

Sudetendeutsche Akademie der Wissenschaften und Künste  
Kulturforum im Sudetendeutschen Haus in München  
Vortrag am 26. August 2008

Prof. Dr. Heinrich F.K. Männl  
**Sterbehilfe aus ärztlicher Sicht**

Sehr geehrter Herr Präsident, meine sehr verehrten Damen, meine sehr geehrten Herren!

Das Thema Sterbehilfe hat große Aktualität erlangt und wird oft sehr emotional diskutiert. Dies ist nicht erstaunlich, weil ethische, religiöse, juristische und nicht zuletzt ärztliche Aspekte häufig diametral aufeinander stoßen.

Ich möchte mich nicht in Spekulationen über die Frage verlieren, wodurch das gesteigerte Interesse an der Sterbehilfe bedingt ist. Die demografische Entwicklung unserer Bevölkerung mit der Zunahme altersbedingter schwerer, bösartiger Erkrankungen mit häufig langem Leidensweg mag hierzu beigetragen haben. Das zunehmende Bewusstsein über das Selbstbestimmungsrecht des Individuums – wiederholt höchstrichterlich gestützt – ist ein weiterer wichtiger Grund.

Der Begriff „Sterbehilfe“ ist unpräzise, weil er sich auf verschiedene Sachverhalte beziehen kann. Im herkömmlichen Sinne versteht man unter „Sterbehilfe“ eine „Hilfe beim Sterben“, das heißt eine Sterbebegleitung. Damit sind alle Erleichterungen für den Sterbenden gemeint, von der persönlichen Zuwendung über die Schmerzlinderung bis zur Unterlassung von Maßnahmen, die den Sterbevorgang künstlich prolongieren. Hierfür werden die Termini „passive und indirekte Sterbehilfe“ benutzt. Ich werde darauf zurückkommen.

Bei der „direkten Sterbehilfe“ hingegen handelt es sich nicht um eine „Hilfe beim Sterben“, sondern um eine „Hilfe zum Sterben“. Gemeint ist die Hilfe bei der Selbsttötung eines Menschen durch eine zweite Person. Dieser Sterbehelfer stellt das tödliche Agens zur Verfügung, das der Selbstmörder dann einnimmt oder der Sterbehelfer verabreicht es direkt, beispielsweise durch eine Infusion. Es handelt sich somit bei der aktiven Sterbehilfe um Euthanasie, allerdings mit Einwilligung des zu Tötenden.

Ich möchte bei der Erörterung der verschiedenen Formen der Sterbehilfe so vorgehen, dass ich pragmatisch anhand von kasuistischen Beispielen versuchen werde, zu einer Definition zu gelangen. Es empfiehlt sich mit der passiven Sterbehilfe zu beginnen. Da es sich hierbei – wie bereits ausgeführt – um eine „Hilfe beim Sterben“ handelt, setzt dies voraus, dass sich der Sterbevorgang bereits vollzieht. Dies darf nicht verwechselt werden mit der palliativ-medizinischen Versorgung bei unheilbar zum Tode führenden Erkrankungen, das heißt mit der krankheitsmildernden, die Symptome lindernden Behandlung ohne Anspruch auf definitive Heilung.

Meine Damen und Herren, die passive Sterbehilfe wird auch als „Sterbehilfe durch Sterbenlassen“ bezeichnet. Sie ist gekennzeichnet durch einen Behandlungsverzicht oder auch Behandlungsabbruch, besser bezeichnet als Änderung des Behandlungsziels.

Hierzu einige kasuistische Beispiele:

Als junger Assistent erlebte ich, wie der Direktor einer Universitätsklinik einen Oberarzt rügte, weil dieser bei einer Patientin, die an einem inoperablen Schilddrüsenkrebs litt, bei einem Erstickenanfall einen Luftröhrenschnitt, eine so genannte Tracheotomie, ausführte und dadurch den Sterbevorgang unterbrach. Dies sei eine nicht zu vertretende Leidensverlängerung und wurde als unärztliche inhumane Maßnahme verurteilt. Bei adäquater medikamentöser Dämpfung hätte die Patientin in Ruhe versterben können. Nach der Tracheotomie lebte sie zwar noch kurze Zeit, verstarb aber an einer massiven Blutung durch Einbruch der Krebsgeschwulst in die Luftröhre. Das Erlebnis liegt mehr als 30 Jahre zurück. Mein damaliger Chef hatte nichts anderes als „passive Sterbehilfe“ gefordert, freilich ohne diesen Begriff zu kennen oder gar die juristische Bewertung dieses Vorgangs zu berücksichtigen. Seine Beurteilung war allein von seinem ärztlichen Gewissen bestimmt.

Ein Beispiel aus jüngerer Vergangenheit betrifft einen Patienten mit einer Krebserkrankung im terminalen Stadium nach mehreren palliativen Operationen. Ein Herzstillstand wurde nicht einer Reanimation zugeführt, sondern der Tod des Patienten wurde durch Behandlungsverzicht in Kauf genommen. Diese Entscheidung war vergleichsweise einfach, weil der einsichtsfähige Patient wiederholt geäußert hatte, dass bei ihm in Zukunft keine lebenserhaltenden Maßnahmen durchgeführt werden sollten. Die Straflosigkeit der einverständlichen passiven Sterbehilfe folgt aus dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Der Wille des Patienten legitimiert jedoch nicht nur den ärztlichen Behandlungsverzicht, sondern er gebietet ihn auch. Der sich über den Nichtbehandlungswunsch des moribunden Patienten hinwegsetzende Arzt könnte sich wegen Körperverletzung strafbar machen. Bislang ist allerdings ein Arzt aus diesem Grunde nicht strafrechtlich belangt worden.

Vielen Ärzten, durch traditionellen Paternalismus geleitet, fällt es schwer, den eingetretenen Paradigmenwechsel zu akzeptieren. Oberster Grundsatz ärztlichen Handelns war seit Hippokrates das Wohlergehen des Patienten anzustreben: „Salus aegroti suprema lex“. Heute ist der oberste Grundsatz, den Willen des Patienten zu respektieren. Einzelne mögen in einer überzogenen Autonomie des Individuums hedonistische Züge erkennen, dennoch gehört die autonome Selbstbestimmung heute zu den wesentlichen Elementen der Menschenwürde.

Problematisch ist die passive Sterbehilfe beim bewusstlosen Patienten. Der Bundesgerichtshof hält einen Behandlungsabbruch grundsätzlich für möglich, sofern sich ein dahingehender Wille des Patienten feststellen lässt und hat anerkannt, dass passive Sterbehilfe nicht nur durch das Unterlassen von lebenserhaltenden Maßnahmen geleistet werden kann, sondern auch durch Abbruch einer zunächst eingeleiteten Behandlung, beispielsweise durch Einstellen einer apparativen Beatmung auf der Intensivstation. Der mutmaßliche Wille des bewusstlosen Patienten hat für die Therapieentscheidung des Arztes das gleiche Gewicht wie ein ausdrücklich geäußertes Wunsch des entscheidungsfähigen Patienten. Beim bewusstlosen Patienten sind nicht die Vorstellungen von Angehörigen oder Ärzten über den Sinn und die Berechtigung einer Weiterbehandlung ausschlaggebend. Es ist allein so zu verfahren, wie der Patient, könnte er noch befragt werden, entschieden hätte.

