



DEUTSCHE HOSPIZ STIFTUNG
Patientenschutz für Schwerstkranke und Sterbende
Weil Sterben auch Leben ist

Neun-Punkte-Katalog für menschliche Zuwendung statt Euthanasie

1. Keine Grauzonen: Euthanasie ist Töten von Menschen.

Aktive Sterbehilfe (Euthanasie) ist das vorsätzliche Töten von Menschen - die Beschleunigung oder Vorverlegung eines Sterbevorgangs auf Verlangen oder ohne Verlangen des Betroffenen. Aktive Sterbehilfe ist in Deutschland verboten. Zwar hört man oft, dass durch den medizinischen Fortschritt Grauzonen entstünden und Grenzen verwischten. Als einfache Schein-Lösung wird eine generelle Erlaubnis gefordert - die "Lizenz zum Töten". "Es gibt aber sachliche Anhaltspunkte, die für eine klare Unterscheidung und damit gegen eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe sprechen", sagt Prof. Dr. Wolfram Höfling, renommierter Verfassungsrechtler der Universität Köln.

2. Auf Leben oder Tod: Diese Entscheidung ist unwiderruflich.

Soll eine unheilbare, zum Tode führende Erkrankung Voraussetzung für aktive Sterbehilfe sein? - Dann gilt es zu beachten, dass es solche hundertprozentigen Prognosen nicht gibt.

Oder soll jeder immer selbstbestimmt und frei sein Sterben einfordern können? - Auch Menschen mit einer spontanen Kurzschlussreaktion, auch solche, deren Sterbewunsch eigentlich ein Hilferuf ist, auch Minderjährige in einer sie überfordernden Lebenssituation, auch Kranke mit unerträglichen Schmerzen wegen falscher Behandlung?

Wer will, wer soll hier entscheiden - sowohl bei der gesetzgeberischen als auch in der konkreten Handhabung? Die aktive Sterbehilfe kann immer auf einer Fehleinschätzung beruhen und ist unumkehrbar. Dem Betroffenen wird die Chance genommen, eine mögliche Besserung seines Zustands oder eine Änderung seiner Meinung noch zu erleben.

3. Wehret den Anfängen: Dambruch für Willkür und Kostendruck!

Die Zulassung der aktiven Sterbehilfe erhöht die Gefahr eines "Dambruchs", der zwangsläufig weitere Fehlentwicklungen nach sich zieht: Zunächst mag Euthanasie nur in vermeintlich gut begründeten Ausnahmefällen erlaubt sein, nach und nach ist sie dann allgemein akzeptiert - wie die Niederlande beweisen - irgendwann vielleicht sogar die Regel.

Materielle Interessen von möglichen Erben können Entscheidungen ebenso beeinflussen wie die Belegungssituation eines Krankenhauses - gewollt oder



ungewollt. Auch eine Legalisierung ausschließlich bei einwilligungsfähigen, sich bewusst entscheidenden Menschen bedeutet nicht, dass solche Einflüsse ohne Wirkung bleiben. Die ethische Grundsatzentscheidung, dass in einer Gesellschaft die Tötung von Menschen zugelassen wird, hat Auswirkungen auch auf die Debatten zu Abtreibung, Gen-Technik und Bio-Ethik. Der Gesetzgeber legitimiert, dass Menschen über Leben und Tod entscheiden.

Auch wird die Hemmschwelle gegenüber vermeintlichen Mitleidstötungen gesenkt. Die Qualen eines Menschen mit ansehen zu müssen ohne helfen zu können, führt oft nicht zu echtem Mit-Leid, sondern konfrontiert die Personen im Umfeld des Kranken mit ihrer eigenen Unfähigkeit, den Zustand des Leidenden zu akzeptieren und mit zu ertragen. Aktive Sterbehilfe ist hier nur Schein-Ausweg.

4. Reform-Blockade: Systemkonservativ statt reformorientiert.

Die Befürworter aktiver Sterbehilfe setzen Missstände im bestehenden Gesundheitssystem voraus und zementieren sie damit, anstatt sie zu hinterfragen und für dringend notwendige Veränderung zu sorgen. Sie verhindern dadurch eine Neuorientierung mit Verbesserung der Umstände des Sterbens überall, wo gestorben wird. Der Schwerstkranke soll schnell und kostengünstig sterben. Aktive Sterbehilfe ist dann die makabre Fortentwicklung der Kostenlogik einer ausschließlich ökonomischen Orientierung des Gesundheitswesens.

5. Leidens-Druck: Sterben sollen, ohne es zu wollen.

Allein die Möglichkeit, legal aktive Sterbehilfe einfordern zu können, würde zu einem Druck führen, dies auch tun zu müssen, weil es gesellschaftlich anerkannt und gutgeheißen wird.

Umgebende Personen empfinden einen Leidenden schnell als Belastung und vermitteln dieses Gefühl zurück. Unterschwellig werden Aggressionen gegen den Kranken entwickelt, der nicht den entlastenden Tötungswunsch äußert. So entsteht ein Druck auf den Kranken, seinem Leben ein Ende zu setzen.

