



universität
wien

DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

„Wer entscheidet über Leben und Tod?
Gibt es unwürdiges Leben?“

verfasst von / submitted by

Julian Kersten

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree
of

Magister der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2016 / Vienna, 2016

Studienkennzahl lt. Studienblatt/
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 190 344 299

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Lehramtsstudium
UF Englisch UF Psychologie und Philosophie

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Angela Kallhoff

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Auffassung unwerten Lebens im Nationalsozialismus.....	3
3	Sterbehilfe - Eine Begriffsklärung	10
4	Brauchen wir eine neue Ethik?	20
5	Tod als ein von der Angst bestimmtes Tabuthema	25
6	Tod als Teil eines personalisierten Lebens	29
7	Der schmale Grat zwischen Heilung und Sterbehilfe	32
8	Das Dilemma des freiwilligen Sterbens	35
8.1	Zwischen Patientenwille und ärztlicher Verantwortung	35
8.2	Dürfen oder sollen Ärztinnen/Ärzte Sterbehilfe leisten?	38
8.3	Sterben um jeden Preis?	42
9	Sterbebegleitung als königliche Alternative?	51
9.1	Die Vertretbarkeit des Akzeptierens – Sterbebegleitung durch Palliativmedizin.....	51
9.2	Wozu reden? Warum zuhören?	56
9.3	Unschöne Orte, an denen man stirbt	57
10	Emotionale Konsequenzen des Sterbens	61
10.1	Auswirkungen auf die Patientinnen/Patienten	61
10.2	Auswirkungen auf die Angehörigen	72
11	Schluss.....	81
12	Bibliographie.....	83
	Abstract.....	86
	Curriculum Vitae	87

1 Einleitung

In der heutigen Zeit ist Sterbehilfe omnipräsent. Egal ob man fernsieht, ein Buch, eine Zeitung oder ein Magazin liest; man wird überall regelmäßig mit dieser Thematik konfrontiert. Im Gegensatz zu früheren Zeiten hegen immer mehr leidende Menschen den Wunsch, freiwillig vorzeitig aus dem Leben zu scheiden, und auch viele gesunde Menschen sagen, dass sie im Falle einer zukünftigen Verschlechterung ihrer Gesundheit Sterbehilfe in Betracht ziehen würden. Seit jeher steht Sterbehilfe in Konflikt mit kirchlichen Ansichten, mit selbst ernannten moralischen Instanzen, aber auch mit dem Gesetz, das sich in diesem Punkt von Land zu Land unterscheidet.

Darf man nun selbst sein Leben als unzumutbar bezeichnen beziehungsweise ist es vertretbar, freiwillig aus dem Leben zu scheiden? Ist es in Ordnung, im Falle des Falles auch ein fremdes Leben zu bewerten oder gar zu beenden? Diese Diplomarbeit versucht nicht nur, Antworten auf all diese Fragen zu geben, sondern gibt auch einen historischen Überblick zu den Praktiken und Reaktionen auf Sterbehilfe und Selbsttötung. Aus der Frage nach der Sterbehilfe entsteht in dieser Arbeit ebenfalls unweigerlich die Diskussion, ob es tunlich ist, ein Menschenleben unter allen Umständen zu verlängern. Ich stimme hier mit Österreichs ehemaligem Kardinal Franz König überein, wenn er behauptet, dass die Medizin im Einklang mit der Ethik versuchen solle, unter Berufung darauf, was dem Menschen als individuelles Wesen guttue, neue Maßstäbe zu setzen (König 2000: 3).

Im ersten Kapitel erinnere ich daran, wie die Sterbehilfe zur Zeit des Nationalsozialismus verstanden wurde. Jede/Jeder, die/der nicht den körperlichen oder geistigen Anforderungen des Systems entsprach, wurde liquidiert, was als Säuberung eines vermeintlich verunreinigten Volkskörpers galt. Um dieses erste Kapitel bewusst vom Rest der Arbeit abzugrenzen, habe ich es an den Anfang gestellt. Danach komme ich zu relevanten Begriffsklärungen und -erklärungen bezugnehmend auf die Sterbehilfe, damit sich die/der Leserin/Leser im weiteren Verlauf der Arbeit gut zurechtfindet.

Im Anschluss daran widme ich ein Kapitel der Frage nach der Notwendigkeit einer neuen Ethik, welche ich eher mit ja denn mit nein beantworte, zumal die medizinischen Möglichkeiten in den letzten zwei Jahrzehnten nahezu ins Unermessliche gestiegen sind und sich aus meiner Sicht nicht mehr mit den aktuellen, allgemein akzeptierten ethischen Maßstäben vereinen lassen. Die Frage nach einer neuen Ethik leitet über zu moralischen Vorstellungen über den Tod, der heute noch allzu oft als ein von Angst bestimmtes Tabuthema angesehen wird. Allerdings gibt es keinen wirklichen Grund, sich vor dem Tod zu fürchten, was in diesem sowie im nächsten Kapitel, das den Tod als Teil eines personalisierten Lebens darstellt, bestärkt wird.

Der darauffolgende Teil der Arbeit befasst sich mit dem schmalen Grat zwischen Sterbehilfe und Heilung. Nur allzu oft sind diese beiden Begriffe am Ende des Tages ein und dasselbe.

Das erste der beiden danach folgenden größeren Kapitel ist dem ‚Dilemma‘ des freiwilligen Sterbens gewidmet. In den Entscheidungsprozess rund um den herbeigeführten Tod sind Patientinnen/Patienten, Ärztinnen/Ärzte sowie Angehörige eingebunden und alle verfolgen mitunter verschiedene Motive, sodass der Begriff Dilemma die Sachlage meines Erachtens bestens beschreibt. In diesem Kapitel geht es unter anderem um die Beziehungen zwischen diesen drei Gruppen. Das darauffolgende, zweite große Kapitel der Arbeit beschäftigt sich mit einem Lösungsansatz, mit dem alle Beteiligten am besten leben können, nämlich der Palliativmedizin oder Sterbebegleitung. Anstatt großes Leid mit dem Tod zu beantworten, setzt die Palliativmedizin auf menschliche Nähe und Linderung der Schmerzen. Da diese Form der Behandlung noch relativ jung ist, sind in Österreich aber noch nicht genügend Hospiz-Plätze vorhanden, um sich um alle Bedürftigen zu kümmern.

Den Abschluss der Arbeit bilden die emotionalen Auswirkungen auf die Patientinnen/Patienten und die Angehörigen, wobei man nicht sicher sagen kann, für welche der beiden Gruppen die psychische Belastung höher ist.

2 Auffassung unwerten Lebens im Nationalsozialismus

Dieses Eröffnungskapitel widme ich, sozusagen als Warnung, dem dunkelsten Zeitalter der Zeitgeschichte. Geistig sowie körperlich behinderten Menschen wurde von den Nationalsozialistinnen/Nationalsozialisten ein ‚unwertes‘ Leben zugeschrieben, ein Leiden, das im Interesse aller den Tod als seine einzige Linderung braucht. Das Wort ‚Euthanasie‘ wurde zweckentfremdet und seither im deutschsprachigen Raum vermieden, indem man den Begriff ‚Sterbehilfe‘ verwendet. Dieser Teil der Arbeit wird bewusst vom Rest abgegrenzt, damit die Leserin/der Leser nicht in Versuchung gerät, die Ideologie des Nationalsozialismus mit anderen Ideen oder Impulsen zu verknüpfen.

Um zu verstehen, wie es während des 20. Jahrhunderts zu solch einer Einstellung gegenüber der Euthanasie gekommen ist, bedarf es eines Exkurses. Platon definierte den Begriff ‚Euthanasie‘ tatsächlich dadurch, dass Personen über den Lebenswert eines anderen Menschen bestimmen, während nach der stoischen Sicht der Euthanasie jeder Mensch selbst darüber zu entscheiden hat, ob sein Leben wert ist, gelebt zu werden oder nicht (Eibach 1998: 19).

Natürlich kann man argumentieren, dass Platons Konzept eine gewisse Logik innewohnt. Sollten ausnahmslos alle Menschen auf der Welt reinen Herzens und voller Güte sein, so wäre es durchaus denkbar, dass Euthanasie auch gegen den Willen der Betroffenen geschähe. Sollten tatsächlich andere Personen viel besser um deren Zustand und ihr etwaiges zukünftiges Leben Bescheid wissen, so spricht im Prinzip nichts gegen eine Beendigung des Lebens, sofern es den Betroffenen nichts bringen würde als Qualen. Dieses Thema ist nach wie vor aktuell, weil man Ungeborene, von denen man weiß, dass sie behindert auf die Welt kommen würden, zu einem späteren Stadium der Schwangerschaft töten darf als nicht behinderte Ungeborene.

Auch bei Erwachsenen, die im Koma liegen und nie mehr das Bewusstsein erlangen werden, dürfen Angehörige ohne das Einverständnis der Patientin/des Patienten über dessen Leben bestimmen. Bei Menschen jedoch, die bei vollem Bewusstsein sind, lässt sich Platons Konzept heute nicht mehr anwenden. Selbst

wenn Angehörige oder Ärztinnen/Ärzte besser als die Betroffenen wissen, dass der Tod die beste Lösung wäre, so wäre die Intention dieser Expertinnen/Experten nie eindeutig. Viel zu naheliegend, viel zu gefährlich wäre bei einer legalisierten Sterbehilfe entgegen dem Willen der Patientin/des Patienten das Entstehen von ganz anderen, ganz und gar nicht ehrenhaften Gründen des beschleunigten Todes. Verwandte könnten beispielsweise den Großvater oder Urgroßvater in den Tod schicken und ihm erzählen, es sei das Beste für ihn; in Wahrheit jedoch wollen sie nur rasch das Erbe antreten, weil sie in Geldsorgen sind, oder sie haben einfach keine Lust mehr, sich um ihn zu kümmern. Es würde sogar ausreichen, jemanden einfach unsympathisch zu finden. Solch eine Regelung würde also dem menschlichen Wahnsinn Tür und Tor öffnen; ähnlich dem, was während des Nationalsozialismus geschehen ist.

Ausschlaggebend für die verbrecherischen Aktionen im 20. Jahrhundert waren gemäß Eibach allerdings die Lehren des Sozialdarwinismus, insbesondere die dadurch propagierte Selektion der Schwachen im Laufe der Evolution. Dies wurde von den Nationalsozialistinnen/Nationalsozialisten als Rechtfertigung missbraucht, um ‚unwertes‘ Leben zu vernichten. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde diese Anschauung von allen Seiten, auch Gegnerinnen/Gegnern des Nationalsozialismus, vertreten. Letzten Endes waren es aber die Nazis, die sie auf grauenhafte Weise in die Tat umsetzten (Eibach 1998: 20).

Einige Aspekte des Sozialdarwinismus spielten der NS-Ideologie besonders in die Hände. Ein solcher war die Unterwerfung schwacher Individuen, um den starken zu dienen. Jeder Mensch sollte laut der Theorie nach seiner Leistungsfähigkeit und Nützlichkeit für die Gesellschaft beurteilt werden – ohne Rücksichtnahme auf dessen Würde. Wer in den Augen der Nationalsozialistinnen/Nationalsozialisten nichts für das Volk beitragen konnte, wurde aussortiert. Zunächst wurde jenen Personen das Recht auf Fortpflanzung untersagt und schließlich auch das Recht auf das eigene Leben. Der Sozialdarwinismus wurde als in höchstem Maße human und überlebensnotwendig angesehen (ibid.).

Ebenfalls vorteilhaft für das spätere Gedankengut des Nationalsozialismus waren diverse Äußerungen, die von prominenten Nazi-Gegnerinnen/Gegnern getätigt

wurden, aber trotzdem ähnliche Gedanken bezüglich unwerten Lebens enthielten. So geschah es beispielsweise in der gemeinsamen Schrift des Strafrechtlers Binding und dem Psychiater Hoche. Sie trägt den Titel *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens* und steht für das Töten nicht nützlicher Menschen. Nach dieser Schrift soll zum einen die Gesellschaft entlastet und zum anderen sollen die Betroffenen selbst von der Last ihres Daseins befreit werden. Es kommen Ausdrücke wie „leere Menschenhülsen“ oder „Ballast der Gesellschaft“ vor. Damit werden jene Individuen bezeichnet, die der Allgemeinheit nicht dienen können und umgehend zu eliminieren sind. Die Autorinnen/Autoren waren allerdings auch klug genug, andere Tötungsgründe, wie beispielsweise Mitleid und Erbarmen mit dem sinnlosen Dasein der betroffenen Personen, in den Vordergrund zu stellen, um ihre Ideen vertretbarer erscheinen zu lassen (Eibach 1998: 20f.).

Der nationalsozialistische Propagandafilm *Ich klage an* hat seine intendierte Wirkung nicht verfehlt. In diesem ist eine an Multiple Sklerose erkrankte Frau zu sehen, die ihren Wunsch nach dem Tod äußert. Danach werden der Zuseherin/dem Zuseher ein schwerstbehindertes Kind und seine klägliche Existenz präsentiert. Der Gedanke dahinter war, zunächst einmal dem Volk die Tötung auf Verlangen schmackhaft zu machen; denn danach wäre es nur mehr ein kleiner Schritt, auch die Tötung ohne Verlangen einzuführen, solange man wirksam auf das Elend der Betroffenen hinweist. Kaum jemand würde dann noch ernsthaft dagegen argumentieren, behinderte Menschen umzubringen, zumal diese doch gar keine Chance auf ein schönes Leben hätten und nichts tun könnten, als vor sich hinzuvegetieren. Wozu sollte man noch diese Art von Leben aufrechterhalten, wenn selbst die Betroffenen danach trachten? Als humanster Weg wurde demnach der Gnadentod und somit die Vernichtung solcher Individuen angesehen (Eibach 1998: 21).

Diese Idee eines Gnadentodes beziehungsweise des Ausselektierens schwacher Mitglieder der Gesellschaft ist laut Eibach kein rein deutsches Phänomen und schon gar keine deutsche Erfindung. In der Zwischenkriegszeit entstanden in Großbritannien und den Vereinigten Staaten sogenannte „...Euthanasie-Gesellschaften, die in ihre Forderungen nach »Gnadentod« auch die senilen,

geistig verwirrten alten Menschen und die »hoffnungslos behinderten Säuglinge« einschlossen“ (Eibach 1998: 22). Auch damals berief man sich auf die ausweglos entsetzliche Situation, der die Betroffenen scheinbar hilflos ausgesetzt waren. Da bereits die Durchsetzung der Tötung auf Verlangen scheiterte, wurden diese Pläne jedoch nicht in die Tat umgesetzt. Zudem wurden jene Ideen unmittelbar verworfen, als die deutschen Schandtaten ans Tageslicht kamen. Die Nazis allerdings griffen jene theoretischen Konstrukte auf und wandten sie in der Praxis an (ibid.).

In die Geschichte eingehen sollte schließlich die Aktion „Gnadentod“, die Adolf Hitler am Tag des Kriegsbeginns, dem ersten September 1939, ausrief. Aufgrund massiver Kritik von hohen Vertretern der Kirche ließ Hitler die Aktion im August 1941 offiziell einstellen, inoffiziell wurde sie jedoch fortgesetzt. „Die Aktion »Gnadentod« war Teil eines sogenannten rassehygienischen Programms, das bereits 1933 mit der zwangsweisen Sterilisierung Behinderter, psychisch Kranker und sonstwie missliebiger Personengruppen (z.B. Sinti und Roma, Homosexuelle, Kommunisten) begann und das mit der Ausrottung der jüdischen Mitbürger seinen Höhepunkt erreichte“ (ibid.). Insgesamt fielen dieser Aktion 200.000 bis 300.000 Menschen zum Opfer. So gut wie niemand konnte vorhersehen, dass eigentlich gut gemeinte Thesen renommierter Wissenschaftler wie Binding und Hoche sowie das Sterilisierungsprogramm von 1933 in Taten wie die des nationalsozialistischen Regimes münden könnten.

Natürlich war es damals während des Dritten Reichs besonders schwierig, diese Taten aufzudecken oder gar zu kritisieren. Einerseits wurde versucht, den Massenmord an behinderten Menschen nach außen hin zu vertuschen, andererseits lebte und lebt man heute immer noch sehr gefährlich, wenn man in diktatorischen Staaten versucht, die Führungsriege in schlechtem Licht dastehen zu lassen. All das nahm der evangelische Pfarrer Paul Gerhard Braune laut Kleikamp in Kauf. Als Leiter der Hoffnungstaler Anstalten in Lobetal bei Berlin fiel es ihm natürlich auf, dass nach und nach behinderte Insassinnen/Insassen der Anstalt abgeholt und offiziell verlegt wurden. Nach einiger Zeit kam dann die Todesmeldung der verlegten Patientinnen/Patienten. Braune fühlte sich als Anstaltsleiter für die Patientinnen/Patienten verantwortlich und forschte nach, wo sie hingebracht wur-

den. Schon bald erkannte er, dass die behinderten Menschen wohl nach Berlin gebracht und dort ermordet worden waren. Als Todesursache vermutete Braune den Hungertod, in Wahrheit wurden die Opfer mit Kohlenstoffmonoxid vergast. Im Juli 1940 verfasste er die Schrift „Planwirtschaftliche Verlegung von Insassen von Heil- und Pflegeanstalten“ und schickte diese direkt an Hitlers Reichskanzlei. Braune erwähnte, bereits mindestens 100.000 Patientinnen/Patienten seien so ums Leben gekommen. Hitlers Regime reagierte, indem dem Pfarrer gedroht wurde, von dieser Art Recherche abzulassen; dieser jedoch widersetzte sich den Drohungen und suchte Kontakt zu weiteren Gegnerinnen/Gegnern des nationalsozialistischen Systems. Im August wurde Braune von der Gestapo verhaftet und später bot man ihm wieder die Freiheit an, sollte er in Zukunft von staatschädigenden Aktionen absehen. Dies war die Konsequenz der vehementen Kritik ranghoher Kirchenmänner, welche die Freilassung Braunes forderten. Braune nahm das Angebot an, setzte sich aber weiter für die Belange der Behinderten ein; wenn auch nicht mehr an vorderster Front. Schließlich machte ein Jahr später auch der Münchner Bischof Clemens August von Galen gegen diese Aktionen mobil. Dies führte zur offiziellen Einstellung der Aktion „Gnadentod“ (Kleikamp 2015).

In der Nachkriegszeit wurden die eben erwähnten Missstände nahezu totgeschwiegen. In den 1950er-Jahren wurde diese Form der Euthanasie so gut wie gar nicht aufgearbeitet. Vielmehr wurde versucht, die Nazi-Ärztinnen/Ärzte in Schutz zu nehmen und ihr Verhalten zu rechtfertigen. Intensiv widmete man sich diesem Thema erst wieder in den 1970er Jahren, als man begann, Sterbehilfe oder Euthanasie wieder gesellschaftsfähig zu machen. Man kam (wieder) zu dem Schluss, Menschen sollten selbst über ihr Leben und ihren Tod entscheiden (Kleikamp 2015).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass diese Aktionen und Vorstellungen der Vergangenheit angehören und wohl in aufgeklärten Ländern nie wieder in Betracht gezogen werden. Diese Tatsache stellt einen weiteren Grund dar, weshalb ich diesen Teil der Arbeit vom Rest strikt abgrenze. Nichts aus der heutigen Zeit, weder aus medizinischer noch aus ethischer Sicht, basiert auf der Dynamik während und vor dem Zweiten Weltkrieg.

Allerdings gibt es vereinzelt auch heute noch Momente, die uns den Schrecken von damals nahebringen. Im Dezember 2015, während des Verfassens dieser Arbeit, kam es im kalifornischen San Bernardino zu einem Attentat während einer Feier einer Anstalt für Behinderte. Ein junges Ehepaar erschoss dort 14 Menschen. Es ist zwar wahrscheinlicher, dass dies eher ein Akt des Terrors gegen die Menschheit als einer speziell gegen Behinderte war; doch wird dies nie ganz geklärt werden können. Jedenfalls ist die Tat als ein Affront gegen behinderte Menschen zu werten, weil sie in diesem Fall von dem Anschlag persönlich betroffen waren.

Ebenfalls Ende des Jahres 2015 spielten die Ereignisse während des Zweiten Weltkriegs wohl wieder indirekt eine Rolle, als es in Deutschland darum ging, einen Gesetzesentwurf gegen die gewerbliche Beihilfe zum Suizid zu schaffen. In einem Kommentar verweist Andreas Öhler darauf, dass die christlich-jüdische Ethik und Geschichte maßgebend für jene die Ethik betreffenden Gesetze sind. Es wurde beschlossen, die gewerbliche Sterbehilfe zu verbieten und Verstöße mit drei Jahren Haft zu ahnden. Sollten Ärztinnen/Ärzte dennoch Sterbehilfe (das heißt aktive Sterbehilfe, die in diesem Artikel mit der Beihilfe zum Suizid gleichgesetzt wird) leisten, sich dadurch jedoch nicht bereichern, blieben sie straffrei. Die Mehrheit der Bevölkerung hätte sich Öhler zufolge ein anderes Gesetz erhofft; nämlich eines, das auch die Möglichkeit des offiziell assistierten Suizids vorsieht. Die grüne Politikerin Renate Künast meinte, solch eine Entscheidung im Parlament sollte die Masse der Bevölkerung repräsentieren, was aber in einem Land wie Deutschland laut Andreas Öhler nahezu unmöglich ist. Viel zu stark wäre der Einfluss von Lobbyistinnen/Lobbyisten und Religionsgemeinschaften auf die Politikerinnen/Politiker, wenn es um weitreichende Entscheidungen gehe. Hinzu kommt noch, dass man speziell in Deutschland mit dem Thema Sterbehilfe und Euthanasie sehr sorgsam umzugehen hat. Öhler formuliert es so: „Ethik ist etwas Gewachsenes, ist kulturell determiniert, historisch kontaminiert. Es ist nur logisch, dass der hippokratische Eid der Ärzteschaft und die jüdisch-christliche Prämisse der unbedingten Lebensbewahrung in den Gewissensentscheidungen bei solcher Art Gesetzfindung miteinfließen. [...] Ethische Restbestände jüdisch-christlicher Ethik definieren die Würde des Menschen hier genauso wie die Werte

der Aufklärung“ (Öhler 2015). Des Weiteren verweist Öhler, wie bereits erwähnt, auf die deutsche Vergangenheit, in der Euthanasie verbrecherisch eingesetzt wurde. Vor allem deutsche Ärztinnen/Ärzte sind bezüglich der Beihilfe zum Suizid besonders skeptisch, denn zu Zeiten des nationalsozialistischen Regimes waren sie die Exekutorinnen/Exekutoren der Massenmorde. Darüber hinaus fordert Öhler eine umfangreiche ethische Ausbildung für angehende Ärztinnen/Ärzte. Da es nach dem neuen Gesetz mehr oder weniger der Ärztin/dem Arzt überlassen bleibt, wie sie/er in welcher Situation spezifisch entscheidet, sollte diese/dieser eine religionsferne, neutrale Vorstellung von Ethik im Kopf haben, die ihr/ihm dabei hilft, situationsadäquat zu entscheiden. Es kann nämlich nicht sein, dass man als Patientin/Patient eine Zu- oder Absage erhält, je nachdem welcher Religion die Ärztin/der Arzt angehört oder wie gläubig sie/er ist (Öhler 2015).