Eine besondere Problematik ergibt sich, wenn sich auch bei sorgfältiger Nachforschung keine Anhaltspunkte für die Ermittlung des Patientenwillens finden lassen. Die mit der passiven Sterbehilfe am häufigsten konfrontierten Krankenhausärzte sind im Regelfall mit den persönlichen Verhältnissen und den Wertvorstellungen ihrer Patienten nicht vertraut. Von den unter Zeitmangel leidenden Klinikärzten eine aufwendige Willensermittlung unter Heranziehung aller maßgeblichen Anhaltspunkte zu verlangen, wäre kaum zumutbar und wirklichkeitsfremd. Zur umfassenden Erforschung des mutmaßlichen Patientenwillens sollte in diesen Fällen das vormundschaftliche Genehmigungsverfahren genutzt werden. Bei dauerhaft entscheidungsunfähigen Patienten, beispielsweise beim Wachkoma, dem apallischen Syndrom, ist dem Arzt zu empfehlen, die Bestellung eines Betreuers anzuregen und einen beabsichtigten Behandlungsabbruch nur nach vorheriger Genehmigung des Vormundschaftsgerichts durchzuführen.

Bei einwilligungsunfähigen Patienten können Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung für den Arzt hilfreich sein. Die in einer Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachte Ablehnung einer Behandlung sollte vom Arzt beachtet werden, sofern die konkrete Situation derjenigen entspricht, die der Patient in der Verfügung beschrieben hat und keine Anhaltspunkte für eine nachträgliche Willensänderung erkennbar sind. Die nachträgliche Willensänderung stellt in der Tat ein wesentliches Problem dar. US-amerikanische Studien kamen zu dem Ergebnis, dass sich der Patientenwunsch zu sterben innerhalb kürzester Zeit ändern kann. Der erfahrene Palliativmediziner Eberhard Klaschik stellt fest, die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen solle nicht zu hoch angesetzt werden.

Die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages hat bereits 2004 die Gültigkeit von Patientenverfügungen eingeschränkt. Danach sollen schriftlich vom Patienten dargelegte Willensbekundungen nur dann gelten, wenn seine Erkrankung irreversibel ist und nach ärztlicher Erkenntnis trotz medizinischer Behandlung sicher zum Tode führt. Verfügungen von Wachkoma- oder Demenzpatienten haben nach Ansicht der Enquete-Kommission keine Gültigkeit, sofern nicht noch eine andere zum Tode führende Erkrankung vorliegt. Damit soll verhindert werden, dass Behandlungen aus Kostengründen oder durch sozialen Druck abgebrochen werden. Bei Diskrepanzen in der Auslegung einer Patientenverfügung zwischen Angehörigen, Pflegenden und Ärzten sollte unbedingt das Vormundschaftsgericht angerufen werden. Weder der Arzt noch die Pflegekraft können gezwungen werden, gegen die eigene Überzeugung dem Willen des Patienten zu entspre-

chen. Ein Arzt kann die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen ablehnen, wenn er dies mit seinem Gewissen nicht vereinbaren kann.

Das Oberlandesgericht München hat bereits 2002 ausgeführt, dass ein Arzt, der in dem Bemühen, Kranke zu heilen, die Behandlung eines Menschen in Kenntnis einer Patientenverfügung übernehme, damit nicht zu einem willenlosen Spielball dieser Verfügung bar jeden Gewissens werde. Auch eine gültige Patientenverfügung setzt damit keinen Automatismus auf Behandlungsverzicht in Kraft. Ich habe übrigens keine Patientenverfügung und werde nie eine haben, da ich der Überzeugung bin, dass meine Ärzte das Richtige tun werden. Dies ist die mir gemäße Art der Selbstbestimmung.

Bei der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens empfiehlt der Bundesgerichtshof frühere Äußerungen des Betroffenen heranzuziehen. Dies eröffne jedoch nach Meinung des Strafrechtlers Gunnar Duttge breiten Raum für eine „verschleierte Fremdbestimmung“. Für eine wirksame Patientenverfügung forderte er daher formelle und verfahrensmäßige Sicherungen. Damit solle gewährleistet werden, dass eine einmal geäußerte Erklärung als aktuell gültige Bestimmung dessen verstanden werden kann, was an lebensverlängernden Maßnahmen abgelehnt wird.

Erfolgt die Therapiebegrenzung im Rahmen der passiven Sterbehilfe nicht durch bloße Untätigkeit, zum Beispiel durch Verzicht auf Intensivtherapie, sondern durch Aktivität im phänotypischen Sinne, zum Beispiel Abstellen eines Beatmungsgerätes, könnte die Meinung aufkommen, es handele sich hierbei um die strafrechtlich verbotene aktive Sterbehilfe. Eine lediglich an der äußeren Verhaltensform anknüpfende Kategorisierung wird einer normativen Betrachtungsweise jedoch nicht gerecht. Um im Beispiel zu bleiben: Die Abschaltung des Beatmungsgerätes macht die Konsequenz der Therapiebegrenzung besonders deutlich, doch trifft die ursächliche Entscheidung für den Eintritt des Todes des Patienten auch derjenige, der die Beatmungsmaschine erst gar nicht anschließt.

Es kommt mir darauf an, diesen Sachverhalt zu präzisieren. Man erlebt das Abschalten eines Beatmungsgerätes durch Betätigung eines Schalters als aktives Tun. Direkte Sterbehilfe ist es deshalb keineswegs, denn ohne Zweifel ist für die Bewertung der Handlung die Intention hierfür entscheidend. Die Beachtung des Handlungsmodus als alleinige Grundlage der moralischen oder rechtlichen Bewertung kann keine Gültigkeit haben. Wer ein Beatmungsgerät abstellt, handelt nach den Kriterien des Rechts im Sinne einer passiven Sterbehilfe, auch wenn er faktisch aktiv ist. Diese Überlegungen sollten nicht als juristische Spitzfindigkeit diffamiert werden.

Für die passive Sterbehilfe ist zu fordern, dass der Sterbevorgang begonnen haben muss oder zumindest der Tod in allernächster Zukunft erwartet wird. Um dies zu verdeutlichen eine weitere Kasuistik:

Ein Patient hat mehrere Absiedlungen von Krebsgeschwülsten in beiden Leberlappen und zusätzlich eine Peritonealkarzinose, das heißt eine Aussaat von Tumorzellen auf dem Bauchfell. Es liegt somit ein Endstadium einer Krebserkrankung vor. Es wird eine palliative Chemotherapie durchgeführt. Bei guter Lebensqualität überlebt der Patient überraschenderweise die Diagnosestellung um volle zwei Jahre. Hätte der Patient innerhalb dieser Zeit einen Herzinfarkt erlitten, hätte maximale kardiologisch-invasive Therapie erfolgen müssen. Ein Rückzug auf einen Therapieverzicht angesichts der malignen Grunderkrankung wäre als unterlassene Hilfeleistung einzustufen gewesen und nicht mit dem Begriff „passive Sterbehilfe“ zu charakterisieren.

