

„Die Öffentlichkeit gegen falsche Propheten immunisieren“

In der zivilisierten westlichen Welt flammt die Diskussion über „aktive Sterbehilfe“ auf – Auszüge aus der Rede des Präsidenten der Ärztekammer Nordrhein und Vizepräsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg Hoppe, zur Eröffnung der „Medica“ 1996 am 19. November in Düsseldorf

Ich möchte mir erlauben, unseren Blickwinkel auf ein seit Jahrhunderten fundamentales Feld ärztlicher und pflegerischer Betreuungen von Menschen zu lenken: Ich meine die ethische Basis, die kulturellen Selbstverständlichkeiten, aus denen Verlässlichkeit und Sicherheit für den einzelnen und die Gemeinschaft erwächst. Erschütterungen, Erosionen oder sogar Zerstörungen an diesem Fundament stellen die Erfolge und Beiträge anderer Bereiche in höchstem Maße in Frage, ja Verschiebungen können aus zunächst positiv gemeinten, hoch wirksamen schließlich sehr gefährliche Methoden machen und damit ihre Intentionen in das Gegenteil verkehren.

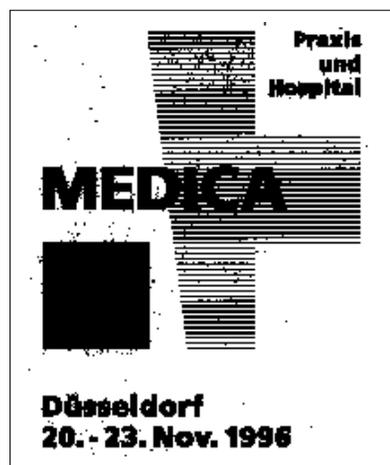
„Aktive Sterbehilfe“ in der Diskussion

Besonders meine ich die gegenwärtige nationale und vor allem internationale Diskussion um den Anfang und das Ende des menschlichen Lebens und damit auch um Fragen, die auf dieser Medica eine große Rolle spielen werden, wie Patientenrechte, Hospizbewegung und Palliativmedizin. Auch der Begriff Euthanasie ist wieder ein Tatbestand, der nicht nur in die gesundheitspolitische Diskussion eindringt, keineswegs mit dem ursprünglichen im Griechischen gemeinten Sinn des „guten Todes“, sondern als sogenannte aktive Sterbehilfe, was nichts anderes meint als das Töten eines Menschen durch Einwirken, Mitwirken oder ziel-

richtetes Handeln eines Dritten, wie sich das viele von Ärzten wünschen. Die Gefahr für einen Bewußtseinswandel in diesen Fragenkomplexen läßt sich jetzt schon in manchen anderen Ländern nicht mehr übersehen.

Gewollte Enttabuisierung

Die öffentlichen – offenbar teilweise bewußt inszenierten – Diskussionen um aktive Sterbehilfe in manchen Staaten der USA, den Niederlanden und neuerdings auch in Australien, haben unverkennbar die Funktion einer Enttabuisierung und damit der Vorbereitung der Öffentlichkeit für dieses Thema.



Es ist unsere Pflicht, diese Diskussionen dort mit sehr wachem kritischen Blick zu verfolgen; selbst wenn viele annehmen, Deutschland sei heute noch gefeit angesichts der Nachwirkungen der vor 60 Jahren in unserem Land stattgehabten barba-

rischen Aktionen unter nationalsozialistischer Gewaltherrschaft. Auch hierzulande mehren sich die Stimmen, welche auf eine vermeintliche Liberalisierung hindrängen.

Die Diskussion der aktiven Sterbehilfe bezieht sich auf eine Reihe von gut beobachtbaren Phänomenen. Dazu gehört der immer intensivere Trend zur Säkularisierung unserer Gesellschaft, in der körperliche und psychische Intaktheit immer mehr zum Ideal erhoben und für viele sozusagen als Religionersatz empfunden werden. Sterben und Tod werden in einer solchen Gesellschaft lediglich als unvermeidlich, ja störend empfunden.

Der Sterbende als Belastung

Dazu gehört auch das Zerfallen sozialer Gefüge, wo Sterben und Sterbebegleitung häufig nicht mehr vorkommen, und der Isolierte oder Vereinzelte sich in der Phase der Hilflosigkeit und des Sterbens selbst als Belastung interpretiert, ja interpretieren soll. Der daher weit verbreitete Wunsch von Sterbenden nach einem schnellen und schmerzlosen Tod kann und muß auch vor diesem Horizont gesehen und verstanden werden.

Auch die Sprache kann uns in diesem Zusammenhang einiges ver-raten. Wir reden von Überalterung der Gesellschaft, vom Altersberg, von demographisch bedingten Belastungen und signalisieren jetzt schon Mitleid mit den jüngeren Generationen.

Was Hoffnung unserer Vorfahren war und unsere Realität ist, nämlich die Wirklichkeit des langen Lebens, wird nunmehr als Last interpretiert. Wir sprechen von Vergrößerung der Gesellschaft und nicht – wie beispielsweise die Japaner – von einer Gesellschaft des langen Lebens.