3 Sterbehilfe - Eine Begriffsklärung

Die Thematik der Sterbehilfe stellt sich als extrem umfangreich und komplex dar. Eine Vielzahl von Begriffen und Definitionen ist von Nöten, um dieses große Gebiet zu fassen. Ich versuche nun in diesem Kapitel, der Leserin/dem Leser die wichtigsten davon, unter anderem auch anhand einiger Beispiele, näherzubringen.

Zuallererst sollte man sich jedoch die Frage stellen, wann man eigentlich als tot gilt, beziehungsweise wie der Tod an sich definiert ist. Etwa Mitte des 20. Jahrhunderts wurde laut de Ridder begonnen, an den Manifesten des damals gültigen Todesbegriffes zu rütteln. Die sich von diesem Zeitpunkt an gewaltig weiterentwickelnde Technologie in der Medizin, die unter anderem sehr viele lebensverlängernde Maßnahmen sowie den künstlichen Ersatz von Organen beinhaltet, macht es uns schwer, an der hinlänglich bekannten Definition von Tod festzuhalten, welche schlicht den Herz- und Atemstillstand als ausreichende Merkmale heranzieht. Die Einführung des elektrischen Schocks zur Wiederbelebung des Herzens sowie des Überdruckbeatmungsgeräts sind lediglich zwei Beispiele für die rasante Weiterentwicklung der Medizinwissenschaft, die unser aller Leben entscheidend verlängern können. Davor starben extrem viele schwersthirngeschädigte Patientinnen/Patienten an einem Aussetzen der Atmung oder an Herzrhythmusstörungen. Die eben erwähnten Innovationen ermöglichen es jedoch, einen Menschen trotz Hirnversagens am Leben zu erhalten beziehungsweise die Herz- und die Atemtätigkeit komplett von der Hirnfunktion zu trennen. Somit ist der klassische Herztod an sich nicht mehr existent, zumal er, wie de Ridder es nennt, manipulierbar geworden ist (de Ridder 2011: 55f.).

1968 wurde durch eine Kommission der Harvard University der Begriff des Hirntods eingeführt, der „...im Wesentlichen auf vier Befunden basierte: unumkehrbares Koma, Ausfall aller Hirnstammreflexe, fehlende Eigenatmung und Stillstand der Blutzirkulation im Gehirn (»neurozentrische Todesdefinition«)“ (de Ridder 2011: 56). Gegnerinnen/Gegner dieses damals neuen Konzepts vermuteten lediglich die Feststellung eines früheren Todeszeitpunkts, um rascher etwaige Organe entnehmen zu können. Sinn und Zweck war es lediglich, etwas bereits un-

umstritten Eingetretenes mithilfe des Hirntods früher bestimmen beziehungsweise feststellen zu können. Was allerdings hier nur schwer feststellbar ist, ist ein klarer Todeszeitpunkt. Eine Hirntote/Einen Hirntoten als vollkommen tot zu bezeichnen, erscheint ob ihrer/seiner noch vorhandenen Atmung und ihres/seines Herzschlags absurd. Dadurch wird deutlich, dass der Tod nicht von einer Sekunde auf die andere geschieht, sondern als ein längerer Prozess anzusehen ist. Über den genauen Todeszeitpunkt hat laut de Ridder die Gesetzgeberin/der Gesetzgeber zu entscheiden, wobei sie/er sich immer auf die neuesten medizinischen und wissenschaftlichen Erkenntnisse beruft (de Ridder 2011: 56f.).

Nun widme ich mich den Definitionen und Begriffen der Sterbehilfe. Gemäß Holland gibt es einen Unterschied zwischen Töten und Sterbenlassen. Menschen verbinden im Allgemeinen eher negative Gedanken mit Ersterem, wobei diese Unterscheidung im Prinzip nichts Anderes darstellt als aktive und passive Sterbehilfe. Dieser Punkt wird allerdings später noch genauer behandelt. Das Wort ‚Euthanasie‘ lässt sich aus dem Altgriechischen ableiten. Übersetzt heißt es „guter“ oder „glücklicher“ Tod. Hiermit wird klargestellt, dass sich diese Art von Tod, also der freiwillige Tod, deutlich von anderen Todesarten, wie beispielsweise Mord oder Totschlag, abgrenzt (Holland 2003: 85). Als eine gängige Definition von Sterbehilfe versteht Holland das absichtliche, vorzeitige Herbeiführen des Todes zu Gunsten der Patientin/des Patienten. Den Tod kann man als Wohl der Patientin/des Patienten betrachten, wenn diese/dieser entweder bald stürbe oder sie/er schweren körperlichen Schmerzen oder psychischen Qualen ausgesetzt wäre (Holland 2003: 85f.).

Bevor wir uns nun beispielsweise mit der passiven und aktiven Sterbehilfe beschäftigen, ist es notwendig, auf grundlegende Begriffe einzugehen. Hier ist ein wesentlicher Punkt Abgrenzung beziehungsweise Verknüpfung zwischen dem Handeln und dem Unterlassen. Zunächst muss erwähnt werden, dass die Unterscheidung nicht eindeutig ist und dass die beiden Termini keine offensichtlichen Gegensätze sind, denn es gibt mannigfaltige Verhaltensarten, die sowohl als Handeln als auch als Unterlassen beschrieben werden (Birnbacher 1995: 24). Selbst im Strafrecht fällt die Zuordnung laut Birnbacher sehr schwer und es kommt immer wieder zu nicht eindeutigen Fällen (ibid.).

Im allgemeinen Sprachgebrauch verhält es sich nach Birnbacher wie folgt: Es „[...] läßt [sic!] sich ein Verhalten, das in einer Hinsicht als Unterlassen beschrieben werden kann, vielfach in einer anderen Hinsicht auch als Handeln beschreiben und umgekehrt“ (ibid.). Des Weiteren existiert im Sprachgebrauch eine Variante des Handelns, die das Unterlassen inkludiert. Hiervon ist die Rede, wenn das Unterlassen bewusst geschieht, indem man eine Tätigkeit absichtlich nicht ausführt, um damit etwas Bestimmtes zu erreichen. Wenn jemand (Person A) etwa eine ihm bekannte Person (Person B) auf der Straße bewusst nicht grüßt, sieht es von außen wie eine einfache Unterlassung aus. Jedoch bezweckt Person A damit, Person B etwas mitzuteilen; vermutlich, dass Person A gegenwärtig etwas gegen Person B hat oder dass Person A Person B prinzipiell nicht leiden kann. In diesem Fall geht der Unterlassung ein inneres Handeln voraus. Weitere solche Beispiele der Unterlassung, bei denen man eine Art inneres Handeln nicht abstreiten kann, sind das Fernbleiben einer Sitzung oder die Verweigerung einer Aussage. Allerdings gibt es hier auch positive Beispiele, wie etwa das Unterlassen, etwas Böses zu tun, das jemandem selbst zum Vorteil gereichen könnte und das man eventuell sogar gerne tun würde (Birnbacher 1995: 24ff.).

Ebenso kann man es unterlassen, etwas zu unterlassen. Wenn jemand eine Frage fortwährend nicht beantwortet und dann beim 20. Mal doch antwortet, unterlässt er es quasi, das Beantworten der Frage zu unterlassen (Birnbacher 1995: 28).

Handlungen und Unterlassungen sind sich demnach sehr ähnlich. Beides sind handlungsartige und absichtlich ausgeführte Aktivitäten. Ein wesentlicher Unterschied ist jedoch, dass Unterlassungen im Gegensatz zu Handlungen auch völlig untätigen, aber sehr wohl handlungsfähigen Personen zugeschrieben werden können (Birnbacher 1995: 65).

Unterlassungen können laut Birnbacher auf sehr viele verschiedene Arten beschrieben werden. Aus ethischer Sicht betrachtet, sind die Beschreibungen am interessantesten, denen eine kausale Rolle zukommt. Einige Beispiele hierfür sind das Bestehenlassen eines Irrtums, das Zulassen eines Verbrechens, das

verhindert werden könnte, oder eben das Sterbenlassen (Birnbacher 1995: 100). Diese Form des Unterlassens ist das Geschehenlassen. Wenn es ein Handeln durch Geschehenlassen gibt, muss es Birnbacher zufolge auch umgekehrt Geschehenlassen durch Handeln geben. Dies stellt sich dar, indem beispielsweise Person A einen Zustand, in dem sich Person B befindet, zu verändern oder aufzuhalten versucht. Sobald A dann aufhört, aktiv in den Zustand von B einzuwirken, wird B in seinem Originalzustand zurückgelassen. Hier kann das Beispiel einer Ärztin/eines Arztes (Person A) angeführt werden, die/der eine Patientin/einen Patienten (Person B) an eine Beatmungsmaschine anschließt, diese aber nach ein paar Monaten wieder abschaltet. Somit lässt es die Ärztin/der Arzt durch ihre/seine Handlung geschehen, dass die Patientin/der Patient in ihren/seinen ursprünglichen Zustand zurückkehrt (Birnbacher 1995: 110f.).

Nun widme ich mich zwei altbekannten Dilemmata der Sterbeethik. „Der führerlose Zug“ beschreibt ein Dilemma, bei dem eine Person einen außer Kontrolle geratenen Zug auf eine Menschengruppe zurasen sieht. Die Person hat die Gelegenheit, den Zug auf ein anderes Gleis umzuleiten, auf dem eine einzelne Person steht. Ist es nun ethisch gerechtfertigt, diese eine Person zu töten, um damit vielen Menschen das Leben zu retten? Sollte die Person nicht reagieren, tritt der Fall der Unterlassung ein. Viele Menschen würden sterben, weil die Person wesentlich untätig bleibt. Natürlich würde sie in diesem Fall das Leben der einzelnen Person auf dem Nebengleis retten. Sollte die Person jedoch den Hebel betätigen, tritt eine eindeutige Handlung ein. Einerseits rettet die Person der Menschenmenge das Leben, andererseits tötet sie wesentlich die Einzelperson. Hier erkennt man deutlich die Unterscheidung zwischen Handeln und Unterlassen, wobei dem Unterlassen, wie schon vorher erwähnt, eine Art inneres Handeln inneohnt.

Ein anderes Szenario ist folgendes: In einem Krankenhaus liegen fünf Personen, die alle dem Tode geweiht sind, weil bei allen jeweils ein bestimmtes Organ versagt und keine geeigneten Spenderinnen/Spender in Sicht sind. Ein kerngesunder Mann betritt das Spital für eine Routineuntersuchung und per Zufall stellt sich heraus, dass er für alle fünf Patientinnen/Patienten ein geeigneter Spender wäre. Dürfte man nun zumindest darüber nachdenken, diesem Mann das Leben zu

nehmen und somit fünf anderen Menschen das Leben zu schenken? Im Gegensatz zum vorhergehenden Beispiel hätten wir es hier dem Gesetz nach mit einem eindeutigen Mord zu tun. Vom ethischen Standpunkt betrachtet, weisen die beiden Fälle jedoch große Parallelen auf. Den Mann umzubringen, kann man natürlich als Handeln ansehen, während es als Unterlassen zählen würde, den Mann nicht zu töten. Man würde es, genauer gesagt, unterlassen, den fünf Patientinnen/Patienten zu helfen.

In den kommenden Absätzen widme ich mich den expliziten Arten der Sterbehilfe. Diese wird laut Birnbacher durch die Unterstützung beim Sterben mit der Absicht, das Leid der betroffenen Person zu lindern, definiert. Das Töten zu anderen Zwecken beziehungsweise die bloße Beihilfe zum Suizid werden hier ausgeschlossen. Während bei der aktiven Sterbehilfe eine Tötung auf Wunsch erfolgt, stellt sich die passive Sterbehilfe durch das Sterbenlassen dar (Birnbacher 1995: 338). Holland formuliert dies noch weiter aus, indem er ergänzt, dass passive Sterbehilfe von jemandem durchgeführt wird – meistens von einer Ärztin/einem Arzt –, die/der nicht alles tut, um das Leben der Patientin/des Patienten zu retten. Als konkretes Beispiel führt Holland einen Arzt an, der im Wissen um die Lebensnotwendigkeit eines medizinischen Eingriffs einen Patienten nicht behandelt (Holland 2003: 86f.). Des Weiteren ist es auch oft schwierig, die Sterbehilfe als eindeutig passiv oder eindeutig aktiv zu deklarieren. Schaltet eine Ärztin/ein Arzt etwa eine lebenserhaltende Maschine aus und die Patientin/der Patient stirbt in der Folge, sieht es zunächst wie aktive Sterbehilfe aus, denn die Ärztin/der Arzt führt eine aktive Handlung aus. Doch das Abschalten der Maschine ist nicht der unmittelbare Grund für den Tod der Patientin/des Patienten und somit nicht zu vergleichen mit zum Beispiel einer tödlichen Injektion. Nach dem Ausschalten der Maschine stirbt die Patientin/der Patient aufgrund seines Zustandes und somit kann die Handlung der Ärztin/des Arztes auch als passive Sterbehilfe empfunden werden (Holland 2003: 87).

Darüber hinaus verknüpft Holland solche nicht eindeutigen Fälle von Sterbehilfe mit dem bekannten ethischen Prinzip der Doppelwirkung. Dies charakterisiert sich dadurch, dass negative Konsequenzen einer Handlung darin unterschieden werden, ob sie absichtlich herbeigeführt oder lediglich voraussehbare Nebenfol-

gen anderer Handlungen sind. Wenn beispielsweise bei einem Auto die Bremsen versagen und die Fahrerin/der Fahrer einem in diesem Moment von mehreren Fußgängerinnen/Fußgängern benutzten Zebrastreifen ausweicht, dabei jedoch eine Passantin/einen Passanten am Gehsteig erwischt und tötet, findet dieses Prinzip Anwendung. In diesem Fall war die negative Konsequenz – der Tod der Passantin/des Passanten – bloß eine Nebenfolge der eigentlichen Intention der Fahrerin/des Fahrers, also eine Nebenfolge des Ausweichmanövers, das die Fußgängerinnen/Fußgänger am Zebrastreifen verschont hat. Laut dem Prinzip der Doppelwirkung sind nur solche Handlungen moralisch zulässig, die keine absichtlichen negativen Folgen nach sich ziehen. Ein Beispiel hierfür ist die bewusste Tötung eines Babys bei der Geburt, um der Mutter dabei das Leben zu retten. Den Versuch, das Prinzip der Doppelwirkung mit der Sterbehilfe zu verbinden, sollte man laut Holland mit äußerster Vorsicht durchführen (Holland 2003: 88). Zunächst würde dieses Prinzip nur dann greifen, wenn man davon ausgeht, dass Sterbehilfe, moralisch gesehen, nicht zulässig ist. Sollte sie es doch sein und sich dadurch rechtfertigen, der Patientin/dem Patienten durch deren/dessen Tod einen Gefallen zu tun, gäbe es keinen Grund, das Prinzip der Doppelwirkung auf den Plan zu rufen, zumal die Intentionen der Handelnden/des Handelnden irrelevant wären. Somit nehmen wir an, Sterbehilfe ist aus moralischer Sicht nicht gerechtfertigt. Nun tritt allerdings ein weiteres Problem auf. Da Sterbehilfe als bewusst rasches Herbeiführen des Todes der Patientin/des Patienten definiert wird, scheint das Prinzip der Doppelwirkung, das beabsichtigte und vorhergesehene Konsequenzen voneinander unterscheidet, nicht von Bedeutung zu sein. Doch, wenn das Prinzip relevant ist und das Beschleunigen des Todes lediglich vorhergesehen, aber nicht beabsichtigt ist, handelt es sich dabei nicht um Sterbehilfe. Hiermit dient das Prinzip der Doppelwirkung nicht dazu, Sterbehilfe zu beurteilen, sondern bloß den Prozess des Herbeiführens eines raschen Todes. Des Weiteren könnte dieser Prozess somit neu kategorisiert oder umbenannt werden (ibid.).

Rückte die passive Sterbehilfe bis dato kaum in den Fokus der Öffentlichkeit, begegnet man sehr oft lautstarker Kritik der aktiven Sterbehilfe. Vor allem im deutschsprachigen Raum gibt es diesbezüglich häufig Kontroversen (Birnbacher 1995: 338). Sterbehilfe bedeutet jedoch nicht automatisch, dass die Person, an

der sie vollzogen wird, sterbenskrank ist oder sowieso bald sterben wird. So würden komatöse Patientinnen/Patienten, bei denen klar ist, dass sie nie wieder das Bewusstsein erlangen werden, noch sehr lange weiterleben; nicht einmal eine Leidensminderung würde Sterbehilfe hier verursachen, weil Menschen ohne Bewusstsein ja nicht leiden (Birnbacher 1995: 338f.). Holland unterscheidet zwischen freiwillig, unfreiwillig und nicht freiwillig empfangener Sterbehilfe. Bei freiwillig empfangener Sterbehilfe äußert die Patientin/der Patient klar den Wunsch nach dem Tod, während die unfreiwillig empfangene Sterbehilfe gegen den Wunsch der Patientin/des Patienten erfolgt. Bei der nicht freiwilligen Sterbehilfe kann die Patientin/der Patient ihre/seine Wünsche nicht kommunizieren, weil sie/er zum Beispiel in einem irreversiblen Koma liegt (Holland 2003: 86). Gemäß Poigenfürst muss in so einem Fall zunächst einmal geklärt werden, für wen eigentlich die Lebensqualität unzumutbar ist. „Für das Pflegepersonal, für den Spitalshalter, für den Sozialversicherer und die Gesellschaft im allgemeinen [sic!] oder für die Angehörigen?“ (Poigenfürst 2000: 125). Die/Der komatöse Patientin/Patient selbst ist laut Poigenfürst nicht von einem Leiden betroffen, auch wenn es für Außenstehende so wirkt, weil lediglich sie es sind, die die Situation so empfinden. Speziell in den Augen der Angehörigen ist es nicht allzu schwer, den Zustand der Patientin/des Patienten als völlig unzumutbar anzusehen, denn im Hinterkopf macht sich unweigerlich der Gedanke an eine rasche Beendigung der Therapie und somit auch an eine rasche Beendigung von Stress und Aufwand breit. Fast zur selben Gesamtsituation führt ein bleibender Hirnschaden einer Patientin/eines Patienten. Während dies für Angehörige zu einer quälenden Belastung werden kann, ist die Patientin/der Patient oft nicht leidend (Poigenfürst 2000: 126).

Vom moralischen Standpunkt aus gesehen liegt es Holland zufolge auf der Hand, dass die freiwillig empfangene Sterbehilfe den anderen beiden Arten, also unfreiwilliger und nicht freiwilliger Sterbehilfe vorzuziehen ist; jedoch treten oft Schwierigkeiten auf, wenn es darum geht, das Einverständnis zu erlangen. Hierfür behandelt Holland drei Möglichkeiten: Der Wunsch zu sterben kann bereits lange vor einer entscheidenden Situation, sozusagen provisorisch, abgegeben werden; er kann unmittelbar vor der Entscheidung geäußert werden oder Anwältinnen/Anwälte oder Verwandte entscheiden im Interesse der Patientin/des Pati-

enten. Wie können Ärztinnen/Ärzte oder andere Personen jedoch wissen, wie ernst man solch einen Wunsch nehmen soll oder wann man verpflichtet ist, diesem Wunsch nachzukommen? Immerhin könnte lediglich ein akuter Schmerz oder eine momentane schlechte psychische Verfassung bereits ausschlaggebend sein, um sich den Tod zu wünschen. Oft wird von Verwandten auch Druck auf die Patientin/den Patienten ausgeübt, sie/er möge doch endlich zur Besinnung kommen und aus dem Leben scheiden. In diesem Fall existiert zwar formal das Einverständnis der Patientin/des Patienten; doch ist es vermutlich keines, das moralisch gerechtfertigt ist (Holland 2003: 86).

Es drängt sich hiermit die Frage auf, ob es aus moralischer Sicht überhaupt einen Unterschied zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe gibt. Aus meiner Sicht dient beides dem gleichen Zweck, nämlich dem Herbeiführen des Todes, weshalb hier eigentlich gar kein Unterschied bestehen sollte. Holland jedoch diskutiert einen möglichen moralischen Unterschied dieser beiden Arten der Sterbehilfe als Töten und Sterbenlassen. Als Beispiel nennt er einen Knaben, der von jemandem in einen Fluss geworfen wird und daraufhin ertrinkt. Eine Passantin/Ein Passant könnte in den Fluss springen und den Ertrinkenden retten, tut dies aber nicht. In diesem Fall würde sich lediglich die Person, die den Knaben in den Fluss geworfen hat, wegen Mordes verantworten müssen, die Passantin/der Passant jedoch nicht (Holland 2003: 91). Auch wenn ich den Bezug dieses Beispiels zur Sterbehilfe nicht nachvollziehen kann, beweist es zumindest, dass es aus rechtlicher Sicht einen Unterschied zwischen Töten und Sterbenlassen gibt. Allerdings denke ich, dass sich die Passantin/der Passant aus dem Beispiel sehr wohl zumindest moralisch verantworten muss, wenn auch nur vor sich selbst und ihrem/seinem Gewissen. Sofern der Fluss nicht das Ausmaß der Donau hat, kurz vor einem 50 Meter tiefen Wasserfall steht und die Passantin/der Passant keine Nichtschwimmerin/kein Nichtschwimmer ist, kann man diese Form von Passivität sehr wohl moralisch verurteilen.

Holland kommt ebenfalls zu dem Schluss, dass Töten und Sterbenlassen moralisch äquivalent sind. Sollte die in den USA und Großbritannien verbotene aktive Sterbehilfe erlaubt werden, käme dies einem Erdbeben gleich. Die Allgemeinheit würde einiges an Vertrauen in die Ärztinnen/Ärzte verlieren. Die Wahrnehmung

der Medizinerinnen/Mediziner sowie der medizinischen Werte würde sich drastisch verändern, wenn man plötzlich hört, Ärztinnen/Ärzte hätten die Lizenz zum Töten, während passive Sterbehilfe kein gröberes moralisches Problem darstellt. Jedoch stimme ich mit Holland überein, wenn er es als Problem empfindet, dass die Menschen im Allgemeinen das Töten im Gegensatz zum Sterbenlassen als moralisch verwerflicher ansehen (Holland 2003: 93).