Es kann in Abhängigkeit von der Grundkrankheit in seltenen Fällen sehr schwierig sein, irrtumsfrei festzustellen, ob der Sterbevorgang eingesetzt hat oder ob nicht nur eine transitorische, das heißt voll reversible Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten vorliegt. Im Zweifelsfalle muss hier von einer passiven Haltung abgesehen werden.

Moraltheologische Äußerungen liegen zur Sterbehilfe-Problematik vor. Im Katechismus der Katholischen Kirche ist nachzulesen:

„Die Moral verlangt keine Therapie um jeden Preis. Außerordentliche oder zum erhofften Ergebnis in keinem Verhältnis stehende aufwendige und gefährliche medizinische Verfahren einzustellen, kann berechtigt sein. Man will dadurch den Tod nicht herbeiführen, sondern nimmt nur hin, ihn nicht verhindern zu können.“ (Ende des Zitats)

Der frühere Verfassungsrichter Paul Kirchhof führte 2005 aus, dass der rechtliche Schutz des Lebens auch im Falle schwerster Erkrankung nicht zurückgenommen sei. Allerdings sei der Arzt auch nicht zu einem Eingriff verpflichtet, wenn dessen Folgen im Vergleich zum natürlichen Verlauf für den Patien-

ten unzumutbar seien, weil die Dauer des restlichen Lebens mit erheblichen Behinderungen und Schmerzen verbunden wäre.

Papst Johannes Paul II hat vor Gastroenterologen ausgeführt:

„Die Komplexität des Menschen fordert bei der Verabreichung der notwendigen Heilmethoden, dass man nicht nur den Körper berücksichtigt, sondern auch seinen Geist. Es wäre anmaßend, allein auf die Technik zu setzen. Und in dieser Sicht würde sich eine Intensivmedizin um jeden Preis bis zum Letzten schließlich nur als unnützlich erweisen. Sie würde auch nicht völlig den Kranken respektieren, der nun an seinem Ende angelangt ist. Der Begriff der Gesundheit, dem christlichen Glauben wichtig, steht im Widerspruch zu einer Philosophie, die sich auf ein psychisch-physisches Gleichgewicht reduziert. Diese Sicht verdunkelt die geistige Dimension der Person.“ (Ende des Zitats).

Meine Damen und Herren, ich möchte nun die indirekte Sterbehilfe abhandeln. Sie wird auch als „echte Sterbehilfe“ bezeichnet. Sie besteht keineswegs nur in der Medikation analgetischer und sedierender Pharmaka, sondern beinhaltet zunächst die personale Zuwendung derjenigen, die den Sterbenden betreuen. Dabei ist vorrangig, dass der Sterbende nicht abgeschoben und allein gelassen wird. Ich habe noch vor 40 Jahren erlebt, dass Sterbende aus dem Mehrbettpatientenzimmer entfernt wurden, um die anderen Patienten nicht zu ängstigen und in einen gekachelten Nebenraum gebracht wurden. Dort konnten dann auch die Angehörigen Abschied nehmen.

Meine Damen und Herren, eine solche Verfahrensweise verletzt die Menschenwürde. Glücklicherweise gehören solche Szenarien der Vergangenheit an. Die Pflege des Kranken schließt den Sterbevorgang ein und ist nicht mit dem Einstellen kurativer Maßnahmen beendet. Die indirekte Sterbehilfe ist zulässig bei einer ausdrücklich erklärten oder mutmaßlichen Einwilligung des Patienten in die entsprechenden Behandlungsmethoden, auch dann, wenn ein solches Vorgehen das Ableben als unbeabsichtigte Nebenfolge beschleunigt.

Ausdrücklich hat der Bundesgerichtshof festgestellt:

„Eine ärztlich gebotene schmerzlindernde Medikation entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen wird bei einem Sterbenden nicht dadurch unzulässig, dass sie als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene unvermeidbare Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann.“ (Ende des Zitats)

Im Katechismus wird festgehalten:

„Schmerzlindernde Mittel zu verwenden, um die Leiden des Sterbenden zu erleichtern selbst auf die Gefahr hin, sein Leben abzukürzen, kann sittlich der Menschenwürde entsprechen, falls der Tod weder als Ziel noch als Mittel gewollt, sondern bloß als unvermeidbar vorausgesehen und in Kauf genommen wird.“ (Ende des Zitats).

Die negative Auswirkung hoch dosierter Analgetika wird oft übertrieben. Ein lebensverkürzender Effekt ist allenfalls bei einer gleichzeitigen Gabe von Analgetika und Sedativa zu diskutieren.

Der Einsatz von Analgetika und Sedativa bei der indirekten Sterbehilfe ist jedoch nur in therapeutischer Dosierung statthaft unter Beachtung der höchstzulässigen Einzeldosen und der Tageshöchstdosis. Aufmerksamkeit erregte die Verhaftung einer Hannoveraner Internistin wegen Verdachts auf Totschlag von acht Patienten durch zu hohe Gaben von Valium und Morphin. Überschreitet ein Arzt absichtlich die letale Dosis eines Betäubungsmittels, so kann er sich nicht auf „indirekte Sterbehilfe“ berufen. Die juristische Bewertung des Tötungstatbestandes wird sich dann aus den Einzelheiten des Tathergangs ergeben. Strafrechtliche Konsequenzen sind unabwendbar.

Meine Damen und Herren, ich komme jetzt zu dem schwierigen Thema der „direkten Sterbehilfe“. Hierbei muss sich der Sterbevorgang keineswegs bereits vollziehen. Da bei der direkten Sterbehilfe der Tod herbeigeführt wird durch die Verabreichung von Gift oder eines Pharmakons in letaler Dosierung, kann man auch von „aktiver Euthanasie“ sprechen.

Zwei Formen direkter Sterbehilfe müssen unterschieden werden. Zum einen handelt es sich um Selbstmord, das heißt der Sterbewillige tötet sich selbst. Er ist, wie die Juristen sagen, der „Herr des Verfahrens“. Der Sterbehelfer beschafft das tödliche Agens und stellt es dem Suizidenten zur Verfügung, der es dann einnimmt. Diese Hilfe zur Selbsttötung bleibt in Deutschland straffrei. Bereits 1987 hat das Oberlandesgericht München entschieden, dass sich ein Arzt nicht strafbar mache, wenn er ei-

nem unheilbar erkrankten, zum Selbstmord entschlossenen Patienten auf dessen Verlangen ein zur Selbsttötung geeignetes Mittel zur Verfügung stelle.

