leidet. Nur 12 % pochen auch in diesem Fall auf die „Heiligkeit“ des menschlichen Lebens und halten daran fest, dass das Leben keinesfalls vorzeitig beendet werden darf, *„auch wenn der Patient das ausdrücklich verlangt“*. Dagegen finden 70%, ein schwerkranker Mensch sollte *„selbst entscheiden können, ob er leben oder sterben möchte“*. Diese Einschätzung teilt auch die große Mehrheit der kirchlich gebundenen Menschen: 60% der Protestanten, 68% der Katholiken.

Sterbehilfe, Deutschland (2001)

Frage: „Hier unterhalten sich zwei über Sterbehilfe. Welcher von beiden sagt das, was Sie denken?“

	Bevöl- kerung %	Protes- tanten %	Katho- liken %	Andere / oder ohne Konfession %
„Ich finde, dass Sterbehilfe für schwerkranke Menschen ein guter Weg ist um sie nicht so leiden zu lassen. Solange ein schwerkranker Mensch noch bei Bewusstsein ist, sollte er selbst entscheiden können, ob er leben oder sterben möchte.“	70	60	68	83
„Das sehe ich anders. Über Leben und Tod darf nur Gott, man kann auch sagen das Schicksal, entscheiden. Das Leben ist heilig und muss es auch bleiben. Keinesfalls darf das Leben vorzeitig beendet werden. auch wenn der Patient das ausdrücklich verlangt.“	12	14	18	4

N = 2094; Quelle: Institut für Demoskopie Allensbach (2001): Allensbacher Berichte Nr. 9, S. 3/5.

Die eigene Entscheidung soll nach überwiegendem Urteil der Bevölkerung auch beim Problem der aktiven Sterbehilfe den Ausschlag geben, also bei der Frage, ob der Arzt einem unheilbar Kranken auf dessen Wunsch hin zum Sterben verhelfen darf – etwa indem er ihm eine tödliche Spritze gibt. Aktive Sterbehilfe wird in den Befragungen des World Value Surveys überwiegend ebenfalls als negativ eingestuft, wenn auch durchge-

hend positiver als die Selbsttötung. Die neueren Werte liegen in Deutschland, USA und Spanien zwischen 4 und 5, in Schweden über 6. Aus dieser Einstufung lässt sich allerdings nicht ableiten, wie die Reaktion ist, wenn es „zum Schwur kommt“, also Ja oder Nein zur aktiven Sterbehilfe gesagt werden muss. In diesem Fall tendieren etwa zwei Drittel der deutschen Bevölkerung dazu, die sie Sterbehilfe zumindest hinzunehmen.

Verhaltensbeurteilung aktiver Sterbehilfe in Westdeutschland (1990-2002)

Frage: „Ein Arzt gibt einem unheilbar kranken Patienten auf dessen Verlangen hin ein tödliches Gift.“

	1990 %	2000 %	2002 %
„Sehr schlimm“/„ziemlich schlimm“	30,5	33,2	31,6
„Weniger schlimm“/„überhaupt nicht schlimm“	69,4	66,7	68,4

Quelle: ALLBUS 1980-2002

Diese Einschätzung wird durch weitere Daten bestätigt. Die Zustimmung zu der Aussage: *„Ein Schwerkranker Patient im Krankenhaus soll das Recht haben, den Tod zu wählen und zu verlangen, dass ein Arzt ihm eine todbringende Spritze gibt“* ist zwischen 1973 und 2001 von 53 auf 64 % gestiegen; die Ablehnung hat sich fast halbiert: von 33% auf 19%. 1990 sprachen sich zwei Drittel und 2000 fast drei Viertel der Befragten (73,3%) gegen ein gesetzliches Verbot der aktiven Sterbehilfe aus.

Man wird aus diesen Zahlen nicht schließen dürfen, dass für drei Viertel der Bevölkerung aktive Sterbehilfe kein moralisches Problem darstellt. Die Frage, ob etwas akzeptabel ist, produziert nicht notwendigerweise dieselben Antworten wie die Frage, ob etwas verboten werden soll. So lehnen viele Menschen den Schwangerschaftsabbruch für sich ab, sprechen sich aber gleichwohl dagegen aus, ihn unter Strafe zu stellen. Diese Diskrepanz spiegelt den modernen Wertepluralismus wider. Man hält gewisse Werte und Normen zwar für sich selbst für moralisch zwingend, besteht aber nicht darauf, sie auch anderen verbindlich vorzuschreiben.

Die soziologischen Befunde zwingen zur Schlussfolgerung, dass bei der Bewertung der aktiven Sterbehilfe die Werthaltungen der Bevölkerung und die Positionen der öffentlichen Politik deutlich auseinanderfallen. Im politischen Diskurs wird der Suizid als Option der Selbstbestimmung widerspruchsfrei hingenommen und weder moralisch noch rechtlich mit Sanktionen belegt; die aktive Sterbehilfe hingegen wird apodiktisch verworfen, und am Strafanspruch wird rigoros festgehalten. Von der Bevölkerung wird umgekehrt der Suizid als problematischer eingeschätzt als die aktive Sterbehilfe, und eine Freigabe letzterer würde überwiegend auf Verständnis stoßen. Die Mehrheit der deutschen Bevölkerung gesteht kranken Menschen, die in einer ausweglosen Lebenssituation den Tod herbeisehnen, nicht nur die Option der Selbsttötung zu, sie legitimiert auch deren Wunsch, dass der Arzt ihnen zum Sterben verhelfen solle. Dem Urteil der Bevölkerung entspricht eher eine Politik, in der sich der Staat

weitgehend heraushält und der Selbstbestimmung der Patienten das Feld überlässt.

Eine ähnliche Diskrepanz könnte bei der Regelung der Patientenverfügung entstehen, über die gegenwärtig diskutiert wird. Die Bevölkerung will, dass Selbstbestimmung gilt. Jeder soll selbst entscheiden können, ob und wie er medizinisch behandelt werden will, falls er in einen Zustand gerät, in dem er keine eigene Entscheidung mehr treffen kann. In einer EMNID-Umfrage von 2004 verlangen etwa 90 % der Befragten, dass solche Festlegungen für Ärzte und Pflegepersonal bindend sein sollen. Dem stehen Stimmen aus den politischen Parteien, den Kirchen, der Ärzteschaft und sozialen Bewegungen gegenüber, die solche Verfügungen nicht anerkennen wollen, mit dem Argument, dass niemand als Gesunder antizipieren und entscheiden könne, was er als Kranker im Zustand der Entscheidungsunfähigkeit wollen würde. Von manchen wird gefordert, die Patientenverfügung solle nur für Behandlungsentscheidungen gelten, die anstehen, wenn der Sterbeprozess schon begonnen hat.

Was immer man für solche Beschränkungen ins Feld führen mag, sie verfehlen jedenfalls den Willen der Mehrheit der Bevölkerung. Das gilt auch für komplizierte Formvorschriften oder Beratungserfordernisse, die dazu führen, dass Millionen von Patientenverfügungen unwirksam werden. 78% der Befragten lehnen es ab, die Geltung der Verfügung auf den Sterbeprozess zu beschränken. Sie haben vermutlich gerade Situationen wie das Leben im Wachkoma oder im Zustand der Demenz im Auge und wollen für diesen Fall entscheiden können, was mit ihnen geschehen soll. Der Streit, der in den USA um die Einstellung der künstlichen Ernährung der Wachkomapatientin Terry Schiavo geführt wurde, dürfte die Entschlossenheit, den eigenen Willen durchgesetzt zu sehen, noch bestärkt haben. Nach einer FORSA-Umfrage von März 2005 sind 91% der Deutschen (in Ost-Deutschland 96%) der Meinung, die Festlegung, *„dass man als Koma-Patient keine lebensverlängernden Maßnahmen wünscht“* sollte für Gerichte und Ärzte verbindlich sein.

Die soziologische Feststellung, ob eine Mehrheit der Bevölkerung bestimmte normative Ansprüche teilt oder nicht teilt, beantwortet nicht die moralische Frage, ob diese Ansprüche vor dem Forum der Vernunft oder des Gewissens oder vor Gott richtig oder falsch sind. Es bleibt denkbar, dass die Minderheit gegen die Mehrheit recht hat. Es kann jedoch in einer Demokratie auch nicht irrelevant sein zu wissen, wie die Bevölkerung denkt, wenn darüber zu entscheiden ist, ob solche Ansprüche mit Hilfe rechtlicher Regulierung allgemeinverbindlich gemacht werden sollen oder nicht.

Der parlamentarische Gesetzgeber muss nicht den Wertorientierungen der Bevölkerung folgen, und er tut es faktisch häufig nicht. Oft sind Rechtstraditionen und Elitendiskurse ausschlaggebend. Das konzessionslose und (fast) diskussionslose Verbot der aktiven Sterbehilfe in Deutschland ist ein Beleg. Es verdankt sich einem Elitenkonsens, der nicht durch die Wertorientierungen der Bevölkerung gedeckt ist. Dabei spielt die historische Erfahrung der Nazizeit mit den Verbrechen der Euthanasie eine Rolle. Vor diesem Hintergrund fällt es schwer, dem Missbrauchsszenario, dass die Zulassung aktiver Sterbehilfe zum Einfallstor für unfreiwillige Tötungen unheilbar Kranker werden könnte, zu widersprechen, bzw.

das Verbot davon abhängig zu machen, ob das Missbrauchsrisiko realistisch ist oder wirksam kontrolliert werden könnte, ohne die Selbstbestimmung der betroffenen Patienten auszuschließen.

Allerdings ist eine Gesetzgebung, die relevante Teile der Bevölkerung moralisch belehren oder erziehen will, prekär. Es muss mit Ausweichmanövern gerechnet werden. Die sind eher bei der Sterbehilfe möglich als bei der Patientenverfügung. Dort haben Betroffenen das Beispiel von Nachbarländern vor Augen (Niederlande, Belgien, Schweiz), in denen aktive Sterbehilfe und organisierte Beihilfe zur Selbsttötung kontrolliert freigegeben sind. Sie können sich der restriktiven deutschen Gesetzgebung notfalls durch „Flucht“ ins Ausland entziehen – und dabei mit der Zustimmung der Mehrheit der Bevölkerung rechnen. Diese Zustimmung würde vermutlich nur dann entfallen, wenn sich erweist, dass es in den Ländern, die aktive Sterbehilfe freigeben, tatsächlich zu den beschworenen Fehlentwicklungen (Missbrauch) kommt und eine Rückkehr zum Verbot unumgänglich ist. Sollten die beschworenen Fehlentwicklungen aber ausbleiben oder kontrollierbar sein, wird das Verbot der aktiven Sterbehilfe auch in Deutschland schließlich dem Druck von Selbstbestimmungsansprüchen nachgeben.

Stellungnahme

Der spektakuläre Fall Terri Schiavo in den USA und die geplante deutsche Niederlassung der schweizerischen Sterbehilfeorganisation „Dignitas“ haben das Thema Sterbehilfe auch in Deutschland wieder auf die Tagesordnung gesetzt. Insofern ist es zunächst nachdrücklich zu begrüßen, dass die Friedrich-Ebert-Stiftung dazu beiträgt, die von Bundesärztepräsident Hoppe geforderte „offene Debatte, an der sich möglichst viele gesellschaftliche Gruppen beteiligen“, zu forcieren, bevor der Gesetzgeber über die Reichweite von Patientenverfügungen und Sterbehilfe entscheidet.

In der gesellschaftlichen Debatte scheinen dabei immer wieder zwei miteinander unvereinbare Rechtsgüter aufeinander zu treffen: Auf der einen Seite steht das Verfügungsrecht über den eigenen Körper und die autonome Entscheidung darüber, auf der anderen Seite das Tötungsverbot. Das heißt im Falle der Sterbehilfe: Ist der Einzelne mit seinem nachvollziehbaren Wunsch auf einen selbstbestimmten, würdevollen Tod berechtigt, einen Dritten zu verpflichten, das Tötungsverbot zu überschreiten?

In diesem Spannungsfeld bewegte sich auch die Teilnehmerdiskussion auf der Veranstaltung „Humane Sterbebegleitung versus aktive Sterbehilfe“, wobei es zum Konzept der Veranstalter gehörte, beide Fraktionen zu Gehör zu bringen. Im Unterschied zu ähnlichen Begegnungen, bei denen die jeweiligen Positionen häufig unversöhnlich gegeneinander gesetzt bleiben, hob sich dieser nicht-öffentliche Meinungsaustausch durch die konstruktive Atmosphäre ab, in der sich beide Seiten darum bemühten, die jeweiligen Argumente ernsthaft zu wägen, ohne dabei „versöhnlichen“ Kompromissen das Wort zu reden.

Für den unbedingten Schutz des Selbstbestimmungsrechts plädierte der Vertreter der „Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben“, Kurt

Schobert. Dafür machte er Artikel 1 der Verfassung geltend, der den Staat verpflichtet, die Würde des Menschen – auch am Ende seines Lebens – zu schützen. Schobert problematisierte die begrifflichen Unschärfen und Begriffsverwirrungen in der öffentlichen Diskussion – aktive direkte, aktive indirekte Sterbehilfe und passive Sterbehilfe – und verwahrte sich gegen die Gleichsetzung der von ihm befürworteten „passiven Euthanasie“ mit den nationalsozialistischen Verbrechen.

Wie viele Sterbehilfebefürworter brachte auch Schobert die so genannten „aussichtslosen Fälle“ in Anschlag, das heißt, Patienten mit einer infausten Diagnose und dem vorab niedergelegten oder mutmaßlichen Wunsch, von ihrem Leiden „erlöst“ zu werden. Für diese Patientengruppe sei auch die Palliativmedizin kein sinnvoller Ausweg. Wenn diese Patienten in ein künstliches Koma versetzt oder terminal sediert würden, sei dies eher eine Form „sozialen Totschlags“, zumal, wenn Patienten sich diese „Ummantelung“ zum Tode nicht wünschten. Dieser Wille sei unbedingt anzuerkennen und – aus Gründen der Leidvermeidung und des Mitleids – auch gegen eigene Überzeugungen zu exekutieren.

Schobert warb deshalb nicht für eine „Entweder-Oder“-Lösung (Hospizarbeit/Palliativmedizin versus Sterbehilfe), sondern für ein „Sowohl-als-auch“. Problematisch und wenig hilfreich erscheinen allerdings die Parallelen, die Schobert zog, um die „Bedenkenträger“ gegen die Sterbehilfe zu diskreditieren. Dass dem Gesetzgeber die Regelung des Dosenpfands wichtiger erscheine als die gesetzliche Anerkennung von Patientenverfügungen, entzieht sich schon aus systematischen Gründen einem Vergleich, es sei denn, man wollte die Mehrwegdose in eins setzen mit der ja durchaus erkennbaren Tendenz, auch Kör-

pertheile zu „vernünftlichen“ (Organe, Zellmaterial, Embryonen ect.). Noch abwegiger ist der Vergleich mit dem gesellschaftlich anerkannten „freien Willen“ des Motorradfahrers, sich und Andere potenziell zu Tode zu bringen. Derartige Polemiken tragen wenig dazu bei, die Diskussion um die Sterbehilfe sachlich zu grundieren.

Immerhin scheint die Sterbehilfe in der Bevölkerung zahlreiche Anhänger zu haben, wie die Einstellungsforschung zeigt. Der Soziologe Wolfgang van den Daele hob bei seiner Vorstellung der einschlägigen Umfragen und Untersuchungen hervor, dass die Selbsttötung negativer beurteilt wird als die Euthanasie, soweit es sich um „unheilbar Kranke“ und „aussichtslose Situationen“ handelt, wobei sich die Stimmung im Laufe der Jahre immer deutlicher zugunsten der Sterbehilfe ausprägt. Van den Daele verweist allerdings darauf, dass diese Zustimmung nichts darüber aussagt, wie der Einzelne im Fall der Fälle selbst entscheiden würde, das heißt, es gibt eine signifikante Diskrepanz zwischen dem, was Anderen an Entscheidungsfreiheit zugestanden wird und dem, was man selbst richtig findet.

Einmal davon abgesehen, dass die Umfragen im einzelnen noch einmal einer Methodenkritik unterzogen werden müssten – wurden Suggestivfragen gestellt, sind die Fragen der lebensweltlichen Realität angemessen und welche Aussagen lassen sich prinzipiell aus Befragungen ableiten –, ist die Frage entscheidender, ob die Einstellungen der Bevölkerung in einer so gravierenden Frage wie Leben und Tod die Politik leiten darf, man denke etwa an die Wiedereinführung der Todesstrafe. Die verfassungsrechtlichen Gebote, so auch Justizministerin Zypries in einem Interview (Zeit v. 3.11.2005), könnten „zum Glück“ nicht einfach durch den möglicherweise mehrheitlich gegenteiligen Willen der Menschen außer Kraft gesetzt werden. Ob sich darin, wie van den Daele meint, eine „Bevormundung“ der Bevölkerung durch „Rechtstradition und Elitediskurse“ ausdrückt, sei einmal dahingestellt. Um dies beurteilen zu können, wäre vorab eine umfassende öffentliche Debatte über die Sterbehilfe zu entfalten, damit die gegenwärtigen Wertehaltun-

gen und Einstellungen an allen verfügbaren Argumenten überprüft werden können. Festzuhalten bleibt, dass die Selbsttötung in der Öffentlichkeit negativer beurteilt wird als die Sterbehilfe; darauf wird noch zurückzukommen sein.

Wichtig scheint mir ein anderer Hinweis van den Daeles: Er insistierte darauf, dass die Nutzung des Rechts auf Sterbehilfe unbedingt von den Umständen abhängig ist und auch in Ländern, wo sie erlaubt ist, ein randständiges Phänomen bleibt (aus Belgien wurde dagegen kürzlich eine Steigerung der Sterbehilfefälle gemeldet, Ärzteblatt vom 7.2.2006). Diese „Umstände“ sind, davon ist auszugehen, nicht nur rechtlicher Natur, sondern es sind vor allem auch die sozialen Bedingungen, in denen alte, kranke und/oder demente Menschen leben. Der Gerontologe Bernd Seeberger hat in seinen Ausführungen ein beeindruckendes Bild von der Situation alter Menschen und der Altenhilfe gezeichnet. Er geht davon aus, dass alte Menschen künftig ohnehin nicht mehr stationär versorgt werden können, weil das auf Dauer nicht mehr zu finanzieren ist bzw. die Alteinrichtungen unter einen derartigen Ökonomisierungsdruck geraten, dass in Frage steht, ob man sich die stationäre Betreuung überhaupt wünschen soll.

Schon heute ist die Lage der alten Menschen in den Heimen prekär; doch skandalisiert wird sie nur, wenn wieder einmal ein spektakulärer Fall von Vernachlässigung oder gar „mitleidiger“ Sterbehilfe vor dem Richter landet. Die zunehmende Rationierung von Gesundheitsleistungen und die Organisation der Altenhilfe nach Managementkriterien tragen nicht dazu bei, die Würde der alten und sterbenden Menschen zu wahren. Einschlägige Untersuchungen deuten darauf hin, dass die Zuteilung von Gesundheitsressourcen schon heute in Abhängigkeit vom Alter der Patienten erfolgt. Und auch stimmungsmäßig wird das „Altenbashing“ kultiviert: Während die Gesellschaft dem Jugendkult frönt, wird das Alter, weil nicht mehr „produktiv“, abgewertet; statt die Entwicklungspotenziale der Alten zu nutzen, werden die alten Menschen abgeschoben und still gestellt.