Sterbehilfe lässt sich laut Birnbacher recht einfach von der Beihilfe zur Selbsttötung abgrenzen. Bei Ersterer hält die Helferin/der Helfer die Fäden in der Hand. Sie/Er kontrolliert den gesamten Prozess und leitet entweder das Sterben aktiv oder passiv ein, während bei der Beihilfe zur Selbsttötung lediglich die/der Sterbewillige den Sterbeablauf vollkommen kontrolliert (Birnbacher 1995: 339).

Dieses Thema sorgte im Juli 2015 in Deutschland für Aufsehen. Laut einem Bericht der *Zeit Online* sprechen sich eine Reihe von CDU-Politikerinnen/Politikern dafür aus, die bisher in bestimmten Situationen erlaubte Beihilfe zum Suizid komplett zu verbieten. Das momentane Gesetz sieht vor, dass man sterbewilligen Menschen ein tödliches Medikament besorgen darf, das die Patientin/der Patient dann selbst einnehmen muss. Eben diesem Gesetz wollen einige Politikerinnen/Politiker, allen voran Patrick Sensburg und Thomas Dörflinger, einen Riegel vorschieben. Sie sehen darin die Gefahr, Menschen zum Tod anzustiften. Man solle vielmehr Menschen in den Tod begleiten und sie nicht dorthin befördern. Neben diesem Vorschlag gibt es noch drei weitere Entwürfe zur Änderung der aktuellen Gesetzeslage, die jedoch weniger radikal sind (Schuler 2015).

Nun gehe ich auf die Differenzen zwischen moralischen und strafrechtlichen Sanktionen gemäß Birnbacher ein, die Unterlassungen nach sich ziehen können. Selbstverständlich müssen die Richtlinien des Strafrechts weitaus genauer beschrieben sein als die moralischen. Des Weiteren sollten sie von den moralischen Regeln unabhängig sein. Eine bloße moralische Verurteilung kann nicht Grund genug sein, um eine rechtliche Verurteilung zu erwirken (Birnbacher 1995: 325).

Birnbacher vergleicht die, wie er sie nennt, Kosten moralischer und strafrechtlicher Sanktionen auf drei Ebenen. Die erste Ebene, die der Regelgeltung, veranschaulicht, dass rechtliche Konsequenzen wie beispielsweise eine empfindliche Freiheitsstrafe viel schwerer wiegen als bloße moralische Konsequenzen. Das Wissen, für eine Tat allenfalls von den Mitmenschen einige Zeit lang gemieden zu werden, ist, verglichen mit einer strafrechtlichen Verfolgung, bei Weitem kein schwerwiegender Grund, die Tat sein zu lassen. Moralpredigten auf der zweiten Stufe, der Ebene der Regelbefolgung, sind laut Birnbacher in der Regel einfacher zu verarbeiten als die Sanktionen einer rechtlichen Strafe. Als Folgen hierfür werden Gesichtsverlust, soziale Isolierung und Verlust der Selbstachtung angeführt (ibid.). Hier muss ich jedoch anmerken, dass die eben genannten Folgen bei sensiblen Menschen sehr wohl ebenfalls aus reinem moralischem Tadel entstehen können. Viele Menschen können sich selbst nicht mehr im Spiegel betrachten aufgrund eines moralischen Fehlverhaltens, selbst wenn es niemand bemerkt hat und es somit auch zu keiner strafrechtlichen Konsequenz kommen kann. Als dritten Kostenfaktor gibt Birnbacher an, dass „...mit der Strafbarkeit eines Unterlassens *staatliche* Instanzen – und nicht mehr nur bestimmte informell definierte Teile der Gesellschaft – die Sanktionierung des mißbilligten [sic!] Verhaltens übernehmen und dadurch das Herrschaftsinstrument Staat zusätzlich stärken“ (ibid.).

Die Thematik rund um die eng mit dem semantischen Feld der Sterbehilfe verbundene Moral greife ich auch im folgenden Kapitel auf, in dem es darum geht, ob und wie man eine neue Medizinethik implementieren kann.

4 Brauchen wir eine neue Ethik?

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Technik in der Medizin rasant weiterentwickelt. Um mit diesen neuen Herausforderungen zurechtzukommen bedarf es laut Grewel einer neuen Form von Medizinethik. Die Politik, die Wissenschaft und der gesamte Rest der Bevölkerung stehen nun in der Verantwortung und sind gefragt, ein neues Denken zu prägen. Die Technologie macht es möglich, den Menschen als eine Art Maschine anzusehen, die im Falle von Defekten einfach repariert werden kann. Sind die Defekte oder Schäden zu groß, spricht nur wenig dagegen, die Maschine auszusortieren (Grewel 2002: 163).

Des Weiteren häufen sich die Situationen, in denen Ärztinnen/Ärzte zum Töten gedrängt werden. Ob sie wollen oder nicht, sie erhalten gegen ihren Willen „[...] eine »Lizenz zum Töten« überreicht, die jedoch konsequent als Preis für den Fortschritt in der Medizin zu bezahlen ist“ (Grewel 2002: 163f.).

Nach Grewel gibt es eine Vielzahl an Motiven, die geradezu nach einer neuen Ethik schreien und im Folgenden kurz beschrieben werden. Ein wesentlicher Punkt wird als Begrenzung bezeichnet. Der Mensch soll nicht mehr alles tun dürfen, was ihm möglich ist und er hat in angemessener Art und Weise mit den technologischen Entwicklungen umzugehen, die ihm zugänglich gemacht werden. Die Menschen fühlen sich bereits überfordert, selbst entscheiden zu müssen, inwieweit sie den technischen Fortschritt annehmen, und betteln förmlich schon innerlich um eine höhere Instanz, die ihnen vorschreibt, was sie zu tun haben und was sie lieber lassen sollten. Zudem ist die sogenannte alte Ethik längst überholt. Sie ist geprägt durch verschiedene Weltbilder sowie Epochen und wirkt als zu unflexibel für die moderne Welt (Grewel 2002: 164).

Doch wer ist in der Lage, eine solche neue Form von Ethik zu definieren, an die sich wenn möglich alle halten sollen? Sind es etwa die Ärztinnen/Ärzte, denen diese Aufgabe zufallen soll? In den Sechziger-Jahren, der Zeit in der zum Beispiel der Schwangerschaftsabbruch legalisiert wurde, beriefen sich Ärztinnen/Ärzte oft auf ihr ärztliches Ethos, das mit den eben erwähnten Aktionen nicht kompatibel wäre. Allerdings existiert ein derartiges ärztliches Ethos gar nicht. Weder in Spitälern noch während des Medizinstudiums wird den Jungärztinnen/Jungärzten ein solches auferlegt, nachdem sie handeln müssten. Was Medizinstudentinnen/Medizinstudenten an der Universität zu hören bekommen, sind

lediglich einige Typen und Modelle ethischen Denkens und nichts Unumstößliches, woran man sich als Ärztin/Arzt unbedingt zu halten hat. Patientinnen/Patienten, die sich Ärztinnen/Ärzten anvertrauen, sind also den persönlichen moralischen Werten der Ärztinnen/Ärzte komplett ausgeliefert. Wie jede Ärztin/jeder Arzt zu ihrer/seiner persönlichen Sicht der Dinge kommt, seien es religiöse oder andere Motivationen, ist folglich nicht klar. Rechtlich gesehen, verbindet Ärztinnen/Ärzte nur der bekannte Kodex, der auch gerichtlich eingeklagt werden kann (Grewel 2002: 165).

Bereits in den Siebziger-Jahren beklagten sich profilierte Ärztinnen/Ärzte darüber, dass Ethik in der Ausbildung viel zu kurz komme. Heutzutage kann die Medizin gar nicht mehr ohne die Ethik auskommen. Zusätzlich hat sich auch die Philosophie auf das Gebiet der Medizin ausgedehnt. Des Weiteren wurden in den letzten Jahrzehnten immer mehr Medizinethikerinnen/Medizinethiker ausgebildet, die sich um die neu entstandenen Ethikprofessuren an den medizinischen Universitäten bewerben. Bereits 1985 wurde die Akademie für Ethik in der Medizin gegründet, was ebenfalls ein wichtiger Schritt war. Was aber sollen Medizinstudentinnen/Medizinstudenten unter dem Begriff ‚Ethik‘ verstehen beziehungsweise was soll in einem solchen Fach gelehrt werden? Zunächst einmal ist es essentiell, sich die handwerklichen Dinge anzueignen. Beispielsweise sollten die „[...] Differenzierung der Begriffe, die Analyse der Problemkonstellationen, Modelle und Typen ethischer Argumentationsweisen, die Reflexion und kritische Bewertung des ärztlichen und pflegerischen Handelns im Hinblick auf berufsethische und gesundheitspolitische, aber auch juristische Vorgaben sowie vor allem die Einbeziehung der Patienten als mündige Partner [...]“ verinnerlicht werden (Grewel 2002: 167). Diffiziler wird die Situation, sobald die Ethik Entscheidungen zu treffen hat. Wenn etwa der Wissenschaftliche Beirat der deutschen Bundesärztekammer beziehungsweise ein anderes Ethik-Gremium ein Statement zu einer aktuellen medizinischen Entwicklung abgibt, wird dies als ethisch eingestuft. Welche Ethik ist hier jedoch gemeint? Welche ethische Position wird hier vertreten?

Die Geschichte, auch wenn es sie noch nicht so lange in diesem Bereich gibt, hat uns gelehrt, dass Kommentare und Haltung solcher Instanzen sehr berechenbar sind, wenn man ihre Zusammensetzung kennt. Diejenige/Derjenige oder diejenigen, die die Macht haben, solche Gremien zu besetzen, haben in Wahrheit die

Chance, ihre eigenen ethischen Ansichten durch die Hilfe solcher Instanzen durchzusetzen. Blickt man nach Frankreich, so ist es sogar verboten, ethische Positionen in Schulbüchern wiederzugeben, sofern sie von den Beschlüssen der nationalen Ethikkommission abweichen. Leider hat die Professionalisierung der Medizinethik es verabsäumt, die Meinung einzelner Ethikerinnen/Ethiker dem Gros der Medizinethik unterzuordnen. Nicht unbedingt erleichtert wird die Angelegenheit durch den Umstand, dass große Länder wie Deutschland, Großbritannien oder die Niederlande sehr unterschiedliche ethische Stellungen in den sensibelsten medizinischen Bereichen bezogen haben (Grewel 2002: 167f.).

Eine andere Möglichkeit, eine neue Medizinethik zu definieren, ist, dies völlig den Technologinnen/Technologen zu überlassen. Die Frage, warum man nicht ihnen die Verantwortung für den Gebrauch der von ihnen entwickelten Technologie überträgt, wurde schon oft gestellt. Sie haben das Fachwissen über all die technischen Prozesse und können jedwede Konsequenz am besten abschätzen. Es sieht auf den ersten Blick so aus, als gäbe es in einer derartigen Technokratie – so nennt Grewel eine Struktur, in der Technologinnen/Technologen das Sagen haben – recht viele Vorzüge. Methoden und Ergebnisse könnten ständig überprüft werden und man bräuchte sich nicht mehr vor äußeren Einflüssen zu fürchten, weil einzig und allein die technischen Möglichkeiten an sich die Ethik definieren würden und andere Meinungen überflüssig wären. Im Zuge einer besseren Forschung würde auch die Wirtschaft wachsen und Arbeitsplätze wären gesichert (Grewel 2002: 168f.).

Allerdings erkennt man bei genauer Betrachtung das zwangsläufige Scheitern eines solchen Systems. Technologinnen/Technologen sind zwar Expertinnen/Experten auf ihrem Gebiet, das heißt dem Entwickeln und Produzieren neuer Technologien, aber Menschlichkeit ist ein gänzlich anderes Thema, für das man keineswegs als Technologin/Technologe automatisch das entsprechende Knowhow besitzt. Zusätzlich besteht bei sehr spezialisierten Arbeiterinnen/Arbeitern stets die Gefahr der Betriebsblindheit. In diesem Fall wären sie unfähig, die Verknüpfungen ihrer Technologie mit anderen Komponenten, wie beispielsweise Politik, Wirtschaft und Humanität, zu erkennen oder zu verstehen (Grewel 2002: 169). Als dritte Möglichkeit erwägt Grewel die Übertragung aller medizinethischen Aufgaben an die Politik. Der Gedanke daran löst vermutlich mehr Kopfschütteln aus als die beiden vorhergehenden Optionen. Politikerin-

nen/Politiker werden heutzutage von vielen Menschen als unnahbar und oberflächlich eingestuft. Weiters wird ihnen im Allgemeinen die Kompetenz abgesprochen, mit dem medizinischen und technologischen Fortschritt vertraut genug zu sein, um kompetente Entscheidungen zu treffen.

Laut Grewel haben die späten 1990er- sowie die frühen 2000er- Jahre gezeigt, dass zumindest in Deutschland das Vertrauen in Politikerinnen/Politiker nicht besonders groß ist, wenn es darum geht, zukunftsorientierte Entscheidungen in Bezug auf die Verknüpfung zwischen Ökonomie, Technologie und Ethik zu treffen. Skeptisch wurde das Volk aufgrund des politischen Drängens hin zur Einsetzung von Gentechnologie zur Erzeugung von Lebensmitteln (Grewel 2002: 171f.).

Ein anderes Problem, das bei Politikerinnen/Politikern zu beobachten ist, ist deren nicht vorhandene Flexibilität. Um Gesetze neu zu definieren, werden meistens die aktuell gültigen Gesetze als Grundlage für eine Gesetzesänderung hergenommen. Dies hat zur Folge, dass der Umfang einer potentiellen Änderung sehr gering gehalten wird. Nun komme ich zum eigentlichen Hauptargument gegen den Vorschlag, die Verantwortung für eine neue Ethik völlig den Politikerinnen/Politikern zu überlassen. Bestimmte ethische Verhaltensregelungen werden oft von Politikerinnen/Politikern vorgebetet, ohne von ihnen gelebt zu werden. Das Erreichen eines Wahlsieges oder anderer politischer Ziele steht zu oft im Vordergrund, deshalb wird von der Seite der Politikerinnen/Politiker nach einer Ethik gesucht, die den größtmöglichen Teil der Wähler anspricht. Hierdurch wird klar, dass eine Ethik nicht klar von Gesetzen definiert sein darf; vielmehr sollte Ethik die Gesetze hinterfragen. Die Entstehung einer neuen Ethik ist somit auf das Recht der freien Meinungsäußerung angewiesen. Nur durch die Diskussion einer demokratischen Gesellschaft kann eine nützliche Ethik entstehen (Grewel 2002: 172).

Ich bin ebenfalls der Meinung, Ethik und Moral nicht durch Gesetze zu beschließen. Wohin das führt, hat uns die Geschichte gelehrt. Auch heute noch erfahren wir fast tagtäglich von aktuellen Fällen dieser Art. 2015, während des Verfassens dieser Arbeit, hat eine afrikanische Sängerin freizügige Musikvideos von sich im Internet publiziert und wurde daraufhin von der moralischen Instanz ihres Heimatlandes zu einer hohen Strafe verurteilt. Was allerdings etwas schwierig erscheint, ist die Umsetzung einer nicht per Gesetz definierten Ethik. Wie können beispielsweise Ärztinnen/Ärzte belangt werden, sollten sie sich nicht an eine mögli-

che neue Ethik halten? Aufgrund welches Gesetzes hätten sie dann eine Strafe zu erwarten? Somit liegt noch ein langer Weg vor uns, den wir nur gemeinsam gehen können.

Der nachfolgende Part der Arbeit ist ebenfalls eng mit dem moralischen Aspekt des Sterbens beziehungsweise der Sterbehilfe verflochten.

5 Tod als ein von der Angst bestimmtes Tabuthema

Dieses Kapitel widme ich der Frage, wer überhaupt die moralische Befähigung hat, zu bestimmen, wann jemand zu sterben hat. Die ganze Thematik rund um Tod und Krankheit wird gemäß Sass und Kielstein von vielen Menschen bewusst verdrängt und kaum jemand wünscht sich, in die Lage zu kommen, über den Tod eines anderen zu bestimmen. Durch den Tod wird nämlich verdeutlicht, dass wir Menschen viel weniger Macht haben, als wir eigentlich annehmen (Sass, Kielstein 2001: 9). Egal was wir uns vornehmen und wie stark wir zu sein glauben, gegen den Tod können wir uns nicht wehren. Irgendwann werden wir alle sterben. Obwohl es mit Sicherheit kein angenehmes Thema ist, sind wir alle gezwungen, uns nur allzu oft damit zu befassen. Im Normalfall sterben unsere Eltern vor uns und sollte es kein plötzlicher, rascher Tod sein, werden wir, ob es uns gefällt oder nicht, in den Sterbeprozess eingebunden.

Der Tod zeigt uns laut Sass und Kielstein die Grenzen unseres menschlichen Tuns auf und an diesen Grenzen kann man nicht rütteln. Deswegen macht das Gros der Menschheit in seinem Denken einen großen Bogen um den Tod. In früheren Zeiten jedoch scheute man sich nicht, sich damit auseinanderzusetzen. Von Philosophinnen/Philosophen wie Kierkegaard und später Heidegger wurde das Leben lediglich als Vorlauf zum Tode angesehen. Das alte Zitat ‚*Media in vita mortui sumus*‘ (Mitten in der Fülle des Lebens sind wir des Todes) passt sehr gut zu dieser Haltung. Viele mittelalterliche Holzschnitte verdeutlichen dieses Zitat, das dem karolingischen Dichter Notker I zugeschrieben wird. Allerdings werden jene Holzschnitte heutzutage nicht mehr angesehen. Sie passen einfach nicht mehr in das heutige Denksystem, in dem vorrangig Platz für Werte wie Jugend, Erfolg, Selbstbestimmung, Gesundheit und Lebensgenuss ist (ibid.).

Dies hat nach Sass und Kielstein zur Folge, dass der Tod aufgrund seiner starken Verdrängung ähnlich wie eine Krankheit gehandhabt wird. Er wird nicht als endgültig angesehen, sondern mithilfe der modernsten Maschinen tage-, wochen-, monate- und manchmal sogar jahrelang hinausgezögert. Mitunter sind die dazugehörenden Pflege- oder Begleitdienste nicht so wirksam wie erhofft. Dennoch geben die meisten Menschen bei Umfragen an, sie würden ein durch Ma-

schinen oder schwere Medikamente künstlich verlängertes Leben voller Leiden dem Tod, der das Ende allen Lebens und Leidens bedeutet, vorziehen. Die sich im Laufe der Jahre verändernde Kultur hat dazu geführt, dass die Furcht vor dem Tod bei vielen Menschen viel größer geworden ist, als sie früher war. Er wurde im Laufe der Jahre zum absoluten Ende und verlor seinen Status als Übergang. Die einzige Hoffnung, die dieser Tage mit dem Tod in Verbindung gebracht wird, ist die der Sterbenden, dass er schnell eintritt, um sich nicht zu sehr mit ihrem eigenen Tod beschäftigen zu müssen. Hoffnung auf einen Neuanfang danach hat laut Sass und Kielstein kaum noch jemand, abgesehen von gläubigen Jüdinnen/Juden, Musliminnen/Muslimen und Christinnen/Christen, in deren Religionen das sogenannte Leben nach dem Tod fest verankert ist (ibid.).

Heutzutage streben Menschen gemäß Sass und Kielstein, zumindest in der westlichen Welt, nach einem von Selbstbestimmung geprägten Leben. Jede/Jeder will für sich entscheiden, wie sie/er sämtliche Abschnitte ihres/seines Lebens gestaltet. Allerdings sorgt die große Angst vor dem Tod, die sogar größer als jene vor dem Prozess des Sterbens ist, für eine Abwendung von diesem progressiven Lebensstil. Zwar wollen wir unser Leben genau – teilweise sogar zu genau – planen und nichts dem Zufall überlassen und regeln sogar per Testament über unseren Tod hinaus unsere Angelegenheiten, doch die wenigsten bestimmen mittels eines Schriftstücks über die Art und Weise, wie mit ihnen in einem Zustand, in dem sie nicht mehr selbst in der Lage sind, ihr Schicksal in die Hand zu nehmen, verfahren werden soll. Da er für viele ein persönliches sowie medizinisches Tabu darstellt, führt die Verdrängung des Todes immer wieder zu prekären Situationen am Lebensende vieler Menschen (Sass, Kielstein 2001: 10).

Aber kann man es wirklich der Psyche der Ärztinnen/Ärzte zumuten, sich zusätzlich zu ihren eigenen Aufgaben auch noch dieser Problematik zu widmen, indem man diese auf sie abwälzt? Viele Leute scheinen laut Sass und Kielstein heutzutage zu vergessen, dass Ärztinnen/Ärzte auch nur Menschen sind und die gleichen Probleme haben wie andere auch. Trotzdem sind viele Patientinnen/Patienten oder deren Angehörige oft sehr schnell mit einem Urteil, wenn es darum geht, das Verhalten der Ärztinnen/Ärzte in Frage zu stellen. Unter diesen Gesichtspunkten erscheint es nicht allzu unverständlich, dass auch die Ärztin-

nen/Ärzte nach Lösungen suchen, um die Verantwortung über Leben und Tod von sich zu schieben. Die sogenannte Apparatedizin übernimmt dies heutzutage immer öfter. Sobald man diverse Geräte oder Medikamente über das Schicksal der Sterbenden entscheiden lässt, ist es nicht mehr nötig, sich selbst damit zu befassen. Schließlich hat eben dies auch die Patientin/der Patient verabsäumt, als sie/er noch die Chance dazu hatte (Sass, Kielstein 2001: 10). Ich persönlich finde nichts Verwerfliches daran, denn wie kommt eine Ärztin/ein Arzt dazu, sich permanent um Dinge zu kümmern, die nicht einmal den Patientinnen/Patienten wichtig zu sein scheinen?

Wie soll eine Ärztin/Arzt erraten können, was sich eine Patientin/ein Patient wünscht, die/der sich nicht mehr äußern kann? Ist es da nicht geradezu die Pflicht der Medizinerin/des Mediziners, auf sämtliche Maschinen und Medikamente zurückzugreifen, die das Leben der/des Betroffenen, egal auf welche Art und Weise, zu verlängern im Stande sind? Allerdings bezeichnen Sass und Kielstein dieses Verhalten als eine Art Fluchthandlung und als „[...] eine gemeine und tödliche Medizin, die einem leidenden und sterbenden Mitmenschen verabreicht wird, der sich einer Institution oder einem Arzt anvertraut hat“ (Sass, Kielstein 2001: 10).