Unabhängig von dieser strafrechtlichen Bewertung hat die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften festgehalten, dass Beihilfe zum Suizid kein Teil der ärztlichen Tätigkeit sei. Ohnehin entspricht die Bereitstellung von Gift für einen Selbstmörder nicht dem ärztlichen Berufsethos. Im Hippokratischen Eid, der nach wie vor eine Selbstverpflichtung der Ärzte gegenüber ihren Kranken darstellt, heißt es wörtlich:

„Auch werde ich niemandem ein tödliches Mittel geben, auch nicht wenn ich darum gebeten werde, und ich werde auch niemanden dabei beraten ...“ (Ende des Zitats).

Seit der Antike ist der Arzt im Hippokratischen Eid dem Leben verpflichtet.

Es kann nicht angehen, dass ein eindeutig formulierter berufsethischer Grundsatz nur deshalb unterlaufen wird, weil die Beihilfe zum Selbstmord nicht strafbewehrt ist. Auch beim straffreien assistierten Suizid ist zu beachten, dass der Suizident frei und eigenverantwortlich entscheiden konnte. Bereits der Verdacht auf eine psychische Erkrankung, etwa in Form einer Depression, wird diese Voraussetzung in Frage stellen. Wie sollte ein medizinischer Laie, der einem Suizidenten das Gift reicht, eine psychisch relevante Erkrankung ausschließen können? Die Frage nach der frei verantwortlichen Entscheidung des Suizidenten orientiert sich an der sog. Einwilligungstheorie. Entscheidend sind daher die natürliche Einsichtsfähigkeit des Lebensmüden, sein Urteils- und Hemmungsvermögen, die Ernstlichkeit seiner Entscheidung, die Mangelfreiheit seines Willens und das Erkennen der Tragweite seines Entschlusses.

Meine Damen und Herren, Sie sehen, dass für den Sterbehelfer beim Selbstmord eine Reihe von Problemen bestehen. Beim Fehlen der eigenverantwortlichen Selbsttötung können für den Sterbehelfer strafbare Tatbestände vorliegen. Ich nenne nur Fremdtötung in mittelbarer Täterschaft, wie die Juristen sagen, die darunter Zwang oder Täuschung oder Missbrauch eines Abhängigkeitsverhältnisses verstehen.

Wenn der Sterbehelfer nur das Gift zur Verfügung stellt, der Suizident es aber selbst ohne Fremdhilfe einnimmt, so hat er die Tatherrschaft und es liegt somit die straffreie Beihilfe zum Selbstmord vor. Wenn aber der Suizident nicht in der Lage ist, etwa aufgrund seiner Erkrankung oder Behinderung, das Gift selbst einzunehmen, sondern der Sterbehelfer es ihm einflößen muss, so liegt ein Wechsel der Tatherrschaft vor und es kann die strafbewehrte Tötung auf Verlangen nach § 216 angenommen werden. Die näheren Tatumstände werden dann für die rechtliche Bewertung entscheidend sein.

Meine Damen und Herren, die Straffreiheit der Beihilfe zum Selbstmord resultiert aus der Tatsache, dass auch der Selbstmord straffrei ist. Dies war keineswegs immer so. Gestatten Sie mir daher einige Bemerkungen zur Kulturgeschichte des Selbstmordes, wobei ich um Nachsicht bitte, wenn dies aus Zeitgründen nur cursorisch geschehen kann.

Der Begriff „Selbstmord“ stammt wahrscheinlich aus dem 16. Jahrhundert und geht auf eine Wortwahl Martin Luthers zurück. Hier wird die Tat schon im Begriff als Mord gewertet. Dies ist natürlich nicht zutreffend, weil die für den Mord notwendigen niederen Beweggründe fehlen. Das Fremdwort „Suizid“, abgeleitet von dem lateinischen „sui caedere“ (sich töten) trifft den Sachverhalt korrekt. Eingedeutscht kann man dann von „Selbsttötung“ sprechen. Dennoch hat sich im allgemeinen Sprachgebrauch das Wort „Selbstmord“ erhalten.

Die Bewertung des Selbstmordes in der Antike war geprägt durch die griechisch-römische Philosophenschule der „Stoa“. Sie lehrte ein Lebensgefühl des Gleichmuts. Ein gutes Leben sei nicht unbedingt ein langes Leben. Wer unter Krankheit, Schmerzen, Armut, Hunger oder unter der Herrschaft eines Tyrannen leide, solle lieber freiwillig aus dem Leben scheiden. Ich nenne als Beispiel für diese Auffassung Seneca, der sich im Bad die Pulsadern aufschnitt. Hegesias befürwortete den Selbstmord so nachdrücklich, dass man ihn „Peisithanatos“, der „zum Tod Überredende“ nannte. Der Selbstmord war im Altertum nicht anstößig. Nachweislich gab es eine größere Zahl von Menschen die freiwillig aus Lebensüberdruß „taedio vitae“ ihrer irdischen Existenz ein Ende setzten.

Im frühen Christentum war die Haltung zum Selbstmord indifferent. Ende des 4. Jahrhunderts stellte jedoch der nordafrikanische Bischof Augustin, kein anderer als der spätere Hl. Augustinus, diejenigen, die sich selbst das Leben nehmen, auf eine Stufe mit Mördern, denen ewige Verdammnis drohte. Diese Einschätzung bestimmte fortan die Kirchengeschichte. Auch heute gilt, aus religiöser Sicht, dass

wir nur Verwalter, nicht Eigentümer des Lebens seien, das Gott uns anvertraut habe und dass wir darüber nicht verfügen dürften. Der Selbstmord stelle eine schwere Verfehlung dar. Auch die freiwillige Beihilfe zum Selbstmord verstoße gegen das sittliche Gesetz. Unbeschadet der heutigen Straffreiheit des Selbstmordes und der Beihilfe zum Selbstmord ist es daher für einen gläubigen Christen, der voll entscheidungsfähig ist, nicht statthaft sich zu töten. Seit dem Mittelalter waren daher für den Selbstmörder eine Totenmesse und eine kirchliche Beerdigung untersagt. Es erfolgte ein so genanntes „E-selsbegräbnis“, d.h. der Tote wurde wie ein verendetes Tier – eben wie ein Esel – verscharrt. Ich erinnere mich noch gut, dass in meiner Kindheit Selbstmörder nicht kirchlich bestattet wurden. Erst in neuerer Zeit, 1983, hat die katholische Kirche verkündet, dass man wohl die Tat verurteile, nicht aber den Selbstmörder. Diese Entscheidung bleibe Gott überlassen. Im Codex Juris Canonici wurde nun die Beerdigung von Selbstmördern auch offiziell zugelassen und sogar empfohlen.