Gegen die „Autonomieverliebtheit“, deren Ausfluss auch das Recht auf selbstverfügtes Sterben ist, machte Seeberger die Würde und das Wohlbefinden alter Menschen als Leitkategorien und Prüfsteine für die Alteinrichtungen geltend. Er plädierte für eine bewohnerorientierte Pflegeethik, die zum einen die Bedürfnisse der alten Menschen respektiert und andererseits den Umgang mit schwerstpflegebedürftigen und sterbenden Menschen beinhaltet. Nicht zu Unrecht befürchtet er, dass die Liberalisierung der Sterbehilfe der notwendig zu entwickelnden „neuen Ethik des Alterns“ entgegenstehen könnte.

Dass die Betroffenen – überwiegend alte Frauen, die ihre Angehörigen bis zum Tode gepflegt haben und nun selbst alleine stehen – Angst davor haben, zum Pflegefall zu werden, ist bekannt. In Berlin gibt es eine Erhebung, die darüber Auskunft gibt, dass viele alte Menschen lieber Selbstmord begehen als in ein Pflegeheim zu gehen. Es sind vorab alte Frauen, die die Leistungen der (meist männlichen) Sterbehelfer nachfragen (FAZ vom...), es sind Frauen, die befürchten, ihren Angehörigen zur Last zu fallen. Und es sind im übrigen auch Frauen, die in der Altenhilfe tätig sind oder durch ihre Tätigkeit als ehrenamtliche Helferinnen die Hospizarbeit ermöglichen.

Der Aufschwung der Hospize, so Gerda Graf von der BAG Hospiz, sei deshalb eine Reaktion auf die Angst, schlecht zu Tode zu kommen. Dass der Suizid negativer gesehen wird als die Sterbehilfe, könnte auch damit zusammenhängen, dass mit der Entscheidung zur Selbsttötung den Lebenden ein Stück Schuld aufgebürdet wird, während die Sterbehilfe ihr Bedürfnis bedient, das Leid der Sterbenden nicht annehmen zu müssen, besser verdrängen zu können. Man kann der gelegentlichen „Leidverklärung“ durch die Hospizbewegung durchaus kritisch gegenüberstehen; richtig ist aber auch, dass die Hospize wichtige Arbeit leisten, auch für die Angehörigen, die den Sterbeprozess dadurch besser auszuhalten lernen. Denn die Überforderung der Angehörigen durch die Pflege beispielsweise dementer Patienten, das wurde auch auf der letzten Jahrestagung

des Ethikrats sehr deutlich, ist ein Problem, das sowohl in der öffentlichen Diskussion als auch in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften bislang nur eine marginale Rolle spielt.

Mit der von Kristiane Weber-Hassemer (Ethikrat) ultimativ gestellten Frage, weshalb die Selbstbestimmung in der Debatte so negativ konnotiert sei und die das Aufklärungsideal verfassungsrechtlich verteidigt und „nicht unter Verdacht gestellt“ sehen wollte, weitete sich die Diskussion auch auf die Wünschbarkeit und Reichweite von Patientenverfügungen aus. Darf, um den einmal formulierten Willen eines Menschen zu erfüllen, getötet werden? Und dürfen um dieses Wunsches Willen Dritte dazu genötigt werden, an der Tötung teilzunehmen oder diese gar zu exekutieren?

Der Arzt Christof Müller-Busch bekräftigte, dass für die Legalisierung des Tötens nicht das Autonomieprinzip leitend sein darf, auch wenn er Respekt vor autonomen Entscheidungen habe, etwa wenn ein Patient verfüge, nicht weiter beatmet werden zu wollen. Er will die Ärzte jedoch grundsätzlich beweislaster machen und plädierte deshalb für die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen.

Ulrich Eibach führte demgegenüber die vielfach diskutierte Problematik von Vorausverfügungen ins Feld. Nach seiner Erfahrung als Krankenhausseelsorger sind Gesunde viel eher bereit, eine entsprechende Verfügung zu leisten, während schwerkranke Patienten damit sehr viel zurückhaltender sind. Es ist wohl anzunehmen, dass die Nähe zum Tod Menschen das Leben mehr schätzen lässt, auch wenn eine Gesundung nicht mehr absehbar ist. Deshalb lehnt Eibach einen „abstrakten Selbstbestimmungsbegriff“ ab; Entscheidungen seien immer nur im sozialen Kontext zu fällen und ein „absolutes Verfügungsrecht über Leben und Tod“ könne es nicht geben.

Selbstbestimmung, machte Klaus Dörner deutlich, muss nämlich „normativ“ begriffen werden, das heißt, auch „autonome“ Entscheidungen sind nicht von der Bedeutung zu entkoppeln, die sie für Andere haben. Man kann, muss aber gar nicht, wie Dörner, die NS-Psychiatrie aufrufen, um zu erkennen, dass die Option für Sterbehilfe nicht

nur Leidvermeidung für den betroffenen Patienten bedeutet: Es kann sein, dass sie den Angehörigen Schuld auferlegt und das medizinische Personal in schwere Konflikte mit ihrem Berufsethos bringt; es kann sein, dass das „entlastende“ Moment andererseits normierend wirkt und andere Betroffene sich aufgefordert sehen könnten, ähnliche Entscheidungen zu treffen. Die Verfügung, sein Leben durch Andere zu beenden, bedeutet auch, dass dieses Leben als „lebensunwert“ deklariert wird. Das subjektiv empfundene „lebensunwerte“ Leben wird also in dem Moment für objektiv lebensunwert erklärt, wie ein Dritter diese Verfügung ausführen muss.

Insofern könnten Patientenverfügungen (ähnlich wie Organspendeausweise) auch zu einer Art „Bringschuld“ werden. Indem Angehörige oder die Gesellschaft zu einer entsprechenden Vorausverfügung nötigen, entlasten sie sich von Verantwortung: Die Ärzte, indem sie „nur“ dem Patientenwillen folgen; Angehörige von der Last der Pflege und des Leidens; die Gesellschaft, die sich nicht mehr aufgefordert sehen braucht, die Lebensumstände alter und sterbenskranker Menschen so human zu gestalten, dass sie ihr Leben in Würde zu Ende bringen können.

Patientenverfügungen, da ist Erika Feyerabend zuzustimmen, delegieren ein Tötungsvorhaben an den Arzt, der die Patienten „zum Tode hin“ behandeln soll. Er wird damit zum „Erfüllungsgehilfen“ eines einmal aufgeschriebenen Willens. Dass der entscheidungsunfähige Patient in der konkreten Situation unter Umständen anders entscheiden könnte, ist das eine; nicht zu unterschätzen ist außerdem die Gefahr, dass entscheidungsunfähige Personen, darauf machte Henk Jochemsen aus den Niederlanden nachdrücklich aufmerksam, abgestempelt und zu Menschen zweiter Klasse werden.

Seine Erfahrungen mit der Sterbehilfepraxis in Holland zeigt, dass die Möglichkeit, Menschen zum Tode zu behandeln, auch dazu einlädt, die Begriffe immer neu zu definieren. Er verwies auf die in seinem Land mittlerweile erlaubte Möglichkeit, auch aktive Sterbehilfe bei schwerstbehinderten Babys zu leisten, die ihren Willen nicht

äußern können. Untersuchungen weisen darauf hin, dass für das Handeln des Arztes nicht die Autonomie des Patienten, sondern das Leiden, das heißt die Diagnose entscheidend ist. Dabei bestimmen dann Andere mit, ob die Kriterien für die Euthanasie erfüllt sind.

Wie der Beginn des Lebens ist auch das Lebensende eine sensible Phase. Am Umgang damit lassen sich nicht nur gesellschaftliche Wertehaltungen ablesen, sondern sie sind auch immer wieder der Um- und Neudefinition ausgesetzt. Wann das Leben beginnt, war und ist der ewige Streitpunkt in der Debatte um Embryonenschutz und Schwangerschaftsabbruch (wobei im Hinblick auf den Schwangerschaftsabbruch, das sei hier am Rande angemerkt, Selbstbestimmung und Autonomie keine so prominenten Einwände hatten wie in der Sterbehilfedebatte). Und auch die Definition darüber, wann das Leben endet, ist abhängig sowohl vom technisch und medizinisch Machbaren (die Hirntoddefinition beispielsweise ist Folge der Möglichkeit, Organe zu transplantieren) als auch von sozialen Normierungen. Unter der Maßgabe, dass diese Grenzen kulturell bestimmt werden, ist es deshalb problematisch, eine per se „natürliche“ Grenze zu behaupten und einen „natürlichen“ Tod einzufordern.

Was Patienten jedoch einfordern können sollten, ist Sterbebegleitung, nicht Sterbehilfe, das heißt: Hilfe beim Sterben, nicht Hilfe zum Sterben. Dazu gehört ein Arzt-Patienten-Verhältnis, das den Patienten sicher darin weiß, dass der Arzt, wie es Hans Jonas einmal ausgedrückt hat, nicht zu seinem „Henker“ wird. Hilfe beim Sterben bedeutet Basisversorgung in Form der Palliation, eine angemessene Schmerztherapie und eine mental-spirituelle Begleitung, durch die sich der Sterbende geborgen weiß und er seiner Ohnmacht nicht hilflos ausgeliefert ist.

Es mag sehr seltene Fälle geben, die das Abschalten der Apparate nach Prüfung aller Umstände erlauben – im besonderen Einzelfall. Dies zu einer gesetzlich erlaubten Regel im unterfinanzierten medizinischen Betrieb zu machen, birgt allerdings unabsehbare Risiken, die ungleich größer sind als die Gefahr, die von der, wie Wolfgang van

den Daele meint, „totalitären Beschränkung des Selbstbestimmungsrechts“ ausgeht. Patientenverfügungen könnten zum Türöffner einer Sterbehilfepraxis werden, die sich weniger an ethischen Prinzipien, sondern an verfügbaren Ressourcen und vorauseilenden Ängsten orientiert.

Vor diesem Hintergrund muss es alarmieren, wenn ausgerechnet Strafrechtler, wie kürzlich geschehen, dafür plädieren, die Behandlung künftig auch bei Koma-Patienten und Dementen einzustellen, wenn darüber eine Verfügung existiert bzw. anzunehmen ist, dass die Patienten

dies wünschen. Auch ärztlich assistierter Suizid soll straffrei bleiben. Wenn sich der Gesetzgeber für einen solchen Weg entscheidet, wird aus dem Hilfsgebot des medizinischen Personals ein doppeltes Schuldverhältnis: Die Schuld der Sterbehilfeleistung und die Schuld, einen Menschen zu Tode gebracht zu haben. Denn selbst der bei vollem Bewusstsein verfügte Wunsch nach Sterbehilfe enthebt den, der sie leistet, nicht der Verantwortung, gegen das Tötungsverbot zu verstoßen.

Stellungnahme

Es versteht sich, dass diese Stellungnahme kein Protokoll ist; vielmehr beschränke ich mich auf die Darstellung und Bewertung derjenigen Aspekte der Diskussion, die ich als besonders fruchtbar und weiterführend empfunden habe.

Gleich zu Beginn stellte Frau Weber-Hassemer eine Frage, die sich als die Leitfrage für die Diskussion herausstellen sollte: sie fragte sich, woher eigentlich in mehreren der einleitenden Kurzvorträge der skeptische oder kritische Unterton bei der Bedeutung der Selbstbestimmung/Autonomie für die Sterbebegleitung/Sterbehilfe komme?

Für Frau Graf suggeriert die Dominanz der Selbstbestimmung Unmögliches, entspricht einem Wunschdenken. Herr Seeberger sieht dies als Niederschlag einer einseitig liberalen Weltanschauung, die an Bedeutung verliert, je mehr es sich um alltagspraktische Situationen handelt, während Herr Schobert betont, dass die Verfassung uns die Dominanz der Selbstbestimmung vorschreibe. Herr Eibach referiert eine Befragung von Dialyse-Patienten, die zu 80% nicht selbst entscheiden wollen, wie in einer lebensbedrohlichen Krise zu verfahren sei: Empirisch breche die Dominanz der Selbstbestimmung zusammen. Herr van den Daele räumt ein, dass empirisch die Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe im Namen der Selbstbestimmung abnehme, je mehr es nicht mehr um das Recht auf Selbstbestimmung, die theoretische Wahlmöglichkeit und Wahl im Ernstfall gehe, besteht aber gleichwohl auf der Selbstbestimmung als Entscheidungskriterium; denn wolle man erst alle sozialen Bedingungen in idealer Weise optimieren, müsse man unerträglich lange warten, was sich für manche heute leidende Menschen als totalitäre Fremdbestimmung auswirke. Frau Feyerabend

erinnert an Aries, dem zufolge der Tod in der Moderne ausgebürgert worden sei, wozu die Dominanz der Selbstbestimmung durch Idealisierung des Sterbens erheblich beigetragen habe, eine Gefahr, der sich auch die Hospizbewegung bewusst sein muss. Für Herrn Müller-Busch wird die Selbstbestimmung immer fragwürdiger, je mehr er seiner ärztliche Praxis reflektiert: Sterben sei in Institutionen heute nur noch durch Verzicht auf Mögliches denkbar, wobei mit Fortschreiten des Krankheitsprozesses die Patienten immer unfähiger oder unwilliger zur selbstbestimmten Entscheidung werden. Behandlungsabbruch (wie der Suizid) zerstöre unwiderruflich Autonomie, die daher kein Abbruch-Argument sein dürfe; der Einzelfall dürfe nicht verrechtlicht werden. Ähnlich gibt Eibach zu bedenken, dass die abstrakte Norm der Selbstbestimmung, von allem anderen isoliert, die situative Gleichwertigkeit suggeriert, ob ein Mensch jetzt an einer Krankheit oder durch Handlungen von Menschen stirbt. Dagegen will Schobert die Akzeptanz der Selbstbestimmung z.B. durch Erziehung in den Schulen stärken, damit etwa die Patientenverfügung, die ja ein erster Schritt zur Anerkennung der aktiven Sterbehilfe sei, endlich von mehr als 10% der Bevölkerung übernommen werde.

Dörner sieht einen gravierenden methodischen Fehler darin, wenn in der Diskussion immer nur quasi digital Selbstbestimmung gegen Nichtselbstbestimmung gesetzt wird; denn in der lebensweltlichen Wirklichkeit bewegen wir uns hier auf einer normativen Ebene, stets nur als ein Spannungsfeld zwischen zwei Normen, die beide positiv zu formulieren sind. Der Selbstbestimmung auf der einen Seite müsse daher auf der anderen Seite etwas entsprechen, das man z. B. als Lebensschutz, Heiligkeit des Lebens,

Solidarität oder „Bedeutung für Andere“ (Levinas) bezeichnen könnte. Setzt man eine Norm absolut, indem man ihre Gegennorm nur negativ definiert, gibt man ihr eine Monopolstellung, wodurch sie totalitär und mörderisch wird – so auch die Selbstbestimmung.

Hier verschärft Weber-Hassemer noch einmal ihre Eingangsfrage: Sie kann nicht erkennen, dass wir die Selbstbestimmung überbewerten, dass wir selbstbestimmungs-süchtig seien; denn es gebe ja auf der anderen Seite z. B. die Hospizbewegung und vieles Andere. Feyerabend sieht dagegen sehr wohl eine Überwertigkeit mit der Selbstbestimmung, v. a. wenn diese isoliert und abstrakt nur als Ja/Nein-Entscheidung konzipiert wird, was dazu führen kann, dass die bloße Lebensverlängerung schon als begründungspflichtig angesehen wird, v. a. wenn nach Verrechtlichung das Töten als Dienstleistung attraktiv gemacht wird.

Hier berichtet Herr Jochemsen aus den Niederlanden, dass dort auf der Grundlage des Selbstbestimmungsrechts fast zwangsläufig der Kreis der zu tötenden Menschen immer weiter ausgeweitet wird. In der Entscheidungspraxis der Ärzte zur Euthanasie werde zunehmend auf das Leiden der Menschen abgestellt, was wegen seiner subjektiven Interpretation dazu führe, dass der Unterschied sich verwische, ob nun ein Mensch um seinen Tod bittet oder ob er auch ohne eine solche Bitte getötet wird. Als eine direkte Antwort auf Frau Weber/Hassemer führt er die zunehmende Autonomie-Kritik darauf zurück, dass unübersehbar werde, dass das Zeitalter der Aufklärung am Ende sei; denn während Selbstbestimmung ursprünglich ein wichtiges Abwehrrecht der Menschen gewesen sei, werde heute ein nicht selbstbestimmungsfähiger Mensch gar nicht recht als Mensch angesehen, was die Schwelle zur Euthanasie erheblich senke. Damit die Gesellschaft nicht völlig zerfalle, wachse zwangsläufig das Bedürfnis, anstelle der lange Zeit übertriebenen Selbstbestimmung die komplementären Normen der Mitmenschlichkeit zu stärken.

Während van den Daele damit gar nichts anfangen kann und darauf besteht, dass die Selbst-

bestimmung (totalitär? K. D.) andere Normen dominieren muss, nimmt Graf noch einmal auf die Niederlande Bezug, wo das Leid leicht zu einem Leiden werden kann, das man selbst nicht mehr mit ansehen kann, zu einem „tödlichen Mitleid“. Herr Payk fürchtet, dass die Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe das Ende von Solidarität, Brüderlichkeit und Mitleiden bedeuten könne, ähnlich berichtet Müller-Busch, dass in den Niederlanden die terminale Sedierung massiv angestiegen sei, was nur als Intention zur Lebensverkürzung angesehen werden kann. Die Patientenverfügung hält er jedoch für wichtig, schon damit die Ärzte bei einer Abweichung davon sich nicht ihrer Beweislast entziehen können. Während Schobert einwirft, dass das in Nord-Australien und in Oregon keinen Missbrauch gegeben habe und die Niederlande eine andere Geschichte als Deutschland hätten, fordert Seeberger, dass die ethische Diskussion nur im Zusammenhang mit der bisher zu kurz gekommenen ökonomischen Diskussion Sinn mache.

Weber-Hassemer greift das niederländische Wort vom „Ende der Aufklärung“ auf: Dies würde insbesondere die Juristen zutiefst verunsichern, da sie ganz und gar in der Tradition der Aufklärung stehen und etwa das Grundgesetz von der Dominanz der Freiheit und damit der Selbstbestimmung ausgeht. Auch die Patientenverfügung gehöre dazu, schon um dem ethischen Diskurs einen Rahmen zu geben. Dörner wendet hier ein, dass selbst wenn das richtig sei, die Bürger aber trotz 20-jähriger Werbung die Patientenverfügung nicht wollten, was auch ein Symptom dafür sein könne, dass man an der Basis umdenkt, dem zu eng, zu instrumentell gewordenen Aufklärungsdiskurs nicht mehr folgen will. Nach 200 Jahren Dominanz von Freiheit und Selbstbestimmung wächst ein Bedürfnis nach komplementären anderen Normen zur Orientierung, die freilich schon sprachlich, weil ungewohnt schwer zu fassen sind, weshalb „Lebensschützer“ schon als Schimpfwort durchgehen kann. Gleichwohl ist seit 1980 so etwas wie eine kulturelle Wende empirisch beweisbar, wenn etwa seither (nicht vorher!) die Zahl der Freiwilligen und der Nach-

barschaftsvereine wächst, die Hospizbewegung möglich geworden ist, generationsübergreifende Siedlungsformen sowie ambulante, nachbarschaftsbezogene Wohngruppen für Demente boomen und selbst die Zahl der Suizide erstmals seit 200 Jahren nicht zu-, sondern abnimmt. Ebenfalls sprechen gerade die erwähnten empirischen Befunde von van den Daele dafür, dass ich beim Übertritt sowohl ins Alter als auch in die Pflegebedürftigkeit, in die Demenz, ins Sterben und in den Tod ein anderer bin, nicht vorher wissen kann, wer ich dann sein werde und wie ich dann leben will – entsprechend der selbst von Schobert zitierten anthropologischen Weltoffenheit des Menschen. Auch die Juristen müssten diese Veränderungen und Befunde zur Kenntnis nehmen und darüber nachdenken, auch wenn dies gerade ihnen zweifellos am schwersten fallen muss – eine skeptisch-kritische Haltung ist, während sie zugleich noch des Ausbaus bedarf, gegenüber der Palliativmedizin erforderlich, die, wie jede medizinische Neuerung (vgl. Intensivmedizin!), in der Gefahr steht, von den Ärzten in ihrer Begeisterung überbewertet und zu expansiv angewandt zu werden. So sind derzeit etwa die Ärzte sämtlicher städtischer Pflegeheime in Zürich stolz auf ihren besonders fortschrittlichen Paradigmenwechsel, wonach es für sie nur noch kuratives oder palliatives Handeln gibt, wobei letzteres sich auch schon auf alle chronisch Kranken erstreckt, was ihnen als Begründung dafür ausreicht, z. B. die Lungenentzündung eines Menschen mit Demenz nicht mehr zu behandeln und ihn daran sterben zu lassen, obwohl wir – auch laut Frau Graf von Menschen in der (nach ihrer Verbreitung) neuen menschlichen Seinsweise der Demenz wissen, dass sie in der Regel glücklich sind und ausgesprochen gern leben. Wenn aber, wie Eibach Hörster zitiert, „kein vernünftiger

Mensch als Alzheimerkranker leben will“ verfolgen wir einen Weg, auf dem die subjektive Anerkennung der aktiven Sterbehilfe eines einzelnen deren Objektivierung, es gebe lebensunwertes Leben, nach sich zieht, was deren Verrechtlichung verbietet.

