

EUTHANASIE ZWISCHEN LEBENSVERKÜRZUNG UND STERBEBEISTAND

Prof. Dr. Dietrich v. Engelhardt

I. Kontext und Aktualität

Sterben und Tod sind Grenzsituationen für jeden Menschen - wie auch für die moderne Medizin, die Gesellschaft und die Kultur. Die meisten Menschen werden heute im Krankenhaus geboren und sterben auch dort. Damit hat sich eine Kluft zwischen der normalen Lebenswelt und diesen zentralen Situationen der menschlichen Existenz aufgetan, die zu schließen oder zu verringern eine der großen Aufgaben unserer Zeit darstellt.

Sterben wurde seit der Antike bis in das 20. Jahrhundert im Kreise der Familie, Freunde und Nachbarn erlebt. Sterben war ein soziales Ereignis, äußere Form und geistige Deutung, vor allem aber die religiöse Perspektive boten dem Sterbenden wie dem Überlebenden Halt und Trost. Sinngebung schloss Angst und Leiden allerdings nicht aus; wer den Tod bejaht, kann sich vor dem Sterben fürchten, wer dem Tod einen Sinn abgewinnt, kann über den Verlust eines Angehörigen oder Freundes tiefen Schmerz empfinden. Das Spektrum der Reaktionen auf Sterben und Tod war in der Vergangenheit groß und ist auch heute noch weitgespannt.

Euthanasie zwischen Lebensverkürzung und Sterbebeistand berührt zutiefst das Selbst- und Weltbild des Menschen, das Verständnis von Krankheit und Tod, von Freiheit und Abhängigkeit, von Natur, Gesellschaft und Kultur. Euthanasie stellt durch den technisch-naturwissenschaftlichen Progress und den demographischen Wandel mit der Zunahme alter und behinderter Menschen und der Kostenexplosion der Medizin wie des Gesundheitswesens verstärkt eine Herausforderung an die Humanität in der Medizin und der Gesellschaft dar, eine Herausforderung an den Arzt, die Pflegekraft und den Kranken, eine Herausforderung an alle Menschen und ihre Mitmenschlichkeit.

Neue Initiativen und neue Gesetze manifestieren unübersehbar die Aktualität dieses Themas. Die Bevölkerung des Staates Washington verwarf in den USA vor wenigen Jahren mit nur 55% gegen 45% die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe durch Ärzte bei schwerkranken Patienten ohne Heilungschancen. In den Niederlanden hat die Gesetzgebung mit der Notstandsregelung oder – im holländischen Rechtsverständnis – der "Billigung" eine Möglichkeit geschaffen, die Strafverfolgung bei aktiver Euthanasie unter bestimmten Bedingungen auszusetzen und zugleich an der Strafbarkeit dieses Eingriffes festzuhalten. Eine analoge Situation wurde in Belgien geschaffen.

Hier bahnen sich Entwicklungen an oder breiten sich Einstellungen weiter aus, die grundsätzliche Überlegungen über das Menschsein, über Sterben und Tod, über das ärztliche Handeln nahe legen und vor allem auch die Frage aufwerfen, ob und wie auf Veränderungen in der Medizin und Gesellschaft überhaupt Einfluss genommen und ihnen entgegengetreten werden kann.

Stets von neuem muss untersucht werden, welche geistigen Werte und Normen welche Formen der Euthanasie nicht nur theoretisch gerechtfertigt oder unmöglich gemacht, sondern auch konkret eine entsprechende Praxis herbeigeführt haben und auch in Zukunft herbeiführen können. Der Blick auf philosophische, theologische und literarische Positionen und Plädoyers der Vergangenheit wie ebenfalls ökonomisch-politische und sozialpsychologische Hintergründe erfolgt deshalb auch und vor allem aus der Sorge um die Gegenwart und Zukunft.

II. Historische Voraussetzungen

Euthanasie kommt als Sache und Wort bereits in der Antike vor. Mit dem griechischen Ausdruck "Euthanasia" bezeichnet der römische Kaiser Augustus (Sueton, *Caesarenleben*, um 120 n.Chr.) sein Ideal des Sterbens, das er im Alter von 76 Jahren wohl auch erlebt hat. "Livia, gedenke unserer glücklichen Ehe und lebe wohl!" sollen die letzten Worte des Kaisers zu seiner Frau gewesen sein. Bei verschiedenen Dichtern wie Philosophen der Antike findet sich ebenfalls dieser Ausdruck als Adjektiv oder Substantiv. Euthanasie bedeutet in dieser Perspektive ein angenehmes und ehrenvolles Sterben ("felici vel honesta morte mori"), nicht aber die aktive Lebensbeendigung.

Für den *Eid des Hippokrates* oder Eid im hippokratischen Geist aus dem 5./4. vorchristlichen Jahrhundert sind die Verbote der aktiven Euthanasie und der Beihilfe zum Selbstmord zentral: "Ich werde auch niemandem eine Arznei geben, die den Tod herbeiführt, auch nicht, wenn ich darum gebeten werde, auch nie einen Rat in dieser Richtung erteilen." Der Arzt darf Leben nur erhalten und schützen, nie aber gefährden oder gar beenden. Noch das *Genfer Ärztegelöbnis* von 1948 zeigt sich dieser Tradition verpflichtet: "Ich werde das menschliche Leben von der Empfängnis an bedingungslos achten."

Der hippokratische Eid ist allerdings keineswegs für alle Ärzte der Antike bindend gewesen. Bereits in jener Epoche werden auch andere Positionen vertreten. In Platos Staatschrift *Politeia* (um 375 v.Chr.) wird unmissverständlich, wenn auch ohne Verwendung dieser Begriffe, zu passiver und aktiver Euthanasie aufgerufen: "Also nächst solcher Rechtskunde wirst du auch wohl eine Heilkunde, wie wir sie beschrieben haben, in der Stadt einführen,

damit beide diejenigen unter den Bürgern, die gutgeartet sind an Leib und Seele, pflegen mögen, die es aber nicht sind, wenn sie nur dem Leibe nach solche sind, sterben lassen, die aber der Seele nach bössartig und unheilbar sind, selbst umbringen". Auch nach der philosophischen Richtung der Stoa ist dem Arzt ebenfalls aktive Sterbehilfe erlaubt, wenn vernünftiges Bewusstsein und sittliches Handeln durch physisches oder seelisches Leiden bedroht oder aufgehoben sind. Berühmte Beispiele aus jener Zeit sind Cato d.J. und Seneca.

Das christliche Mittelalter bringt für den Umgang mit Sterben und Tod weitreichende Veränderungen mit sich. Eine der Antike unbekanntes Tiefe des Mitleids und der Nächstenliebe – "misericordia" und "caritas" - wird mit dem Prinzip der Transzendenz eingeführt. Euthanasie, Suizid und Abtreibung gelten als Sünde, da der Mensch über das Leben, das ihm von Gott geschenkt ist, nicht frei verfügen darf. Der Mensch kann sich bemühen, Behinderung, Leiden und Krankheit mit Hilfe der Medizin zu lindern; ihnen durch Selbsttötung oder Tötung durch den Arzt zu entgehen, ist ihm aber nicht erlaubt. Christus wird mit seiner Verzweiflung und zugleich Zuversicht im Gang in den Tod zur kraftbringenden und trostspendenden Gestalt, auch er ist dem Leiden und dem Tod durch Lebensverkürzung nicht ausgewichen. Sterbekunst ("ars moriendi") gehört zur Lebenskunst ("ars vivendi"); wer zu leben versteht, muss auch zu sterben wissen. Der plötzliche oder unvorhergesehene Tod ("mors repentina et improvisa"), eine Wunschvorstellung für viele Menschen der Gegenwart, gilt als schlechter und hässlicher Tod ("mala mors"). Bewusst soll der Mensch von seinen Angehörigen und Freunden Abschied nehmen, "mit warmer Hand" das Erbe verschenken und sich im klaren Wissen des Endes auf das Jenseits einstellen können.

Säkularisierung, Naturalisierung und Individualisierung der Neuzeit lassen Sterben und Tod zunehmend zu einem privaten und diesseitigen Ereignis werden, immer mehr auch zu einem einsamen und stummen Geschehen, nicht selten zu einem bloß biologischen und objektiven Faktum. Nur zu bezeichnend sind die Todesanzeigen der Gegenwart ("auf Wunsch des Verstorbenen hat das Begräbnis in aller Stille stattgefunden", "von Beileidsbesuchen bitten wir abzusehen") wie ebenfalls die sich ausbreitenden Formen der Beerdigung (anonyme Beerdigung, Drive-in-Service). Das Diesseits, die Natur, der einzelne Mensch treten in den Vordergrund. Gesundheit, Jugend und ewiges Leben sollen mit Hilfe der Technik, der Naturwissenschaften und der Medizin erreicht werden.

Von den Utopisten Morus und Bacon der Renaissance wird die aktive Lebensbeendigung nach ihrer Verurteilung während des Mittelalters wieder gerechtfertigt und mit dem Ausdruck Euthanasie verbunden. Bacon greift in der Schrift *De dignitate et augmentis scientiarum* aus dem Jahre 1623 zum ersten Mal in der Geschichte wieder die antike Bezeichnung Euthanasie auf, die sich im Mittelalter nicht findet, und unterscheidet zwei Typen: die „äußere Euthanasie“

("euthanasia exterior") als direkter Lebensbeendigung ("excessus e vita lenis e placidus") und die „innere Euthanasie“ ("euthanasia interior") als seelischer Vorbereitung auf das Sterben ("animae preparatio"). Entscheidende Bedingung der aktiven Euthanasie ist für Bacon wie ebenfalls schon für Morus aber die Freiwilligkeit (Autonomie); gegen den Willen des Kranken darf aktive Euthanasie nicht erfolgen (Heteronomie). Wer nicht aus dem Leben scheiden will, soll nach Morus (1516) uneingeschränkt weiter gepflegt werden: "Wen sie damit überzeugt haben, der endigt sein Leben entweder freiwillig durch Enthaltung von Nahrung oder wird eingeschläfert und findet Erlösung, ohne vom Tode etwas zu merken. Gegen seinen Willen aber töten sie niemanden, und sie pflegen ihn deshalb auch nicht weniger sorgfältig."

Die Ärzte der kommenden Jahrhunderte sind Morus und Bacon nicht gefolgt; äußere Euthanasie wird abgelehnt, passive Euthanasie dagegen gerechtfertigt, vor allem aber wird innere Euthanasie gefordert. Seit jener Zeit wird Euthanasie im Spektrum dieser Bedeutungsvielfalt zwischen den Extremen einer Lebensbeendigung und eines Sterbebestandes verwandt. Unmissverständlich und weitsichtig stellt um 1800 der Arzt Christoph Wilhelm Hufeland fest: "Der Arzt soll und darf nichts anderes tun als Leben erhalten, ob es ein Glück oder Unglück sei, ob es Wert habe oder nicht. Dies geht ihn nichts an. Und maßt er sich einmal an, diese Rücksicht mit in sein Geschäft aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar und der Arzt wird der gefährlichste Mensch im Staat. Denn ist einmal diese Linie überschritten, glaubt sich der Arzt einmal berechtigt, über die Notwendigkeit eines Lebens zu entscheiden, so braucht es nur stufenweiser Progressionen, um den Unwert und folglich die Unnötigkeit eines Menschenlebens auch auf andere Fälle anzuwenden." Für den französischen Arzt Maximilien Isidore Simon kann es, wie er in seiner *Déontologie médicale* von 1845 ausführt, ebenfalls nur erlaubt und geboten sein, dem Kranken das Sterben mit physischen und seelischen Mitteln zu erleichtern, nicht aber sein Leben aktiv zu beenden; Medizin sei ein "Zweig der Caritas" ("branche de la charité"), die "wahre Euthanasie" liege im Glauben, in der Einheit mit Gott ("une union intime avec Dieu; là est la véritable euthanasie").

Besondere Beachtung verdienen die Darstellungen und Deutungen in den Künsten, der Philosophie und Theologie. In Zedlers berühmten *Universal-Lexicon* der Aufklärung wird Euthanasie 1734 als "ein ganz leichter und geringer Tod, welcher ohne schmerzhaftes Convulsiones geschieht", bestimmt. Bei dem Dichter Hölderlin findet sich der bemerkenswerte Vers: "Die Seele, der im Leben ihr göttlich Recht nicht ward, sie ruht auch drunten im Orkus nicht." Für den Philosophen Hegel heißt menschliche oder vom Geist bestimmte Existenz die bewusste Integration des Todes in das Leben: "Aber nicht das Leben, das sich vor dem Tode scheut und von der Verwüstung rein bewahrt, sondern das ihn erträgt und in ihm sich erhält, ist das Leben des Geistes. Er gewinnt seine Wahrheit nur, indem er in der absoluten Zerrissenheit sich selbst findet." Arthur Schopenhauer

versteht unter Euthanasie den naturgemäßen Tod in hohem Alter: "ein allmähliches Verschwinden und Verschweben aus dem Dasein auf unmerkliche Weise." Dichter Rilke bittet in einem Gebet: "O Herr, gib jedem seinen eignen Tod. Das Sterben, das aus jenem Leben geht, darin er Liebe hatte, Sinn und Not" Nach dem Schriftsteller Josef Conrad weckt Kunst "das in jedem vorhandene Gefühl für die Zusammengehörigkeit aller Geschöpfe dieser Welt, die zarte, doch unbesiegbare Gewissheit einer Gemeinsamkeit, die zahllose einsame Herzen verbindet - in ihren Träumen, in Freud und Leid, in ihren Sehnsüchten, Hoffnungen, und Ängsten, die Mensch mit Mensch, die ganze Menschheit vereinigte: die Toten mit den Lebenden und die Lebenden mit den noch Ungeborenen." Hermann Hesse verleiht in seinem Gedicht *Stufen* (1941) allen Abschieden und selbst dem Ende des Lebens einen tröstlichen Sinn: "Es wird vielleicht auch noch die Todesstunde uns neuen Räumen jung entgegen senden, des Lebens Ruf an uns wird niemals enden ... Wohlan denn, Herz, nimm Abschied und gesunde."

Von der Angst vor dem Sterben und Tod kann nach dem Mediziner und Philosophen Karl Jaspers "keine ärztliche Therapie befreien, sondern nur das Philosophieren." Über den kommunikativen Beistand mit dem Sterbenden heißt es bei ihm 1932: "Der Sterbende läßt sich nicht mehr ansprechen, jeder stirbt allein; die Einsamkeit vor dem Tode scheint vollkommen, für den Sterbenden wie für den Bleibenden. Die Erscheinung des Zusammenseins, solange Bewusstsein ist, dieser Schmerz des Trennens, ist der letzte hilflose Ausdruck der Kommunikation. Aber diese Kommunikation kann so tief gegründet sein, dass der Abschluss im Sterben selbst noch zu ihrer Erscheinung wird und Kommunikation ihr Sein als ewige Wirklichkeit bewahrt." Heidegger will das Kapitel über Sterben und Tod in *Sein und Zeit* (1927) vor allem für Ärzte geschrieben haben. "Das verdeckende Ausweichen vor dem Tode beherrscht die Alltäglichkeit so hartnäckig, dass im Miteinandersein die 'Nächsten' gerade dem 'Sterbenden' oft noch einreden, er werde dem Tod entgehen und demnächst wieder in die beruhigte Alltäglichkeit seiner besorgten Welt zurückkehren."

III. Gegenwart

Unterschiedliche Ursachen lassen es im 19. und 20. Jahrhundert bei Ärzten und Patienten, in der Öffentlichkeit und Kultur zu neuen Einstellungen kommen; wer Theorie und Praxis der Euthanasie verstehen und auf sie einwirken will, muss diese materiellen wie ideellen Voraussetzungen gleichermaßen berücksichtigen.

Von großer Bedeutung sind die Rassenhygiene und der Sozialdarwinismus um 1900, die zu den programmatischen Schriften von Alfred Ploetz (*Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen*, 1895), Alexander Tille (*Volksdienst. Von einem Socialaristokraten*, 1893), Wilhelm Schallmayer

(*Vererbung und Auslese im Lebenslauf der Völker*, 1903), Adolf Jost (*Das Recht auf den Tod. Sociale Studie*, Göttingen 1895), Elisabeth Rupp (*Das Recht auf den Tod*, Stuttgart 1913) sowie auch Karl Binding und Alfred Hoche (*Von der Freigabe zur Vernichtung lebensunwerten Lebens*, 1920, ²1922) führt. Sozialdarwinismus, Rassenhygiene und Utilitarismus treten in einen verhängnisvollen Zusammenhang; aber auch hier muss differenziert werden.

In der Bevölkerung werden ähnliche Auffassungen vertreten. Von dem Kinderpsychiater Ewald Meltzer wird in den 20er Jahren vor dem Dritten Reich an die Eltern der Pfleglinge in dem von ihm geleiteten Katharinenhof bei Großhennersdorf ein Fragebogen in der Perspektive einer späteren gesetzlichen Regelung verschickt, die nach seiner Überzeugung allerdings zu einem Verbot führen sollte. Die Frage: "Würden Sie auf jeden Fall in eine schmerzlose Abkürzung des Lebens Ihres Kindes einwilligen, nachdem durch Sachverständige festgestellt ist, dass es unheilbar blöd ist?" wird nach dieser Umfrage und zur Bestürzung von Meltzer von 73% der Eltern mit Ja und 27% mit Nein beantwortet. "Das hatte ich nicht erwartet. Das Umgekehrte wäre mir wahrscheinlicher gewesen."

Unter dem Nationalsozialismus pervertiert Euthanasie bekanntlich zur Bezeichnung für die verbrecherische Tötung von Kranken und leidenden Menschen durch Ärzte und Krankenschwestern. In den Jahren 1940-41 wird im Deutschen Reich offiziell aktive Euthanasie betrieben, ohne gesetzliche Grundlage oder allein unter Berufung auf einen auf privatem Briefbogen Hitlers Ende Oktober geschriebenen und auf den 1.9.1939 zurückdatierten Befehl: "Reichsleiter Bouhler und Dr. med. Brandt sind unter Verantwortung beauftragt, die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte so zu erweitern, dass nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischster Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann." Unter dem Druck der katholischen wie evangelischen Kirche kommt es am 24. August 1941 zum offiziellen Abbruch der Tötungsaktionen, denen weit über 70.000 Personen zum Opfer fallen. Inoffiziell werden diese Tötungen ("wilde Euthanasie") allerdings bis zum Ende des Krieges fortgesetzt. Im Nürnberger Ärzteprozess (1946/47) wird über diese gesetzlose und unethische Form der aktiven Euthanasie ohne Aufklärung und Einwilligung oder sogar gegen den Willen der Betroffenen zu Gericht gesessen und entsprechend geurteilt. Vielfältig verlief die historische Entwicklung in den Bewertungen und Anwendungen. Bedrückend und eine Mahnung für die Zukunft bleibt diese Erfahrung des verbrecherischen Umgangs mit Euthanasie als Tötung von Kranken, Behinderten und Sterbenden ohne ihre Einwilligung oder gegen ihren Willen, die zu Unrecht mit diesem Namen bezeichnet wird.

Mit verschiedenen Eiden und Deklarationen wird nach diesen Erfahrungen allgemein wie speziell für verschiedene medizinische Einzeldisziplinen eine

Wiederholung einer *Medizin ohne Unmenschlichkeit* – so der Titel eines Buches von Alexander Mitscherlich und Fred Mielke aus dem Jahre 1946 - zu vermeiden gesucht. Unterschiedliche Auffassungen über Euthanasie werden in der Gegenwart vertreten; ebenso vielfältig ist die Realität in den verschiedenen Ländern der Welt. Wiederholt kommt es zu Initiativen, die aktive Euthanasie zu legalisieren.

In Holland und Belgien ist unter bestimmten Bedingungen die Tötung durch den Arzt erlaubt oder wird von der Strafverfolgung abgesehen: freier Wunsch des durch den behandelnden Arzt informierten Patienten, für den Patienten untragbares Leiden, irreversibel unheilbarer Zustand, Hinzuziehung eines zweiten in die Therapie nicht einbezogenen Arztes, Durchführung durch den behandelnden Arzt bei größtmöglicher Sorgfalt, schriftlicher Bericht, Meldung an Leichenbeschauer und Staatsanwalt. Nach einer empirischen Befragung wurde in den Niederlanden 1995 bei 3.200 Personen von 136.000 Sterbenden aktive Euthanasie, die von der Mehrzahl der holländischen Ärzte bejaht wird, durchgeführt; 9.700 Patienten hatten um diese Tötung gebeten; 900 Patienten waren von den Ärzten, die eine weitere Behandlung für sinnlos hielten, ohne ausdrückliche Bitte getötet worden; bei 41% waren die Ärzte der Meldepflicht nachgekommen.

Bewegungen wie die Hospizbewegung, die Palliativmedizin und Selbsthilfegruppen, setzen sich für eine Humanisierung im Umgang mit dem sterbenden Menschen ein und wollen auf diese Weise auch zur Überwindung der Trennung von Medizin und Lebenswelt beitragen sowie zugleich der Ausbreitung der aktiven Euthanasie entgegenwirken.

Auf Sterben und Tod wird zwar in der Gegenwart vermehrt wieder die Aufmerksamkeit gelenkt - mit Publikationen, Symposien, in den Medien, mit entsprechenden Vereinigungen und institutionellen Initiativen. Weiterhin kennzeichnen aber Verdrängung und Sprachlosigkeit im Allgemeinen den Umgang mit Sterben und Tod. Die wenigsten Menschen haben Sterben und Tod unmittelbar erlebt, sind auf ihn eingestellt, kennen Formen des Verhaltens, bei vielen herrscht im Blick auf den Tod ein Gefühl von Verlorenheit und Sinnlosigkeit vor, das in der Gedichtzeile des Arztes und Dichters Gottfried Benn einen angemessenen Ausdruck gefunden hat: "Ob Rosen, ob Schnee, ob Meere, was alles erblüht, verblich, es gibt nur zwei Dinge: die Leere und das gezeichnete Ich".

Gleichzeitig sind die Möglichkeiten der Medizin beeindruckend gewachsen, das Leben zu verlängern, den Tod hinauszuschieben wie aber auch sein Eintreten vorherzusagen. Aller medizinischer Fortschritt wird die Grundbedingungen des menschlichen Lebens allerdings nicht aufheben können: ein Ende zu haben und um dieses Ende auch zu wissen. Die Medizin muss diese Grundparadoxie oder

dieses Grunddilemma substantiell anerkennen: heilen zu wollen, was letztlich nicht zu heilen ist. Nur zu schmerzlich erfährt der Arzt im Umgang mit dem Sterbenden die Grenzen seines eigenen Wissens und Könnens.

Sterben bezieht sich auf unterschiedliche Bereiche: physische Auflösung, soziale Isolation, Lebenstrauer und Todesangst. Diese Bereiche verwirklichen sich keineswegs immer in Parallelität oder in Harmonie. Der soziale Tod kann vor dem physischen Tod eintreten, der geistige Tod vor dem seelischen Tod. Dem natürlichen steht der unnatürliche und gewaltsame Tod gegenüber. Angst vor dem Sterben ist nicht identisch mit der Angst vor dem Tod, Schmerzen können sich auf den Leib wie die Seele beziehen.

Große Resonanz fand weit über die Medizin hinaus die Gliederung von Elisabeth Kübler-Ross (*Interviews mit Sterbenden*, 1969): Verleugnung, Trotz, Verhandeln, Resignation, Annahme. Diese Phasen müssen nicht alle und in dieser Reihenfolge durchlebt werden; sie können übersprungen wie auch erweitert oder erneut aufgegriffen werden. Neben den Phasen und Dimensionen des Sterbens stehen unterschiedliche Stufen des Erlebens: das Bewusstsein kann in seiner Klarheit vorhanden sein, ebenso möglich sind aber auch zeitweilige oder grundsätzliche Einschränkungen - bis hin zum körperlichen und seelisch-geistigen Verfall.

Allen Besonderheiten und Abweichungen in den Stadien und Stufen des Sterbens kann mit Empathie und Humanität begegnet werden. Immer gibt es Formen des Beistandes und Trostes; auf der untersten Stufe allein schon die Anwesenheit, die körperliche Berührung, der Klang der Stimme, der Blick der Augen, auf der obersten Stufe die Verbundenheit im Medium der Sprache und des Geistes. Von besonderer Bedeutung für die Begleitung des Sterbenden, für sein Weiterleben in der Erinnerung und die Vorbereitung auf das eigene Sterben sind der soziale Kontext und die Welt der Kultur.

Die Grenzen der Anteilnahme und Kommunikation aber dürfen nicht übersehen werden; über die Tiefen der Existenz und den Tod mit sich und anderen sprechen zu können, ist nicht jedem Menschen gegeben. Aber auch Schweigen und Einsamkeit besitzen einen Wert. Zutreffend heißt es bei dem katholischen Religionsphilosophen Romano Guardini (*Tugenden. Meditationen über Gestalten sittlichen Lebens*, 1963): "Das Leben des Menschen vollzieht sich zwischen dem Schweigen und dem Sprechen, der Stille und dem Wort."

Sterben und Tod bedeuten Vorwegnahme, Geschehen und Erinnerung. Sterben wird vom Betroffenen vorweggenommen und meist nicht im unmittelbaren Vollzug erlebt; der Tod ist ein Geschehen für den Anderen oder die Mitwelt, die sich später auch an ihn und das vorangegangene Sterben erinnern. Euthanasie ist nicht nur eine Frage der individuellen Autonomie, sondern steht in einem

Zusammenhang mit der Reaktion von Familie und Gesellschaft auf Krankheit, Behinderung und Alter; Sterben und Tod haben ihre ökonomische Seite, werden geprägt vom Verhältnis unter den Generationen. Suizidversuche signalisieren individuelle, aber ebenso soziale und kulturelle Konflikte, sind oft vor allem Appelle an Angehörige und Freunde.

Der Mensch lebt und stirbt in der Gesellschaft; die Gesellschaft ist ihrerseits aufgehoben in die Welt der Kultur. Der Sterbende erhält Anteilnahme und Beistand nicht nur von der Familie, den Freunden, den Arbeitskollegen, Trost und Beruhigung kann er auch aus den zeitlosen und überindividuellen Werken der Kultur gewinnen - der Literatur, der Malerei, der Musik, der Philosophie und Theologie. Neben der Transzendenz des Glaubens gibt es die unbezweifelbare immanente Transzendenz der Kultur, die jedem Menschen zugänglich ist und zugänglich gemacht werden kann, die hilfreiche Orientierungen für Körper, Seele und Geist besitzt.

Sterben und Tod verlangen als soziale Phänomene Formen des Verhaltens, die sich in den vergangenen Jahrzehnten in den westlichen Ländern verloren, eingeschränkt oder privatisiert haben. Aber auch hier gibt es große Unterschiede zwischen den verschiedenen Ländern, zwischen gläubigen und glaubenslosen Menschen, zwischen Menschen der Tradition und des Augenblicks, zwischen Menschen des Geistes und des Konsums. Nietzsches Wendung vom Tode Gottes besitzt angesichts der Lebendigkeit der Religionen und der neuen fundamentalistischen Strömungen einen historisch wie regional begrenzten Wert.

Vielleicht lassen sich auch Stile und Rituale wiederbeleben - aus der Vergangenheit oder aus gelebten Erfahrungen der Gegenwart; künstliche Formen werden sich allerdings kaum durchsetzen. Vielleicht können auch Anregungen aus anderen Kulturen aufgegriffen werden. Individuelle Orientierung und allgemeine Werte müssen sich nicht ausschließen, der Prozess des Sterbens ist der letzte Dialog zwischen Subjektivität und Objektivität, zwischen Bewusstsein und Natur.

IV. Perspektiven

Verständnis und Bewertung der Euthanasie sind heute ebensowenig einheitlich wie in der Vergangenheit. Euthanasie kann keineswegs mit aktiver Euthanasie gleichgesetzt werden, noch weniger mit der Tötung ohne Einwilligung oder gegen den Willen.

Zentral sind die folgenden Unterschiede oder Typen der Euthanasie:

1. physische (äußere) und geistige (innere) Euthanasie;
2. passive und aktive Euthanasie;
3. direkte und indirekte Euthanasie;
4. unfreiwillige (heteronome) und freiwillige (autonome) Euthanasie;
5. Anlass der Euthanasie;
6. ausführendes Subjekt der Euthanasie.

Nicht immer lassen sich in der Realität die Grenzen zwischen diesen verschiedenen Typen einhalten; das spricht aber nicht unbedingt schon gegen ihre begriffliche Unterscheidung. Neben den Übergängen und Verbindungen gibt es im übrigen weitere Unterdifferenzierungen.

Aktive Euthanasie gegen den Willen des Betroffenen kann von niemandem gerechtfertigt werden; das Urteil über die heteronome aktive Euthanasie muss einhellig und unmissverständlich negativ ausfallen. An aufgeklärter Einwilligung muss bei passiver Euthanasie im Prinzip ebenfalls festgehalten werden; auch bei dieser Form der Euthanasie kann es zu Inhumanität und Missbrauch kommen. Hinter Euthanasie kann eugenisches Denken stehen; den Unterschied zu den staatlichen Anordnungen einer Diktatur wie des Dritten Reiches wird allerdings niemand übersehen können. Es gibt in der Gegenwart aber ohne Zweifel die Gefahr einer individuellen, freiwilligen und demokratisch legitimierten Eugenik.

Über die vom Patienten gewünschte, also autonome aktive Euthanasie durch den Arzt gehen die Meinungen auseinander. Zunehmend setzen sich Menschen der Gegenwart für diese Möglichkeit ein. Die Bedenken gegen die Legalisierung wiegen aber schwer. Die Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis sind gefährlich: Kranke und Sterbende können das Vertrauen in die Medizin und die ärztliche Lebenserhaltung verlieren; bereits jetzt wird bei aktiver Euthanasie auch an Menschen gedacht, die sich keineswegs im Sterbeprozess befinden.

Der Autonomie des Patienten steht die Autonomie des Arztes gegenüber; vom Arzt kann der Akt der Tötung auf Wunsch des Patienten nicht verlangt werden. Mit der Pluralität ethischer Orientierungen und religiöser Überzeugungen muss gelebt werden, zu suchen ist nach einem ethischen Minimalkonsens und seiner juristischen Absicherung durch Gesetze; wo es dazu nicht kommen kann, muss der Patient wissen, was die ethische Orientierung des ihn behandelnden Arztes oder des für ihn zuständigen Krankenhauses ist.

Die substantielle Herausforderung der Zukunft liegt für die Medizin, die Gesellschaft und den Staat wie für jeden einzelnen Menschen in der Euthanasie als seelisch-geistiger Begleitung des Sterbenden mit einer eventuellen Unterstützung durch Schmerzmittel; das Gelingen dieser seelisch-geistigen Begleitung wird die Bitte um Lebensverkürzung oft gar nicht erst entstehen

lassen oder überflüssig machen. Den Überlegungen, wie Sterbebegleitung innerhalb und außerhalb der Medizin verwirklicht werden kann, kommt quantitativ und qualitativ eine größere Bedeutung zu als den Diskussionen über das Pro und Kontra der Legalisierung der aktiven Euthanasie.

Mit der Euthanasie stellt sich die Frage nach dem Menschenbild und dem Umgang mit Behinderung und Leiden, Sterben und Tod - auf der Seite der Laien wie der Ärzte und Pflegepersonen, auf der Seite der Gesellschaft wie des Staates. Am Umgang mit Sterben und Tod mißt sich die Höhe der Humanität in der Medizin wie in der Gesellschaft. Von Albert Camus stammt die Einsicht: "Die einzig wirkliche Solidarität zwischen den Menschen ist die Solidarität gegenüber dem Tod."

AUFKLÄRUNG IN DER MEDIZIN ZWISCHEN DIAGNOSTISCHER INFORMATION UND WAHRHEIT AM KRANKENBETT

Prof. Dr. Dietrich v. Engelhardt

I. Voraussetzungen - Zusammenhänge

Aufklärung besitzt in der Medizin eine zentrale Bedeutung, die nicht erst in der Gegenwart Beachtung und Anerkennung gefunden hat. Der Begriff „informed consent“ wurde zwar 1957 geprägt, wird der Sache nach aber bereits in der Antike vertreten. Die gängige Vorstellung: früher Paternalismus, heute Partnerschaft entspricht aus mehreren Gründen nicht der Realität; auch in der Vergangenheit wurde die Aufklärung des Patienten gefordert, stand der Arzt in sozial-gesellschaftlicher Hinsicht keineswegs grundsätzlich über allen seinen Patienten, wurde zwischen anthropologischer und juristisch-ethischer Symmetrie und Asymmetrie unterschieden, wurden den medizinischen Disziplinen und diagnostisch-therapeutischen Situationen auch jeweils spezifische Besonderheiten in der Arzt-Patienten-Beziehung zugeschrieben. Zugleich lässt sich in der Tat für die letzten Jahrzehnte ein zunehmendes Bewusstsein der Notwendigkeit der Aufklärung oder Information mit entsprechenden Umsetzungen in der Praxis beobachten.

Aufklärung besitzt in der Medizin einen unterschiedlichen Sinn; die Spannweite reicht von der Mitteilung der Diagnose bis zur Solidarität in der Wahrheit der Situation. Medizinische Aufklärung ist ein mehrdimensionaler Dialog auf der Basis subjektiver und objektiver Daten. Diagnose und Therapie bringen spezifische Anforderungen an die Aufklärung mit sich, das gilt auch für die Bereiche der Prävention und Rehabilitation; besondere Probleme stellen sich für die Aufklärung naturgemäß in der medizinischen Forschung. Mit den Bezeichnungen Aufklärung und Information verbinden sich jeweils charakteristische Akzente oder Aspekte. Aufklärung ist in der Medizin darüber hinaus substantiell auf Einwilligung bezogen. Medizinische Aufklärung verspricht im übrigen Anregungen zum allgemeinen Verständnis der Information in den verschiedenen Wissenschaften und der Lebenswelt.

Entscheidend ist im Kontext des gegebenen Themas der Zusammenhang zwischen Krankheitsbegriff, Therapieziel und Arzt-Patienten-Beziehung. Wird unter Krankheit der Defekt einer Maschine verstanden, legen sich als Ziel der Therapie die Reparatur und als Beziehung das Verhältnis eines Mechanikers zur Maschine nahe; Aufklärung und Einwilligung erübrigen sich unter diesen Umständen. Wird Krankheit dagegen als Leiden eines Menschen mit Bewusstsein, Sprache und Kontakten verstanden, müssen Therapie und

Beziehung – und damit auch die Aufklärung – ebenfalls ganzheitlich und personal ausfallen.

Aufklärung des Kranken steht schließlich nicht für sich, sondern ist auf Wahrheit in der Gesellschaft und Kultur oder auf den Umgang mit Krankheit, Leid und Schmerz bei Patient, Arzt und Umwelt sowie auf den verbreiteten Stil der Kommunikation bezogen. Wie sprechen die Menschen einer Epoche oder einer Kultur unter- oder miteinander über Krankheit und Tod? Wie kann und will der Sterbende mit den Lebenden sprechen? Beziehung und Dialog gehen immer – und auch in der Medizin – von beiden Seiten aus. Von Kafka stammt das tiefe Wort: "Der Kranke fühlt sich vom Gesunden verlassen, der Gesunde aber auch vom Kranken" (an Milena Jesenska, 6.8.1920).

Der historische Rückblick kann der Gegenwart wie der Zukunft dienen. Die Höhe der Humanität misst sich nach Karl Jaspers an der Tiefe der Erinnerung. Kontroversen und Vielfalt der Auffassungen gehören zur Medizin während des gesamten Verlaufes ihrer Geschichte und werden auch weiterhin vorkommen. Wohl und Wille des Kranken - "salus et voluntas aegroti suprema lex" – stehen seit der Antike in einem Spannungsverhältnis, das sich wohl nie ganz überwinden läßt.

II. Antike

In der Antike sind die Auffassungen über die Aufklärung und Einwilligung keineswegs einheitlich. Für die Medizin gilt im Allgemeinen das Wohl (salus) des Kranken als oberste Richtschnur, für die Philosophie und Jurisprudenz sein Wille (voluntas).

Im berühmten hippokratischen Eid aus dem 4.-5. vorchristlichen Jahrhundert wird nicht von Aufklärung des Patienten, wohl aber von der Verschwiegenheit des Arztes gesprochen – dies allerdings in einem konventionellen und zugleich religiösen, aber nicht im juristischen Sinn der Moderne: "Was immer ich bei der Behandlung sehe oder höre oder auch außerhalb der Behandlung im Leben der Menschen, soweit man es nicht ausschwatzen darf, werde ich darüber schweigen, solches als heiliges Geheimnis achtend.“ Ethik ist auch eine Frage des Landes oder einer spezifischen Region. Entscheidend für diesen Eid ist das Krankenwohl, dessen Leben in der überindividuellen Perspektive zugleich für heilig erklärt wird.

Aufklärung stellt für die Ärzte der hippokratischen Richtung keinen absoluten Wert dar. In der Schrift *Über das würdige Verhalten* findet sich die Forderung an den Arzt, die Aufklärung insbesondere in prognostischer Hinsicht einzuschränken: "Wo er ermutigt, da mit hingebender Aufmerksamkeit und Rücksicht, ohne dem Kranken das Bevorstehende oder Gegenwärtige zu verraten.

Denn viele werden darum zu Schlimmem getrieben, weil der Arzt den gegenwärtigen Zustand nicht verschweigt oder den Ausgang voraussagt.“

Kooperation wird in der hippokratischen Medizin aber auch vom Kranken verlangt. Ethik der Medizin wird in der Antike nicht nur auf den Arzt - das wäre Arztethik -, sondern zugleich auf den Kranken und die Gesellschaft bezogen. Entsprechend fällt das hippokratische Konzept der Medizin aus: "Die Heilkunst umfasst dreierlei: die Erkrankung, den Kranken, den Arzt. Der Arzt ist der Diener der Heilkunst. Der Kranke muss zusammen mit dem Arzte sich gegen die Krankheit wehren" (*Epidemien*).

Plato und Aristoteles setzen sich im Unterschied zum hippokratischen Eid dagegen ausdrücklich für Aufklärung und Zustimmung des Kranken ein. Dem Sklavenarzt, der seine Anweisungen wie ein Diktator gibt, wird von den Philosophen der Arzt für Freie gegenübergestellt, der dem Kranken die Therapie erklärt, in die Beratung die Familie einbezieht und seine Therapie erst beginnt, wenn er die Zustimmung des Kranken gewonnen hat: "Der freie Arzt dagegen behandelt meistens die Krankheiten der Freien und beobachtet sie; und indem er sie von ihrem Entstehen nach erforscht, wobei er sich mit dem Kranken selbst und mit dessen Freunden bespricht, lernt er teils selbst manches von den Kranken, teils belehrt er auch, soweit er es vermag, den Patienten selbst und verordnet ihm nicht eher etwas, bis er ihn irgendwie davon überzeugt hat" (Plato, *Nomoi*).