Meine Damen und Herren, wie sah es nun mit der juristischen Bewertung des Selbstmörders aus? Im Mittelalter wurde die kirchliche Ächtung des Selbstmordes von der weltlichen Obrigkeit voll übernommen. Der tote Selbstmörder wurde wie ein Krimineller einem regulären Gerichtsverfahren unterzogen und zum „nochmaligen“ Tod am Strang verurteilt. Die Leiche wurde ausgepeitscht, durch die Straßen geschleift und dann aufgehängt. Das Vermögen des Selbstmörders wurde konfisziert und sein Haus zerstört. Die Angehörigen traf die öffentliche Schande besonders hart. Seit dem 16. Jahrhundert wurde die postmortale Hinrichtung nicht mehr vollzogen. In England und Schottland war es allerdings bis 1824 dem Friedensrichter freigestellt, ob er den Leichnam mit einem Pfahl durchbohren und von einem Pferd zu einer als Begräbnisstätte geeigneten Stelle außerhalb des bewohnten Ortes schleifen lassen wollte. Die peinliche Gerichtsordnung Karls V. von 1532 sanktionierte Selbstmord mit unehrlichem Begräbnis und Vermögenskonfiskation. Auch in der Josephina von 1787 wurde dies verlangt. Die Abolitionsbewegung setzte Mitte des 18. Jahrhunderts ein, in Preußen seit 1751. Das Strafgesetzbuch von 1871 sieht seit Beginn seiner Geltung keine Strafbarkeit des Selbstmordversuches mehr vor. Mit Beginn des 19. Jahrhunderts setzt sich in Deutschland die strafrechtliche Indifferenz des Selbstmords allgemein durch, in Bayern seit 1813. Das war nicht generell so. In Großbritannien war der Suizid bis 1961 eine Straftat.

Meine Damen und Herren, lassen Sie mich nach diesem historischen Ausflug zum Thema Selbstmord zu den rezenten Problemen der Sterbehilfe zurückkehren.

Wie ich bereits ausführte, müssen wir von der Beihilfe zum Selbstmord die aktive Euthanasie unterscheiden. Hierbei wird das Gift durch den Sterbehelfer verabreicht. Es ist zu beachten: Der strafrechtliche Lebensschutz dauert bis zum Tode. Die aktive Sterbehilfe ist daher widerrechtlich und strafbar. Bereits 1998 stellte die Bundesärztekammer fest:  
 „Aktive Sterbehilfe ist unzulässig und mit Strafe bedroht, auch dann, wenn sie auf Verlangen des Patienten geschieht. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.“ (Ende des Zitats).

Auch in der 2004 publizierten Neufassung der Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung wiederholt die Bundesärztekammer ihre Ablehnung der aktiven Sterbehilfe. Wörtlich wird ausgeführt:  
 „Eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen sollen, ist als aktive Sterbehilfe unzulässig und mit Strafe bedroht.“ (Ende des Zitats)

Im § 216 des Strafgesetzbuches ist für diese „Tötung auf Verlangen“ eine Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren vorgesehen.

Der Weltärztebund in Genf hat 1948 die ärztlichen Berufspflichten wie folgt formuliert:  
 „Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein. Ich werde jedem Menschleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden.“ (Ende des Zitats)

Die Kriterien der so genannten „End of life decision“ orientieren sich an den hippokratischen Prinzipien, der Human Right Declaration von 1948, der Helsinki-Deklaration von 1964 und an der Universal Declaration on Bioethics and Human Rights von 2005. Danach darf eine Entscheidung über die Beendigung menschlichen Lebens durch keinen Arzt getroffen und von keinem Arzt durchgeführt werden.

Von einer aktiven Sterbehilfe, von der Mitwirkung bei der Tötung eines Menschen, mag er auch todkrank sein und den Tod wünschen, ist nirgendwo die Rede. Euthanasie ist daher mit dem ärztlichen

Berufsethos unvereinbar. Aktive Sterbehilfe pervertiert das Selbstverständnis des Arztes. Der Lebensschutz darf nicht der Selbstbestimmung untergeordnet werden. Wenn das Prinzip der Unverbrüchlichkeit des Lebensschutzes durchbrochen wird, sind unabsehbare Folgen zu erwarten. Die Verabsolutierung der Autonomie, die nicht mehr die komplexen motivationalen und interaktionellen Zusammenhänge und den sozialen Kontext beachtet, wird zur Schutzlosigkeit von Kranken und zum gesellschaftlichen Chaos führen.

Zunehmend regt sich Kritik an der inflationär benutzten Autonomievokabel. Der Selbstbestimmungsgedanke lebt von dem Bild eines freien Subjekts, das in der Lage ist die Handlungsalternativen rational gegeneinander abzuwägen.

Meine Damen und Herren, Ihnen wird man – so wie Sie hier sitzen – eine Autonomie der Person zubilligen dürfen. Aber wie verhält es sich mit dem Sterbeentschluss des Schwerkranken? Ist er wirklich selbstbestimmt? Der Kranke in der Endphase seines Lebens kennt die Diagnose und seine ausweglose Situation, die er als autobiografische Katastrophe begreift. Er hat den nahen Tod vor Augen. Von seiner Familie durch die stationäre Krankenhausbehandlung weitgehend getrennt, dem Tagesablauf durch die Klinikorganisation unterworfen, empfindet er seine Lage vielfach trotz des modernen Behandlungskomforts in der Klinik als Kasernierung. Hinzu kommt die Angst vor dem Tod. Beim Tumorpatienten bestehen zudem häufig starke Schmerzen, die Medikationen von Analgetika, meist Opiate, und Sedativa erforderlich machen, die naturgemäß nicht ohne Auswirkung auf die Psyche bleiben. Hinzu kommen Intoxikation durch die Stoffwechselprodukte des Tumors – erkennbar an Kachexie und Tumoranämie – und möglicherweise weitere Störungen des Intermediärstoffwechsels und des Elektrolythaushalts.

Meine Damen und Herren, glauben Sie wirklich, dass dieser Patient selbstbestimmt handelt, das heißt frei von exogenen Einflussgrößen, die ich soeben angedeutet habe. Die Situation eines Schwerkranken auf den Selbstbestimmungsgedanken zu projizieren, käme – wie es der Moralthologe Dietmar Mieth zutreffend bezeichnet – einer Verhöhnung des Betroffenen gleich. Ich glaube, dass die „am grünen Tisch der Gesunden erdachte Selbstbestimmungsrhetorik“ (Gerhard Pott) in der aufgezeigten Situation bestenfalls eine Fiktion ist, vielleicht auch nur ein Fetisch der Juristen. Mit der realen Situation des Sterbenskranken, so wie ich sie in mehr als dreißigjähriger Tätigkeit als Chirurg erlebt habe, hat sie wenig zu tun. Viele selbst ernannte Ethiker, die über die Sterbehilfe diskutieren, sahen noch nie einen Menschen sterben, geschweige denn, dass sie sich einer Sterbebegleitung aussetzten. Wenn der Selbstbestimmungsgedanke absolut gesetzt wird, stellt er – und hier ist Mieth zuzustimmen – nichts anderes dar, als einen neuartigen Fundamentalismus, weil er eine verkürzte Argumentation ist, die die Einsicht in andere Argumente und damit deren Integrierung verweigert.