Somit gestaltet sich dieses Problem aus rechtlicher Sicht als eine Mischung zwischen Fremdbestimmung und Selbstbestimmung. Die Tragweite dieses Missstands wird von Taupitz sehr gut verdeutlicht. Laut ihm führen die modernen Möglichkeiten der Medizin, den Tod immer weiter hinauszuzögern, zu einer Diskussion über den Sinn eines solchen Unterfangens. Ist es nun ein letzter Strohhalm der Hoffnung auf Leben oder wird die Patientin/der Patient einfach nur zu einem entwürdigten Objekt degradiert? (Taupitz 2000: 6)

Was für Ärztinnen/Ärzte noch erschwerend bei diversen Entscheidungen bezüglich des Lebens und des Todes der Patientinnen/Patienten hinzukommt, bezeichnen Sass und Kielstein als „posthippokratischen Entscheidungskonflikt“. Nach der klassischen hippokratischen Ethik dient das ärztliche Handeln bloß einem Ziel, nämlich dem Heil und Wohl der Patientin/des Patienten. Dieser Tage jedoch lässt es sich aufgrund des breiten Spektrums alternativer Medizin nicht

mehr genau definieren, was unter Heil und Wohl der Patientin/des Patienten zu verstehen ist. Allerdings sind es nicht nur die technischen Möglichkeiten, die sowohl die Ärztinnen/Ärzte als auch die Patientinnen/Patienten vor derartige Probleme stellen. Es sind auch die mannigfaltigen Weltbilder, die, unter deren Gesichtspunkten betrachtet, medizinisch ähnlichen Situationen auf ganz und gar unterschiedliche Art und Weise begegnen. Es ist im Prinzip völlig unmöglich, dass eine Ärztin/ein Arzt sämtliche Wertvorstellungen, Wünsche und Weltbilder ihrer/seiner Patientinnen/Patienten kennt beziehungsweise errät. Wenn also die Ärztin/der Arzt nichts von den ethischen Präferenzen der Patientin/des Patienten weiß, kann sie/er auch nicht mehr behaupten, auf das Heil einer Patientin/eines Patienten hinzuarbeiten, egal was sie/er tut (Sass, Kielstein 2001: 13f.).

Soll man überhaupt Angst vor dem Tod haben oder ist es obsolet, sich auf den Tod zu freuen? Wenn man davon ausgeht, dass der Tod schlichtweg ein Teil des Lebens ist, trifft wohl keine der beiden Optionen zu. Dies ist Teil des nächsten Kapitels.

6 Tod als Teil eines personalisierten Lebens

Von sich aus den Wunsch nach Sterbehilfe zu äußern, ist nach Quante tief mit der Personalisierung unseres Lebens verbunden. Wir definieren unsere Persönlichkeit dadurch, was wir bereits erlebt haben und dadurch, was wir vermutlich noch erleben werden. Uns Menschen macht es im Vergleich zu anderen Lebewesen aus, zu wissen, was auf uns zukommen wird. Somit wissen wir über unser Schicksal mehr oder weniger Bescheid. Menschen sind nicht bloß in „[...] der Lage, einzelne Aspekte ihrer eigenen zukünftigen Biografie gegeneinander abzuwägen, sondern auch diese zukünftige Biographie selbst einer Bewertung zu unterziehen“ (Quante 2002: 231). Dies hat zur Folge, dass wir Menschen die Wahl haben, uns in unser Zukunftsszenario zu fügen oder dagegen anzukämpfen. Sollten wir beispielsweise eine schmerzvolle Operation vor uns haben, wäre es eine logische Reaktion, uns um eine weniger schmerzvolle Alternative umzusehen. Eine plausible Folge dessen ist auch unsere Entscheidung, ob wir unser Leben fortsetzen wollen oder nicht (ibid.).

Metaphorisch könnte man hier die schmerzhafteste Operation und damit verbundene, nahezu unerträgliche Qualen mit einem unschönen, restlichen Leben und die schmerzfreie Alternative der Operation mit dem frei gewählten Tod vergleichen. Natürlich hinkt der Vergleich, zumal eine schmerzhafteste Operation nur für eine begrenzte Zeit andauert, während ein unerwünschtes Leben beziehungsweise der Tod kein Limit in diesem Sinn haben. Dennoch halte ich diesen Vergleich durchaus für angebracht, denn er verdeutlicht, dass die Entscheidung, sich das Leben zu nehmen, objektiv betrachtet, keineswegs etwas Besonderes oder Exklusives darstellt, wenn man sich lediglich von sämtlichem Leiden befreien will. Sollte das Leben an sich ein unsägliches Leiden darstellen, wäre es laut Quantes Auslegung somit völlig normal, sich eben dessen zu entledigen.

Solch eine Entscheidung verlangt von der Gesellschaft den gleichen, nötigen Respekt wie bei allen anderen Entscheidungen, die eine Person autonom trifft und die auch nicht die (Entscheidungs-) Freiheit anderer Personen einschränkt (ibid.).

Diese Annahmen rechtfertigen somit Aktionen, die eine freiwillige Sterbehilfe ermöglichen. Selbstverständlich wird dies nicht von jedermann goutiert oder akzeptiert. Quante beschreibt einige sogenannte gradualistische Einwände. Ihrer nach

Quante klassischsten Form, den Dammbbruchargumenten, werde ich mich nun widmen. Anhand des Sterbehilfebeispiels lassen sich Dammbbruchargumente am besten so beschreiben, dass sie gegen die Konsequenzen, die durch eine Zulassung der freiwilligen Sterbehilfe zwangsweise entstehen, gerichtet sind. Es wird vor diesem – nun eigentlich ethisch korrekten – Schritt der Zulassung zur freiwilligen Sterbehilfe gewarnt; denn dies könnte irgendwann auch zu einer Zulassung der unfreiwilligen Sterbehilfe führen (Quante 2002: 252). In dem Kapitel über die Euthanasie im Nationalsozialismus wurde bereits auf Ähnliches eingegangen. Wie bereits erwähnt, wurde in dem Propagandafilm *Ich klage an* das elende Schicksal eines schwerstbehinderten Kindes bildgewaltig geschildert und den Zuschauern sollte vermittelt werden, dass solchen Menschen freiwilliges Sterben nicht verweigert werden darf. Freilich war die eigentliche Intention, das Volk zu blenden, um später auch unfreiwillige Sterbehilfe, die eigentliche Euthanasie des nationalsozialistischen Regimes, einzuführen.

Solche Dammbbruchargumente lassen sich gemäß Quante grob in zwei Kategorien einteilen, nämlich in logisch-kausale und rein kausale. Logisch-kausale Dammbbruchargumente beruhen laut Quante auf der „[...] Vagheit der Begriffe und der Existenz von Grauzonen [...]“ (Quante 2002: 252). Hier ist der Ausgangspunkt eine scheinbar ethisch vertretbare Handlung, die jedoch aufgrund psychischer Mechanismen eine ganze Reihe von Folgen, die mehr und mehr nicht jener Ethik entsprechen, nach sich zieht. Diese Aneinanderreihung von Prozessen lässt sich als eine schiefe Ebene betrachten, die an ihrem Ende den Bereich der Ethik endgültig verlässt. In unserem vorhergehenden Beispiel etwa würde die Zulassung der freiwilligen Sterbehilfe eine Lawine an Aktionen auslösen und am Ende würde im schlimmsten Fall gar der Ruf nach der Zulassung unfreiwilliger Sterbehilfe laut werden, was das endgültige Verlassen der schiefen Ebene bedeuten würde.

Rein kausale Dammbbruchargumente kommen zum gleichen Ergebnis wie die logisch kausalen, jedoch ohne die vorhergehende logische Folgerung. Ein Beispiel wäre die Schwierigkeit, eine genaue Grenze zwischen Sterbehilfe und assistiertem Suizid zu ziehen, weshalb von der Zulassung der freiwilligen Sterbehilfe abzuraten ist (Quante 2002: 252f.).

Ich teile die Ansicht Quantes, wenn es um die Frage nach dem Nutzen solcher Dammbbruchargumente geht. Hauptsächlich dienen sie dazu, Ängste zu schüren

und führen bei entsprechender Plausibilität der möglichen Folgen zu einer Beweislastumkehr. Dennoch erfüllen sie als Warnung an selbstständig denkende Menschen ihren Zweck und es ist positiv zu erwähnen, dass sie gerade bei so heiklen Themen wie der Sterbehilfe zum Denken anregen.

Sich auf den Tod zu freuen, ist das Eine, sich jedoch Sterbehilfe herbei zu wünschen ist das Andere. Menschen, die den Tod freudig erwarten, stellt man sich in der Regel als betagte, müde und glückliche Zeitgenossinnen/Zeitgenossen vor, bei denen das Herz aufgrund des fortgeschrittenen Alters demnächst zu schlagen aufhört. Allerdings gibt es auch wesentlich jüngere Menschen, die sich nichts sehnlicher wünschen als den Tod, der für sie eine Erlösung von ihren Problemen darstellt.

7 Der schmale Grat zwischen Heilung und Sterbehilfe

Im Prinzip ist es die Menschheit in der modernen aufgeklärten Welt, die sich dieser Tage leider akut bedroht sieht, gewohnt, von Ärztinnen/Ärzten geheilt zu werden. Sie tun alles in ihrer Macht Stehende, um uns von Krankheiten zu heilen oder um uns nach leichten oder schweren Verletzungen wieder zusammenzuflicken. Dabei ist keineswegs gesagt, dass der Tod nicht auch zu einer Art Heilung des Menschen beitragen kann. Hier darf man Heilung natürlich nicht als Genesung verstehen, nach der man sich in dem gleichen Zustand befindet, den man vor seinem Leiden innehatte. Vielmehr steht Heilung hier für das Erlösen von psychischen und physischen Schmerzen, die so unerträglich sind, dass der freiwillige Tod vorgezogen wird. Die Geister scheiden sich allerdings bei der Frage, ob man tatsächlich Sterbehilfe als Heilung bezeichnen kann.

Im Jahr 1973 ereignete sich in den Niederlanden ein Vorfall, der laut Grewel maßgebend für die damals aufflammende Diskussion rund um das Thema der Sterbehilfe verantwortlich werden sollte. Die Ärztin Gertruud Postma-van Boven verabreichte ihrer 78-jährigen schwerkranken und stark leidenden Mutter eine Überdosis Morphin, an der sie starb. Davor hatte die Mutter mehrfach und inständig darum gebeten, doch endlich Unterstützung dafür zu bekommen, ihren Tod zu beschleunigen. Der Chefarzt des Altenpflegeheimes, in dem die leidende Dame untergebracht war, weigerte sich, den Totenschein zu unterschreiben, und die Angelegenheit kam vor Gericht. Postma-van Boven wurde symbolisch zu einer Woche Gefängnis auf Bewährung verurteilt. Die Intention des zuständigen Gerichts, das damit eine lebhafte Diskussion über Sterbehilfe auslösen wollte, ging auf. Viele prominente Ärztinnen/Ärzte, unter anderem der Südafrikaner Christiaan Barnard, unterstützten Aktionen wie diese, zumal sie den leidenden Patientinnen/Patienten einen schmerzfreien Tod ermöglichen und etwaige Höllenqualen zu beenden imstande sind (Grewel 2002: 40f.).

Ärztinnen/Ärzte wie Gertruud Postma-van Boven könnte man in die Kategorie des konstruktiven Widerstands einordnen. Dem vorherrschenden Rechtssystem wird Paroli geboten, indem man im Sinne der Menschlichkeit handelt. Später jedoch, in den Achtzigerjahren, wurde in Deutschland die DGHS (Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben) gegründet. Ärztinnen/Ärzte, die sich hier beteiligten, wählten sich – wenn auch nur scheinbar – auf der sicheren Seite des Gesetzes,

hatten aber offensichtlich wenig für Humanität übrig. Hier wurden leidende Sterbewillige mit Zyankali zu Tode gebracht. Dadurch stirbt man zwar sehr schnell, aber auch extrem qualvoll und schmerzhaft. Hintergrund dieser Methode war, dass nach der Einnahme von Zyankali nichts mehr für einen Menschen getan werden kann und es somit keine Anzeige wegen unzureichender Hilfeleistung geben konnte (Grewel 2002: 41). Mit Heilung hat diese Art der Sterbehilfe jedoch sicherlich nichts zu tun. Im Gegenteil: Die Schmerzen werden kurz vor dem Tod sogar noch verschlimmert. Später wurde der Vorsitzende der Vereinigung, Hans-Henning Atrott, rechtskräftig verurteilt, weil er Zyankalikapseln an Sterbewillige oder vermeintlich Sterbewillige verkauft hatte (ibid.).

Doch wer sind eigentlich diejenigen, die es verdienen, durch den Tod geheilt zu werden, sofern sie dies wünschen? Wie kann man ein Leiden welcher Art auch immer definieren? In Wahrheit ist der Begriff des Leidens nicht im Geringsten so genau definiert, wie man es vermuten möchte. Doch dieser Umstand lässt die objektiven Verfechterinnen/Verfechter der Sterbehilfe nicht an ihrem Streben zweifeln. Sie bemühen sich nach Grewel um äußerste Objektivität bei der Beurteilung anderer; es werden nicht die Vorgeschichten, sondern lediglich die aktuellen Situationen der Betroffenen analysiert und für ein etwaiges Handeln herangezogen. Die am häufigsten auftretenden Merkmale für starkes Leiden sind chronische Krankheiten, hohes Alter in Verbindung mit Pflegebedürftigkeit, Schmerzen, geistige Verwirrtheit und Wachkoma. Obwohl die für die Bewertung verantwortlichen Personen versuchen, so objektiv wie möglich oder gar wie eine/ein unbeteiligter Außenstehende/Außenstehender zu handeln, so gelingt dies nicht. Grewel zufolge funkt ihnen ihre eigene Persönlichkeit ständig dazwischen und wird permanent, wenn auch nur unbewusst, mit eingebracht. Denn die Beobachterinnen/Beobachter oder Bewerterinnen/Bewerter gehen davon aus, was sie sich selbst nicht zumuten wollen. Sie definieren das Elend und das Leiden anderer anhand dessen, was sie auf keinen Fall selbst erleben oder durchmachen wollen. Erst dadurch, dass die Situation für die Sterbehelferinnen/Sterbehelfer selbst unerträglich wäre oder ist, wird das Leiden der Patientinnen/Patienten ausgemacht. In diesem Fall wird auch keine andere Möglichkeit als der Tod durch Mitleid in Erwägung gezogen (Grewel 2002: 42f.).

Anders jedoch gestalten sich die Konsequenzen der Betroffenen, wenn die Beobachterinnen/Beobachter nicht objektiv sein wollen, sondern versuchen, sich

ernsthaft in die Person hineinzusetzen. Hier werden auch Alternativen zum Tod in Betracht gezogen beziehungsweise dem Tod vorgezogen. Dazu kommt noch, dass Betroffene, die echte Zuwendung erfahren, ihr Leiden auch nicht mehr allzu qualvoll erleben. Die psychische Komponente spielt hier eine sehr große Rolle. Betroffene haben generell nicht das Ziel, zu sterben, sondern ihre Lebenssituation zu ändern oder zu verbessern (Grewel 2002: 43f.).

Wie sollen sich Ärztinnen/Ärzte nun verhalten: Sollten sie von ihren Patientinnen/Patienten mit klaren Vorstellungen zu ihrem Lebensende konfrontiert werden? Diese Frage versuche ich, im folgenden Kapitel zu behandeln.

8 Das Dilemma des freiwilligen Sterbens

8.1 Zwischen Patientenwille und ärztlicher Verantwortung

Zunächst einmal muss erwähnt werden, wie sich Ärztinnen/Ärzte zu verhalten haben, sollten sich die Patientinnen/Patienten noch selbst äußern können. Selbstverständlich kann es zu Situationen kommen, in denen es der Ärztin/dem Arzt nicht gestattet ist, weitere lebenserhaltende Maßnahmen einzuleiten, sofern die Patientin/der Patient dies dezidiert verlangt. Sollte die Patientin/der Patient bloß einem Behandlungsabbau zustimmen, so ist es der Ärztin/dem Arzt natürlich nicht untersagt, sie/ihn weiter zu behandeln. Die Ärztin/Der Arzt ist somit immer noch zuständig und darf nach eigenem Ermessen weitere Behandlungsschritte durchführen, die die Patientin/den Patienten am Leben erhalten. Sobald die Patientin/der Patient allerdings einen Behandlungsabbruch fordert, muss die Ärztin/der Arzt darauf reagieren und sämtliche lebenserhaltenden Maßnahmen einstellen. Sollte eine Ärztin/ein Arzt hier dennoch ihre/seine Behandlung fortsetzen, macht sie/er sich der eigenmächtigen Heilbehandlung oder sogar der Körperverletzung schuldig. Ärztinnen/Ärzte haben allerdings die Möglichkeit, solch eine Entscheidung der Patientin/des Patienten anzufechten, sollten sie der Meinung sein, bei ihren Patientinnen/Patienten handle es sich um suizidgefährdete Personen, die nicht aus klarem Verstand heraus entscheiden (Auer 1977: 117f.).

Dies demonstriert, wie schwierig es mitunter ist, den Arztberuf auszuüben. Angehende Ärztinnen/Ärzte haben, wenn man von Pathologinnen/Pathologen absieht, den Wunsch, Leben zu retten, zu heilen und zu helfen. Sobald sie ihren Beruf ausüben, sind sie tagtäglich mit extremen Situationen konfrontiert; ab und zu dürfen sie dann nicht einmal ihrer Berufung nachgehen, nämlich zu helfen. Eine Patientin/Einen Patienten sterben zu lassen, stellt für viele Ärztinnen/Ärzte eine hohe psychische Belastung dar.

Nun widme ich mich der Situation, in der Patientinnen/Patienten nicht mehr in der Lage sind, selbst einen Wunsch zu äußern. Der Idealzustand des Sterbens wird als eine bewusste Wahrnehmung beschrieben. Die/Der Betroffene ist bei vollem Bewusstsein und empfängt den Tod voller Würde. Allerdings ist dieser Zustand ebenso ideal wie selten. Die meisten Personen, die im Krankenhaus sterben,

sind sehr geschwächt und nehmen kurz vor dem Tod so gut wie nichts mehr wahr. Viele von ihnen fallen schon einige Zeit davor in eine Bewusstlosigkeit, aus der sie nie mehr erwachen werden (Auer 1977: 119).

Einige Leidende dieser Art wiederum können nur noch durch eine ständige Verbindung mit technischen Geräten am Leben gehalten werden. Das Abschalten solcher Gerätschaften belastet ebenfalls die Psyche der Ärztinnen/Ärzte, bei denen stets vor dieser Handlung ein leichtes Zögern zu bemerken ist. Dies ist auch nur allzu verständlich, denn das Ausschalten solcher Geräte kommt doch einem Todesstoß gleich, während das Absetzen von Medikamenten lediglich die Patientin/den Patienten ihrem/seinem ungewissen Schicksal überlässt (ibid.).

Der Hippokratische Eid beeinflusst laut Sass und Kielstein nun schon seit zweieinhalb Jahrtausenden die Erwartungen der Menschen in die Ärztinnen/Ärzte. Als Göttinnen/Götter in Weiß werden sie oft bezeichnet und alles, was sie uns sagen, müssen wir mehr oder weniger glauben; an ihren Ratschlägen gibt es für Laiinnen/Laien keinen Zweifel. In der Theorie sollten Ärztinnen/Ärzte die Patientinnen/Patienten individuell nach ihren Auffassungen von Lebensqualität, ihren Hoffnungen und Ängsten behandeln. In der Praxis jedoch erweist sich eine solche Methodik als schier unmöglich. Es fehlt schlicht und ergreifend die Zeit, die medizinischen Möglichkeiten gegen die individuellen Bedürfnisse aufzurechnen, bevor etwaige Eingriffe durchgeführt werden. Im Prinzip richten sich sämtliche Ärztinnen/Ärzte nach der *evidence based medicine*, welche selbstverständlich nicht auf eine Individualisierung der Patientin/des Patienten abgestimmt ist. Somit bleibt es Patientinnen/Patienten, die sich nicht mehr äußern können, in der Regel verwehrt, von einer bestimmten Behandlung abzusehen und freiwillig dem Tode näherzukommen, die bei jeder/jedem anderen Patientin/Patienten ebenfalls ohne Wenn und Aber durchzuführen wäre. Es setzen sich daher immer mehr Expertinnen/Experten dafür ein, in gewissen Fällen die Medizintechnik einfach Technik sein zu lassen und stattdessen von routinemäßigen Interventionen Abstand zu nehmen. Sass und Kielstein sprechen von „Überdiagnostik“ und „Übertherapie“ in der sogenannten posthippokratischen modernen Medizin. Dies steht für die sich ständig verändernden und verbesserten technischen Möglichkeiten, die teilweise unreflektiert an den Patientinnen/Patienten erprobt werden, ohne sich deren

Wünschen zu widmen (Sass, Kielstein 2001: 19f.). Ein Problem des technischen Fortschritts in der Medizin ist, dass er nicht mehr bloß darauf ausgerichtet ist, den Menschen zu helfen. Er entwickelte im Laufe der Zeit eine eigene Dynamik und viele Möglichkeiten werden schlichtweg nur ausgeschöpft, weil es sie gibt und nicht, weil es das Beste für die Patientin/den Patienten ist (Burkart 1983: 70).

Wie verfährt eine gute Ärztin/ein guter Arzt nun, wenn sie/er darüber entscheiden muss, ob sie/er eine Behandlung durchführt oder darauf verzichtet? Es ist meines Erachtens eine äußerst schwierige Aufgabe, regelmäßig über Leben und Tod zu entscheiden, weshalb es nur allzu verständlich ist, die Verantwortung der Technik zu überlassen, indem man das Möglichste aus ihr herausholt. Ich wage sogar zu behaupten, dass die Aufgaben von Ärztinnen/Ärzten beziehungsweise Sanitätern, die früher in der Nähe von Kriegsschauplätzen auf Verwundete gewartet haben, aus psychologischer Sicht teilweise angenehmer waren als die heutigen Aufgaben in Krankenhäusern. Natürlich sind Kriege etwas Schreckliches, doch es war die Aufgabe der Ärztinnen/Ärzte, sofort auszusortieren, welche/welcher der Verwundeten noch Chancen auf das Überleben hat und bei wem es sich nicht mehr auszahlt, mit der Behandlung oder der Erstversorgung zu beginnen. Abgesehen von den Schreckensbildern und Erlebnissen des Krieges scheint diese Aufgabe weniger problematisch zu sein, als jene, heutzutage in einem Krankenhaus zwischen Leben und Tod entscheiden zu müssen. Die Gründe dafür sind schnell erklärt: Auf dem Schlachtfeld waren schnelle Entscheidungen von Nöten und die verantwortlichen Medizinerinnen/Mediziner standen unter Zeitdruck. Aufgrund dessen hatten sie gar keine Zeit, sich Gedanken über die Konsequenzen ihres Handelns zu machen, sondern verließen sich lediglich auf ihre medizinischen Kenntnisse und auf ihren Instinkt. Es hätte auch niemand gewagt, sie oder ihre Entscheidungen zu kritisieren, weil eben jene Entscheidungen in Sekundenschnelle erfolgen mussten, während die heutigen Ärztinnen/Ärzte oft in einen Gewissenskonflikt geraten, weil sie in der Regel mehr Zeit haben, über Leben und Tod zu entscheiden, und auch Angehörige mitreden dürfen.