Das Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Tod prägt das Therapiekonzept der Medizin und den Stil der Arzt-Patienten-Beziehung – insbesondere im Umgang mit infauster Prognose. Der hippokratische Text *Über die Kunst* gibt als zentrales Ziel der Therapie an: "Die Kranken gänzlich von ihrem Leiden befreien, die Heftigkeit der Krankheit mildern und sich nicht um diejenigen kümmern, die von der Krankheit überwältigt sind.“ Zurückhaltung im Kontakt mit den Sterbenden wird wegen der Grenzen der Medizin, aber auch im Blick auf die Psychologie des Kranken und Sinnlosigkeit des Todes gefordert.

Das Thema Aufklärung in der Forschung stellt sich für die Medizin der Antike nicht, da in dieser Epoche von Forschung im modernen Sinn nicht oder nur in Ansätzen gesprochen werden kann. Von hellenistischen Ärzten wird berichtet, dass sie Forschungen an lebenden Verbrechern gemacht und diese Forschungen mit dem Argument gerechtfertigt haben sollen, dass ein einzelner und schlechter Mensch gegenüber der Menschheit kein Gewicht besitze.

III. Mittelalter

Das Konzept der sieben Tugenden (Glaube, Liebe, Hoffnung, Weisheit, Gerechtigkeit, Tapferkeit und Bescheidenheit) bestimmt im Mittelalter den

Umgang des Arztes mit dem Kranken wie auch die Einstellung und das Verhalten des Kranken und seiner Angehörigen gegenüber der Krankheit und dem Sterben. Ebenso gültig für diese Grundsituationen des Lebens ist das Konzept der Werke der Barmherzigkeit, zu denen "Kranke zu besuchen" und „Sterbenden beizustehen“ ebenfalls gehören.

Wahrheit der Krankheit und des Sterbens besitzt in dieser Epoche einen ganzheitlichen Sinn in der Beachtung des Körperlichen, Sozialen, Seelischen und Geistigen. Das Leben der Äbtissin, Ärztin und immer wieder kranken Hildegard von Bingen wird von einem zeitgenössischen Biographen in dieser Perspektive insgesamt als "kostbares Sterben" bezeichnet.

Den Kranken und vor allem den Sterbenden aufzuklären und ihn zu begleiten, wird als verpflichtendes Ideal empfunden. Der Abschied vom Diesseits und die Vorbereitung auf das Jenseits müssen jedem Menschen möglich gemacht werden. Aufklärung ist eingebettet in die Kunst des Sterbens ("ars moriendi"), ohne die eine wahre Lebenskunst ("ars vivendi") nicht zu denken ist. "Dum vivimus, moriendum est, ne moriamur, quando morimur"; während wir leben, sollten wir uns auf das Sterben einstellen, um nicht wahrhaft zu sterben, wenn wir sterben, lautet eine Inschrift auf dem Bordesholmer Altar (heute im Dom von Schleswig). Der plötzliche oder unvorhergesehene Tod ("mors repentina et improvisa"), ein Ideal für den modernen Menschen, gilt als schlechter und hässlicher Tod, vor dem Gott den Menschen bewahren möge ("ab improvisa morte libera nos, Domine").

Gesundheit und Krankheit werden auf die Heilsgeschichte bezogen: Paradies ("constitutio"), irdisches Leben ("destitutio") und Auferstehung ("restitutio") sind die Epochen der Geschichte und können vom einzelnen Menschen im Übergang von Gesundheit zu Krankheit und Krankheit zu Gesundheit individuell erfahren werden. Entsprechend fundamental fällt auch das Verständnis der Arzt-Patienten-Beziehung in jener Epoche aus; hinter jedem Kranken steht die „Passio Christi“, hinter jedem Arzt „Christus Medicus.“ Mitleid und Liebe („misericordia“ und „caritas“) sind zentral für den Arzt wie auch die Angehörigen oder insgesamt die Gesellschaft in ihrem Verhalten und ihrer Einstellung gegenüber dem Kranken und Sterbenden. Der Kirchenvater Origenes fordert vom Arzt ein körperlich-seelisches Mit-Leiden, das jede Empathie weit überschreitet: mit dem Kranken erkranken, mit dem Weinenden weinen. ("infirmari cum infirmante, flere cum flente"). Sterbebegleitung ist ein geistiges Werk der Barmherzigkeit.

Die Wahrheit der Aufklärung kann sich nach mittelalterlicher Auffassung nicht nur auf Diagnostik und Therapie beziehen oder nur der individuellen Lebenssituation gelten, sondern besitzt einen eschatologischen Sinn. Krankheit und Sterben gehören zur "destitutio" des irdischen Lebens, die Mitteilung der

Krankheit muss mit der Erinnerung an diese Grundgegebenheit und zugleich an die Verheißung der Auferstehung oder „restitutio“ verbunden werden. In bestimmten Situationen soll das Verschweigen der Wahrheit auch ein Zeichen der Barmherzigkeit sein können.

Aufklärung oder Information ist aber nicht nur eine ethische Aufgabe für den Arzt; Ethik gilt für alle Menschen und so auch den Kranken. Den Ärzten nur Pflichten und den Kranken allein Rechte zuzuordnen, ist einseitig und ungerecht. Rechte, Pflichten und Tugenden kommen im Prinzip den Ärzten, Kranken wie Angehörigen zu. Vom Kirchenvater Isidor von Sevilla wird im 7. Jahrhundert Wahrheit im Umgang mit der Krankheit und der Umwelt ausdrücklich auch vom Kranken verlangt: "Die Kranken dürfen sich nicht über die Gesunden und Arbeitenden erheben. Keiner darf wirkliche körperliche Krankheit verbergen, noch eine erheuchelte vortäuschen. Vielmehr sollen die, die arbeiten können, Gott sei Dank sagen und arbeiten; die es nicht vermögen, sollen ihre Leiden zeigen, damit sie in ganz menschlicher Art behandelt werden können" (*Mönchsregel*).

Aufklärung und Einwilligung werden auch in der Literatur und Kunst jener Epoche thematisiert. Die Verkündigung Mariens ist ein Grundthema der Kunst und Literatur. Im Versroman *Der arme Heinrich* (um 1200) von Hartmann von Aue wird eine Organtransplantation beschrieben, zu der es durch den Verzicht des leprösen Heinrich allerdings nicht kommt. Der salernitanische Arzt erläutert dem Mädchen, das sein Herz für den Ritter opfern will, den Eingriff und vergewissert sich seiner freien Einwilligung: "Wenn du stirbst, dich aber nicht aus freiem Willen geopfert hast, dann bist du junges Wesen tot, und es nützt uns leider überhaupt nichts! Deshalb offenbare mir, wie es zu deinem Entschluss kam. Ich sage dir, was mit dir geschehen wird." Aus der Motivation lassen sich nach Auffassung dieses Arztes Schlüsse auf die freie Entscheidung ziehen.

Aufklärung des Kranken wird auch in der Medizin anderer Kulturen oder Religionen aufgegriffen, im Mittelalter ebenfalls in der arabischen Medizin. Der jüdische Arzt und Philosoph Maimonides konstatiert um 1200: "Die Medizin weist nur hin auf das Nützliche und warnt vor dem Schädlichen, zwingt aber nicht zu jenem und straft nicht für dieses." Information wird nicht nur gegeben, sondern muss auch aufgenommen und verstanden werden; wer ihr nicht folgt, wird vom Arzt dennoch behandelt.

IV. Neuzeit

Mit der Säkularisierung der Neuzeit werden die Ideale des Paradieses: ewige Jugend, Gesundheit, Schönheit und Leben verweltlicht; die Medizin soll diese Ideale im Diesseits verwirklichen können. Die religiöse Horizontale der Auferstehung verwandelt sich in die Vertikale des irdischen Lebens. Dieser

Veränderung und dem mit ihr verbundenen naturwissenschaftlich-technischen Progress der Medizin, auf den kaum jemand verzichten möchte, entspricht ein Verlust an Sinngebung von Krankheit, Leiden und Sterben. Die Folgen für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit, Geburt und Tod, für die Ziele der Therapie, für die Arzt-Patienten-Beziehung und damit die Aufklärung des Kranken und Sterbenden sind tiefgreifend.

Thomas Morus und Francis Bacon rechtfertigen in ihren utopischen Entwürfen der Renaissance aktive Euthanasie durch Priester und Beamte, die nach ihnen aber stets Aufklärung und Einwilligung zu beachten haben. "Wen sie damit überzeugt haben, der endigt sein Leben entweder freiwillig durch Enthaltung von Nahrung oder wird eingeschlafert und findet Erlösung. Gegen seinen Willen aber töten sie niemanden, und sie pflegen ihn deshalb auch nicht weniger sorgfältig" (Morus, *Utopia*).

Aufklärung hat auch den Sinn einer Allgemeinbildung. Vor allem die Epoche der Aufklärung setzt sich für diesen übergreifenden Typ der Aufklärung ein und diskutiert das Pro und Contra der Umsetzung auch für die Medizin. Kants berühmte Definition der Aufklärung als „Ausgang des Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit“ wird von dem Mediziner Johann Karl Osterhausen in seiner Schrift *Über Medizinische Aufklärung* (1798) explizit aufgegriffen: "Ausgang eines Menschen aus seiner Unmündigkeit in Sachen, welche sein physisches Wohl betreffen", stellt sich ihm als entscheidendes Ziel. Aufklärung zielt auf Wissen und Selbstverantwortung des gesunden wie kranken und sterbenden Menschen. Populäre Texte dienen diesem Ziel. Der *Gesundheits-Katechismus zum Gebrauche in den Schulen und beim häuslichen Unterricht* (1794) von Bernhard Christoph Faust ist ein typisches Beispiel der Zeit, das bis 1830 in elf Auflagen erscheint.

Konflikte und Kompromisse sind, wovon die Ärzte jener Zeit überzeugt sind, nicht zu vermeiden. Es gibt Situationen, die Einschränkungen und Kompromisse notwendig machen. Nach den Erfahrungen des Mediziners Johann Christian Stark wird der Kranke "oft nach Leib und Seel unglücklich", wenn ihm die Wahrheit vorenthalten wird (*Versuch einer wahren und falschen Politik der Aerzte*, 1784). Vom Arzt muss auch die Freiheit des Patienten, die in der Ablehnung des Wissens der Wahrheit und sogar in der Selbstzerstörung liegen kann, respektiert werden. Die Schweigepflicht soll allerdings aufgehoben werden, wenn andere Menschen gefährdet sind. Das Verschweigen der Diagnose und auch die Weckung von Illusionen können in bestimmten Situationen gerechtfertigt sein; wer heilen will, so der Arzt Friedrich Hoffmann, muss täuschen können: "Qui nescit simulare, nescit curare" (*Medicus politicus*, 1738) Bei gefährlichen Krankheiten schlägt Hoffmann dem Arzt eine Mitteilungsart vor, "aus welcher die Fragenden nicht klug werden, was sie darum schließen sollen." (*Medicus politicus*, 1753). Vom Arzt muss gewissenhaft geprüft werden,

was der Patient wirklich wissen will und vertragen kann. Der drohende Tod soll dem Betroffenen nicht unbedingt mitgeteilt werden. Der englische Medizinethiker John Gregory hält das Verschweigen der Wahrheit dem Patienten gegenüber ebenfalls für erlaubt, nicht aber den Angehörigen gegenüber (*Observations of the duties and offices of the physician*, 1772). Allgemein wird von den Medizinern daran erinnert, dass die Prognose des Todes keine absolute Gewissheit über den Zeitpunkt, sondern nur der Hinweis auf eine hohe Gefährdung bedeuten kann.

Mediziner, Philosophen und auch Schriftsteller greifen wiederholt das Thema der Aufklärung mit unterschiedlichen Plädoyers auf. Vielzitiert aus der Epoche der Klassik ist Goethes Wort im West-Östlichen Divan: "Wofür ich Allah höchlich danke? Dass er Leiden und Wissen getrennt. Verzweifeln müsste jeder Kranke, das Übel kennend, wie der Arzt es kennt.“ Ebenso warnt der Arzt Christoph Wilhelm Hufeland mit der Wendung: "Den Tod verkünden, heißt, den Tod geben, und das kann, das darf nie das Geschäft dessen sein, der bloß da ist, um das Leben zu verbreiten" (*Die Verhältnisse des Arztes*, 1806).

Im 19. Jahrhundert bleibt die Einstellung gegenüber der Aufklärung unter den Medizinern weitgespannt. Der Positivismus beeinflusst mit seiner naturwissenschaftlichen Objektivität auch die Medizin und wirkt sich auf die Vorstellungen der Krankheit, der Therapie und der Arzt-Patienten-Beziehung aus. Aufklärung und Schweigepflicht werden verrechtlicht, in Frankreich durch den *Code Civil*. Viele Ärzte vertreten eine abgestufte und reduzierte Information und dies vor allem bei tödlichen Erkrankungen; diese Einschränkung kann auch auf Angehörige ausgedehnt werden. Der französische Medizinethiker Maximilien Simon will die Aufklärung über tödliche Erkrankungen anderen Menschen als den Ärzten anvertrauen, vor allem damit der Sterbende die Hoffnung nicht verliert: "dans la bouche du médecin les mêmes paroles sont un coup de foudre qui peut briser immédiatement la vie" (*Déontologie médicale*, 1845). Die Auffassung des englischen Medizinethikers Thomas Percivals, dass Verschweigen oder Täuschung im Blick auf das Wohlbefinden und die Hoffnung des Patienten gerechtfertigt seien und keine Lüge darstellten (Code of medical ethics, 1803, ²1827, ³1849) wird vom Ethikkodex der 'American Medical Association' übernommen. Ausdrücklich wird die Information des Patienten dagegen von dem nordamerikanischen Arzt Worthington Hooker gefordert, wenn auch nicht mit dem Gedanken der autonomen Einwilligung verbunden (*Physician and patient*, 1849).

Von negativen Beispielen einer offenen und uneingeschränkten Aufklärung wird in der Medizin wiederholt berichtet. Der Mediziner Theodor Billroth teilt einem wegen seiner Tapferkeit ausgezeichneten Offizier auf dessen Wunsch die volle Wahrheit über seine Krebserkrankung mit: "Der Kranke empfahl sich unter aufrichtigen Danksagungen, verließ das Zimmer und stürzte sich sofort vom

Gangfenster des ersten Stockes herab, wobei er sich tödlich verletzte und beinahe einen Assistenten der Klinik erschlagen hätte" (n. A.v.Eiselsberg: *Lebensweg eines Chirurgen*, 1938).

Aufklärung ist aber nicht einseitig, sondern gilt ebenfalls für den Kranken in seiner Beziehung zum Arzt. Auch im 19. Jahrhundert wird Wahrhaftigkeit vom Kranken dem Arzt gegenüber verlangt. "Nicht bloß der Arzt hat Pflichten gegen den Kranken, sondern auch der Kranke gegen den Arzt, allgemeinmenschliche und besondere", bemerkt der Arzt Christian Friedrich Nasse (*Von der Stellung der Ärzte im Staate*, 1823). Der Kranke hat die Pflicht, den Arzt über sein Leiden wahrheitsgemäß zu informieren, ihm Vertrauen zu schenken und sich an die Therapievorschläge zu halten.

Auch im 20. Jahrhundert bleibt das breite Spektrum unterschiedlicher Auffassungen erhalten; zugleich kommt es zu wichtigen Veränderungen und neuen Initiativen. Zunehmend werden Richtlinien und Anweisungen zur Ethik der medizinischen Forschung erlassen, nach denen – wie ebenfalls für die normale Diagnostik und Therapie - Aufklärung und Einwilligung als zentral erklärt werden. 1900 verschickt das preußische Kultusministerium eine entsprechende *Anweisung an die Vertreter der staatlichen Kliniken und öffentlichen Krankenanstalten*, in der ausdrücklich „sachgemäße Belehrung“ und „unzweideutige Zustimmung“ verlangt werden. 1932 werden vom Innenministerium des Reiches analoge *Richtlinien für neuartige Heilversuche und für die Vornahme wissenschaftlicher Versuche an Menschen* erlassen.

Trotz dieser Erlasse und dieser Entwicklung kommt es während des 3. Reiches zu grausamen Versuchen an Menschen ohne aufgeklärte Einwilligung oder sogar gegen den Willen kranker wie auch gesunder Personen. Diese Missachtung aufgeklärter Einwilligung durch die Forschung findet sich allerdings, was keineswegs ihre Relativierung bedeutet, auch in anderen Diktaturen und ebenfalls in demokratischen Ländern. Der Nürnberger Prozess hat nicht nur diese Verbrechen verurteilt, sondern auch zu weltweiten Deklarationen über Humanversuche geführt.

1957 erscheint zum ersten Mal der Begriff "informed consent" (Gerichtsurteil *Salgo v. Leland Stanford, Jr. University Board of Trustees*). Mit den Deklarationen von Helsinki (1964) und Tokio (1975), denen zahlreiche Deklarationen medizinischer Teildisziplinen folgen, wird die aufgeklärte Einwilligung als entscheidender Voraussetzung der Forschung am gesunden und kranken Menschen gefordert.

III. Dimensionen – Situationen

Aufklärung muss nach den Dimensionen: Diagnose, Ursachen, Prognose, Therapie und sozialpsychologischen Folgen der Krankheit unterschieden werden; abweichend sind jeweils die spezifischen Anforderungen an die Arzt-Patienten-Beziehung; das gilt auch für weitere wichtige Unterschiede: akute, chronische und terminale Erkrankungen; Diagnosemitteilung mit oder ohne Therapiemöglichkeit; Diagnosemitteilung in der humangenetischen Beratung; Aufklärung des kranken Kindes, des Erwachsenen, des psychisch Kranken; prädiktive Diagnostik; Aufklärung der Angehörigen; Aufklärung in medizinischer Forschung.

Wahrheit muss von Richtigkeit, Aufklärung von Information und Beratung unterschieden werden; auch aus diesen Differenzen ergeben sich jeweils besondere Konsequenzen für die Beziehung zwischen Arzt und Patient. Aufklärung kann korrekt informieren, aber die Wahrheit der individuellen Situation des kranken und sterbenden Menschen wie allgemein der *conditio humana*, die Leiden und Tod notwendig einschließt, verfehlen.

Die Bitte um Aufklärung muss stets auf ihren wirklichen Sinn hin überprüft werden. Hinter der diagnostischen Frage kann die äthiologische und hinter dieser im Grunde die prognostische Frage stehen; wichtiger als die Kenntnis der Krankheit ist für den Kranken oft das Wissen um die Überlebenschance. Die Bitte um Aufklärung kann Aufklärung gerade nicht wollen; umgekehrt muss Schweigen aber auch nicht immer Ablehnung der Aufklärung bedeuten. Es gibt das nichts sagende oder ausweichende Wort wie ebenfalls das beredete Schweigen. Der Arzt muss selbst im unmittelbaren und fortgesetzten Gespräch die Bedürfnisse des Kranken, richtig informiert oder in Wahrheit aufgeklärt zu werden, erfahren und ihnen gerecht zu werden versuchen.

Wahrheit oder Aufklärung in der Medizin stehen mit Philosophie, Soziologie, Psychologie und Recht in Verbindung. Aufklärung ist nicht nur eine psychosoziale, sondern vor allem eine ethische Kategorie. Die ethische Begründung kann von unterschiedlichen Prinzipien oder Werten erfolgen. Weltweit gelten zur Zeit als zentral: Nutzen (*beneficence*), Schadensvermeidung (*non-maleficence*), Autonomie (*autonomy*), Gerechtigkeit (*justice*), denen Würde (*dignity*) und Tugend (*virtue*) hinzugefügt werden können. Autonomie spielt für die Aufklärung eine zentrale Rolle, Schadensvermeidung und Würde können eine Einschränkung nahelegen oder rechtfertigen. Wertekollisionen oder abweichende normative Entscheidungen sind möglich und nicht selten die Realität; Ethik in der Medizin heißt deshalb auch die Aufgabe, für abweichende Wertorientierungen einen Minimalkonsens zu finden.

Medizinische Ethik ist philosophische Begründung sittlichen Verhaltens in der Medizin; medizinische Ethik ist keine Sonderethik, wohl aber eine Ethik besonderer Situationen. Das Verhältnis von Ethik und Recht ist komplex. Ethik geht in Recht nicht auf, ist auf Gesetze aber angewiesen. Die Kreise des Rechts und der Ethik überschneiden sich, sind aber nicht identisch und weichen voneinander in der subjektiven Geltung und objektiven Durchsetzung ab.

Neben naturalistischen kommt es immer wieder zu psychologistischen und soziologistischen Fehlschlüssen, d.h. zur Vernachlässigung der sittlichen Autonomie des Menschen. Mit Recht betont dagegen bereits Kant: "Empirische Prinzipien taugen überall nicht dazu, um menschliche Gesetze darauf zu gründen." Dass diese Disziplinen beachtet werden müssen, kann andererseits auch wieder nicht bestritten werden; die Realisierung ethischer Prinzipien vollzieht sich in der Welt der Gefühle, Bedürfnisse und sozialen wie wirtschaftlichen Gegebenheiten.

Ohne Aufklärung und Einwilligung bedeutet therapeutisches Handeln für das geltende Recht in der Bundesrepublik eine Körperverletzung - eine Sichtweise, die bei vielen Ärzten wegen der Vernachlässigung der unzweifelhaft humanen Motivation ihres Tuns auf Unbehagen oder Unverständnis stößt. Aufklärung und Einwilligung entfalten sich in einer sozialen Situation und verlangen psychologische und kommunikative Fähigkeiten vom Arzt wie aber auch vom Patienten; sie entsprechen darüber hinaus etabliertem Brauch seit Jahrhunderten, sind Gebote der medizinischen Standesethik. Aufklärung und Einwilligung garantieren, was oft übersehen wird, aber an sich noch nicht ethisches Niveau; sie können sich auch auf unmenschliche oder illegale Inhalte beziehen. Im Grunde müsste deshalb genauer von 'moral and legal informed consent' gesprochen werden.

Stimulierend sind weiterhin für das Verständnis der Aufklärung und Information die entsprechenden Darstellungen und Deutungen der Literatur, Philosophie und Theologie. Dostoevskij läßt den lungenkranken Ippolit im *Idioten* (1868/69) die "schneidende Gefühllosigkeit und Offenheit" der Ärzte in ihrer Aufklärung beklagen. Bei Schnitzler verteidigen Ärzte in *Professor Bernhardt* (1912) die Lüge gegenüber dem Pfarrer: "Übrigens ist gerade das manchmal der schwerste und edelste Teil unseres Berufes." Aufklärung stellt an Arzt und Kranken große Anforderungen. In Hemingways Roman *In einem anderen Land* (1929) meint der Arzt zu Frederic Henry, den er über den Tod seiner Geliebten an den Folgen der Geburt informiert hat: "Ich weiß man kann nichts sagen. Ich kann Ihnen nichts sagen." Für den Arzt und Schriftsteller Peter Bamm bedeutet die Mitteilung des bevorstehenden Todes an den Sterbenden die Verbannung "auf die Insel der Verlorenheit" (ex ovo, 1956). Von Jakob Böhmes Mahnung: "Du musst manchen Tod zuvor sterben, wenn dir der letzte glücken soll" kann ein Bogen zu

Rilkes Bitte geschlagen werden: "O Herr, gib jedem seinen eignen Tod. Das Sterben, das aus jenem Leben geht, darin er Liebe hatte, Sinn und Not."

Heidegger will die Analyse des Todes in *Sein und Zeit* (1927) für Ärzte geschrieben haben. Der Sterbende soll über seinen Tod aufgeklärt und nicht über den Ernst der Situation getäuscht werden. Der Arzt und Philosoph Karl Jaspers, der im Rahmen seiner Philosophie dem Prinzip der Wahrheit einen hohen Rang einräumt, verlangt zugleich vom Arzt Zurückhaltung, wenn beim Kranken die notwendigen Voraussetzungen nicht gegeben sind: "Anspruch auf Wahrheit hat nur der Kranke, der fähig ist, die Krankheit zu ertragen und mit ihr vernünftig umzugehen." (*Die Idee des Arztes und ihre Erneuerung*, 1953). Aufklärung kann nach dem Theologen Helmut Thielicke nicht nur "als taktisch-psychologisches Problem des Mitteilens oder Verschweigens" aufgefasst, sondern muss als "Relation - vor allem des Arztes - zur Wahrheit" sowie als "Kommunikation des ärztlichen Menschen mit dem kranken Menschen angesichts der Wahrheit" (*Theologie*, 1955), verstanden werden.

Die Urteile der Ärzte sind weiterhin ambivalent und hängen immer auch von der jeweiligen Dimension ab, die zur Diskussion steht (Diagnose, Ätiologie, Prognose, Therapie, psychosoziale Folgen). Den Plädoyers für das Verschweigen oder die Einschränkung der Wahrheitsmitteilung steht das Eintreten für Offenheit gegenüber. Der Mediziner Albert Krecke lehnt die Aufklärung bei infauster Prognose ab: "Auf Grund einer langen Erfahrung bin ich zu der festen Überzeugung gekommen, dass einen wirklich Krebskranken die Art seines Leidens unter keinen Umständen mitgeteilt werden darf" (*Vom Arzt und seinem Kranken*, 1932). Zu dieser Auffassung gelangt auch Max Mikorey - auf Grund allerdings eines naturalistischen Fehlschlusses: "Wenn die Natur nun selbst am toten Punkt des Lebens schweigt und lügt, sagt dann der Arzt als minister naturae wirklich die Wahrheit, wenn er diese Lügen der Natur dementiert und für den Sterbenden und Todgeweihten das Inkognito des Todes zerstört? So paradox es klingen mag: Aus der Perspektive des hippokratischen Arztes bedeutet an der Schwelle des Todes schweigen und lügen: Die Wahrheit sagen!" (*Der Arzt und die letzten Dinge*, 1955).

Anthropologische oder geisteswissenschaftlich orientierte Ärzte wie Viktor von Weizsäcker, Karl Jaspers, Viktor Emil von Gebattel, Wolfram Siebeck setzen sich dagegen für die 'Wahrheit am Krankenbett' ein, machen die Aufklärung aber stets von der personalen oder existentiellen Beziehung zwischen Arzt und Patient abhängig. Der elementar sympathischen Stufe der Anteilnahme und anschließenden notwendig neutralen Entfremdungsstufe in Diagnostik und Therapie folgt nach von Gebattel die Stufe der Partnerschaft oder personalen Beziehung, auf die letztlich die 'Wahrheit am Krankenbett' bezogen ist, die als informed consent der Diagnose und Therapie vorgeschaltet sein muss. Information ohne diese tragende Basis trägt nach Jaspers notwendig inhumane

Züge: "Jetzt aber wird Verschweigen so schuldhaft wie Sprechen, wenn es ohne Schicksalsgemeinschaft und ohne geschichtliches Bewusstsein nach bloßem Verstande geschieht." Auch Eugen Ansohn fordert in seiner grundlegenden Schrift *Wahrheit am Krankenbett* (1965, ²1978) eine "ärztliche Sterbehilfe, die wirklich sterben hülfe."

Das Bedürfnis nach Information und Aufklärung scheint beim modernen Patienten nach zahlreichen empirischen Befragungen in jedem Fall aber größer als in der Vergangenheit geworden zu sein. Immer wieder klagen Patienten, dass sie von ihren Ärzten nicht zur rechten Zeit und auf die rechte Weise aufgeklärt werden, während die Ärzte nicht selten davon überzeugt sind, ihre Kranken angemessen über ihre Krankheit zu informieren und einfühlsam zu unterstützen.

Wie immer die empirischen Befragungen über das Bedürfnis nach Aufklärung bei gesunden, kranken und sterbenden Patienten auch ausfallen, entscheidend bleibt der einzelne Kranke. Medizinische Ethik ist kein Produkt der Statistik. Wohl und Wille des Kranken sind die höchste Richtschnur: "salus ex voluntate et voluntas pro salute." Alternativen und Oppositionen sind oft unsinnig. Aufklärung sollte ein abgestuftes Angebot zwischen uneingeschränkter und eingeschränkter Information sein - bezogen auf die Situation und Persönlichkeit des Kranken, verwirklicht im Kontakt, im Gespräch zwischen Arzt und Patient. Wie weit auf den Stufen dieser Treppe hinaufgeschritten wird, sollte im Prinzip vom Kranken und Sterbenden bestimmt werden.

IV. Perspektiven

Aufklärung ist ein fundamentales Gebot der Medizin, zentral für die Beziehung zwischen Patient und Arzt, im Spektrum zwischen diagnostischer Information und Solidarität in der Wahrheit der Situation. Die Beziehung des Arztes zum Patienten wird in diesem Wahrheitsverständnis von Aufklärung zu einer personalen Verbundenheit – in den Worten von Karl Jaspers: "Existenz für Existenz, vergängliches Menschenwesen mit dem anderen, im anderen und sich selbst die Würde und die Freiheit zum Sein bringend und als Maßstab anerkennend" (*Philosophie*, 1932).

Viele Fragen und Aufgaben stellen sich noch für die Zukunft. Spezifische Sonderbereiche verlangen nach weiterer analytischer Vertiefung: Aufklärung in der Pädiatrie, Transplantationsmedizin, Notfallmedizin und Psychiatrie; Aufklärung vor der Aufklärung in der Humangenetik; Protokollierung und Dokumentation der Aufklärung; besondere Bedingungen der Aufklärung in der medizinischen Forschung an gesunden und kranken Menschen; Recht auf Nichtwissen; Datenschutz und Schutz der Mitmenschen; Aufklärung schließlich als Thema der universitären Ausbildung.

Angesichts der modernen Lebenswirklichkeit und vor allem angesichts des naturwissenschaftlich-technischen Fortschritts stellt sich schließlich auch im Blick auf das Thema Aufklärung in der Medizin die Frage nach der Notwendigkeit einer neuen Ethik. In den Prinzipien bedarf es wohl keiner neuen Ethik; unüberholt ist die Maxime der Kantischen Ethik: "Handle so, dass du die Menschen sowohl in deiner Person als in der Person eines jeden anderen jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst." Notwendig sind aber neue Umsetzungen in die Realität, neue juristische Regelungen und vor allem immer wieder die Bereitschaft und die Fähigkeit jedes einzelnen Menschen, sich diesen Prinzipien gemäß zu verhalten.

Aufklärung des Kranken erweist sich nicht nur als ein Thema der Theorie, sondern vor allem der Praxis; an diesem Thema manifestiert sich zugleich das Eingebundensein der Medizin in Gesellschaft und Kultur. In dieser Perspektive geht ärztliche Information in die allgemeine Solidarität mit dem leidenden Menschen über - im Bewusstsein der Endlichkeit des Lebens wie der Grenzen der Medizin, wovon bereits im hippokratischen Aphorismus die Rede ist: "Die Kunst ist schwierig, das Leben kurz" ("ars longa, vita brevis").

Literatur

Ansohn, E.: Die Wahrheit am Krankenbett, München 1965, ³1978, holl. Nijmegen 1968.

Beauchamp, T.L., u. R.R. Faden: History of informed consent, in: W.T. Reich, Hg.: Encyclopedia of Bioethics, Bd. 3, New York ²1995, S. 1232-1238.

Demling, L., u. H. Flügel: Wie steht der Patient zur Aufklärungspflicht des Arztes? Ergebnis einer Umfrage, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 100(1975) 1587-1589.

Elkeles, B.: Die schweigsame Welt von Arzt und Patient. Einwilligung und Aufklärung in der Arzt-Patienten-Beziehung des 19. und frühen 20. Jahrhunderts, in: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 8(1989) 63-91.

Engelhardt, D.v., Hg.: Ethik im Alltag der Medizin. Spektrum der medizinischen Disziplinen, Heidelberg 1989.

Faden, R.R., u. T.L. Beauchamp: A history and theory of informed consent, New York 1986.

Katz, J.: The silent world of doctor and patient, New York 1984.

Köberle, A.: Die Wahrheitsfrage am Krankenbett, in: Wege zum Menschen (1959) 20ff.

Raspe, H.H.: Aufklärung und Information im Krankenhaus, Göttingen 1983.

Rosoff, A.J.: Informed consent, London 1981.

DIE PSYCHOLOGISCHE BEGLEITUNG STERBENDER UND IHRER ANGEHÖRIGEN

Dr. Sabine Abram

1. Sterben als ein Stück Leben

Das Sterben ist die letzte Lebensphase, die der Mensch durchlebt. Es ist ein beschwerlicher Weg, den er zurücklegen muss, ihm dabei beizustehen, bedeutet ein Stück Lebenshilfe zu leisten.

Kübler-Ross (1), die eine große Anzahl todkranker Menschen beobachtet hat, machte mehrere Stadien des Sterbens ausfindig. Demnach reagieren die Menschen in einer ersten Phase mit Schock oder Ungläubigkeit, was Sekunden oder Tage dauern kann. In der Phase 2 stellt sich tiefe Betroffenheit ein, heftige Gefühlsstürme überwältigen den Sterbenden und entladen sich gegen Außenstehende, z.B. als Schuldvorwürfe gegen Angehörige und Ärzte, als Zorn gegen Gott. In Phase 3 wird dann der verzweifelte Versuch unternommen über eine Lebensverlängerung zu „verhandeln“, was sich bald als aussichtslos erweist und zu Phase 4 führt mit resignierter und depressiver Stimmung. Erst danach kommt die letzte und 5. Phase, die endgültige Hinnahme des Unabwendbaren, das sich Loslösen aus allen Bindungen.

Die typischen Trauerphasen finden sich nicht bei allen Todkranken und die Reihenfolge ist unterschiedlich, aber ihre Kenntnis kann helfen, das Wechselspiel unterschiedlicher Gefühle und Verhaltensweisen schwerkranker Menschen besser zu verstehen.

2. Das soziale Umfeld

Die emotionale Stabilität des Todkranken ist zu einem großen Teil davon abhängig, wie gut er sozial eingebunden ist (2). In erster Linie geht es um die Familienangehörigen, aber auch um Freunde, Hausarzt und Stationsteam, sie alle können dem Patienten viel Rückhalt geben, wenn sie ihn mit Anteilnahme und Einfühlungsvermögen begleiten. Eine wichtige Voraussetzung dabei ist die ehrliche Aufklärung über die medizinische Wahrheit und die Offenheit für die Trauer des Patienten.

Auch Kinder, die eine tödliche Erkrankung haben, sollen entsprechend ihrem Entwicklungsstand darüber aufgeklärt werden. Zentral ist das Gespräch und das aktive Zuhören, das die Sprachlosigkeit überwindet. Eine wirkungsvolle Maßnahme ist auch die Einbeziehung der Angehörigen in den täglichen

Betreuungsprozess: sie erleichtert dem Sterbenden die beschwerliche Erfahrung und verringert das Gefühl der Hilflosigkeit bei den Angehörigen.

3. Zu Hause sterben

Umfragen haben ergeben, dass mehr als 90% der Menschen sich wünschen zu Hause zu sterben, aber nur 10% sterben in den eigenen vier Wänden (3) Um diese Auseinanderklaffen von Wunsch und Realität zu verringern, sollen die Erkenntnisse der palliativen Medizin und die Erfahrungen der Hospizbewegung mehr eingesetzt werden. Laut diesen stehen die Wünsche des sterbenden Menschen im Mittelpunkt. Ein Team aus Fachleuten und Laienhelfern kümmert sich kontinuierlich um den Todkranken und seine Angehörigen. Dies kann in einem Hospiz geschehen oder in einem ambulanten Dienst, der den Sterbenden in den eigenen, vertrauten vier Wänden betreut und wo der Vertrauensarzt eine wichtige Rolle spielt. Wenn es nicht möglich ist, den Sterbenden aus dem Krankenhaus zu entlassen, dann sollte sich das Krankenhaus die Hospizidee zu eigen machen indem z.B. der Sterbende in ein Einzelzimmer verlegt und den Angehörigen der größtmögliche Kontakt eingeräumt wird.

4. Die Angehörigen unterstützen

Die Angehörigen brauchen ihrerseits Unterstützung und Verständnis für die psychische Belastung, unter der sie stehen. Analog dem Sterbeprozess des Patienten kann bei ihnen die Trauer über den bevorstehenden Verlust mit ähnlichen Phasen des Schocks, der Aggression, der Depression und der Annahme ablaufen. Daher sollte auch mit den Angehörigen einfühlsam umgegangen werden; es hat sich erwiesen, dass dies auf die Trauerarbeit nach dem Tod positiv auswirkt (2).

5. Ars dimittendi

Der Arzt, dessen Ausbildung darauf ausgerichtet ist, Leben zu erhalten, muss den Übergang von der kurativen (ars curandi) zur palliativen Betreuung (ars dimittendi) bewusst vollziehen und den Tod zulassen (4). Die Begleitung eines Sterbenden und das Abschiednehmen kann auch für ihn zu einer psychischen Belastung werden. Durch die offene Besprechung im Team und in einer Supervisionsgruppe kann er die eigenen Erfahrungen reflektieren und Entlastung erfahren. Oft bleibt der Arzt auch nach dem Tod noch eine wichtige Bezugsperson für die Hinterbliebenen und muss auch hier wieder die Mitte finden zwischen Abstand halten und Sich- in-die-Lage-des-anderen-versetzen.

Literaturangaben:

1) Kübler-Ross, Elisabeth: Leben, bis wir Abschied nehmen, Stuttgart 1979

- 2) Käsler-Heide, Helga: Diagnose: Tod und Sterben, Berlin 1999)
- 3) Staberoh, Angela: Ich möchte einmal zu Hause sterben, Stuttgart 2000
- 4) 4) Jens, Walter Küng, Hans: Menschenwürdig sterben, München 1995

DIE PFLEGE VON MENSCHEN IN IHRER LETZTEN LEBENSPHASE

Erna Mur Hofmann

Schwerpunkte in der Pflege Sterbender

Pflegende haben eine große ethische Verantwortung bei der Begleitung sterbender Menschen. Die Rückbesinnung auf Grundlagen ethischer Prinzipien und die Befähigung dazu ergibt sich aus der täglichen Arbeit, aus der Erfahrung und aus dem Bestreben, diese Erfahrung zu reflektieren.

Als Grundbegriffe der Ethik gelten die Prinzipien der Autonomie, der Gerechtigkeit, des Nutzens und der Schadensvermeidung, welche für die Beurteilung des Handelns eine maßgebende Orientierung darstellen.

Betrachten wir die Pflege schwerstkranker Menschen, so geht es hier um die Achtung der Autonomie und der Fürsorge, die gleichermaßen gültige Grundforderungen sind, die sich wechselseitig beanspruchen und fordern. Fragen, die mit dem Sterbeprozess und mit dem Tod zusammenhängen, sind gleichsam eine Suche nach Perspektiven einer Ethik, die das individuelle Leben verlangt. Es ist die Suche nach Möglichkeiten, das Wohl und den Willen des Kranken zu beachten. Nicht nur in der individuellen Begleitung Schwerkranker stellt sich uns diese Frage, in dieser Situation wird sie oft zum drängenden Problem. Wir müssen wissen, was dem Menschen seinen besonderen Wert verleiht, darin besteht die Kunst der Sterbebegleitung.