Der Arzt muss den Todeswunsch des Patienten, der hinter der Forderung nach direkter Sterbehilfe steckt, ernst nehmen. Dies muss dazu führen, das Angebot der palliativen Therapie und der menschlichen Zuwendung unter Einschluss der Angehörigen und anderer Bezugspersonen zu optimieren und Möglichkeiten zu eröffnen, das verbleibende Leben noch erträglich und positiv zu gestalten. Ich komme auf die Notwendigkeit der Palliativmedizin zurück. Der Arzt darf jedoch nicht der Versuchung erliegen, seine Therapeutenrolle zu wechseln und zum Todeshelfer zu werden. Das tödliche Agens darf er nicht verabreichen.

Meine Damen und Herren, gestatten Sie mir einen Blick auf das benachbarte Ausland. Die aktive Sterbehilfepraxis ist in den Niederlanden, in Belgien und neuerdings auch in Luxemburg bereits legalisiert, in der Schweiz wird sie toleriert. Ein Sterbetourismus hat sich etabliert. Ludger Fittkau spricht von einem „Reisebüro für Lebensmüde“. Der belgische Politiker Hubert Chantraine hat seine Eindrücke geschildert, die er als Beteiligter einer Tötungshandlung hatte, als er einen Bekannten in eine Klinik nach Brüssel begleitete. Chantraine führt aus, es sei fast ein Vergnügen gewesen, so eine Situation erleben zu dürfen. Man habe noch auf dem Weg „Spaß gehabt, seriösen Spaß“.

In den Niederlanden billigte das Justizministerium einen entsprechenden Beschluß der Staatsanwaltschaften, dass auch bei M. Alzheimer und anderen Demenzformen aktive Sterbehilfe erfolgen kann. Vereinzelt haben die Gerichte mittlerweile die Tötung von dementen und depressiven Patienten für zulässig gehalten. Die Euthanasie wird in den Niederlanden nun auch bei Kindern betrieben. Bereits 2002 hat das Parlament ein Gesetz verabschiedet, das die Tötung von Jugendlichen zwischen dem 12. und 16. Lebensjahr gestattet, unter der Bedingung, dass die Eltern oder der Vormund dem Verlangen nach Tötung der an unheilbaren Krankheiten oder Schmerzen leidenden jungen Menschen zustimmen. Wie der L'Osservatore Romano berichtete, bestehe ein Protokoll zwischen der Universitäts-

klinik Groningen und den niederländischen Justizbehörden, das eine Vereinbarung zur Ausweitung der Möglichkeit zur Euthanasie bei Kindern unter zwölf Jahren bis ins Säuglingsalter enthalte.

Aus den Niederlanden häufen sich Nachrichten von der Ausdehnung der „freiwilligen“ zur „unfreiwilligen“ Tötung. Immer öfter tragen Patienten dort eine Verfügung in der Tasche, die dem Arzt – vorsichtshalber – das Töten untersagt. Bereits 2004 besaßen 11.000 Niederländer eine solche Verfügung, die als Credo Card bezeichnet wird. Wie eine Studie in den Niederlanden offenbarte, gebe es einen verbreiteten Missbrauch der Sterbehilfe.

In der Schweiz hat sich der Tötung der Patienten ein besonderer Verein angenommen mit dem Namen „Dignitas“. Allein 2006 sind mit Hilfe von Dignitas in Zürich 118 Deutsche, die dorthin gereist waren, gestorben. Dignitas unterhielt eigene Sterbewohnungen. Nach deren erzwungener Aufgabe wurde in Hotels und in Autos auf Parkplätzen Beihilfe zum Suizid geleistet. Das selbstbestimmte Sterben in der Schweiz kostet 6000 €. Unwidersprochen berichten französische Medien „Dignitas“ verkaufe für 300 € Selbstmord-Pakete. Die Rede von der „Sterbefabrik“ geht um (Jörg Altwegg).

Auf eine besondere aktuelle Entwicklung in der Sterbehilfepraxis hierzulande muss speziell eingegangen werden, weil sie die Ausuferungen aufzeigt. Der ehemalige Hamburger Justizsenator Dr. Roger Kusch gründete einen Verein „Dr. Roger Kusch Sterbehilfe“. Gestatten Sie mir einige Anmerkungen zur Person Dr. Kusch. Nach seiner Tätigkeit als Oberstaatsanwalt wurde er als Justizsenator der Freien und Hansestadt Hamburg berufen. Während seiner Amtszeit wollte er vergeblich das Jugendstrafrecht abschaffen. Bürgermeister Ole von Beust entließ ihn wegen einer Protokoll-Affäre. Daraufhin gründete er eine eigene Partei, die bei der Bürgerschaftswahl keinen Erfolg erzielte und von ihm deshalb aufgelöst wurde. Nun wandte sich Kusch verstärkt der Sterbehilfe zu. Diese Angaben zur Person schienen mir wichtig.

Bereits 2006 hatte Kusch einen Gesetzentwurf zur aktiven Euthanasie erfolglos vorgelegt. Zunächst erregte er Aufsehen durch die Konstruktion einer Selbsttötungsmaschine. Nach Legen einer Kanüle, wohl durch einen Arzt oder eine Krankenschwester, kann der Suizident mit dieser Selbsttötungsmaschine eine tödliche Dosis Kaliumchlorid und ein Sedativum in die Vene applizieren.

Besonderes Aufsehen erregte er jedoch durch seine Beihilfe zum Suizid bei einer 79jährigen Würzburgerin, die nicht schwer krank war und nicht unter Schmerzen litt. Die Dame hatte lediglich Angst davor, eines nahen Tages in ein Pflegeheim umziehen zu müssen. Die Selbsttötungsmaschine brachte Dr. Kusch hier nicht zum Einsatz. Er beschaffte das Sedativum Diazepam, das Malariamittel Chloroquin und einen Sirup zur Geschmackskorrektur. Diazepam und Chloroquin wurden so hoch dosiert, dass sie bei der alten Dame den Tod bewirkten. Die Umstände des Todes der Suizidentin hielt Dr. Kusch in Videoaufzeichnungen fest.

