

Gegen die Desensibilisierung des Gewissens

Der Arbeitskreis „Medizin und Gewissen“ der Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkriegs - Ärzte in sozialer Verantwortung (IPPNW) beschäftigte sich kürzlich mit der neuen Diskussion um die Euthanasie.

Wachkompatienten sind als Lebende zu versorgen, und es darf nicht etwa die Nahrungszufuhr eingestellt werden. Und allgemein sollte man versuchen, das Sterben aus dem Krankenhaus heraus wieder stärker in die heimische Umgebung zu verlagern.“ – So faßt Stephan Kolb von der Deutschen Sektion der Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkriegs (IPPNW) den Tenor einer Diskussion über Sterbehilfe zusammen, die kürzlich bei einem Treffen des IPPNW-Arbeitskreises „Medizin und Gewissen“ in Kassel stattfand. Im Mittelpunkt der Fachdebatte – die meisten der Teilnehmer waren Ärztinnen und Ärzte – standen die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung. Über deren Neufassung macht sich der BÄK-Ausschuß „medizinisch-juristische Grundsatzfragen“ seit einiger Zeit Gedanken.

Ethische Basis ist tangiert

Als Mitglied dieses Ausschusses legte der Vizepräsident der BÄK und Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Prof. Dr. Jörg Hoppe, den Teilnehmern seine Position in der neuen Diskussion um „Euthanasie“ und „aktive Sterbehilfe“ dar. Das Thema tangiere „in höchstem Maße die ethische Basis und das kulturelle Fundament, aus denen Verlässlichkeit und Sicherheit für den einzelnen und die Gemeinschaft erwachsen“, sagte Hoppe.

Das Thema Euthanasie habe auch in Deutschland wieder Aktualität erlangt, nachdem 1994 in den Niederlanden die „Tötung auf Ver-

langen“ straffrei geworden sei, die jahrelangen Einzelfalldiskussionen um die sogenannten Gnadentod-Aktionen eines Arztes im US-Staat Michigan immer wieder durch die Medien gingen und seit unlängst auch in einem australischen Staat ärztlich assistierte Selbsttötung geschehen sei (siehe hierzu auch „Rheinisches Ärzteblatt“ November 1996, Seite 3).

Hoppe berichtete von einer Ende 1996 im „Stern“ veröffentlichten Umfrage, wonach in Deutschland bereits

- mehr als die Hälfte aller Krankenhausärzte und nahezu die Hälfte aller niedergelassenen Ärzte von ihren Patientinnen und Patienten schon einmal um eine aktive Sterbehilfe gebeten worden sein soll und
- knapp ein Drittel aller Krankenhausärzte und niedergelassenen Ärzte sich vorstellen könne, aus humanitären Gründen aktive Sterbehilfe zu leisten. Unter den Ärzten, die viel mit todkranken Menschen zu tun haben, habe dieser Anteil sogar fast die Hälfte betragen.

Warnendes Beispiel Niederlande

Vor diesem Hintergrund warnte Hoppe davor, die „Tötung auf Verlangen“ wie in den Niederlanden unter bestimmten Voraussetzungen straffrei zu stellen. Zwar sei vor der Durchführung von „Euthanasie-Maßnahmen“ in Holland ein festgelegtes Verfahren zu beachten, und jeder Einzelfall müsse dem Staatsanwalt gemeldet werden. Aber in der Praxis würden die Regeln häufig

nicht beachtet. Nachuntersuchungen hätten nämlich ergeben, daß in etwa der Hälfte der Fälle der Zeitraum für die vorgeschriebene Wiederholung des Todeswunsches bis zur Durchführung der Tötung nicht so lang wie gefordert war, und so auch die Freiwilligkeit nicht ausreichend geprüft werden konnte, sagte Hoppe.

Vor allem aber sei ermittelt worden, daß über die gut 2.300 durchgeführten Tötungen auf Verlangen hinaus weitere etwa tausend Menschen getötet worden seien, obwohl diese sich wegen Entscheidungsunfähigkeit vorher gar nicht dazu hätten äußern können. Es sei einfach ihr mutmaßlicher Wille unterstellt worden. Überdies seien etwa 60 Prozent der durchgeführten Euthanasiemaßnahmen nicht bei den Behörden gemeldet worden.

Ärztliche Sterbebegleitung

Nach Hoppes Auffassung würde ein regelmäßiges, schnelles Nachgeben gegenüber dem Wunsch nach „aktiver Sterbehilfe“ auch in Deutschland eine kontinuierliche Absenkung der Kriterienmeßlatte und eine Desensibilisierung des allgemeinen Gewissens sowie insbesondere des Gewissens der Pflegekräfte und der Ärztinnen und Ärzte zur Folge haben: „Die Neigung, Menschen rasch aufzugeben, würde zunehmen.“

Gegen diese Tendenz setzte er die Position der Bundesärztekammer: „Mit Bedacht haben wir ärztliche Hilfe beim Sterben als ärztliche Sterbebegleitung bezeichnet. Diese Hilfe besteht aus allfälligen Linde-

rungsmaßnahmen mit dem Ziel, sterbende Menschen von Angst und Schmerzen freizuhalten und sie zu trösten.“

Im Unterschied dazu solle man unter passiver Sterbehilfe ärztliche und pflegerische Maßnahmen verstehen, die die gleichen Ziele wie die ärztliche Sterbebegleitung verfolgen. Im Unterschied zur ärztlichen Sterbebegleitung würden bei der passiven Sterbehilfe aber – durch Tun oder Unterlassen – Mittel eingesetzt, die zu einer Beschleunigung des Todesintrittes führen können, ohne diese zum Ziel zu haben.