Laut Sass und Kielstein entscheidet keine moderne Ärztin/kein moderner Arzt ihre/seine Handlungen mehr spontan, wenn es um Leben und Tod geht. Im Prinzip sollte es gar nicht vorrangig um die Frage zwischen Behandlung und Nicht-

behandlung beziehungsweise ethischer Vertretbarkeit und ethischer Verfehlung gehen, sondern lediglich um den Willen und das Wohl der Patientin/des Patienten (Sass, Kielstein 2001: 20). Darum mussten sich die eben erwähnten Heeresärztinnen/Heeresärzte keine Gedanken machen. Deren ‚Patientinnen/Patienten‘ wollten nur überleben und hatten auch keine komplexen Krankheiten, sondern waren nur physisch verwundet. Hier ist auch die Rechtslage, wie immer sie auch aktuell aussehen mag, nicht sehr hilfreich. Sobald eine Patientin/ein Patient ihren/seinen Willen nicht mehr äußern kann, wird von der Ärztin/vom Arzt erwartet, dass sie/er alles unternimmt, um die Patientin/den Patienten am Leben zu erhalten. Andernfalls wird ihr/sein Verhalten als Unterlassung der Heilung ausgelegt, auch wenn es vielleicht gar nicht so ist. Sofern allerdings ein ausdrücklicher Wille vorliegt, sind sämtliche Heilungsversuche der Ärztin/des Arztes, sofern sie entgegen des Patientenwillens geschehen, wie oben erwähnt, als Körperverletzung zu werten (Sass, Kielstein 2001: 20f.). Wenn man so etwas liest oder hört, kann man sich kaum vorstellen, dass der Arztberuf auch Freude bereiten kann.

8.2 Dürfen oder sollen Ärztinnen/Ärzte Sterbehilfe leisten?

Eine interessante Meinung vertritt Eckhard Nagel, die er in einem Artikel für die *Zeit-Online* kundtut. Dieser ist ein Kommentar auf einen Beitrag von Michael de Ridder, in welchem dieser behauptet, Ärztinnen/Ärzte hätten die generelle Pflicht, Beihilfe zum Suizid zu leisten, sofern dieser von der Patientin/vom Patienten ausdrücklich erwünscht sei; andernfalls könnte es ‚Möchtegern-Medizinerinnen/Medizinern‘ Tür und Tor öffnen, daraus ein – wenn auch illegales – Geschäft zu machen und davon zu profitieren.

Dieses und viele andere Argumente lässt Nagel nicht gelten. Er lässt nicht zu, dass das assistierte Sterben, assistiert durch Palliativmedizinerinnen/Palliativmediziner, mit der Beihilfe zum Suizid gleichgestellt wird. Nie und nimmer sollte die Palliativmedizin um die Beihilfe zur Selbsttötung erweitert werden, weil somit das Bild, das die Menschen vom Leben haben, ziemlich beschädigt werden könnte (Nagel 2010).

Die Palliativmedizin beschäftigt sich mit dem Leben von hoffnungslos Kranken und versucht, ihnen die kurze, verbleibende Lebenszeit so angenehm wie möglich zu gestalten. Schmerzen werden durch Medikamente gelindert, Atemnot wird nach Möglichkeit vermieden. Patientinnen/Patienten werden professionell auf den

Tod vorbereitet und bekommen die Möglichkeit, ihn aktiv zu erleben. Ärztinnen/Ärzte versuchen hierbei, die Patientin/den Patienten sowie den Angehörigen die Angst vor dem Tod zu nehmen und beiden Parteien menschlich beizustehen. Sollte der Tod unmittelbar bevorstehen, sieht man im Allgemeinen auch von einer weiteren Behandlung ab und lässt die Patientin/den Patienten in Ruhe sterben. Für Nagel distanziert sich dies von der Beihilfe zur Selbsttötung, zumal der/dem Sterbenden kein letales Mittel zugeführt oder zugänglich gemacht wird. Somit ist die Ärztin/der Arzt nicht für den Tod einer Patientin/eines Patienten verantwortlich (Nagel 2010).

Später im Text nennt Nagel das zuletzt Beschriebene „Sterbehilfe“, was im Kontrast dazu steht, was wir bereits zuvor besprochen haben. Nagel bezieht sich hier lediglich auf eine Form der Sterbehilfe, nämlich die aktive, die er hier in schlechtem Licht dastehen lässt. Im Grunde fällt auch das, was Palliativmedizinerinnen/Palliativmediziner ab und zu tun und von Nagel gutgeheißen wird, das heißt das Unterlassen einer etwaigen Behandlung, als passive Sterbehilfe ebenfalls unter den Begriff ‚Sterbehilfe‘. Wie viele andere Autorinnen/Autoren macht Nagel ebenso einen moralischen Unterschied zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe. Keinesfalls sollte es Richtlinien geben, ab welchem Krankheitsstadium die aktive Sterbehilfe durchzuführen ist. Es sollte von Fall zu Fall entschieden werden und auch nur dann, wenn sie freiwillig gefordert wird und der Wunsch nachvollziehbar ist. Oder kann es jemanden glücklich machen, noch ein paar Jahre oder Wochen unter starken Schmerzen und ohne Hoffnung auf Besserung weiterleben zu müssen?

Schmerzen und Angst können eventuell durch Medikamente und Gespräche im Zaum gehalten werden. Allerdings empfinden es viele Menschen am Lebensende als nicht ausreichend für einen angenehmen Abschied, wenn sie ihr restliches Leben nicht mehr selbst gestalten können. In diesem Fall kann man nachvollziehen, dass Patientinnen/Patienten ihr Leben vorzeitig beenden wollen und auf Hilfe angewiesen sind. Inzwischen ist, wie schon zuvor erwähnt, das Gesetz dahingehend beschlossen worden, dass die gewerbliche Beihilfe zum Suizid verboten wurde. Im Jahr 2014 jedoch forderte der deutsche Gesundheitsminister Hermann Gröhe die Erlaubnis eben dessen (Le Kler 2014). Der Medizinethiker Urban Wiesing erstellte mit einigen Kolleginnen/Kollegen und Palliativmedizinerinnen/Palliativmedizinern einen entsprechenden Gesetzesentwurf, der einen Weg

zeigte, wie man die Beihilfe zum Suizid in einem gewissen Rahmen legalisieren könnte. Le Kler fasst die wesentlichen Punkte wie folgt zusammen: „Der Arzt muss der Überzeugung sein, dass der Patient freiwillig handelt, er muss immer einen anderen, unabhängigen Arzt zu Rate ziehen und zwischen Aufklärungsgespräch und der Beihilfe sollen mindestens zehn Tage verstreichen“ (Le Kler 2014). Des Weiteren sollten auch Angehörige einer/eines Sterbewilligen nicht strafrechtlich belangt werden, sofern sie einer/einem Volljährigen, die/der aus eigenem Antrieb handelt, Beihilfe leisten.

Ich halte es nicht für zwingend notwendig, dass sämtliche Befürworterinnen/Befürworter der aktiven Sterbehilfe – unabhängig davon, ob eine palliativmedizinische Behandlung erfolgt oder nicht – diese auch selbst in Anspruch nehmen würden, sollte sie ein solches Schicksal ereilen, das sie bei anderen Menschen prinzipiell als Anlass hierfür sehen würden. Bloß weil jemand ein Befürworter der aktiven Sterbehilfe ist, heißt er keineswegs eine Art Zwangsbeglückung gut, wobei jedermann, der ein unheilbares Leiden hat, quasi ermordet wird. Befürworter verlangen lediglich die Möglichkeit, frei wählen zu können, sobald man in eine derartige Lage gerät. Der Ruf nach aktiver Sterbehilfe wurde Burkart zufolge erst so richtig laut, als die medizinischen Möglichkeiten ein bis dahin ungeahntes Ausmaß erreichten und es möglich machten, ein Leben künstlich zu verlängern. Somit kann man die aktive Sterbehilfe als eine Methode sehen, den Tod wieder ungesteuert zu machen (Burkart 1983: 34).

Ein geeignetes Argumentationsfundament bildet hier das Menschenrecht auf Würde. Kann man ein bloß noch künstlich verlängertes Leben als einen würdevollen Zustand darstellen? Jemandem, der nie mehr zu sich kommen wird und somit keinerlei Freude am Leben verspüren wird, kann meiner Meinung nach kein würdevolles Leben mehr nachgesagt werden.

Ein Gesetz, das eventuell bestimmte Formen der Sterbehilfe untersagt, könnte also nichts verbieten, das die Menschenwürde erhält. Doch würde dies nicht nur für Ärztinnen/Ärzte, sondern auch für Angehörige und Freundinnen/Freunde gelten, falls es beispielsweise durch eine Patientenverfügung an ihnen läge, eine Entscheidung zu treffen (Burkart 1983: 68). Meines Erachtens würde sich die

Durchführung eines derartigen Gesetzes, das sich hauptsächlich oder gar ausschließlich auf die Würde des Menschen beruft, erheblich spießen. Angehörige und Freundinnen/Freunde könnten schwach werden und sich im Falle des Falles eben doch gegen den Tod und für die lebenserhaltenden Maßnahmen entscheiden. Solch ein Gesetz würde in dieser Situation trotzdem den Tod der/des Betroffenen fordern. Doch wer kann schon Grenzen definieren, die ein würdevolles Leben von einem unwürdigen unterscheiden? Ist dies überhaupt möglich oder verschwimmen diese Grenzen ständig? Ich meine, man muss von Fall zu Fall individuell entscheiden, wozu ein einheitliches Gesetz nicht fähig ist. Abgesehen davon, würde man sich stark der NS-Ideologie annähern, sollte ein Gesetz den Tod von Menschen fordern. Gewiss wäre dies mit dem Gedankengut der Nationalsozialistinnen/Nationalsozialisten nur schwer vergleichbar, zumal es sich hier ja um Personen handelt, die ohne technische Geräte ohnehin gestorben wären; allerdings meine ich, dass das Töten per Gesetz in der heutigen Welt keinen Platz hat. Außerdem wären auch Patientenverfügungen sinnlos, wenn letztlich sowieso der Staat das Sagen hätte.

Ein relativ klarer Fall von Verletzung der Menschenwürde wäre es, die Patientin/den Patienten nur am Leben zu erhalten, um sie/ihn für medizinische Experimente zu missbrauchen. Ein weiterer Fall, bei dem offensichtlich die Menschenwürde ignoriert wird, wäre, wenn sich jemand einen Vorteil davon verspricht, wenn jemand anders weiterlebt. Natürlich lässt sich solch ein egoistischer Ansatz nicht mit der Würde der Patientin/des Patienten vereinen, weil sie/er nicht länger als Mensch, sondern bloß als Objekt gesehen wird. Ansonsten ist es, wie oben erwähnt, alles andere als einfach, zu bestimmen, ob und ab wann lebensverlängernde Maßnahmen die Würde der Patientin/des Patienten bedrohen (Burkart 1983: 69f.).

Generell vertrete ich die Ansicht, dass es schon interessant wäre, zu wissen, wie Politikerinnen/Politiker oder das Volk über solche ethischen Fragestellungen entscheiden würden, wenn es den Zweiten Weltkrieg und das damit verbundene Regime nie gegeben hätte. Verspricht sich jemand einen Vorteil davon, wenn jemand anders weiterlebt, wäre das ein weiterer Fall, bei dem offensichtlich die Menschenwürde verletzt wird. Wäre man toleranter gegenüber anderen Geset-

zen, die beispielsweise die Beihilfe zum Suizid erlauben? Darf es denn sein, dass heutzutage in aufgeklärten Ländern Gesetze aufgrund historischer Ereignisse gemacht werden? Als neutrale Beobachterin/neutraler Beobachter kann man diese Fragen eigentlich nur verneinen. Im Prinzip sollte das, was auf lange Sicht das Beste für die Bevölkerung ist, auch Gesetz sein. Doch macht man sich viele Feindinnen/Feinde, sobald man versucht, den Bereich der Sterbe- und Medizinethik der modernen Welt anzupassen. Vielleicht sieht es in 50 oder in 100 Jahren anders aus, wenn Länder wie Deutschland oder Österreich nicht mehr ihrer Vergangenheit wegen ständig aufpassen müssen, was sie fordern oder wie sie etwas kommunizieren.

8.3 Sterben um jeden Preis?

Ist es angemessen, Menschen sowie deren Wunsch nach dem Tod immer stattzugeben? Oder macht es, anders gefragt, Sinn, eine Sterbewillige/einen Sterbewilligen – wobei hier einmal ihr/sein Motiv außer Acht gelassen wird – mit Zwang am Leben zu lassen? Es ist meines Erachtens äußerst schwer zu argumentieren, warum man einen Menschen quälen und ihn gegen seinen Willen weiterleben lässt, was für ihn durchaus eine große Qual sein kann. Viele Menschen wollen aus Motiven heraus den Freitod wählen, die wir nicht unbedingt nachvollziehen können. Ich persönlich würde es auch nicht wagen, zu bestimmen, was ein guter Grund zum Sterben ist und was nicht. Einige Male habe ich in dieser Arbeit bereits angeführt, dass Sterbehilfe dort abzulehnen ist, wo kein schweres Leiden vorzuliegen scheint. Haben wir als Volk oder haben Ärztinnen/Ärzte sowie Psychiaterinnen/Psychiater das Allwissen, festzulegen, was ein schweres Leiden ist und was nicht?

Auer erwähnt die Möglichkeit, den Ruf nach einem freiwilligen Tod lediglich als einen Hilferuf nach einem schöneren Leben zu verstehen. Ein passendes Beispiel dazu ist der Demonstrativselbstmord. Hier haben die Akteurinnen/Akteure in den seltensten Fällen die Absicht zu sterben. Vielmehr soll hier Aufmerksamkeit erregt und Freundinnen/Freunde oder Bekannte dazu animiert werden, sich des unglücklichen Mitmenschen stärker anzunehmen, damit es ihm wieder besser geht. Daher sollte man mit der Äußerung nach einem Todeswunsch immer sehr behutsam umgehen. Ein etwaiges Nachfragen jedoch bedarf einer recht ausge-

prägten Menschenkenntnis, weil eine direkte Konfrontation mit der Thematik bei den Betroffenen einen Schock auslösen kann (Auer 1977: 112f.).

Wie jedoch ist mit psychisch kranken Menschen zu verfahren, wenn sie den Wunsch zu sterben äußern? Oft fehlt es ihnen körperlich an nichts, sie wollen aber dennoch aus dem Leben scheiden. Auf den ersten und auch auf den zweiten Blick wirkt es sehr unverantwortlich, etwas Derartiges zu gestatten. Allerdings sollte man bedenken, dass es sich um kranke Menschen handelt. Ihre Wahrnehmung der Welt können wir nicht verstehen. Natürlich sollte man nichts unversucht lassen, um sie von dieser Idee abzubringen; wenn jedoch sämtliche Therapien auf lange Sicht keinen Erfolg zeigen, ist es dann sinnvoll, jene Menschen zum Leben zu zwingen? Sie werden vermutlich nie mehr glücklich sein.

Ein derartiger Fall sorgte laut Hetzel in den Niederlanden für Aufsehen. Das erste europäische Land, das die aktive Sterbehilfe gesetzlich geregelt hat, erlebte eine Situation, die es in dieser Form davor nicht gegeben hatte. Eine 35-jährige, psychisch kranke Frau wollte unbedingt sterben. Eine Psychose machte ihr derart zu schaffen, dass sie trotz körperlicher Gesundheit nicht mehr leben wollte. Ihr Hausarzt wollte diesem Wunsch jedoch nicht nachkommen, obwohl er ein unerträgliches Leiden bei der Frau diagnostizierte, was ein wesentliches Kriterium für aktive Sterbehilfe in den Niederlanden darstellt. Folglich holte der Arzt noch die Meinungen von drei weiteren Ärzten ein; er selbst war davon überzeugt, die Patientin heilen zu können. Zwei der anderen Ärzte hielten es allerdings für das Beste, die Frau sterben zu lassen. Im Dezember 2012 setzte ein Arzt der Patientin in einer psychiatrischen Klinik in Maastricht eine letale Injektion, was ihren Tod zur Folge hatte. Ihr Hausarzt, der sie selbstverständlich am besten kannte, wurde bei dieser Entscheidung übergangen und es wurde ihm sogar bescheinigt, unfähig zu sein und nichts von psychischen Erkrankungen zu verstehen. Daraufhin ging jener Arzt an die Öffentlichkeit und schilderte den Medien diesen, aus seiner Sicht haarsträubenden Vorfall. Er klagte gegen die zuständige Euthanasie-Kommission, die zu dem Schluss gekommen war, dass in diesem Fall richtig und sorgfältig vorgegangen worden war. Eine Untersuchungskommission macht sich nun daran, den Fall zu prüfen. Ein wichtiger Punkt des niederländischen Euthanasie-Gesetzes besagt, dass die Sterbewilligen ihren Wunsch aus eigener Über-

zeugung und eigenem Antrieb darlegen müssen. Ob das bei dieser oder irgendeiner anderen psychisch kranken Person der Fall ist, wird bezweifelt (Hetzel 2014).

Wurde in diesem Fall wirklich sorgfältig gehandelt, so wie es die niederländische Euthanasie-Kommission formulierte? Ich finde es bedenklich, wenn eine einzige Kommission über Leben und Tod von Menschen entscheidet. Man weiß nie genau, welche Art von Interessen eine Ethik-Kommission verfolgt. Über die Intentionen einzelner Mitgliederinnen/Mitglieder solcher Verbände herrscht ebenfalls Unklarheit. Um eine solche Entscheidung zu fällen, bedarf es meines Erachtens einer Befragung von mehr als nur einer Prüfstelle. Aber angenommen, unendlich viele und moralisch einwandfreie Menschen oder Kommissionen befürworten das Töten eines psychisch kranken Menschen auf dessen Bitte hin: Ist dies im höheren Sinne der Menschlichkeit vertretbar? Ich würde dies bejahen, falls es wirklich keine Heilung für die Betroffenen gibt. Der Ausspruch „Man kann niemanden zu seinem Glück zwingen“ passt auch zu dieser Thematik.

Zumindest ist sich die niederländische Ethik-Kommission gemäß Müller weitgehend dessen bewusst, dass Fälle von aktiver Sterbehilfe besonders sensibel wahrzunehmen sind, und veröffentlicht all diese Fälle. Ungefähr ein Prozent der Menschen, die sich pro Jahr in Holland dafür entscheiden, ihr Leben durch aktive Sterbehilfe zu beenden, sind psychisch krank. 70 Prozent davon sind weiblich, während lediglich 43 Prozent aller (psychisch und körperlich beeinträchtigten) Menschen, die aktive Sterbehilfe in den Niederlanden in Anspruch nehmen, männlich sind (Müller 2016).

Die meisten der psychisch kranken Frauen, die freiwillig aus dem Leben scheiden, sind alt, einsam und depressiv. Bei vier Fällen erkannten Ärztinnen/Ärzte zwar leichte, kognitive Störungen, stuften sie aber trotzdem als einwilligungsfähig ein. Der Rest dieser Gruppe litt an psychotischen oder posttraumatischen Störungen und einige hatten Angstzustände. Von 2011 bis 2014 war auch eine Frau dabei, die weder psychisch krank war, noch körperliche Probleme hatte. Nach dem Tod ihres Mannes sah sie allerdings keinen Sinn mehr in ihrem Leben und empfand ihr Dasein nur mehr als Hölle auf Erden (Müller 2016).

Alle anderen Frauen jedoch hatten nach Müller vor ihrem Ableben eine intensive psychiatrische Betreuung erfahren; 70 Prozent waren sogar länger als zehn Jahre in Behandlung. Die Mehrheit dieser psychisch kranken Menschen litt in Folge ihrer Psychose obendrein an psychotischen Krankheiten wie Parkinson, Gehörverlust oder Inkontinenz (Müller 2016).

Patientinnen/Patienten, bei denen die Ärztinnen/Ärzte ihre Meinung ändern und ihnen somit die aktive Sterbehilfe verweigern, haben gemäß Höflinger noch die Möglichkeit, sich an die niederländische *Vereinigung für ein freiwilliges Lebensende* (*Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde*) zu wenden. Unter der Führung der Lungenfachärztin Petra de Jong propagiert diese Institution den selbstbestimmten Tod und fungiert seit einigen Jahren als ambulante Sterbehilfe. Sollte also jemand von seiner Hausärztin/seinem Hausarzt keine Hilfe bekommen, um sein Leben zu beenden, kann er sich an eben jene Institution wenden. Hier erfüllen eigens geschaffene Sterbehilfekliniken die Aufgabe, die Fälle der sterbewilligen Personen zu prüfen. Im Falle einer Einwilligung kommen jeweils eine Ärztin/ein Arzt und eine Krankenschwester/ein Krankenpfleger zu den ‚Patientinnen/Patienten‘ nach Hause und verabreichen ihnen zwei Injektionen. Eine lässt das Bewusstsein schwinden, während die zweite, letale die Atmung stoppt (Höflinger 2012).

Aus ethischer Sicht sehe ich diese Art der Sterbehilfe doch etwas kritischer. Aktive Sterbehilfe zu bewerben, ist meines Erachtens nicht der Sinn der Sache, denn es sollte nicht die Aufgabe von Außenstehenden sein, jemandem das Sterben schmackhaft zu machen. Das Wissen um die Möglichkeit der Sterbehilfe oder, im Fall von Holland, das Wissen um die Möglichkeit der aktiven Sterbehilfe reicht aus, um sich damit auseinanderzusetzen. Es ist jedoch klar, dass es bei einer Legitimierung solcher Institutionen auch eine entsprechende Propaganda gibt, zumal die wirtschaftliche Rentabilität nur bei einer entsprechenden Zahl an Aufträgen gegeben ist. Daher verurteile ich nicht die Betreiber der *Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde*, sondern vielmehr die Niederlande, die so etwas erlauben. Hiermit gehe ich mit vielen Kritikerinnen/Kritikern aus ganz Europa d'accord. Beispielsweise hält Eugen Brysch, Vorstand der Patien-

tenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, ebenjene Organisation für menschenverachtend, denn das Töten sei keine Sterbebegleitung.