Mit dem folgenden Beitrag von Jochemsen wurde es noch einmal besonders aufregend: aufklärungsorientierte Liberale und Sozialdemokraten denken noch zu sehr in der heute falsch gewordenen abstrakten Alternative Individuum versus Staat, also selbstbestimmungs-süchtig, während wir für die Lösung der heutigen Probleme längst etwas anderes brauchen, nämlich die Wiederentdeckung des „Dazwischen“ der Zivilgesellschaft, also all dessen, was mit familiär-nachbarschaftlich-gemeinschaftlichen Ressourcen gemeint ist, wofür z. B. die Hospizbewegung steht und was nach Dörner empirisch nachweisbar die Bürger von der Basis her wiederzubeleben begonnen haben. Das ist nach Feyerabend der wichtigste Grund dafür, weshalb Patientenverfügungen zwar von den Institutionen, jedoch nicht mehr von den Bürgern gewollt werden, da sie sich dadurch zum „Selbstverzicht“ und zur „intentionalen Behandlung zum Tode“ aufgefordert sehen. Das kann oder will van den Daele nicht sehen; er beharrt darauf, alles auf die Anerkennung der Selbstbestimmung und die Kontrolle der Missbrauchsmöglichkeiten zu setzen und hält schon die mangelnde Verbindlichkeit mit der Patientenverfügung für einen Skandal, während König von der FES in seinem Schlusswort vor allem die Wiederbelebung des Sozialraumes zwischen Individuum und Staat (des dritten Sozialraumes zwischen Privat und Öffentlich) für ein besonders innovatives chancenreiches und weiterführendes Ergebnis dieser Diskussion hält, was in nachfolgenden Veranstaltungen zu vertiefen sich lohne.

Stellungnahme

1. Einstellungen zur „aktiven Sterbehilfe“ und „Praxiserfahrung“

Das Gespräch ließ eine Diskrepanz in der Bewertung der „aktiven Sterbehilfe“ offensichtlich werden. Die in der medizinischen, pflegerischen und seelsorgerlichen Praxis tätigen und im Umgang mit todkranken und sterbenden Menschen erfahrenen Teilnehmer kamen überwiegend zu einer ablehnenden Haltung gegenüber einem Recht auf aktive Sterbehilfe, das primär mit dem Recht auf Selbstbestimmung über eigene Leben, letztlich mit einem positiven Recht auf Selbsttötung und Beihilfe zur Selbsttötung begründet wird. Diejenigen, die die Problematik mehr aus philosophischer, juristischer, also einer theoretischen Perspektive betrachten, kommen, insbesondere wenn sie eine empirische Entscheidungs- und Handlungsautonomie als den primären Inhalt der Menschenwürde nach Artikel 1.1 GG betrachten, zu einer eher bejahenden Einstellung zur aktiven Sterbehilfe. Die unterschiedliche Bewertung ist sicher nicht nur durch die praktische Erfahrung, sondern auch durch aus ihr allein nicht ableitbare weltanschauliche und ethische Vorgaben (z.B. ärztliches Ethos) und persönliche Lebensüberzeugungen begründet, die aber in der Diskussion leider nur bedingt offen gelegt und fast nicht diskutiert wurden. Hier wäre eine vertiefende Diskussion von Nöten, damit klar wird, wie sehr die Einstellung zur „aktiven Sterbehilfe“ durch weltanschaulich geprägte ethische Grundüberzeugungen bedingt ist und wie wenig die schiefe Alternative zutrifft, als seien die Befürworter einer rechtlich erlaubten „aktiven Sterbehilfe“ die barmherzigen Anwälte leidender Menschen und die Gegner „unbarmherzige Prinzipienethiker“. Die Tatsache, dass mit der praktischen Erfahrung im Umgang mit todkranken Menschen

und der wachsenden Kenntnis palliativer medizinischer und pflegerischer Möglichkeiten die Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe abnimmt, spricht gegen diese schiefe Alternative.

Die Praxiserfahrung darf bei der ethischen Urteilsbildung nicht unterschätzt werden. Es ist nicht nur so, dass Ärzte und Pflegekräfte und helfende Berufe sich schwer tun, den Lebensschutz der Selbstbestimmung des Menschen unterzuordnen. Sie kommen vielmehr aufgrund ihrer Erfahrung mit Menschen in schwersten Lebenskrisen – wie die betroffenen Menschen selbst – zu einer realistischeren Einschätzung der Fähigkeit zur Selbstbestimmung. Der Ruf nach einem „selbstbestimmten“ Todeszeitpunkt ist eher ein Anliegen der Gesunden, die Angst vor dem Sterben und dem Tod haben, als der Menschen, die sich in einer schweren Krankheitssituation oder dem Sterben befinden. Ihnen ist viel mehr wichtig, dass sie als Subjekt, als Person, als „ganzer Mensch“ in ihren entscheidenden körperlichen und seelisch-geistigen Bedürfnissen wahrgenommen und entsprechend geachtet und behandelt werden. Der Ruf nach aktiver Sterbehilfe resultiert weniger aus Freiheit als vielmehr aus Ängsten, Angst vor einem angeblich „menschenunwürdigen“ Leben, vor Hilfsbedürftigkeit, vor Schmerzen, vor unwürdiger Behandlung, aber auch vor seelischen und „metaphysischen“ Leiden, Angst vor dem „Sich-loslassen-müssen“, Angst sich mit dem gelebten und nun endenden Leben und dem Tod und der Angst vor „Vernichtung“ des eigenen Seins und auch vor Gott und anderem auseinandersetzen zu müssen. Dabei spielt gerade bei betagten Menschen die Angst, dement und anderen nur eine Last zu werden und dann in menschenunwürdiger Weise behandelt zu werden und zu vereinsamen eine immer größere Rolle. Hier bietet sich die „aktive Sterbehilfe“ als Ausweg an, durch

den man solche Zustände verhindern und die Fiktion von einem selbstbestimmten Leben bis in Tod festhalten möchte. Die Zustimmung zur „aktiven Sterbehilfe“ in der Öffentlichkeit hat nicht zuletzt in derartigen Ängsten ihren Grund. Sie impliziert daher – was in der Diskussion über die Ausführungen von W. van den Daele nicht genügend berücksichtigt wurde – auch eine überwiegende Zustimmung der Öffentlichkeit zum „Gnadentod“ für angeblich „menschenunwürdiges“ und „lebensunwertes“ Leben ohne ausdrückliches Verlangen. Das macht die Problematik einer Argumentation für die „aktive Sterbehilfe“ deutlich, die sich zu ihrer Rechtfertigung insbesondere auf die überwiegende „öffentliche“ Meinung beruft.

2. Selbstbestimmtes Leben und Sterben: Zugleich selbstbestimmter Todeszeitpunkt?

Die Betonung der Selbstbestimmung muss letztlich zu der These führen, dass der Mensch ein uneingeschränktes Verfügungsrecht über sein Leben hat, mithin nicht nur die Möglichkeit der Selbsttötung, sondern sogar ein ethisch wie rechtlich positives Recht auf Selbsttötung und auch ein daraus abzuleitendes Recht auf Beihilfe zur Selbsttötung und Tötung auf Verlangen, wenigstens sofern er selbst die Tötung nicht in „optimaler Weise“ oder überhaupt nicht mehr durchführen kann und sofern diejenigen, die diese Hilfe zum Tode leisten, dies freiwillig oder aus Überzeugung tun. Letztendlich führt diese Auffassung dazu, dass der Mensch ein rechtlich garantiertes Wahlrecht haben sollte, ob er einen Tod infolge Krankheit oder einen Tod durch eigene oder die Hand anderer erleiden will. Dies ist in den Niederlanden faktisch der Fall, selbst wenn das Urteil des Menschen, das seine Tötung rechtfertigen soll, überprüft werden muss. Damit wird so getan, als seien der Tod infolge Krankheit und der Tod durch Menschenhand moralisch gleichwertig und würden auch in gleicher Weise von den Betroffenen und ihren Angehörigen erlebt und verarbeitet.

Der Dreh- und Angelpunkt in der primär weltanschaulich bedingten Diskussion ist also, ob der Mensch ein uneingeschränktes Verfügungsrecht über sein Leben und deshalb auch ein positives Recht auf Selbsttötung hat, ob dieses sich aus der Menschenwürde nach Art. 1.1 GG ergibt. Die Bestreitung dessen, dass es ein positives Recht auf Selbsttötung und damit auch auf Beihilfe zur Selbsttötung und Tötung auf Verlangen gibt, ist eines der letzten religiös begründeten „Tabus“ in unserer Gesellschaft, dass der Autonomie des Menschen zu widersprechen scheint. Dabei ist es wesentlich festzuhalten, dass auch diejenigen, die ein solches moralisches Recht bestreiten, nicht ein selbstbestimmtes Leben im Sterben überhaupt bestreiten, sondern nur, dass der Mensch das Recht hat, zu bestimmen, ob er überhaupt stirbt und wann genau er stirbt, ob er also an einer Krankheit oder durch Menschenhand stirbt, nicht aber, wie er in seiner tödlichen Krankheit behandelt werden möchte, unter welchen äußeren Umständen, also wie und wo er an einer Krankheit sterben will. Die Selbstbestimmung in letzteren Fragen zu beachten, hat nichts damit zu tun, dass der Mensch ein uneingeschränktes Verfügungsrecht über sein Leben für sich beansprucht. An diesem Punkt wäre eine vertiefte Diskussion von Nöten, um welche Form der Selbstbestimmung bzw. Autonomie es den todkranken Menschen zutiefst und eigentlich und nicht nur als Durchgangsstadium in der Auseinandersetzung mit einer tödlichen Krankheit geht (C. Müller-Busch).

Grenzt man das Verfügungsrecht zum Tode über das eigene Leben ein, indem man sagt, es bestehe nur, wenn „Indikationen“ dafür bestehen, also das Leben des Menschen mehr oder weniger schwer beeinträchtigt ist, oder auch nur, wenn es schon vom Tode gekennzeichnet ist, so wird das Urteil von Menschen über ihr Leben, ob es noch wert ist, gelebt zu werden, noch menschenwürdig, lebenswert ist, zum maßgeblichen Rechtfertigungsgrund für eine aktive Beendigung des Lebens durch ihn selbst oder andere. H. Jochemsen (ähnlich C. Müller-Busch, E. Feyereabend) wies darauf hin, dass niederländische Ärzte, die

die „aktive Euthanasie“ durchführen, diese in der Regel nicht primär mit der Selbstbestimmung, sondern mit dem möglichen oder dem zu erwartenden oder dem eingetretenen Leidenszustand rechtfertigen. Dieses Argument rechtfertigt dann auch eine Tötung ohne ausdrückliches Verlangen, weil notwendig in dem Maße, in dem der Leidenszustand zunimmt, er in der Argumentation für eine aktive Euthanasie aus der Sicht des Praktikers (Arztes u.a.) immer mehr Gewicht bekommt und zugleich die Möglichkeit einer freien Selbstbestimmung immer mehr abnimmt und als Rechtfertigung für eine Tötung zurücktritt, so dass durchaus eine Tötung ohne Verlangen gerechtfertigt erscheint, insbesondere bei den Menschen, die dieses Verlangen aufgrund ihres körperlichen und/oder seelisch-geistigen Zustands nicht mehr äußern können. Ist es nicht unbarmherzig und mitleidslos, diese Menschen nicht von ihrem Leiden zu „erlösen“, nur weil sie nicht mehr selbstbestimmt darüber entscheiden können, ob sie dies möchten? Die überwiegende „öffentliche Meinung“ befürwortet auch eine solche Form der Tötung.

Wenn sie etwa in einer mündlichen oder schriftlichen „Vorausfügung“ festlegen, unter welchen Lebensumständen sie nicht mehr leben wollen, weil sie sie für „menschenunwürdig“ erachten, so müssen andere doch entscheiden, wann diese konkreten Lebenszustände (z.B. bei einer Alzheimer-Demenz) eingetreten sind. Würden derartige „Vorausverfügungen“, in denen im Grunde Lebensunwerturteile über das eigene Leben formuliert sind, rechtlich verbindlich werden, so würde dies einer rechtlichen Anerkennung dessen gleichkommen, dass es „lebensunwertes“ Leben gibt. Wenn solche subjektiven Urteile über das eigene Leben rechtens und für andere verbindlich sind, dann kommt man nicht umhin anzuerkennen, dass es auch objektiv gesehen „lebensunwertes“ Leben gibt, wenigstens dann, wenn anderer Leben sich in ebenso leidvollen oder in noch viel leidvolleren Zuständen befindet, als sie in solchen Vorausverfügungen benannt sind. Soll in der Tat ein Recht auf „Erlösung vom Leben“ dann von einem Vorhandensein einer Vorausverfügung abhängig

gemacht werden? In der Anerkennung dessen, dass es „lebensunwertes Leben“ gibt, liegt die größte Gefahr einer Rechtfertigung der „aktiven Sterbehilfe“ mit dem leidvollen Lebenszustand von Menschen. Faktisch war dieser Zustand aber von der stoischen Befürwortung des Freitods und der Tötung auf Verlangen bis zu F. Nietzsche, K. Binding/A. Hoche und der Gegenwart in der Rechtfertigung des Suizids und der „aktiven Sterbehilfe“ immer leitend.

Das juristische Konstrukt des „mutmaßlichen“ Willens öffnet hier die Türen zu einer Tötung ohne Verlangen und Einwilligung. Wenn der mutmaßliche Wille nicht aus eindeutigen mündlichen oder schriftlichen Indizien ermittelt werden kann, dann beruht er auf „Mutmaßungen“ anderer, die mehr über deren Lebensanschauungen als über den Willen des Betroffenen aussagen und die sich schwer abgrenzen lassen gegen das, was vorherrschende Auffassung in der Gesellschaft ist (so genannte „allgemeine Wertüberzeugungen“) und was sich mit dem zunehmenden sozialökonomischen Druck, der von der stetig zunehmenden Zahl der unheilbaren und pflegebedürftigen – insbesondere alten – Menschen ausgeht, immer mehr mit dem ökonomisch „Rationalen“ und „Wünschenswerten“ decken wird. Die gleichzeitige öffentliche Diskussion über die Menschenwürde und den „Lebenswert“ solcher Menschen, insbesondere derer, die an Demenzen leiden, birgt die Gefahr in sich, dass das Lebensrecht dieser Menschen zunehmend nach Kosten und Nutzen für die Gesellschaft berechnet wird und die Türen zur „gelenkten Sterblichkeit“ geöffnet werden, insbesondere wenn subjektive oder objektive Lebensunwerturteile die rechtfertigende Basis für die aktive Euthanasie werden und „Ethik“ durch die „Monetik“ überholt oder aufgelöst wird.

Diese Gefahren sah man zu Recht insbesondere in den Schweizer Richtlinien zum „assistierten Suizid“ bei pflegebedürftigen alten Menschen sehr konkret gegeben. Sie wurden vor allem von B. Seeberger angedeutet, aber in unzureichender Weise diskutiert. Genau besehen geht es in der Diskussion um „aktive Sterbehilfe“

nicht zuletzt um die Frage, wie wir mit den multimorbiden und zum nicht geringen Teil an Demenzen leidenden schwerstpflegebedürftigen alten Menschen umgehen, ob ihrem Leben noch „Menschenwürde“ zukommt und es entsprechend zu achten und zu behandeln ist. Die Probleme des Sterbens in der „Akutmedizin“ lassen sich weitgehend durch Beachtung der rechtlich und standesethisch (Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, 1998, revidierte Fassung 2004) nicht grundlegend umstrittenen Möglichkeiten der „passiven“, gegebenenfalls auch der „indirekten Sterbehilfe“ und der „palliativen Sedierung“ lösen. Sollte es dennoch „tragische Grenzfälle“ geben, in denen diese Möglichkeiten nicht ausreichen und die „aktive Tötung“ mit oder ohne Verlangen erwogen und gewählt wird, so steht der, der diese Möglichkeit ergreift, mit seinem „Gewissen“ allein vor Gott. Derartige Situationen entziehen jeder normativ ethischen wie auch rechtlichen Beurteilung und Normierung (anders K.F. Schobert). Rechtlich greift in diesen Fällen daher die Rechtsfigur des „übergesetzlichen Notstands“, der für „tragische“ Situationen gilt und für sie auf jede rechtliche Normierung verzichtet.

3. Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen („passive Sterbehilfe“) und „Tötung“ durch Menschenhand („aktive Sterbehilfe“)

In der Diskussion wurde als Argument für die „aktive Sterbehilfe“ geltend gemacht, dass auch durch die sogenannte „passive Sterbehilfe“ eine Verkürzung der Lebenszeit bewirkt werde, man daher dann auch gegen diese Form der Sterbehilfe grundsätzliche Einwände erheben müsse (W. van den Daele). Damit wird der grundsätzliche Unterschied zwischen beiden Formen der Sterbehilfe nivelliert.