Meine Damen und Herren, ich habe das Verhalten des Dr. Kusch bewusst ausführlich geschildert, um Ihnen die ethische Dimension dieses Vorgangs zu demonstrieren und mögliche Entwicklungen für die Zukunft aufzuzeigen. Die Ablehnung der Medien und der Ärzteschaft war einhellig. Der Präsident der Ärztekammer Hamburg und Vizepräsident der Bundesärztekammer Dr. Frank Ulrich Montgomery sprach von einer „unerträglichen Selbstinszenierung“. Die Deutsche Hospizstiftung warf Kusch vor, er sei ein „politischer Amokläufer“, der „scheinbar aus tiefstem Narzissmus die Angst der Menschen vor Pflege missbraucht, nur um öffentlich Aufmerksamkeit auf seine Person zu lenken“. Hartwig Brand spricht von einer narzisstisch inszenierten Kampagne, die gewiss geschmacklos sei. Strafrechtlich ist der gelernte Jurist Kusch nicht zu fassen. Der Würzburger Leitende Oberstaatsanwalt sagte, es handle sich um einen normalen Suizid ohne rechtlich relevante Fremdbeteiligung. Kusch reichte der Sterbewilligen die tödlichen Agentien, ließ dann die Frau allein und entfernte sich aus der Wohnung, um sich nicht unterlassener Hilfeleistung schuldig zu machen.

Meine Damen und Herren, ich überlasse Ihnen die moralische Bewertung der Handlungsweise des Dr. Kusch. Ich meine, dass uns die Tatsache, dass dies in unserem Lande möglich war, nachdenklich machen sollte.

Der Präsident der Bundesärztekammer Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe hat im Zusammenhang mit dem belgischen Sterbehilfe-Gesetz von einer „ethischen Abwärtsspirale“ gesprochen. Er führte aus, wenn wir uns dieser Entwicklung nicht mit aller Macht entgegenstellten, würden wir wohl eines Tages dazu kommen, dass schwerkranke Menschen eine Genehmigung einholen müssten, um weiterleben zu

dürfen. Das Urteil des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte, dass es kein Grundrecht auf aktive Sterbehilfe gebe, begrüßte er als „Entscheidung für das Leben“.

Die beiden großen christlichen Kirchen in Deutschland, vertreten durch Kardinal Karl Lehmann und Bischof Wolfgang Huber, haben sich eindeutig gegen jegliche Form aktiver Sterbehilfe ausgesprochen. Eine Freigabe der aktiven Sterbehilfe käme einer „Bankrotterklärung der Menschlichkeit“ gleich. Auch die Kongregation für die Glaubenslehre, „Iura et bona“, Erklärung zur Euthanasie vom 05. Mai 1980, bezeichnet die Euthanasie als ein Verbrechen gegen das Leben und einen Anschlag gegen die Menschlichkeit. Die Enzyklika „Evangelium vitae“ Papst Johannes Pauls II stuft die Euthanasie als „schwere Verletzung des göttlichen Gesetzes“ ein.

Der vorgenannte Präsident der Bundesärztekammer stellte fest, der Patient habe ein Recht auf einen würdigen Tod, jedoch nicht darauf, getötet zu werden. Dennoch versuchen Juristen einen verfassungsrechtlichen Anspruch auf Sterbehilfe zu begründen. Die verfassungsrechtlichen Interessen auf Achtung der Menschenwürde und des freien Willens des Betroffenen seien schwerwiegender als die strafrechtlich sanktionierten Handlungsgebote. Ein Sterben in Verwirklichung des Selbstbestimmungsrechts habe verfassungsrechtlich, ethisch und moralisch einen höheren Rang als die angeblich lebensverlängernde Aufgabe des Arztes. Das Interesse des Patienten habe auch hiernach die einzige Richtschnur ärztlichen Handelns zu sein. Wenn der Patient sein Leben beenden wolle, habe der Arzt ihm dabei zu helfen.

Meine Damen und Herren, vor allem die zuletzt genannte Forderung nach obligater Hilfe zum Sterben durch den Arzt ist ungeheuerlich. Sie widerspricht dem Selbstverständnis des Arztes und stellt eine absolut inakzeptable wirklichkeitsfremde juristische Konstruktion dar.

Die Haltung der Bundesregierung zur aktiven Sterbehilfe ist eindeutig ablehnend und wie bereits aufgezeigt wurde, in völliger Übereinstimmung mit den ärztlichen Standesorganisationen und den christlichen Kirchen. Bereits 2004 stellte die Bundesjustizministerin Zypries klar, dass aktive Sterbehilfe verboten sei und verboten bleibe. Derzeit unterstützt das Bundeskanzleramt das Vorhaben, ein Gesetz zu verabschieden, das die gewerbsmäßige assistierte Selbsttötung verbietet. Der Rechts- und Gesundheitsausschuss des Bundesrates beabsichtigt die Neueinführung eines § 217 in das Strafgesetzbuch, der die „gewerbliche und organisierte Suizidbeihilfe“ ahnden soll.

Die SPD-Bundestagsfraktion unternahm einen Vorstoß zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe. Das war von heftigem Widerstand der CDU-CSU-Fraktion gefolgt. Dennoch ist es in einer weitgehend entkirchlichten, pluralistisch-säkularen Gesellschaft mit zahlreichen Atheisten und Agnostikern denkbar, dass es eines Tages gelingen könnte, die aktive Sterbehilfe, wie in einigen unserer Nachbarstaaten, zu legalisieren.

Bereits 2004 erbrachte eine Umfrage des Emnid-Instituts, dass 34 % der Bundesbürger die aktive Sterbehilfe befürworten. Das Institut für Demoskopie in Allensbach führte im Juli d. J. eine Umfrage bei Deutschen ab dem 16. Lebensjahr durch. Nun waren bereits 58 % der Befragten für aktive Sterbehilfe. Obwohl die christlichen Kirchen die aktive Sterbehilfe ablehnen, waren 56 % der Protestanten und 50 % der Katholiken dafür. Diese Ergebnisse sind auf den ersten Blick erschütternd. Allerdings müssen Umfragen dieser Art kritisch betrachtet werden. Es muss angezweifelt werden, ob alle Befragten wussten, was unter aktiver Sterbehilfe zu verstehen ist. Es wird vermutet, dass einige der Befragten nur zum Ausdruck bringen wollten, dass sie keine langwierige Intensivbehandlung bei unheilbarem Leiden wünschten.

Unsere Vergangenheit hat gezeigt, dass die Mitwirkung von Ärzten bei Tötungspraktiken herbeizuführen ist, wenn eine gesetzliche Grundlage besteht. Ohnehin muss die Frage aufgeworfen werden, woher die Sterbehelfer ihre rezeptpflichtigen Pharmaka beziehen, die sie dann in letaler Dosis verabreichen. Dies ist nur durch eine Verletzung des Arzneimittelgesetzes möglich.

In Belgien ist ein Präzedenzfall besonders empörend. Ein katholisches Krankenhaus in Flandern hat sich geweigert, Euthanasie zu betreiben. Daraufhin hat der zuständige Minister dem Krankenhaus mit dem Entzug der Zulassung gedroht. Seitdem gibt es in diesem Krankenhaus keinen Widerstand mehr. Selbst beim Vorliegen einer gesetzlichen Grundlage für aktive Sterbehilfe muss es dem Gewissen des Arztes überlassen bleiben, ob er sich an einer Tötungshandlung beteiligt.