Wie bereits erwähnt, ist es schwer zu argumentieren, jemandem einen unbedingten Todeswunsch zu verweigern, wenn er den früheren Tod der – aus seiner Sicht würdelosen oder qualvollen – Sterbebegleitung vorzieht. Doch sollte es keinesfalls so sein, dass die Möglichkeit der aktiven Sterbehilfe derart schmackhaft sowie einfach gemacht wird, womit die Betroffenen auch in gewisser Weise manipuliert werden.

Wie wird es eigentlich mit Selbstmord gehalten? Haben wir das Recht, uns selbst das Leben zu nehmen, ohne darauf zu warten, ob unser Antrag auf Sterbehilfe akzeptiert oder abgelehnt wird? Suizid wurde und wird laut Heifetz und Mangel in vielen Kulturen auf unterschiedlichste Art betrachtet. Teilweise wird er gefürchtet, teilweise verehrt und gar angestrebt. In unserer Gesellschaft ist Selbstmord verpönt. Allzu oft wird er mit Gefühlen wie Feigheit, Schuld und Schwäche in Verbindung gebracht. Es wird als etwas Böses angesehen, das nur als Flucht für psychisch instabile Menschen gilt (Heifetz, Mangel 1976: 77).

Allerdings wurde der Suizid gemäß Heifetz und Mangel schon immer als eine Möglichkeit angesehen, um sich von schweren Krankheiten oder schmerzhaften Verwundungen zu erlösen. Dabei spielt die psychische Verfassung eines Menschen eben so wenig eine Rolle wie seine Herkunft oder seine soziale Stellung. In früheren Zeiten, als die Medizintechnik noch lange nicht so fortgeschritten war wie heute, sah man den Tod noch gelassener und als würdevollen letzten Bestandteil des Lebens. Viele Völker, darunter die Kelten und die Wikinger, zogen die Selbsttötung dem natürlichen Tod vor. Dies hatte freilich auch andere Gründe: Das Leben war damals beschwerlich und das Wohl der Gruppe war wichtiger als jenes des Einzelnen. Alte Menschen wollten es den anderen nicht zumuten, sich um sie zu sorgen und schieden deswegen freiwillig aus dem Leben. Des Weiteren wurde der Suizid auch in Kriegszeiten eingesetzt, ehe man sich dem Feind ergeben musste. Ein solches Beispiel ist der Massenselbstmord von 900 Jüdinnen/Juden bei Masada, die sich nicht dem römischen Heer ergeben wollten und heute noch als heldenhafte Widerstandskämpferinnen/Widerstandskämpfer

gelten. Ähnlich verfahren schwarze Sklavinnen/Sklaven, um ihre Halterinnen/Halter zu sabotieren. Um möglichst bald wieder mit geliebten Menschen vereint zu sein, begingen in einigen afrikanischen und südamerikanischen Kulturen die Ehefrauen, Sklavinnen/Sklaven und Dienerinnen/Diener Selbstmord, sobald ihr König das Zeitliche segnete (Heifetz, Mangel 1976: 77ff.).

In unserer westlichen Kultur hat sich das Ansehen des Suizids nach Heifetz und Mangel im Laufe der Zeit sehr oft gewandelt. Die Griechinnen/Griechen akzeptierten den Selbstmord; allerdings nur, wenn es dafür gute Gründe wie Krankheit oder Schmerzen gab. Andernfalls wurden Selbstmörderinnen/Selbstmörder nicht geschätzt, weil sie den Göttinnen/Göttern die Aufgabe abnahmen, über Leben und Tod zu entscheiden. Cicero und die Epikureerinnen/Epikureer erkannten den Suizid ebenfalls im Falle eines schweren Leidens an. Da Christinnen/Christen im Jenseits ein schönes und friedliches Leben erwarteten, hatte auch das Christentum in seinem Anfangsstadium nichts gegen diese besondere Art des Todes einzuwenden. Erst später wurde der Selbstmord vom Heiligen Augustinus und Thomas von Aquin verdammt und als Sünde deklariert. Dies führte zu einem völlig neuen Verständnis von Suizid und Menschen, denen er misslang, wurden anschließend sogar hingerichtet. „Sie wurden öffentlich gehängt, enthauptet, auf dem Scheiterhaufen verbrannt und weitab von den Gottesäckern begraben, vielfach an Wegkreuzungen; zusätzlich trieb man ihnen noch Pfähle durch den Leib und bedeckte sie mit schweren Steinen, um die Seele am Wandern zu hindern“ (Heifetz, Mangel 1976: 81).

Besonders strikt wurde dies in England praktiziert. Selbstmörderinnen/Selbstmörder machten nämlich der Königin/dem König ihre/seine Rolle strittig, denn sie/er war es, die/der über Leben und Tod ihrer/seiner Untertanen zu entscheiden hatte und niemand anderer sonst. So wurden auch sämtliche Besitztümer von Selbstmörderinnen/Selbstmördern nicht an deren nächsten Verwandten, sondern direkt an die Krone vererbt. Dieses Gesetz wurde erst 1870 aufgehoben. Als letztes europäisches Land hat Großbritannien 1961 schließlich die Kriminalisierung von Selbstmord gänzlich aufgehoben (Heifetz, Mangel 1976: 81ff.).

Heifetz und Mangel nennen zwei Gruppen von Menschen, die Selbstmord begehen. Bei der ersten Gruppe handelt es sich um Menschen, die unter schweren psychischen Krankheiten leiden, wie beispielsweise Neurosen oder Hysterien. Die zweite Gruppe, die wesentlich kleiner ist, setzt sich einerseits aus Menschen zusammen, die starke Schmerzen haben oder so schwer krank sind, dass sie in absehbarer Zeit daran sterben werden, sowie andererseits aus jenen Personen, die sich einfach einsam fühlen und keinen Sinn mehr in ihrem Leben sehen. Die Gruppe von Menschen, die sich aus Liebeskummer oder beruflichem Scheitern umbringen, ist zur ersten dazuzuzählen. Der wesentliche Unterschied der beiden genannten Gruppen ist nach Heifetz und Mangel, dass sich neurotische, psychotische oder hysterische Menschen von Angehörigen kaum belehren lassen. Ihnen mangelt es an Bezug zur Realität sowie am Gespür für ein gesundes Wertesystem. Sobald solche Menschen mit Stress konfrontiert werden oder auf eine andere Art und Weise emotionalen Belastungen ausgesetzt sind, reagieren sie vermehrt irrational und scheitern oft daran, in aller Ruhe eine vernünftige Entscheidung zu treffen (Heifetz, Mangel 1976: 83f.).

Heifetz und Mangel zufolge könnte man eine Vielzahl an Selbstmorden aus dieser Gruppe verhindern. Es müsste der Gesellschaft gelingen, solche Menschen vor sich selbst zu schützen und sie davon zu überzeugen, ihr Leben ernster zu nehmen und es als erfüllter zu betrachten. Selbstmordgefährdete Personen der zweiten Gruppe, zum Beispiel die Einsamen, kann man leichter davon überzeugen, es sich noch einmal zu überlegen. (Heifetz, Mangel 1976: 84).

Den assistierten Suizid würden Heifetz und Mangel dennoch für angebracht halten, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt wären: „Unter folgenden Kriterien soll es dem Arzt erlaubt sein, dem Patienten Medikamente zur Verfügung zu stellen, die sein Leben schmerzlos beenden:

1. Der Patient muß [sic!] an einer qualvollen, tödlichen Krankheit leiden und seine geschätzte Lebenserwartung darf nicht mehr als sechs Monate betragen.
2. Die Krankheitsdiagnose und geschätzte Lebenserwartung müssen durch Beratung mit mindestens einem anderen Arzt erhärtet werden.
3. Die Bitte, aus dem Leben zu scheiden, muß [sic!] vom Patienten ausgehen.

4. Es muß [sic!] ein psychiatrisches Gutachten vorliegen, aus dem hervorgeht, daß [sic!] der Patient geistig zurechnungsfähig ist. Ferner muß [sic!] in diesem Gutachten darüber befunden werden, ob man die Verhältnisse dahingehend ändern kann, daß [sic!] der Patient besser in der Lage ist, mit seinem Leben zu leben.
5. Die Bitte muß [sic!] vernünftig sein und dem Arzt gegenüber begründet werden“

(Heifetz, Mangel 1976: 101).

Jemandem, dessen Leben für ihn nur mehr eine einzige Qual darstellt, sollte Heifetz und Mangel zufolge die Gelegenheit gegeben werden, selbstbestimmt aus dem Leben zu scheiden, indem man ihm ein entsprechendes Medikament zur Verfügung stellt und es selbst einnehmen lässt. Nicht den Tod sollte man fürchten, sondern die Unfähigkeit, die schönen Dinge im Leben zu genießen. Dass es nur natürlich ist, sich am Leben erfreuen zu wollen, zeigt die Tatsache, dass die Natur uns den Lebenswillen entziehen kann, wenn es ausgeschlossen ist, irgendwann noch einmal Glück oder Freude irgendeiner Art zu empfinden. Somit schwindet auch die Todesfurcht und man ist vielleicht früher als erwartet bereit, dem Tod entgegenzutreten. Das vorhin erwähnte ‚Liegenlassen‘ eines Medikaments ist nach Heifetz und Mangel eine im höchsten Maße humane Tat, die eine leidende Patientin/einen leidenden Patienten von ihren/seinen ungeheuren Qualen erlöst (Heifetz, Mangel 1976: 102).

Auch über 20 Jahre später vertritt Hoerster eine ähnliche Meinung wie Heifetz, indem auch er entsprechende Kriterien auflistet, die den Freitod vertretbar machen:

- „1. Der Betroffene befindet sich in einem Zustand schweren, unheilbaren Leidens.
2. Der Betroffene wünscht die Tötungshandlung aufgrund freier und reiflicher Überlegung, die er in einem urteilsfähigen und über seine Situation aufgeklärten Zustand durchgeführt hat.
3. Die Tötungshandlung wird vom Arzt vorgenommen“ (Hoerster 1998: 37f.).

Meines Erachtens handelt es sich hierbei um aktive Sterbehilfe und nicht um Suizid, zumal die Ärztin/der Arzt das Medikament verabreicht und die Patientin/der Patient es nicht selbst einnimmt. Prinzipiell ist natürlich festzuhalten, dass Selbstmord immer kritischer zu sehen ist als der Tod durch Sterbehilfe. Es fehlt schlicht und ergreifend das Kontrollorgan in Form einer Ärztin/eines Arztes oder einer Psychologin/eines Psychologen, das der/dem Betroffenen eventuell im Falle des Falles die Idee des Freitods ausreden könnte. Wer beispielsweise an Liebeskummer leidet, fühlt sich im Moment zu Tode betrübt, kann aber ein paar Wochen später wieder glücklich sein und sein Leben normal weiterleben. Es wäre eine Tragödie, wenn sich jemand aufgrund einer kurzen Trauerphase das Leben nimmt. Aufgrund solcher Fälle ist es nicht ratsam, Suizid zu propagieren. Des Weiteren müssen Betroffene nach einem gescheiterten Selbstmordversuch manchmal mit Behinderungen oder anderen Leiden weiterleben. Das Beste wäre somit, mit irgendjemandem über das zugrundeliegende Problem zu reden. Wenn es keine Ärztin/kein Arzt oder Psychologin/Psychologe ist, reicht auch schon ein Gespräch mit einer guten Freundin/einem guten Freund oder einer/einem Verwandten, um die Sachlage aus einer anderen Perspektive zu sehen. Natürlich verhält es sich anders bei schwerkranken Menschen, die nicht mehr lange zu leben haben. So wie Heifetz meine auch ich, dass man solchen Personen die Möglichkeit geben soll, sich selbstbestimmt aus dem Leben zu verabschieden. Ob man nun das Medikament auf den Tisch legt oder es der Patientin/dem Patienten selbst verabreicht, erachte ich daher als nebensächlich. Ich empfinde es als etwas ehrenhafter, es selbst einzunehmen, und denke, ebenso handeln zu wollen, wäre ich in solch einer Lage. Auch wenn es vermutlich rechtlich relevant ist, so sehe ich es als Haarspalterei, ob man diese Vorgehensweise ‚Suizid‘ oder ‚aktive Sterbehilfe‘ nennt.

Nun gehe ich weg von der komplexen Thematik der Sterbehilfe und widme mich der Sterbebegleitung. Obwohl diese beiden Arten der Lebensbeendigung vieles gemeinsam haben, erachte ich es als äußerst wichtig, die klaren Unterschiede hervorzuheben, die für eine Laiin/einen Laien nicht unbedingt ersichtlich sind.

9 Sterbebegleitung als königliche Alternative?

9.1 Die Vertretbarkeit des Akzeptierens – Sterbebegleitung durch Palliativmedizin

Bis jetzt haben wir uns nur mit den Methoden auseinandergesetzt, die das Leben nach Möglichkeit verlängern oder es durch Sterbehilfe unnatürlich schnell verkürzen. Was ist jedoch, wenn man sich weder für das Eine noch für das Andere entscheiden möchte? Eberhard Schockenhoff ist kein Befürworter der Sterbehilfe und auch kein Anhänger davon, ein Leben künstlich zu verlängern. Laut ihm könne Sterbehilfe nicht wirklich als Hilfe verstanden werden, weil die um Hilfe bittende Person vernichtet werde und ihr somit nicht geholfen werden könne. Das, was sich schwer leidende Patientinnen/Patienten wünschen, sei menschliche Zuwendung und eine möglichst effektive Linderung der Schmerzen anstatt einer tödlichen Injektion (Schockenhoff 1992: 108). Für Schockenhoff ist Euthanasie eine unwürdige Art, aus dem Leben zu scheiden. Ich finde, dies lässt sich nicht pauschalisieren. Auch wenn einige Menschen so denken mögen, gibt es gewiss viele Patientinnen/Patienten, für die es kein sinnvolles Leben mehr darstellt, den ganzen Tag damit verbringen zu müssen, gegen diverse Schmerzen anzukämpfen. Recht gebe ich Schockenhoff, wenn er schreibt, dass Patientinnen/Patienten in Sterbehospizen, in denen man sich intensiv um die Betroffenen kümmert und sich sehr darum bemüht, ihre Schmerzen zu lindern, sich tendenziell weniger oft wünschen, vorzeitig zu sterben. Sie haben das Gefühl, dass man sich um sie kümmert, fühlen sich wohl und erwarten den Tod ohne Furcht (Schockenhoff 1992: 108f.). Selbstverständlich ist eine derartige Lösung ideal für Willige, aufzwingen kann man sie jedoch niemandem.

Schockenhoff sieht in der Sterbehilfe sowohl die menschliche als auch die medizinische Verweigerung, den Patientinnen/Patienten wirklich helfen zu wollen. Des Weiteren existiert ein großer Unterschied zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe. Während sich die aktive Variante als manipulativ darstellt, erlaubt die passive Sterbehilfe der/dem Betroffenen, ihren/seinen Tod durch die Unterstützung der Palliativmedizin selbst zu gestalten (Schockenhoff 1992: 109). Dabei stützt sich Schockenhoff auf das folgende Zitat des amerikanischen Theologen Paul Ramsey: „Beim Unterlassen verursacht kein menschlicher Akteur den Tod des

Patienten, weder direkt noch indirekt. Er stirbt seinen eigenen Tod an Ursachen, deren Bekämpfung mit möglichen medizinischen Eingriffen nicht mehr barmherzig oder sinnvoll ist. Wir stehen dem Kranken bei und begleiten ihn bei diesem seinem ureigensten Sterben, wobei wir es so schmerzfrei und würdevoll wie möglich machen“ (Ramsey 1973: 151). Die aktive Sterbehilfe hingegen nimmt dem Tod gemäß Schockenhoff die Natürlichkeit. Genauso wie die künstliche Verlängerung des Lebens hat auch die aktive Herbeiführung des Todes die Umgehung des natürlichen Todes als Ziel, obwohl beide Methoden konträr wirken (Schockenhoff 1992: 109f.).

Für Schockenhoff gehört Seelsorge und menschliche Nähe unbedingt zur Behandlung dazu, sobald eine schwere Krankheit einmal diagnostiziert worden ist. Sobald die Krankheit ein Stadium erreicht, in dem keine gewöhnlichen oder ungewöhnlichen Behandlungen mehr weiterhelfen, hat die menschliche Seelsorge in den Mittelpunkt zu rücken, um das restliche Leben erträglich zu gestalten. Die letzte Zeitspanne vor dem Tod ist für die Betroffenen in der Regel sehr schwierig zu bewältigen und daher benötigen sie von allen Seiten große Unterstützung; vor allem aus dem familiären Umfeld, aber auch seitens der Ärztinnen/Ärzte (Schockenhoff 1992: 110f.).

Wie bereits erwähnt ist an den Ausführungen Schockenhoffs zumeist nichts auszusetzen. Allerdings empfinde ich das Ablehnen der Sterbehilfe als zu einfach, ganz abgesehen davon, ob man sie einer Patientin/einem Patienten schmackhaft machen soll oder nicht. Natürlich sollte man stark leidenden Personen menschliche Wärme spenden und ihnen zeigen, dass man sich um sie kümmert. Sollten sich eben solche Menschen aber nichtsdestotrotz für einen früheren Tod entscheiden, weil sie etwa noch geistig gesund sind und ihr Dasein nicht mehr ihren Vorstellungen von einem Leben entspricht, dann sollte man sie nicht zwingen weiterzuleben.

Allerdings sollte man, wie oben beschrieben, keinesfalls – und da gebe ich Schockenhoff vollkommen recht – einer/einem zu Behandelnden gegenüber die Möglichkeit der Sterbehilfe von sich aus erwähnen oder ihr/ihm gar dazu raten. Aber auch beim ‚Kümmern‘ muss man Fingerspitzengefühl aufbringen. Im Jahr 2016

war ein Interview mit Samuel Koch, der im Jahr 2010 bei der Fernsehsendung *Wetten, dass...* so schwer verunglückte, dass er von nun vom Hals abwärts querschnittsgelähmt ist und wahrscheinlich auch bleibt, zu sehen. Er gab an, dass er, als ihm die Diagnose mitgeteilt worden war, am liebsten nicht mehr weitergelebt hätte. Somit wäre Koch der oben erwähnten Gruppe zuzuordnen, die zwar kein todbringendes, nicht einmal ein schmerzvolles Leiden haben, mit ihrem Zustand jedoch psychisch nicht fertig werden und sich somit trotzdem nach dem Tod sehnen. In den folgenden Tagen schickte man laufend Rollstuhlfahrerinnen/Rollstuhlfahrer zu ihm, die ihm erklären wollten, wie schön das Leben im Rollstuhl sein kann. Darauf reagierte Koch wütend und wollte von alledem zunächst nichts hören.

Der Tod an sich ist gemäß Klaschik und Ostgathe heutzutage allgegenwärtig, wenn auch auf zwei verschiedenen Ebenen. Einerseits wird er in den Medien, vor allem in Filmen, exzessiv, aber auch oft humorvoll zelebriert; wenn es jedoch andererseits um unser eigenes Umfeld geht, wird diese Thematik jedoch geradezu tabuisiert. Ähnlich wie Schockenhoff kritisieren auch Klaschik und Ostgathe, dass der einsame Tod im Krankenhaus fernab menschlicher Nähe ein grauenhaftes Bild darstellt, das den Selbsthilfebefürworterinnen/Sterbehilfebefürwortern in die Hände spielt (Klaschik, Ostgathe 2004: 73). Unwissen und Unsicherheit sind die wichtigsten Faktoren, die maßgebend für eine Entscheidung pro Sterbehilfe sind. Sämtliche medizinische Errungenschaften werden undifferenziert als Methoden angesehen, die lediglich das Leiden am Lebensende verlängern, während man sich nicht wirklich Gedanken über Alternativen zu einem freiwilligen, schnellen Tod macht (Klaschik, Ostgathe 2004: 73f.).

In der Palliativmedizin sehen Klaschik und Ostgathe eine Art aktiver Lebenshilfe. Sogar die Weltgesundheitsorganisation erkennt sie als eine Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen/Patienten und deren Angehörigen an, weil jeglichen Beschwerden, egal ob körperlich oder psychisch, vorgebeugt wird. Das lateinische Wort *pallium* bedeutet Mantel; somit kann der Begriff ‚Palliativmedizin‘ als umsorgende Medizin verstanden werden. Ein Großteil der Betroffenen, die in diese Kategorie der Behandlung fallen, sind Krebspatientinnen/Krebspatienten,

aber auch andere letale Krankheiten, wie AIDS oder Nierenversagen, werden im Rahmen der Palliativmedizin behandelt (Klaschik, Ostgathe 2004: 76f.).

Obgleich einige Kritikerinnen/Kritiker meinen, die Palliativmedizin sei bloß eine andere Form der Sterbehilfe, kann sie objektiv ausschließlich als etwas Positives gesehen werden. Patientinnen/Patienten und Angehörige werden bewusst auf den Tod vorbereitet und lernen, die Angst vor dem Tod zu verlieren. Es bedarf hier auch keiner bestimmten Instanz, die über Leben und Tod entscheidet, denn die Patientinnen/Patienten blicken bei einer erfolgreichen Behandlung dem Tod ohne Furcht ins Auge.

Nach Klaschik und Ostgathe „[...] gehören zur Palliativmedizin folgende Inhalte und Prinzipien:

- Kompetente Symptomkontrolle, insbesondere der Schmerzen,
- Integration der psychischen, sozialen und geistig-seelischen Probleme,
- Kompetenz in den wichtigen Fragen der Kommunikation und Ethik,
- Zeitbegrenzte Rehabilitation, Wiederherstellung bzw. Erhaltung der Selbstständigkeit und maximalen Leistungsfähigkeit, sodass der Patient bis zum Tod so aktiv und kreativ wie möglich leben kann,
- Akzeptanz des Sterbens und des Todes als Teil des Lebens,
- Betreuung von Patienten und Angehörigen,
- Unterstützung der Angehörigen sowohl während der Erkrankung als auch beim Sterben des Patienten und in der Zeit danach und
- Arbeit im multiprofessionellen und interdisziplinären Team.

Diese Ziele können im ambulanten, teilstationären oder stationären Bereich umgesetzt werden“ (Klaschik, Ostgathe 2004: 77). Somit muss auch jede Hausärztin/jeder Hausarzt im Rahmen einer ambulanten Behandlung in der Lage sein, Palliativmedizin auszuüben. Sollte sich die Krankheit oder das Leiden verschlimmern, ist eine Verlegung in ein Hospiz erforderlich. Entsprechende Studien bestätigen den Erfolg der Palliativmedizin, denn über 90 Prozent der Patientinnen/Patienten, bei denen die Krankheit bereits weit fortgeschritten ist, sprechen auf die Behandlung so gut an, dass sie fast gar keine Schmerzen oder andere Leiden wie etwa Übelkeit oder Atemnot empfinden. Auch den restlichen zehn Prozent kann die Palliativmedizin ein Leben in Würde bieten, indem die Medizi-

nerinnen/Mediziner den Patientinnen/Patienten versichern, sich intensiv um sie zu kümmern, und ihnen somit menschliche Nähe und Geborgenheit schenken. „Dem ‚totalen‘ Leiden kann mit ‚totaler‘ Zuwendung zum Menschen begegnet werden“ (Klaschik, Ostgathe 2004: 78).