Als „passive Sterbehilfe“ bezeichnen wir den bewussten Verzicht auf die weitere Bekämpfung einer notwendig den Tod in einer ungefähr absehbaren Zeit verursachenden Krankheit. Bei

diesen Menschen hat der Sterbeprozess entweder bereits begonnen oder die Krankheit ist so weit fortgeschritten, dass eine weitere Bekämpfung der tödlichen Krankheit mit dem Ziel, die Lebenszeit zu verlängern, dem Menschen meist mehr Leiden zufügt als ihm zu helfen (infauste Prognose). Über das Leben solcher Menschen ist von einer „Instanz“ zum Tode verfügt, die sich menschlicher Verfügung entzieht. Jede weitere Bekämpfung der Krankheit käme einem „blinden“ Kampf gegen den Tod gleich. Der todkranke Mensch (wie auch seine Angehörigen) sind herausgefordert, das unvermeidliche Sterben und den Tod als Geschick und unverfügbare Fügung hinzunehmen, möglichst auch anzunehmen und das Leben „los zu lassen“. Seitens des Arztes ist der Verzicht auf eine weitere Bekämpfung der tödlichen Krankheit ein Akt der „Demut“, der Anerkenntnis, dass Menschen nicht Herren über Leben und Tod sind, dass am Ende immer der Tod der Sieger über das irdische Leben ist. Der Tod wird in einem solchen Verzicht als unverfügbares Geschick zugelassen, aber nicht durch Menschenhand herbeigeführt oder gar verursacht. Ursache des Todes ist die tödliche Krankheit, auch dann, wenn der Tod unmittelbar nach Absetzen der lebenserhaltenden Maßnahmen eintritt (z.B. beim Absetzen einer künstlichen Beatmung). Ein solcher Verzicht ist ein Akt der Fürsorge für das Leben. In ihm beansprucht der Mensch nicht ein uneingeschränktes Verfügungsrecht über sein Leben; ihm liegt auch kein Urteil über den Lebenswert des noch zu lebenden Lebens zu Grunde, das eine gezielte Beendigung des Lebens durch Menschenhand rechtfertigen soll. Der Verzicht beruht gerade auf der Anerkennung dessen, dass das Leben und der Tod einer letztgültigen Bewertung durch den Menschen selbst und einer uneingeschränkten Verfügung des Menschen entzogen ist und bleiben soll, dass es des Menschen nicht unwürdig ist, den Tod als unverfügbares Geschick zu erleiden und den Tod nicht „machen“, sich selbst nicht geben zu dürfen. Die durch einen Verzicht (allerdings mitunter noch mehr durch eine weitere belastende Behandlung) mögliche Verkürzung der Lebens-

zeit hat ihren Grund nicht darin, dass der Patient sein Leben als „lebensunwert“ erachtet und dass er über es zum Tode verfügen möchte. Im Gegenteil, der Verzicht beruht auf der Anerkennung, dass der Mensch sich selbst „los lassen“ muss, dass er ein Geschick hin- oder annehmen muss.

Ziel der aktiven Sterbehilfe ist es dagegen, den Tod herbeizuführen, einem angeblich menschenwürdigen Leben und leidvollen Lebenszuständen vorzubeugen oder sie, wenn sie schon eingetreten sind, dadurch zu nehmen, dass man das Leben beendet, den Tod durch Menschenhand verursacht. Es wird durch Menschen entschieden, dass und wann genau ein Mensch den Tod erleidet, und nicht nur, wie und wo er stirbt. Es ist also ein Akt gegen das Leben, nicht ein Akt der Fürsorge für das Leben. Einer solchen Tötung von Menschenleben liegt meist das Urteil zu Grunde, dass das Leben nicht mehr wert ist, gelebt zu werden, mithin ein Lebensunwerturteil, also eine totale Verfügung über das (eigene) Leben, ein „Letzturteil“, das die Tötung rechtfertigen soll und das mit der Tötung vollzogen wird.

Der Tod kann nicht nur durch eine aktive motorische Handlung gegen das Leben verursacht werden, sondern auch dadurch, dass man bei Menschen, die nicht an einer notwendig bald zum Tode führenden Krankheit leiden (etwa Menschen mit hirnorganischen Schädigungen) medizinische und pflegerische Maßnahmen (z.B. Nahrungszufuhr) zur Lebenserhaltung unterlässt. Über das Leben dieser Menschen ist nicht durch ein unausweichliches Krankheitsgeschick, dessen Ursache nicht der Mensch selbst ist, schon zum Tode verfügt. Bewusstes Ziel dieses Unterlassens ist die Herbeiführung des Todes, der durch dieses Unterlassen verursacht werden soll

und wird. Meist liegt solchem Unterlassen sehr eindeutig ein „Lebensunwerturteil“ des kranken Menschen selbst oder anderer Menschen über sein Leben als Rechtfertigung zu Grunde. Auf der Ebene der Mittel und der motorischen Ebene handelt es sich zwar nicht um eindeutigen Akt gegen das Leben, wohl aber auf der „aktiven“ geistigen Ebene der Handlung, der Motivation zu diesem Unterlassen wie auch dem damit verfolgten Ziel, der Herbeiführung des Todes. Ohne dieses Unterlassen würde der Tod dieser Menschen nicht bald eintreten. Dies ist wenigstens dann ein Akt gegen das Leben, wenn es sich um die Befriedigung von Grundbedürfnissen des Lebens handelt (z.B. Ernährung), die der Mensch auch abgesehen von seiner Krankheit hat, aber aufgrund seiner Krankheit nicht mehr selbst befriedigen kann.

Diese phänomenologischen Hinweise machen deutlich, dass zwischen einer möglichen Lebensverkürzung infolge eines Verzichts auf eine weitere Bekämpfung einer notwendig in absehbarer Zeit zum Tod führenden Krankheit einerseits und einer Tötungshandlung andererseits, die sich direkt gegen das Leben richtet, um den Leidenszustand zu beenden, ein ziemlich eindeutiger Unterschied besteht, sowohl auf der Ebene der Motivation zu einer Handlung und der damit verfolgten Ziele wie auch auf der Ebene der Mittel, mit der dieses Ziel erreicht werden soll. Es ist daher unberechtigt, von einer ethisch berechtigten möglichen Lebensverkürzung infolge eines Verzichts auf eine weitere Bekämpfung des Todes, durch die dieser nicht verursacht, sondern als Verhängnis zugelassen wird, auf eine ethische Berechtigung zur Verursachung des Todes durch Menschenhand, zur Tötung zu schließen.

Stellungnahme

Die Debatte entwickelte sich nicht in den üblichen Bahnen einer Pro- und Contra Diskussion zur Sterbehilfe, bei der das Postulat von Freiheit und individueller Sterbegestaltung und die Wertordnung einer christlichen Kultur kontrastiert werden. Zum zentralen Thema wurde im Gesprächsverlauf die Frage, wie das Verhältnis von Individuum und Gesellschaft beschaffen ist. Was die Begriffe „Autonomie“, „Selbstbestimmung“ bezeichnen, welche Lebens- und Sterbeideale dominieren, das entscheidet sich genau in diesem Kontext. Dieses Verhältnis wird nicht unwesentlich über öffentlich kommunizierte Mythen geprägt und zum Ausdruck gebracht. „Mythen machen die Welt unbeweglich“, schrieb Roland Barthes in den 1950er Jahren. „Sie suggerieren und mimen eine Ökonomie“, die die Herrschaft des „autonomen“ Individuums zementieren sollen. Die gesellschaftlichen und sozialen Bezüge dieses Individuums werden dabei weitgehend ausgeblendet.

Lebens- und Sterbeideale

In der Debatte um Sterbehilfe und Sterbebegleitung werden Lebens- und Sterbeideale geschaffen. Nicht unwesentlich ist hier der Einfluss der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS), der Humanistischen Union, aber auch einzelner Politiker und Bioethiker. Sie haben die Sagbarkeitsgrenzen in den letzten Jahren erheblich verschieben können. Euthanasie wird als eine mögliche, wünschbare Option bei schwerer Krankheit in parteipolitischen Zusammenhängen und Medien zur Sprache gebracht. Aber auch die Deutsche Hospizstiftung beispielsweise propagiert, dass man nicht „nur“ die sozialen Um-

stände des Sterbens sondern auch den Sterbezeitpunkt wählen können darf – wenn auch nicht mit der Methode der professionellen Tötung oder Beihilfe zum Suizid. Entscheidend ist hier: In der ganzen Breite des gesellschaftlichen Diskurses hat sich ein sozial erwünschtes Sterbeideal etabliert: der „Entscheidungstod“. Der französische Philosoph Alain Badiou schreibt zu recht, dass diese Debatte um einen „würdig verabreichten Tod“ – via tödlichem Behandlungsabbruch bei Schwerkranken aber keinesfalls Sterbenden oder über aktiv genannte Sterbehilfe – in einer Gesellschaft stattfindet, in der „das Leiden und der Verfall nicht als „würdig“ gelten und nicht übereinstimmen mit dem glatten, jugendlichen, gut ernährten Bild, das wir uns vom Menschen und seinen Rechten machen. Wer sieht nicht, dass die „Debatte“ über Euthanasie vor allem auf das radikale Fehlen einer Symbolisierung für Alter und Tod hinweist?“ (*Alain Badiou. Ethik. Turia + Kant 2004*) Der mittlerweile etablierte Wunsch nach dem „Entscheidungstod“ entsteht genau in diesem Kontext und ist nicht ausschließlich eine Reaktion auf übertherapierende und technologisch aufgerüstete Institutionen der Medizin und Gesundheitsversorgung oder auch einem neuen Selbstbewußtsein Kranker und Betagter.

Deshalb stimmt die These, dass der Ausbau der Palliativmedizin und hospizlichen Versorgung die Tötungswünsche schwer zum Verschwinden bringen würde, nicht. Es ist in jedem Fall begrüßenswert, diese Angebote auszubauen und zu verbessern. Aber das Kernproblem (spät)moderner Gesellschaften, deren Lebensideale auf Unabhängigkeit und Leistungsfähigkeit fokussiert sind, löst sich damit nicht in Wohlgefallen auf. Man sieht es auch in den Niederlanden. Ge-

mäß der vergleichenden Studie von Reimer Gromeyer schneidet das holländische Hospizwesen vergleichsweise gut ab. Dennoch gibt es im Nachbarland Euthanasie als Wunsch, Nachfrage und Praxis. Auch sind die Hospizvereinigungen und die dazugehörige Debatte nicht einfach die „gute Seite“ der Auseinandersetzung um Tod und Sterben. Die Politik der Hospizbewegung ist nicht unproblematisch. Auch hier wird „Sterben“ idealisiert und werden die eigenen Dienstleistungen und Institutionen als widerspruchsfreie Chance angeboten, Sterben „schön und ästhetisch“ zu machen. Die Tragödie des Todes, der konkreten Sterblichkeit, die möglichen Kontrollverluste und Leiden weichen einem Management des Sterbens, das dieses letztverbliebene Menschheitsproblem zu lösen vorgibt – zumindest was die öffentliche Darstellung anbelangt. Da der Übergang vom Sterblichen zum Sterbenden prinzipiell einer anderen Ordnung angehört, weil also die Zukünftigkeit des Todes nicht vergegenwärtigt werden kann, ist das Denken hier offen für allerlei Mythen und Handlungsanweisungen. Das ist die Gefahr, die dem modernen Sprechen über den Tod innewohnt: Ästhetisch und kontrolliert und mit wenig Leidenszeit verknüpft ist tatsächlich auch oder gerade der Tod durch die Hand des Arztes.

Beschleunigtes Sterben als Norm

Verschiedene Untersuchungen zeigen an, dass Mediziner/innen mittels Giftinjektionen töten, nicht nur wenn die Kranken es wollen, sondern wenn die Angehörigen es nicht mehr ertragen können oder die Professionellen am Ende ihrer Belastbarkeit sind. Gleiches gilt für den tödlichen Abbruch von Ernährung oder Behandlung von beispielsweise Lungenentzündungen bei demenziell veränderten oder komatösen Menschen. Ist einmal die Tötung entscheidungsfähiger Schwerkranker oder Unheilbarer gesetzlich erlaubt, dann entsteht eine Norm für alle. Man sieht es in Belgien und den Niederlanden. Nachdem die selbst geforderte Euthanasie legalisiert wurde, beginnt

die Debatte um die Frage, ob nicht auch schwerstbehinderte Neugeborene, Menschen mit Demenz oder im Koma nach Mutmaßung von Angehörigen und Mediziner/innen getötet werden dürfen. Diese Logik ist nachvollziehbar. Soll, wer nicht mehr für sich selbst sprechen kann, jene Leidenszeiten zwingend durchleben müssen, welche die äußerungsfähigen Patienten und Patientinnen per Entscheidung – und nahezu als Rechtsanspruch – verkürzen können?

Dass das Leiden der Zuschauenden eine große Rolle spielt, ist nicht nur in den genannten Ländern der Fall. Die psychotherapeutische Ärztin Grit Böttger-Kessler hat eine interessante Befragung in über 2000 Krankenhäusern und Pflegeheimen der Bundesrepublik gemacht. Ihr Fazit: 70% der Pflegekräfte und 50% der MedizinerInnen können sich Patiententötungen vorstellen. Das ist kein apodiktisches Urteil, sondern hängt von vielen Faktoren ab. Besonders junge Pflegenden, die mit ihrem Beruf unzufrieden sind und die Pflegesituation als „kulminierendes Leid“ empfinden, neigen zu dieser Haltung. Statt die gesetzlichen Konditionen immer mehr auszuweiten, müssten die konkreten Pflegesituationen in den Kranken- und Pflegeheimen wie auch in privaten Räumen ins Zentrum der Bemühungen und der Sorge rücken. Das Zentrum für Arbeits- und Organisationsforschung e.V. (ZAROF) hat zwischen 1999 und 2004 die Bedingungen der Sterbebegleitung in Sachsen untersucht – mit Blick auf die Belastung der Angestellten. Das Ergebnis: Ob Ärztin oder Pflegekraft, ob im Krankenhaus, Altenheim oder ambulanten Dienst: Die Mehrheit fühlt sich hilflos, unsicher und wenig vorbereitet auf die Betreuung Sterbender. Die Studie zeigt in Interviews mit Pflegekräften in Krankenhäusern „eine regelrechte Flucht vor den Angehörigen verstorbener Patienten“. Besonders belastend ist die Lage für ambulante Pflegekräfte, die ganz alleine mit überforderten Familien zurecht kommen müssen. Im Altenpflegeheim liegt das Einzugsalter durchschnittlich bei 86,7 Jahren. Die Situation ähnelt zuweilen einem stationären Hospiz – allerdings ohne dessen günstige Bedingungen. Unter diesen Vorzeichen Euthanasie für äu-

Berungsfähige Kranke oder auch den tödlichen Behandlungsabbruch für die Sprachlosen zu ermöglichen, wird beschleunigtes Sterben im Alltag und auf lange Sicht zur Norm werden lassen.

Selbstbestimmte Rationierung

Medizin und das Gesundheitswesen sind – und sollen es wohl auch – ein produktiver Wirtschaftsfaktor. Andererseits aber sollen Kosten gespart werden. Das drückt sich aus in der Rede von der „Kostenexplosion“, der „überalterten Gesellschaft“, die den Sozialstaat gefährdet, denn Betagte würden mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. An dieser Stelle schlägt ein ökonomisch und politisch gemachtes Dilemma in ein ethisches um. Das Bild der allseits handlungsbereiten, grenzenlos therapierenden und diagnostizierenden Medizin stimmt nicht mehr. Wachstum und ausufernde Therapie-, vor allem aber Diagnoseangebote sind nur die eine Seite des Systems der Krankenversorgung. Kostendruck und Rationierungen, die besonders an der Gruppe der so genannten „unheilbar“ Kranken ansetzen, bilden mittlerweile ihre andere Seite.

Aber eine rationierende Medizin passt nicht in das Selbstbild der Medizin. Wenn aber Patienten und Patientinnen zum „selbstbestimmten“ Therapieverzicht oder zur Nachfrage von Suizidbeihilfe oder ärztlicher Tötung erzogen werden könnten, wenn die Probleme moderner Medizin und gesundheitspolitischer Strategien konzentriert werden könnten auf eine „individuelle Wahl“, dann könnte die Wachstumslogik mit der vielbeschworenen Kostensenkung versöhnt werden. Kranke oder solche, die es zu werden fürchten, lernen eine Art sozialverträglicher Bekümmernis um die letzten Dinge zu entwickeln und Verzicht zu üben. So kann das medizinische System seine „ökonomische Unschuld“ wahren.

Diese Tendenz liegt nicht in ferner Zukunft. Das Max-Planck-Institut für Demographie kommt zu dem Ergebnis, dass die Kosten der Krankenhausbildung bei über 60-Jährigen rapide abnehmen. Die Vermutung, dass in den Hospitälern

bereits rationiert wird liegt nahe. (*Max-Planck-Gesellschaft PRI G8/FP 25/2002 (112), Pressemitteilung vom 12. November 2002*) Ein weiteres, eindruckliches Beispiel: Öffentlich alimentierte Wissenschaftler haben eine Studie verfasst mit dem schönen Titel: „Altersbezogene Rationierung von Gesundheitsleistungen im liberalen Rechtsstaat“. Der Ökonom Friederich Breyer favorisiert das „Alter als Abgrenzungskriterium bei lebenserhaltenden Maßnahmen“, weil es transparent, objektiv, homogen ist, für Rechtssicherheit sorgt und Teil etablierter „Rationierungsmuster“ sei. Seine Begründung für den altersbezogenen Ausschluss von medizinischen Leistungen: Sie „beruht ganz wesentlich auf der Annahme, dass die Erwartungen auf zukünftigen Konsum die entscheidende Quelle für Lebensfreude sind. Je älter der Mensch bereits ist, desto weniger zukünftiger Konsum liegt noch vor ihm, um so weniger kann er noch gewinnen, wenn er seine augenblickliche Überlebenschance steigert.“ (*Breyer/Schultheiss: Alter als Kriterium bei der Rationierung von Gesundheitsleistungen. Eine ethisch-ökonomische Analyse. In: Thomas Gutmann und Volker H.Schmidt (Hg): Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen, Weilerswist (Velbrück Wissenschaft 2000, 143)*)

Mein Fazit: Rechtlich legitimierte Dienstleistungen für Suizidbeihilfe, ärztlich verabreichte Giftinjektionen oder Patientenverfügung mit Behandlungsabbruchwünschen außerhalb der Sterbephase ist ein ideales Instrument, um Kosten zu sparen.

Vom ausgebürgerten zum banalisierten Tod

Der Tod ist kein Gegenstand wie jeder andere. Er übersteigt jedes Maß. Allerorten wird beklagt, dieser Gegenstand sei in unserer Gesellschaft tabuisiert. Der Historiker Philippe Ariès konstatierte in den 1960er Jahren, dass der Tod nahezu „ausgebürgert“ sei. Um Tod und Sterben ist heutzutage eine große Geschwätzigkeit entstanden. Es droht der Übergang vom „ausgebürgerten Tod“ zum „banalisierten Tod“. Die hierzulande vorge-

schlagenen Gesetze, die eingesetzten Gutachterkommissionen und die Patientenverfügungsanbieter lassen es einfach und fast als Bürgerpflicht erscheinen, dem Tod vor allem planend und vorsorgend zu begegnen. Was man im Falle des Falles noch möchte, vor allem was man nicht mehr möchte, kann in Aufklärungsbroschüren und anhand von Fallbeispielen erlernt, angekreuzt oder selbst formuliert werden. Es dominiert das „Ja/Nein“-Schema. Sterbehilfeverbände wie die DGHS oder der Humanistische Verband meinen, die Aufhebung des gesellschaftlichen Tötungsverbotes für den medizinischen Berufsstand sei eine Frage von Meinungsmehrheiten. Diese Mehrheiten sollen über Umfrageinstitute ermittelt werden können. Ob man in der Situation xy noch leben, Kinderkriegen oder alt werden will, ob die Fußballweltmeisterschaft von der Deutschen Mannschaft gewonnen wird oder die Globalisierung eine gute Sache sei, unterschiedslos werden die namhaften Institute mit den immer gleichen Fragemustern eingesetzt und Antworten provoziert wie „ja“, „nein“, „ich weiß nicht.“ So wird eine mögliche, vielgestaltige, eventuell widersprüchliche Realität in einfache Elemente zerlegt und neu modelliert. Hier gibt es immer nur eine Antwort und einen Willen. Heraus kommt, der Ruf nach rechtsverbindlichen Patientenverfügungen, nach legalisierte Sterbehilfe oder Suizidbeihilfe. So werden existentielle Entscheidungen banalisiert. Eine Auseinandersetzung mit der Sterblichkeit, geschweige denn dem eigenen Ende ist das nicht. Solche Umfragen sagen nichts aus über die wirkliche Situation und Entscheidungsnot in schwerer Krankheit oder im Sterben. Die Aussagen sind lediglich Effekt der Sterbehilfe-Debatte. Wer sagt schon im Klima eines völlig überdehnten Autonomiebegriffs, dass man die Dinge lieber auf sich zukommen lassen möchte, sich auf den Nächsten oder einen verantwortungsvollen Arzt verlässt? Es darf deshalb nicht wundern, dass die Sterbehilfeverbände besonders dann Umfragen in Auftrag geben, wenn politische Entscheidungen im Raume stehen. Der Verband kann dann ein Sterbehilfegesetz im Namen von Mehrheiten fordern und fühlt sich dadurch legitimiert.