Das bedeutet nicht funktionelles Handeln in der Routine, sondern ein Denken und Handeln in einer interdisziplinären Zusammenarbeit, bei der sich die Pflege an den Bedürfnissen der Patienten orientiert. Symptomkontrolle, Integration der Angehörigen, Empathie und Gesprächsbereitschaft stellen dabei besondere Begleitschwerpunkte dar. Es geht darum, Bewusstsein dafür zu wecken, wie wichtig es ist, schwerkranke Menschen darin zu unterstützen, was sie nach eigenen Aussagen wirklich möchten. Fortschritte in der Medizin sind stets zu begrüßen, sie verpflichten uns aber auch, die Grenzen ihrer Anwendung zu bedenken. So sollte jede Behandlung in erster Linie dem Patienten, aber auch dem betreuenden Pflegepersonal und den Angehörigen zumutbar sein. Nicht jede Behandlungsmöglichkeit ist in der speziellen Situation eines Patienten angebracht. Für ihn ist eine Behandlung dann zumutbar, wenn der Beginn des Sterbeprozesses nicht akzeptiert wird und unberücksichtigt bleibt.

Die Art und Weise von Menschen mit Krankheit, Sterben und Tod umzugehen, aber auch ihre Möglichkeit, bei der Auseinandersetzung mit diesen existentiellen Herausforderungen auf Hilfe von außen zurückzugreifen, werden durch ihren

sozio-kulturellen Hintergrund und den eigenen Lebensstil entscheidend beeinflusst. Dabei ist zu bemerken, dass die PatientInnen über Bewältigungsmuster verfügen, mit denen sie im Allgemeinen ihren bisherigen Alltag bewältigten und diese Ressource sollte weitgehend gefördert werden. Patientenautonomie bedeutet in diesem Sinne, den Menschen in seinem sozialen, kulturellen und historischen Lebenszusammenhang zu begreifen.

Nur wenige Menschen haben bereits Vorerfahrung mit schwerer Krankheit und Sterbebegleitung. Es mangelt ihnen folglich an einer gesicherten Basis für Entscheidungen, wodurch sie auf eine Unterstützung angewiesen sind. Diese Tatsache wiederum sollte Pflegende davor bewahren, in den traditionellen Paternalismus, die gut gemeinte Fremdbestimmung zurückzufallen. Selbst qualifiziertes und hoch motiviertes Personal steht in Gefahr, immer wieder der Routine zu verfallen, die Perspektiven unter zu bewerten und somit die PatientInnen mit ihren Bedürfnissen, aber auch mit ihren individuellen Möglichkeiten aus den Augen zu verlieren. Um dieser Entwicklung zu begegnen, ist von den Mitarbeitern, die sich Schwerkranken widmen, ein hohes Maß an kontinuierlicher Aufmerksamkeit und Flexibilität sowie Lernbereitschaft gefordert. Humane Pflege fordert keinen grenzenlosen Einsatz des Einen für den Anderen, sondern ist getragen vom Sich-Einlassen auf Risiken und Schwierigkeiten und davon, dass beide sich in dieser Herausforderung nicht fallen lassen.

Die Kommunikation

Die Form der Kommunikation mit Sterbenden beschränkt sich nicht ausschließlich auf das Gespräch, es geht vielmehr um ein aufmerksames Wahrnehmen, ein genaues Hinsehen und Hinhören auf das, was der Kranke wirklich braucht und will. Hieraus erwächst dem Sterbenden Sicherheit und Trost. Dies bedeutet, dass ein Beistand in dieser Phase des Lebens eine die Person transformierende Wirkung hat, in ihm wurzelt die Würde des Sterbenden und das Ethos des Pflegenden.

Kommunikation und Interaktion zwischen PatientInnen und Betreuungsteam sind das tragende Element der Orientierung. Pflegende brauchen dazu eine hohe Sensibilität für Zuwendung, Verstehen, Aufmerksamkeit und Resonanz.

Damit wird deutlich, dass Schwerkranke mehr als körperbezogene und technikorientierte Versorgung benötigen. Was sie in erster Linie brauchen, ist die Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit einem für sie lebensbedrohlichen Zustand. Ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen können dazu eine vertrauensbildende Basis bilden.

Die Art und Weise, wie Kommunikation in der letzten Lebensphase verläuft, kann als entscheidende Größe für die Lebensqualität bezeichnet werden. In dieser

Phase kann die Fähigkeit zu sprechen und sich auszudrücken stark eingeschränkt sein. Selbst in den Phasen, wo keine Willensäußerungen mehr möglich sind, gewinnt das nonverbale Verhalten als subtilste Ausdruckform an Bedeutung. So empfangen komatöse Menschen Signale und geben körperliche Informationen. Um diese zu verstehen, müssen sie sehr genau beobachtet werden.

Auch nonverbal geäußerte Schmerzen müssen als Reaktion eingeordnet werden. Sehr häufig sind Wahrnehmungsstörungen aufgrund körperlicher oder psychischer Bedingungen in ihrer Differenzierung eine Beeinträchtigung in der Kommunikation. So gehen viele Erkrankungen auch mit Wesensveränderungen einher, diese verändern die Fähigkeit sich angemessen mitzuteilen. Es sollte deutlich werden, dass gerade fortschreitende Krankheiten mit unterschiedlichen Symptomen einhergehen.

Daneben kann häufig beobachtet werden, dass sich Sterbende einer besonderen Symbolsprache bedienen können, die in Bildern, Signalen und Zeichen zum Ausdruck kommt. Angehörige tragen wesentlich zur Verständigung bei, da sie die Zusammenhänge der Symbolsprache aus dem sozialen Kontext besser verstehen können. Das bedeutet, dass die Kommunikation zwischen Angehörigen und Mitarbeiterteam das Vertrauen fördernd in verständlicher Art und Weise vermittelnd wirken soll. Aufgrund der Herausforderungen, denen Angehörige vor allem in akuten Situationen gegenüberstehen, ist es entscheidend, die Informationsübermittlung schrittweise zu geben, um auch auf Ängste, Sorgen und Nöte eingehen zu können.

Gute Kommunikation ist charakterisiert durch Offenheit und Sensibilität auf die Bedürfnisse anderer zu antworten. Berührungängste im Kontakt mit Sterbenden würde die Interaktion behindern. Das setzt bei der Pflegeperson voraus, ihren bewussten Standpunkt zum Leben und Sterben zu gewinnen. Krankenpflege beinhaltet nicht nur die materielle Hilfe, sondern fordert die freie Zuwendung an die ganze Person in ihrem sozialen Kontext.

Die Palliativmedizin und Pflege

Palliativmedizin wird laut Weltgesundheitsorganisation WHO definiert als die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist.

Die Ethik der Palliativmedizin und Pflege beschränkt sich keineswegs nur auf Fragen des Sterbens, sondern beschäftigt sich mit der Lebensintegrität in ihrer Gesamtheit. Eine gute Palliativmedizin und Pflege ist nur dann möglich, wenn menschliche und fachliche Kompetenz sich in einer multidisziplinären Zusammenarbeit ergänzen. Zu den Hauptaufgaben gehören eine angemessene Schmerztherapie und Symptomkontrolle, die Integration der psychischen und sozialen Bedürfnisse, sowie die Anleitung und Stützung der Angehörigen. Grundlegende Elemente basieren auf der Früherkennung, der optimalen

Evaluation und der therapeutischen Anleitung, eigene Kräfte und Möglichkeiten zu nutzen. Die Kontinuität dieser Behandlung kann mit Hilfe von zusammenarbeitenden Strukturen mehr Sicherheit vor unvorhersehbaren Komplikationen bieten.

Schmerztherapie

Wenn wir erklären wollen, was Schmerz ist, stehen wir vor der Schwierigkeit, etwas Unfassbares zu beschreiben. Es ist unmöglich eine Beschreibung abzugeben, ohne Information von einem Patienten über seine Anamnese zu erhalten. Es ist das Entscheidende auf die Angaben des Patienten zu hören. Schmerzen entstehen im Körper und in der Seele. Eine genaue Kenntnis der physiologischen Prozesse lässt erkennen, dass Schmerzen von vielen Faktoren, nicht nur von den Impulsen an den Rezeptoren beeinflusst werden können.

Die Schmerztherapie basiert weitgehend auf der Erfahrung und Beobachtungsgabe der Ärzte und des Pflegepersonals, wann und in welcher Dosierung Schmerzmittel verabreicht werden. Gerade im Blick auf symptombelastete Menschen stellt sich die Frage, welchen Beitrag die Pflege zur besseren Schmerzbekämpfung beitragen kann. So ist in der Schmerztherapie die Ergründung der Schmerzursachen bei der Auswahl der geeigneten Schmerzmedikation unerlässlich. Wie Erfahrungen zeigen, eröffnet eine adäquate Therapie die Möglichkeit für eine zumindest zeitweilige Beschwerdefreiheit.

Die Auswirkungen von Schmerzen auf die gesamte Befindlichkeit, einhergehend mit Einschränkungen der Mobilität, führen häufig auch zur sozialen Isolation und Vereinsamung. Schmerzen sind vor allem bei Tumorerkrankungen das häufigste Symptom, die gesamte Wahrnehmung kann davon beeinträchtigt sein, wobei andere Dimensionen des Lebens regelrecht verschüttet werden können. Dies lässt die Bedeutung einer ausreichenden Schmerztherapie erkennen, gleich ob sie bei Patienten zu Hause oder in stationären Einrichtungen erfolgt. Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat Richtlinien zur Therapie für Patienten mit Tumorschmerzen erarbeitet, die inzwischen allgemein anerkannt sind.

Symptomkontrolle

Patienten mit Erkrankungen, die zum Tode führen – im terminalen Stadium – leiden unter Symptomen wie Atemnot, Übelkeit und Erbrechen, Fieber und Mundtrockenheit.

Es handelt sich hierbei um Symptome, die sich Kräfte raubend auf die Befindlichkeit der Patienten auswirken und die Linderung aus ärztlicher und pflegerischer Sicht erfordern.

So ist die **Atemnot** ein zweifaches Phänomen, zum einen die Wahrnehmung der Atemnot und zum anderen die Reaktion des Patienten auf die Atemnot, die von Angst und Beklemmung begleitet sein kann. Palliativmedizinische Maßnahmen zielen darauf ab, sowohl die Wahrnehmung, als auch die Verarbeitung der

Atemnot zu beeinflussen. Kompetente Begleitung ist ein wichtiges Grundelement der Betreuung, wobei die Ausstrahlung von Ruhe und Sicherheit wichtig sind.

Übelkeit und Erbrechen sind bei PatientInnen mit fortgeschrittener Tumorerkrankung Symptome, die häufig auftreten. Die Ursachen dafür können unterschiedlich sein. Diese sollten bei der Behandlung stets berücksichtigt werden, auch wenn in bestimmter Weise nur die Symptombehandlung als Linderung möglich ist. Hinzu kommt die oft rasche Änderung der Problemsituation, die ein flexibles Handeln erforderlich macht.

Ernährung und Flüssigkeitszufuhr werden in einem eigenen Beitrag behandelt.

Der Mund ist ein sensibles Organ. Hier wird Speichel produziert, die Verdauung von Essen und Trinken beginnt und die Reflexe von Saugen, Husten und Schlucken werden koordiniert. Häufig wechseln die PatientInnen mit fortschreitender Erkrankung von der Nasenatmung zu einer offenen Mundatmung. Diese bedingt Mundtrockenheit, Wunden und häufig Infektionen. Das ist wiederum die Ursache für Missempfindungen, Schmerzen und fehlendes Interesse an Essen und Trinken. Der Pflege kommt dabei die wichtige Aufgabe zu, das Durstempfinden und die Mundtrockenheit durch regelmäßiges Befeuchten zu lindern.

Ein weiteres zentrales Thema ist die **Lagerung** der PatientInnen, die Vermeidung von Folgeschäden und die Beurteilung des Hautstatus an druckempfindlichen Stellen. Der Patient ist in dieser Phase nicht mehr im Stande sich selbst zu lagern, daher erfolgt ein Lagewechsel in regelmäßigen Abständen.

Der umfassende Bereich der Palliativmedizin müsste in der **Ausbildung** des Pflegepersonals differenzierte Unterrichtsphasen vorsehen, die fachübergreifend einen integralen Bestandteil der Ausbildung darstellen. Von zentraler Bedeutung ist die Vermittlung von Ethik in der Ausbildung. Ethik ist lehr- und lernbar, denn ethisches Denken und Beziehungsfähigkeit gehören im selben Maß wie fachliches Wissen zur Kompetenz professionell pflegerischen Handelns.

Die Herausforderung des plötzlichen Todes

Das Sterben als fundamentaler Lebensbestandteil kann in jeder Lebensphase eintreten. Denken wir an die vielen Betroffenen dieses plötzlichen traumatischen Ereignisses, an Angehörige, die völlig unerwartet von diesem Schicksal getroffen werden. Was das plötzliche Eintreten einer lebensbedrohlichen Situation, was das Sterben für diese Menschen bedeutet, das lässt sich schwer in medizinisch-wissenschaftlicher Sprache beschreiben. Man kann medizinisch exakt bestimmen, worin der Zustand des Hirntodes oder des Wachkomas besteht. Was es aber praktisch bedeutet, in eine solche Lage zu geraten, wie dieser Zustand von Angehörigen, Pflegenden und Ärzten der Hirntoddiagnostik erfahren wird und worin seine herausfordernde Problematik besteht, das ist auf diese Weise nicht zu erfassen. Dazu ist die wissenschaftliche Sprache in die primäre humane Sprache zurück zu übersetzen. Die besonderen Anforderungen der

Notfallmedizin konzentrieren sich auf die begrenzte Zeit und auf die Begrenzung diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten.

Die Frage nach der Chance zur Rettung des Patienten beantwortet sich in zweifacher Weise:

Zunächst einmal die Möglichkeit zur Überbrückung eines lebensbedrohlichen Zustandes.

Zweitens die Möglichkeit der Stabilisierung und das Einsetzen körpereigener Mechanismen, die einen Heilungsvorgang anzeigen, unterstützt von Initiativen der Frührehabilitation.

Es gibt die Herausforderung zwischen der technischen und der klinischen Zuordnung am Patienten und der ebenso notwendigen empathischen Zuwendung als Beziehungsaufbau zu den Angehörigen, welche als humane Grundlage vieles zu tragen vermag.

Dem Todkranken helfen bedeutet, sich ihm widmen, ihn nicht in dieser letzten Station seines Lebens alleine zu lassen. Es gibt Situationen, wo Worte nichts mehr erreichen, dort bleibt die solidarische Anteilnahme als Zeichen des Beistandes.

Der Beistand als Form der Begleitung

Der Mensch verliert in keiner Situation das Recht auf Pflege, die Anteil nimmt, wenn sie gezielt und bewusst Menschen begleitet, und wenn sie die Sprache dieser Menschen zu verstehen sucht.

Die Begleitung Sterbender gehört seit jeher zur Erfahrung wirklichen Lebens und sie gehört zur Kultur menschenwürdigen Sterbens. Wer einen Menschen wirklich begleitet und die Verwandlung miterlebt hat, die da im Sterben geschieht, kann sich nicht für aktive Sterbehilfe einsetzen.

Das Sterben ist eine fundamentale, existentielle Erfahrung für den Patienten, die Geist, Seele und Körper in einem letzten Entwicklungsprozess gleichermaßen betrifft. Es geht darum, das Sterben für alle Betroffenen begehbar zu machen, auch für die Angehörigen. Die spirituellen Kräfte, innere Bilder und Werte eines Menschen sind eine bis zuletzt vorhandene und ansprechbare Ressource.

Die Muster des Abschiednehmens, die ein Mensch sich im Laufe seines Lebens angeeignet hat, beeinflussen weitgehend sein Empfinden, wenn er schwer krank und sterbend ist. Abschiednehmen von Menschen, Orten, Dingen, den Erwartungen und Hoffnungen ist lebensbegleitend. Die Muster des Abschiednehmens schließen die individuelle Art der Bedeutung und der Umsetzung von Wahrhaftigkeit, der Lösungsorientierung und des Sozialverhaltens mit ein.

Wir leben heute in einer multikulturellen Gesellschaft, vielfach bedingt durch die Migration. Die Interkulturalität und damit auch die Interreligiösität verweist auf die Unterschiede zwischen den Menschen. Diese Unterschiede drücken sich auch in verschiedenen Sterbekulturen aus, die stark von religiösen Weltanschauungen geprägt sind. Will man Bedingungen für ein menschenwürdiges Sterben schaffen,

so ist auf kulturelle und weltanschauliche Differenzen zwischen den Menschen zu achten, was immer Sensibilität und Offenheit seitens der Betreuenden fordert. Es geht auch hier um einen Verständnishorizont, der offen bleibt für die Bedürfnisse des jeweiligen Menschen.

Zuhause Sterben

Der Gedanke an das persönliche Zuhause birgt für viele Menschen die Hoffnung auf Geborgenheit und autonomer Lebensgestaltung. Zu Hause lebt der sterbende Mensch unter Bedingungen, die er in seinem bisherigen Leben geschaffen hat. Jeder Mensch drückt im Sterben die Individualität seines Lebens aus.

Aufgrund veränderter gesellschaftlicher Bedingungen versterben die meisten Menschen in Krankenhäusern oder Altersheimen. Sei es, weil es die ungeeignete Wohnsituation nicht zulässt, weil weder Angehörige noch Bekannte Unterstützung geben können und letztlich weil gravierende medizinische oder pflegerische Gründe der häuslichen Pflege entgegenstehen.

Wesentliche Voraussetzung für die Betreuung Sterbender zu Hause ist die Bereitschaft der Familie und Bezugspersonen dazu. Pflegende Angehörige brauchen Verständnis und fachliche Unterstützung, um sich der Aufgabe stellen zu können. Anders als in vorgegebenen Stationsabläufen ist es bei der häuslichen Versorgung so, dass sich Pflegende an ungewohnten Lebensordnungen orientieren müssen. Gefordert sind Respekt und Achtung vor der individuellen Lebensgestaltung und dies sollte Helfer davor bewahren, persönliche Lebenskonzepte zu übertragen. Auch ist zu bemerken, dass eine unkoordinierte Aneinanderreihung von Versorgungsangeboten als Antwort auf die Herausforderung zu Hause zu sterben nicht ausreicht. Eine Aufsplitterung von Diensten kann weder Stabilität noch Kontinuität garantieren.

Als sehr belastend beschreiben Angehörige unvorhergesehene Komplikationen und die kontinuierliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Oft wird berichtet, dass Sterbende in letzter Minute in ein Krankenhaus eingewiesen werden. Die Mitarbeiter der Hauskrankenpflege machen zunehmend die Erfahrung, dass es besser gelingt die schwierige Situation zu meistern, wenn Angehörige über mögliche auftretende Komplikationen informiert sind und über das Sterben ein offener Dialog möglich ist.

Die Erfahrung sagt uns, dass Schmerzen und andere belastende Symptome bei Sterbenden sehr häufig unterdiagnostiziert und dementsprechend unterbehandelt werden. Das Lebensende eines Sterbenden kann still und friedlicher verlaufen, dies setzt eine adäquate Behandlung und Fürsorge voraus.

Tod und Trauer bewältigen

Neben sterbenden Menschen wird trauernden Angehörigen oft zu wenig Beachtung geschenkt. Trauer ist eine natürliche Reaktion auf Verluste, jeder Mensch trauert anders, auf seine persönliche Art und Weise. Daher immer auch an die Zurückgebliebenen denken und ihre Bedürfnisse erfragen. Das heißt, sie

darauf ansprechen, ob sie zur Mithilfe bei der Versorgung des Verstorbenen bereit wären.

Zu dem Zeitpunkt dominieren Trauer und Schmerz, trotzdem kann es hilfreich sein, Informationen über die bürokratischen Aufgaben bei einem Todesfall zu geben.

Häufig möchten Angehörige das Abschiedsritual in Anwesenheit eines Seelsorgers vornehmen und nach eingetretenem Tod brauchen sie Zeit, in der sie alleine beim Toten verweilen.

Die Würde der Sterbenden

Die Würde ist ein Gut, das jedem Menschen zu Eigen ist. Sie ist unverlierbar, aber sie kann verletzt werden. Je mehr Schwäche und Hilfsbedürftigkeit wachsen, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich der Mensch in seiner Würde verletzt und geschwächt fühlt.

Wie krank oder geschwächt ein Mensch auch sein mag, die Würde bleibt ihm erhalten. Es ist unsere Aufgabe darauf zu achten, dass sie nicht verletzt wird.

Es gibt keinen Augenblick im Leben eines Menschen, in dem sie deutlicher in Erscheinung tritt als bei seiner Geburt und in seinen letzten Tagen und Stunden. Die Würde bleibt erhalten, auch über das Sterben hinaus.

Die Würde eines Verstorbenen lebt weiter in den Erinnerungen und Gedanken derer, die ihn gekannt haben.

„Das Sterben eines Menschen bleibt als wichtige Erinnerung zurück bei denen, die weiterleben. Aus Rücksicht auf sie, aber auch aus Rücksicht auf den Sterbenden ist es unsere Aufgabe, einerseits zu wissen, was Schmerz und Leiden verursacht, andererseits zu wissen, wie wir diese Beschwerden effektiv behandeln können. Was immer in den letzten Stunden eines Menschen geschieht, kann viele bestehende Wunden heilen, es kann aber auch als unerträgliche Erinnerung verbleiben, die den Weg durch die Trauer verhindert.“

(Cicely Saunders - Begründerin der Hospizbewegung)

Literaturhinweise:

Marianne Arndt – Ethik denken – Maßstäbe zum Handeln in der Pflege.

Intensivmedizin als Herausforderung für Recht und Ethik – Wolfgang Kröll, Susanne Elisabeth Gaßmayr – Intensiv 2001 – 9 Fachzeitschrift für Intensiv und Anästhesie.

Entscheiden und Handeln im Spannungsfeld von Biotechnologischen Veränderungen und christlichen Menschenbild – Martina Plieth – Intensiv 1999-7

Der Patientenwille am Ende des Lebens. – Werner Schell – Intensiv 2002-10

Braucht die Pflege eine eigene Ethik? – Theda Rehbock – Pflege die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe – 5/2001

Aus- und Weiterbildung in „Palliative Care“ – Entwurf für nationale Empfehlungen. – Francoise Porchet und Dr. Steffen Eychmüller, Freiburg 2001

Palliativpflege – Sabine Pleschberger und Katherina Heinerl

Palliativmedizin – S. Husebo und E. Klaschik

SPIRITUELLE BEGLEITUNG ALTER MENSCHEN IM STERBEN

P. PETER GRUBER

KRANKENHAUSSEELSORGER DES SANITÄTSBETRIEBES MERAN

INHALT

EINLEITUNG

1. Kapitel: SPIRITUELLE BEGLEITUNG

- 1.1. Der alte Mensch sucht nach einem Sinn im Leben
- 1.2. Die Religion ist eine wichtige Partnerin auf der letzten Wegstrecke
- 1.3. Spirituelle Begleitung glaubt an ein Weiterleben

2. Kapitel: Die Hoffnung als Krücke,

die hilft den Lebensweg zu Ende zu gehen

3. Kapitel: Der Geist hilft dem Körper

4. Kapitel: Sinn im Leben finden

- 4.1. Nicht Argumente sondern Verständnis
- 4.2. Gottes Handführung im Leben entdecken

5. Kapitel: Methoden der spirituellen Begleitung:

- 5.1. Kreuzweg als Begleitmodell
- 5.2. Ars moriendi hilft das Gleichgewicht zu finden
- 5.3. Atmen: Masche der Verliebten
- 5.4. Tongelen: Buddhistischer Wegweiser
- 5.5. Widmen
- 5.6. Arbeiten mit Erzählungen, Gleichnissen und Erlebnissen in der Bibel oder Lebensgeschichten
- 5.7. Sakrament der Krankensalbung
- 5.8. Wegzehrung
- 5.9. Gebet

6. Kapitel: Ethisches Verhalten in der spirituellen Begleitung.

Sterben ist nicht das Ende;
es ist nur ein Anfang.
Der Tod ist die Fortsetzung des Lebens.
Das ist die Bedeutung von »ewigem Leben«:
wenn unsere Seele zu Gott geht,
um in Seiner Gegenwart zu sein,
Ihn zu sehen, mit Ihm Zwiesprache zu halten,
Ihn noch mehr zu lieben.
Im Sterben geben wir bloß unseren Körper auf -
unser Herz und unsere Seele leben ewiglich.

Das Gestern ist vorbei und
das Morgen noch nicht gekommen.
Jeden Tag müssen wir leben, als sei es unser letzter,
damit wir bereit sind, wenn Gott uns zu sich ruft,
bereit, reinen Herzens zu sterben.

Mutter Teresa

Einleitung:

In den Sanitätsstrukturen, in Altersheimen und Langzeitkrankenhäusern wird dem Sterben wenig Raum gegeben, denn der Tod hat etwas unheimlich Endgültiges in seinem Koffer. Die auf der Erde Weiterlebenden haben Angst, Furcht. Sie sind oft unerfahren und haben im Bereich des Sterbens kaum persönliche Erlebnisse.

Da in den Sanitätsstrukturen die Psychologen immer mehr Fuß fassen, was ich als gut und wichtig finde, wird ihnen gerne von Seiten der Ärzte, des Pflegepersonals und der Angehörigen die Sterbebegleitung angeboten, ganz besonders in den onkologischen Stationen, da sie nicht den Geruch des Todes an sich tragen, wie die Krankenhauseelsorger. So bekommt die Sterbebegleitung immer mehr eine psychologische Akzentuierung. Diese Haltung wird sehr stark von den Berichten und Studien über Sterbende durch die Ärztin Dr. Frau Elisabeth Kübler-Ross unterstützt. Die psychologische Betreuung füllt die fehlende Lücke in der Sterbebegleitung auf, die in der

hauptsächlich sakramentalen Betreuung durch die Seelsorger in der Vergangenheit nicht genügend berücksichtigt wurde.¹

Die sogenannte „*Ars Moriendi*“, die „Kunst des Sterbens“ des Mittelalters, wo der Tod zum Alltag gehörte, ist in Vergessenheit geraten. Da es unter Bedingung erlaubt war das Sakrament der Krankensalbung dem Leichnam, solange er noch warm war, zu spenden, wurde es Brauch den Krankenhausseelsorger nur mehr in der allerletzten Phase des Lebens eines Menschen oder bei dem schon eingetretenen Tod zu rufen. Sicher können beim Tod die Religionen mit ihren Ritualen Trost spenden und Hilfen geben, aber dass Rituale auch am Beginn der Sterbephasen eine Hilfe sein könnten, muss neu erkannt werden.

Zum Proprium der spirituellen Sterbebegleitung gehört es auch dem Sterbenden zu helfen, das Ende seines Lebens als ein sinnvolles, erlebnisreiches und friedvolles Ereignis zu sehen und zu erleben. Die Kirchen und die Religionen können dazu noch die Hoffnung auf ein Leben nach dem Tod geben.² Die folgenden Seiten möchten den Sinn und Wert einer spirituellen Begleitung darlegen, die neben der körperlichen, psychologischen auch ihren Platz hat.

¹ ZUSATZ: M.Kerschbaumer KHS Bozen: früher hatten die meisten regelmäßige sakramentale Begleitung und daher war der Priester IMMER in ZENTRUM, auch bei der Letzten Ölung. Wo aber die religiöse Praxis lückenhaft ist, wird der Priester in die Ecke gedrängt und wird bes. von den Angehörigen (teils auch vom Personal) dann als „Versicherungspflaster“ und „Beruhigungspille“ für sich selbst aus dem Kästchen aus Kindertagen hervorgeholt. Dass Seelsorger das psychologische Handwerk teils noch wenig beherrschen, ist Tatsache.

² Zw. Sakramentaler und psych. Begleitung wird heute oft eine starke Spannung empfunden, da vielen Patienten (und Angehörigen / Personal) das heutige Sakramentsverständnis (Glaubensverständnis) fehlt. Glaube/Sakramente gaben früher immer auch psych.-seelische Kraft

1. Kapitel: SPIRITUELLE BEGLEITUNG

1.1. Der alte Mensch sucht nach einem Sinn im Leben

In der Ausbildung zum Trauerbegleiter habe ich die fünf Säulentheorie kennengelernt, die die Identität des Menschen speist. Ich finde sie wertvoll, weil sie hilft die Veränderung im Menschen, besonders im Alten Menschen, zu verstehen.

Die erste Säule nennt man die körperliche Säule. Das Wohlgefühl eines Menschen hängt stark davon ab, ob er gesund oder krank ist, einen leistungsfähigen Körper besitzt oder nicht. Im Alter wird diese Säule brüchig oder kann ganz zusammenbrechen, weil der Körper abbaut, so dass die Identität negativ beeinflusst wird.

In der zweiten Säule finden wir die kommunikative, gesellschaftliche Ebene, die in der Jugend zunimmt und im Alter wieder abnimmt. Die Sinne sind für die ersten zwei Säulen die Hauptakteure: *Der Tastsinn nimmt ab; der Sehsinn wird schwach; das Gehen wird mühsam; das Ohr wird taub; das Sprechen mühsam.*

Der Inhalt der **dritten Säule** betrifft die Arbeitswelt und das Bedürfnis nach Anerkennung. Auch hier zeigt uns das Leben, dass im Alter durch den Ausstieg aus der Arbeitswelt (Pensionierung) und durch das Abnehmen der Leistungsfähigkeit das Selbstbewusstsein abnimmt.

Die **vierte Säule** ist die ökonomische und ökologische Sicherheit. Auch diese Säule wird im Alter schwach und kann sogar zusammenbrechen (z.B. Erbschaft übergeben, Umzug in ein Altersheim).

Die **fünfte Säule** wird *Sinn - Säule* genannt. Sie ladet den Menschen ein nach dem Sinn seiner Handlungen und seines Lebens zu fragen und trägt wesentlich dazu bei, auch im Alter die Identität zu erhalten, wenn auch Krankheit, Einsamkeit, Unsicherheit das Leben immer mehr beherrschen. Gegen Ende des Lebens, besonders im hohen Alter wird die Frage nach dem Sinn immer drängender. Die Sinn - Säule kann die anderen Säulen unterstützen, so dass sie nicht zusammenbrechen und der Sterbende bis an sein Ende seine Identität noch erfahren kann. „Nur was sich in Gesundheit und in Krankheit, im Leben und im Sterben als tragfähig erweist, kann als Sinn für den Menschen gelten.“³

Ein alter Mensch hat die Fähigkeit sein Leben zu überblicken. Frühere Generationen haben deshalb jeweils dem Ältesten Rat (Senat) die Zukunft eines Staates anvertraut. Der ältere Mensch ist sich seines Reichtums an Erfahrung bewusst, aber diese Fähigkeit ist heute nicht mehr gefragt. Dies kann für einen alten Menschen ein vernichtendes Urteil sein, wo er dann zum Schluss kommt: „Alt sein ist sinnlos.“

³ Vgl. Die Feier der Krankensakramente Seite 23

1.2.) Die Religion ist ein wichtiger Partner auf der letzten Wegstrecke⁴

In dem Augenblick, wo der Mensch nach dem Sinn der Ereignisse fragt, kann der/die KrankenhauseelsorgerIn bei der Suche nach Antworten mithelfen. Religionen haben in ihren langen Traditionen Antworten gesucht und gefunden, die den Sinn des Lebens zum Inhalt haben. Es geht in der Krankenseelsorge heute nicht mehr darum, Menschen im letzten Augenblick für die eigene Religionsgemeinschaft zu gewinnen, sondern der/die KrankenhauseelsorgerIn will, auf der Suche nach einem sinnvollen Leben und dies auch im letzten Lebensabschnitt, ihm nahe sein.⁵ Diese Sinnfrage beschäftigt alle Menschen, ob sie in einer Religionsgemeinschaft leben oder sich als Atheisten bezeichnen. Daher verlangt der Beruf der KrankenseelsorgerInnen eine professionelle Ausbildung und ein großes Einfühlungsvermögen für die unterschiedlichsten Situationen im Krankheitsverlauf eines Menschen.⁶

Die juristische Stellung des/r KrankenhauseelsorgerIn ist in Italien anders als etwa in den Nachbarländern Deutschland, Österreich, Schweiz. In Italien ist er/sie Angestellte/r des Staates. Dieser verlangt, dass die Seelsorge für alle Kranken da ist, außer sie wird persönlich von einem/einer Kranken abgelehnt. Man merkt hier, dass die italienische Politik bei der Ausarbeitung des Sanitätsgesetzes sich bewusst geworden war, dass ein kranker Mensch sich mit den Fragen der Sinnhaftigkeit auseinandersetzt. Hier hat P. Stefano Bambini, Krankenseelsorger in Genua Grosses geleistet. Die Sozialisten wollten die Seelsorge in den Sanitätsstrukturen nur beim Wunsch eines Klienten zulassen. Dieser Gesetzesentwurf konnte korrigiert werden und damit hat die KHSeelsorge ihren Standort im Krankenhaus. Die Gesellschaft möchte dem Bürger/der Bürgerin, der/die sich mit Krankheit, Alter und Tod auseinandersetzen muss, neben der ärztlichen und psychologischen Betreuung auch die spirituelle Betreuung zur Seite stellen.

1.3. Spirituelle Begleitung glaubt an ein Weiterleben

Tief im Innern des Menschen lebt der Wunsch nach einem Weiterleben. *"Das kann es doch nicht gewesen sein"*, so die bange Frage auf den Lippen alter Menschen. In den Kindern weiterleben, in einem Buch, in der Dorfgeschichte weiterleben, auf dem Friedhof ein Denkmal setzen, Reinkarnation, in den Himmel kommen, bei Gott leben, sich einmal wieder begegnen, sind Ausdruck der Sehnsucht nach einem Weiterleben. Der Mensch stößt an die Grenzen des irdischen Lebens, wo die greifbaren, messbaren Tatsachen aufhören, und diese Grenzlinie nur mehr vom Glauben überschritten werden kann. Eine Sicherheit für ein Weiterleben nach dem Tod finden wir nur im Glauben und nur diese

⁴Vgl. Rest Franco; Sterbebegleitung statt Sterbehilfe, Seite 208ff Sterben Tod in den Religionen. Damit das Leben auch im Sterben lebenswert bleibt.

⁵ Vgl. Kuschnik Lothar, Lebensmut in schwerer Krankheit, spirituelle Begleitung bei Krebs S.228

⁶ Vgl. Schweidtmann Werner: Sterbebegleitung: Menschliche Nähe am Krankenbett: Seite 174ff

Sicherheit im Glauben können wir Mensch weitergeben⁷. „Fragen wir uns zum Schluss, was in der Seele des Sterbenden vorgeht. Sie haben große Sehnsucht nach dem Himmelskleid, das wir alle vor unserer Geburt abgelegt haben. Im Verlauf des Lebens haben wir immer mehr vergessen, dass wir gleichermaßen Erden- wie auch Himmelsbürger sind. Doch das Kleid vor der Geburt kann nicht das gleiche sein wie das, welches wir nach dem Tod erhalten werden. Alle unsere Verfehlungen, Schwächen, Abirrungen sind in das Erdenkleid eingewoben. Wir haben nach dem Tod daran zu arbeiten, das Kleid zu reinigen. Was wir durch Selbsterziehung während des Lebens nicht verwandelt haben, das werden wir nach dem Tod fortsetzen müssen. Meines Erachtens ist es ein falscher Trost zu meinen, wir lebten weiter in einer "ewigen Ruhe". Das Unbewusste sagt uns, dass wir uns nach einer Aufarbeitung sehnen. Im Erdenleben können wir aus Bequemlichkeit davor ausweichen, nach dem Tode nicht.

Wenn wir in dieser Gesinnung Sterbende begleiten, bauen wir an der Brücke von hier nach dort, wir arbeiten an der Menschheits - Zukunft. Es gehen sowohl Verbindungen und Wirkungen von hier nach drüben als auch von drüben nach hier. Wir dürfen Hilfen und Segen von den Verstorbenen hereinbitten für die Nöte unserer Zeit.“⁸ Diese Aussage kann verschieden verstanden werden. Ich habe diesen Text gewählt, weil er uns an die Aussage bei der Überreichung des Taufkleides erinnert.⁹ Ebenso bekräftigt es die Beziehung zu den Verstorbenen, die für den älteren Menschen tröstlich sein kann, weil ja der Grossteil seiner Freunde und Bekannten schon gestorben sind. Sie als Helfer einsetzen zu dürfen, ist ein Segen.

Hier spüren wir die tröstliche Komponente, die eine spirituelle Begleitung den sterbenden Menschen geben kann, weil sie in dieser Endphase des Lebens noch ein sinnvolles Geschehen entdecken können. Begegnungen mit bereits Verstorbenen in der letzten Sterbephase findet man nach Frau Dr. Kübler-Ross in den verschiedenen Religionen und Kulturen der Völker. Auch nicht gläubige Menschen machen solche Erfahrungen. Dies ist ein tiefer Trost für den Sterbenden und dessen Angehörige, weil man davon ausgehen kann, dass sich beim Sterben die zwei Welten, die diesseitige und die jenseitige, treffen. Dadurch ist für mich als Gläubiger der Sterbeort ein heiliger Ort. Der Glaube an ein Weiterleben, an ein Leben nach dem Tod, kann mithelfen zu verhindern, dass Menschen den Freitod oder die Euthanasie wählen.

Ein anschauliches Bild:

Das Leben ist wie ein Glas guten Weines.

Man lässt ein solches Glas nicht halbvoll stehen,

sondern hat den Wunsch das Glas bis zum letzten Tropfen

⁷ Schüllli E., wie gelebt-so gestorben, Erfahrungen eines Krankenhauseelsorgers Seite: Seite 185ff,

⁸ Tausch-Flammer D. und Bickel L., Spiritualität der Sterbebegleitung, Wege und Erfahrungen Seite 117

⁹ Die Feier der Kindertaufe: „N. Dieses weisse Kleid soll dir ein Zeichen sein, dass du in der Taufe neu geschaffen worden bist – wie die Schrift sagt - Christus angezogen hast. Bewahre diese Würde für das ewige Leben.“

auszutrinken und zu genießen.

2. Kapitel: Die Hoffnung ist wie Krücken, die helfen den Lebensweg zu Ende zu gehen.

Buddha sagt:

„Ein Tropfen Wasser,
Fällt ins Meer,
Wird nicht vergessen,
Solange das Meer besteht.

So wird auch der Verdienst,
Ganz der Erleuchtung gewidmet,
Niemals schwinden,
Solange er sie nicht erreicht“

Ich möchte den Gedanken des Buddha, mit einem persönlichen Gedanken bereichern. Dieser Gedanke begleitet mich und hilft mir Hoffnung an das Sterbebett zu tragen.

Jedes Gebet,
das Menschen zu Gott richten,
ist wie ein Same,
der sicher aufgeht und Frucht bringt,
weil Gott selber der Gärtner ist.

Wie wichtig das Prinzip der HOFFNUNG ist, habe ich im Laufe meiner 26 Jahre als Krankenhausseelsorger erfahren. Wie alle Berufe im Krankenhaus Hoffnung an das Krankenbett tragen wollen, so auch die Krankenhausseelsorge. Ihr spricht man gerne dieses Prinzip Hoffnung ab, weil Ärzte, Pflegepersonal und Angehörige die Hoffnung auf irdisches, leibliches Gesunden ansprechen. Die Seelsorge spricht aber die Hoffnung aus, dass der ganze Mensch, Leib und Seele, gesund wird und wenn das nicht mehr möglich ist, schenkt sie dem Glaubenden die Hoffnung, dass Gott alles zum Guten wenden wird.