Da der Aufenthalt in einem Hospiz allerdings im Idealfall gemäß Bonelli nicht bis zum Tod andauern sollte und Hospizplätze in Österreich sowieso rar sind, sollte man dafür sorgen, dass Sterbebegleitung auch bei einem fortgeschrittenen Stadium der Krankheit zu Hause möglich ist. Unter besonders widrigen Umständen ist es notwendig, ein Hospizteam rund um die Uhr im eigenen Haus zur Stelle zu haben. Selbstverständlich sind laut Bonelli in diesem Fall auch die Familienmitglieder der/des Betroffenen miteinzubeziehen und psychologisch zu betreuen (Bonelli 2000: 95).

Kettler sieht das Zuhause der Patientinnen/Patienten gar als besten Ort an, um sich in die Hände der Palliativmedizinerinnen/Palliativmediziner zu begeben und beschreibt das Hospiz quasi als letzte mögliche Zufluchtsstätte, sollte eine sinnvolle Behandlung zu Hause absolut nicht durchführbar sein (Kettler 2005: 134f.). Auch Woellert und Schmiedebach zufolge ist es das Ziel der Palliativmedizinerinnen/Palliativmediziner, im Krankenhaus die Symptome soweit zu kontrollieren, dass die Patientin/der Patient nach Möglichkeit wieder nach Hause entlassen werden kann, wo sie/er weiter behandelt wird (Woellert, Schmiedebach 2008: 81f.).

Von allen Formen, sich dem eigenen Tod zu stellen, ist die Behandlung durch Palliativmedizinerinnen/Palliativmediziner meines Erachtens die angenehmste. Sollte sich die Patientin/der Patient dazu entschließen, in Würde zu sterben, aber davor auch noch einige Zeit in Würde zu leben, so wäre dies die perfekte Möglichkeit. Leider ist es nur in sehr wenigen Teilen der Welt möglich, eine solche Art der Behandlung zu erfahren. Selbst in reichen Ländern wie Deutschland oder Österreich ist dies bei Weitem nicht für jedermann möglich. Dennoch stellt die Palliativmedizin eine adäquate Alternative zur Sterbehilfe dar. Doch niemand sollte zu seinem Glück gezwungen werden. Wenn jemand, der eine tödliche Krankheit hat, nicht mehr leben will, dann hat man das zu akzeptieren.

9.2 Wozu reden? Warum zuhören?

Wie oben erwähnt, sind Sterbende besonders bedürftig, was Kommunikation im Einklang mit menschlicher Nähe betrifft. Es ist bekanntermaßen nicht einfach, sich mit im Sterben liegenden Menschen zu unterhalten. Wozu sollten wir uns dann überhaupt die Mühe machen und es versuchen? Eine Antwort auf diese Frage versuche ich, in diesem Kapitel zu geben. Eine innige Kommunikation mit Kranken oder Leidenden ist laut Buckman keine Einbahnstraße, von der lediglich die Betroffenen profitieren. Es stellt vielmehr eine Interaktion dar, bei der zwei Menschen ihre Beziehung zueinander vertiefen und die somit für beide eine positive Erfahrung darstellt. Sollten diese Gespräche nicht stattfinden, könnte es passieren, dass beide keinen Zugang mehr zueinander finden (Buckman 1990: 22).

Nach Buckman sind sich viele Menschen nicht dessen bewusst, wie kräftig und wirkungsvoll das Sprechen als unser deutlichstes Kommunikationsmittel ist. Selbstverständlich gibt es noch eine Vielzahl anderer Arten der Kommunikation, die eine noch stärkere Wirkung haben, wie zum Beispiel das Küssen oder Berühren; allerdings ist ein Gespräch als Basis meistens unerlässlich. Um zu reden, gibt es eine Vielzahl an Gründen. Wir können jemanden warnen, jemanden erheitern oder uns über etwas informieren, indem wir eine Frage stellen. Ein weniger offensichtlicher Grund ist das einfache Verlangen, von jemandem gehört zu werden und dass diese Person ein guter Zuhörer ist. Dieses Bedürfnis ist dann am stärksten, wenn man frustriert ist und danach trachtet, sich etwas von der Seele zu reden. Meistens ist ein derartiges Gespräch eher ein Monolog denn ein Dialog, dennoch erfüllt es seinen Zweck. Aufgestaute Wut oder Trauer finden auf diesem Weg ein Ventil, das nötig ist, um Druck abzulassen. Sollte man also mit einem sterbenskranken Menschen reden, kann man ihm viel Gutes tun, indem man ihm zuhört und ihn reden lässt (Buckman 1990: 22f.).

Hierbei geht es gemäß Buckman ebenso darum, richtig zuhören zu können, was schwieriger ist, als die meisten denken. In den USA wurde ein Experiment durchgeführt, bei dem man einer gewissen Anzahl völlig unerfahrener Personen kurz die Grundlagen guten Zuhörens beibrachte. Die Leute wurden danach zu echten Patientinnen/Patienten geschickt und hatten sich mit ihnen zu ‚unterhalten‘. Dabei durften sie nur nicken und die Patientinnen/Patienten durch einfache Wort-

meldungen ermuntern weiterzureden. Es war den Laiinnen/Laien jedoch verboten, andere Dinge zu sagen oder genauer nachzufragen. Fast alle Patientinnen/Patienten waren danach überzeugt, eine positive Therapiestunde erlebt zu haben, und viele wollten nochmals von denselben Personen besucht werden. Dies beweist also, dass man nicht immer eine Antwort wissen muss, um Menschen zu helfen. Es reicht oft schon, sich zumindest die Fragen anzuhören (Buckman 1990: 23f.).

Des Weiteren sind Buckman zufolge viele Menschen der Meinung, es sei unvorteilhaft, mit kranken oder leidenden Menschen über deren Probleme zu sprechen, weil sie dadurch zusätzlich mit ihrer Situation konfrontiert werden und somit unnötig Angst geschürt wird. Dies ist jedoch nicht wahr. Das Gegenteil ist vielmehr der Fall und die Ängste, über die man nicht spricht, kristallisieren sich als die stärksten heraus. Die ohnehin schon schwierige Situation der Patientinnen/Patienten wird zudem noch verschlechtert, wenn sie merken, dass niemand mehr mit ihnen sprechen will. In diesem Fall fühlen sie sich einsam und vollkommen ihren Ängsten ausgeliefert (Buckman 1990: 24). Der Sinn des Redens ist es, zu versuchen, der Patientin/dem Patienten die große Angst, der sie/er ausgeliefert ist, zu nehmen. Ein weiteres Gefühl, das Patientinnen/Patienten entwickeln, ist Scham. Sie schämen sich, weil sie glauben, unberechtigterweise Angst zu haben, und sobald sich Freundinnen/Freunde und Verwandte von ihnen abwenden, zeigen eben jene Verwandten und Bekannten, dass sie ebenfalls die Stärke der Angst akzeptieren und der Patientin/dem Patienten nicht mehr helfen können oder wollen, dagegen anzukämpfen (Buckman 1990: 24f.).

9.3 Unschöne Orte, an denen man stirbt

Das Positivste, das man an der oben erwähnten „Niederländischen Vereinigung für ein freiwilliges Lebensende“ finden kann, ist der Ort des Todes. Man stirbt zu Hause, meistens im Kreise der Familie. Es ist unbestritten, dass Sterbende sich in den vier eigenen Wänden am wohlsten fühlen, zumal sie mit der Umgebung vertraut sind.

In gewöhnlichen Spitälern hingegen herrscht ein anderes Klima wie Heifetz und Mangel verdeutlichen. Die Räumlichkeiten wirken steril und menschliche Nähe

oder Wärme existiert nur selten. Sterbende Patientinnen/Patienten fühlen sich in Spitälern im Stich gelassen, weil sich sowohl Ärztinnen/Ärzte als auch Pflegerinnen/Pfleger nur mäßig um sie bemühen. Deren volle Aufmerksamkeit gilt meist denjenigen, die man noch heilen oder für die man noch etwas tun kann. Sterbenskranke fühlen sich oft als Dorn im Auge des Krankenhauspersonals, denn sie belegen Betten für jene, denen noch geholfen werden kann. Sehr oft sparen sich Oberärztinnen/Oberärzte die – aus ihrer Sicht – hoffnungslosen Fälle bei Visiten bis zum Schluss auf, weil es ihnen unangenehm ist, solchen Menschen gegenüberzutreten. Das zeugt keineswegs von fehlendem Mut oder Selbstsucht, sondern verdeutlicht lediglich die mangelnde psychologische Ausbildung, die gewöhnlichen Ärztinnen/Ärzten während ihres Studiums zuteil wird. Da Betten immer knapp sind, werden sterbende Patientinnen/Patienten sehr oft verlegt, was ihr Gefühl, fehl am Platz zu sein oder dem Krankenhauspersonal zur Last zu fallen, nur noch verstärkt. Sie fühlen sich abhängig von der Gleichgültigkeit der Gesellschaft (Heifetz, Mangel 1976: 145ff.).

Aus humaner und medizinischer Sicht ist ein Krankenhaus folglich kein passender Ort, um zu sterben. Aus Sicht der Betroffenen ist es viel zu sehr auf die Bedürfnisse jener fokussiert, die man noch erfolgreich behandeln kann, und das Personal nimmt sich viel zu wenig Zeit für die Anliegen der Patientinnen/Patienten, denen man eben nicht mehr das Leben retten kann. Sie fühlen sich alleine gelassen und empfinden in ihren letzten Stunden große Einsamkeit (Heifetz, Mangel 1976: 147).

Obwohl das eben zitierte Werk aus den 1970er-Jahren stammt, sieht es heutzutage mit den Belangen sterbender Menschen nicht anders aus, was ihre Ressentiments gegenüber Krankenhäusern betrifft. Die meisten wünschen sich nach Pollack, einfach nur umzufallen und tot zu sein, weil man sich nicht mit dem Sterben an sich auseinandersetzen oder gar mit anderen darüber sprechen möchte. Mehr als die Hälfte aller Österreicher sterben dennoch in Krankenhäusern. Obwohl viele Menschen auch heutzutage nur sehr ungern ein Krankenhaus aufsuchen, ziehen sie laut Pollacks Bericht aus dem *Standard* sehr wohl vor, dort zu sterben anstatt zu Hause, um ihren Angehörigen nicht zur Last zu fallen. In den letzten 30 Jahren – also in der Zeit nach dem Erscheinen des oben zitierten

Buchs von Heifetz und Mangel – starben etwas mehr als 50 Prozent aller Österreicher in Spitälern. Lediglich die Zahl der Sterbenden in Pflegeheimen hat sich seit 1988 verdreifacht. Dies ist sehr einfach zu erklären, denn die medizinischen Möglichkeiten sorgen für ein höheres Alter, ältere Menschen werden jedoch häufiger krank und müssen zunehmend in Pflegeheimen unterkommen. Krankheiten, die in früheren Zeiten als unheilbar galten, werden heute in chronische Leiden umgewandelt (Pollack 2013).

Auch das Pflegeheim wird von Heifetz und Mangel als unzulänglich angesehen, wenn es um die letzte Bleibe kranker Menschen geht. Die Betroffenen sind sich dessen bewusst, dass sie ein Pflegeheim, in dem sie untergebracht sind, vermutlich nie wieder verlassen und dort sterben werden. Die dortigen Patientinnen/Patienten weigern sich, über den Tod zu sprechen und die Stimmung könnte trüber nicht sein. Freunde und Bekannte aus dem Heim sterben und man weiß, man könnte demnächst selbst an der Reihe sein. Niemand will über den Tod sprechen und es am liebsten ausblenden, wenn tagsüber ein Sarg hinausgetragen wird. Der Tod wird nur dann verbalisiert, wenn sich jemand in Hörweite der anderen lautstark nach dem Tod sehnt. Selbst das Personal meidet das Thema, zumal es nichts am Schicksal der Patientinnen/Patienten ändern würde. Da sie viel zu wenig Zeit haben, um sich jeder/jedem einzeln zu widmen, stoßen selbst in renommierten Heimen die Pflegerinnen/Pfleger an ihre Grenzen und können unheilbar kranken Patientinnen/Patienten nur bedingt helfen. Das Einzige, was sie tun könnten, ist, der Patientin/dem Patienten ihr/sein restliches Leben so angenehm wie möglich zu gestalten. Über die Schwestern eines Heimes schrieben Heifetz und Mangel: „Aber Fürsorge für Sterbende gehörte nicht zu ihrer Ausbildung und so ziehen sie sich wie so viele von uns hinter einer Fassade berufsbedingter Fleißarbeit zurück“ (Heifetz, Mangel 1976: 149).

Auch wenn dies vor der weltweiten Verbreitung von Hospizen niedergeschrieben wurde, hat es heute immer noch Gültigkeit, weil heute nur ein sehr geringer Teil der Bedürftigen auch einen Platz in einem Hospiz bekommt. Einfache Pflegekräfte sind tatsächlich nicht genügend geschult, um sich auf psychologischer Ebene effizient um die Belange sterbender Menschen zu kümmern.

Im finalen Teil der Arbeit setze ich mich mit den direkten psychologischen Konsequenzen für die in den Sterbeprozess involvierten Personen auseinander. Vom Rest der Arbeit etwas abgetrennt, setze ich diesen Teil bewusst an den Schluss, zumal bekanntlich das Ende einer gelesenen Arbeit am stärksten in Erinnerung bleibt und die behandelten Inhalte dieses Teils im Normalfall früher oder später für jedermann einen starken Praxisbezug haben werden oder bereits haben. Von tragischen Ausnahmen abgesehen, sieht die Natur vor, dass Kinder ihre Eltern überleben und sich somit irgendwann mit dem Tod ebenjener auseinandersetzen werden.

Ich setze mich in diesem letzten Kapitel bewusst mit nur einem Autor, Robert Buckman, auseinander, denn er behandelt dieses Thema sehr präzise und ausführlich, sodass aus meiner Sicht keine Notwendigkeit besteht, noch weitere Autoren miteinzubeziehen.

10 Emotionale Konsequenzen des Sterbens

10.1 Auswirkungen auf die Patientinnen/Patienten

Die stärksten Gefühle, die bei Patientinnen/Patienten auftreten, die gerade mit der Diagnose einer unheilbaren Krankheit konfrontiert wurden, sind laut Buckman Schock und Unglaube. Dies ist wenig überraschend, weil es diese beiden Gefühle sind, die uns auch im Alltag begleiten. Sobald etwas unseren täglichen Trott stört, sind wir äußerst skeptisch und können es fast nicht glauben, selbst dann nicht, wenn es um Kleinigkeiten geht. Natürlich sind diese Gefühle viel stärker, wenn es sich um eine todbringende Krankheit handelt, die den Alltag durcheinanderbringt. Diese Phase kann bei Betroffenen durchaus Tage, Wochen oder sogar für immer anhalten. Obwohl die Patientin/der Patient in gewohnter Weise denken und sich normal verhalten kann, ist es ihr/ihm nicht möglich, diesen schockierenden Umstand in ihr/sein Leben zu integrieren. Manchmal glauben Patientinnen/Patienten, dass sie sterbenskrank sind, dann wiederum schöpfen sie neue Hoffnung. Meistens denken sie am Morgen nach dem Aufstehen, dass alles bloß ein Traum sei, was eine natürliche Reaktion auf Veränderungen ist, mit denen wir nicht wirklich zurechtkommen (Buckman 1990: 44).

Im Falle eines schlimmen Schocks ist das nach Buckman wohl wesentlichste Symptom die Unfähigkeit, Entscheidungen zu treffen. Im Gegensatz zu Stresssituationen, in denen uns das Entscheiden simpler Dinge schwerfällt, scheint dies während eines Schockzustandes nahezu unmöglich. Ein weiteres Merkmal ist die Vergesslichkeit. An Namen oder Nummern, die früher ständig parat waren, kann man sich nur mühsam erinnern. Man braucht auch mehr Zeit für gewisse Dinge, wenn man unter Schock steht. Dazu gehört unter anderem das Essen oder das Anziehen. Ebenfalls ist bei unter Schock stehenden Menschen zu erkennen, dass sie ab und an teilnahmslos wirkend ins Leere starren und dadurch apathisch und emotionslos wirken. Tatsächlich brodelt es jedoch in ihnen und die Patientinnen/Patienten können ihre Gefühle in solchen Situationen kaum kontrollieren. Des Weiteren neigen Menschen in dieser Lage ebenfalls dazu, sich nicht mehr als selbstständige Wesen zu betrachten. Sie streben häufig nicht mehr danach, ihr Leben selbst zu gestalten, sondern suchen Leute, an die sie sich klam-

mern können. Teilweise haben sie sogar den Wunsch, wie ein Kind umsorgt zu werden (Buckman 1990: 45).

Als besonders fatal gelten gemäß Buckman Situationen, in denen sich die Patientin/der Patient bewusst wird, dass sie/er sich in einem miserablen Zustand befindet, und meint, sie/er müsse sich diesem in der Sekunde entledigen, was natürlich nicht funktionieren kann. Diese frühe Zeitspanne, in der der Schockzustand hervorgerufen wird, ist sehr wichtig und unabdingbar, wenngleich sie für die Betroffenen äußerst hart ist. Man kann sie nur langsam und mit Geduld überstehen (ibid.). Ich würde mich jedoch davon distanzieren, solchen Menschen zu raten, was sie zu tun haben. Auch wenn es Expertinnen/Experten beziehungsweise Medizinerinnen/Mediziner und Therapeutinnen/Therapeuten versuchen, halte ich es für unmöglich, sich in solch eine Lage hineinzusetzen. Wir sprechen von Menschen, die nur noch kurze Zeit zu leben haben. Selbstverständlich kann man Anstöße geben und bestimmte Verhaltensweisen vorschlagen. Sollte sich allerdings jemand mit aller Gewalt aus diesem Schockzustand befreien wollen und für Außenstehende seltsame Dinge tun, würde ich davon abraten, ihn mit Gewalt umzustimmen. Ihm steht es nach meinem Dafürhalten zu, mit seinem restlichen Leben anzufangen, was immer er will.

Ein weiteres bekanntes Verhaltensmuster sterbenskranker Menschen ist laut Buckman die Leugnung der Krankheit. Der essentielle Unterschied zum Unglauben besteht darin, dass ungläubige Menschen es nicht fassen können, obwohl sie es versuchen, während Leugnerinnen/Leugner sich gar nicht erst damit befassen wollen und ihre Krankheit nicht akzeptieren. Leugnen kann willentlich oder unwillentlich geschehen. Selbst wenn eine Patientin/ein Patient nach außen hin vorgibt, mit der Situation umgehen zu können, kann es sein, dass sie/er die Krankheit für sich trotzdem weiterhin ignoriert und somit unwillentlich leugnet. Am bewussten Leugnen ändert auch der Umstand nichts, dass die Patientin/der Patient über ihr/sein Leiden sehr gut informiert ist. Es kann durchaus sein, dass diese Patientinnen/Patienten sehr gebildet und intelligent sind. „Das Entscheidende am Leugnungsprozess ist der *Konflikt* zwischen Wissen und Glauben. Während der Kopf dem Patienten die Botschaft übermittelt, daß [sic!] das, was geschieht, eine Tatsache ist, kann das Gefühl des Leugnens so machtvoll sein (auch wenn

der Kopf mit medizinischen Fakten und Informationen vollgestopft ist), daß [sic!] der Patient den Tatsachen, auf die ihn sein Kopf aufmerksam macht, einfach keinen Glauben schenken kann“ (Buckman 1990: 47).

Als eine der Patientin/dem Patienten nahestehende Person sollte man gemäß Buckman den Prozess des Leugnens bemerken. Allerdings sollte man deswegen nicht denken, die betreffende Person verlöre den Verstand oder wäre verrückt. Das Leugnen ist ein natürlicher Abwehrmechanismus, der bei Personen aller sozialen Schichten auftreten kann. Dennoch sollte man in diesem Fall als Helfende/Helfender nicht glauben, das Problem schnell und rasch durch das Vorlegen der Fakten lösen und somit die Kranke/den Kranken von ihrem/seinem Leugnen befreien zu können. Selbst wenn solch ein Vorgehen sinnvoll erscheint, kommt man nicht zu dem gewünschten Resultat. Das Vorbeten der Wirklichkeit zeigt bei Leugnerinnen/Leugnern nur selten Wirkung. Im Gegenteil: Die Patientin/Der Patient beginnt, die HelferIn/den Helfer als Teil des Problems anzusehen und empfindet sie/ihn ebenso wie ihre/seine Krankheit als Feindin/Feind, der ihr/ihm Angst einjagen oder ihr/ihm etwas antun will (Buckman 1990: 47f.).

Typische Situationen, in denen man Leugnerinnen/Leugner erkennen kann, lassen sich nach Buckman oft bei Gesprächen mit Ärztinnen/Ärzten erkennen. Leugnerinnen/Leugner, die wissen, dass sie schwer krank sind, weisen Ärztinnen/Ärzte darauf hin, ja keine schlechten Nachrichten vor ihnen zu verbreiten. Manche Männer schicken ihre Frau vor, um für sie die schlechten Nachrichten zu empfangen. Die zentrale Aussage dieses Verhaltens ist, dass die Patientin/der Patient sich sehr wohl dessen bewusst ist, dass sie/er unter einer schweren Krankheit leidet, sich dieser jedoch im Moment nicht stellen will. Das führt uns zu einer wesentlichen Frage im Umgang mit Kranken beziehungsweise Leidenden: Sollen die Betroffenen überhaupt genau wissen, wie es um ihre Gesundheit steht? Macht es Sinn, ihnen alle Details ihrer Krankheit mitzuteilen? Viele Ärztinnen/Ärzte meinen, es sei unbedingt notwendig, die Patientinnen/Patienten so ausführlich wie möglich zu informieren, um ihnen die Chance zu bieten, sich bestmöglich mit ihrer Krankheit auseinanderzusetzen und sich in weiterer Folge auf den Tod vorzubereiten. Allerdings entgegnet eine Vielzahl von Angehörigen, es wäre fatal, den Patientinnen/Patienten alle Einzelheiten zu schildern, weil dies

deren Tod lediglich beschleunigen würde. Des Weiteren würden die Betroffenen ihres letzten Bisschens an Lebenswillen beraubt werden. Einige Verwandte von Patientinnen/Patienten argumentieren, dass eine weitere schlechte Nachricht sie unmittelbar ins Grab befördern würde (Buckman 1990: 48f.).