Es gibt auch andere Studien und Umfragen, die weniger Berücksichtigung erfahren. Stefan Sahm, der eine onkologische Klinik leitet, hat sich mit der ungeprüfte Annahme beschäftigt, die Bürger wünschten eine strikte Beachtung ihrer, in Patientenverfügungen niedergelegten Wünsche beschleunigt zu sterben. Er hat mit einem ausführlichen Fragebogen medizinisches Personal und Kranke befragt. Wenige Patienten hatten eine Verfügung, die Mehrheit mißt diesem Instrument eine geringe Bedeutung bei und möchte sie nicht allzu verbindlich gefasst sehen. Im Gegensatz zu den Pflegenden und Ärzten. Es sind also gerade nicht die ewig gestrigen Ärzte, die den vorab verfükten Wünschen der Patienten nicht nachkommen wollen. Sahm: „Die Skepsis gegenüber der Zumutung, Therapieentscheidungen im voraus treffen zu sollen ist gerade unter Patienten weit verbreitet.“ (*Stephan Sahm: Nicht zu verblindlich bitte, in: FAZ 11.10.2005; Stephan Sahm und Regina Will: Angehörige als ‚natürliche‘ Stellvertreter. Eine empirische Untersuchung zur Präferenz von Personal als Bevollmächtigte für Gesundheits-sorge bei Patienten, Gesunden und medizinischen Personal: Ethik in der Medizin, online publiziert am 22.1.2005*) Es waren eher die Gesunden und Alleinlebenden, die keine Chemotherapien, Ernährung u.a.m. unter bestimmten Konditionen mehr wollten, was die Frage zulässt, ob solche Voraussetzungen möglicherweise ein fehlendes soziales Netz ersetzen sollen? Auch nach 20jähriger Werbung für Patientenverfügungen setzt sich in den USA dieses Instrument nicht durch, selbst bei schwer Erkrankten, die ihren Tod absehen können. (*Angela Fagerlin und Carl E. Schneider: Enough. The Failure of the Living Will, in: Hastings Center Report, March-April 2004, 30-43*) Eine Untersuchung der Akademie „Ethik in der Medizin“ mit ALS-Patienten, denen – meist absehbar – der Erstickungstod droht, mögen sich nur selten festlegen. Die Autoren der Studie zeigen sich enttäuscht darüber, dass auch in dieser Patientengruppe die „Möglichkeiten der Patientenverfügung“ nicht wahrgenommen werden. (*Alfred Simon u.a.: Einstellung zu Sterbehilfe und Patientenverfügungen. Ergebnis einer Befragung von*

727 Ärzten, in: *Dt. Medizinische Wochenschrift* 2005, 130: 261-265) Man kann all das als wenig repräsentativ ansehen, man kann die mangelnde Vorsorge- und Entscheidungsbereitschaft der Kranken oder ganzer Bevölkerungen in Frage stellen. Möglicherweise zeigt sich hier aber auch eine Klugheit, die den medizinischen Institutionen und ihrem Wunsch nach Verantwortungstransfer allein in Richtung Individuum nicht gefällt.

Sozialpolitisches Engagement statt Entscheidungslogik

Die Umstände des Lebens mit schwerer Krankheit und auch des Sterbens sind vor allem Fragen sozialen und politischen Engagements. Es ist bekannt, dass Angehörige oft überfordert sind, dass die Pflege sie sozial isolieren und finanziell ruinieren kann. Diese Situationen und Belastungen zu vermeiden, ist für Kranke und Betreuende attraktiv. Darf aber eine Gesellschaft die Unzulänglichkeiten der Versorgung auf ihre verletzlichsten Mitbürger/innen und deren Angehörige verschieben und das gesellschaftliche Tötungsverbot zur Disposition stellen? Denn genau darum geht es bei der Debatte um Euthanasie, und nicht allein um eine private Absprache zwischen Arzt und Patient! Die Pflegeversicherung, die nach dem Primat der Ökonomie funktioniert, ist nicht ausreichend, um eine qualitativ gute Pflege und Lebenssituation zu gewährleisten. Das Institut für angewandte Pflegeforschung kommt zu dem Ergebnis (2003): Das Pflegepersonal hat mit

deutlich mehr altersverwirrten Bewohnerinnen zu tun. Gleichzeitig ist die Altenpflege mit immer mehr Patientinnen konfrontiert, die immer früher aus den Krankenhäusern entlassen werden. Nach den neuen Abrechnungspauschalen müssen „normal“ Betagte innerhalb eines statistischen Normwertes gesunden, sonst belasten sie das Krankenhausbudget. Diese Abrechnungsschlüssel bilden alle möglichen Diagnosen und entsprechend Therapien ab. Der „Sterbeprozess“ gehört nicht dazu! Die Begegnung mit Pflegeheimbewohnerinnen reduziert sich auf oft körperliche Grundversorgung, die allerdings nicht gewährleistet ist. Wundliegen, Verkrampfungen, Infektionen und Magensonden als pflegerationierende Maßnahme sind die Folge. Menschen im Koma haben nur eine geringe Chance, in eine qualifizierte Pflegeeinrichtung zu kommen. Das sind politisch verursachte Bedingungen. Unter diesen Konditionen Tötungshandlungen juristisch zu ermöglichen, ist unverantwortbar. Die gesellschaftliche Wasserscheide ist dabei nicht, ob ein Arzt die Giftinjektion verabreicht, ein Sterbehelfer die tödliche Dosis als Dienstleistung bereitstellen, oder ein „Behandeln zum Tod“ (überdosierte Schmerzmittel, Ernährungsabbruch etc.) über einen mutmaßlichen Willen legitimiert wird. Vielmehr ist die Grenzüberschreitung dort zu suchen, wo die Versorgung pflegebedürftiger, unheilbar Kranker keine Selbstverständlichkeit mehr ist, sondern eine Frage „individueller“ Entscheidung, die immer im Kontext gesellschaftlicher Wertschätzungen und sozialpolitischer Bedingungen gefällt wird.

Stellungnahme

1. Selbstbestimmung

Die Diskussion drehte sich in weiten Teilen um das Thema Selbstbestimmung und deren Implikationen für die Akzeptanz und Regulation von Euthanasie in ihren gesellschaftlichen und menschenbezogenen Folgen. Das wurde schon deutlich bei den einführenden Vorträgen von Van den Daele und Schobert. Beide behandelten unmittelbar das Konzept der Selbstbestimmung und der Euthanasie. Die beiden anderen Vorträge diskutierten das Problem der Pflege terminal Kranker und Euthanasie – mit kritischer Würdigung des Verhältnisses zu Leben, Tod und palliativer Pflege. Das Autonomie-Konzept ist nicht ohne Grund so zentral. Ständig und immer wieder ist das Konzept der Selbstbestimmung als grundlegendes Recht in modernen Gesellschaften ein zentrales Argument, um Euthanasie akzeptabel, und wenn möglich, legal zu machen. Man könnte sogar sagen, Selbstbestimmung im Sinne der Fähigkeit und des Rechtes eines jeden Individuums selbst zu wählen und zu entscheiden, ist ein grundlegendes Konzept für moderne Demokratien und Ethik. Wenn es keine Wahlfreiheit gibt, kann es keine Verantwortung geben und keine sinnvolle Rolle für Ethik. In diesem allgemeinen Sinne wird das Konzept von Selbstbestimmung als Wahlfreiheit in all unseren Gesellschaften als unproblematisch angesehen.

Jedoch limitieren andere Interessen, die ebenfalls geschützt werden sollen, von Anfang an diese individuelle Wahlfreiheit. Bevor dieser Aspekt weiter entwickelt wird, ist es notwendig das Konzept der Selbstbestimmung und das Prinzip der Autonomie genauer zu erläutern.

2. Entscheidungsfähigkeit und Rechte

Es ist wichtig zu unterscheiden einmal zwischen Autonomie als einer allgemeinen menschlichen Fähigkeit frei wählen zu können und zum anderen als Recht für sich selbst in Angelegenheiten des eigenen Lebens zu entscheiden. Das erste meint eine Entscheidungsfähigkeit, die jemand haben kann oder über die er nur beschränkt oder gar nicht verfügt. So gesehen ist Autonomie im Alltagsleben abgestuft: Man kann gänzlich autonom sein, im Falle von Kindern, dementen Menschen, geistig behinderten Personen usw. kann die Autonomie begrenzt sein, im Falle komatöser Patienten kann sie gar nicht vorhanden sein.

Andererseits ist das Recht auf Selbstbestimmung als ein juristisch zugestandenes Recht weit weniger eine Frage der Abstufung. Es ist eindeutig: Entweder ist jemand autonom vor dem Recht oder er ist es nicht. (Eine Ausnahme dieser Regel ist der Fall von Minderjährigen: Für junge Menschen in einem bestimmten Alter gibt es ein Recht auf Selbstbestimmung, das mit den Eltern geteilt wird und auch medizinische Bereiche betrifft). Die zentrale Frage ist folglich, ob volle Autonomie diese juristisch gefasste Selbstbestimmung einschließen sollte, bis zur Fähigkeit Euthanasie fordern zu können. Bevor man diese Frage detailliert behandelt, ist es wichtig eine mögliche Konsequenz einer stark betonten Autonomie zu erwägen. Denn: Wenn Autonomie zum Kennzeichen des Menschseins selbst wird, besteht die Gefahr, dass geistig behinderte und demente Menschen, die eben nicht völlig autonom sind oder nie sein werden, nicht als vollständige Menschen angesehen werden. So para-

* Der Originaltext liegt in englischer Sprache vor. Die Übersetzung erfolgte freundlicherweise durch Erika Feyerabend in Abstimmung mit Prof. Henk Jochemsen.

doxal es auch klingen mag, genau diese starke Betonung der Autonomie unterminiert den Schutz derjenigen, die nicht fähig sind, ihr Recht auf Selbstbestimmung juristisch auszuüben.

3. Konfligierende Kriterien

Das Problem von Autonomie und Gesundheitsversorgung bringt noch eine weitere Dialektik mit sich. In theoretischen Verteidigungen einer legalisierten Euthanasie wird oft auf das Recht zur Selbstbestimmung Bezug genommen, das die Existenz autonomer Subjekte voraussetzt. Das zweite gewichtige Argument, das in diesem Kontext zusätzlich aufgeworfen wird, betrifft das Leiden, das Schwerkranke in ihrer letzten Lebensphase möglicherweise erdulden müssen. Beide Begründungen kommen oft nicht überein, sondern schließen sich gegenseitig aus. Besonders in Situation, in denen Menschen ernsthaft leiden, kann die Fähigkeit, Euthanasie frei und unabhängig zu ersuchen, in Frage gestellt werden. Wenn aber andererseits Menschen fähig sind, autonom um Euthanasie zu bitten, kann man sich fragen, ob das Leiden tatsächlich unerträglich geworden ist. Damit ist nicht in Abrede gestellt, dass leidende Menschen ihren Willen ausdrücken können, noch, dass ihr Wille oder ihre Wünsche nicht ernst genommen werden sollten. Wohl aber ist zu fragen, welches Maß an Autonomie gefordert werden sollte, wenn diese Bitte erfüllt wird und, ob ein hohes Maß an Autonomie nicht die Möglichkeit der Euthanasie für jene Menschen ausschließt, die gerade wegen ihres Leidens oder ihrer Zustandes weniger autonom sind. Die Euthanasiepraxis in den Niederlanden zeigt, die Autonomie und Nachfrage der Patienten ist für Ärzte nicht der zentrale Grund Euthanasie durchzuführen sondern der Zustand des Patienten. Es ist das Leiden und die Empathie der Ärzte für ihre Patienten, die sie dazu bringen das Leben

der Patienten zu beenden. Bei Patienten, die noch über ein gewisses Maß an Autonomie verfügen, fällt es den Ärzten sicher leichter, diese Nachfrage zu erfüllen und das gilt auch juristisch als (eher) akzeptabel. Jedoch ist nicht bewiesen, dass dies der wirkliche Grund für die Lebensbeendigung ist. Dafür spricht die Tatsache, dass viele Patienten, die in einer bestimmten Krankheitssituation nach Euthanasie fragen, sie nicht bekommen. Gleichzeitig gibt es Patientengruppen, deren Leben intentional ohne aktuelle Bitte beendet wird. Vielen Patienten werden Behandlungen vorenthalten und/oder ihre Schmerzmedikation wird erhöht, ebenfalls teilweise mit der Absicht das Leben ohne ihre explizite Zustimmung zu verkürzen. Wenn das so ist, entbehrt es nicht einer gewissen Logik, dass Ärzte, die eine explizite Anfrage des Patienten akzeptieren, im Grundsatz auch das Leben eines Patienten beenden können, der schrecklich leidet, selbst aber nicht mehr in der Lage ist Euthanasie nachzufragen. Die Dynamiken der Euthanasiepraxis in den Niederlanden – und ich denke das ist ein strukturelles Merkmal der gesamten Euthanasiefrage in modernen Gesellschaften – bedingen bereits heute eine Tendenz, von der freiwilligen Euthanasie, wenn sie einmal akzeptiert ist, zur unfreiwilligen überzugehen.

Die Entwicklungen in den Niederlanden demonstrieren dies auch auf der Ebene der Richtlinien-Politik. Relativ kurz nach der Legalisierung der freiwilligen Euthanasie in den Niederlanden, begann erneut die Debatte um Lebensbeendigung geschäftsunfähiger Patienten. Mittlerweile haben Gerichte de facto akzeptiert, dass das Leben schwerstbehinderter Neugeborene beendet wird und die Regierung hat ein Protokoll akzeptiert, das es Ärzten erlaubt das Leben schwerstbehinderter oder kranker Neugeborene zu beenden.¹ Jede Debatte über Legalisierung von Euthanasie sollte diese Dynamiken mindestens berücksichtigen.

1 <http://blogger.xs4all.nl/wdegroot/articles/16952.aspx>; http://www.minvws.nl/images/levensbeeindiging_tcm10-78033.pdf

4. Autonomie kann nicht die Grundlage sein

Es gibt zwei weitere Gründe, warum auch unter logischen Gesichtspunkten Autonomie nicht Grundlage dafür sein kann, die Legalisierung von Euthanasie zu akzeptieren. Zu allererst, weil im Fall der Euthanasie oder des assistierten Suizides es jemand anderer ist, der zu helfen hat. Das ist gemeinhin der Arzt; doch die Position des Arztes ändert sich, wenn ihm erlaubt ist, das Leben einer anderen Person zu beenden. Das ist offensichtlich, seit die Medizin eine juristisch regulierte und geschützte Profession ist, die ihren Mitglieder enorme Macht gewährt. Die Grenzen und die Art der Kontrolle dieser Macht ist ganz klar eine öffentliche Angelegenheit und liegt auch in der Verantwortung des Staates. Deshalb kann Euthanasie niemals einfach eine private Angelegenheit zwischen Arzt und Patient sein.

Ein zweiter Grund warum Patientenautonomie keine Grundlage sein kann: Die praktische Umsetzung muss notwendigerweise in einem Rechtsstaat kontrolliert werden. Der Grund der Anfrage, das Maß der Autonomie und Unabhängigkeit des Patienten, die Durchführung der Euthanasie und deren legale Kontrolle, all das muss reguliert werden. In einem Staat, der über Gesetzgebung funktioniert, ist es undenkbar einer bestimmten Gruppe von Menschen, also Ärzten, ohne irgend eine weitere Kontrolle zu erlauben, das Leben anderer zu beenden. Tatsächlich kann Patientenautonomie bestenfalls eine Vorbedingung sein, die bestimmt, ob das Leben einer Person beendet wird. Andere Menschen sind involviert und haben hier auch etwas zu sagen und das limitiert notwendigerweise die Autonomie des Individuums. Noch einmal, das soll nicht in Abrede stellen, dass die juristische Akzeptanz der Euthanasie bestimmten Menschen eine Möglichkeit eröffnet, die sie sonst nicht hätten. Hier soll nur klar gestellt werden, dass es mehr gibt als die Patientenautonomie und der Staat notwendigerweise eine zentrale Rolle spielt. Wer die Nachfrage eines Patienten, der sein Leben beendet haben möchte akzeptiert, sollte dies immer in einem größeren juridischen und sozialen Kontext erwägen.

5. Abwehrrecht und Bezugsrecht

In diesem größeren Kontext betrachtet, ist das Konzept der Patientenautonomie in der Gesundheitsversorgung grundsätzlich ein „Abwehrrecht“. Der Erfolg moderner Medizin und die Technisierung der Gesundheitsversorgung, die im Laufe der sechziger und siebziger Jahre des letzten Jahrhunderts stattfand, hat zu einer Art Behandlungsfanatismus geführt, der manchmal in Übertherapie und ungerechtfertigte Verlängerung von Behandlung führt. Das hat unter Patienten den Wunsch provoziert, in Entscheidungsprozesse involviert zu sein. Entsprechend sind Ärzte gesetzlich verpflichtet, die Zustimmung von Patienten für eine Behandlung einzuholen (informed consent). Medizin wird in (post)modernen Gesellschaften zunehmend als Instrument gesehen, um den gewünschten Lebensstil zu verwirklichen. Das schließt sowohl das Recht ein, Behandlung abzulehnen als auch, mögliche Behandlungen selbstbestimmt zu fordern. Dieses Recht kann von der Gesellschaft nur in begrenztem Maße zugestanden werden, nicht zuletzt wegen der damit verbundenen Kosten. Wichtiger aber ist, dass medizinische Behandlung auch schaden kann. Ordnet man Euthanasie nicht einfach dem Patientenrecht auf Selbstbestimmung unter, so konstituiert dies keine Ausnahme von der Pflicht zur gesundheitlichen Versorgung. Ohnehin werden viele Dinge, die Menschen sich wünschen mögen nicht gewährt (oder nur wenn Patienten selbst dafür bezahlen).