Einem Menschen jüdischen Glaubens vom Tod erzählen wäre eine Katastrophe, weil er dann glauben würde, dass er von seinem Gott verstoßen und verlassen wäre. Diese Erfahrung half mir mein Verhalten zu überdenken. Mit welcher Einstellung und welcher Botschaft begegne ich Sterbenden? Sterbende fragen mich oft nach meiner Glaubensüberzeugung, auch wenn sie sie nicht teilen. Ein Mensch, der zweifelt, sucht nach einem Prinzip Hoffnung, weil vielleicht seine Lebensprinzipien, nach denen er bisher gelebt hat, zusammengebrochen sind. Er sucht neuen Halt und er sucht ihn in allen Richtungen. So kann ihm mein Hoffnungsprinzip helfen, dass er weitersucht, weil er der Hoffnung wieder begegnet ist. So kann das Hoffen anderer Menschen einem Sterbenden den Glauben an die Hoffnung, dass alles gut wird, zurückgeben. Ich bin nun überzeugt, dass nur ein Mensch, der im Herzen Hoffnung lebt, fähig ist Sterbende spirituell zu begleiten. Die Christen verehren einen Gott des Lebens und damit der Hoffnung, dass bei Ihm alles gut wird. Ohne Hoffnung ist der Glaube tot.

3. Kapitel: Der Geist hilft dem Körper

Krankheit, Sterben und Tod sind die Elemente im Leben des Menschen, die ihn gerne aus der Bahn werfen und Leute schlagen sich mit den Fragen des Warum herum: „*Warum trifft es immer mich?*“, „*Was habe ich Gott angetan?*“, „*Womit hab ich dies verdient*“¹⁰..... In der Not wendet sich der Mensch an seinen Gott, um sich ihm anzuvertrauen. Mit diesen Fragen meint und glaubt der Sterbende, dass Gott ihn verlassen hat. In der Beziehung zu Gott kommt es bei älteren Menschen zu Problemen, die sie nur schwer lösen können. Ich möchte eines dieser Probleme anführen, weil man ihm oft bei alten sterbenden Menschen begegnet: „Senium“.

Dieses Wort drückt die Situation alter Menschen aus, die sich von Gott ausgeschlossen fühlen, weil sie glauben im Leben alles falsch gemacht zu haben. Sie sagen sich: „Meine Kinder beten nicht mehr und gehen nicht in die Kirche.“ Mein Sohn lebt mit einer Frau zusammen, ohne Hochzeit“. Alle Mühen in ihrem Leben, die Kinder im Glauben zu erziehen, scheinen vergebens. Der Fehlschluss zu dem alte, sterbende Menschen dann kommen, ist der Glaube: Gott hat sie verlassen und auf sie wartet nur mehr die Verdammnis. Sie erinnern sich an die Aussage in den Religionsstunden: „Gott belohnt das Gute und bestraft das Böse.“ Sie können die Uhr der Jahre nicht mehr zurückdrehen und sind nun fixiert, dass Gott sie bestraft und zwar mit Krankheit, Leid und Unglück und am Ende des Lebens mit der Hölle. Sie haben nun plötzlich Angst vor dem Sterben und

¹⁰vgl. Schuli E, *Wie gelebt so gestorben, Erfahrungen eines Krankenhauseelsorgers*: Wer die Frage stellt, hat irgendeine Gotteserfahrung schon im Voraus zur Frage gemacht. Wie erfahren wir Gott? Im Schweigen, in der Angst vor dem Tod, im verlangen nach Wahrheit und nach Liebe. Man braucht darüber keine Theorien aufzustellen, sondern man muss diese Frage " Wie habe ich das verdient?" aushalten. Darin zeigt sich ein ursprüngliches Wissen von Gott. Darüber kann man nicht viel sagen. Es sieht aus wie Nichts, wie etwas, das noch keinen Namen hat. " Wie' habe ich das verdient?" Da steckt doch jemand dahinter, ist gemeint, man kann nicht sagen, wer oder was, aber man weiß, da ist wer.

wehren sich mit allen Mitteln dagegen. Sie stecken in einem Teufelskreis. Den Weg aus diesem Dickicht kann nur Gott, sein Geist schaffen.

Der Geist Gottes, in besonderer Weise der Tröster Geist und die Erinnerung an einen barmherzigen, liebenden Gott, können diese Fixierung aufbrechen, so dass das Verzeihen angenommen werden kann und der Sterbende sich wieder der Barmherzigkeit Gottes anvertraut

4. Kapitel: Sinn im Leben finden¹¹

4.1. Nicht Argumente sondern Verständnis

„Was der Patient braucht, sind nicht in erster Linie Argumente, sondern Verständnis für seine Lage. Ihm helfen nicht allgemeine Erklärungen, er sucht jemanden, der auf seine Gefühle und seine Situation eingehen kann. Warum ist es so schwer, auch einmal etwas auszuhalten, das man nicht erklären kann?! Was ist so schlimm daran, wenn Fragen offenbleiben? Wichtig ist doch, dass Fragen gestellt werden dürfen, und niemand erwartet, dass sie erschöpfend beantwortet werden. Das Leben ist kein System, sondern lebendig – mit Brüchen, Unklarheiten und Widersprüchen, und keine noch so gute systematische Theologie löst sie auf. Betrachten wir das Buch Job in der Bibel. Keine Antwort für den Patienten zu haben ist besser als eine verletzende. Das Leid kann nicht erklärt, es muss in Solidarität bestanden werden. Argumente können auch erschlagen. Wenn wir doch wenigstens die sich oft dahinter verbergende eigene Angst - Berührungsangst - mit dem Leid des anderen zulassen und zeigen könnten, dann wäre das eine menschliche Regung, die vielleicht die Chance hätte, vom anderen verstanden zu werden“.¹²

4.2. Gottes Handführung im Leben entdecken

Der sterbende, alte Mensch braucht neben der medizinischen, pflegerischen und psychologischen Betreuung auch Hilfe, wenn er nach dem Sinn fragt. „Wenn Gott es zulässt, welchen Sinn hat es dann?“. Ein Sterbender drückte dies so aus: „Wenn du die Religion brauchst, so hilft sie dir auch nicht!“ Ich versuchte dies auszuhalten und antwortete: „Wenn es nach mir ginge, wärest du gesund, aber ich sitze im gleichen Boot. Aber ich weiß niemanden anderen, an den ich mich wenden könnte als an unseren gemeinsamen Gott, der uns trotz dieses Schweigens nicht fallen lässt.“ Dieses gemeinsame Tragen ermöglichte es, dass der Sterbende die letzten zehn Minuten sich Gott neu anvertrauen konnte.

Ich erlebe immer aufs Neue, dass es im Leben um die Zusammenschau geht. So ist es den Menschen möglich den Glauben an Gott zu finden, der alles zusammenfügt. So ist es auch möglich Gottes liebende und sorgende Hand zu erfahren und dadurch sein Leben als sinnvoll zu begreifen und anzunehmen.

¹¹ Schweidtmann W.: Sterbebegleitung: Menschliche Nähe am Krankenbett, Seite 178,

¹² ebb. Seite 185

5. Kapitel: Methodenvorschläge: Hilfen, der Endphase des Lebens einen Sinn zu geben

Spirituelle Sterbebegleitung kann nicht nur auf den guten Willen und auf dem Glauben aufbauen, dass Gott helfen wird, ohne selber das seine dazugeben. Es braucht neben dem Glauben an Gott eine besondere Ausbildung, um mit den verschiedenen Situationen des Sterbens zurechtzukommen. Ich möchte ein paar solcher Methoden anführen, die eine spirituelle Begleitung erleichtern und ermöglichen.

5.1. Der Kreuzweg als Sterbe - Begleitmodell

Der Kreuzweg ist für Christen ein bekanntes, geliebtes, meditatives Gebet. Es lädt den Sterbenden ein, sich mit dem Leid auseinanderzusetzen. Er sieht wie Jesus mit seinem Leid zurechtgekommen ist und welche Möglichkeiten er benützt hat, um das Ziel zu erreichen: Ich kann der Wirklichkeit des Todes nicht entinnen – wichtig ist das Kreuz dieses Weges anzunehmen – ich darf schwach sein – die Begegnung mit der Familie kann mir helfen – ich akzeptiere die Hilfe von außen – ich freue mich auf die Gesten der Freunde – die Schwäche gehört zu diesem Weg – das heulende Bedauern meiner Situation kann ich nicht brauchen – die Schwäche engt meine Bewegungen ein - ich möchte die Würde als Mensch behalten– ich darf die Ohnmacht erleben – Dinge mit der Familie klären – zu wissen dass man von der Familie angenommen ist. Das Ja zum Tod. Diese Betrachtung kann gerade ältere Menschen helfen mit dem Leid Jesu ihr eigenes Leid besser anzunehmen.

5.2. Ars moriendi hilft das Gleichgewicht zu finden

„Die Ars-moriendi richtet sich an den Sterbebegleiter, der den Sterbenden als "lieber Freund" oder "liebe Freundin" (Dilecte aut dilecta) anreden soll. Die Anrede des Sterbenden als Freund oder Freundin und das Selbstverständnis des Sterbebegleiters als wahrer Freund bringt dabei einen für die Ars moriendi insgesamt wichtigen Gedanken zum Ausdruck: Der Sterbende soll in seiner letzten Not nicht allein gelassen werden. Er soll aber auch nicht einfach nur seelsorglich versorgt werden, sondern in einem Prozess gläubiger Kommunikation mit dem Freund zu jenen Entscheidungen finden, die zum ewigen Heil führen. Dazu will die Ars-moriendi dann gezielte Hilfen und Anweisungen geben. Sie beginnt mit vier Ermahnungen, die aus der Sicht des Glaubens die Situation beschreiben, in der der Sterbende sich befindet. Zuerst wird er daran erinnert, dass wir alle in Gottes Hand stehen. Das Ziel des Lebens besteht darin, durch ein Gott gefälliges Leben einst die Herrlichkeit des Paradieses zu erreichen.

Danach wird der Sterbende zur Dankbarkeit gegen Gott aufgefordert, von dem er in seinem Leben vielfältige Wohltaten erfahren hat. Er soll Zuflucht zur Barmherzigkeit Gottes nehmen und um Vergebung seiner Sünden beten.

In der dritten Ermahnung wird ihm in Erinnerung gerufen, dass er viele Sünden in seinem Leben begangen hat, für die er Strafe verdient. Wenn er jedoch willig und in Geduld die Leiden der Krankheit und des Sterbens auf sich nimmt, so wird ihm dadurch schon jetzt von Gott die Strafe und Pein erlassen, die ihm sonst im Purgatorium (Fegefeuer) noch bevorsteht. Wer sich so verhält, darf sicher sein, dass er Eingang in das Paradies findet.

Schließlich wird der Sterbende in der vierten Ermahnung angehalten, in dieser letzten und äußersten Stunde seines Lebens alles unter der Rücksicht des ewigen Seelenheils zu betrachten. Ganz und gar soll der Sterbende sich Gott anvertrauen. Er soll auch seine Angehörigen Gott anempfehlen.

Gerade in der letzten Ermahnung wird noch einmal ganz deutlich ausgesprochen, dass letztlich alles auf das ewige Heil ankommt, das nur aus Gottes Barmherzigkeit geschenkt wird.¹³

Es werden nach den Ermahnungen an den Sterbenden wichtige Fragen gestellt. Sie betreffen den Glauben, den Willen, die Vergebungsbitte, die Besserung, sollte er gesunden, die Bereitschaft zur Beichte, zur Restitution und zur Vergebung. Es folgen sodann eine Reihe von kurzen *Gebeten* zu Gott dem Vater, zu Jesus, zur Gottesmutter, zu den heiligen Engeln, besonders zum Schutzengel und zu den Heiligen, die der Sterbende in seinem Leben verehrt hat.

5.3. Atmen: Masche der Verliebten

In den Seminaren der Sterbebegleitung, die ich in verschiedenen Orten hielt, begegnete ich einer uralten, aber sehr wirksamen Methode, die ich den Verliebten abschaute. Sie besteht aus einem sehr einfachen Element: Man orientiert sich am Atemrhythmus des Sterbenden. Verliebte können, ohne dass sie miteinander sprechen, fühlen wie es dem Partner geht. So ist es ebenso möglich seelische Empfindungen, Angst, Ruhe, Zufriedenheit, Spannungen des Sterbenden am eigenen Körper zu spüren, so dass ich mit Berührungen und Worten Spannungen lösen kann. Ich merke es an meinem körperlichen Empfinden, wenn wieder Ruhe im Körper des Partners einkehrt. Dieser Atem - Rhythmus wird beim Sprechen, Beten, Singen, Streicheln, Einreiben und Lagern eingehalten. Diese Methode stellt den Patienten in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und auf diese Weise spürt dieser das Angenommensein. Dies ist für ihn eine große Hilfe.¹⁴

5.4. Tongelen: Buddhistische Wegweiser

Tongien bedeutet »Geben und Nehmen«. In der Tonglen - Visualisation nehmen wir - mit einer starken, mitfühlenden Grundhaltung - das Leid und den Schmerz anderer in Empfang und geben ihnen - mit einem Herzen voller Zärtlichkeit und Zuversicht- all unsere Liebe, unsere Freude, unser Wohlbefinden und unseren Frieden. Normalerweise wollen wir weder unser Glück hergeben

¹³ H.Wagner, *Ars moriendi*, S 29-30

¹⁴ vgl. Otterstedt Carola, *Sterbenden Brücken bauen, Symbolsprache verstehen, auf Körpersignale achten* S 84ff

noch das Leid eines anderen auf uns nehmen¹⁵. Dieses „Nicht – wollen“ ist die Stimme unseres selbstsüchtigen Ich. Wir schätzen unser »Ich« höher als die »anderen«, und so kreisen wir in allem, was wir denken, reden und tun, stets um uns selbst. Wir folgen ständig nur den Befehlen unseres Ich und bleiben so im Teufelskreis von Hoffnung und Furcht, Angst und Enttäuschung gefangen. Es würde den Rahmen sprengen auf einzelne Übungen einzugehen wie: Tongelen für eine unangenehme Atmosphäre; Selbst Tongelen; Tongelen für andere; Tongelen im täglichen Leben nutzen .

5.5. Widmung

Wir müssen uns in schmerzlichen oder kummervollen Situationen nicht hilflos fühlen, wenn wir verstehen, kreativ und mit Würde und Mut auf sie einzugehen. Unser Leid dem Wohle anderer zu widmen, ist eine Möglichkeit, unseren Erfahrungen eine höhere Bedeutung zu geben. Die Praxis des Widmens wird in vielen religiösen Traditionen gelehrt, und ich habe festgestellt, dass selbst diejenigen, denen traditionelle spirituelle Vorstellungen nicht vertraut sind, dem Prinzip des Widmens sehr viel abgewinnen können. Wir können unser Leid, unsere Trauer, unsere Krankheit, selbst unseren Tod jemandem widmen.¹⁶

Eltern opfern oft ihre Leiden für ihre Kinder und Enkel auf. Viele ältere gläubige Menschen haben ihren letzten Lebensweg, der oft mit viel Schmerzen und Leiden gepflastert war, für Priester und für Priester- und Ordensberufe aufgeopfert.

5.6. Erzählungen, Gleichnisse und Erlebnisse in der Bibel und in Lebensgeschichten

Auf den Weg in den Aufbahrungsraum des Krankenhauses Meran finden sie Blätter aus Ton, Eisen, Kupfer oder anderer Metalle am Wegesrand liegen. Auf ihnen stehen Gedanken von Menschen, die den irdischen Lebensweg vollendet haben.

Diese Art, Erzählungen, Geschichten, Gleichnisse an das Sterbebett zu tragen, kann für einen alten Menschen wertvoll sein. Es hilft ihm seine Lebenssituation aus der Perspektive der Erzählung zu sehen und er bekommt damit eine Möglichkeit, dass sie zu einer neuen Kraftquelle werden kann. Beispiele und Gleichnisse der Bibel lassen sich gut einsetzen, um ebenso ein Umdenken, ein Vertiefen einer Krankheitssituation zu erreichen. Ältere Menschen hören gern Geschichten aus dem Leben und aus der Bibel. Sie zu

¹⁵ Lonaker C. Dem Tod begegnen und Hoffnung finden, Die emotionale und spirituelle Begleitung Sterbender S118.124

¹⁶ *Ich kann ein ähnliches Gebet sprechen mit den hier vorgetragenen Gedanken:* Möge ich durch das Leid, daß ich jetzt ertragen muss, allen anderen Menschen, die ich so schätze wie meine eigenen Freunde, nutzen und helfen können. Möge ich das Leid all jener, die krank sind oder Schmerzen haben, trauern oder sterben, auf mich nehmen, und mögen sich alle dauerhaften Glücks und guter Umstände erfreuen.

benützen kann ein Segen werden, dass auch Sterben leichter gelebt werden kann.¹⁷

5.7. Das Sakrament der Krankensalbung

Die Feier des Sakramentes besteht vor allem darin, dass die Priester der Kirche den Kranken die Hände auflegen, das Gebet aus dem Glauben gesprochen wird und die Kranken mit dem heiligen Öl gesalbt werden: In diesen Zeichenhandlungen wird das Heil Gottes angezeigt und zugleich zugewendet.¹⁸

Diese drei Gesten, Hand auflegen, Ölen und Gebet sollen sichtbar, spürbar vom Sterbenden erfahren werden. Der Priester soll bei der Handlung keine Angst haben den Körper des Sterbenden zu berühren.

5.8. Ritual der Wegzehrung

Das Ritual der Heiligen Wegzehrung wurde in der Vergangenheit in unseren Dörfern gelebt. Ein Christ empfing vor dem Sterben die Heilige Kommunion als Wegzehrung auf den Weg in die ewige Heimat. Der Priester ging mit dem Allerheiligsten von der Pfarrkirche weg. Er wurde vom Mesner oder Ministranten mit Glocke und Laterne begleitet. Auf dem Kirchturm läutete das Zügen Glöcklein. In der Pfarrgemeinde wusste man dadurch, dass ein Bruder oder eine Schwester in den letzten Zügen liegt. Man schloss sich entweder betend dem Allerheiligsten an oder man betete in den Häusern für jenen Menschen.

Auf den Weg Gaben mitzugeben als Stärkung ist in vielen Religionen und auch in Naturvölkern vorhanden. Den Menschen auf dem Weg Stärkung anzubieten kann das Gemeinschaftsbewusstsein heben und der Sterbende fühlt sich geborgen und getragen. So kann die Wegzehrung in einem neuen Kleid mithelfen, gläubige Menschen zu Gott zu begleiten.

Der Christ wird, wenn der Übergang ins neue Leben nahe ist, Gott Vater, Gott Sohn, Gott Heiliger Geist anvertraut. Man bittet Maria, die Engel und die Heiligen um ihren Beistand. Die Bitte um Vergebung aller Sünden und Fehler mache den Menschen bereit in die Schar der Kinder Gottes aufgenommen zu werden. Es wird sehr Wunsch ausgedrückt, dass er nun für ewig Gottes Antlitz schauen möge. In einem Fürbittgebet wird Gott an seine Barmherzigkeit erinnert, die er anderen geschenkt hat und somit auch diesem Sterbenden zukommen lassen möge.

5.9 Gebet¹⁹

Gebet ist wichtig für einen sterbenden gläubigen Menschen. Man soll jene Gebete benützen, zu denen der Sterbenden einen Zugang hat. Je näher der Tod herannaht, desto kürzer sollen die Gebete werden, weil die Aufnahmefähigkeit des Sterbenden abnimmt. Man spricht von den Stoßgebeten, die man vorsagen kann. Geeignet sind ebenso die Leiergebete, wie der Rosenkranz, weil sie

¹⁷ Kuschnik L. Lebensmut in schwerer Krankheit, Spirituelle Begleitung bei Krebs 101-211

¹⁸ Die Feier der Krankensakramente Seite 30/Nr.27

¹⁹ Beitrag von Pizzini Karl KHSeelsorger in Brixen:

mithelfen eine Atmosphäre der Ruhe zu schaffen. Es kann auch nur ein Geheimnis des Rosenkranzes sein.

6. Kapitel: Ethisches Verhalten in der spirituellen Begleitung beim Sterben eines alten Menschen

Im normalen Begleiten erreicht man gemeinsam ein angepeiltes Ziel. Beim Sterben verändert sich unser Verhalten als Begleiter, weil das Ziel nur der Sterbende erreicht. Der Begleiter begleitet den Sterbenden nur bis zum „Tor des Lebens“ und dabei erlischt sein Auftrag als Begleiter.²⁰ Da die Gesellschaft nicht mehr einer Religion anhängt, sondern in ihr verschiedene Religionen neben anderen kulturell verschiedenen Gruppierungen präsent sind, muss die Person, die spirituelle Begleitung anbietet, auf die speziellen Bedürfnisse des einzelnen Sterbenden eingehen können.²¹

In der spirituellen Begleitung bei Sterbenden muss in besonderer Weise die Autonomie und die Würde des alten Menschen bewahrt werden. Daraus ergeben sich für den spirituellen Begleiter wichtige Beziehungspunkte die beachtet werden müssen. Chi sta morendo ha diritto: 1. ad essere considerato come persona; 2. ad essere informato sulle sue condizioni, se lo vuole; 3. a non essere ingannato ma a ricevere risposte veritiere; 4. a partecipare alle decisioni che lo riguardano e al rispetto della sua volontà; 5. al sollievo del dolore e della sofferenza; 6. a cure ed assistenze continue nell' ambiente desiderato; 7. a non subire interventi che prolunghino il morire; 8. ad esprimere le sue emozioni; 9. all'aiuto psicologico e al conforto spirituale, secondo le sue convinzioni e la sua fede; 10. alla vicinanza dei suoi cari; 11. a non morire nell' isolamento e in solitudine; 12. a morire in pace e con dignità.²²:

a. Der Sterbende entscheidet, ob er eine spirituelle Begleitung wünscht.

Wir sprechen gerne den Sterbenden, besonders Kindern und alten Menschen die Autonomie der Entscheidung ab. Wir glauben es besser zu wissen als der Betroffene selbst, sei es in medizinischer, pflegerischer, psychologischer und spiritueller Hinsicht. Wir begegnen dabei Abwehr, Aggressionen oder ein apathisches Hinnehmen. Ein spirituelle Begleiter muss hier auf der Seite des Sterbenden stehen und seine Überzeugung respektieren und wenn notwendig seine Autonomie verteidigen. Schwierigkeiten können mit den Angehörigen auftreten, weil sie mit dem Sterbenden nicht einer Meinung sind, und dadurch entweder eine Begleitung vehement fordern oder verhindern wollen.

a. Die Wünsche des Sterbenden respektieren, indem ich ihm sage, welche Handlungen, Gebete, Rituale oder Gesänge ich im Begleiten benützen möchte, so dass er die Möglichkeit hat auszuwählen oder seine eigene Wünsche zu formulieren.

²⁰ vgl. Gian Maria Comolli e I. Monticelli, Manuale di Pastorale Sanitaria S187

²¹ vgl. Gian Maria Comolli e I. Monticelli, Manuale di Pastorale Sanitaria S.188

²² Formulazione del Comitato Etico della FF –SICP –SIMPA 1995

b. Die Würde des Sterbenden achten und ehren,

Solange der alte Mensch bei Bewusstsein ist und eine Form der Kommunikation möglich ist, fällt es leicht seine Würde zu achten. In dem Augenblick, wo er nicht mehr Herr seiner physischen und psychischen Kräfte ist oder ins Koma fällt, wird es für die Beteiligten schwieriger. Eine Aufgabe des spirituellen Begleiters ist es Anwalt des Sterbenden zu werden, damit seine menschliche Würde bis zu seinem Tod bewahrt wird.

c. Ermöglichen, dass Familie und Freunde am Sterbebett präsent sind

Ein Sterbender braucht ihm vertraute Menschen in seiner Nähe. Ein spiritueller Begleiter sollte dies ermöglichen. Nur wenn diese abwesend sind oder eine Ruhepause brauchen, sollte der Begleiter im Vordergrund stehen. Er sollte Stütze für den Sterbenden und für die Mitbetroffenen sein. Wie uns Erfahrungen Sterbender lehren, schickt das Jenseits ebenso dem Sterbende bekannte verstorbene Menschen, die ihm beim Übergang helfen sollen.

d. Möglichkeiten und Wege anbieten, so dass er seine letzte Lebensphase kreativ gestalten kann.

Da der alte Mensch und die Angehörigen oft vor dem Sterben hilflos sind, weil sie keine Erfahrungen im Leben sammeln konnten oder in einer unkontrollierten Phase stehen (Schockzustand), kann der Spirituelle Begleiter aus der Schatztruhe seiner Erfahrungen „Altes und Neues“ hervorholen, um die das Sterben kreativ, lebendig und würdig zu gestalten.

Schluss

9 Regeln für den Spirituellen Begleiter

1. Er sollte selber ein spirituelles Leben führen
2. Er sollte den Menschen als ein Geheimnis betrachten
3. Die Bitte nach einer spirituellen Begleitung soll man nicht abschlagen.
4. Sich bewusst sein, dass jede spirituelle Begleitung auch eine menschliche ist.
5. Das Umfeld des Sterbenden wahrnehmen und seinen Wünschen nachkommen.
6. Den Rhythmus des Sterbenden respektieren
7. Eine persönliche Beziehung zum Sterbenden aufbauen.
8. Den Sterbenden helfen seine persönlichen spirituellen Ressourcen zu leben.
9. Helfen, indem ich meinen Glauben an das Jenseits ausdrücke²³

Eine Chinesische Weisheit:

²³ vgl. Gian Maria Comolli e I. Monticelli, Manuale di Pastorale Sanitaria 191,192

Wenn ein Wort genügt, dann halte keine Rede.
Wenn eine Geste genügt, dann sag kein Wort.
Wenn ein Blick genügt, meide die Geste.
Wenn das Schweigen genügt, dann senke deinen Blick.

1. Wovor hat aber ein Mensch Angst, wenn er über den Behandlungsverzicht antizipierend verfügt? Ist es der Verlust der Selbständigkeit, der Selbstbestimmung, der Autonomie? Angst vor einem Leben in Hilflosigkeit und Abhängigkeit? Ist es die Angst davor, anderen Menschen zur Last zu fallen, zur körperlichen, seelischen oder finanziellen Last? Ist es die Angst vor der Versachlichung, Vergegenständlichung? Angst davor, zum Objekt eines medizinisch-technischen Aktionismus, gar des Experimentes zu werden? Neben der Verweigerung intensivmedizinischer Maßnahmen wird in vielen persönlich verfassten oder auch als Formular unterzeichneten Patientenverfügungen ein **"menschwürdiges Sterben"** als Begründung für die Verfügung angegeben.
2. Im klinischen Alltag werden in der praktischen Umsetzung einer Patientenverfügung Aspekte deutlich, die weit über den zum beiderseitigen Schutz juristisch geregelten medizinischen Handlungsbereich hinausgehen. Unter diesen Bedingungen entwickeln Begriffe wie Autonomie, Selbstbestimmung und Menschenwürde eine besondere Dynamik.
3. Vertrauen zwischen Arzt und Patient ist hier Voraussetzung: Einerseits die übernommene Hilfe für den Kranken und die Überantwortung in die fachliche und menschliche Kompetenz des Arztes, andererseits der Respekt vor Autonomie und Selbstverantwortung. Das intensive Nachdenken über die Patientenverfügung führt uns aus dem juristisch geschützten, von medizinischen Entscheidungskriterien mitbestimmten Rahmen hinaus in die Weite unseres anthropologischen Selbstverständnisses jeder menschlichen Existenz.

PATIENTENVERFÜGUNG

Dr. Oswald Mayr

Die Entwicklung der Medizin, der Zuwachs diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten wecken nicht allein Zuversicht und Hoffnungen auf bessere Gesundheit und länger erhaltene gute Lebensqualität sondern geben für viele Menschen auch Anlass zur Sorge und Angst vor "Übertherapie":

3. Davor, dass die Medizin als institutionalisierte Gesundheitsversorgung, als Krankenhausbetrieb, vielmehr noch dass konkret Ärzte blind werden für die Wahrung individual- und sozialetisch wie anthropologisch oder religiös vertretbarer Wünsche eines kranken Menschen, dessen Lebensende absehbar oder herbeigewünscht oder durch ein irreversibel todbringendes Leiden gezeichnet ist;
4. Angst davor, Objekt einer am technisch Machbaren orientierten Medizin in den Organisationsstrukturen und Routineabläufen eines Krankenhauses oder auch zum bloßen Objekt der medizinischen Behandlung durch einen einzelnen Arzt zu werden;

5. Objekt eines Aktionismus, der an der (vermeintlich in jeder Situation bindenden) Verpflichtung zur Lebenserhaltung festhält, der gerechtfertigt erscheint durch Argumente wie "man könne ja nie wissen, ob nicht doch durch medizinische inkl. medizinisch-technische Maßnahmen eine aussichtslos erscheinende Situation überwunden" werden könnte
6. oder "die medizinischen Befunde könnten ja vielleicht fehlgewertet" werden,
7. oder auch (aus der angenommenen Sicht des Kranken) "er könnte ja vielleicht bei Linderung eines Leidens oder funktioneller Besserung körperlicher Behinderung doch noch weiterleben wollen" usw.;
8. Angst vor Leidensverlängerung oder gar Sterbensverlängerung da, wo eine bereits länger anhaltende Krankheit die Lebensqualität erheblich beeinträchtigt oder eine akute Erkrankung nur mit einer starken Einschränkung an Lebensqualität, an Selbständigkeit und Selbstbestimmung überwunden werden kann (z.B. Schlaganfall);
9. Angst davor, dass Ärzte das Maß von zumutbarem Leiden nicht berücksichtigen könnten;
10. Angst vor Fremdbestimmtheit, vor Verlust an Selbstbestimmung und Autonomie, vor Abhängigkeit.

In unserer Zeit und in unserer Gesellschaft, in der **Selbstverwirklichung und Autonomie** als hoch gesetzte Ziele behauptet und verfolgt werden, rückt mehr und mehr auch das Lebensende und Sterben in den Blick des Selbstverfügtten, des Selbstgestalten. Die Gedanken gehen in der Richtung auf Selbstbestimmung des Todeszeitpunktes, zum Freitod, zum assistierten Suizid und Tötung auf Verlangen bis hin zur aktiven Euthanasie.

Verständlich ist auch der Wunsch, das Selbstbestimmungsrecht gewahrt zu sehen bis in den Tod durch Vorausverfügung in Tagen klaren, urteils- und entscheidungsfähigen Bewusstseins.

Verständlich auch der Wunsch rechtskräftiger, rechtsverbindlicher Willensbekundung. Eine solche Willenserklärung wird bei uns als Patiententestament, besser als Patientenverfügung, im angloamerikanischen Sprachraum als "living will" bezeichnet. Inhaltlich kann eine derartige Vorausverfügung sehr unterschiedlich sein:

Von dem Veto gegen jegliche Art medizinischer Hilfe im Falle einer lebensbedrohlichen Erkrankung oder Verletzung bis zur Einschränkung von

künstlicher Beatmung oder manueller oder maschineller Wiederbelebung unter besonderen Bedingungen, z. B. bei bestimmten Diagnosen wie irreversiblen Koma oder irreversiblen, unumkehrbarem Beginn des Sterbeprozesses oder bei apallischem Syndrom oder bei schwerer Hirnschädigung. Das Veto kann sich beschränken auf bestimmte Therapieverfahren wie Dialyse oder Blutersatz (Zeugen Jehovas!) oder künstliche Ernährung oder große Operationen. In der Mehrzahl der Verfügungen lehnen Kranke oder Vorausverfügende eine medizinisch-technisch aufgedrängte Lebens- und Leidens- oder Sterbensverlängerung ab, um eines "menschenswürdigen Sterbens willen". Ein menschenwürdiges Sterben als alleinige Begründung für den Behandlungsverzicht in einer Patientenverfügung ist jedoch wegen der Unbestimmtheit und der Abhängigkeit von individuellen Einschätzungen, was menschenwürdig sei, nicht rechtswirksam.

Niemand kann verlangen, der behandelnde Arzt müsse auf der Basis der ihm vorliegenden Verfügung, unter Respektierung der Selbstbestimmung und Autonomie des Patienten, Forderungen nachkommen, die rechtlich nicht erlaubt sind, wie z.B. ihn im Falle einer unheilbaren Krankheit töten.

Wie in ihrem Inhalt so kann die Vorausverfügung auch in ihrer Form unterschiedlich sein:

Von der mündlichen Absprache zwischen dem Kranken und seinem betreuenden Arzt bis zur notariell beglaubigten Urkunde in der Form eines persönlichen, vom Kranken unterschriebenen Patientenbriefes, hand- oder maschinenschriftlich oder als Formular, wie es von verschiedenen Vereinigungen überall in Europa angeboten wird. Die Mitzeichnung durch Zeugen ist nicht erforderlich. Der Unterzeichner muss zum Zeitpunkt der Unterzeichnung geschäfts- und einwilligungsfähig (gewesen) sein. Auf die mögliche Problematik einer nicht von Zeugen mitgezeichneten Verfügung sei hingewiesen. So kann die Niederschrift in einer Phase der Depression mit Suizid-Gedanken erfolgt sein. Hier ist die freie, unbeeinträchtigte Entscheidungsfähigkeit zu bezeugen.

Es können auch Minderjährige (zwischen 14 und 18 Jahren) eine Patientenverfügung rechtsbeachtlich abfassen, unter der Voraussetzung der Einsichtsfähigkeit für die Folgen eines eventuellen Behandlungsverzichts oder -abbruches.

Für den Arzt können sich zahlreiche Umsetzungsschwierigkeiten der Verfügungen ergeben. Unter welchen Bedingungen wird nicht oft der Arzt (als Notarzt oder Intensivarzt) in die Situation gebracht, die Prämissen der Patientenverfügung mit den aktuellen medizinischen Gegebenheiten gar nicht "abstimmen" zu können, vielmehr akut handeln zu müssen, ohne den Willen des Kranken zu kennen.

So auch die Schwierigkeit, die reelle Prognose eines aktuellen Krankheitszustandes nicht abschätzen zu können und doch handeln zu müssen, um nicht durch Verzögerung von Therapiemaßnahmen die Aussichten auf Erfolg zu verringern. Bestehen Zweifel an der Aussichtslosigkeit der Krankheitssituation unter realistischen Möglichkeiten verfügbarer Mittel, so ist der Arzt zur Behandlung verpflichtet; er macht sich unterlassener Hilfeleistung strafbar, wenn er in dieser Situation eine Behandlung unterlässt.

Welche für den Arzt bindende, juristisch möglicherweise einklagbare Kraft hat die Patientenverfügung? Mancherlei Argumente schwächen die Rechtsverbindlichkeit:

3. der Gesunde könne bei Abfassung einer Vorausverfügung ja gar nicht seine medizinische, soziale, lebensperspektivische Situation antizipieren und deswegen auch nicht, selbst bei klarer Einsicht in ihm bekannte medizinisch-technische Möglichkeiten und Risiken und Therapiekonsequenzen, schon seiner Entscheidung zur Therapieverweigerung im Voraus sicher sein;
4. die aktuelle Situation der Behandlungsnotwendigkeit liege vielleicht außerhalb dessen, was im Rahmen der vielleicht weit im Voraus getroffenen Patientenverfügung inbegriffen sei;
5. die therapeutischen Fortschritte könnten die vom vorausverfügenden Gesunden oder Kranken nicht abgeschätzt und deswegen aktuell unterschätzt werden (die Möglichkeiten der Intensivmedizin nach einem Unfall z.B.);
6. vielleicht sei auch der Vorausverfügende nicht hinreichend über therapeutische Möglichkeiten und über die Folgen der Verweigerung aufgeklärt worden;
7. die Formulierung sei unbestimmt und untersage nicht ausdrücklich z. B. die Elektrotherapie, von potentiell lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen durch Defibrillation ("Elektroschock") oder Schrittmacher bzw. die künstliche Beatmung;
8. die Formulierung sei vielleicht auf ein allein hedonistisches Bild von "zumutbarer Lebensqualität" oder von Menschenwürde hin abgefasst und könne deswegen dem Arzt keine Handlungsrichtlinien geben.

Solche und andere Argumente können die Rechtsverbindlichkeit einschränken.

In jedem Falle sollte eine Patientenverfügung aber als handlungsrelevantes Indiz für den mutmaßlichen Willen des Kranken beachtet und als Entscheidungshilfe

berücksichtigt werden. Je zeitnäher die Verfügung zur Situation der Therapienotwendigkeit abgefasst oder wenn sie sogar mit erneuerter, datierter Unterschrift wiederholt wurde, desto entscheidungsgewichtiger ist sie.

Mit dem Stichwort der generellen Therapieverweigerung, der gewollten Nichtbehandlung sind wir (sofern nicht die Ablehnung einer bestimmten Therapieform, z. B. schulmedizinische Maßnahmen, gemeint ist) in der Nähe der willentlichen Lebensverkürzung, der gewollten Lebensbeendigung oder des Suizids.

Behandlungsverweigerung ist (das muss manchen Ärzten und Behandlungspersonen entgegengehalten werden) weder rechtlich noch moralisch als Selbstmord anzusehen. Vielmehr kann sie Ausdruck völliger Ergebung in ein als von Gott gegebenes "Schicksal" sein, also ein "Sichschicken" in Fremdbestimmtheit und gerade nicht Ausdruck autonomen Verfügens über das eigene Lebensende. Dem aufgrund entschiedener Behandlungsverweigerung bewusstlos gewordenen Kranken gegenüber besteht denn auch (anders als beim bewusstlosen Suizidenten) keine Behandlungspflicht zur Lebensrettung, wohl die Beistandspflicht, die Pflicht zur Sorge für Schmerzlinderung, Behandlung von Angst und Unruhe und ggf. zur Flüssigkeitszufuhr. Intensivmedizinische Maßnahmen sind bei Kenntnis des Patientenwillens zu unterlassen, selbst da, wo aus medizinischer Sicht noch eine Chance besteht, dass der Kranke unter Einsatz derartiger Behandlungsmethoden gerettet werden könnte.

Auf der anderen Seite schützt eine Patientenverfügung den Arzt vor strafrechtlicher Belangung wegen Tötung durch unterlassene Hilfeleistung. Wenn auch eine Patientenverfügung den Arzt nicht entbindet von der Verpflichtung sorgfältigster Prüfung der medizinischen Sachlage und der Erfolgswahrscheinlichkeit aktuell verfügbarer Mittel und Maßnahmen, so erleichtert sie doch seine Handlungsentscheidungen erheblich.

Wie aber ist zu erfahren, wenn kein solches Dokument vorliegt? Hier wird mehr und mehr das Votum eines Patientenanwalts als "Sachwalter des Patientenwillens" oder eine vom Verfüger zu benennende Person seines Vertrauens akzeptiert für den Fall der Willens- und Entscheidungsunfähigkeit (Vorsorgevollmacht).