6. Prüfstein der Gesellschaft: Der Umgang mit den Schwächsten.

Wie eine Gesellschaft mit Hoffnungslosen und Verzweifelten umgeht, zeigt den Grad ihrer Zivilisation. An ihrem Verhalten gegenüber Alten, Kranken und Sterbenden erkennt man ihren Entwicklungsstand. Das darwinistische Prinzip des Überlebens der Stärkeren gilt selbst im Tierreich nur bedingt: Höherentwickelte Lebewesen kümmern sich aufwändig und zeitintensiv um ihre schwachen Artgenossen.

Bezeichnend ist, dass keine Religionsgemeinschaft der Welt das Töten Sterbender



propagiert. Das hospizliche Denken wird so zum gemeinsamen Kulturerbe der Menschheit. Und aktive Sterbehilfe entpuppt sich als Irrweg und vorzivilisatorischer Rückfall.

7. Der Arzt und sein Eid: Leiden lindern, Lebensqualität ermöglichen.

Ziel ärztlichen Handelns kann nicht die aktive Beendigung von Leben sein. Denn auch ein Arzt muss sich jeder Krankheitssituation stellen und auf sie mit entsprechenden Therapien reagieren - und sei es am Ende der Erhalt von Lebensqualität ohne Heilungsaussicht.

Die Palliativmedizin stellt dabei die effiziente Schmerztherapie mit Symptomkontrolle in den Mittelpunkt. Das heißt: Nicht wahllose Lebensverlängerung mit Technik und Therapien, sondern Linderung von Schmerzen und Behandlung von beeinträchtigenden Symptomen. So lässt sich Lebensqualität ermöglichen, die soziale Kontakte, bewusstes Erleben und ein würdevolles Sterben erlaubt.

Ein Sterbender darf für den Arzt keine Niederlage, sondern muss im positiven Sinne eine Herausforderung sein. Wo diese Sicht gilt, können Ärzte keine aktive Sterbehilfe leisten.

8. Enttäuschte Hoffnung: Qualvolles Sterben trotz Euthanasie.

Oft wird Ärzten dennoch auf Grund ihrer Ausbildung und Erfahrung die Kompetenz zugesprochen, durch Gabe bestimmter Mittel einen schnellen und problemlosen Tod zu ermöglichen. Eine Studie der Universität Rotterdam über aktive Sterbehilfe in den Niederlanden kommt zum gegenteiligen Ergebnis: "Wenn ein Arzt Sterbehilfe leistet, bedeutet dies nicht unbedingt ein schnelles oder leichtes Ende für den Kranken." In den untersuchten Fällen ärztlicher Beihilfe zur Selbsttötung gab es bei 23 % Komplikationen (Krämpfe, Erbrechen, langer Todeskampf), in 18 % war nochmaliges aktives Nachhelfen nötig. Und in 10 % direkter aktiver Sterbehilfe durch den Arzt gab es Komplikationen bzw. keinen oder einen verzögerten Todeseintritt.

9. Bereichernder Weg der Alternativen: Hospizarbeit und Palliativmedizin.

Das wichtigste Argument gegen aktive Sterbehilfe aber ist, dass es auch anders geht. Dass Sterben auch menschenwürdig möglich ist, weil Sterben auch Leben ist.

Es ist noch einiges daran zu verbessern, wie gestorben wird. Über Tod und Sterben zu sprechen ist für viele ein Tabu. 40% der Deutschen schätzen die Situation sterbender Menschen als einsam, anonym und unwürdig ein. Gleichzeitig ist ein schnelles, kurzes und schmerzloses Sterben der Wunsch der meisten und die



Wirklichkeit der wenigsten Menschen. Die Menschen sterben jedoch überwiegend an Krankheiten und wissen um ihren kommenden Tod. Sie wollen dies jedoch oft nicht wahrhaben. Vor dem körperlichen steht oft der soziale Tod. Und auch trauernde Angehörige werden häufig aus Unsicherheit alleingelassen. Moderne Schmerztherapien und Palliativmedizin werden in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern noch zu selten angewandt. Die meisten Menschen sterben in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen. Diese Häuser verstehen sich häufig nicht als Orte des Sterbens. Viele Ärzte und Pflegekräfte sind nicht entsprechend geschult und vorbereitet. Sie empfinden einen sterbenden Patienten oft als Niederlage.

Der Ruf nach aktiver Sterbehilfe ist vor allem eine Folge dieser gesellschaftlichen Missstände. Hinzu kommen persönliche Ängste: vor allem vor Schmerzen und Qualen. Dann vor unnötiger Technik und überflüssiger Therapie, wenn ohnehin keine Heilungsaussicht mehr besteht. Und oft die Befürchtung, anderen zur Last zu fallen. Diese Umstände sind aber nicht unveränderlich.

Die praktische Erfahrung stimmt hier mit einer humanen ethischen Sichtweise überein: Durch Verbesserung der Situation Sterbender verstummt die Forderung nach aktiver Sterbehilfe. Hospizarbeit und Palliativmedizin nicht nur als Alternativen, sondern als bereichernden Weg bekannt zu machen und zu fördern, ist daher die zentrale Aufgabe.