6. Neue Handlungsoptionen

Eine favorisierte Argumentationsweise im Workshop war, dass wir aufhören sollten Sterbehilfe und Sterbebegleitung als sich gegenseitig ausschließende Optionen anzusehen. Warum sollten die beiden Praktiken nicht zusammen gehen? Aktive Euthanasie könnte das letzte Stadium in einer guten palliativen Pflege sein. Viele in den Niederlanden und Belgien unterstützen diese Sicht. In diesen Ländern, selbst in Hospizen und anderen Institutionen der palliativen Versorgung,

ist auch Euthanasie eine Option. Sie wird im allgemeinen als allerletzter Ausweg angesehen. Ich denke, dass diese Sicht bestenfalls problematisch ist. Akzeptanz von Euthanasie verändert die gesamte Situation grundlegend. Wenn Euthanasie unter bestimmten Konditionen eine akzeptierte Option ist, dann wird in schwierigen Situationen, die diese Konditionen erfüllen, Euthanasie *nicht nachzufragen* ganz logisch auch zu einer Option. Tatsächlich könnte man auch anders entscheiden. Das kann aber auch Patienten in die Situation versetzen, sich dafür rechtfertigen zu müssen, wenn sie nicht um Euthanasie bitten. Dieser logische Stand der Dinge muss nicht notwendig sofort zu einer komplett veränderten Praxis führen. Besonders in der Hospizversorgung, die ja für den Umgang mit terminal erkrankten Patienten zuständig ist, wird die akzeptierte Option Euthanasie nicht auf kurze Sicht die Praxis dramatisch ändern (sofern es keinen ökonomischen und finanziellen Druck gibt). Auf lange Sicht ist es aber ausgesprochen wahrscheinlich, wenn diese Option erlaubt ist, dass sich die ethische und soziale Atmosphäre für die terminal Kranken verändern wird, besonders in solchen Institutionen, die nicht auf palliative Pflege spezialisiert sind. Persönliche Erfahrungen von Ärzten und Schwestern in den Niederlanden zeigen, dass Patienten sich durchaus gelegentlich subtil oder ganz offen genötigt fühlen, um Euthanasie zu bitten. Das Ausmaß dieser Drucksituationen ist unbekannt, denn es ist nicht untersucht worden. Es *ist* dennoch offensichtlich, dass jene Krankheitssituationen und Argumente, die als Begründung für eine Euthanasie akzeptiert werden, stufenweise erweitert werden. Die aktuelle Debatte in den Niederlanden über die Frage, ob assistierter Suizid/Euthanasie bei Patienten wünschenswert ist, die „am Leben leiden“ (früher wurde das „mit dem Leben abgeschlossen haben“ genannt), zeigt genau diese Entwicklung. Wenngleich das sicher in der niederländischen Gesellschaft nicht allgemein akzeptiert ist, so ist doch die Tatsache, dass in der Niederländischen

Ärztevereinigung KNMG heute im Grundsatz diese Möglichkeit akzeptiert ist – zuvor war dies immer zurückgewiesen worden – ein sprechendes Anzeichen dieser Tendenz.²

7. Post-Moderne

Grundsätzlich können wir sagen, dass unsere Gesellschaft eine ambivalent Haltung gegenüber dem Konzept der Autonomie und Selbstbestimmung hat. Einerseits gibt es einen starken Wunsch frei zu sein und fähig, über sein eigenes Leben und sogar den Tod (wenigstens solange jemand gesund ist) zu verfügen. Andererseits gibt es einen starken Wunsch, an der Gemeinschaft zu partizipieren und Sinn im Leben zu erfahren. Die Betonung individueller Autonomie, die über die Aufklärung in unsere Kultur Eingang fand, scheint an ihre Grenze gelangt zu sein. Die gleiche Ambivalenz zeigt sich, wenn das Verhältnis von Postmoderne und Moderne interpretiert wird. Einerseits kann Postmodernität als eine Radikalisierung der Moderne gesehen werden, in ihrer Betonung persönlicher Freiheit für eigene Lebensgestaltung und persönlichen Lebensstil. Gewissermaßen ist der Wunsch nach Kontrolle der eigenen Lebensumstände sogar größer als in der Moderne. Aber andererseits besteht eine allgemeine Skepsis gegenüber jedweden Wahrheitsanspruch und allen Erklärungssystemen, die zu wissen vorgeben, was für alle Menschen gleichermaßen gut sei – ein Anspruch, den die Moderne vorgibt mit Vernunft und Wissenschaft beantworten zu können. In unseren postmodernen Gesellschaften scheint der Anspruch, dass das beste Leben eines ist, in dem man für sich selbst in allen Belangen Wahlen treffen kann, weithin akzeptiert zu sein, zumindest theoretisch. Gleichzeitig aber scheint im praktischen Leben das Ideal von Wahlfreiheit und Lebensgestaltung an seine Grenzen zu geraten. Es ist, als ob Menschen spüren, dass diese Orientierung in eine weitere Fragmentierung der Gesellschaft und Isolation

2 http://knmg.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE_6059_100_TICH_R144638358841695

des Individuums führen könnte, und sie im Ergebnis einsam zurück lässt. In den Niederlanden sind die Bürger zur eigenen Wahl aufgefordert, beispielsweise bei der Gesundheitsversicherung und den Energieanbietern. Aber manche scheinen es nicht zu mögen, solche Entscheidungen treffen zu müssen.

Massive öffentliche Demonstrationen wie die Trauer um den Tod von Prinzessin Diana und ähnliche Versammlungen nach dem Tod berühmter Menschen oder nach dem Mord an normalen Bürgern durch so genannte „sinnlose Gewalt“, offenbart meiner Meinung nach den starken Wunsch einer Gemeinschaft angehören zu wollen und nach Lebenssinn zu suchen. Auch wenn man sich fragen kann, ob solche zufälligen Menschenansammlungen wirklich eine Gemeinschaft konstituieren.

Dieser Wunsch nach Zugehörigkeit und Sinn zeigt sich auch in neuen Formen ehrenamtlicher Arbeit, wie sie in der Hospiz-Bewegung zu finden ist.

In der Ethik des Gesundheitswesens können wir eine Verschiebung sehen, die in den 80er Jahren in den USA begonnen hat, in den 90ern Europa erreichte und als Ausdruck einer gemeinsamen kulturellen Bewegung interpretiert werden kann. Es handelt sich hier um eine Verschiebung von einer Ethik, die sich abstrakter Prinzipien bedient wie individuelle Autonomie, Nutzen und Gerechtigkeit, in Verbindung mit rationalen Erwägungen zur Problemlösung, hin zu einer Ethik der Pflege (ethics of care). Der erste Zugang zu Ethik ist immer noch charakteristisch für die Moderne, während der zweite menschliche Beziehungen und Verantwortungen betont und Tugenden, die Beziehungen als wechselseitige Sorge und Abhängigkeit verstehen. Auch das zeigt einmal mehr die Suche nach Zugehörigkeit und Gemeinschaft.

8. Kontrolle und Vertrauen

Es ist schwierig zu erkennen wohin uns diese Ambivalenz im Problemfeld Euthanasie führen könnte. Ich meine, sollte moderne Medizin nicht humaner werden und Technologie mehr in den Dienst der Interessen des Individuums und seiner Angehörigen stellen, dann wird der Wunsch nach Kontrolle des eigenen Lebens und des Lebensendes stärker werden. In einer Demokratie könnte das zur Legalisierung der Euthanasie führen. Menschen möchten ihre Leben nicht vom Staat oder anderen Institutionen wie der Gesundheitsversorgung oder der Medizin kontrollieren lassen. Wenn aber die externe Kontrolle als nicht dominant erfahren wird und wenn Medizin wie auch Pflege für ältere und terminal Kranke personalisierter wird, dann wird das allgegenwärtige Mißtrauen gegenüber mächtigen Interessen wahrscheinlich den Wunsch, seinen eigenen Tod zu kontrollieren bezwingen (was, wie wir unter Punkt 4 gesehen haben, immer relativ sein wird) und Euthanasie wird nicht legalisiert.

9. Zivilgesellschaft

In diesem kulturellen Kampf können die Aktivitäten von Individuen, Gruppen und Organisationen (Zivilgesellschaft) eine wichtige Rolle spielen. Der Ausdruck einer Zivilgesellschaft kann Bürgern ein Zugehörigkeitsgefühl geben und den Bezug zu sinnvollen Aktivitäten und Beziehungen, unter anderem auch für andere Menschen in schwierigen Lebenslagen und Umständen zu sorgen. In dieser Hinsicht denke ich, dass die Hospizbewegung ein sehr wichtiges zivilgesellschaftliches Beispiel ist, das es bereits gibt und das den zukünftigen Gang der Dinge entscheidend verändern kann.

Dies kann besonders wichtig werden, wenn ökonomische Motive der Ressourcenknappheit mit dem Problem der Euthanasie verbunden werden sollten. Bürger werden den ökonomischen

Druck auf die Gesundheitsausgaben fühlen und könnten um Euthanasie bitten – aus Angst verlassen zu werden.

10. Was ist der Mensch?

Ein grundsätzlicher Gesichtspunkt, der eine entscheidende Rolle hinter den öffentlich inszenierten Euthanasiedebatten spielt, ist die Sicht auf die Menschheit. Idealtypisch können wir zwischen kontrastierenden Sichten auf den Menschen und menschliche Würde unterscheiden. Die historisch erste Sichtweise steht dafür, dass Würde und voller Schutz jedem Wesen gewährt werden sollte, das der menschlichen Gattung angehört, einfach weil es ein menschliches Wesen

ist. Würde ist hier wesentlicher Bestandteil von Humanität. Die andere Sichtweise gründet menschliche Würde und volle Humanität auf beobachtbare Qualitäten und Merkmale des Individuums. Menschliche Würde basiert auf Bewußtsein seiner Selbst oder auf andere aktuelle Konditionen des Lebens. Im ersten Ansatz ist menschliche Würde moralischer Ausgangspunkt für menschliche Beziehungen, während sie im zweiten lediglich eine mögliche Schlußfolgerung aus Beobachtungen und Erfahrungen ist und deshalb von Umständen abhängt.

Ich denke das Ergebnis des Konfliktes dieser beiden Sichtweisen wird wesentlich das zukünftige Gesicht unserer Kultur bestimmen. Die Euthanasiedebatte ist eine der Hauptfronten in diesem Konflikt.

Stellungnahme

Während sich in den letzten Jahren die palliativmedizinischen und hospizlichen Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten gerade auch in Deutschland rasant entwickelt haben und die Bereitstellung dieser Angebote eine hohe gesellschaftliche Anerkennung und Akzeptanz bekommen hat, wird dennoch die Frage der selbst bestimmten Lebensführung und selbst bestimmten Lebensbeendigung zunehmend zum gesellschaftlichen Diskussionsthema. Deshalb stellt sich nicht nur die Frage, wie im Zuge zunehmender Veralterung und einer Verknappung der Ressourcen, Fürsorge und Hilfe für alte, kranke und behinderte Menschen und kranke Menschen zur Verfügung gestellt werden kann, sondern auch welchen Stellenwert der Respekt vor Autonomie und Selbstbestimmung in diesem Zusammenhang hat bzw. wie den zunehmenden Forderungen nach einem selbst bestimmten Tod begegnet werden soll.

Palliativmedizin und Hospizbetreuung versuchen Alternativen anzubieten und Angebote zu machen, die zumindest die Angst vor unerträglichem Leid als Argument für das Verlangen nach Sterbehilfe reduzieren sollten. Die medizinischen Möglichkeiten aber auch ethischen Prinzipien der Palliativmedizin sind inzwischen so weit entwickelt, dass Schmerzen und körperliche Symptome so weit gelindert werden können, dass trotz fortgeschrittener Erkrankung für die meisten Menschen ein lebenswertes Leben ermöglicht werden kann.

In diesem Zusammenhang wird zu Recht die Frage gestellt: Ist aktive Sterbehilfe wirklich die einzige Möglichkeit schweres oder unerträgliches Leid zu vermindern? Welches Maß an Leid ist tolerabel, welches nicht? Welches Leben ist qualitativ lebenswert, welches nicht,

so dass Töten gerechtfertigt wird. Darf die Bewertung der Lebensqualität von Patienten zu Lasten dieser Patienten führen? Werden durch die Akzeptanz des ärztlichen Tötens als therapeutische Option zur Leidensminderung („Gnadentod“?) nicht medizinethische Grundprinzipien untergraben, und das moralische Selbstverständnis der Ärzte in Frage gestellt, wenn ihre Zuständigkeit, sich um Lebenserhalt und eine Verbesserung der Lebens zu bemühen, auch durch (in Ausnahmesituationen) erlaubtes und indiziertes Töten erweitert wird? Wird das Vertrauen in den Heilauftrag der Ärzte nicht gefährdet? Wird die Diskussion um ein humanes Miteinander und die Akzeptanz des Sterbens als Teil des Lebens eher behindert? Kann eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in Grenzsituationen nicht eine Dynamik entwickeln, durch die auch andere Probleme durch indiziertes, akzeptiertes und erlaubtes Töten gelöst werden könnten oder sogar sollten? In England werden diese Wedge oder slippery slope arguments als wichtigster Grund gegen die aktive Euthanasie angeführt.

Umfragen zur aktiven Sterbehilfe und zum assistierten Suizid zeigen, dass die moralische Bewertung der Selbsttötung, die eigentlich ja als konsequenteste Manifestation der Option der Selbstbestimmung angesehen werden kann, negativer ist als die der aktiven Sterbehilfe. Dies bedeutet, dass die Tötung durch einen anderen bzw. den Arzt größere Zustimmung findet als die Verantwortung dafür, das Verlangen nach einem selbst bestimmten Tod auch durch eigenes Handeln umzusetzen. Eine vor kurzem publizierte repräsentative Befragung in Thüringen zeigte, dass 1/3 der Personen, die sich für eine Legalisierung der Euthanasie aussprachen, diese auch für sich selbst in Anspruch nehmen würden,

während nur 10% derer, die eine Legalisierung des assistierten Suizids wünschten, bereit wären diese Option zur Lebensbeendigung für sich erwägen würden¹. Dies wirft die Frage auf, unter welchen Bedingungen die kontrollierte Lockerung des Tötungsverbots durch andere ethisch zu rechtfertigen ist. Dass die Durchführungsverantwortung für den selbst bestimmten Tod eher an die Ärzte delegiert werden soll, hängt vielleicht auch damit zusammen, dass eine Selbsttötung im gesellschaftlichen Wertebewusstsein doch mehr von Schuldgefühlen der anderen begleitet wird als die Tötung durch andere. Es stellt sich auch die Frage, ob die besondere Verantwortung des Arztes für Lebenserhalt und Schutz des Lebens nicht in Frage gestellt wird, wenn er auch für Tötung und Lebensvernichtung zuständig sein sollte. Geraten Ärzte nicht nur doch in einen schweren Rollenkonflikt, wenn sie durch Beteiligung am Suizid oder auch durch Durchführung einer Tötung auf Verlangen Verantwortung für gegensätzliche berufliche Handlungsziele übernehmen sollen? Gerät das Vertrauen in eine Arzt-Patienten Beziehung nicht in Gefahr, wenn nicht klar ist, dass ärztliche Hilfe eigentlich immer Hilfe zum Leben sein sollten und dass therapeutisches Bemühen auch in aussichtslosen Situationen eigentlich immer darauf hin gerichtet ist, eine schwierige Situation erträglicher, annehmbarer zu machen und nicht sie als Todeshelfer zu beenden? Dazu gehört einerseits die Akzeptanz des Sterbens als Teil des Lebens und die Erkenntnis, dass Leben nicht um jeden Preis aufrechterhalten werden kann und sollte, dazu gehört aber auch der angemessene Umgang und eine engagierte Beziehung mit Menschen und deren Angehörigen im Angesicht des Todes. Sicherlich ist festzustellen, dass es hier noch viele Defizite gibt zumal Sterben nicht nur körperlicher Verfall bedeutet und mit unter Umständen

unerträglichen und unbefriedigend gelinderten Symptomen verbunden sein kann, sondern sich in sterbenahen Situationen immer auch psychische, soziale und spirituelle Probleme entwickeln.

Von den Befürwortern der aktiven Sterbehilfe, wird argumentiert, dass durch die autonome Entscheidungsfreiheit des Menschen die individuelle Bewertung der Lebensqualität und Sinnbestimmung des Lebens besser berücksichtigt werden könnte, zumal durch Palliativmedizin und Hospizbetreuung nicht in allen Situationen angemessene Hilfsmöglichkeiten angeboten werden könnten. Nur durch Entscheidungsfreiheit, die es schwerst kranken Menschen auch erlaubt, die Beendigung des Lebens durch „humane Sterbehilfe“ würde die Würde der Autonomie genügend respektiert. Gegner argumentieren, dass dann, wenn das Verlangen nach Sterbehilfe in Grenzsituationen respektiert würde und zur Grundlage von Entscheidungen gemacht werden würde, dass dann die durch die Würde des Lebens begründete Unantastbarkeit vor allem aber auch die Akzeptanz des Sterbens als einem Teil des Lebens bedroht würde. Zu berücksichtigen dabei ist allerdings, dass diese Unantastbarkeit gerade in der Medizin inzwischen ein eher anachronistisches Kriterium für ethische Entscheidungen geworden ist und durchaus hinterfragt werden muss. So hat z.B. das Hirntodkonzept als gesellschaftlich akzeptierte Verständigung darüber, dass ein Mensch für die Entnahme von Organen für tot erklärt werden kann, zwar weitgehend Akzeptanz gefunden, die Debatte über die Frage, wann ein Mensch sterben darf, ist dadurch allerdings nicht einfacher geworden. Sterben und der Zeitpunkt des Todes werden in einem hohen Maße von medizinischen Entscheidungen bestimmt, wobei das Sterben innerhalb medizinischer Institutionen in einem hohen Maße erst

1 Schröder, Ch., Schmutzer, G., Klaiberg A. & Brähler, E. (2003). Ärztliche Sterbehilfe im Spannungsfeld zwischen Zustimmung zur Freigabe und persönlicher Inanspruchnahme – Ergebnisse einer repräsentativen Befragung der deutschen Bevölkerung. Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 53, 334-343.

durch Verzichtentscheidungen ermöglicht wird². Obwohl in den ethischen Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung Kriterien für die Entscheidungsfindung in Grenzsituationen genannt werden und die Willensorientierung für medizinisches Handeln hervorgehoben wird, scheint das Wissen über diese Kriterien innerhalb der Ärzte noch nicht ausreichend zu sein, so dass sich die nicht nur die Frage stellt, wie die rechtlichen und fachlichen Unsicherheiten im Umgang mit sterbenskranken und nicht einwilligungsfähigen Menschen vermindert werden können, sondern auch wie das Wissen über ethische Prinzipien und der Umgang mit ihnen in der Praxis verbessert werden kann³. Die Schwierigkeiten in der Willensermittlung, Willensbestimmung und -berücksichtigung bei nicht entscheidungsfähigen Menschen können jedoch nicht durch Polemiken zur „Bedenkenträgerlogik“ und „Handlungsfälle“, Hinweisen zur Gefahrenabwehr durch „prophylaktischen Suizid“, durch unsaubere Begrifflichkeiten oder durch einen Gesetzesanspruch zur Durchsetzung von Patientenverfügungen gelöst werden, sondern es sollte im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge eine Ethik des Miteinanders und gemeinsamer Verantwortung gefunden werden, die wie Gerda Graf es in deutlicher Abgrenzung zu dem Vortrag zu Dr. Schobert von der DGHS in ihrem Beitrag ausdrückte, durch Nächstenliebe und „der Lust sich am andern zu verschwenden“ gekennzeichnet ist.