Hinzu treten tief liegende Ängste, die aus einer technisierten Medizin resultieren, eine Grundstimmung, die davon auszugehen scheint, daß, wenn am Anfang des menschlichen Lebens (ich erinnere an die aufkeimende Diskussion um die Präimplantationsdiagnostik und die Praktiken des pränatalen Fetozids) alles zur Disposition steht, dies auch am Ende des menschlichen Lebens der Fall sein könnte, eben etwa in Form der sogenannten aktiven Sterbehilfe.

Richtlinien der Ärztekammern

Die Motive fließen zusammen und mischen sich, auch wenn sie teilweise widersprüchlich sind: Etwa Elemente des scheinbaren Mitleids, wobei offen ist, ob es sich dabei um Mitleid mit den Betroffenen oder mit sich selbst handelt, verdeckt oder offen geführte Diskussionen über finanzielle oder personelle Ressourcen, ja sogar sozialdarwinistische Denkansätze kommen zu den genannten Beweggründen hinzu.

Die verfaßte Ärzteschaft, also die Landesärztekammern und die Bundesärztekammer, hat auf die beginnende Auflösung dieser ethischen Grundlagen früh reagiert. Bereits 1979 legte die Bundesärztekammer „Richtlinien für die Sterbehilfe“ vor, Regeln für die sogenannte passive Sterbehilfe, die Orientierung vermitteln sollten. Seitdem sind vielfältige Aufweichungsversuche zu beobachten gewesen, die wir sehr bewußt wahrnehmen müssen, die sich auch bis in unsere aktuellen Tage hinein in der Rechtsprechung auch höchster Gerichte erkennen lassen: Schleichende Prozesse sind dies, keineswegs immer ins Auge fallende Sprünge.

Horrorszenarium der zivilisierten Welt

Es fing an mit der im wesentlichen medikamentösen Hilfe im Sterben unter Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung, jetzt höchststrichterlich sanktioniert. Es geht nun weiter mit der Forderung nach Hilfe zum Sterben auf Wunsch des betroffenen geschäftsfähigen Patienten im Sinne einer den Arzt bindenden Therapieverweigerung. Es geht weiter mit der Forderung nach Einleitung des Sterbens bei noch nicht Sterbenden, bei (zumindest vermeintlich) aber dem Tode geweihten Patienten (sog. Wachkoma-Patienten) – also nicht geschäftsfähigen Menschen –, über die andere entscheiden.

Die nächste Stufe würde sein die Einleitung des Sterbens bei keineswegs sterbenden Geschäftsunfähigen, aber im Sinne von Gesunden sogenannten unbewußt Lebenden (zum Beispiel fortgeschrittenen Alzheimer-Patienten), und als letzte Stufe wäre die Einleitung des Sterbens bei Behinderten mit (aus Sicht von Gesunden) lebensunwerter Lebensqualität zu erwarten.

Dies ist kein Horrorszzenarium, sondern in Ländern unserer sogenannten westlichen zivilisierten Welt Gegenstand von Diskussionen und Taten, wie wir unlängst höchst PR-wirksam aus Australien erfahren konnten.

Ich freue mich sehr, daß sich auch diese Medica derartigen Fragekomplexen widmet. Sicher werden auch die sich aufdrängenden Fragestellungen behandelt, nämlich:

- Was wissen wir über die Lebensqualität von geistig und/oder körperlich Behinderten aus deren eigener Sicht?
- Wie sähe eine Gesellschaft aus, die für sich die Beseitigung aller und alles Lästigen legalisiert oder auch nur toleriert?
- Wie viel oder wie wenig Aufmerksamkeit und Ressourcen gewähren wir den Bereichen, in denen würdiges Sterben ermöglicht wird, zum Beispiel dem Hospizwesen?



Prof. Dr. Jörg Hoppe: Wie sähe eine Gesellschaft aus, die die Beseitigung alles Lästigen toleriert? Foto: Murat Türemis/laif

- Wie viel oder wie wenig intensive Aufmerksamkeit erfährt der Teil der Medizin, der lebenswürdiges Leben auch in Grenzsituationen ermöglicht? Ich denke hier an Palliativmedizin und an die Schmerztherapie, die neben der finanziellen Forderung auch einen hohen Bildungsstand der anwendenden Ärztinnen und Ärzte verlangen.

Dammbbruch abwenden

Ich habe diese Fragen durchaus auch in selbstkritischem Bewußtsein gestellt. Vielleicht sind am wichtigsten Art und Form des öffentlichen Diskurses zu diesen Themen. Unser Beitrag besteht darin, die öffentliche Wahrnehmung zu sensibilisieren, gegen falsche Propheten zu immunisieren und damit einen gedanklichen Dammbbruch in unserer Gesellschaft abzuwenden, sowie alles nur denkbar Mögliche zu tun, um ein hohes Vertrauen in ärztliches Handeln bei derartigen schweren Entscheidungen zu erhalten.