Entscheidung im Einzelfall

Zu diesem Formenkreis ärztlichen Beistandes gehöre auch das sogenannte Sterbenlassen, einhergehend mit weitgehender Therapiebegrenzung, also Reduktion ärztlicher Maßnahmen auf die Grundversorgung bei Aufrechterhaltung der pflegerischen Betreuung. Dazu gehöre unbedingt eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr einschließlich der Verabreichung von notwendigen Mineralien und Vitaminen, nach Möglichkeit auch Kalorienzufuhr.

Das Ausmaß der Betreuung könne nur im Einzelfall durch Konsensfindung aller Betroffenen und Beteiligten bestimmt werden. Der Versuch, allgemeingültige Regeln aufzustellen, führe erfahrungsgemäß immer wieder zu Mißverständnissen. „Einigkeit sollte aber darüber bestehen, daß ‚Verhungernlassen‘ keineswegs passive Sterbehilfe sein kann, sondern den Übergang in aktive Sterbehilfe durch Unterlassen bedeutet“, sagte Hoppe. Eine höchstrichterliche Entscheidung mit anderer Ausrichtung betrachte er mit großer Sorge.

„Ich will und kann an dieser Stelle nicht unterschlagen, daß zwischen der passiven und aktiven Sterbehilfe eine erhebliche Grauzone besteht, so daß im Einzelfall eine klare Zuordnung des gewählten Vorgehens nicht möglich sein wird“, räumte der BÄK-Vizepräsident ein.



*Prof. Dr. Jörg Hoppe, Präsident der Ärztekammer Nordrhein: Regelmäßige aktive Sterbehilfe bedeutet die Gefahr eines moralischen Dammbrochs.
Foto: Archiv*

Definitiv verstehe die Bundesärztekammer unter aktiver Sterbehilfe jede Aktion am noch nicht sterbenden, schwerstkranken oder bereits im Sterbeprozess befindlichen Patienten, welche die Tötung zum Ziele hat. Diese darf nach Hoppes Auffassung in Deutschland nicht straffrei gestellt werden.

Zwar stoße aktive Sterbehilfe in der Öffentlichkeit zunehmend auf eine positive emotionale Akzeptanz, was sich erklären lasse durch Mitleid, Erfahrungen mit Betroffenen sowie der Hoffnung, in der eigenen Todesstunde eine derartige Hilfe erhalten zu können.

Todeswunsch als Hilferuf

Doch müßten die potentiell von sogenannter Sterbehilfe betroffenen Menschen die zentrale Stelle in allen Überlegungen einnehmen. Öffentlich diskutiert werde ganz überwiegend der Todeswunsch eines noch geschäftsfähigen, unheilbar Kranken mit infauster Prognose, der möglicherweise unter schwersten Schmerzen leide und voller Angst dem Tode entgegen sehe, „ein Mensch in einer Situation, in der jeder sensible Beobachter ein Höchstmaß an Mitgefühl, ja Mitleid aufbringt und leicht geneigt ist, den Wunsch nach – ich sage es jetzt mit Absicht – Einschläferung zur Erlösung von diesem Leidenszustand erfüllt zu sehen“.

Der Todeswunsch dieser Menschen muß nach Hoppes Auffassung in der Regel als Hilferuf an die be-

treuenden Angehörigen, an die Angehörigen der Pflegeberufe und die Ärztinnen und Ärzte verstanden werden. Sehr häufig (Arbeiten berichten von bis zu 85 Prozent dieser Fälle) sei eine behandelbare Depression im Spiel. Hoppe: „Aus ärztlicher und aus pflegerischer Sicht kann nur eine optimale Palliativtherapie in Frage kommen, bei deren Erfolg die meisten dieser Patienten ihren Todeswunsch tatsächlich nicht wiederholen.“

„Gefahr des moralischen Dammbrochs“

Regelmäßige aktive Sterbehilfe bedeutet nach Hoppes Auffassung die Gefahr eines moralischen Dammbrochs. Denn: „Wie wäre es dann mit gleichartig erkrankten Patientinnen und Patienten, die für andere durchaus eine Last sind und dies auch spüren, sich gleichwohl aber nicht den Tod wünschen, zum Beispiel weil bei ihnen bis zum letzten Atemzug die Hoffnung überwiegt? Sie würden möglicherweise verglichen mit den Sterbewilligen und mit deren Entscheidung immer wieder konfrontiert, um sie zu einer ‚freiwilligen und dauerhaften‘ Entscheidung für den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe zu bewegen. In welche verzweifelte Situation brächten wir diese Menschen! Sie müßten sich selbst als Last für andere empfinden und erpreßt fühlen, nach Tötung zu verlangen. Von echter Freiwilligkeit kann da wohl keine Rede sein. Ich bin sicher, daß mit der Zeit solche Fälle weit häufiger vorkommen würden als solche mit echtem, freiwilligem und dauerndem Wunsch nach sogenannter aktiver Sterbehilfe.“

Solche Befürchtungen hielten wohl auch die meisten der Kasseler Diskussionsteilnehmer für berechtigt. Stephan Kolb von den IPPNW: „Es ist der starke Wunsch deutlich geworden, daß die Richtlinien der Bundesärztekammer nicht aufgeweicht werden sollen.“ *uma*

Patientenverfügungen/Patiententestamente

lautet das Thema beim nächsten Treffen des IPPNW-Arbeitskreises „Medizin und Gewissen“ am Samstag, 14. Juni, 11 bis 17 Uhr, in der Kulturinitiative Kassel, Wilhelmshöheallee 261 (3 Minuten entfernt vom ICE-Bahnhof Kassel-Wilhelmshöhe). Alle Interessierten sind herzlich eingeladen. Nähere Informationen beim Koordinator des IPPNW-Arbeitskreises „Medizin und Gewissen“: Stephan Kolb, Waldstr. 2, 91054 Erlangen. *uma*