In der kontroversen Debatte um den richtigen Weg in Grenzsituationen geht es immer wieder um die Frage, ob ein Töten aus echter Humanität in nachvollziehbaren Extremsituationen nicht moralisch genauso oder eher ge-

rechtfertigt sein kann wie ein langes Sterbenlassen? In diesem Zusammenhang muss auch auf die Auseinandersetzung zur so genannten terminalen Sedierung hingewiesen werden, die einerseits in den Niederlanden in einem nicht geringen Teil der Fälle mit der ausdrücklichen Absicht, den Todeseintritt zu beschleunigen angewendet⁴ und damit als Sonderform der Euthanasie missbraucht wird, während in der Palliativmedizin diese Therapieoption in Situationen unerträglichen Leids als moralisch akzeptable Therapiemöglichkeit angesehen wird, die von der Euthanasie deutlich abgegrenzt werden kann. So heißt es in einem Positionspapier der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care: „Bei der Euthanasie ist die Intention, den Patienten zu töten, das Vorgehen besteht darin, ein tödliches Medikament zu verabreichen und das erfolgreiche Ergebnis ist der sofortige Tod. Die Intention von terminaler Sedierung ist es, unerträgliches Leiden zu lindern; das Vorgehen besteht darin, ein bewusstseinsdämpfendes Medikament zur Symptomkontrolle einzusetzen und das erfolgreiche Ergebnis dieser Maßnahme ist die Linderung der belastenden Symptome...“.⁵

Dabei ist die Angst vor qualvollem Sterben aber auch Angst davor durch Gebrechlichkeit und Hilfsbedürftigkeit andere zu belasten sicherlich ein ernst zunehmender und häufiger Grund für Sterbewünsche. Aber wenn unter diesem Gesichtspunkt die Möglichkeit des assistierten Suizids bzw. der aktiven Sterbehilfe als Lösungsweg gesellschaftliche Akzeptanz findet, dann könnte die allgemeine Tendenz sich schwieriger Problemen durch einfache Lösungen sich des Leides zu entledigen auch dazu führen, dass der Druck auf alte, kranke und schwächere Men-

-
- 2 van der Heide A, Deliens L, Faisst K, Nilstun T, Norup M, Paci E, van der Wal G, van der Maas PJ; End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study, *Lancet*. 2003; 362(9381):345-50
 - 3 Müller-Busch HC et al Euthanasie bei unerträglichem Leid ? Eine Studie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum Thema Sterbehilfe im Jahre 2002 *Z Palliativmed*. 2003; 4:75-84
 - 4 Rietjens JA, van der Heide A, Vrakking AM, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Maas PJ, van der Wal G. Physician reports of terminal sedation without hydration or nutrition for patients nearing death in the Netherlands. *Ann Intern Med*. 2004; 141(3):178-85.
 - 5 Materstvedt, L.J., Clark, D., Ellershaw, J., Forde, R., Gravgaard, A.M., Muller-Busch, H.C., Porta i Sales, J., Rapin, C.H.. Euthanasie und ärztlich unterstützter Suizid: eine Stellungnahme der Ethics Task Force der European Association for Palliative Care. *Z. Palliativmed* 5 (2004):102-106

schen wächst, sich dem Willen anderer zu beugen und die Möglichkeit der Sterbehilfe aus Rücksicht auf andere einzufordern.

Sicherlich lassen sich durch soziologische Befragungen, in denen festgestellt wird, dass ein großer Teil der Bevölkerung die Forderung z. B. nach Legalisierung der Sterbehilfe oder des assistierten Suizids aufstellt, keine Ansprüche darauf ableiten, dass durch eine solche Legalisierung die zweifellos vorhandenen Defizite in der Versorgung und im Umgang mit den medizinischen, sozialen und psychischen Problemen sterbenskranker und alter Menschen gelöst oder gemindert werden können. Vielmehr ist es Aufgabe des Staates bzw. der politisch Verantwortlichen die Bedingungen, die eine bestimmte Haltung in der Bevölkerung hervorrufen zu untersuchen, Defizite zu verringern und Verbesserungsschritte aufzuzeigen. Dabei geht es immer auch darum, Wege zu finden, durch die Fehlentwicklungen vermieden werden.

In der Debatte um die Notwendigkeit oder evtl. auch Gefahren rechtlicher Regelungen (sowohl der Sterbehilfe, des ärztlich assistierten Suizid als auch von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten) muss unter ethischen Gesichtspunkten sicherlich das unterschiedlichen Positionen zugrunde liegende Autonomieverständnis berücksichtigt und problematisiert werden, worauf von Frau Prof. Weber-Hassemer hingewiesen wurde. Im Zusammenhang mit der Frage inwieweit sich das Grundrecht auf Selbstbestimmung oder Autonomie vorrangig verwirklichen darf bzw. im Spannungsverhältnis zum Grundrecht auf Leben eingeschränkt werden kann, muss sicherlich in der derzeitigen Debatte um Selbstbestimmung am Lebensende noch intensiver auf den Begriff und die verschiedenen Bedeutungen von Autonomie eingegangen werden. Dabei sind in der derzeitigen Auseinandersetzung durchaus auch negative Konnotationen von

Autonomie zu erkennen. Aus meiner bzw. medizinischer Sicht sollte zwischen Autonomie und Selbstbestimmung mehr unterschieden werden als das in der Debatte im Allgemeinen der Fall ist. In diesem Zusammenhang soll an die Arbeiten Thure von Uexkülls⁶ aber auch Alexander Mitscherlichs⁷ erinnert werden, die darauf hinwiesen, dass Krankheit eigentlich immer als Einschränkung oder Verminderung von Autonomie angesehen werden kann: Krankheit als Autonomieverlust, als eines Verlustes der Fähigkeit über die eigene Kräfte zu verfügen und sich nach eigenen Gesetzen zu verwirklichen. „Autonomie ist Selbstverwirklichung und Selbstbeschränkung. Eines ist ohne das andere nicht denkbar. Deshalb stellt sich für jedes menschliche Wesen die Aufgabe in Selbstverantwortung den Ausgleich zwischen Selbstverwirklichung und Selbstbeschränkung zu finden.“ schreibt Thure von Uexküll. Die eigentliche Aufgabe und das Ziel der Medizin liegen im Respekt, der Förderung bzw. Wiederherstellung von Autonomie. Das gilt in einem besonderen Maße auch für die Begleitung sterbenskranker und sterbender Menschen. Das Sterben anzuerkennen und zuzulassen ist ein wichtiges Prinzip der Palliativmedizin und Hospizbetreuung. Autonomes Sterben ermöglichen, darf jedoch nicht bedeuten, den Tod herbeizuführen – wie dies auch in einem Positionspapier der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care, das auch von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin übernommen wurde, zum Ausdruck gebracht wird. Selbstbestimmung ist die eigenverantwortliche Fähigkeit und Möglichkeit über sich, d.h. das Selbstsein zu entscheiden. Voraussetzung dazu ist der freie Wille und eine freie Urteilsfähigkeit d.h. eigentlich die Autonomie. Gerade in Grenzsituationen zwischen Leben und Tod stellt sich natürlich die Frage, ob und in welchem Ausmaß Autonomie, freier Wille und freie Urteilsfähigkeit tatsächlich noch vorhanden sind,

6 Uexküll v. T, Wesiack W Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denken und Handelns. München, Urban & Schwarzenberg 1988

7 Mitscherlich, Alexander: Freiheit und Unfreiheit in der Krankheit. Das Bild des Menschen in der Psychotherapie. Hamburg. Claassen & Goverts, 1948.

oder ob nicht genau wie in der Anfangszeit des Lebens auch die am Ende eine ist, in der wir unsere Selbstbestimmtheit zunehmend verlieren – auch wenn dies schwer und schmerzlich ist. Auf Autonomie begründete Selbstbestimmung beinhaltet auch die Freiheit zum Suizid, der in seiner zerstörerischen Konsequenz und den immer hinterlassenden Spuren zwar einerseits eine Manifestation von Selbstbestimmung darstellt – die ja in ihrer zeitlichen Dimension immer auf Zukunft gerichtet ist – der andererseits aber letztlich doch auch als eine Zerstörung von Autonomie verstanden werden kann, die der Suizid zurücklässt.

Meines Erachtens kann die Legalisierung des assistierten Suizids und der Euthanasie nicht mit dem Autonomieargument begründet werden. Der europäische Gerichtshof hat ja im Fall Diane Pretty aus grundsätzlichen Erwägungen den Rechtsanspruch auf einen durch andere herbeigeführten Tod abgelehnt. Der Gerichtshof betonte, dass es kein Anspruchsrecht auf Straffreiheit gibt, wenn der Tod von dem Betroffenen gewünscht wird, aber nicht selbst herbeigeführt werden kann, auch wenn er das Recht des Menschen, selber über sein Lebensende bestimmen zu können ohne jeden Vorbehalt anerkannt hat. Dem ist aus palliativmedizinischer Sicht zuzustimmen. Aufgabe von Palliativmedizin und Hospizbetreuung ist es gerade in solchen scheinbar aussichtslosen Situationen Hilfsmöglichkeiten anzubieten, wie das übrigens auch bei Diane Pretty in ihrer letzten Lebensphase auch erfolgreich gewesen ist. Die Erfahrungen in der Palliativmedizin zeigen immer wieder, dass sie zwar das Verlangen nach aktiver Sterbehilfe oder auch Selbsttötungswünsche nicht 100% ausschließt, aber dass sie gerade in solchen Situationen, in denen Tötungswünsche geäußert werden, gute und umfassende Hilfsmöglichkeiten anbieten kann, die in den allermeisten Fällen dazu führen, dass nicht die vorzeitige Lebensbeendigung, sondern ein gut begleitetes Sterben als unter würdigen Bedingungen angesehen wird.

Die Frage bleibt ob eine Therapieoption des Tötens dann auf einer rechtlich festgelegten Grundlage angeboten werden darf und kann,

wenn die vorhandenen Möglichkeiten der palliativen Betreuung, der sozialen Unterstützung oder anderen Möglichkeiten der Leidenslinderung nicht ausreichen, nicht vorhanden sind oder nicht akzeptiert werden?

Aus palliativmedizinischer Sicht, aber auch aus grundsätzlichen Erwägungen, sollte die Frage einer Legalisierung des assistierten Suizids und/oder der Euthanasie weniger unter Selbstbestimmungsaspekten behandelt werden als vielmehr unter der Frage, ob durch eine gesetzliche Regelung Defizite im Bereich der Sterbebegleitung gemindert werden können. Zu erwähnen in diesem Zusammenhang ist, dass durch eine gesetzliche evtl. sogar strafrechtliche Klarstellung zur Verbindlichkeit, Reichweite und Form von Patientenverfügungen, Betreuungs- und Vorsorgevollmachten meines Erachtens doch eine weit verbreitete Rechtsunsicherheit gemindert werden sollte, zumal dadurch eine mehr am Willen und an den Werten der Betroffenen orientierte Entscheidungsfindung in Grenzsituationen bzw. bei Nichteinwilligungsfähigkeit gefunden werden kann als dies derzeit der Fall ist. Dennoch ist es sicherlich noch wichtiger die Verantwortung für das Sterben und den Tod nicht einseitig einer Seite zuzuschreiben, zumal Sterben gerade innerhalb des medizinischen Systems immer weniger einen natürlichen Prozess darstellt, sondern von Entscheidungen abhängig ist, bei denen viele Faktoren von Bedeutung sind und Berücksichtigung finden müssen. So können Patientenverfügungen ein sinnvolles Instrument zum Dialog über Behandlungsoptionen und begrenzungen in Grenzsituationen sein, die es ermöglichen eine Verständigung und möglichst einen Konsens zu finden, obwohl sie als rechtsverbindliche Handlungsanweisung eigentlich niemals eine konkrete Situation so genau beschreiben können, dass eine 1:1 Übertragung möglich ist.

Patientenverfügungen sind ein Hilfsmittel, aber sicher kein Patentmittel, um in schwierigen Entscheidungen einen Weg zu finden. Auch wenn sicherlich auch in Zukunft die Mehrheit der Bevölkerung sich mit der Frage des eigenen Ster-

bens nicht explizit auseinandersetzen möchte und auf eine angemessene ärztliche Behandlung vertraut, sollte dann, wenn ein Mensch – aus welchen Gründen auch immer – sich mit der Frage „Wie ich im Falle einer Nichteinwilligungsfähigkeit sterben oder behandelt werden möchte“ auseinandergesetzt hat – diese Auseinandersetzung und Willensbestimmung besonders und verbindlich beachtet werden.

Legalisierung der aktiven Sterbehilfe bzw. des Suizids können meines Erachtens nicht zu einer Minderung der Defizite in der Sterbebegleitung beitragen. Unter Berücksichtigung der zunehmenden Ressourcenknappheit in der Gesundheitsversorgung, den nicht gelösten Fragen des Umgangs mit Alter, Demenz und Behinderung und auch der zunehmenden Rationierungsproblematik besteht die große Gefahr, dass durch eine Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe Schwächere weiter an den Rand der sozialen Gemeinschaft gedrängt werden und der Druck auf Menschen wächst, diese Option im Angesicht der sozialen Wirklichkeit auch für sich einzufordern. Birgt nicht der Appell, dem Sterben „bewusster“ zu begegnen und einen selbst bestimmten Tod zu finden und den physischen Tod eher zuzulassen, die Gefahr in sich, auch dem sozialen und psychischen Tod Vorschub zu leisten? Wird das Gefühl für andere keinen Wert mehr zu haben bzw. schon gestorben sein, nicht auch als Pflicht empfunden, andere, die Gesellschaft nicht zu belasten? Wird nicht der Druck auf die Betroffenen – das sind ja im zunehmendem Maße alte aber auch behinderte Menschen – dann verstärkt, wenn für ein rechtlich geregeltes, vorzeitiges Ab-

leben durch „aktive Sterbehilfe“ Vorsorge getroffen wird und durch die Perspektive des „sozialverträglichen Frühablens“ die Defizite des sozialen Miteinanders kompensiert werden können?

Sicherlich gibt es derzeit auch in Deutschland – wie in allen industrialisierten Ländern – eine Grauzone des nicht legalen ärztlichen Tötens auf Verlangen. Die Frage ob Entlastung in der Verantwortung für solches Handeln, dem im Einzelfall sogar nachvollziehbarer Respekt zukommt, durch eine Legalisierung möglich ist, muss vor dem Hintergrund behandelt werden, ob dadurch nicht doch eine eher problematische Entwicklung gefördert wird zumal sich moralische Verantwortung auch für Ärzte nur sehr begrenzt durch Gesetzesregelungen abnehmen lässt. So finden sich in den Niederlanden durchaus auch Anzeichen, dass die Bereitschaft das Leben vorzeitig zu beenden bei Ärzten eher zunimmt, als geringer wird. Die Respektierung des Tötungsverbots ist ein gesellschaftlicher Grundkonsens, dem wir uns in der Medizin ganz besonders verpflichtet fühlen sollen. Durch „einen andern töten“ wird zwar im Einzelfall ein Konflikt beendet, aber Probleme des menschlichen Miteinanders werden durch Töten nicht gelöst. Ebenso wenig wie durch die Todesstrafe die Häufigkeit von Gewaltdelikten vermindert werden konnte, wird durch die Legalisierung eines Tötens auf Verlangen die gesellschaftliche Aufgabe wie ein Sterben in Würde ermöglicht werden kann und das Problem des humanen Miteinander im Umgang mit Tod und Sterben eher behindert als gefördert.

Stellungnahme

Vom „Gesprächskreis Sozialpolitik“ der Friedrich-Ebert-Stiftung wurde am 24. Januar 2006 eine Diskussionsrunde zur Thematik „Sterbebegleitung – Sterbehilfe“ organisiert, zu der zahlreiche in- und ausländische Wissenschaftler und Experten eingeladen worden waren, die sich aus unterschiedlicher Sicht mit ethischen Fragen beschäftigten. Einleitend wurden von vier Teilnehmern Grundsatzreferate vorgetragen, die sich wie folgt zusammenfassen lassen:

Prof. Wolfgang van den Daele vom Berliner Wissenschaftszentrum für Sozialforschung erläuterte die demoskopisch ermittelte, öffentliche Meinung zur persönlichen Bedeutung von Selbstbestimmung am Lebensende angesichts von Krankheit und Tod. Laut Meinungsumfragen kommt ihr ein hoher Rang zu, weswegen ein Großteil der Bevölkerung – etwa 70% – prinzipiell gezielte Sterbehilfe bejaht. Schwer kranke, leidende Menschen sollten selbst entscheiden dürfen, ob sie weiterleben oder lieber sterben möchten. Nur 12% halten an einer strikten Ablehnung vorzeitiger Lebensbeendigung fest, auch wenn der Betroffene damit einverstanden sein sollte. Damit verknüpft ist umgekehrt die offensichtlich während der letzten Jahrzehnte gleichbleibend hohe Ablehnung des Verbots aktiver Sterbehilfe bzw. die Forderung von Straffreiheit für den Arzt, der auf Wunsch des Betroffenen ein tödliches Gift verabreicht. Noch im März 2005 äußerten über 90% der Deutschen die Meinung, dass für Gerichte und Ärzte bindend sein sollte, wenn beispielsweise ein Komapatient zuvor lebensverlängernde Maßnahmen ausdrücklich abgelehnt hat. Demgegenüber wird der Suizid nach wie vor erstaunlicherweise sehr negativ bewertet. Gewachsen ist andererseits

während der letzten Jahre die allgemeine Zustimmung bezüglich einer Palliativbehandlung bzw. der Betreuung in einem Hospiz am Ende des Lebens.

Der Pflegewissenschaftler und Gerontologe *Prof. Bernd Seeberger* betonte die Notwendigkeit einer angemessenen Kultur des Sterbens, zumal 70% der Todesfälle nicht mehr im gewohnten häuslichen Umfeld, sondern in einem Heim oder Krankenhaus stattfinden. Ein humane Sterbebegleitung in Form eines würdigen Abschiednehmens müsse als notwendiger Bestandteil einer umfassenden Pflege angesehen werden; hierzu seien entsprechende menschliche und fachliche Qualifikationen einschließlich weiterentwickelter Ausbildungsstandards Voraussetzung. Seeberger sprach sich für das Konzept einer umfassenden „Palliativ care“ aus, die ebenso eine Linderung von Schmerzen und anderen körperlichen Beeinträchtigungen Schwerst- und Todkranker beinhalten müsse wie die Berücksichtigung psychologischer, psychosozialer und spiritueller Bedürfnisse der Betroffenen. Konzeptualisierung, differenzierte Ausarbeitung und Realisierung einer neuen Altersethik seien zudem wichtige Garantien dafür, dass nicht mehr in der Beendigung des Lebens durch eigene oder fremde Hand der erträglichere Ausweg aus der Notlage vieler Kranker und Sterbender gesehen würde.

Demgegenüber vertrat *Dr. Kurt Schobert*, Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS), unter Berufung auf den hohen Rang der persönlichen Autonomie und Selbstbestimmung nachdrücklich die „Freiheit zum Tode“, d.h., den Zeitpunkt und die Umstände der Lebensbeendigung nach eigenen Vorstellungen und Wünschen, unbeeinflusst und

unbehindert festlegen zu können. Der freie Wille des Patienten müsse vorbehaltlos respektiert werden und dürfe nicht gegen mögliche Missbrauchsgefahren aufgerechnet werden. Schobert mahnte eine baldige gesetzliche Regelung zur Strafflosigkeit für eine Tötung auf Verlangen bzw. aktive Sterbehilfe an, auch um aus der Grauzone zwischen echter und Pseudoeuthanasie herauszukommen. Der Gefahr einer Grenzüberschreitung zu missbräuchlicher Euthanasie könne in einem demokratischen Rechtsstaat wirksam begegnet werden; Vergleiche mit den Tötungen des Nazi-Regimes seien irreführend.

Im Gegensatz hierzu warb – wie zu erwarten – *Gerda Graf* als Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, für das Versorgungskonzept der Hospizbetreuung und Palliativbehandlung. Frau Graf sieht in der flächendeckenden Sterbebegleitung im hospizlichen Sinn einen akzeptablen Ansatz für eine menschenwürdige Sterbekultur, in der auf aktive Sterbehilfe verzichtet werden könne, um so mehr, als eine wirklich freie Willensäußerung vielen Schwerkranken und Leidenden oftmals gar nicht möglich sei. Sie verwies auf die weltweite Zunahme von Hospizeinrichtungen, die ein „Leben bis zuletzt“ in umsorgender Atmosphäre ermöglichen, und aufgrund einer intensiven mitmenschlichen, pflegerischen wie auch sozialtherapeutischen und medizinischen Rundumversorgung Einsamkeit, Leid und Verzweiflung linderten und den Wunsch nach einem baldigen Ende durch eine Todespritze in den Hintergrund treten ließen. Aus Sicht der Pflegenden bedeute es zudem oft eine große Befriedigung, anderen helfend zur Seite zu stehen; es gäbe durchaus eine „Lust, sich an andere zu verschwerden“.