Inhaltlich sprechen Patientenverfügungen jedweder Form intensivmedizinische Behandlungsmaßnahmen an, deren Einsatz verweigert werde. Was zählt dazu? Sind die Elektrokardioversion, der Elektroschock bei Kammerflimmern oder die Intubation zur Sauerstoffzufuhr bei akutem Lungenödem bei Patienten mit potentiell überwindbar erscheinenden Krankheitssituationen zu unterlassende Behandlungsmethoden? Oder die antibiotische Behandlung schwerer Infektionen? Der Blutersatz bei spontanen oder traumatischen Blutungen? Die "Entgiftung" bei unabsichtlicher Vergiftung? Werden nicht mit dem Fortschritt

der medizinischen Praxis (damit seien hier Wissen, Erfahrung und Verfügbarkeit zusammengefasst) auch die Aussichten auf Erfolg der Akutmaßnahmen wie der Behandelbarkeit à la longue verbessert? Kann nicht vielleicht damit auch das Schreckgespenst nur halb gelungener Wiederbelebung etwas von seinem Schrecken verlieren? Hier wird die u. U. schwer zu erfüllende Pflicht des Arztes zu einer weitreichenden, sorgfältigen Aufklärung über eine aktuelle Krankheit mit ihrer zeitlichen und lebensqualitativ zu beschreibenden Prognose, über Möglichkeiten der vom Kranken und vom nur potentiell Kranken gefürchteten lebensverlängernden Intensivmedizin mit den Erfolgsaussichten und Risiken herausgefordert. Das verlangt fachliche und kommunikative Kompetenz, .Aufklärung bringt wiederum eigene medizinische und psychologische Probleme mit sich: Das Problem der Sicherheit oder Unsicherheit der Diagnose und mehr noch der Prognose eines Krankheitszustandes mit dem zu erwartenden spontanen oder dem therapeutisch beeinflussten Verlauf, das Problem der seelischen Belastung des Kranken durch Aufklärung, das Problem der möglichen Diskrepanz zwischen rationaler Einsicht und emotionaler Akzeptanz. So kann Aufklärung auch die Angst des Kranken und die Befürchtungen eines in gesunden Tagen über seine spätere Nichtbehandlung Verfügenden verstärken.

Wovor hat aber ein Mensch Angst, wenn er über den Behandlungsverzicht antizipierend verfügt? Ist es der Verlust der Selbständigkeit, der Selbstbestimmung, der Autonomie, die Angst bereitet? Angst vor einem Leben in Hilflosigkeit und Abhängigkeit? Ist es die Angst davor, anderen Menschen zur Last zu fallen, zur körperlichen, seelischen oder finanziellen Last? Ist es die Angst vor der Versachlichung, Vergegenständlichung? Angst davor, zum Objekt eines medizinisch-technischen Aktionismus, gar des Experimentes zu werden? Diese vielfältig möglichen Motive der Vorausverfügung erfordern intensive vertrauensvolle Gespräche mit dem Arzt, mit Angehörigen und eventuell stellvertretenden Vertrauenspersonen. Der "Arzt des Vertrauens" kann, sofern er der behandelnde Arzt ist, nicht die Funktion des rechtlichen Stellvertreters übernehmen. Hier ist der Arzt nicht nur als Sachwalter der Medizin sondern auch als Anwalt des Kranken oder Verfügenden gefordert, d. h. auch als Person, die durch den Umgang mit Menschen in dieser Grenzerfahrung und durch die eigene Stellungnahme ihre Authentizität gewinnt. Und sei es auch, dass der Kranke entgegen der Überzeugung seines Arztes weitergehende Behandlung verweigert, so muss der Arzt solche Entscheidung, sofern sie unter den beschriebenen Prämissen getroffen ist, achten, ohne dann die Betreuung abzubrechen.

Im klinischen Alltag betrifft die Achtung einer Patientenverfügung oft nicht nur einen Arzt allein, sondern ein Behandlungsteam. Hier können Konflikte unterschiedlicher Überzeugung, verschiedener Zuständigkeit, unterschiedliche sachliche und kommunikative Kompetenz die Situation belasten. Auch ist in der Klinik häufig zu beobachten, dass verschiedene Personen, oft mit unterschiedlichen rationalen oder emotionalen Argumenten die Funktion des

Sachwalters für den Kranken affektiv oder praktisch, versteckt oder offen übernehmen. Derartige Konflikte können nur im Stations- oder Teamgespräch, intensiviert durch eine angemessene Supervision, aufgedeckt und (mindestens partiell) überwunden werden. Wieder werden mit diesen praktischen Problemen der Umsetzung einer Patientenverfügung in der Klinik Aspekte deutlich, die über den zum beiderseitigen Schutz juristisch geregelten, medizinischen Handlungsbereich hinaus gehen. Neben der Verweigerung intensivmedizinischer Maßnahmen wird in vielen persönlich verfassten oder auch als Formular unterzeichneten Patientenverfügungen ein **"menschenwürdiges Sterben"** als zu beachtender Wert, auch als Begründung für die Verfügung angegeben. Was heißt das? Was ist menschenwürdiges Sterben? Im Zusammenhang mit der meist mehr emotional als sachlich geführten Kritik an heute möglicher und praktizierter Hochleistungsmedizin und sicher besonders mit dem Blick auf das Sterben unter den Bedingungen einer Intensivstation wird die Menschenwürde, die mit solcher Art Medizin eo ipso verletzt werde (so die Kritik) als Argument in die Diskussion gebracht, das die Ablehnung dieser Behandlungsmethoden hinreichend zu begründen scheint.

Wie aber ist Menschenwürde zu charakterisieren und geht sie tatsächlich dem Blick des Intensivmediziners, d.h. in seinem Handeln verloren? Ich will die Gefahr des Verlustes nicht verleugnen und sehe auch die Berechtigung solcher Kritik. Dennoch: Oft wie eine inflationäre Worthülse gebraucht, kann das Argument der Menschenwürde nicht überzeugen, wo es ohne einen vom Verfasser einer Patientenverfügung authentischen Inhalt gebraucht wird; wo also dieser Wert „menschenwürdiges Sterbens“ nicht aus der Existenz des voraus verfügenden Kranken und Gesunden erwächst oder zu erschließen ist.

Von daher auch ist anzugeben, welche medizinischen Behandlungsmaßnahmen sicher menschenunwürdig sind. So ist gerade auch im Bereich der Intensivmedizin klar zu sagen,

- dass eine nicht zu rechtfertigende experimentelle Behandlung, die Degradierung des Kranken zum ausschließlichen Objekt einer medikamentösen, apparativen oder physikalischen Medizin als menschenunwürdig verurteilt werden muss.
- So auch die sich entwickelnde computergestützte Prognose,
- die Einschätzung der Erfolgchancen oder Vergeblichkeit oder die Kostenkalkulation aufgrund von Computerdaten,
- die Außerachtlassung notwendiger Schmerzbehandlung oder der Sedierung (sei diese auch mit der Möglichkeit eines beschleunigten Sterbeprozesses verbunden).

Diese möglichen Verletzungen der Menschenwürde sind es, die mit der Verweigerung intensivmedizinischer Maßnahmen gemeint sind. Sie vermögen aber nicht hinreichend Menschenwürde positiv zu definieren. Und das ist im Zusammenhang der Patientenverfügung unabdingbar. Führt doch die Reflexion weitere dialektische Aspekte der Patientenverfügung vor Augen:

Menschenwürde ist in der abendländischen Philosophiegeschichte sehr unterschiedlich verstanden worden:

- Von der Stellung in der Gesellschaft und der Teilhabe an der allgemeinen Vernunft (bei Cicero)
- über die Gottebenbildlichkeit, Geistigkeit und Geschöpflichkeit (im Mittelalter)
- über die autonome, selbstgesetzliche Sittlichkeit (bei Kant),
- als politisches Programm sozialer Gerechtigkeit (bei den frühen Sozialisten)
- bis hin zu der Entscheidungsfreiheit, "sich im Äußersten selbst den Tod geben zu können" (K. Jaspers)
- und wieder zu dem Gedanken, dass Menschenwürde an das Bewusstsein eigener Sterblichkeit gebunden ist.

Im juristischen Gebrauch ist Menschenwürde ein Wert der Person an sich, etwas das unveräußerlich zu seiner Naturausstattung qua Mensch gehört; ohne dass aber in dieser Definition gesagt wäre, was Person meint und ob nicht auch (entsprechend der neuzeitlichen Denktradition) "Kultur", nämlich die Entwicklung der Sittlichkeit und des Bewusstseins sozialer Verantwortung, handlungsrelevante Bedingungen von Menschenwürde darstellen.

Mit der Jaspers'schen Formulierung, die - so gebraucht "sich im äußersten selbst den Tod geben zu können" - mit dem Äußersten autonomer Sittlichkeit als *Conditio sine qua non*, als unabdingbare Bedingung von Menschenwürde auch den Freitod (z. B. als Selbstopfer) rechtfertigt, sind wir ganz dicht an dem heutigen Selbstverständnis derer, die um der Menschenwürde willen über ihr Sterben vorausverfügen wollen, auch sehr nahe an der Argumentation der Deutschen Gesellschaft für humanes Sterben (DGHS).

Ist nicht aber auch eine Kennzeichnung von Menschenwürde denkbar, die sie - indem sie die Denktradition aufnimmt und die wachsende plurikulturelle Gesellschaft mit den so unterschiedlichen Wertorientierungen berücksichtigt - als "Ebenbildlichkeit denkbarer und gedachter Humanität im Sinne anthropologischer Konstitution, als Mitmenschlichkeit und potentielle Vernunftbegabung" versteht? Diese Kennzeichnung lässt die Möglichkeit auch des Bewusstseins eigener Sterblichkeit, des (durchaus unterschiedlichen) religiösen Selbstverständnisses offen. Und sie bindet den vorausverfügenden Kranken oder Gesunden wie den möglicherweise behandelnden Arzt wie die Gemeinschaft (von Angehörigen, Freunden, Behandelnden) in die Solidarität gegenseitiger Achtung. Damit gewinnt Menschenwürde Handlungsrelevanz auch in der Extremsituation der Intensivmedizin wie in der Achtung einer

Entscheidung zum Behandlungsverzicht und einem Sterben in Frieden. Mit dem Begriff der Menschenwürde ist nicht nur in der philosophischen Denktradition, sondern auch im nicht immer klar artikulierten Bewusstsein vieler Menschen heute das Kennzeichen der Autonomie und des Selbstbestimmungsrechtes verbunden, auch das des "mündigen Patienten", der selbst über seinen Körper entscheiden und verfügen könne und dürfe.

Auch hier wieder zeigt sich die Dialektik solcher Selbstverfügung. Wir sehen das auch im ärztlichen Alltag klinischer Tätigkeit. Der Kranke ist unter günstigen Bedingungen geistiger Klarheit wohl autonomes Subjekt. Aber er ist ja auch Kranker, Leidender, und deswegen unfrei, nur dialektisch frei. Er entscheidet in existentieller Not, zudem noch abhängig von dem behandelnden Arzt, eingefügt in den Funktionsapparat einer Klinik und in die Mentalität und Abläufe einer naturwissenschaftlich ausgerichteten und institutionalisierten Medizin, deren Segen er auch genießt neben den Lasten und Begrenzungen, die sie (diese Medizin) ihm menschlich auferlegt. Was kann unter diesen Bedingungen Autonomie, autonome Entscheidung und Verfügung heißen?

Wir sehen, wie intensiv uns das Nachdenken über die Patientenverfügung aus dem juristisch geschätzten, von medizinischen Entscheidungskriterien mitbestimmten Rahmen hinausführt in die Weite unseres anthropologischen Selbstverständnisses jeder einzelnen und auch mitmenschlichen Existenz. Unsere Aufgabe als ärztlich oder pflegerisch Behandelnde, als juristisch auch Urteilende wie als potentiell selbst Betroffene oder Verfügende müssen diese Dimensionen im Auge haben, wenn es um die Beurteilung von Patientenverfügung als Entscheidung und als Instrument geht. Gleichviel, ob wir eine Patientenverfügung als solche ablehnen oder akzeptieren, so steht die Beurteilung stets im Horizont unseres Menschenbildes.

Weiterführende Literatur zu diesem Thema

Rehbock, Theda: Autonomie – Fürsorge – Paternalismus. Zur Kritik (medizinisch-)ethischer Grundbegriffe. In Ethik in der Medizin 14-2002, Springer Verlag

Dziewas, Rainer; Sörös, Peter; Henningsen, Henning: Informed Consent im klinischen Alltag – eine pragmatische Interpretation. In Ethik in der Medizin 14-2002, Springer Verlag

Gaul, Charly: Kann Autonomie „fremdvertreten“ werden? Philosophische, medizinische und juristische Überlegungen zur Einstellung lebenserhaltender Therapie bei Schwerstkranken unter Wahrung der Autonomie der Betroffenen. In Ethik in der Medizin 14-2002, Springer Verlag

M. Strätling, V.E. Scharf, B. Eisenbart: Vorausfügungen von Patienten und Stellvertreterentscheidungen in Gesundheitsfragen. Eine interdisziplinär-wissenschaftliche Analyse mit Empfehlungen für eine Reform des deutschen Betreuungsrechtes zur Beseitigung oder Verminderung der ethischen und rechtlichen Probleme bei der medizinischen Behandlung von nicht einwilligungsfähigen Personen. Herausgeber: Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Göttingen, August 2000.

Arbeitsgruppe „Sterben und Tod“ der Akademie für Ethik in der Medizin e.V.: Patientenverfügung, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht. Eine Handreichung für Ärzte und Pflegende. Herausgeber: Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Göttingen, November 1998.

Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen. Herausgeber: Bundesärztekammer Deutschland, 1999

Orsi, Luciano: Direttive anticipate e pianificazione anticipata delle cure. Living will e Advance care planning. U.O. Rianimazione e T.I. Ospedale Maggiore Crema; Consulta di Bioetica Milano.

ETHISCHE ÜBERLEGUNGEN ZUR KÜNSTLICHEN ERNÄHRUNG DES STERBENDEN

Dr. Giuliano Piccoliori

Vorwort:

Palliativmedizin beschäftigt sich ausschließlich mit Patienten, die auf spezifische medizinische Behandlungsmethoden nicht mehr reagieren und deren Krankheit zum Tode führt. Hauptziel palliativ-medizinischer Maßnahmen ist die Symptomkontrolle durch Behandlungsmethoden, die den Patienten unterstützen, ihn aber nicht heilen können. Palliativmedizin beschäftigt sich also zuerst mit dem Menschen, dann mit der Krankheit selbst. Im Vordergrund steht somit nicht das Überleben, sondern die Lebenserwartung des Kranken. Sie betrachtet das Sterben als einen natürlichen Prozess, der keinesfalls durch Übertherapien behindert werden sollte. Palliativmedizin gibt dem Patienten den erforderlichen Mut für die Selbstbestimmung, sowie die Entscheidungsfähigkeit, bringt psychologische und spirituelle Überlegungen in die Krankenpflege mit ein, unterstützt die Familienmitglieder des Patienten und gibt ihnen schrittweise Aufgaben in der Pflege desselben. Auf diese Weise nehmen Familienmitglieder allein schon durch ihre Anwesenheit eine wichtige Rolle neben dem Patienten ein und entwickeln so eine Art „Schutznetz“ rund um ihn herum. Öffentliche, private, soziale und familiäre Ressourcen werden so zu Gunsten des Patienten aktiviert.

Gemäß eines aus dem Jahr 1999 stammenden Dokumentes der italienischen Sonderkommission des Ministeriums, ist die Palliativmedizin durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- ◆ Die **Globalität** des therapeutischen Eingriffs: Der therapeutische Eingriff zielt auf die Steigerung der Lebensqualität des Restlebens ab, beschränkt sich nicht allein auf die Kontrolle der physischen Symptome, sondern lässt auch die psychologische, zwischenmenschliche, soziale und spirituelle Seite in die Therapie mit einfließen.
- ◆ Die **Aufwertung der Ressourcen** des Patienten und seiner Familie sowie des sozialen Umfeldes, in dem sie sich bewegen;
- ◆ Die **Vielfältigkeit** der professionellen und nicht-professionellen Personen, die mit der Pflege des Patienten beauftragt sind;
- ◆ Die Achtung der **Autonomie** und der **Werte** des Kranken;
- ◆ Die bestmögliche **Integration** sowie die volle **Einbindung** in das Netzwerk sanitärer und sozialer Dienstleistungen;
- ◆ Die **Intensität** der Behandlungen und der Pflege des Patienten, die prompt und wirksam auf die veränderten Bedürfnisse des Patienten reagieren müssen;

- ◆ Die **kontinuierliche Pflege** des Patienten bis zum Lebensende;
- ◆ Die **Qualität** der erbrachten Leistungen;

Die Tatsache, dass der Lebenserwartung des Patienten erste Priorität eingeräumt werden soll, bedeutet die Anerkennung der zentralen Rolle des Kranken im Rahmen der Behandlung und der Pflege. Keineswegs darf ein Urteil über die Lebenserwartung des Patienten „von außen“ kommen, sondern es geht ausschließlich darum, sich nur auf das zu stützen, was der Kranke fühlt und mitteilt.

Künstliche Ernährung des Sterbenden:

Allen voran sei erwähnt, dass zur **künstlichen Ernährung** (Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr) unterschiedlichste Anschauungen bestehen:

Zum einen gibt es die *ontologische* Sichtweise, die die künstliche Ernährung als **Basisversorgung** bzw. als **verpflichtende Unterstützung** zugunsten des Patienten ansieht. Ausgehend von dieser Anschauung muss die künstliche Ernährung bis zum Lebensende des Sterbenden gewährleistet werden, unabhängig davon, ob er Hunger oder Durst empfindet, unabhängig von seiner Lebenserwartung, von den Auswirkungen auf seine Lebensqualität, vom Willen, den er kundtut bzw. in der Vergangenheit kundgetan hat (Patientenverfügung) oder der auf andere Weise nachvollziehbar ist. Dies ist die sogenannte *Sanctify-of-Life-Position* (SoL), die das Leben als ein unantastbares Gut betrachtet, das über allen Werten steht, etwas Heiliges ist. Mit anderen Worten, das menschliche Leben ist nicht als Wert in sich zu verstehen, sondern als ein von Gott oder von der Natur gegebener.

Im medizinischen Bereich besteht eine grundlegende Übereinstimmung darüber, dass künstliche Ernährung als ein **medizinischer Akt** bzw. ein **medizinischer Eingriff** anzusehen ist, der abgelehnt oder unterbrochen werden kann. Unterstützend zu dieser Aussage sei hervorgehoben, dass bei der künstlichen Ernährung Nahrung in Form einer chemischen Verbindung (eine Mischung aus Stoffen, die für das Überleben notwendig sind) verabreicht wird, die ausschließlich von Ärzten verschrieben und ausschließlich von Ärzten mittels einer Nasen-Magen-Sonde oder auf andere Weise (PEG oder Gastrostomie) in den Körper eingeflößt, und deren Konsequenzen im Verlauf ausschließlich von Ärzten kontrolliert werden können. Dort, wo Ernährung und Flüssigkeit auf diese Art und Weise verabreicht werden, geht es nicht mehr um verpflichtende Unterstützung, sondern um ärztliche Behandlung im weitesten Sinne.

Um nur einige von vielen Beispielen zu nennen: Hält man einen Blinden am Arm, ist dies ein Akt der Hilfeleistung und der Solidarität; behandelt man hingegen seine Sehorgane, handelt es sich um einen medizinischen Akt. Hilft man einem Menschen mit motorischen Schwierigkeiten über die Straße, ist das

ein Akt der Hilfeleistung und der Solidarität; setzt man hingegen eine Prothese an die Stelle seiner fehlenden Gliedmaßen, ist dies ein medizinischer Akt. Und genauso ist es bei der künstlichen Ernährung: Hilft man einem Menschen, der nicht mehr alleine essen und trinken kann, handelt es sich um einen Akt der Hilfeleistung; hilft man dagegen einem Menschen, der nicht mehr über den Mund Nahrung und Flüssigkeit aufnehmen kann, mittels einer Nasen-Magen-Sonde oder mittels anderer technischer Hilfsmittel seinen Nahrungs- und Flüssigkeitsbedarf zu decken, handelt es sich um medizinische Behandlung.

Diese These schreibt sich die *Quality-of-Life-Position* (QoL) auf die Fahne; es handelt sich um eine *aktualistische* Position, die einerseits versucht, das Leben umfassend zu schützen, sich andererseits aber dafür einsetzt, das absolute Verbot der Lebensunterbrechung zu umgehen. Daher unterscheidet sie menschenwürdiges und menschenunwürdiges Leben, aktives und dahinvegetierendes Leben und beruft sich dabei auf Kriterien wie Rationalität, Fähigkeit zu kommunizieren und zu interagieren; Kriterien also, die dem Menschen Würde verleihen. Das menschliche Leben hat einen umso größeren Wert, je stärker Funktionen wie Kommunikation, Bewusstsein über sich selbst und die eigene Persönlichkeit vorhanden sind.

Eine Variante dieser Position stellt den Sterbenden mit seinem Selbstbestimmungsrecht in den Mittelpunkt der ethischen Bewertung medizinischen Handelns. Dies ist die einzige Möglichkeit, eine einheitliche Moral für Menschen unterschiedlicher ethischer Visionen zu bilden. Ziel ist es, die Zustimmung aller Mitbeteiligten zu finden: vom Patienten, Arzt, den Familienmitgliedern und dem Pflegepersonal.

Beide Positionen setzen sich für den Schutz des Lebens ein, versuchen jedoch unannehmbares Leid zu vermeiden. Die SoL-Ethik befürchtet ein vorzeitiges Verkürzen des Lebens, die QoL-Ethik eine übertriebene Verlängerung des Lebens.

Eine dritte These besteht in einem Kompromiss der beiden erwähnten Positionen; diese könnte als „*Ethik der Kommunikation*“ bezeichnet werden. Der medizinische Akt wird mit der Arzt-Patient-Beziehung legitimiert. Beide, sowohl Arzt als auch Patient, befinden sich auf derselben Ebene unter Berücksichtigung der jeweiligen Kompetenzen. Der Patient befindet sich im Zentrum des Entscheidungsprozesses.

Der italienische deontologische Kodex (vom 3. Oktober 1998) zählt die künstliche Ernährung zu den *Pflichten des Arztes*. Unter Art. 3 heißt es „*Es ist die Pflicht des Arztes, menschliches Leben sowie den physischen und psychischen Zustand des Menschen zu schützen und unter Berücksichtigung der Freiheit und der Würde des Menschen Schmerzen zu lindern... Im weitesten Sinne ist die*

Gesundheit als die Grundlage für physisches und psychisches Wohlbefinden des Menschen zu verstehen.“

Daraus folgt die ärztliche Verpflichtung, den Patienten zu behandeln.

Unter Art. 14 heißt es *“der Arzt muss davon Abstand nehmen, unter allen Umständen eine medizinische Behandlung vorzunehmen, von der keine Besserung des Gesundheitszustandes des Patienten bzw. keine Erhöhung dessen Lebensqualität zu erwarten ist“*. Art. 32 hebt zudem hervor, dass aufgrund des Selbstbestimmungsprinzips eines jeden Menschen, jede medizinische Behandlung, einschließlich der künstlichen Ernährung, dem „informed consent“ unterliegt, *„da keine medizinische Behandlung ohne den Willen des Patienten vorgenommen werden darf.“* Unter Art. 37 heißt es, dass *„im Falle von unheilbaren terminalen Krankheiten der Arzt sein Wirken auf die moralische Unterstützung sowie auf Therapien zur Linderung der Schmerzen beschränken muss und den Patienten dahingehend behandeln muss, dass seine Lebenserwartung im Rahmen des Möglichen gesteigert wird.*

Im Falle von Bewusstseinsverlust des Patienten ist der Arzt dazu verpflichtet, die lebensunterstützende Therapie solange fortzuführen, solange sie als vernünftig angesehen wird.“

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) heißt es in einem vor kurzem veröffentlichten Dokument mit dem Titel *„Kontrolle der Symptome bei terminalen Krankheiten“* unter dem Abschnitt der künstlichen Ernährung: *„Die intravenöse Ernährung ist bei terminalen Patienten nicht geeignet. Sie führt weder zu einer Gewichtszunahme noch verlängert sie das Leben. Die enterale Ernährung mittels Sonde (Nasen-Magen-Sonde, Gastrostomie, Jejunumstomie) spielt bei der terminalen Krankheit eine verschwindend kleine Rolle. Sie sollte ausschließlich bei Patienten angewandt werden, die einen eindeutigen Nutzen davon haben. Die künstliche Ernährung sollte bei Sterbenden nicht herangezogen werden.“*

Es ist wichtig, dass Ärzte und Pflegepersonal in der Indikation von lebensunterstützenden Maßnahmen bei terminalen Patienten besondere Vorsicht walten lassen. Diese Maßnahmen werden in der terminalen Phase nur dann angewandt, wenn der Patient dieser Entscheidung zustimmt. Sollte er dazu jedoch nicht mehr imstande sein, können solche Maßnahmen erst nach reichlicher Überlegung bezüglich einer steigenden Lebenserwartung des Patienten getroffen werden.

Jeder Eingriff, der darauf abzielt, die Qualität der Nahrungsaufnahme beim Kranken zu verbessern bzw. die Nahrungsaufnahme wieder herzustellen, darf Sinn und die Aufgaben der Palliativmedizin nie aus den Augen verlieren. Vor diesem Hintergrund ist es sehr wichtig, die Prioritäten des Kranken in den absoluten Vordergrund zu schieben. So machen invasive Eingriffe bei einem Patienten mit einer guten Lebenserwartung Sinn; bei Patienten, deren Krankheit

sich bereits in der terminalen Phase befindet und deren Zustand sehr schlecht ist, hingegen keinen.

In der Praxis ist es oft sehr schwierig, diesen Empfehlungen nachzukommen. Es gibt nämlich keine sicheren Daten, die darauf hinweisen, wann die künstliche Ernährung Sinn macht, d. h. wann sie für den Sterbenden effektiv Nutzen bringt und seine restliche Lebenserwartung sichtlich verbessert. Zudem ist es oftmals sehr schwierig, eine Prognose zu stellen bzw. die Lebenserwartung des einzelnen Patienten zu bestimmen, auch wenn die künstliche Ernährung die Situation des Patienten verbessern könnte.

Die Entscheidungsfindung kann in drei Phasen unterteilt werden:

1. **Analyse der Ist-Situation:**

- 1.1. Bewertung des Krankheitsbildes aufgrund von Alter, allgemeinem Zustand, Begleitscheinungen (mit auftretenden Krankheiten), Art der Krankheit, Grund des terminalen Stadiums und Schnelligkeit des erwarteten Krankheitsverlaufes
- 1.2. Symptome: sind Symptome erkennbar, die mit der Dehydratation und einem negativen Protein- und Kalorienhaushalt zusammenhängen? Hat der Patient Hunger, hat er Durst?
- 1.3. Wie sieht die Überlebensprognose aus? Wie viele Tage, Wochen, Monate wird der Patient noch leben?
- 1.4. Wie sieht es mit der Nahrungs- und Flüssigkeitszunahme von Seiten des Patienten aus?
- 1.5. Wie groß ist die Fähigkeit des Patienten, auf natürlichem Wege Flüssigkeit und Nahrungsmittel zu sich zu nehmen?
- 1.6. Wie stark ist der Wille des Patienten bezogen auf Maßnahmen, die dem Katabolismus und auch der Gewichtsabnahme entgegenwirken?
- 1.7. Wie ist die Darmfunktion? Die PEG sollte bei einer guten Darmfunktion bevorzugt werden.

2. **Entscheidung über die weiteren Schritte**

- 2.1. Was will man mit der künstlichen Ernährung erreichen? Die Prognose „Überleben“ ist das angepeilte Ziel; doch sehr oft stellt dieses Ziel eine Grauzone dar.
- 2.2. Die Vorgehensweise muss mit dem Patienten und den Familienmitgliedern besprochen werden.

3. **Die Kontinuierliche Neubewertung** der festgelegten Behandlungsmaßnahmen unter Berücksichtigung der in der Entscheidungsphase festgelegten Ziele ist unabdingbar.

Die Bundesärztekammer hebt in ihren jüngsten “BÄK-Prinzipien für die ärztliche Sterbebegleitung” hervor, dass im Falle von Patienten, die in absehbarer Zeit sterben werden, Hunger und Durst nur bei ausdrücklichem Verlangen gestillt werden sollen. Wir wissen jedoch auch, dass das Nicht-Vorhandensein von

Hunger und Durstgefühlen nicht immer direkt auf die überwiegende Krankheit zurückzuführen ist (Depression, Angst, Medikamente, elektrolytisches Ungleichgewicht, neurologische Dysphagie, Verstopfung, Niereninsuffizienz, Schmerzen, Sepsis, Schmerzen in der Mundhöhle, Husten), und somit auch bei Patienten in terminaler Phase behandelt und korrigiert werden kann. Andererseits nimmt mit heranschreitendem Lebensende auch der Appetit progressiv ab; der Sterbende fordert in dieser Phase weder Nahrung noch Wasser.

Was die Hydratation betrifft, sollten nachstehende Faktoren berücksichtigt werden:

- Die Hyperhydratation im Sterbenden kann von der Atemnot bis zum Lungenödem führen
- Es ist nicht sicher, dass Xerostomie und Rachentrockenheit immer auf Dehydratation zurückzuführen ist; dasselbe gilt für das Risiko von Embolien und Kopfschmerzen
- Im Falle von Dehydratation nimmt die Urinmenge ab, sodass der Patient weniger Harndrang empfindet; andererseits nimmt auch die Ausscheidung von Metaboliten und giftigen Substanzen ab, was neurologische Folgen (mentale Konfusion, Delirium) und iatrogene Auswirkungen haben kann.
- Dehydratation oder Dehydrierung bedeutet keine Phleboklysis, keine technische Abhängigkeit; es bedeutet aber sowohl für den Patienten als auch für die Familienangehörigen und oftmals sogar für das Pflegepersonal den Verzicht auf eine Behandlung, was vom psychologischen Standpunkt her oft sehr schwierig ist und nicht leicht akzeptiert werden kann.
- Zahlreiche Daten beweisen die schmerzlindernde und angsthemmende Auswirkung der Dehydratation mittels Stimulieren der Endorphinproduktion
- Die Dehydratation kann im Falle von Darmverstopfung Übelkeit und Erbrechen reduzieren; andererseits kann sie aber auch direkt oder aufgrund der Ansammlung von giftigen Substanzen ein Mitgrund für zentralbedingte Übelkeit und Erbrechen sein
- Die Verhärtung des Stuhls aufgrund von Dehydratation führt zu Verstopfung, ein Problem, das in der Palliativmedizin sehr oft auftritt
- In den meisten Fällen haben Kranke in der terminalen Phase keinen Durst mehr. Oft beklagen sie sich jedoch über eine trockene Mundhöhle, was jedoch selten mit parenteraler Hydratation verbessert werden kann: daher darf Xerostomie nicht mit Durst verwechselt werden.

Es sei jedoch hervorzuheben, dass die Entscheidung oder allein schon der Vorschlag des Abbruchs der künstlichen Ernährung vom Patienten als die definitive Kapitulation oder aber als ein unwiderrufliches Todesurteil ausgelegt werden kann; mit anderen Worten, **die Aufgabe jeglicher restlichen Hoffnung**. Wir wissen, dass Kranke in der terminalen Phase sehr oft den Ernst der Lage

unterschätzen, obwohl sie ausführlichst über ihren Zustand und ihre Krankheit und somit über ihr unabwendbares Schicksal aufgeklärt wurden. Sie tendieren dazu, ihre Lebenserwartung zu überschätzen und bewahren meist noch ein Quäntchen Hoffnung, was ihnen das unerträgliche Schicksal, das Wissen ob ihres imminnten Todes oft erträglicher macht. Würde man diesen Kranken ihre Hoffnung nehmen, hieße das sie in ein tiefes Loch der Verzweiflung zu werfen, was ihre Lebenserwartung in den letzten Tagen ihres Lebens nichtig machen würde. Daher ist es absolut notwendig, mit Vorsicht und Empathie zu agieren und den Willen sowie die Suche nach Wahrheit dieser Kranken wahrzunehmen und zu respektieren.

Schlussfolgerung:

Zusammenfassend können folgende Prinzipien für die künstliche Ernährung eines Sterbenden als Orientierungshilfe dienen:

1. **Weder für die künstliche Nahrungszufuhr noch für die künstliche Flüssigkeitszufuhr gibt es sogenannte „gold standards“**, die auf klinischen Daten beruhen, weshalb es schwierig ist, in den einzelnen Fällen mit Sicherheit die Zweckmäßigkeit und die Nützlichkeit der künstlichen Ernährung einzuschätzen.
2. **Im Mittelpunkt des Entscheidungsprozesses steht der Patient.** Bei der Entscheidungsfindung müssen immer sowohl die Familienmitglieder als auch das Pflegepersonal mit einbezogen werden. Wenn möglich, sollten alle über die Palliativmaßnahmen informiert werden d. h. darüber, dass diese nicht heilen, über die möglichen Vorteile und über die möglichen Nachteile der künstlichen Ernährung. Der Patient allein entscheidet darüber, ob die künstliche Ernährung eingeleitet, weitergeführt oder aber abgebrochen werden soll. Sie wird auf jeden Fall eingeleitet bzw. weitergeführt, wenn das der Patient ausdrücklich wünscht; dabei sollte sie so wenig invasiv wie möglich sein und beschränkt vorgenommen werden (eine Gastrostomie ist der intravenösen Lösung zu bevorzugen; bei der Hydratation ist die subkutane Einspritzung besser als die intravenöse). Sollte der Sterbende aufgrund plötzlicher Unfähigkeit nicht mehr in der Lage sein, seinem Willen diesbezüglich Ausdruck zu verleihen, wird der Wille berücksichtigt, den er zuletzt verbal oder per Verfügung ausgedrückt hat, was wiederum nur als wichtiges Element angesehen wird, nicht aber ausschlaggebend ist für die Bewertung der Situation. Sollte der Wille des Patienten nicht bekannt sein, wird das berücksichtigt was die Familienmitglieder und die Pflegepersonen über ihn und seinen Willen berichten können. Bei der Entscheidungsfindung wird eine allgemeine Zustimmung gesucht.

3. **Die künstliche Ernährung sollte bei Sterbenden nicht herangezogen werden**, mit Ausnahme jener Fälle, bei denen die Überlebenschance noch groß ist und Vorteile für die Lebenserwartung des Kranken zu erwarten sind.
4. **Die künstliche Flüssigkeitszufuhr sollte dann angeboten werden, wenn die Vorteile die Nachteile überwiegen.** Dabei sollte das Ziel verfolgt werden, Symptome der Dehydratation, wie Konfusion, Übelkeit, Brechreiz und Erschöpfung zu verbessern bzw. den Symptomen vorzubeugen.

Bibliographie:

1. "Kontrolle der Symptome bei Krankheiten in der terminalen Phase" – WHO – Genf 1998
2. "Bioethik – Interdisziplinäres Fachjournal" – anno X, Nr. 2:278-294 – Juni 2002 – Verlag ZADIG – Arbeitskreis Bioethik und Palliativmedizin in der Neurologie: die Absetzung von lebensunterstützenden Maßnahmen
3. "Cancro: curare i bisogni del malato – l'assistenza in fase avanzata di malattia" – von Gabriella Morasso – Il Pensiero Scientifico Verlag – Juni 1998
4. "Il malato di cancro in medicina generale" von Giuseppe Parisi – UTET Verlag
5. "Palliativtherapie - Ernährung und Flüssigkeitszufuhr" – Hans Neuenschwander – APIS anno XII – n. 1: 38-42 - Oktober 1999
6. "Tod – Tor zum Sinn? Gedanken zur Sinnfrage in der Palliativmedizin" – Hermann Werner Heiss – APIS anno IX n.1: 9-14– 1996
7. „Ärztliches Handeln am Lebensende" – Stefan Freidel – APIS anno X – n. 1: 76-83 - Oktober 1997
8. "Medizinischer Ehrenkodex" – 1998
9. "Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten" – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften – 1995
10. "Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung" - Dtsch. Ärzteblatt 95.Jg.,1998, A-2365-67
11. "Künstliche Ernährung durch "percutane endoskopische Gastrostomie" (PEG-Sonden)? – Eine ethische Orientierung" – Arbeitskreis für Medizinische Ethik des Konvents der Krankenhauseelsorgerinnen und Krankenhauseelsorger der Evangelischen Kirche im Rheinland"
12. "Bedeutung der Flüssigkeitszufuhr bei Sterbenden und anderen Patienten – Grundsätze der Betreuung Sterbender im Heim" – Albert Wettstein
13. "Zwischen Therapiebegrenzung und Sterbehilfe: ein bioethisches Dilemma in der Intensivmedizin" – Axel W. Bauer – Journal für Anästhesie und Intensivbehandlung (2000), H.1: 9-12
14. "Ethische Aspekte der Sterbehilfe" Prof. Dr. Karl Golser, Cusanus-Akademie, 17.10.2001

15. Arbeitsgruppe über Behandlungswege künstlicher Ernährung bei Personen bei irreversiblen Bewusstseinsverlust (Dekret vom Gesundheitsministerium, Prof. U. Veronesi, vom 20/10/2000) – Bericht (1/6/2001)
16. “Quale etica per le cure palliative?” – Sandro Spinsanti – Arzt und Patient (2000) 7: 45-53
17. “La disidratazione nel paziente neoplastico terminale: trattare o non trattare” – Gruppe über neue Formen der Palliativmaßnahmen – Ital. Magazin für Palliativmedizin, Volume 3, n.4/2001: 229-234
18. “La dolce morte” – Marie de Hennezel – Sonzogno Verlag Februar 2002
19. “La morte di Ivan Il’ic” – Lev Tolstoj – Garzanti Verlag

ÜBERBLICK ÜBER DIE EUTHANASIE – PROBLEMATIK ANMERKUNGEN ZUR STERBEHILFE

Dr. Günther Donà

Seit Jahren ist Sterbehilfe in unserer Gesellschaft ein lebhaft umstrittenes und kontrovers diskutiertes Thema.

Die Verabschiedung der Gesetze zur aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden und in Belgien, die Zustimmung zum assistierten Suizid in Zürich und diverse parlamentarische Initiativen in verschiedenen europäischen und amerikanischen Staaten haben Gegner und Befürworter der, wie auch immer verstandenen, aktiven Beihilfe zur Todesbeschleunigung gleichermaßen in ihrer Grundeinstellung bestätigt und zu neuen Diskussionen Anlass gegeben.

Die nachfolgenden Anmerkungen wollen sich darauf beschränken, gängige Begriffe in der Euthanasiediskussion zu klären, da die vielen unterschiedlich verwendeten Begriffe und Definitionen der berechtigten und notwendigen Diskussion nicht dienlich sein können.

Nur auf diese Weise wird nämlich eine möglichst vorurteilslose, sachliche, differenzierte Diskussion der Sterbehilfeproblematik gelingen. Und diese ist dringend nötig, um endlich in der Gesellschaft speziell jene Unsicherheit in Bezug auf Durchführung oder Unterlassung von medizinischen Maßnahmen auszuräumen, die für jeden einzelnen Bürger, der ja immer auch potentieller Patient ist, im Krankheitsfall zu einer zusätzlichen psychisch-seelischen Belastung werden kann.