In letzter Zeit greift eine besorgniserregende Diskussion um sich. Es geht um die finanziellen Auswirkungen der demografischen Entwicklung. Man fürchtet, dass die Solidargemeinschaft in einigen Jahrzehnten angesichts der Zunahme alter, kranker und pflegebedürftiger Menschen die Lasten hierfür nicht mehr tragen könne. Kardinal Karl Lehmann hat davor gewarnt, dass gesetzliche Regelungen und gesellschaftliche Konventionen, die einer aktiven Sterbehilfe den Weg ebnen, ein Irrweg seien. Alte, behinderte und sterbende Menschen würden damit unter einen enormen Druck gesetzt, der Gesellschaft nicht zur Last zu fallen und sich deren Forderungen zu beugen. Die französische Zeitschrift „Etudes“ hat darauf hingewiesen, dass aus dem „Recht auf Freitod“ in einer überalterten Gesellschaft eine „Pflicht zum Freitod“ werden könnte. Bischof Elio Sgreccia, Vizepräsident der Päpstlichen Akademie für das Leben, sieht die Möglichkeit eines heraufziehenden Sozialdarwinismus, dessen Absicht es sei, die Eliminierung der von Leiden und irgendwelchen Schäden betroffenen Menschen zu erleichtern.

Meine Damen und Herren, dies sind keine unrealistischen Visionen. Sie können in den Leserbriefen einer großen überregionalen Tageszeitung nachlesen, dass es zweifellos leichter fallen würde die Zwänge, die auf unsere Gesellschaft zukommen, zu beherrschen, wenn jegliche Sterbehilfe zu einem anerkannten Teil unseres Lebens würde. Man solle doch jenen, die keine Angst vor dem Freitod haben, die Möglichkeit zum Freitod geben. Immerhin hielt es die Redaktion der FAZ für angebracht, diese Leserbriefe zu publizieren.

Meine Damen und Herren, wenn einer hoch zivilisierten Industriegesellschaft, die für sich immer noch ein abendländisch-christliches Wertegefüge beansprucht, zur Beherrschung der Behandlungs- und Pflegekosten alter Menschen nichts anderes einfällt, als diesen Menschen den Selbstmord zu empfehlen, dann ist dies Gesellschaft moralisch am Ende. Kein Naturvolk hat es jemals fertig gebracht, seine Alten und Kranken in den Freitod zu treiben. Ohnehin ist die Angst vor einem Pflegenotstand weitgehend unbegründet. In der letzten Ausgabe der „Proceedings“ der amerikanischen Nationalen Akademie der Wissenschaften wiesen Mitarbeiter des Rostocker Max-Planck-Institutes für demografische Forschung und dänische Forscher darauf hin, dass der Anteil an sehr alten Menschen, die für sich selbst sorgen können, über die Zeit stabil bleibe. Von den Hundertjährigen wurde ein Drittel als selbständig befunden.

Meine Damen und Herren, der Ausweg aus der Krise der aktiven Sterbehilfe ist die Stärkung der Palliativmedizin. Viele Krebspatienten sind in ihrem Terminalstadium unzureichend ärztlich versorgt. Bei einem in Belgien durch Euthanasie getöteten Patienten, der unter heftigen Schmerzen gelitten hatte und deshalb den Tod wünschte, wurde posthum bekannt, dass er ein halbes Jahr lang vor seiner Tötung seinen Hausarzt nicht mehr gesehen hatte. Vermutlich hat er monatelang kein wirksames Schmerzmittel, zum Beispiel ein Morphinderivat, bekommen. Bei kompetenter Schmerztherapie hätte er wahrscheinlich keinen Todeswunsch artikuliert. Manche Hausärzte verfügen nicht einmal über Betäubungsmittelrezepte, die sie bei der Bundesopiumstelle in Berlin beantragen müssten. Sie sind daher nicht in der Lage, ihren Krebspatienten potente Schmerzmittel zu rezeptieren.

In einer aktuellen Untersuchung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin wird die Bedeutung der Palliativmedizin als mögliche Alternative in der Debatte zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe herausgestellt. Nur 1,6 % der Ärzte, die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin sind, befürworten eine gesetzliche Regelung der Euthanasie. Der Palliativmediziner Eberhard Klaschik stellte fest, dass der Unterschied zwischen der aktiven Sterbehilfe und der Palliativmedizin darin liege, dass nicht der Leidende, sondern die Symptome von Leid, Schmerz und Einsamkeit beseitigt würden.

Auch von politischer Seite ist die Bedeutung der Palliativmedizin erkannt worden. Der bayerische Landtagspräsident Alois Glück hat bei einer Veranstaltung des Nationalen Ethikrats ausgeführt, es sei unerträglich, dass viele Menschen unnötig leiden müssten und manche gerade deshalb die Flucht in die „aktive Sterbehilfe“ suchten. Deutschland sei in der Palliativmedizin nicht gerade in der Spitzengruppe. Es müssten bessere räumliche und personelle Möglichkeiten der Sterbebegleitung geschaffen werden.

Erfreulicherweise ist festzustellen, dass gerade in letzter Zeit zunehmend Lehrstühle für Palliativmedizin und entsprechende Krankenhausabteilungen geschaffen wurden. Die spezialisierten neu errichteten Palliativstationen müssen allerdings auch mit kompetenten Ärzten besetzt sein. Medizinstudenten erhalten derzeit nur in wenigen Ausnahmefakultäten eine adäquate Ausbildung in Palliativmedizin. Immerhin wurden in die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern Bestimmungen für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ aufgenommen. Ein besonderes Erfordernis ist die

palliativmedizinische Versorgung von Tumorpatienten, die weit entfernt von der Palliativstation leben und diese nicht mehr erreichen können. Eine palliativmedizinische Fortbildung der Hausärzte ist daher zwingend.

Meine Damen und Herren, auch wenn eine Therapie nicht mehr in kurativer Intention möglich ist, darf das Interesse des Arztes an seinem Patienten nicht erlahmen. Palliativmedizin ist keine therapeutische Resignation, sondern eine Änderung des Behandlungsziels.

Die Ärztezeitung „Medical Tribune“ hat einen Cartoon publiziert, der einen Arzt am Telefon zeigt, vor dem zwei Koffer stehen. Auf dem einen Koffer steht „Erste Hilfe“, auf dem anderen „Sterbehilfe“. Der Arzt spricht in das Mikrofon seines Telefonhörers: „Ich komme. Schildern Sie mir nur genau Ihre Beschwerden wegen der Instrumente.“ Ich weigere mich zu glauben, dass dieses Szenario jemals Realität wird. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Anschrift des Vortragenden:

Professor Dr. med. Heinrich F. K. Männl  
Facharzt für Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie und Visceralchirurgie  
Chefarzt i.R.  
Schenkendorfstraße 22  
94315 Straubing  
E-mail: juheimaennl@gmx.de