Die sich anschließende Diskussion unter Moderation der Journalistin *Ulla Lessmann* verlief erwartungsgemäß lebhaft und durchaus kontrovers. Im Mittelpunkt stand zum einen die vermeintliche oder tatsächliche Autonomie des Menschen, vor allem in speziellen Lebenssituationen. Berichte über externe Einflussnahmen in Richtung einer Zustimmung zur Tötung aus den Niederlanden, in denen Euthanasie legali-

siert wurde, stimmen skeptisch und bestätigen die Erfahrung, dass Entscheidungsfreiheit und Selbstbestimmung von Menschen in Krisen oder Grenzsituationen häufig als fragwürdige Konstrukte anzusehen sind, desto mehr, je suggestiver etwa durch familiäre Wünsche, gesellschaftliche Zwänge oder ökonomische Erwartungen auf den anstrengenden, ja vielleicht gar lästig gewordenen Schwerkranken Druck ausgeübt wird. Hier erweist sich der so genannte freie Wille des Menschen kaum mehr als eine Fiktion. Nur am Rande sei verwiesen auf die Ergebnisse der modernen Hirnforschung, die ohnehin das Konzept der autonomen Selbstbestimmung weitgehend in Frage stellt.

Einen weiteren Schwerpunkt des Gedankenaustausches bildeten ökonomische Erwägungen, die in unserer Gesellschaft erkennbar zunehmend an Bedeutung gewinnen und dazu führen könnten, dass älteren oder schwerstkranken Menschen nicht mehr die eigentlich mögliche Therapie gewährt und eine Minderung ihrer Beeinträchtigungen geboten werden könnte. Beklemmend erscheint die Diskrepanz zwischen der anwachsenden Lebenserwartung infolge gesünderer Lebensweise und medizinischer Fortschritte einerseits und einer drohenden Rationierung der medizinischen Versorgung infolge anwachsender Defizite an Versorgungsressourcen auf der anderen Seite. Mit anderen Worten: die rechtzeitige Lebensbeendigung intensiv pflegebedürftiger, teurer Patienten durch aktive Sterbehilfe würde sich als kostensenkend im Gesundheitswesen erweisen – als Opfer für das Gemeinwohl am Ende gar eine sozialpolitisch willkommene Tat.

Schließlich wurden mahnende Erinnerungen an die bürokratisch perfektionierte Euthanasie während der Nazizeit in die Debatte eingebracht, die zunächst an sozialdarwinistisches Gedankengut des 19. Jahrhunderts anknüpfte, in dem die „Ausmerzungen Lebensuntüchtiger“ bereits öffentlich thematisiert wurde. Die planmäßige Ermordung Hundertausender kranker oder anderweitig unerwünschter Personen, als „Gnadentod“ verbrämt, wurde schließlich fester Bestandteil

einer menschenverachtenden Ideologie. Niemand kann mit Sicherheit sicher sagen, ob sich dergleichen nicht bei entsprechender politischer Konstellation wiederholen wird; an scheinbar plausiblen Begründungen wird es im Bedarfsfall sicher nicht fehlen.

Etwas aus dem Blickfeld geriet das untergründige Kernproblem: der absolute Wert des Lebens als einzigartiges Kennzeichen des Individuums schlechthin, ohne das es keine Würde, keine Autonomie und keine Erfüllung gibt. Irgendwann im Laufe der Evolution entstanden, bedarf diese einmalige, kostbare Errungenschaft allen Respektes und allen Schutzes; das Tötungsverbot – wenngleich immer wieder missachtet und ausgehebelt – ist uraltes Kulturgut.

Alles in allem wurde in der Gesprächsrunde erkennbar, dass zum einen angesichts drängender sozial- und gesundheitspolitischer, aber auch rechtlicher Fragen der Klärungsprozess in der Öffentlichkeit bezüglich allen Formens der Sterbehilfe weiter vorangetrieben werden muss. Fraglich ist allerdings, ob Ergebnisse von Meinungsumfragen, die ohnehin methodenkritisch zu be-

werten sind, oder Mehrheitsentscheidungen eine geeignete Grundlage für derart schwerwiegende Gesetzesänderungen wie eine Abänderung des sog. Tötungsparagraphen bilden sollten.

Nicht zuletzt die immer wieder publik werdenden Tötungsserien in Heimen und Krankenhäusern, deren Täter sich – im Widerspruch zu allen Ermittlungsergebnissen – bezüglich ihrer Beweggründe stets auf Mitleid und Erbarmen mit den Leidenden berufen, lassen es dringend geboten erscheinen, allen Versuchen zu begegnen, Euthanasie gesellschaftsfähig zu machen und womöglich straffrei zu stellen. Sie kann keine menschenwürdige Alternative sein zu einem naturgegebenen Hinübergleiten in den Tod, wenn die Zeit gekommen ist, und sie darf kein Ersatz für eine angemessene Sterbebegleitung werden, wie sie einer humanitären Zivilgesellschaft würdig ist. Die ersten Schritte auf die „schiefe Ebene“ in Richtung einer legitimierten, allmählichen Aufweichung des Lebensschutzes sind bei unseren europäischen Nachbarländern Holland, Belgien und der Schweiz bereits zu beobachten und geben durchaus Anlass zur Besorgnis.

Stellungnahme

Der Titel des Workshops benennt recht präzise die Kontroverse im Zusammenhang mit dem Thema der Sterbebegleitung, der Sterbehilfe und den Entscheidungen am Lebensende in unserer Gesellschaft. Die Begriffe werden schlagwortartig gegeneinander in Stellung gebracht, ein Gegensatz wird als selbstverständlich unterstellt und spiegelt damit die weithin in der öffentlichen Diskussion zu beobachtenden Positionierungen wider.

Es liegt nahe und bedarf zunächst keiner weiteren Begründung, dass die Vertreter der verschiedenen Professionen, seien es Psychiater, Gerontologen, Palliativmediziner, Hospizvertreter, Seelsorger, Juristen oder Soziologen sich den Problemen am Lebensende aus ihrer jeweiligen Arbeitsperspektive und ihrem jeweiligen Erfahrungshorizont nähern.

Auffällig und erklärungsbedürftig ist hingegen, dass die Diskurse in diesem Bereich vielfach kaum Berührungspunkte aufweisen, vielmehr in „Zirkeln“ die Verstärkung der eigenen Positionen erlangt werden. Ähnliches lässt sich aber auch konstatieren in dem Auseinanderfallen der moralischen Bewertung von Suizid bzw. aktiver Sterbehilfe zwischen den politischen bzw. kirchlichen Eliten einerseits und der Bevölkerung andererseits, ohne dass die Relevanz dieser Unterschiede in den Werthaltungen nennenswert reflektiert würden. Deshalb ist ein Diskussionsforum wie dies vom 24. Januar in Berlin, das die verschiedenen Problemzugänge ausdrücklich thematisch verknüpft, sehr zu begrüßen.

Die Diskussion im Workshop spiegelte ein wenig den Eindruck der oben angedeuteten Kontroversen wider. Einig war und ist man sich – wie

in der öffentlichen Debatte insgesamt – darin, dass die palliativmedizinische Versorgung ausgebaut und die Hospizbewegung massiv unterstützt werden müsse. Wenn das Sterben in einem Umfeld geschehen kann, in dem Angst und Schmerzen in der letzten Lebensphase möglichst zurückgedrängt werden und eine menschlich teilnehmende Betreuung stattfindet, dürfte die Zustimmung in der Gesellschaft uneingeschränkt zu solchen Bemühungen gewährleistet sein. Tatsächlich ist man von einer solchen Versorgung weit entfernt. Weder stehen genügend Hospizbetreuer zur Verfügung noch ist die Finanzierung flächendeckend für eine ausreichende Schmerzbehandlung durch die Kassen gesichert. Es besteht also ein strukturelles Defizit in der Verwirklichung der konsentierten Ziele. Ähnliches gilt für die Begleitung und Versorgung greiser Menschen in den Pflegeheimen. Obwohl die konzeptionellen Überlegungen für die Betreuung dieses Personenkreises beeindruckend sind – die Referate im Workshop waren hierfür ein Beleg! – verbleibt es in der Realität weithin bei der Verwahrung der alten Menschen, weil die finanziellen Ressourcen fehlen. Und es ist keineswegs ausgemacht, dass die Gesellschaft darauf eingestellt und bereit ist, größere finanzielle Opfer zu bringen, um den ganz Alten und Sterbenden ein würdevolles Umfeld zu ermöglichen. Dem widerspricht nicht, dass es zugleich in unserer Gesellschaft Menschen gibt, die mit großem Einsatz und viel Zuwendung Angehörige oder Nachbarn versorgen oder sich in der Hospizarbeit engagieren, worauf ein Referent hinwies.

Das Stichwort „Humane Sterbehilfe“ liefert also solange keine Kontroversen, solange es nicht

Entscheidungen des Einzelnen gegenüber gestellt wird, sich nicht oder nicht allein dieser Hilfe anzuvertrauen. Der eigentliche Dissens – auch insoweit war der Workshop paradigmatisch – beginnt bei der meistens nicht explizit gemachten Einordnung der Selbstbestimmung in diesem Kontext. Obwohl es angeblich hier ebenso einen Konsens gibt, wonach die Selbstbestimmung oder Autonomie des Einzelnen auch am Ende seines Lebens zu respektieren und zu schützen sei, treten tatsächlich erhebliche Meinungsverschiedenheiten zutage, welche Begrenzungen diese Selbstbestimmung erfahren solle.

Zwar wird im Grundsatz nicht angezweifelt, auch im Workshop gab es insoweit keine Einwendungen, dass ein Betroffener, sofern er erklärungs- und entscheidungsfähig ist, jede ärztliche lebenserhaltende Maßnahme ablehnen kann, auch wenn er unvernünftig handelt und möglicherweise seinen Tod herbeiführt. Und es wird auch nicht die Forderung erhoben, die Selbsttötung zu sanktionieren. Aber ebenso wie in der öffentlichen Diskussion bestand auch im Workshop eine große Reserviertheit gegenüber der Verbindlichkeit einer Patientenverfügung, insbesondere ohne infauste Prognose oder aber für die noch nicht letale Phase einer Erkrankung. Und während von den Gerontologen das Postulat erhoben wird, die Versorgung der Alten mehr von ihren Bedürfnissen her zu konzipieren, wird zugleich die „Autonomieverliebtheit“ gerügt.

Dies erklärt sich nur durch eine Ambivalenz gegenüber dem Recht auf Selbstbestimmung oder aber durch differente Definitionen von Selbstbestimmung. Die Debatte im Workshop hat gezeigt, dass weder über das Prinzip der Selbstbestimmung Einverständnis besteht noch eine Verständigung erreicht wird in der Abwägung von Selbstbestimmung einerseits und Lebensschutz andererseits. Interessanterweise wurde nur von dem Verfechter einer sehr weitreichenden Autonomie bis hin zur aktiven Sterbehilfe der Versuch unternommen, seinen Standpunkt aus der Verfassung herzuleiten. Das Verhältnis von Verfügungsrecht über den eigenen Körper als Ausdruck der allgemeinen Handlungsfreiheit

(Art.2 Abs. 1 GG), dem Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art.2 Abs.2 GG) und die Schutzpflicht des Staates für das Leben und die Achtung des Lebens als Wert der Gemeinschaft wurde nicht diskutiert, vielmehr wurde ein bestimmtes Verhältnis im Sinne eines Vorverständnisses von den jeweiligen Referenten und Diskutanten stillschweigend vorausgesetzt.

Es ließen sich aber drei Grundströmungen erkennen:

- Selbstbestimmung entsprechend dem Subjektbegriff in der Tradition Kants fokussiert auf das Leben, es wird eine moralische Pflicht zu leben abgeleitet. Im Ergebnis, nicht in der Begründung, gehören hierher auch christliche Positionen. In der Diskussion wurde das Argument vorgebracht, mit dem Suizid werde der Wert und damit die Menschenwürde anderer Menschen verneint im Sinne lebensunwerten Lebens. Man könne deshalb nicht über die eigene Würde entscheiden, dies verbiete sich aus der Menschenwürdegarantie. Mit diesem Ansatz ist die aktive Sterbehilfe nicht vereinbar, wohl auch nicht eine Patientenverfügung, die sich nicht nur auf die letzte Sterbephase bezieht.
- Die zweite Grundhaltung verdankt sich nicht einer transzendentalen Begründung, sondern argumentiert empirisch. Danach ist Selbstbestimmung eine Illusion. In existentiellen Situationen ist der Mensch im Zweifel überfordert, er bedarf der Fürsorge durch Ärzte, Angehörige oder Pflegepersonal. Aus dieser Sicht werden Patientenverfügungen insgesamt sehr skeptisch bewertet, weil eine Antizipation der späteren Befindlichkeit im Zustand der Hilflosigkeit durch schwere Krankheit oder Demenz nicht möglich sei. Im Zweifel wolle der Mensch seinem Leben auch gar kein vorzeitiges Ende setzen, sofern er ausreichend emotional und palliativmedizinisch versorgt sei. Ein Suizid ist danach im Zweifel krankheitsbedingt oder ein Hilfeschrei und kein Ausdruck von Selbstbestimmung. Aktive Sterbehilfe hat auch hier keinen Platz.

- Die dritte Position betont unter Berufung auf die subjektiven Freiheitsrechte des Grundgesetzes die verbürgte allgemeine Handlungsfreiheit des einzelnen, die zwar keinesfalls schrankenlos ist, die aber doch dem Staat die Begründungspflicht auferlegt, wenn er sie einschränken will. Dabei muss beachtet werden, dass die Selbstbestimmung Kern der Menschenwürde ist, die ihrerseits nicht zur Disposition steht. Der einzelne muss danach auch geschützt werden davor, dass andere für ihn die Menschenwürde definieren. Aus dieser verfassungsrechtlichen Sicht, die allerdings nicht ganz unbestritten ist, gibt es das grundsätzliche Recht auf Verfügung über das eigene Leben, ohne dass damit etwa die Selbsttötung positiv bewertet würde. Folgerichtig werden weitreichende Festlegungen in der Patientenverfügung für alle Phasen für zulässig erachtet. Ansprüche gegen Dritte lassen sich aus den Freiheitsrechten nicht herleiten, sodass die aktive Sterbehilfe und die Tötung auf Verlangen nicht unmittelbar zu legitimieren sind, wohl aber werden die Abgrenzungsfragen kritischer hinterfragt. Das allgemeine Tötungsstabus wird dabei nicht in Frage gestellt.

In der Diskussion wurde insgesamt deutlich, dass die öffentlichen Diskurse, an denen neben Medizinern, Juristen, Philosophen usw. auch Politiker, Kirchen und Verbände beteiligt sind, darum ringen, wie zu gewichten sein soll zwischen dem auf seine Selbstbestimmung pochenden Individuum und einer Gesellschaft, die für den Zusammenhalt aller – auch gegenüber Schwachen und Nichtautonomen – verantwortlich ist. Für manche gibt im Grenzbereich des Todes die liberale Entwicklung der bürgerlichen Gesellschaft seit der Aufklärung keine hinreichenden Antworten mehr, andere vertrauen hingegen gerade auf die Kraft der Verfassung in der Tradition dieser Aufklärung.

Konzepte von Selbstbestimmung konfliktieren mit solchen von Paternalismus und Bevormundung, das Verhältnis ist in diesem existentiellen Bereich von Leben und Tod besonders prekär; kluge Verfahrensregeln helfen am ehesten, die Konflikte abzumildern.

ReferentInnen, AutorInnen, Tagungs- und Diskussionsleitung

Ulrike Baureithel

Journalistin, FREITAG, Die Ost-West-Wochenzeitung, Berlin

Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner

Hamburg

Prof. Dr. Ulrich Eibach

Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Erika Feyerabend

Bioskop e.V., Essen

Gerda Graf

Geschäftsführerin der Altenwohnanlage Sophienhof in Niederzier und ehrenamtliche Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V., Niederzier

Prof. Dr. Henk Jochemsen

Direktor des Prof. Dr. G.A. Lindeboom Institute, Zentrum für medizinische Ethik, Ede; Universitätsprofessor auf dem Lindeboomlehrstuhl für medizinische Ethik, Freie Universität medizinisches Zentrum (Vumc), Amsterdam

Peter König

Friedrich-Ebert-Stiftung, Leiter des Gesprächskreises Sozialpolitik, Abteilung Arbeit und Sozialpolitik, Bonn

Ulla Lessmann

Freie Journalistin, Köln

Dr. Ursula Mehrländer

Friedrich-Ebert-Stiftung, Leiterin der Abteilung Arbeit und Sozialpolitik, Bonn/Berlin

Prof. Dr. Christof Müller-Busch

Universität Witten/Herdecke; Abt. für Anästhesiologie, Palliativmedizin und Schmerztherapie am Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Berlin

Prof. Dr. Theo R. Payk

Bonn

Dr. Kurt F. Schobert

Geschäftsführer, Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e.V., Augsburg

Prof. Dr. Bernd Seeberger, Gerontologe

Professur für Angewandte Gerontologie Nürnberg, Co-Leitung des Institut für Gerontologie und Ethik, Neuendettelsau

Prof. Dr. Wolfgang van den Daele

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)

Kristiane Weber-Hassemer

Vorsitzende des Nationalen Ethikrates, Berlin

Veröffentlichungen

Ausgewählte Veröffentlichungen der Abteilung Arbeit und Sozialpolitik

Gesundheitsreform in Deutschland. Sind Elemente aus anderen Ländern Europas übertragbar auf unsere Reform?, Tagungsdokumentation, Juni 2003

Prävention und Gesundheitsförderung stärken und ausbauen, Diskussionspapier, Dezember 2003

Bürgerversicherung versus Kopfpauschale, Dezember 2003

Überlegungen zur deutschen Alterssicherungsreform vor dem europäischen Hintergrund (Prof. Dr. Döring), Juni 2004

Mut zur Veränderung. Innovation und Chancengleichheit durch eine integrierte Bildungs-, Gesundheits- und Familienpolitik (Boos-Nünning/Lauterbach/Rudolph/Weisskirchen), Diskussionspapier, Juni 2004

Sozialpolitische Flankierung einer verlängerten Erwerbsphase, Dezember 2004

Rechtsfragen einer solidarischen Bürgerversicherung (Dr. Bernd Schulte), Mai 2005

Das Europäische Sozialmodell im 21. Jahrhundert, Diskussionspapier, Mai 2005

Diese Publikationen sind leider vergriffen. Sie können diese aber über die Digitale Bibliothek der Friedrich-Ebert-Stiftung online herunterladen: www.fes.de, Bibliothek, Volltexte

Veröffentlichungen des Gesprächskreises Sozialpolitik

Sterben in Würde. Ethische, medizinische und rechtliche Herausforderungen, Tagungsdokumentation, 2006

Sozialer Ausgleich in den alten und neuen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, Tagungsdokumentation, 2006

Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik, Diskussionspapier, Mai 2006

Humane Sterbebegleitung versus aktive Sterbehilfe, Tagungsdokumentation, 2006, nur online verfügbar

Die Publikationen des Gesprächskreises Sozialpolitik sind kostenlos zu beziehen bei:

Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Arbeit und Sozialpolitik, 53170 Bonn, FAX: 0228 883-398

Zusätzlich können Sie diese Publikationen auch über die Digitale Bibliothek der Friedrich-Ebert-Stiftung online herunterladen: www.fes.de, Bibliothek, Volltexte

www.fes.de/aspol