Die Erwartungen in die Medizin und Pflege sind heute groß. Einerseits werden die Möglichkeiten der Medizin, die Grenzen des Todes hinauszuschieben, als ein Recht gesehen, andererseits lösen jedoch dieselben Möglichkeiten tiefe Ängste aus. Die Grenze zwischen optimaler Behandlung und therapeutischem Übereifer kann fließend sein. Der Mangel an Regelungen und die daraus folgende Rechtsunsicherheit lassen beim Arzt Befürchtungen wegen möglicher strafrechtlicher Konsequenzen seines Handelns entstehen; der Patient seinerseits ängstigt sich vor einer qualvollen Verzögerung seines Sterbens durch einen ihm aufgedrängten Einsatz medizinischer Techniken und Apparaturen.

Daneben führen auch die sozialen und demographischen Veränderungen, die zunehmend unklare Wirtschaftslage und der Ruf nach Umverteilung der vorhandenen Mittel besonders für die letzte Phase des Lebens zu vermehrter Besorgnis. Ethische Überlegungen und wirtschaftliche Überlegungen divergieren in der Frage: Welche Betreuung wollen wir und auf welche Betreuung haben wir Anrecht?

Benötigt wird daher eine möglichst klare, gesicherte, ethisch begründbare und juristisch einwandfreie Richtschnur für das Verhalten in Diagnose und Therapie gegenüber dem einzelnen Patienten, wobei die Grundwerte Autonomie, Wahrhaftigkeit, Gerechtigkeit und Menschenwürde, aus denen sich ein Recht auf Mitbestimmung oder gar Selbstbestimmung ableiten lässt, in alle Überlegungen zwingend aufzunehmen sind.

An dieser Stelle sei auch betont, dass das wachsende Wissen und die zunehmende Erfahrung in der Palliativmedizin das Interesse an einer umfassenden Sterbebegleitung verbessert hat, dieses spezielle Wissen aber noch zu wenig Eingang gefunden hat in den Krankenhausalltag, die Pflegeheime und die Hausbetreuung.

Dies hat mancherorts den Ruf nach einem Recht auf ein rasches, schmerzfreies Sterben und auf diesbezügliche Selbstbestimmung laut werden lassen.

Schwerkranke äußern nicht selten Sterbewünsche: Sie möchten körperlichen Leiden - Schmerz, Ermattung, Atemnot, Erbrechen - ausweichen. Ebenso oft sind es aber auch seelische Leiden - Angst vor zunehmender Verschlechterung, Angst, alleine gelassen zu werden oder den Angehörigen zur Last zu fallen, Depression, Gefühl der Ohnmacht und der Entwürdigung - von denen sich manche Patienten durch den Tod befreien möchten.

Die Erfahrung zeigt aber, dass der Wunsch nach Beihilfe zur Selbsttötung und aktiver Euthanasie in den allermeisten Fälle erst gar nicht geäußert wird, wenn Palliativmedizin und -pflege frühzeitig und ausreichend eingesetzt werden.

Daher die Forderung, parallel zur Euthanasiediskussion alle Möglichkeiten für eine Verbreitung des palliativmedizinischen Gedankens auszuschöpfen, sei dies in der Aus- und Weiterbildung des Sanitätspersonals, der täglichen Praxis, der Forschung, der Aufklärung der Bevölkerung. Nur dann können in der Diskussion echte Alternativen zu den Sterbehilfeforderungen angeboten werden und die Problematik vielschichtig beleuchtet werden.

Formen der Euthanasie

Direkte aktive Euthanasie:

Direkte aktive Euthanasie ist die gezielte Tötung zur Verkürzung der Leiden eines anderen Menschen.

Indirekte, (auch indirekte aktive) Euthanasie:

Indirekte (aktive) Euthanasie liegt vor, wenn zur Linderung von Leiden Mittel (z.B. Schmerzmittel) eingesetzt werden, welche als Nebenwirkung die

Überlebensdauer herabsetzen können. Bei der indirekten (aktiven) Euthanasie ist die der Handlung zugrunde liegende Absicht entscheidend. Das Ziel der Handlung liegt in der Linderung des unerträglichen Leidens und nicht in der Beendigung des Lebens, auch wenn der Sterbevorgang dadurch beschleunigt werden kann.

Passive Sterbehilfe

Passive Euthanasie liegt vor, wenn auf lebenserhaltende Maßnahmen verzichtet wird. Wichtig ist dabei der Gedanke, dass passive Euthanasie den Sterbeprozess sinnvoll beeinflussen will, wobei der Todeszeitpunkt unbestimmt bleibt, während aktive Euthanasie das Erzwingen des Todes innerhalb von Minuten zum Ziele hat.

Beihilfe zur Selbsttötung

Beihilfe zur Selbsttötung liegt vor, wenn jemand einen Menschen bei der Verwirklichung eines bereits gefassten Entschlusses zur Selbsttötung unterstützt

Urteilsfähigkeit des Patienten

Einer besonderen Berücksichtigung bedarf in der Euthanasiediskussion der Zustand der Mündigkeit und der Urteilsfähigkeit des Sterbenden: Die Unterscheidung erfolgt in

- mündige und urteilsfähige Personen,
- mündige, urteilsunfähige Personen,
- unmündige bzw. entmündigte, urteilsfähige Personen,
- unmündige bzw. entmündigte, urteilsunfähige Personen.

Diese Unterscheidung ist im Rahmen der Erarbeitung einer Richtschnur notwendig, um der Forderung nach eingehender Berücksichtigung des Patientenwillens - sei es in Form einer geschriebenen Patientenverfügung, einer verbalen Verfügung oder des mutmaßlichen aktuellen Willens auf Grund objektiver Umstände, wie medizinische Prognose oder Verhältnis zwischen Intensität des geplanten Eingriffs und der erwarteten therapeutischen Wirkung, oder früherer Willensäußerungen im rechten Maße nachzukommen.

Ethisch fundiertes Denken ist Voraussetzung für ein Gelingen im Prozess der Entscheidungsfindung zum ausschließlichen Interesse der Sterbenden.

Literatur:

Comitato Nazionale per la Bioetica, Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana, 14 luglio 1995

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten

Prof. Dr. Karl Golser, "La richiesta di eutanasia – sintomo di una società malata" Colloqui di Dobbiaco, 24-8-2001, pubblicato in: MAZZONI, Aldo (a cura di): I venerdì di Dobbiaco, Ed. CIC (Centro di Iniziative Culturali), Bologna 2002, 47-56

3. Ethisches Forschungsgespräch in Oppeln (19./20.4.2001) Euthanasie in der Diskussion, Prof. Dr. Karl Golser, Bressanone-Brixen (Italien), Stellungnahmen zu Sterbehilfe und Euthanasie des Lehramts der Katholischen Kirche, Veröffentlicht in: Morciniec, Piotr Hrsg.: Eutanazja w Dyskusji, Euthanasie in der Diskussion, Wydział Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego, Opole/Oppeln 2002, 209-245

K. Faisst, Medizinische Entscheidungen am Lebensende in der Schweiz Im Rahmen des EU-Projekts «Medical End-of-life Decisions: Attitudes and Practices in 6 European Countries» Schweizerische Ärztezeitung / Bulletin des médecins suisses / Bollettino dei medici svizzeri •2001;82: Nr 25 1330

M. Marti, Sterbehilfe in der Schweiz, Schweizerische Ärztezeitung / Bulletin des médecins suisses / Bollettino dei medici svizzeri •2002;83: Nr 12 571

Sterbehilfe in Altersheimen, Ethische Perspektiven, Beiträge zur Informations- und

Koordinationstagung für Seelsorgende und andere kirchliche Verantwortliche, Donnerstag, 7. Juni 2001 in Bern; TEXTE 2/01 ISSN 1420-0097X; ise-ies, Institut für Sozialethik des Schweizerischen Evangelischen Kirchenbundes,

Arbeitsgruppe Sterbehilfe, STERBEHILFE, Bericht der Arbeitsgruppe an das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement, März 1999

Wettstein,H., Sterben in Würde

Direkte aktive Sterbehilfe	Gezielte Tötung zur Verkürzung der Leiden eines anderen Menschen
Indirekte (aktive) Sterbehilfe	Wenn zur Linderung von Leiden Mittel eingesetzt werden, welche als Nebenwirkung die Lebensdauer herabsetzen können
Passive Sterbehilfe	Verzicht auf die Aufnahme oder den Abbruch von lebenserhaltenden Maßnahmen, durch welche der Eintritt des Todes hinausgezögert werden könnte
Beihilfe zum Selbstmord	Wenn jemand einen Menschen bei der Verwirklichung eines bereits gefaßten Entschlusses zur Selbsttötung unterstützt
Dysthanasie	Therapeutisches Beharren
Palliativmedizin und palliativmedizinische Maßnahmen	Jener Zweig der Medizin, der sich Menschen mit einer nicht heilbaren progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung widmet; der Aspekt der Linderung von Leiden tritt vor den der Heilung, im Vordergrund steht nicht die Lebensverlängerung, sondern das Erreichen einer bestmöglichen Lebensqualität in der noch verbleibenden Zeit.

DER INTRAUTERINE FRUCHTTOD

Dr. Herbert Heidegger

Es wird in dieser Zusammenstellung bewusst auf medizinische Detailinformationen verzichtet.

VORWORT

Wenn Geburt und Tod zusammenfallen, ist dies immer ein sehr trauriges Ereignis für alle Beteiligten. Es ist schwer zu akzeptieren, dass das Kind, das bis dahin im Körper der Frau herangewachsen ist, ganz plötzlich und oft ohne erkennbaren Grund aufgehört hat zu leben. Wegen des hohen medizinischen Standards konnte die Anzahl der Totgeborenen in den letzten Jahren drastisch gesenkt werden. Die pränatale Diagnostik und der hohe medizinische Standard wiegen die Eltern in Sicherheit, bis sie urplötzlich mit dieser traurigen Situation konfrontiert werden. Auf einen solchen Tod ist niemand vorbereitet.

Fehl- und Totgeburten sind tabuisierte Themen. Man spricht nicht gerne darüber und weicht der Konfrontation ständig aus. Eine Erklärung für die Tabuisierung von Totgeburten liegt darin, dass die Gesellschaft gewohnt ist, Misserfolge schnell zu vergessen. Wünsche müssen Wirklichkeit werden, auch der Wunsch nach dem Kind. Ein Kind, das mühsam erkämpft wurde, darf einfach nicht sterben. Fehl- und Totgeburten dürfen keinen Raum im Wunschdenken um ein Kind einnehmen, obwohl sie relativ häufig auftreten. Für die Trauerarbeit bleibt hier kein Platz mehr, doch auch der Verlust eines Kindes während der Schwangerschaft muss genauso betrauert werden, wie der Verlust eines geborenen, lebenden Menschen. Dass ein Kind, noch bevor es geboren wird, stirbt, ist unvorstellbar und vor allem unvereinbar mit Vorstellungen, die wir von Leben und Tod haben.

DEFINITION

Als intrauterinen Fruchttod (IUFT) bezeichnet man den Tod eines Feten in der 2. Schwangerschaftshälfte, nach dem 180. Tag, aber vor Geburtsbeginn. Dies sind Kinder, die potenziell lebensfähig gewesen wären. Oft werden Feten, deren Tod zwischen dem 140. und 180. Tag eingetreten ist, als Intrauteriner Fruchttod bezeichnet, weil es manchmal schwierig ist den genauen Todeszeitpunkt zu bestimmen

Der Intrauterine Fruchttod ist meistens eine Folge eines chronischen fetalen Distress, der fast immer in Verbindung mit einer mütterlichen Erkrankung, Pathologie der Plazenta oder Nabelschnurkomplikation auftritt. Der intrapartuale

Tod eines Kindes hingegen ist üblicherweise eine Folge eines akuten fetalen Distress.

Eine modernere Nomenklatur definiert als „späten fetalen Tod“, den Tod eines Feten vor Geburtsbeginn, der bei der Geburt mindestens 1.000 g wiegt. Als „frühzeitigen fetalen Tod“ wird der Tod eines Feten vor Geburtsbeginn mit einem Gewicht zwischen 400 und 999 g bezeichnet. Daraus folgt, dass man Feten mit einem Geburtsgewicht unter 350 g als Aborte definiert.

Die WHO bezeichnet als fetalen Tod den Tod jener Feten, die ein höheres Gewicht als 500 g aufweisen, was einer 22. Schwangerschaftswoche oder einer totalen Länge von 25 cm entspricht.

HÄUFIGKEIT

In der Literatur wird eine Häufigkeit von 1% angegeben.

URSACHEN

Die Ursachen für den Intrauterinen Fruchttod sind sehr vielfältig. Alle krankhaften Ereignisse, die in der Pathologie der Geburtshilfe beschrieben werden, können Ursache für den fetalen Tod sein.

Mit einem prozentuellen Anteil von über 80% ist die fetale Hypoxie infolge einer Plazentainsuffizienz (akut oder chronisch), die häufigste Ursache für den Intrauterinen Fruchttod. Oft aber treffen auch mehrere Ursachen zusammen, zum Beispiel Diabetes mellitus und Fehlbildungen.

In einer gewissen Anzahl von Fällen tritt der Tod ohne ersichtlichen Grund ein, ohne dass es möglich ist die genaue Todesursache zu erfassen, sie werden als idiopathisch bezeichnet. (10% - 40% je nach Autor)

GEBURT

Auch wenn 90% der toten Kinder innerhalb der nächsten vierzehn Tage spontan geboren würden, ist es heute üblich, nach der Diagnose die Geburt bald einzuleiten. Oft ist dies auch der Wunsch der Frau, die Geburt schnell hinter sich zu bringen.

Man kann meistens mit der Geburtseinleitung auch ein paar Tage warten. Den Betroffenen sollte die Möglichkeit gegeben werden, den Tod des Kindes „zu realisieren“.

Im ersten Schock wollen die meisten Frauen ihr Kind so schnell wie möglich „los werden“, aber es sollte ihnen nahe gelegt werden, sich Zeit zu nehmen, damit sie sich an die traurige Nachricht gewöhnen können. Dies ist sehr hilfreich für den weiteren Trauerprozess. Eine normale Geburt sollte angestrebt werden, allerdings ist für viele Frauen die Vorstellung, ihr totes Kind selbst zur Welt bringen zu müssen, unerträglich. Behutsames Vorgehen und einfühlsamer Beistand sind nötig.

„Hier muss dazu eine Geburt geleistet werden, die Geburt des Toten.“ (Mehl, G.: ZEIT Nr. 3/1986, Seite 42). Ärzte und Hebammen müssen Geburtshilfe an Toten leisten.

Analgesie unter der Geburt

Es ist gängige Meinung, dass man Frauen, die ein totes Kind zur Welt bringen, das Erleben des Geburtsschmerzes ersparen soll. Es gibt einige Möglichkeiten der Schmerzlinderung, sehr beliebt ist die Periduralanästhesie. Oftmals werden auch Opiate verabreicht und eine Durchtrittsnarkose zur Schonung der Frau gegeben. Dies schont aber eher das Klinikpersonal vor der ersten Reaktion der Frau, als die Frau selbst.

Für manche Betroffene ist es aber wichtig, die Geburt bewusst mitzuerleben und sie verzichten deshalb oft auf schmerzlindernde Mittel.

„Wo Frauen sonst aufgrund des Schocks oft stumm bleiben, können sie bei der Geburt, gleichzeitig mit den körperlichen Schmerzen, ihre seelischen Schmerzen hinausschreien“.

Analgetika sollten entsprechend dem Wunsch der Gebärenden verabreicht werden, dies gilt auch für die Gabe von Sedativa. Tränen und Gefühlsausbrüche dürfen auf keinen Fall unterdrückt werden.

DIE AUFGABEN DES ARZTES UND DER HEBAMME BEI DER GEBURT EINES TOTEN KINDES

Die Aufgabe des Arztes und der Hebamme bei einer Totgeburt ist es, offen und ehrlich mit der Situation umzugehen. Die Frau oder das Paar sollen begleitet werden und sich nicht alleingelassen fühlen.

Die Aussicht, Mutter und Vater zu werden, eine Geburt zu erleben, ohne ein Kind zu haben, ist ein Schock. Manche Personen verschließen sich, andere wiederum reagieren mit starken Gefühlsausbrüchen. Die Eltern können meist nicht mehr klar denken, sie wirken wie versteinert. Der Trauernde fühlt sich wie selbst gestorben, und fragt sich ständig „Warum gerade ich?“

Wir sollen für die Betroffenen einfach da sein, ihnen Zeit lassen und sie auffordern, ihre Gefühle offen zu zeigen und auszusprechen.

Nach der endgültigen Mitteilung besteht kein Grund zur Eile. Die Hebamme oder der Arzt sollen der Frau anbieten, einen anderen Menschen zu verständigen und ihr signalisieren, dass sie in der Nähe bleiben. Das Klinikpersonal ist mit der eigenen Schockreaktion konfrontiert und auch dieses fühlt sich im ersten Moment hilflos. Es spricht nichts dagegen, Eltern spüren zu lassen, dass auch wir, Hebammen, Ärzte und Krankenpfleger, von ihrem Schicksal betroffen und berührt sind.

Es ist unsere Aufgabe, die Eltern zu unterstützen, ihre eigenen Antworten zu finden und Tränen zuzulassen.

Fragen der Trauernden sollen ehrlich beantwortet werden und eventuelle Phantasien aufgeklärt werden. Die Eltern sollen über die weiteren medizinischen Vorgangsweisen, Geburt, Krankenhausaufenthalt, Definitionen und rechtliche Vorschriften, Autopsie, Bestattungsmodalitäten, psychische Reaktionen und Trauergeschehen aufgeklärt und nach ihren Wünschen befragt werden.

Ein paar wichtige Grundsätze in der Betreuung von trauernden Eltern sind zu beachten:

Eltern sollen Kontrolle über Vorgänge und Entscheidungen haben. Das Personal soll Macht abgeben und flexibel bleiben, Informationen weiter geben, Kommunikations- und Wahlmöglichkeiten bieten sowie Angebote und Vorschläge machen. Die endgültigen Entscheidungen liegen – soweit möglich – bei den Eltern und die Kontrolle der Frau über ihren Körper bleibt bei ihr.

Es ist wichtig, die Eltern in ihren Wünschen und Vorstellungen zu unterstützen, und ihnen beratend zur Seite zu stehen, ohne sie zu etwas überreden oder ihnen die Entscheidung abnehmen zu wollen. Eltern brauchen Zeit mit sich und der Familie, um zu erwägen, zu entscheiden, zu trauern, zu sprechen und sich neu zu orientieren.

Eltern müssen mit Respekt und Würde behandelt werden. Der Verlust darf nicht durch unpassende Aussagen minimiert werden (zum Beispiel „...sie sind ja noch jung und können noch andere Kinder bekommen.“ oder „...sie haben ja schon Kinder...“). Das Kind soll als solches bezeichnet werden. Es ist weder als Leiche, noch als Leibesfrucht zu benennen, da diese Sprache emotionale Distanz zeigt.

Während der Geburt ist ein offener und direkter Kontakt von äußerster Wichtigkeit. Es gibt keinen Trost in dieser Situation. In einer solchen Situation ist es besser still zu sein und der Frau einfach nahe zu sein und ihr zuzuhören. Berührungen können sehr hilfreich sein, aber auch Raum zum Alleinsein ist notwendig.

DER UMGANG MIT DEM TOTEN KIND

Das Kind sehen und der erste Kontakt

Vor Jahren war man der Meinung, den Betroffenen eine unnötige Belastung zu ersparen, weshalb jede Annäherung an das Kind unterbunden wurde. Gespräche über das verstorbene Baby wurden ebenso vermieden, wie ein direkter Kontakt. So blieben die Eltern nach der Totgeburt zurück mit den plötzlich zerbrochenen Hoffnungen und Erwartungen an ein gemeinsames Leben mit dem Kind. In ersten Untersuchungen (1968-70) wurde der Kindsverlust als ein „NON-EVENT“ (Nicht - Ereignis) beschrieben, als schicksalhafter Verlust einer unkonkreten, namenlosen Person. Erfahrungen haben allerdings gezeigt, dass ein direkter Kontakt zum Kind, auch wenn es tot ist, sehr wichtig ist. In manchen Fällen ist sogar ein „Bonding“ zu erkennen.

Frühzeitig sollten die Betroffenen auf die Möglichkeit angesprochen werden, das Kind zu sehen, es eventuell im Arm zu halten – und dazu auch ermutigt werden. Arzt und Hebamme sind für Eltern Vorbild. Wenn sie dem Kind mit Respekt, Selbstverständlichkeit und ohne Scheu entgegen kommen, werden es auch die Eltern tun.

Manche Frauen berichten, dass sie trotz des toten Kindes zunächst ganz euphorisch gewesen seien, so als ob der Körper nur Schritt für Schritt auf die Ereignisse reagieren könne.

Zuerst kommt die Geburt und die Freude - die Trauer kommt erst später.

Eltern soll ein langsames Herantasten an ihr Kind ermöglicht werden. Die erste Berührung erfolgt meistens zögerlich, zuerst wird nur ein Finger, dann die ganze Hand und erst später das ganze Kind berührt (dieses Vorgehen entspricht dem Verhaltensmuster bei einer normalen Geburt). Den Eltern soll Zeit gelassen werden, mit dem Kind allein zu sein. Wenn die Eltern ihr Kind nicht sehen wollen, weil sie Angst haben, soll die Hebamme sie auf diese Angst ansprechen und fragen, ob sie ihnen das Kind beschreiben soll. Die Hebamme kann das Kind durch die Augen der Eltern beschreiben. Die Hebamme kann dann den Raum verlassen und die Eltern können nun Kontakt zu ihrem Kind aufnehmen, denn die Neugierde ist meistens größer als die Angst.

Der Großteil der Trauernden empfindet diesen direkten Kontakt als sehr hilfreich. Frauen, die keine Gelegenheit zu einem Kontakt mit ihrem toten Kind haben, sind unter Umständen lange mit der Frage beschäftigt, wie ihr Kind ausgesehen habe. Das betrifft insbesondere Frauen, bei deren Kindern eine Fehlbildung festgestellt wurde. Bei einzelnen Patientinnen kommt es in diesem Zusammenhang zu ausufernden Phantasien über die „Abnormität“ des Kindes. Diese unkonkreten Vorstellungen sind von Betroffenen meist schwer zu ertragen. Das medizinische Personal sieht das Kind mit dem klinischen Augen,

Fehlbildungen werden sofort erkannt. Eltern sehen ihr Kind mit dem Herzen. Sie nehmen eine zarte Hand, ein kleines Füßchen, weiche Lippen, sowie Ähnlichkeiten, viel besser wahr. Über Fehlbildungen wird hinweggesehen. Man bezeichnet dies als selektiv-positive Wahrnehmung, die zumeist stärker in Erinnerung bleibt. Je konkreter der Kontakt zum Kind ist, desto weniger bedrohlich sind die Phantasien über das Kind. Das Kind zu sehen, zu halten, womöglich es zu waschen oder anzuziehen, hilft den Trauernden eine noch engere Bindung zu ihrem Kind aufzubauen.

Erinnerungsstücke

Für die meisten Personen ist es schwer, sich an das zu erinnern, was im Schock passierte. Wenn Eltern ihr Kind unter Schock sehen, kann es sein, dass Erinnerungen nach einiger Zeit verblassen. Der Wunsch Erinnerungsstücke, wie vielleicht ein Foto zu haben, kommt oft erst viel später. Konkrete Erinnerungen an das Kind sind sehr wichtig, sie lassen das Kind nämlich wahr werden und machen es auch in der Zukunft greifbar. Man kann auch Fuß oder Handabdrucke oder das Identifikationsbändchen des Kindes aufbewahren.

Literaturverzeichnis:

- Arnott P.; *No Time to say goodbye* Erste Auflage, Australien, Abbatorss Books, (1992)
- Fritsch J. / Sherokee Ilse
Unendlich ist der Schmerz
Deutsche Erstausgabe von Lothrop H., München, Kösel-Verlag, (1995)
 - Weissteiner S.
Der intrauterine Fruchtod
Diplomarbeit Landesfachhochschule Claudiana 2000 Bozen
- Grützner Ch. *Fehl- und Totgeburt – Ein Weg aus dem Tabu* 2. Auflage, Hagen, Brigitte Kunz Verlag, (1999)
- Kitzinger S. *Schwangerschaft und Geburt* München, Kösel Verlag (1998)
- Kruse – Isingschulte M. W., Dr. med. Beutel M., Hohlweg B. C., Prof. Dr. med. Stauber M., *Die psychische Reaktion auf eine Totgeburt* „Die Hebamme 11“, (1998), 88 – 91;

- Heidegger.H., H.A. Krone
Die Totgeburt – eine Analyse von 354 Fällen
Geburtshilfe und Frauenheilkunde 51 (1991)293-297
- Lothrop H. *Gute Hoffnung jähes Ende* 6. Auflage, München, Kösel-Verlag, (1998)
- Schneider H., Husslein P., Schneider K.T.M. *Geburtshilfe* Erste Auflage, Berlin Heidelberg, Springer Verlag (2000)
- www.Sternkinder.de

DAS NEUGEBORENE MIT PERINATALEN SCHÄDEN DES ZNS UND SCHWEREN ANGEBORENEN MISSBILDUNGEN

Dr. Hubert Messner

Präambel

Der Kinderarzt bzw. Neonatologe findet sich selber oft in Situationen, in denen er über Enthaltung bzw. Absetzen einer intensiven Behandlung entscheiden muss. Es wird oft der Punkt erreicht, an dem die intensivmedizinischen Verfahren nur mehr den Sterbevorgang verlängern und damit das Leiden der kleinen Patienten und deren Eltern. (1)

Aufgrund seiner Garantenstellung ist der behandelnde Arzt verpflichtet seinen Patienten die bestmögliche, die wirksamste Hilfe zu leisten.

„Bestmögliche Hilfe“ bedeutet in der Regel die Anwendung aller zur Verfügung stehenden Mittel zur Heilung oder Besserung der Erkrankung. Bei Krankheitsbildern mit infanter Diagnose – wie es schwere Missbildungen bzw. schwere perinatale Schäden des ZNS sind – kann die „bestmögliche Hilfe“ hingegen die Schmerzlinderung und Anxiolyse bedeuten, besonders wenn durch die künstliche Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen nur noch die Verlängerung des Leidens und Sterbens zu erreichen ist (2).

DIE ENTSCHEIDUNGSFINDUNG

Der Entscheidungsprozess bei der Geburt eines Neugeborenen mit schweren angeborenen Fehlbildungen oder perinatalen Schäden des ZNS muss von der Prognose bzw. zu erwartenden Lebensqualität abhängen.

Es gibt aber keinen klinischen Faktor oder Parameter, der die Prognose bzw. das Outcome mit absoluter Sicherheit aufzeigt und die Entscheidung zu behandeln bzw. nicht zu behandeln muss oft getroffen werden, bevor alle notwendigen Informationen des Outcome betreffend vorhanden sind (3).

Folgende Faktoren können als Leitlinien für die Entscheidungsfindung herangezogen werden:

1. Während der Reanimation

- der APGAR SCORE: ein schweres neurologisches Handicap bzw. der Tod ist vorhersehbar bei einem Apgar von 0 bei 10 Minuten trotz einer adequaten Reanimation (4-5).
- das Nabelschnur-ph: an und für sich ist dieses kein guter Prädiktor für das Outcome, bei einem $ph < 7.00$ erhöht sich die Mortalität um 8% (6).

- die Zeit, bis eine Spontanatmung einsetzt: vergehen >30 Minuten beträgt das Risiko für ein schweres Handicap bzw. Tod ~72% (7)

2. Während der klinischen Beurteilung

- der Schweregrad der hypoxisch-ischämischen Enzephalopathie wobei das Mortalitätsrisiko bzw. schwere Handicap bei Grad I bei 1.6%, bei Grad II bei 24%, bei Grad III bei 78% liegt (7).
- das Elektroenzephalogramm: hier liegt das Mortalitätsrisiko bzw. ein schweres Handicap bei 95% sofern das EEG schwere Anomalien aufweist, wie burst suppression, low voltage, und bei 64% bei slow wave activity (7).

3. Diagnostische Verfahren

- Veränderungen im Schädelultraschall im Sinne einer HIE gehen mit einem erhöhten Risiko für die neurologische Entwicklung einher. Aber diese Veränderungen entwickeln sich oft erst nach 2 – 3 Tagen. CT bzw. das MRI werden nicht routinemäßig für eine frühe Diagnoseformulierung eingesetzt.
- die evozierten Potentiale: es besteht eine enge Korrelation zw. diesen und dem Outcome (8).

All diese Faktoren können aber das wirkliche Problem, die Formulierung einer genauen Prognose, nicht ad hoc lösen. Es bleibt deshalb das Recht auf eine korrekte adequate intensivistische Behandlung zunächst aufrecht.

Eine Enthaltung bzw. das Absetzen einer intensiven Behandlung kann aber in den folgenden Situationen gerechtfertigt sein:

- im Falle einer kurzen Überlegungsprognose trotz einer intensiven Therapie bei Nachweis einer irreparablen Entwicklungsstörung
- in Fällen in denen eine Behandlung für das Kind von keinem Nutzen ist und ein eventuelles Leiden nur verlängert.

SCHLUSSFOLGERUNG

Bei schweren Missbildungen und perinatalen Schäden des ZNS darf nach einer korrekten diagnostischen Abklärung und Prognosestellung nach Rücksprache mit den Eltern und dem gesamten Betreuungsteam von lebenserhaltenden Maßnahmen abgesehen und die Kinder entsprechend ihrer Würde im Sterben betreut werden.

Literatur:

1. Kurz R. Decision making in extreme situations involving children: withholding or withdrawal of life supporting treatment in paediatric care. Statment of the ethics working groups of the confederation of the European specialists of Paediatrics (CESP). Eur J Pediatr 2001; 160:214-216
2. Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI).
3. Wilham R et al. Ethical decision making in perinatal asphyxia. Clinics in Perinatology 1996; 23 (3):509-518
4. Jani L. et al. Cardiopulmonary resuscitation of apparently stillborn infants: survival and long term outcome. J Pediatr 1991; 118:778-782
5. Nelson KB, Ellenberg JH. Apgar scores as predictors of chronic neurologic disability. Pediatrics 1981; 68(1):287-304
6. Goldaber KB et al. Pathologic fetal acidemia. Obstet Gynecol 1991; 78:1103-7
7. Perlman JU et al. Can asphyxiated infants at risk for neonatal seizures be rapidly identified by current high-risk markers? Pediatrics 1996;97(4):456-62
8. Gibson NA. Somatosensory evoked potentials and outcome in perinatal asphyxia. Arch Dis Child 1992; 67 (4):393-398.

FRÜHGEBURT AN DER GRENZE DER LEBENSFÄHIGKEIT

Dr. Hubert Messner

Präambel

Die Entwicklung der Medizin und die immer weiter fortschreitende Technologie haben die Grenzen der Lebensfähigkeit von Frühgeburten in den letzten Jahrzehnten in immer frühere Schwangerschaftswochen verschoben. Das Überleben dieser Kinder aber ist zur Zeit nur in einem beschränkten Ausmaß möglich und geht oft einher mit einer großen Belastung in erster Linie für die Kinder, die einer invasiven und intensiven Therapie mit sehr unsicherer Prognose ausgesetzt sind, aber auch für die Eltern, die einem dramatischen emotiven Druck Stand halten müssen (1).

Wo ist die Grenze?

Die Grenze der Lebensfähigkeit für Frühgeborene ist sehr schwierig objektiv zu definieren: die Kriterien dafür sind nicht präzise formuliert und hängen von den technischen Ressourcen und den intensivistischen Möglichkeiten ab.

Der wichtigste Parameter für die Beurteilung der Lebensfähigkeit ist das Schwangerschaftsalter.

In der amerikanischen und europäischen Literatur wird von einer Behandlung von Frühgeburt in der 22. Schwangerschaftswoche abgeraten (2) und die Geburt von Frühgeburten in der 23. Schwangerschaftswoche stellt für die verschiedenen Autoren ein großes Dilemma dar, sei es von einem menschlichen, ethischen sowie ökonomischen Gesichtspunkt (2,3). Grundsätzlich erscheint eine Intensivbehandlung von Frühgeburten in der 24. Schwangerschaftswoche gerechtfertigt (3-5).

LEITLINIEN FÜR DIE REANIMATION VON FRÜHGEBURTEN AN DER GRENZE DER LEBENSFÄHIGKEIT

1. Frühgeburt vor 22 Schwangerschaftswochen

Kinder, die zu dieser Zeit geboren werden, sind nicht lebensfähig (5-7). Entsprechend ihrer Würde werden sie im Sterben betreut.

Es ist dabei zu prüfen, ob das vorgeburtlich festgestellte Schwangerschaftsalter dem Zustand des Kindes entspricht. Bei offensichtlicher Diskrepanz haben der Geburtshelfer und Neonatologe die vor der Geburt getroffene Entscheidung, keine lebenserhaltene Maßnahmen zu beginnen, zu überdenken.

2. Frühgeburten in der 23. Schwangerschaftswoche

In dieser Zeitspanne der Schwangerschaft steigt die Überlebenschance der Kinder auf ~20% (sehr verschieden in den verschiedenen Ländern bzw. Neugeborenenintensivstationen) und das Outcome bleibt unsicher. 20% - 50% der überlebenden Kinder leiden an schweren körperlichen und geistigen Behinderungen (3, 8, 9, 10). Bei den geburtshilflichen und neonatologischen Entscheidungen sind deshalb neben den kindlichen auch die mütterlichen / elterlichen Interessen zu berücksichtigen.

3. Frühgeburten nach der 24. Schwangerschaftswoche

Die Überlebenschancen von Frühgeborenen dieses Alters sind 60% - 80%. Bei Kindern ohne lebensbedrohliche Störungen sollte versucht werden, die Vitalfunktionen zu erhalten. Im Hinblick auf das Lebensrecht sind Frühgeborene dieses Reifegrades Kindern jeden Alters gleichzusetzen. Ist zu erkennen bzw. abzusehen, dass das Kind sterben wird, sollten die Eltern Unterstützung erhalten, ihr Kind bis zum Tode begleiten und bestatten lassen.

Literatur

1. American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn, American College of Obstetricians and Gynecologist, Committee on Obstetric Practice, Perinatal care at the Threshold of viability. *Pediatrics* 1995; 96 (5): 974-976.
2. Battin M. Has the outcome for extremely low gestational age (ELGA) infants improved following recent advances in neonatal intensive care? *Am J Perinatal* 1998;15 (8):469-477.
3. Chevernak FA et al. The limits of viability. *J. Perinat. Med.* 1997; 25:418-20.
4. Allen M. et al. The limit of viability. Neonatal outcome of infant born at 22 to 24 weeks gestation. *N Engl J Med.* 1993;329:1597-1601
5. Whyte HE. Extreme immaturity: outcome of 568 pregnancies of 23-26 weeks gestation. *Obstet Gynecol* 1993; 82 (1):1-7
6. Hack M. Outcomes of extremely low birth weight infants. *Pediatrics* 1996;98(5)931-937.
7. Pohlandt, F. (1998). Umfrage an 21 deutschen perinatalogischen Zentren zur Anzahl und Sterblichkeit von Frühgeborenen mit einem Schwangerschaftsalter von weniger als 27 Wochen (1995-1997).
8. Sternquist K., Sveningsen NW. Extremely low birth weight infants less than 901 gr.: development and behaviour after 4 years of life. *Acta Paediatr.*1995;84:500-506.
9. Robertson CM. et al. Population – based study of the incidence, complexity and severity of neurologic disability among survivors weighing 500 through

1250 grams at birth: a comparison of two birth cohorts. *Pediatrics* 1992; 90:750-755

10. Wood NS et al. Neurologic and developmental disability after extremely preterm birth. *NEJM* 2000; 393:378-384.

WÜRDIGES STERBEN UND LEBENSVERKÜRZUNG: RECHTLICHE BESTIMMUNGEN IM VERGLEICH

Prof. Dr. Carlo Casonato

VORWORT

Mit diesem Dokument, das dem Ethischen Komitee aus Bozen zur Diskussion vorgelegt wird, möchte ich mich darauf beschränken, einen Vergleich der Rechtsordnungen zum Thema Lebensende vorzunehmen.

Was den *Vergleich* betrifft, wähle ich eine Ansatzweise, die in erster Linie auf zwei Modellen beruht (nämlich auf dem zwingenden und dem permissiven Modell). Anhand dieser beiden Modelle kann es meines Erachtens gelingen, die typischen Merkmale einer ganzen Reihe von Staaten mit *western legal tradition* – einer kulturellen Tradition, auf die ich mich in meiner Analyse beschränke – klar zu beschreiben und gleichzeitig die Unterschiede sowie die Kohärenz innerhalb der einzelnen Rechtsordnungen hervorzuheben. Aus dieser Sicht beruht meine Analyse nicht auf ideologischen oder ethischen Grundlagen, sondern konzentriert sich vielmehr auf eine *rechtliche Methode*. Dabei zielt die Analyse darauf ab, die Kohärenz der einzelnen Aspekte innerhalb der verschiedenen Rechtssysteme sowie die Anwendung des Verfassungsprinzips von Gleichheit und Vernunft näher zu betrachten. Ich bin mir bewusst darüber, dass jede Art der Interpretation – vorwiegend wenn es um so heikle verfassungsrechtliche Fragen geht – aufgrund der ideologischen, religiösen, politischen und ethischen, kurz der kulturellen Merkmale, subjektiv beeinflussbar ist; vor diesem Hintergrund versuche ich, diese vergleichende Methode so neutral (und so wissenschaftlich) wie möglich vorzunehmen.

1. EINIGE KATEGORIEN FÜR DIE FORSCHUNG: DAS ZWINGENDE UND DAS PERMISSIVE MODELL.

Die Schnellebigkeit der Biologie sowie der jeweiligen technologischen Entdeckungen und der entsprechenden Anwendungen in der Medizin einerseits und die Entwicklung des Prinzips der Zustimmung andererseits haben dazu geführt, dass das Lebensende heute mehr denn je einen Lebensabschnitt darstellt, bei dem individuelle Entscheidungen getroffen werden können²⁴. Man kann

²⁴ Darunter, A. D'ALOIA, "Diritto" e diritti di fronte alla morte. Ipotesi e interrogativi intorno alla regolazione normativa dei comportamenti eutanasi, von L. CHIEFFI, *Bioetica e diritti dell'uomo*, Turin, 2000, 181; C. TRIPODINA, *Profili comparatistici dell'eutanasia. Itinerari giuridici alla scoperta di un "diritto" in via di riconoscimento*, in *Diritto Pubblico Comparto e Europeo*, 2001, 1714.

daher von der Möglichkeit der Selbstbestimmung sprechen, nicht zuletzt auch mit Bezug auf einen Lebensabschnitt, der bis vor nicht all zu langer Zeit noch bestimmten Rhythmen und Gesetzen unterlag und nur in begrenztem Maße vom Arzt beeinflussbar war.

Vor dem Hintergrund dieser (relativ) neuen Möglichkeit „der Beherrschung des Lebens“, hat die Rechtsordnung der einzelnen Staaten mit unterschiedlichen Ansätzen reagiert²⁵, nämlich mit Modellen, bei denen der Respekt gegenüber der *individuellen Selbstbestimmung* verschiedene Ausdrucksformen annimmt, die mit den Zielen des Staates und mit den von ihm auferlegten Beschränkungen übereinstimmen, gleichzeitig aber mit der Auffassung von *Würde* zusammenhängen, die als kollektives und nicht als individuelles Gut wahrgenommen wird.

Allgemein kann von einer Typologie ausgegangen werden, die auf zwei Hauptmodellen beruht: Zum einen das zwingende Modell (sowohl bezogen auf das Sterben als auch das Leben), das die Gemeinschaft vor das Individuum stellt, zum anderen das permissive Modell (des Lebens und des Todes), mit individueller Ansatzweise, bei dem das Individuum überwiegt. Wie man später erfahren wird, laufen beide, intuitiv abstrakt differenzierbaren Modelle Gefahr, bei praktischen Fällen sowie vor dem Hintergrund ideologischer und ethischer Überlegungen, nicht mehr so klar abgegrenzt werden zu können und sich teilweise sogar zu überlappen. Auf jeden Fall bin ich der Meinung, dass beide Modelle nützlich sind, wenn es darum geht, die verschiedenen Rechtssysteme im Hinblick auf die „Entscheidungen für das Lebensende“ besser zu beschreiben, zu erklären und zu bewerten.

1.1. Mit Bezug auf das **zwingende Modell des Sterbens** kann man sich auf wenige Anmerkungen beschränken, die sich auf den Felssturz von Sparta oder auf das *Euthanasieprogramm* beziehen, welches im Nazideutschland der Vierzigerjahre angewandt wurde²⁶; dasselbe trifft auch auf das China der Gegenwart zu, wo die indirekte Auswirkung einer ganzen Reihe von steuerlichen, sozialen und anderen Vorschriften ein Verhalten mit sich bringt, die zu einer Art „Selektion“ der Neugeborenen je nach Geschlecht oder anderen physischen (nicht nur pathologischen) Merkmalen führt²⁷. Über die großen Unterschiede der aufgezeigten Erfahrungen hinaus, ist als typisches Merkmal eines Staates mit zwingendem Modell des Sterbens die Annahme von Rechtsvorschriften anzusehen, die die menschliche Existenz bestimmten Kriterien „sozialer Nützlichkeit“ unterordnen. In diesem Sinne verneint der Staat mit zwingendem Modell nicht nur den höchsten Grad menschlichen Lebens, sondern auch die Menschenrechte sowie die persönliche Freiheit – und mit ihnen

²⁵ R. DWORKIN, *Il dominio della vita*, Originaltitel *Life's Dominion*, Milano, 1994; J.M. SCHERER, R.J. SIMON, *Euthanasia and the Right to Die. A Comparative View*, New York - Oxford, 1999; S. SEMPLICI (a cura di), *Il diritto di morire bene*, Bologna, 2002.

²⁶ Darunter, F. BERARDO, *Germania: aiuto nel morire o aiuto a morire?* in S. SEMPLICI (von), cit., 121.

²⁷ **

das Prinzip der Zustimmung; er verneint die Würde des Menschen, des Individuums. Bei diesem Modell kann keinesfalls von würdevollem Tod die Rede sein. Angesichts dieser Tatsache ist es offensichtlich, dass die italienische Verfassung, gleich wie die Verfassungsprinzipien aller Rechtsordnungen, die sich an die *western legal tradition* halten, in keinem Fall mit dem zwingenden Modell vereinbar ist.

1.2. Das **zwingende Modell des Lebens** andererseits zwingt das Individuum zur menschlichen Existenz, soweit dies die Natur ermöglicht bzw. medizinisch machbar ist, auch entgegen seinem eigenen Willen. Auch hier überwiegt die dominierende Ideologie gegenüber dem Prinzip der Zustimmung. Hier geht der Mensch, der frei und individuell moralische Entscheidungen treffen kann, hinter dem allgemeinen Interesse verloren. Auch hier respektiert der Staat mit zwingendem Modell des Lebens die zentrale Stellung menschlicher Würde nicht, da das Individuum und seine Existenz allein als *Funktion* für etwas anderes angesehen wird. Anders betrachtet, übernehmen Würde und ein würdevoller Tod keine eigene Dimension im Individuum, sondern stellen vielmehr eine Anschauung dar, die a priori von der dominanten Kultur vorgegeben und somit dem Individuum als etwas Zwingendes auferlegt wird. Auch dieses Modell ist in seiner reinen Form nicht vereinbar mit dem individualistischen Prinzip, das in allen liberalen Rechtsordnungen anerkannt wird²⁸.

1.3. Ein drittes abstraktes Modell kann als **permissives Modell des Lebens und des Sterbens** definiert werden. Zentrales Thema bei diesem Modell ist das individualistische Prinzip und im besonderen die Selbstbestimmung des Menschen in Bezug auf seine Existenz. Solange diese Haltung des Menschen keine negativen Auswirkungen auf Dritte hat, wird kein allgemeines, kollektives oder staatliches Interesse festgelegt, das der individuellen Entscheidung übergeordnet ist. Somit wird der Mensch – zu verstehen als freies und autonomes Wesen sowie Träger moralischer Werte – Hauptdarsteller seiner eigenen Lebensentscheidungen. Bei diesem Modell baut sich die Würde, da keine konkreten Nachteile für die Kollektivität bestehen, auf den Interessen des Einzelnen auf. Daher geht man davon aus, dass der Einzelne frei und gleich ist, verantwortungsvoll und aufgeklärt; der Einzelne hat somit das Recht, über sein Leben und seinen Tod gemäß eigener Interessen zu entscheiden, ohne dass ihm von Außen ein bestimmtes Verhalten auferlegt wird.

1.4. Es handelt sich hiermit also um reine, klar umrissene Modelle, da sie abstrakt sind und keinerlei praktische Anwendung finden. Die meisten zeitgenössischen Rechtsordnungen *sind irgendwo zwischen dem zweiten und dem dritten Modell zu finden*; ganz allgemein gesehen ist das Recht auf Verweigerung medizinischer Behandlung fast überall anerkannt, doch konkret gesehen erlaubt keine

²⁸ Über die Merkmale des permissiven Modells, Vgl. peer tutti, G. DE VERGOTTINI, *Diritto costituzionale comparato*, Padova, 1999, 269 ss.

Rechtsordnung dem Individuum, ganz frei über sein menschliches Dasein zu entscheiden. Die modernen Staaten bewegen sich – wenn man sie aus der Sicht einer vergleichenden Analyse der Rechtsordnungen betrachtet – zwischen dem zwingenden Modell (das die Gemeinschaft vor das Individuum stellt) und dem permissiven Modell (das sich durch die individuelle Ansatzweise auszeichnet). Beide sind typischerweise gekennzeichnet von einem *Gleichgewicht* zwischen Freiheit und Zwang, zwischen individuellen und kollektiven Interessen; ein Gleichgewicht, das, wie später ersichtlich, nicht immer als Antwort auf das Prinzip der internen Kohärenz sowie auf das verfassungsrechtlich verankerte Prinzip von Gleichheit und Vernunft zu verstehen ist.

2. DAS ZWINGENDE MODELL

Dieses Modell mit zwingendem Charakter ist vereinbar mit einer allgemeinen Anerkennung des *Rechtes auf die Verweigerung medizinischer Behandlung*. Dieses Recht kann jedoch vor bestimmten bindenden bzw. schwierigen medizinischen Behandlungen oder Untersuchungen nicht geltend gemacht werden, da Letztere dem Patienten normalerweise von rechts wegen auferlegt werden, wobei jedoch der Wille des Patienten nicht einfach ignoriert werden darf (Vgl. Den Mechanismus des gesetzlichen Vorbehalts, der im ehemaligen Artikel 32 der italienischen Verfassung unterstrichen wurde). Vor diesem Hintergrund schließt das zwingende Modell die allgemeine „Pflicht gepflegt zu werden“ aus und räumt dem Einzelnen unter normalen Umständen das Recht ein, Entscheidungen über seine eigene Gesundheit zu treffen. Die Selbstbestimmung des Individuums und das damit zusammenhängende Recht der individuellen Entscheidung gibt dem Menschen jedoch nicht das Recht, die Kontrolle über seine letzten Lebensabschnitte zu übernehmen. So besteht auf der einen Seite das zuweilen verfassungsrechtlich verankerte Recht, live-saving-Therapien abzulehnen (passive Euthanasie), auf der anderen Seite hingegen das Verbot, die strafrechtlich verfolgte Tötung des beipflichtenden Patienten sowie die Beihilfe zum Suizid (freiwillige direkte Euthanasie) vorzunehmen (was ich der Einfachheit halber als freiwillige indirekte Euthanasie bezeichnen möchte). Dem ist zu entnehmen, dass die Rechtsordnung davon absieht – obwohl für Dritte oder für die Kollektivität keinerlei Nachteile entstehen – das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen in der terminalen Lebensphase als wertvolles Gut zu betrachten, das es im Rahmen der Rechtsordnung zu schützen gilt. Die Kontrolle der eigenen Existenz, die unter normalen Umständen vom einzelnen Individuum übernommen wird, unterliegt in außerordentlichen Situationen der staatlichen Rechtsordnung, die dem Individuum Entscheidungen auferlegen kann, welche von letzterem nicht mitgetragen werden.

Würde ist demzufolge als etwas zu verstehen, das mit dem Auferlegen von Pflichten und Verboten in Einklang gebracht werden soll, welche nicht so sehr mit eventuell entstehenden Schäden gegenüber Dritten in Verbindung stehen,

sondern vielmehr mit der Aufgabe des Staates, ganz allgemein menschliches Leben zu schützen. Die Entscheidung darüber, welcher Tod als würdevoll angesehen werden kann und welcher nicht, bleibt somit nicht der Entscheidung des Einzelnen überlassen, sondern wird a priori aufgrund von vorherrschenden kulturellen Vorschriften im weitesten Sinne definiert und dem Menschen auferlegt.

Abgesehen von den Übertherapien, wird die sogenannte unfreiwillige Euthanasie mit Mord ersten Grades gleichgesetzt. Zu den zur Verfügung stehenden Varianten des hier beschriebenen Modells gehören gemäß Verfassung - oder auch nicht - (beispielsweise bezogen auf das *common law*) das Recht auf Verweigerung medizinischer Behandlung, die Unterscheidung zwischen ordentlichen Mitteln (Flüssigkeitsverabreichung und Ernährung) und außerordentlichen Mitteln (therapeutischer Natur), die Höhe der Bestrafung im Falle von Nichtbeachtung bestehender Verbote, das Vorhandensein von spezifischen lindernden Umständen, die verschiedenartige Vorstellung des beipflichtenden Patienten die Tötungsart und die Hilfeleistung bei Suizid betreffend, die Regelung von vorab definierten Richtlinien.

Das zwingende Modell ist u. a. in den Vereinigten Staaten von Amerika, in Italien und in Großbritannien am stärksten vertreten.

2.1. DIE VEREINIGTEN STAATEN VON AMERIKA

Der Oberste Gerichtshof der Vereinigten Staaten von Amerika hat seit einiger Zeit das sogenannte *right to refuse medical treatment* festgelegt, das sowohl auf verfassungsrechtlicher Seite – und zwar auf Bundes- und auf Staatsebene – als auch auf Seite des *common law* und der *statutes* Gehör findet²⁹.

Dieses Recht räumt dem Individuum bereits auf Verfassungsebene das Recht ein, *life-saving* und *life-sustaining*-Maßnahmen, genauso wie die Wasserzufuhr und die Ernährung abzulehnen³⁰. Letzteres ist in Italien nicht möglich. In einer Situation, in der der Patient nicht mehr imstande ist, seinem Willen Ausdruck zu verleihen, ist es allerdings legitim, dass auf staatlicher Ebene ein Beweis für die Verweigerung der medizinischen Behandlung von Seiten des Patienten gefordert wird (s. Fall *Cruzan*)³¹. Der Großteil der Bundesstaaten hat in diesem Zusammenhang die Legitimität der sogenannten Patientenverfügungen oder

²⁹ Auch die Doktrin von *common law und informed consent* führt dazu, ein *right to refuse* neben den staatlichen Verfassungen (*right to privacy*) und anderen *state statutory instruments* zu berücksichtigen. Dazu gehören u. a., C. CASONATO, *Diritto alla riservatezza e trattamenti sanitari obbligatori: un'indagine comparata* (Recht auf Diskretion und auf obligatorische medizinische Behandlung: eine vergleichende Studie) Trient, 1995.

³⁰ Es geht um *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*, 497 US 261 1990, gemäß dem «a competent person has a constitutionally protected liberty interest in being free of unwanted artificial nutrition and hydration».

³¹ Die Literatur des Falles *Cruzan* ist vernichtet. Unter anderem, A. SANTOSUOSSO, *Il paziente non cosciente e le decisioni sulle cure: il criterio della volontà dopo il caso Cruzan*, e G. PONZANELLI, *Nancy Cruzan, la Corte Suprema degli Stati Uniti und dasl "right to die"*, beide erschienen in *Il Foro*, 1991, IV, 66 e 72; J. MENIKOFF, *Law and Bioethics. An Introduction*, Washington, 2001, 304; H. BIGGS, *Euthanasia. Death with Dignity and the Law*, Oxford, 2001.

living wills anerkannt; bei Letzteren kann jeder fähige Mensch im vornherein entscheiden, auf welche medizinische Behandlung er verzichten will, falls er nicht mehr imstande sein sollte, seinen Willen auszudrücken; oder aber er kann eine Person damit beauftragen, die in seinem Namen Entscheidungen diesbezüglich treffen kann.

Es sei jedoch hervorzuheben, dass der Patient auf diese Weise ausschließlich die medizinische Behandlung verweigern, nicht aber Entscheidungen über die aktive Euthanasie treffen kann. Die *living wills* (Patientenverfügungen) haben zudem zu einiger Verblüffung geführt, was die erforderliche immer aktuelle Zustimmung des Patienten bezüglich der Verweigerung der medizinischen Behandlung betrifft.

Diesbezüglich wurde nämlich behauptet, dass das Individuum nicht imstande sein kann, seinen Willen im Falle von unheilbarer Krankheit vorauszusehen und daher unter normalen Umständen auch keine bindenden Entscheidungen treffen kann, die in außerordentlichen Situationen geltend gemacht werden können³². Das Recht auf Verweigerung medizinischer Behandlung erhielt jedenfalls ausschließlich einen negativen Beigeschmack, ein sogenanntes *right to refuse* eben; der Oberste Bundesgerichtshof hat dieses Recht nie als *right to die* interpretierte oder verstanden.

Zwei Urteile vom Juni 1997 waren die Bestätigung dafür, wie die staatlichen Rechtsordnungen, die die Beihilfe zur Tötung verbieten, keinerlei verfassungswidrigen Elemente gegenüber der *Equal Protection clause* (*Vacco v. Quill*) und der *Due Process clause* (*Washington v. Glucksberg*)³³ aufweisen. Besonders in der Begründung des Falles *Vacco v. Quill* kehrt der Oberste Gerichtshof einstimmig das Urteil des Bundes-Appellationsgerichtshofes um, indem er die Ansicht vertritt, der Unterschied zwischen einem Sich sterben lassen durch Verweigerung medizinischer Behandlung (passive Euthanasie) und einem verursachten Sterben (direkte Euthanasie) sei begründet, logisch und absolut vernünftig³⁴.

³² Darunter gehört u. a., Vgl. Die Monographie über *Bioetica*, 2/2001; P. CATTORINI (vone), *Le direttive anticipate del malato*, Milano, 1999; L. IAPICHINO, *Testamento biologico e direttive anticipate*, Mailand, 2000.

³³ Es geht respektive um *Vacco, Attorney General of New York v. Quill*, 117 S.Ct. 2293 (1997) sowie um *Washington v. Glucksberg*, 521 U.S. 702 (1997). Zu den zahlreichen rechtlichen Erläuterungen, Vgl. M. UHLMANN (ed.), *Last Rights? Assisted Suicide and Eutanasia Debated*, Washington, 1998, in besonderem, 409 und folgende.; L.L. EMANUEL (ed.), *Regulating How we Die. The Ethical, Medical, and Legal Issues Surrounding Physician-Assisted Suicide*, Cambridge, 1998, passim; M. I. UROFSKY, *Lethal Judgements. Assisted Suicide & American Law*, Lawrence, 2000, 130 e ss.; H. BIGGS, *Euthanasia, Death with Dignity and the Law*, Oxford, 2001, passim; D. HILLYARD, J. DOMBRINK, *Dying Right. The Death with Dignity Movement*, Routledge, 2001, passim; L.I. PALMER, *Endings and Beginnings. Law, Medicine, and Society in Assisted Life and Death*, Westport, 2000, 107 e ss.; K. FOLEY, H. HENDIN, *The Case Against Assisted Suicide. For the Right to End-of-Life Care*, Baltimore, 2002, passim. In generale, cfr. anche J. KEOWN, *Euthanasia Examined. Ethical, Clinical and Legal Perspectives*, Cambridge, 1999.

³⁴ «Unlike the Court of Appeals, we think the distinction between assisting suicide and withdrawing life sustaining treatment, a distinction widely recognized and endorsed in the medical profession and in our legal traditions, is both important and logical; it is certainly rational».

Diese Entscheidung beruht auf der Aussage, dass die Gesetze von New York, welche die Beihilfe zum Suizid verbieten, absolut legitim seien, da sie kein einziges Grundrecht infrage stellen und keinerlei *suspect classification* hervorrufen würden.

Bereits dieser erste Abschnitt des Urteils scheint nicht überzeugend: Durch die nicht besonders realistische Verneinung dessen, dass hier keinerlei Grundrecht verletzt würde, kann sich der Gerichtshof des heiklen *balancing test* entziehen, bei dem ein Ergebnis zugunsten des Selbstbestimmungsrechtes des Einzelnen in einem so delikaten Lebensabschnitt hätte erzielt werden können. Der Gerichtshof umgeht somit das Problem zur Gänze und umgeht damit gleichzeitig eine große Anzahl von Rechtspositionen und theoretischen Positionen, bei denen das Recht auf Kontrolle des eigenen Sterbens sicherlich klar und wirksam definiert ist³⁵. Indem also der Gerichtshof verneint, dass das Verbot für Beihilfe zum Suizid sich auf keinerlei Grundrechte auswirkt, schädigt er einer bis jetzt recht kohärenten juristischen Rechtslinie – vom *right to privacy* zum *right to refuse* – welche das Prinzip auf Selbstbestimmung gerade in all jenen Fällen wahrt, bei denen es in erster Linie um sehr private Interessen geht, nicht aber um kollektive. Und gerade kraft mangelnder Berücksichtigung des Selbstbestimmungsprinzips – und somit schließt sich der Kreis – kann der Gerichtshof einige staatliche Interessen vom Kontext isoliert heranziehen und demzufolge auch „ohne Widerspruch“ schützen. Zu diesen staatlichen Interessen gehören beispielsweise *«prohibiting intentional killing and preserving life; preventing suicide; maintaining physicians' role as their patients' healers; protecting vulnerable people from indifference, prejudice, and psychological and financial pressure to end their lives; and avoiding a possible slide towards euthanasia»*.

Auch in der Urteilssprechung *Washington v. Glucksberg*, die vorwiegend an den *«legitimate government interests»* festhält, gibt der Gerichtshof keinerlei Auskunft darüber, weshalb diese Interessen im Falle von direkter oder indirekter Euthanasie (Beistand zum Suizid) überwiegen und im Falle von passiver Euthanasie hingegen nicht. Die Ausübung des verfassungsrechtlich anerkannten Rechtes, ärztliche Behandlungen, auch *life-saving*-Maßnahmen, abzulehnen, führt zum selben Ergebnis wie beim Beistand zum Suizid, nämlich zum Tod des Patienten.

Der Unterschied der beiden Positionen scheint im Krankheitsbild des Patienten zu liegen: Einerseits genügt die Unterbrechung der ärztlichen Behandlung, um dem unwürdigen Leben des Kranken ein Ende zu setzen, andererseits ist es notwendig, von Außen einzugreifen. Doch ein solcher Unterschied ist meines Erachtens keine ausreichende Rechtfertigung für derart diversifizierte Rechtsdoktrinen: Das Verfassungsrecht auf der einen Seite, das Strafrecht auf der anderen Seite!

Das Urteil *Vacco v. Quill* begründet die Verfassungsmäßigkeit der angefochtenen Gesetze damit, dass sie – da sie alle Menschen auf dieselbe Art und Weise

³⁵ Für alle, R. DWORKIN, *Il dominio della vita*, cit.

behandeln – weder dem Gleichheitsprinzip schädigen (*l'Equal Protection clause*) würden, noch im Widerspruch mit den *right to refuse* stünden:

«On their faces, neither New York's ban on assisting suicide nor its statutes permitting patients to refuse medical treatment treat anyone differently than anyone else or draw any distinctions between persons. Everyone, regardless of physical condition, is entitled, if competent, to refuse unwanted lifesaving medical treatment; no one is permitted to assist a suicide».

Das Problem liegt jedoch darin, dass gerade diese *«physical conditions»* eine wirksame Ausübung des *right to refuse* verhindern können und einen Patienten zu einem Leben verdammen, das keineswegs würdevoller ist. Wenn die New Yorker Gesetze *«on their faces»* keine Diskriminierung mit sich bringen, dann ist das nur deshalb der Fall, weil man auf der Oberfläche halt gemacht hat, ohne auf alle diskriminierenden Implikationen näher einzugehen.

Ein weiteres bei *Vacco v. Quill* vorhandenes Element, das von allen Gegnern der Anerkennung einer direkten oder indirekten Euthanasie als gut geheißen wird, sind die Risiken der sogenannten *«slippery slope»*. Das Thema der „rutschigen Böschung“ ist ein sehr heikles und viel diskutiertes Thema³⁶. Beschränkt man sich ausschließlich auf ein logisches und kohärentes Urteil innerhalb der amerikanischen Rechtsordnung, ist allerdings nicht verständlich, warum die Risiken, die mit einer Abwertung des ärztlichen Berufsbildes, mit der Beseitigung von schwachen Mitgliedern einer Gruppe, mit Missbräuchen aus wirtschaftlichen Gründen und aus Bequemlichkeitsgründen, usw. zusammenhängen, warum eben diese Risiken für die direkte und indirekte Euthanasie Gültigkeit haben, nicht aber für die passive. Auch diejenigen Menschen, bei denen *life-saving*-Maßnahmen ergriffen werden, können Opfer eines externen Drucks sein, der aus verwerflichen Gründen ausgeübt wird; den Tod eines Patienten durch das Abschalten der künstlichen Beatmung herbeiführen, kann, genauso wie bei einer tödlichen Dosis Morphin, in den Augen der Öffentlichkeit die Rolle eines Arztes sehr negativ beeinflussen.

Das wirksamste Mittel gegen das Risiko des Missbrauchs liegt nicht darin, die direkte oder indirekte Euthanasie *tout court* zu verbieten, – da diese so oder anders vorgenommen wird – sondern vielmehr darin - wie wir auch bei der Überprüfung einer der typischen Merkmale des zwingenden Modells sehen werden – ein Verfahren einzuleiten, das eine ganze Reihe von Garantien und Kontrollen beinhaltet, die deren Ausübung reduziert.

Eine letzte kritische Bemerkung könnte hinsichtlich der zentralen Aussage in der Urteilsbegründung des Falles *Washington v. Glucksberg* geäußert werden, nämlich dort, wo gezeugnet wird, dass die *Due Process clause* eine *«personal choice by a mentally competent, terminally ill adult to commit physician assisted*

³⁶ Darunter gehört u. a., G. DWORKIN, R.G. FREY, S. BOK, *Eutanasia e suicidio assistito. Pro e contro*, tit. Originaltitel: *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, Torino, 2001.

suicide» decken könnte. Darin scheint der *Chief Justice* Rehnquist die Tradition und die Geschichte der Nation als bestimmenden Parameter für Verfassungsmäßigkeit gegenüber den unterschiedlich interpretierten Verfassungsvorschriften heranzuziehen.

Damit möchte ich jedoch nicht behaupten, dass die Anerkennung - innerhalb der XIV Abänderung – eines Verfassungsgesetzes, das eigene Leben zu beenden, als zwingend angesehen werden muss. Gleichzeitig bin ich aber genauso wenig von einer *ratio decidendi* überzeugt, die sich nur auf das Vergangene («*for over 700 years, the Anglo American common law tradition has punished or otherwise disapproved of both suicide and assisting suicide*») und auf das Gegenwärtige beruft.

Abgesehen davon, dass die Risse innerhalb des diesbezüglich angenommenen *mainstream* dank des Umstands nachgewiesen wurden, dass zwei verschiedene Bundes-Appellationsgerichte der Vereinigten Staaten von Amerika aus dem zweiten und neunten Kreis über die Verfassungswidrigkeit der Vorschriften mit Bezug auf die Beihilfe zum Suizid befunden hatten, hat ein Verfassungsrichter nicht zuletzt die Aufgabe – deshalb gibt es ihn ja auch – die Ausübung des Verfassungsgesetzes zu erzwingen³⁷.

Abgesehen von der sicherlich problematischen Anerkennung des *right to die* innerhalb der *Due Process clause*, sehe ich mich veranlasst, die übertriebene nachgiebige Haltung des Urteils zu kritisieren, in dem zur eigenen Verteidigung sogar die Präsidentialunterzeichnung des *Federal Assisted Suicide Funding Restriction Act* aus dem Jahr 1997 zitiert wird; ein Urteil, das so definiert ist, dass die Wirksamkeit einer Kontrolle im Sinne von *checks and balances* nicht als notwendig erachtet wird.

2.2. ITALIEN

In Italien wird die Gesundheit in der Verfassung definiert und gilt als “Grundrecht des Individuums und der Kollektivität” (Art. 32, Abs. 2 der Verfassung). Damit das öffentliche Interesse gegenüber dem individuellen Recht hinsichtlich der Auswahl der Therapie überwiegt, bedarf es eines spezifischen Eingriffs von Seiten des Gesetzgebers.

Buchstabe zwei desselben Artikel anerkennt auf implizite, aber trotzdem unmissverständliche Weise ein allgemeines Recht auf Verweigerung medizinischer Behandlung, sofern diese nicht ausdrücklich im Gesetz vorgesehen ist:

«Niemand kann zu einer bestimmten medizinischen Behandlung gezwungen werden, außer per gesetzlicher Anordnung. Das Gesetz darf in keinem Fall die bestehenden Grenzen des Respekts vor dem Menschen verletzen.»

³⁷ Was sollte man ansonsten von den *overruling* bezüglich der verfassungsmäßigen Interpretation der Vorschrift des *new deal* oder der “*equal but different doctrine*” halten?

Auch in Italien hat das Individuum gemäß Verfassung das Recht, jede Therapie abzulehnen, die nicht ausdrücklich per spezifischem Gesetz vorgesehen ist, wobei Letzteres den Mensch und seine Würde respektieren muss. Trotz Artikel 5 des Bürgerlichen Gesetzbuches kann auch in Italien sicherlich nicht von einer allgemeinen Pflicht gesprochen werden, sich zu pflegen oder seine Gesundheit zu schützen³⁸ und das Individuum, das keinen *life-saving*-Maßnahmen ausgesetzt werden möchte, hat das Recht, diese Maßnahmen zu verweigern³⁹.

Im Gegensatz zu den Vereinigten Staaten von Amerika, scheint die italienische Rechtsprechung auf der einen Seite weniger rigide zu sein was den Beweis der Zustimmung des Patienten betrifft, auf der anderen Seite hat sie noch nicht klargestellt, ob Ernährung und Flüssigkeitszufuhr als sanitäre Behandlungen angesehen und somit auf legitime Art und Weise verweigert werden können („s. Fall Englaro“)⁴⁰. Diesbezüglich sei der unsichere Umgang mit dem vorherrschenden Prinzip der Zustimmung hervorzuheben, das vor dem allgemeinen staatlichen Interesse, Leben zu bewahren, steht. Verleiht man allerdings der Zustimmung weniger Gewicht und misst dem *life-saving* mittels Ernährung und Flüssigkeitszufuhr mehr Bedeutung bei, so scheint das italienische System im Vergleich zum Bundesmodell der Vereinigten Staaten von Amerika näher am zwingenden Modell zu liegen. Zudem scheint dies den bereits dargelegten Widerspruch zu unterstreichen, gemäß dem das Recht, das eigene Leben zu kontrollieren und ihm auf würdevolle Art und Weise ein Ende zu setzen, in letzter Instanz vom Krankheitszustand des Einzelnen abhängt.

Gemäß italienischem Strafgesetzbuch wird auch heute noch ganz explizit sowohl die Tötung des Patienten, mit dessen Einwilligung, als auch die Beihilfe zum Suizid bestraft; somit verbietet das italienische Gesetz sowohl die direkte als auch die indirekte Euthanasie⁴¹. Unlängst wurde eine ganze Reihe von

³⁸ Unter Art. 5 des Bürgerlichen Gesetzbuches steht: «Über seinen eigenen Körper selbst zu verfügen ist dann verboten, wenn dieser Akt eine permanente Verringerung der physischen Integrität mit sich bringt oder wenn man damit gegen das Gesetz, gegen die öffentliche Ordnung oder gegen die Sitten handelt». Diese Verfügung darf weder aus systeminternen noch aus historischen Gründen, die Verfassungsvorschrift nicht überwiegen. Vgl. L. CHIEFFI, *Bioetica e diritti dell'uomo*, cit. 184; A. SANTOSUOSSO, *Corpo e libertà. Una storia tra diritto e scienza*, Milano, 2001. Zudem, M. IMMACOLATO, Note und Urteil des Gerichtes Pordenone, 11 Januar 2002, in *Bioetica*, 2002, 396.

³⁹ Ein Wiederherstellung der Rechtsdoktrin und des rechtlichen Panoramas in Italien, zuletzt in M.E. SALVATERRA, *Esiste un diritto a morire? Riconoscimenti, implicazioni e limiti del diritto di non curarsi nell'ordinamento giuridico italiano*, in *Bioetica*, 2002, 730.

⁴⁰ Das Gutachten der sogenannten „Commissione Veronesi“ über Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr bei Menschen mit irreversiblen Verlust ihres Bewusstseins besagt «Die Art und Weise der medizinischen künstlichen Ernährung in Individuen mit permanentem Bewusstseinsverlust muss mit einer Nasen-Magen-Sonde oder auf ähnliche Weise vorgenommen werden; daraus ergibt sich die Notwendigkeit, diese medizinische Behandlung gemäß den ethischen und rechtlichen Parametern zu bewerten, die im Bereich medizinischer Behandlungen bestehen»: <http://www.zadig.it/speciali/ee/stud15.htm>. Vgl. Fall Englaro, <http://www.zadig.it/speciali/ee/>; Das Volumen über *Bioetica*, 1/2000, L. CHIEFFI (von), *Bioetica e diritti dell'uomo*, cit. 205.

⁴¹ Die Tötung des Patienten mit dessen Zustimmung wird gemäß Art. 579 des italienischen Strafgesetzbuches bestraft.:

Änderungsvorschlägen im italienischen Strafgesetzbuch bezüglich einer teilweisen Strafmilderung bei Euthanasie von Seiten der italienischen Regierung heftigst abgelehnt.

Somit zeichnet sich meines Erachtens auch in Italien eine widersprüchliche Situation ab, nämlich die Möglichkeit, einerseits auf medizinische Behandlung im Sinne von *life-saving* (im Verfassungsrecht festgehalten) zu verzichten und andererseits Beihilfe zum Suizid zu verlangen (gesetzlich verboten und schwerst bestraft).

Vor diesem Hintergrund schlage ich die systematische Lektüre des „Falles Forzatti“ (caso Forzatti) vor. Isoliert gesehen, könnte das diesbezügliche Urteil als eine Eskamotage angesehen werden, die zu nichts anderem dient, als den Anforderungen einer „substantiellen Gerechtigkeit“ gegenüber dessen, was die Gesetzesvorschriften im Strafgesetzbuch vorsehen, gerecht zu werden: Die Frau wurde untersucht und war noch eine Stunde vor dem Eingriff ihres Mannes am Leben. Gegenüber des unseres Erachtens bestehenden Widerspruchs innerhalb des zwingenden Modells – gemäß dem die Prinzipien der passiven Euthanasie im Rahmen der aktiven Euthanasie auf den Kopf gestellt wurden – kann diese Entscheidung als eine konkrete Antwort auf eine unlogische Differenzierung des Rechtssystems angesehen werden; so als könnte die Summe zweier Widersprüche zu einem logischen Ergebnis führen⁴². An dieser Stelle wäre es sicherlich angebracht, diese Widersprüchlichkeit mittels gezielter Regeln aufzuheben; somit würde den Sanitätsbeauftragten sowie den einzelnen Richtern die große Last genommen, die Logik des Rechts richtig zu interpretieren.

«Jeder, der den Tod eines Menschen mit dessen Zustimmung herbeiführt, wird mit sechs bis fünfzehn Jahren Haft bestraft.

Die in Art. 61 erwähnten erschwerten Umstände werden nicht angewandt.

Angewandt werden die Verfügungen bezüglich der Tötung, wenn die Tat:

1. gegen eine minderjährige Person ausgeübt wurde;
2. gegen eine psychisch kranke Person ausgeübt wurde bzw. gegen eine Person mit psychischen Mangelerscheinungen, mit anderen Leiden oder eine Person, die an Alkohol- und Drogenabhängigkeit litt;
3. gegen eine Person ausgeübt wurde, deren Zustimmung zur Tat gewaltsam erzwungen wurde, wenn die Person bedroht oder negativ beeinflusst wurde oder aber wenn sie betrogen wurde»

Die Beihilfe oder die Anstiftung zum Suizid ist in Art. 580 des italienischen Strafgesetzbuches vorgesehen:

«Jeder, der den Selbstmord einer anderen Person herbeiführt oder den Suizidgedanken bekräftigt d. h. die Durchführung des Selbstmordes erleichtert, wird strafrechtlich verfolgt, wenn der Suizid stattfindet. Die Strafe beträgt fünf bis zwölf Jahre Haft. Findet der Suizid nicht statt, beträgt die Strafe ein bis fünf Jahre Haft, und zwar dann, wenn der versuchte Suizid schwere bis schwerwiegende Folgen für die betroffene Person mit sich bringt.

Die Strafen werden erhöht, wenn sich die Person, die zum Selbstmord angestiftet wird oder der geholfen wurde, in einer der unter Abs. 1 und 2 des vorhergehenden Artikels erwähnten Bedingungen befindet. Wenn o. g. Person unter vierzehn ist bzw. ihren eigenen Willen nicht ausdrücken kann oder darf, werden die für Mord vorgesehenen Verfügungen angewandt. ».

⁴² Auch die bereits angekündigte von der Staatsanwaltschaft geforderte Gnade (*La Repubblica*, 25-4-2002) scheint Widersprüchlichkeiten rechtlicher Ordnung aufzuweisen.

2.3. GROSSBRITANNIEN

In Großbritannien wurde die Auseinandersetzung bezüglich der Entscheidungen zum Lebensende erst in jüngster Zeit wieder aufgenommen. Bereits im Jahre 1993 hat die *High Court* aus London anlässlich des sogenannten *Tony Bland case* die Erlaubnis gegeben, die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr eines Siebzehnjährigen zu unterbrechen, der fünf Jahre zuvor schwere Hirnschäden erfahren hatte⁴³. Im Unterschied zu Italien wurden diese medizinischen Maßnahmen einer ärztlichen Therapie gleichgesetzt: Die Zustimmung des betroffenen Patienten überwog, angesichts der zwecklosen Verlängerung der Übertherapie und angesichts des allgemeinen *right to refuse medical treatment*, gegenüber dem staatlichen Interesse, menschliches Leben aufrechtzuerhalten. Was die Beweise der Verweigerung weiterer medizinischer Maßnahmen von Seiten des Patienten betrifft, waren die englischen Richter weniger rigide als die amerikanischen. Die Engländer begnügten sich – aufgrund von nicht vorhandenen Erklärungen von Seiten des Jungen – auch mit indirekten Hinweisen, wie beispielsweise Aussagen von Familienmitgliedern; die ärztliche Stellungnahme bezüglich des *best interest* des Patienten wurde – so scheint es – verstärkt berücksichtigt und detailliert erläutert⁴⁴.

Das Recht auf Verweigerung medizinischer Behandlung wurde unlängst mit dem sogenannten Fall der Miss B bestätigt; es handelt sich dabei um eine unter Tetraplegie leidenden Frau mit eiserner Lunge, der der Höchste Gerichtshof, der *High Court*, die Unterbrechung der von ihr nicht gewünschten medizinischen Behandlung erlaubte. Die Ärzte, die sie behandelten, hatten es abgelehnt, die Maschinen, an denen ihre Patientin hing, abzuschalten und beriefen sich dabei auf ihre ärztliche Pflicht, Leben zu schützen⁴⁵. Der Prozess, bei dem sich die Richterin Elizabeth Butler Sloss bezüglich der Beweise für die Verweigerung weiterer medizinischer Maßnahmen als sehr streng erwies⁴⁶, bekräftigte das Recht auf Verweigerung medizinischer Maßnahmen der Miss B; und als Bestätigung für die für das *common law* so typische englische Strenge in Sachen *rights* und entsprechenden *remedies*, hat die Richterin das Krankenhaus, das sich geweigert hatte, die medizinische Behandlung zu unterbrechen, wegen «*unlawful trespass*» zu einer symbolischen Summe von 100 englischen Pfund verurteilt. Nach einem Prozess, der zu mancher Bestürztheit führte (sogar Miss B hatte erklärt: «*The law of consent of treatment is very clear and this has been a long*

⁴³ Vgl.: http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/background_briefings/euthanasia/1044740.stm. Angesichts der Schwierigkeiten im Bereich der Zustimmungstheorie, kam in der Stellungnahme des Lord Browne-Wilkinson auf jeden Fall eine Mahnung an das Parlament vor: demzufolge sei es "imperative that the moral, social, and legal issues raised by this case should be considered by parliament." gewesen Vgl. C. DYER, *Gaps in law plugged for "mentally incapacitated"*, in *BMJ*, 1995, 310, 549 (4 March).

⁴⁴ In diesem Zusammenhang, Vgl. A. SANTOSUOSSO, *Aperture importanti e remore inspiegabili della Corte d'appello di Milano sul "caso E.E."*, in *Bioetica*, 2000, 66; C. TRIPODINA, cit., 1731

⁴⁵ Dies ist daher als etwas zu betrachten, das die passive Euthanasie mit der direkten bzw. indirekten gemeinsam hat.

⁴⁶ Die Richterin wollte die Fähigkeit des Patienten, seinen Willen auszudrücken sowie die Authentizität der Zustimmung persönlich sicherstellen.

and unnecessary, and personally painful, process»), wurde der Wille der Patientin erfüllt: Eine unwürdige Existenz wurde *«peacefully and with dignity»* unterbrochen⁴⁷.

Auch Großbritannien kennt somit ein *right to refuse* - das auch *life-saving*-Maßnahmen umfasst - das sich gleich wie die diesbezüglichen amerikanischen Bundesvorschriften und die entsprechenden Vorschriften in Italien, nicht auf Tötung des Patienten, mit dessen Einwilligung oder Beihilfe zum Suizid berufen darf⁴⁸. Der Fall *Pretty*⁴⁹ bestätigt, dass sich in Großbritannien, wo das Prinzip der Selbstbestimmung anerkannt wird, derartige Fälle außerhalb der rechtlichen Dimension bewegen und daher strafrechtlich verfolgt werden.

2.4. ERSTE ÜBERLEGUNGEN ZUM ZWINGENDEN MODELL

Vor dem Hintergrund dieser Analyse ist es offensichtlich, dass das hier beschriebene zwingende Modell im Rahmen der passiven Euthanasie (als Folge des Rechtes auf Verweigerung medizinischer Maßnahmen) unterschiedliche und gegensätzliche rechtliche Aspekte im Vergleich zur freiwilligen direkten oder indirekten Euthanasie (Tötung des Patienten, mit dessen Einwilligung oder Beihilfe zum Suizid) aufweist. Erstere (also die passive Euthanasie) ist ein meist verfassungsrechtlich verankertes Recht, Letztere (also direkte oder indirekte Euthanasie) ist verboten und wird strafrechtlich verfolgt.

Dieser Unterschied ist darauf zurückzuführen, dass bei der passiven Euthanasie der Tod als Folge des natürlichen Verlaufs der Krankheit anzusehen ist; bei der direkten oder indirekten Euthanasie hingegen, der Tod durch einen direkten ärztlichen Eingriff verursacht wird. Das heißt, dass bei der passiven Euthanasie der Tod – wenn man so will – in einem Körper heranreift, der nicht mehr überleben kann und dass bei der direkten oder indirekten Euthanasie hingegen einem noch überlebensfähigen Körper der Tod von Außen zugeführt wird. Und genau diese Unterscheidung sollte sowohl auf rechtlicher als auch auf ethischer Ebene die Differenz im Verhältnis zwischen Ursache und Intention ausmachen. Nur dass bei der direkten oder indirekten Euthanasie die Intention den Tod herbeiführt, während bei der passiven Euthanasie vordergründige Ursache des Todes die Unterbrechung einer Therapie ist, die der Kranke nicht mehr erträgt.

Bei diesem Ansatz, bei dem die vorherrschende Anforderung, den Willen des Patienten zu schützen, nicht berücksichtigt wird, besteht meines Erachtens eine rechtlich nicht tragbare Unterscheidung sowie ein Widerspruch des Rechtssystems. Sollte das staatliche Interesse, Leben aufrechtzuerhalten und in der amerikanischen Rechtsprechung eine entscheidende Rolle spielt, nicht auch hinsichtlich des *right to refuse* eine tragende Rolle spielen?

⁴⁷ Die zitierten Wörter stammen von der Richterin Butler Sloss. Vgl. <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/1887481.stm>.

⁴⁸ Vgl. sec. 2(1) des *Suicide Act*, 1961.

⁴⁹ Man bezieht sich hier mehr auf das Urteil des *House of Lords* vom 29. November 2001 als auf jenes des Europäischen Menschenrechts-Gerichtshofes vom 29. April 2002.

Wir würden die diagnostische Fähigkeit der modernen Medizin lächerlich machen, wenn wir nicht davon ausgehen könnten, dass Ärzte und Pflegepersonal sehr wohl erkennen, dass ein Patient stirbt, wenn seine Therapie unterbrochen wird. Betrachtet man den Willen, „die Maschinen abzuschalten“ isoliert, so scheint dieser Ansatz nicht unbedingt realistisch, wenn man bedenkt, dass das logische Ergebnis einer solchen Tat der Tod ist. Und die Anwendung des Kausalitätsprinzips ohne die Berücksichtigung der Auswirkung, scheint mehr einer ballistischen Kalkulation nahe zu kommen, als der Bewertung menschlichen Verhaltens.

Das überwiegende staatliche Interesse, Leben zu erhalten gegenüber der Fähigkeit, individuelle Entscheidungen zur direkten Euthanasie, nicht aber zur passiven Euthanasie zu treffen, scheint mir daher unvernünftig, da beim staatlichen Interesse, wie mehrmals erwähnt, gleichwertige Kategorien differenziert behandelt werden, deren Unterschiede einzig und allein auf das Krankheitsbild des Patienten zurückzuführen sind.

Des weiteren könnte behauptet werden, dass ein derartiger Ansatz zu einer Diskriminierung all jener führt, die ihre eigene Entscheidung nicht praktisch umsetzen können: Nämlich das Recht, über die eigene Existenz selbst entscheiden zu können. Ein Recht, das scheinbar nur den gesunden Menschen vorbehalten ist, demzufolge „alle ihrem eigenen Leben ein Ende setzen können außer jene, die aus physischen Gründen nicht dazu imstande sind.“⁵⁰

Weitere Elemente, die meines Erachtens keineswegs von einer logisch-rechtlichen Überlegung getragen werden können, sind jene, die mit der Auffassung des *slippery slope* zusammenhängen. Das Risiko, dass Euthanasie missbraucht werden kann, ist ein reales Risiko. In so kritischen Phasen der Existenz können verwerfliche Interessen wirtschaftlicher und erbrechtlicher Natur zu tragen kommen; aber auch Interessen, die aus Bequemlichkeit, aus Hörigkeit, unter Berücksichtigung der eugenischen Selektion, usw. wahrgenommen werden. Doch wenn diese Risiken für die direkte und indirekte Euthanasie Gültigkeit haben, warum dann nicht auch für die passive Euthanasie, bei der der Tod ausschließlich auf die Unterbrechung der *life-saving*-Maßnahmen zurückzuführen ist? Entweder dieser Ansatz hat für beide Formen (aktive und passive Euthanasie) Gültigkeit oder für keine. Eine gut durchdachte Modalität, wie ein würdevoller Tod herbeigeführt werden könnte, könnte dazu beitragen, die Risiken einer Vorgangsweise zu vermeiden, die sich neben widersprüchliche Vorschriften einschleichen könnte⁵¹.

Vor dem Hintergrund eines Kriteriums, das verfassungsrechtlich verankert ist, nämlich das Kriterium der Gleichberechtigung, aufzufassen im Sinne berechtigter Differenzen, scheint es somit nicht korrekt, die Analogien beider Situationen abzuwerten und alles auf das Krankheitsbild des Patienten abzuwälzen sowie auf

⁵⁰ M. LUCIANI, *Suicidio, diritto dei sani*, in *La Stampa*, 30 April 2002.

⁵¹ Wie wir sehen werden, das Bedürfnis, bereits erstellte Protokolle außerhalb der Kontrollen und Garantievorschriften neu zu regeln, stellt die Grundlage der niederländischen und belgischen Gesetzgebung in diesem Bereich dar.

das einzige, aus dem Kontext und dem Zufall sich ergebenden aktive oder passive, interne oder externe Merkmal des medizinischen Eingriffs, der notwendig ist, um eine Existenz zu beenden, die nicht mehr als würdevoll angesehen werden kann.

Fügt man zu dem Ganzen noch die Unsicherheiten in der rechtlichen Definition der Übertherapie hinzu, so sind sowohl Richter als auch das sanitäre Pflegepersonal einer rechtlichen Ordnung ausgeliefert, die sich selten als kohärent auszeichnet, was wiederum zu Unsicherheiten bezüglich der persönlichen Verantwortlichkeiten sowohl zivilrechtlicher als auch strafrechtlicher Natur führt. Diese Unsicherheit birgt wiederum das Risiko in sich, das Verhalten der Ärzte dahingehend zu beeinflussen, dass sie Verantwortung vermeiden und somit nicht zum Wohle des Patienten agieren.

Eine zweite Überlegung könnte auf der Grundlage des personalistischen Prinzips entwickelt werden, das in allen liberalen Rechtsordnungen (wie in den Vereinigten Staaten von Amerika, in Italien und in Großbritannien, um nur einige zu nennen) ein grundlegendes Prinzip ist.

In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass sich bei diesem Prinzip – zumal es Dritten keinerlei Schaden zufügt – die Tendenz hin zu den Rechten der individuellen Freiheit breit macht. Trotz der unterschiedlichen ideologischen Positionen, scheint es daher logisch, im Rahmen einer liberalen Neigung innerhalb der westlichen Verfassungen, das Interesse der Selbstbestimmung des Individuums vor das dem Schutze des Lebens gewidmete staatliche Interesse zu stellen. Hier sei ein zweites widersprüchliches Element innerhalb der Grundprinzipien der genannten Verfassungsordnungen und der konkreten Lösung der Problematiken, die mit dem Lebensende in Verbindung stehen, zu erwähnen⁵².

3. DAS PERMISSIVE MODELL

Das permissive Modell beruht auf dem Schutz des allgemeinen Rechtes, ärztliche Behandlungen zu verweigern. Genauso wie das zwingende Modell, sieht das permissive Modell die Möglichkeit vor, bestimmte medizinische Behandlungen als obligatorische Maßnahme einzuführen, um die kollektive Gesundheit zu schützen (beispielsweise vor Ansteckungsgefahren). Der Unterschied zum zwingenden Modell liegt allerdings in einem qualitativ besseren Schutz des Selbstbestimmungsrechtes der Person bezogen auf ihre Existenz. Bei nicht vorhandenen konkreten Risiken für die Kollektivität wird jedes Individuum, das seinem eigenen Willen Ausdruck verleihen kann, als freie und autonome Willens- und Moraleinheit anerkannt und geschützt; und das bezieht sich in gewissem Maße auch auf die terminalen Phasen des Lebens. Die Auffassung von Würde und von würdevollem Tod werden nicht a priori aufgrund des dominierenden kulturellen Ansatzes definiert; es bleibt dem Einzelnen überlassen, sich darüber Gedanken zu machen und dementsprechend persönliche

⁵² In diesem Zusammenhang, Vgl. M. CHARLESWORTH *Bioethics in a liberal society*, Cambridge, 1999.

und autonome Entscheidungen zu treffen, nicht zuletzt auch was die Euthanasie betrifft.

Das hier beschriebene Modell weist allerdings nur eine permissive *Tendenz* auf, da es in sich kein Recht auf Tötung oder Euthanasie vorsieht, sondern meistens nur darauf hinweist, dass diejenigen, die die direkte oder indirekte Euthanasie vornehmen, unter bestimmten Umständen nicht bestraft werden. Auf jeden Fall liegt die angewandte Strategie darin, die Beihilfe zum Suizid und die Tötung des Patienten, der ihr zustimmt, nur innerhalb eines begrenzten Rahmens anzuerkennen.

Neben einer Schwächung des staatlichen Interesses zur Aufrechterhaltung des Lebens steht daher der Wille des Patienten an aller erster Stelle. Und um zu gewährleisten, dass dieser Wille authentisch ist und somit frei von schädlichen Einflüssen, oder sich vielleicht nur als vorübergehende Erscheinung äußert, ist eine Reihe von *substantiellen Anforderungen* vorgesehen, die mögliche Missbräuche a priori verhindern können. So beispielsweise sind bei schwerwiegenden Krankheitsbildern (die terminale Phase einer Krankheit, das Vorhandensein von nicht akzeptablen physischen und psychischen Schmerzen, unwirksame alternative Behandlungen bzw. Palliativmaßnahmen) bestimmte Anforderungen zu erfüllen (der „informed consent“, der Wille des Patienten oder das Vorhandensein von eindeutigen und unwiderruflichen Patientenverfügungen, die Anwesenheit von Tutoren oder Eltern mit dem möglichen Eingriff von Seiten eines Richters, das nicht Vorhandensein von zeitweise depressiven Zuständen, eine Zeitspanne zwischen der Bitte um Lebensverkürzung und der Euthanasie, der Eingriff eines Psychologen oder eines unabhängigen Arztes, der die Einhaltung der Anforderungen bestätigt) und einige „umfeldbedingte“ Schutzfaktoren zu berücksichtigen (die gewissenhafte Einhaltung von Kriterien wie Genauigkeit und Angemessenheit in der Durchführung der Euthanasie, der Verlust von wirtschaftlichem Profit von Seiten der direkt involvierten Personen, die Möglichkeit von Seiten eines jeden Arztes, aus Gewissensgründen der von ihm verlangten Aufgabe nicht nachzukommen, die Kontrolle der Einhaltung der Bedingungen von Seiten technischer Ausschüsse oder seitens der Staatsanwaltschaft).

Wenn sogar im permissiven Modell der Mensch nicht das Recht hat, mit dem eigenen Leben das zu tun was er will, so liegt das charakteristische Element dieses Modells in einer höheren Anerkennung seines Willens – unter Berücksichtigung bestimmter Bedingungen – was die Entscheidungen über sein Lebensende betrifft. Das Interesse, seiner eigenen Existenz auf würdevolle und menschliche Form ein Ende zu setzen, wird nicht hinter das staatliche Interesse, Leben zu schützen, gestellt; vielmehr wird es mit diesem Interesse in einer Beziehung zusammengeführt und wirkt so - meines Erachtens – aus verfassungsrechtlicher Sicht sicherer und kohärenter. Bei diesem Modell hängt das Recht, seiner als unwürdig und unmenschlich angesehenen Existenz ein Ende zu setzen, nicht mehr vom Krankheitsbild des Patienten ab, sondern vielmehr von einem nicht absoluten Selbstbestimmungsprinzip, das mit den liberalen und mit

allgemeinen personalistischen Werten vereinbar ist. Die aktive und passive Euthanasie werden somit von einer einheitlichen und kohärenten Auffassung über das menschliche Leben geregelt.

3.1. Auch die **Niederlande** fallen unter die hier analysierte Kategorie. Das Gesetz aus dem Jahre 2001 über die Kontrolle des freiwilligen Lebensabbruchs sowie der Beihilfe zum Freitod wurde nach langen und schwierigen Diskussionen gebilligt; an dieser Diskussion nahmen Richter und staatliche Studieneinrichtungen genauso wie Mitglieder aus ärztlichen Vereinigungen und dem Parlament teil. Diese Diskussion wurde auch von der Öffentlichkeit aufmerksam verfolgt⁵³. Die niederländische Rechtsprechung anerkennt nicht das subjektive Recht der Euthanasie (direkter oder indirekter Natur) und legalisiert auch aus einem formellen Standpunkt diese Haltung nicht⁵⁴. Nichtsdestotrotz ist unter bestimmten Bedingungen die Tötung durch den Arzt erlaubt und es wird von einer Strafverfolgung abgesehen. Es ist also Usus, aufgrund des Strafgesetzbuches und der entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen bezogen auf den Umgang mit Leichen einzugreifen, und die strafrechtliche Verantwortlichkeit der Ärzte, die gemäß der bestehenden Kriterien den freiwilligen Abbruch des Lebens bzw. die Beihilfe zum Suizid vornehmen, auszuschließen (Vgl. Vorwort).

Alle Vorsichtsmaßnahmen sowie die vorgesehenen äußerst komplizierten Verfahren zielen darauf ab, von einer strafrechtlichen Verfolgung der Ärzte nur bei jenen Fälle abzusehen, bei denen die Authentizität der Bitte um Lebensverkürzung bewiesen ist ergo dann, wenn sich ein Patient in der terminalen Lebensphase befindet und unerträglichen Schmerzen ausgesetzt ist. Im Besonderen hebt Art. 2 der Gesetzgebung hervor, dass „der Arzt:

- a. hundertprozentig davon überzeugt ist, dass die Bitte um Lebensverkürzung des Patienten spontan und gut überlegt sei;
- b. hundertprozentig davon überzeugt ist, dass die Schmerzen des Patienten unerträglich und dass die Aussichten auf eine Besserung nichtig seien;
- c. den Patienten über seine klinische Lage und seine Aussichten informiert habe;
- d. gemeinsam mit dem Patienten zur Überzeugung gelangt sei, keinerlei vernünftige Alternative zu seiner Situation zu finden;
- e. mindestens einen anderen unabhängigen Arzt einbezogen zu haben, der den Patienten untersucht und seine Stellungnahme über der Einhaltung aller Kriterien bezüglich der Sorgfaltspflicht des Arztes gemäß Sektionen a) bis d) schriftlich festgehalten habe;

⁵³ Vgl. A. RONZIO, *Niederlande: Die Entscheidung für die Legalisierung*, in S. SEMPLICI (von), *Das Recht, gut zu sterben*, cit., 109; C. TRIPODINA, cit., 1733; C.A. DEFANTI, *Lebend oder tod? Die Geschichte des Todes in der modernen Medizin (La storia della morte nella medicina moderna)*, Mailand, 1999, 174; J.M. SCHERER, R.J. SIMON, cit., 53.

⁵⁴ In diesem Sinn unterscheidet sich das Gesetz vom italienischen Vorschlag des Komitees für Bioethik über die Rechte terminaler Kranker (Art.1) sowie vom Gesetzesentwurf, der das Ergebnis einer Volksinitiative im Dezember 2000 war und von der Liste Bonino vorgeschlagen wurde (Art. 1); Vgl. *Bioetica*, 2/2001, 382 und folgende.

f. das Leben des Patienten nach bestem Wissen und Gewissen beendet habe bzw. dem Patienten auf gewissenhafte Weise Beihilfe zum Suizid geleistet habe (...)“⁵⁵ ..

Eine zusätzliche Kontrolle hinsichtlich der Einhaltung der gesetzlich vorgesehenen Bedingungen wird von Seiten der Regionalen Kontrollkommissionen für die freiwillige Lebensbeendigung und die Beihilfe zum Freitod vorgenommen. Die Mitglieder besagter Kontrollorgane, die von den Ministern für Justiz, das Gesundheitswesen, das Wohlbefinden und dem Sport ernannt werden, sind damit beauftragt, alle Dokumente zu überprüfen, die im Rahmen der Euthanasiemaßnahmen erstellt wurden; im Falle von Nichteinhaltung der gem. Art. 2 erwähnten Sorgfaltspflichten von Seiten der Ärzte, werden besagte Dokumente an den Staatsanwalt weitergeleitet, der seinerseits die Verurteilung des Arztes veranlassen und eine Strafe von bis zu 12 Jahren Haft (Art. 293 des Strafgesetzbuches) beantragen kann⁵⁶. Im Mai des Jahres 2002 wurde auch in **Belgien** die Euthanasie legalisiert; die entsprechenden einzuhaltenden Kriterien und vorzunehmenden Verfahren waren ähnlich wie in den Niederlanden⁵⁷.

3.2. 1995 hat das Parlament des *Australischen Northern Territory* ein Gesetz mit dem Titel *Rights of the Terminally Ill Act* gebilligt, das eine Reihe von Kriterien vorsieht, die – falls sie eingehalten werden - die direkte Euthanasie bzw. die Beihilfe zum Freitod legitimieren. Im März 1997 setzte das australische Parlament dieses Gesetz allerdings außer kraft und stellte die vor dem Gesetz bereits bestehende Strafe für jede vorgenommene Euthanasie wieder her.

Trotz der Tatsache, dass die *Rights of the Terminally Ill Act* nicht mehr in kraft sind, kann es nützlich sein, diese kurz als Rechtsvorschrift zu beschreiben, da sie Teil des permissiven Modells sind.

⁵⁵ Weitere Anforderungen sind unter Art. 2 vorgesehen, falls der terminale Patient minderjährig ist.

⁵⁶ Der erste Absatz des Art. 293 verfügt nämlich: «Wer absichtlich das Leben eines anderen auf dessen ausdrücklichen Wunsch beendet, wird zu einer Haft von nicht mehr als zwölf Jahren oder zu einer Geldstrafe der fünften Kategorie verurteilt». Der zweite Absatz desselben Artikels, der im Jahr 2001 in das Gesetz integriert wurde, schließt hingegen die strafrechtliche Verantwortung im Falle von Einhaltung der aufgezeigten Kriterien aus: «Die Tat ist wie in Absatz 1 erwähnt, nicht strafbar, wenn sie von einem Arzt vorgenommen wurde, der die Sorgfaltspflicht gemäß Art. 2 des Gesetzes bezüglich der freiwilligen Euthanasie und der Beihilfe zum Suizid (veränderte Verfahren) eingehalten und den Leichenbeschauer der Gemeinde darüber informiert hat, wie in Art. 7, Abs. 2 des Gesetzes über Begräbnis und Kremation vorgesehen ».

Art. 294 hingegen befasst sich mit Anstiftung und Beihilfe zum Selbstmord: «1. Wer absichtlich eine andere Person dazu anstiftet, Selbstmord zu begehen, wird bei Todesfall bis zu maximal drei Jahren Haft verurteilt bzw. zu einer Geldstrafe der vierten Kategorie. 2. Wer absichtlich einem Selbstmord einer anderen beisteht oder dieser Person die dazu erforderlichen Instrumente besorgt, wird bei Todesfall zu maximal drei Jahren Haft verurteilt bzw. zu einer Geldstrafe der vierten Kategorie. Artikel 293, Absatz zwei wird dementsprechend angewandt ».

⁵⁷ Zu den größten Unterschieden gehört die Tatsache, dass in Belgien nur Volljährige der Euthanasie unterzogen werden können. Der Text des belgischen Gesetzes ist unter *Bioetica*, 2002, 578 und folgende nachzulesen.

Sowohl der Titel als auch das Vorwort des Gesetzes sprachen zunächst ausdrücklich von einem subjektiven Recht, sein eigenes Leben auf menschliche Art und Weise zu beenden, was im Vergleich zur niederländischen Rechtsprechung einen Unterschied darstellt⁵⁸. Was hingegen der niederländischen Gesetzgebung sehr ähnlich ist, ist die extreme Vorsicht, mit der medizinische Eingriffe genehmigt werden. Diese Vorsicht ist auf eine Reihe von Kriterien zurückzuführen, nämlich: Das Vorhandensein eines extrem schlechten Krankheitsbildes, eine unheilbare terminale Krankheit, unerträgliche Schmerzen, eine authentische, mehrmals wiederholte Bitte um Lebensverkürzung des Patienten, der durch den behandelnden Arzt informiert wurde und die auch von einem Psychologen überprüft wurde, die mögliche Verweigerung des Arztes, aus Gewissensgründen die Euthanasie nicht vorzunehmen, zeitliche unaufschiebbare Zeitspannen zwischen der Bitte um Lebensverkürzung von Seiten des Patienten und der Euthanasie und sogar das Vorhandensein eines Übersetzers im Falle von linguistischen Schwierigkeiten der Verständigung⁵⁹.

⁵⁸ Das Vorwort spricht vom Gesetz mit Bezug auf *«An Act to confirm the right of a terminally ill person to request assistance from a medically qualified person to voluntarily terminate his or her life in a humane manner; to allow for such assistance to be given in certain circumstances without legal impediment to the person rendering the assistance; to provide procedural protection against the possibility of abuse of the rights recognised by this Act; and for related purposes»*.

⁵⁹ Artikel 7 der *Rights of the Terminally Ill Act* besagt:

«(1) A medical practitioner may assist a patient to end his or her life only if all of the following conditions are met:

- (a) the patient has attained the age of 18 years;*
- (b) the medical practitioner is satisfied, on reasonable grounds, that:*
 - (i) the patient is suffering from an illness that will, in the normal course and without the application of extraordinary measures, result in the death of the patient;*
 - (ii) in reasonable medical judgment, there is no medical measure acceptable to the patient that can reasonably be undertaken in the hope of effecting a cure; and*
 - (iii) any medical treatment reasonably available to the patient is confined to the relief of pain, suffering and/or distress with the object of allowing the patient to die a comfortable death;*
- (c) two other persons, neither of whom is a relative or employee of, or a member of the same medical practice as, the first medical practitioner or each other*
 - (i) one of whom is a medical practitioner who holds prescribed qualifications, or has prescribed experience, in the treatment of the terminal illness from which the patient is suffering; and*
 - (ii) the other who is a qualified psychiatrist, have examined the patient and have:*
 - (iii) in the case of the medical practitioner referred to in subparagraph (i), confirmed:*
 - (A) the first medical practitioner's opinion as to the existence and seriousness of the illness;*
 - (B) that the patient is likely to die as a result of the illness; and*
 - (C) the first medical practitioner's prognosis; and*
 - (iv) in the case of the qualified psychiatrist referred to in subparagraph (ii), confirmed that the patient is not suffering from a treatable clinical depression in respect of the illness;*
- (d) the illness is causing the patient severe pain or suffering;*
- (e) the medical practitioner has informed the patient of the nature of the illness and its likely course, and the medical treatment, including palliative care, counselling and psychiatric support and extraordinary measures for keeping the patient alive, that might be available to the patient;*
- (f) after being informed as referred to in paragraph (e), the patient indicates to the medical practitioner that the patient has decided to end his or her life;*
- (g) the medical practitioner is satisfied that the patient has considered the possible implications of the patient's decision to his or her family;*

Nach dem Tod durch Euthanasie musste der behandelnde Arzt dem sogenannten *coroner* (historische Figur eines öffentlichen Beamten, der gemäß common law den Auftrag hatte, im Falle von suspektem Tod Nachforschungen zu betreiben) alle entsprechenden Unterlagen zukommen lassen, der damit einen *attorney general* (Generalstaatsanwalt) beauftragen konnte (Art. 14 und folgende). Bei Einhaltung der entsprechenden Gesetzesvorschriften wurde der Arzt weder strafrechtlich, noch bürgerrechtlich oder mittels Disziplinarverfahren verfolgt⁶⁰.

(h) *the medical practitioner is satisfied, on reasonable grounds, that the patient is of sound mind and that the patient's decision to end his or her life has been made freely, voluntarily and after due consideration;*

(i) *the patient, or a person acting on the patient's behalf in accordance with section 9, has, not earlier than 7 days after the patient has indicated to his or her medical practitioner as referred to in paragraph (f), signed that part of the certificate of request required to be completed by or on behalf of the patient;*

(j) *the medical practitioner has witnessed the patient's signature on the certificate of request or that of the person who signed on behalf of the patient, and has completed and signed the relevant declaration on the certificate;*

(k) *the certificate of request has been signed in the presence of the patient and the first medical practitioner by another medical practitioner (who may be the medical practitioner referred to in paragraph (c)(i) or any other medical practitioner) after that medical practitioner has discussed the case with the first medical practitioner and the patient and is satisfied, on reasonable grounds, that the certificate is in order, that the patient is of sound mind and the patient's decision to end his or her life has been made freely, voluntarily and after due consideration, and that the above conditions have been complied with;*

(l) *where, in accordance with subsection (4), an interpreter is required to be present at the signing of the certificate of request, the certificate of request has been signed by the interpreter confirming the patient's understanding of the request for assistance;*

(m) *the medical practitioner has no reason to believe that he or she, the countersigning medical practitioner or a close relative or associate of either of them, will gain a financial or other advantage (other than a reasonable payment for medical services) directly or indirectly as a result of the death of the patient;*

(n) *not less than 48 hours has elapsed since the signing of the completed certificate of request;*

(o) *at no time before assisting the patient to end his or her life had the patient given to the medical practitioner an indication that it was no longer the patient's wish to end his or her life;*

(p) *the medical practitioner himself or herself provides the assistance and/or is and remains present while the assistance is given and until the death of the patient.*

(2) *In assisting a patient under this Act a medical practitioner shall be guided by appropriate medical standards and such guidelines, if any, as are prescribed, and shall consider the appropriate pharmaceutical information about any substance reasonably available for use in the circumstances.»*

Der Artikel fährt mit weiteren zwei Buchstaben fort: «(3) *Where a patient's medical practitioner has no special qualifications in the field of palliative care, the information to be provided to the patient on the availability of palliative care shall be given by a medical practitioner (who may be the medical practitioner referred to in subsection (1)(c)(i) or any other medical practitioner) who has such special qualifications in the field of palliative care as are prescribed. (4) A medical practitioner shall not assist a patient under this Act where the medical practitioner or any other medical practitioner or qualified psychiatrist who is required under subsection (1) or (3) to communicate with the patient does not share the same first language as the patient, unless there is present at the time of that communication and at the time the certificate of request is signed by or on behalf of the patient, an interpreter who holds a prescribed professional qualification for interpreters in the first language of the patient.»*

⁶⁰ Art. 20: «A person shall not be subject to civil or criminal action or professional disciplinary action for anything done in good faith and without negligence in compliance with this Act (...).»

3.3. Auch in **Kolumbien** kann davon ausgegangen werden, dass Ärzte, die einem terminalen Patienten zur Lebensverkürzung verhelfen - sofern dessen Existenz als menschenunwürdig angesehen wird - keinerlei Verantwortung tragen.

Dieses Ergebnis erlangte man im übrigen dank eines Urteils des Verfassungsgerichtshofes im Mai 1997, wobei bis heute diesbezüglich im Parlament kein Gesetz verabschiedet wurde.

Einige Abschnitte dieser Entscheidung waren von besonderer Bedeutung; so beispielsweise dort, wo die liberalen und personalistischen Prinzipien eines Patienten und die Wichtigkeit dieser Prinzipien für die persönliche Entscheidung hinsichtlich eines würdevollen Todes Ernst genommen wurden. An den wirksamsten Stellen der Entscheidung kann man lesen: Der Mensch ist ein „moralisches Wesen, das imstande ist, auf verantwortliche und autonome Art und Weise Entscheidungen zu treffen, die mit ganz persönlichen Fragen zusammenhängen; während der Staat sich – ganz allgemein gesehen – darauf beschränken muss, dem Menschen als diesem moralischen Wesen dann Pflichten aufzuerlegen, wenn diese sich auf das Zusammenspiel und das Zusammenleben mit anderen moralischen Wesen beziehen“. Zudem: „Die Entscheidung darüber, wie man dem Tod entgegentreten soll, spielt für den terminalen Patienten eine große Rolle; denn er weiß, dass er nicht mehr geheilt werden kann und kann somit nicht zwischen dem Tod und vielen langen Lebensjahren wählen, sondern zwischen einem von ihm bestimmten und einem schmerzvollen und menschenunwürdigem Sterben. Das Grundrecht, ein würdiges Leben zu leben bedeutet demnach das Recht, in Würde zu sterben⁶¹.

3.4. In der **Schweiz** hingegen wird dank der Anwendung eines restriktiv interpretierten Kriteriums des Strafgesetzbuches die Verabreichung von tödlichen Dosen eines Medikamentes an Patienten mit terminaler Erkrankung und starken Schmerzen nicht als Straftat angesehen. Art. 115 des Strafgesetzbuches bestraft zudem Beihilfe zum Suizid nur dann, wenn diese aus „egoistischen Gründen“ geleistet wurde⁶². Daher kann davon ausgegangen werden, dass die Beihilfe zum Suizid als legitim angesehen werden kann, wenn sie dem Patienten einen würdevollen Tod ermöglicht. Die Schweizer Akademie für medizinische Wissenschaften hat diesbezüglich eine Reihe von Anforderungen aufgelistet, die es zu berücksichtigen gilt; diese Anforderungen sind jenen aus den Niederlanden und dem australischen Northern Territory – wie an anderer Stelle aufgezeigt - sehr ähnlich.

Der amerikanische Bundesstaat **Oregon** hat im Jahr 1994 den *Oregon Death with Dignity Act* angenommen, gemäß dem, unter Einhaltung ähnlicher Kriterien, wie sie bereits zuvor bei den Niederlanden erwähnt wurden, die Verschreibung von Medikamenten, die zum Tod führen, sowie die Anwesenheit eines Arztes im

⁶¹ Wir zitieren aus Teilen eines Urteils, das unter C. TRIPODINA, cit., 1727 zu lesen ist.

⁶² Vgl. TRIPODINA, cit., 1746; M. AQUINO, Schweizer Erfahrung, in S. SEMPLICI, *Das Recht, gut zu sterben*, cit., 151.

Moment der Medikamenteneinnahme von Seiten des Patienten, legalisiert wurde. Demzufolge wurde ein besonderer Modus der Beihilfe zum Suizid anerkannt⁶³.

4. SCHLUSSFOLGERUNG

Unter Berücksichtigung einer Vielzahl von Rechtssystemen können aus rechtlicher Sicht die verschiedenen bedeutendsten Rechtsordnungen in Sachen Lebensende in zwei Modellen zusammengeführt werden, nämlich dem zwingenden und dem permissiven Modell.

Wie bereits mehrmals aufgezeigt, weist das zwingende Modell *in sich* einige Widersprüchlichkeiten auf. Die erste besteht darin, dass einerseits das Recht auf Verweigerung medizinischer Behandlung, andererseits die Beihilfe zum Suizid oder die Tötung bei Zustimmung des Patienten auf unterschiedliche Art und Weise geregelt werden. Also die Möglichkeit, einerseits ein verfassungsmäßig verankertes Recht auszuüben oder aber andererseits die Gefahr, für ein schlimmes Vergehen verfolgt zu werden, scheint letztendlich vom Krankheitszustand des Patienten abzuhängen und nicht so sehr von der Absicht einer Tat, von den Folgen einer Tat oder von ätiologischen Überlegungen.

Während also Miss B (deren Zustand so schlimm war, dass sie ohne die Hilfe von medizinischen Geräten nicht überlebt hätte) auf würdevolle Art und Weise über ihren Tod entscheiden konnte, konnte Diane Pretty (deren Zustand so war, dass sie künstlich am Leben erhalten bleiben konnte) nicht über einen würdevollen Tod entscheiden.

Das Urteil im „Fall Forzatti“ hat sozusagen die in sich ruhende Widersprüchlichkeit des zwingenden Modells umgangen, indem durch die Summe zweier Widersprüchlichkeiten eine kohärente Lösung gesucht wurde. Ein weiteres als widersprüchlich anzusehendes Element bezieht sich auf den Alarm, der von verschiedenen Bereichen im Rechtssystem sowie von der Doktrin über die Risiken der *slippery slope* hervorgerufen wurde. Die Gefahr eines offensichtlichen und tragischen Missbrauchs in so heiklen Momenten, versteckt sich hinter jeder Situation, in der ein Mensch über das Ende seiner Existenz entscheiden darf oder kann; diese Gefahr verbirgt sich sowohl hinter der Verweigerung medizinischer Behandlung (die als Recht ausgeübt werden kann), als auch hinter der strafrechtlich verfolgten direkten oder indirekten Euthanasie. Daher ist es alles andere als überzeugend, auf dieses Argument der *slippery slope* nur im zweiten Fall zurückzugreifen. Eine strenge und detailliert aufgezeigte Rechtsregelung bezüglich der Euthanasie könnte dazu beitragen, jene Risiken zu vermeiden, die dann entstehen, wenn in einer rechtlichen Grauzone agiert wird.

Eine dritte Widersprüchlichkeit des zwingenden Modells liegt unseres Erachtens in der allgemeinen Anerkennung des liberalen und personalistischen Prinzips und dessen konkreten Anwendung, wenn es um das Lebensende geht. Bei

⁶³ Vg.; D. HILLYARD, J. DOMBRINK, *Dying Right. The Death with Dignity Movement*, New York - London, 2001, 69; TRIPODINA, cit., 1740; L. ORSI, *Das widersprüchliche Experiment aus Oregon sechs Jahre nach der Anwendung*, in *Bioetica*, 2000, 395.

Nichtvorhandensein von Schäden gegenüber Dritten und gegenüber der Kollektivität, neigt jeder Staat mit *western legal tradition* dazu, der individuellen Selbstbestimmung den Vorrang einzuräumen. Beim Lebensende hingegen überwiegt das staatliche Interesse, Leben zu bewahren, gegenüber der Zustimmung des Patienten; dieses Interesse wird gegenüber dem Recht auf Verweigerung medizinischer Behandlung allerdings nicht geltend gemacht, was zu einem Spannungsfeld führt, dessen Lösung alles andere als einfach ist.

Eine vierte Widersprüchlichkeit könnte mit dem offenen und tendenziell multikulturellen Merkmalen der liberalen Verfassungsordnungen in Verbindung gebracht werden. Auch mit Bezug auf diese Prinzipien scheint die konkrete Lösung für das Lebensende – bei nicht vorhandenen Nachteilen für die Kollektivität - eine nicht gerechtfertigte Abweichung von Elementen zu sein, die typisches Merkmal für die zeitgenössischen Staaten mit *western legal tradition* sind.

Angesichts dieser Ausführungen kann unseres Erachtens die These erstellt werden, dass das permissive Modell im Rahmen einer Analyse des vergleichenden Rechts weit mehr Kohärenzen zwischen der konkreten Lösung für das Lebensende und den ausführlich erläuterten verfassungsrechtlichen Prinzipien aufweist.

Dichiarazione di voto in riferimento al punto 23 della presa di posizione del Comitato Etico di Bolzano in materia di “Etica e fine della vita”, in cui si considera eticamente non accettabile l’eutanasia attiva.

Il mio voto contrario al punto 23 deriva dalla convinzione secondo la quale, in presenza di circostanze gravi e del tutto eccezionali, considero eticamente accettabile praticare l’eutanasia attiva.

Non mi convincono, infatti, le ragioni secondo cui l’interesse statale alla preservazione della vita dovrebbe prevalere su un consenso informato, fermo e convinto teso all’interruzione di una vita non più ritenuta dignitosa dall’individuo. Trovo che in un ordinamento giuridico ispirato ai principi della *western legal tradition*, il principio di autodeterminazione individuale dovrebbe tendenzialmente prevalere su altri interessi. E non vedo la ragione perché un individuo, in mancanza di danni a terzi, non possa adottare le proprie scelte esistenziali in maniera tendenzialmente libera. Le scelte di fine vita, in altri termini, sono anch’esse scelte esistenziali, ed anzi possono rappresentare il più coerente sbocco di una vita improntata a determinati valori. Negare in un momento così critico e significativo dell’esistenza la prevalenza dell’interesse individuale ad agire in modo libero, coerente e responsabile è impostazione etica che non mi convince, e che mi pare non in linea con un concetto di dignità costruito sulla base del riconoscimento della persona come soggetto morale capace di volontà e di scelte consapevoli e responsabili.

Trovo inoltre contraddittorio permettere, anzi garantire per via costituzionale, quella che alcuni definiscono eutanasia passiva – cioè il diritto di rifiutare cure anche life-saving – ma imporre un divieto di natura penale all'eutanasia attiva. Nel momento in cui una persona morente non ritenga più dignitosa la propria esistenza, potrà vedere soddisfatta la propria volontà solo nel caso in cui le sue condizioni non le permettano di sopravvivere all'interruzione delle cure. Se invece il suo stato di salute, non altrettanto grave, sia compatibile con una continuazione dell'esistenza in vita, ma di una vita non più riconosciuta dall'individuo come tale, il soggetto non potrà vedere soddisfatta la sua volontà. Mi sembra che una tale situazione faccia dipendere il rispetto della volontà individuale da una causa del tutto accidentale, quale quella riconducibile alla gravità della malattia.

Pur riconoscendo che sussistono seri problemi di accertamento del consenso e rischi evidenti di abuso mi sembra peraltro che ciò valga tanto per l'eutanasia attiva quanto per quella passiva. Anche chi rifiuta una cura "vitale" può non essere pienamente consapevole delle conseguenze della propria scelta, o può essere plagiato da persone interessate. Una soluzione, dunque, potrebbe essere quella di prevedere un meccanismo di verifica dei requisiti del consenso e di tendenziale esclusione del rischio di abusi che possono presentarsi tanto per l'eutanasia attiva quanto per quella passiva.

Anche sulla base di queste considerazioni, rispettosamente, ho espresso parere contrario al punto 23 della presa di posizione del Comitato Etico di Bolzano in materia di "Etica e fine della vita".

Carlo Casonato