Vom medizinischen Standpunkt aus ist es in Buckmans Ermessen nicht ratsam, Patientinnen/Patienten ihren Zustand zu verheimlichen. Aus mehreren Studien geht hervor, dass die meisten Patientinnen/Patienten sehr wohl genau wissen wollen, wie es um sie steht, um sich ihr Leben besser organisieren zu können. Zusätzlich ist es erwiesen, dass diejenigen Personen, die im Ungewissen gelassen werden, weitaus mehr Probleme erfahren als die aufgeklärten. Sie fühlen sich isoliert, haben mehr Angst und sind öfter depressiv. Durchaus kann man das Verheimlichen von medizinischen Fakten als eine Art Bevormundung betrachten. Tatsächlich gibt es Patientinnen/Patienten, die sich nicht sicher sind, ob sie informiert werden möchten oder nicht. Allerdings möchten 50 bis 80 Prozent aller Patientinnen/Patienten unbedingt sofort wissen, wie es um sie bestellt ist. Somit ist man eher auf der sicheren Seite, wenn man den Menschen von Anfang an die gesamte Wahrheit präsentiert (Buckman 1990: 49ff.).

Laut Buckman tendieren die meisten Ärztinnen/Ärzte dazu, ihren Patientinnen/Patienten nichts vorzuenthalten, weil sie es nur als gerecht und fair empfinden, ihnen alles Notwendige über ihre Krankheit mitzuteilen (Buckman 1990: 51). Nun widmen wir uns den Patientinnen/Patienten, die tatsächlich nicht über ihren Gesundheitszustand informiert werden wollen. Als nahestehende Person sollte man in der Lage sein, Folgendes einzuschätzen: Gibt es einen guten Grund, weshalb die Patientin/der Patient aufgeklärt werden muss beziehungsweise würde sie/er darunter leiden, nicht informiert zu werden? Wie bereits erwähnt, könnte es eine Fülle an Gründen geben, weshalb die Patientin/der Patient Bescheid wissen sollte, vor allem medizinische. Beispielsweise könnte eine Patientin/ein Patient sich nicht einer speziellen Behandlung unterziehen, sofern sie/er nicht die nötigen Informationen über ihr/sein Krankheitsbild hat. Besonders bei Krebspatientinnen/Krebspatienten tritt oft der Fall ein, dass eine möglicherweise rettende Therapie nicht in Angriff genommen werden kann, weil sich die Patientin-

nen/Patienten nicht über mögliche Risiken und Nebenwirkungen aufklären lassen (Buckman 1990: 51f.).

Es gibt jedoch gemäß Buckman noch andere, nicht medizinische Gründe, weshalb man die Betroffenen informieren sollte. Entscheidungen, die man im Leben trifft, würden sich verändern, sobald man von seiner Krankheit weiß. Darunter fallen zum Beispiel der Kauf beziehungsweise Verkauf von Immobilien oder das Planen von Urlauben. Vieles, wenn nicht sogar alles, planen wir in dem Glauben, noch ein langes Leben vor uns zu haben; sollten wir jedoch von einer schweren Krankheit erfahren, hat man die Chance, ökonomischer zu planen. Sollten der Patientin/dem Patienten nahestehende Personen in Erfahrung bringen, dass sie/er beispielsweise viel Geld für einen bestimmten Anlass in ferner Zukunft spart, sollte man alles daran setzen, sie/ihn wenn möglich umfassend zu informieren, denn die Betroffene/der Betroffene wird vermutlich nicht mehr so lange leben, um sich ihre/seine Träume erfüllen zu können (Buckman 1990: 53).

Was aber, wenn die Patientin/der Patient weder aus medizinischer noch aus privater oder familiärer Sicht aufgeklärt werden muss? Wäre es in so einem Fall in Ordnung, die Patientin/den Patienten im Dunkeln zu lassen? Oder muss sie/er nichtsdestotrotz auf die Fakten ihres/seines Zustandes wieder und immer wieder hingewiesen werden, bis sie/er sich schließlich beugt und ihr/sein Schicksal akzeptiert? Ausschlaggebend hierfür sollte laut Buckman einzig und allein die Verfassung der/des Betroffenen sein. Sollte sie/er sich halbwegs normal verhalten und sich gelassen unterhalten können, so ist ihre/seine Entscheidung zu akzeptieren und man möge sie/ihn nicht ständig mit Fakten in die Enge treiben. Sollte sie/er eben keinen gelassenen Eindruck machen, so liegt es an den Angehörigen, sie/ihn wiederholt mit der Realität zu konfrontieren (Buckman 1990: 53f.).

Dem ganzen Argumentationsstrang stehe ich etwas skeptisch gegenüber. Wenn man Buckmans These überdenkt, kommt man zu dem Schluss, dass es praktisch nie sein kann, dass eine Patientin/ein Patient NICHT aufgrund von medizinischen Gründen informiert werden muss. Denn wenn nichts Genaues über den Gesundheitszustand beziehungsweise die Krankheit einer Patientin/eines Patienten bekannt ist, kann man nie wissen, ob man vielleicht nicht doch eine entsprechende

Behandlung oder Therapie forcieren sollte, die der Patientin/dem Patienten helfen könnte. Somit kann es meiner Meinung nie zu der Situation kommen, in der eine Patientin/ein Patient weder aus medizinischer noch aus privater Sicht nicht über ihre/seine Krankheit informiert werden muss.

Ein anderes Gefühl, das Buckman zufolge bei stark leidenden Menschen auftritt, ist Wut. Wut ist ein Gefühl, das allgemein bei jeder Art von Krankheit irgendwann auftritt, jedoch wieder verschwindet, sobald die Patientin/der Patient beginnt, sich zu erholen. Bei chronischen Krankheiten allerdings bleibt die Wut im Prinzip ewig bestehen. Der einzige Grund, weshalb wir bei Krankheit Wut empfinden, ist der Kontrollverlust. So gut wie alle Dinge im Leben passieren aufgrund unserer persönlichen Entscheidungen. Der Gedanke daran, unser Leben durch erzwungene Entscheidungen leiten zu lassen, versetzt uns in Rage. Dieses Gefühl der Machtlosigkeit, vermengt mit Traurigkeit, ist vergleichbar mit der Situation, in der man erfährt, dass man gerade seinen Job verloren hat. Man fühlt sich matt und isoliert von einer bedeutenden Entscheidung. Selbst wenn es manche Menschen gibt, die es begrüßen, sich ab und zu durch andere leiten zu lassen, so bevorzugen es doch die meisten, sich selbst auszusuchen, was sie tun oder lassen (Buckman 1990: 57).

Krankheiten gestalten sich gemäß Buckman anders, als wir es uns vorstellen und fatalerweise haben sie die Kontrolle über unseren Körper, was uns wütend werden lässt. Wut lässt sich in drei Kategorien einteilen, die ich nun kurz darstelle, um danach genauer auf jede einzelne einzugehen. Zunächst kennt man die sogenannte Wut auf die ganze Welt. Darunter fallen auch Verwandte, Freundinnen/Freunde sowie alle anderen gesunden Menschen auf der Welt, die weiterleben werden. Die zweite bekannte Art von Wut ist die Wut auf das Schicksal beziehungsweise auf eine höhere Macht, die das alles zulässt, was mit einem geschieht. Religiöse Menschen könnten hier ihren Glauben verlieren. Zuletzt beschreibe ich noch die Wut, die sich gegen jede/jeden richtet, die/der versucht, einem zu helfen. Dieser Gruppe gehören vor allem Ärztinnen/Ärzte und Pflegerinnen/Pfleger an, weil sie quasi als Übermittler der schlechten Nachricht zum Buhmann degradiert werden.

Die erste Kategorie, mit der sich die Frage „Warum gerade ich?“ assoziieren lässt, das heißt die Wut auf jeden gesunden Menschen, ist ein sehr bekanntes Phänomen. Eben erwähnte Frage wird seit jeher in vielen Filmen fast schon überstrapaziert und somit in ein Klischee verwandelt. Nichtsdestotrotz ist hier von einem ernsten und starken Gefühl die Rede, das durchaus seine Berechtigung hat. „Warum gerade ich?“ mag vielleicht wie eine Frage klingen, es ist jedoch vielmehr ein Ausruf, der entweder von Frustration oder Verzweiflung begleitet wird. Es kann vorkommen, dass wir als eine der Patientin/dem Patienten nahestehende Person plötzlich zur Angriffsfläche ihrer/seiner aufgestauten Wut werden. Selbstverständlich würde uns so etwas ziemlich ungerecht vorkommen, zumal wir ja nur unser Bestes geben, um der/dem Betroffenen zu helfen. Dies kommt allerdings sehr oft vor und ist etwas ganz Natürliches. Es bedeutet keineswegs, dass prinzipiell etwas in der Beziehung zwischen der Patientin/dem Patienten und uns Helferinnen/Helfern nicht stimmt. Man sollte ebenjene Frage auch nicht als Frage *per se* behandeln, sondern reagieren wie bei einem Schmerzensschrei. Auch die oben erwähnte zweite Kategorie von Wut, die sich gegen das Schicksal beziehungsweise Gott richtet, ist sehr weit verbreitet. Anders als bei der ersten Kategorie spielt hier die Weltanschauung der Patientin/des Patienten eine wesentliche Rolle, weswegen man als Außenstehende/Außenstehender mit dieser Art von Wut nur schwer zurechtkommt. Die dritte Wutkategorie lässt sich durch den Zorn gegenüber den Helferinnen/Helfern beschreiben. Diese Art Wut tritt ebenfalls stark gehäuft auf. Obwohl sie auch Freundinnen/Freunde und Verwandte treffen kann, sind es zumeist Ärztinnen/Ärzte und das Pflegepersonal im Spital, die zur Zielscheibe der Wut werden. Wenn sich die Beziehung zwischen der Patientin/dem Patienten und der Ärztin/dem Arzt verschlechtert, kann dies auf Umwegen doch wieder die Verwandten beziehungsweise die der Patientin/dem Patienten nahestehenden Personen betreffen. Auch für sie wird es fortan schwieriger werden, der/dem Kranken zu helfen. Es kann in diesem Fall vorkommen, dass man als Helfende/Helfender plötzlich zwischen der Ärztin/dem Arzt und der Patientin/dem Patienten steht und von letzterem darum gebeten wird, Partei zu ergreifen. Da diese Art Wut am schwierigsten zu behandeln ist, macht es Sinn, sich stärker hierauf mehr als auf die anderen beiden Arten zu konzentrieren. Die Patientin/Der Patient schreibt den Medizinerinnen/Medizinern die Schuld dafür zu, eine tödliche Krankheit zu haben.

Viele Menschen halten den Besuch bei einer Ärztin/einem Arzt für etwas Ähnliches wie den Besuch bei einer Automechanikerin/einem Automechaniker. Diese/Dieser kann einen Schaden diagnostizieren und weiß genau, wie sie/er ihn anschließend zu beheben hat. Wenn eine Ärztin/ein Arzt diesen Ablauf bei einer unheilbaren Krankheit nicht eins zu eins umsetzen kann, werden manche Patientinnen/Patienten wütend (Buckman 1990: 58f.).

Ein weiteres allgegenwärtiges Gefühl, das laut Buckman ausnahmslos jede/jeden von einer schweren Krankheit Betroffene/Betroffenen heimsucht, ist die Angst. Angst vor dem Sterben ist in unserer Kultur fest verankert und einer der Hauptgründe, weshalb Menschen Sterbehilfe in Anspruch nehmen. Viele Menschen sagen, sie wollen friedlich im Schlaf sterben oder einen Herzinfarkt oder Herzschlag während einer ihrer Lieblingstätigkeiten erleiden und somit unkompliziert abtreten. Vor langsamem, qualvollem Sterben haben jedoch die meisten Menschen Angst. Es gibt nach Buckman eine Vielzahl an Gesichtspunkten bezüglich der Angst vor dem Tod, die oftmals nicht beachtet werden. Abgesehen davon, dass Angst manchmal natürlich auftritt, werden wir auch zur Angst erzogen und auch dazu, uns unserer Angst zu schämen. Somit ist es nicht verwunderlich, wenn viele Menschen glauben, sie sollten keine Angst haben. Allerdings hat jeder Mensch Angst vor etwas, wenngleich es Leute gibt, die ihre Angst unnötigerweise leugnen. Wir alle haben Angst, weil Angst nur durch unsere Fantasie und unser logisches Denken entsteht. Wir können uns daher Konsequenzen bestimmter Handlungen oder Taten ausmalen, was bei uns Angst erzeugt. Buckman nennt dies einen der Nachteile unseres aktiven und funktionierenden Verstandes (Buckman 1990: 60f.).

Dem möchte ich jedoch widersprechen. Ich denke nicht, dass Angst ein Nachteil unserer Gesellschaft ist und bin des Weiteren der Meinung, dass nur einfältige Menschen nie Angst verspüren. Es kann nur ein Vorteil sein, wenn uns die Angst vor Gefahren schützt. Angst vor physischen Verletzungen verleitet uns zum Beispiel in gewissen Situationen dazu, uns in einer gefährlichen Umgebung vorsichtiger zu verhalten.

Die Angst vor dem Sterben lässt sich gemäß Buckman als recht facettenreich definieren. Für einige Menschen spielen soziale Gesichtspunkte eine große Rolle. Sie wollen nicht von anderen abhängig sein oder irgendwem durch eine mögliche Invalidität zur Last fallen. Zusätzlich haben diese Menschen Angst davor, sich weder im Familien- noch im Berufsleben weiter engagieren zu können. Als eine weitere Art der Angst zu sterben nennt Buckman die Angst vor körperlichen Schmerzen. Man hat Angst vor dem Ausmaß des Schmerzes und will nicht als Feigling dastehen. Darüber hinaus fürchten Betroffene, Verwandte und andere Vertraute könnten neue, negative Persönlichkeitsmerkmale an ihnen entdecken. Buckman führt ebenfalls die Angst vor dem Ende des Daseins an. Fragen nach einem Leben oder sogar einer Bestrafung nach dem Tod sind keine Seltenheit. Sehr viele Menschen fürchten auch, vor ihrer Zeit zu gehen. In diesem Fall glauben die Kranken, ihr Lebenspotential noch nicht ausgeschöpft beziehungsweise noch nicht alle Aufgaben ihres Lebens erfüllt zu haben. Auch diverse Familienstreitigkeiten könnten dann nicht mehr beigelegt werden, was der/dem Betroffenen äußerst unangenehm erscheint. Darüber hinaus fürchten sie auch um das Schicksal ihrer Kinder oder Ehepartnerinnen/Ehepartner (Buckman 1990: 61ff.).

Ähnlich dem Gefühl von Angst und Wut ist laut Buckman die Verzweiflung. Sie ist genauso häufig zu beobachten wie die bisher beschriebenen Gefühle. Im Prinzip ist die Verzweiflung das Gegenteil von Hoffnung und kann eigentlich nur durch Hoffnung gelindert werden. Kennzeichnend für das Auftreten von Verzweiflung sind Schübe. So wie ein Schock ist sie ein Gefühl, das die Betroffene/den Betroffenen manchmal nahezu erdrückt und dann wiederum komplett verschwunden scheint. Eine wissenschaftliche Erklärung dafür gibt es nicht. Buckman jedoch nimmt an, dass „[...] der menschliche Geist ein anpassungsfähiges System ist, das nicht gut funktioniert, wenn wir extreme Gefühle empfinden. Daher glaube ich, daß [sic!] unser Geist darauf programmiert ist, das Gleichgewicht wiederherzustellen, um nach einem großen emotionalen Schock so schnell wie möglich zum Normalzustand zurückzufinden. Oft funktioniert dieser Anpassungsmechanismus. Dies erklärt, warum Menschen nach einem schweren Schock, wie zum Beispiel nach einer Überschwemmung oder einem Erdbeben, in der Lage sind, normale Handlungen zu vollziehen wie etwa Essen zu kochen. Es ist dies ein unserem Geist innewohnender Überlebensmechanismus“ (Buckman 1990: 63).

Somit kann man nach Buckman erkennen, dass Patientinnen/Patienten oft von Wellen der Verzweiflung übermannt werden, die sich jedoch in kurzer Zeit in übertriebene Hoffnung verwandeln kann. Dies ist eine typische Abfolge, die man bei Personen beobachten kann, sobald sie mit schlechten Nachrichten konfrontiert werden. Nach und nach verschieben sich die Grenzen der beiden Extreme nach innen, sodass irgendwann keine allzu großen Gefühlsschwankungen mehr stattfinden. Als nahestehende Personen sollten wir uns jedoch unserer Kommentare bewusst sein. Falsche Hoffnungen sind langfristig natürlich kein geeignetes Mittel, um Verzweiflung zu bekämpfen, dennoch greifen sehr viele Verwandte, sogar Ärztinnen/Ärzte und Krankenpfleger/Krankenschwestern darauf zurück. In Wahrheit versuchen sie jedoch nur, ihre eigene Situation zu verbessern, denn sie empfinden es als unerträglich, in Kontakt mit einem zutiefst verzweifelten Menschen zu sein. Das Elend der Betroffenen wird durch diese Methode auf lange Sicht sogar verstärkt. (Buckman 1990: 64).

Ich kann mir jedoch vorstellen, diese Methode kurz vor dem Tod einer Patientin/eines Patienten anzuwenden, um sie/ihn etwas zu beruhigen. Dies zählt für mich auch zu dem erweiterten Begriff der Sterbehilfe, weil ich somit versuche, jemandem das Sterben zu erleichtern, indem ich ihn kurz davor auf andere Gedanken bringe. In dem amerikanischen Film *Platoon*, der durch teilweise blutrünstige Szenen das Geschehen während des Vietnam-Kriegs darstellt, wird diese Methode gezeigt. Ein amerikanischer Soldat wird schwer verwundet und sein endgültiger Tod scheint bloß noch einige Sekunden entfernt. Er beginnt in seiner Verzweiflung zu weinen und ein Kamerad erzählt ihm deswegen sehr überzeugend, dass er überleben könne. Er käme in ein Lazarett, wo sich hübsche Krankenschwestern um ihn kümmern und gewillt wären, auch mehr als notwendig für sein leibliches Wohl zu tun. Der Verwundete lächelt ob dieser Vorstellung nochmals bevor er stirbt. Da in so einem Fall keine langfristigen Auswirkungen mehr möglich sind, halte ich solche Notlügen für angebracht, um Sterbenden zumindest im Augenblick ihres Todes etwas glücklicher zu machen. Zum Beispiel könnte man ihnen auch in diesen Momenten von einer Art Paradies erzählen, in das sie jetzt aufgenommen werden, sollte dies beruhigend auf die Patientinnen/Patienten wirken.

Buckman macht einen Unterschied zwischen Verzweiflung und Depression. Als Depression wird lediglich eine gedrückte, gedämpfte, eben eine depressive Stimmung beschrieben. Depressionen können daher auch ohne Verzweiflung auftreten, während Verzweiflung meistens eine Depression nach sich zieht. In Wahrheit spielen die unterschiedlichen Definitionen von Verzweiflung und Depression aber keine Rolle, tritt doch beides schubweise einmal stärker und einmal schwächer auf. Klassische Symptome der Depression sind zum Beispiel Appetitverlust, Schlaflosigkeit, häufiges Weinen oder die Unfähigkeit zur sozialen Interaktion. Es wäre von Vorteil, wenn wir als Helferinnen/Helfer die Symptome einer Depression richtig deuten und somit die für die Patientinnen/Patienten zuständigen Ärztinnen/Ärzte darüber informieren könnten. Allerdings könnten einige dieser Symptome auch von der Krankheit selbst oder von durch sie verursachten Schmerzen herrühren. Im Endeffekt kann nur eine Ärztin/ein Arzt darüber entscheiden und im Falle einer schweren Depression Medikamente verschreiben, um die Krankheit zu lindern. Allerdings fällt es Ärztinnen/Ärzten mitunter alles andere als leicht, eine Depression zu erkennen, weil sich die Patientinnen/Patienten gegenüber ihren Ärztinnen/Ärzten sehr oft bemühen, einen starken Eindruck zu machen, während sie ihren Verwandten und Bekannten das Herz ausschütten, weshalb Ärztinnen/Ärzte daher oft Psychiaterinnen/Psychiater zu Rate ziehen (Buckman 1990: 65f.).

Durchaus keine Seltenheit ist Buckman zufolge ebenso das sogenannte Feilschen. Es kann sich – wie so viele andere Verhaltensweisen auch – in den unterschiedlichsten Formen zeigen. Zum Beispiel lässt sich eine Patientin/ein Patient nur dann auf eine Behandlung ein, wenn ihr/ihm die Ärztin/der Arzt deren/dessen Erfolg garantiert. Eine andere Form des Feilschens ist es, einen Pakt zu schließen. In diesem Fall bilden sich die Patientinnen/Patienten ein, sie können ihre Krankheit milde stimmen, indem sie sich beispielsweise vornehmen, von nun an jeden Sonntag in die Kirche zu gehen. In diesem Fall würde ein Pakt mit der Krankheit geschlossen werden, es kann aber auch zu einem Pakt mit Gott kommen, wenn man gewisse Opfer bringt, damit Gott für einen die Krankheit besiegt. Hoffnung weicht hier stets der Verzweiflung und umgekehrt; ähnlich dem Leug-

nen wird das Feilschen als ein natürlicher Mechanismus gesehen, um mit dem herannahenden Tode besser zurechtzukommen (Buckman 1990: 67f.).

10.2 Auswirkungen auf die Angehörigen

Nun komme ich zu einem nicht minder wichtigen Themenkomplex, nämlich den emotionalen Auswirkungen auf die beziehungsweise den Gefühlen der Helferinnen/Helfer; derjenigen, die sich teils aufopfernd um Sterbende kümmern und bisweilen unterschätzen, wie sehr sie von der ganzen Situation selbst emotional und physisch mitgenommen werden. Es kostet einiges an Energie, ständig in Kontakt mit Leuten zu sein, die dem Tode geweiht sind, weshalb ich mich in diesem Teil der Arbeit detailliert damit beschäftige, was im Inneren der Helferinnen/Helfer vorgeht.

Sehr oft anzutreffen sind laut Buckman Schuldgefühle, die bei Verwandten oder Bekannten Disharmonie auslösen. Diese Art von Gefühl ist in unserer Gesellschaft fest verankert. Wir glauben, jeder Schicksalsschlag wäre die unmittelbare Konsequenz eines Fehlverhaltens unsererseits. Obgleich es auf der ganzen Welt sehr viele unterschiedliche Kulturen gibt, ist die Wichtigkeit der Verantwortung gegenüber anderen in fast jeder Kultur gegeben. Jedes Unglück muss eine Ursache haben. Wenn wir zum Beispiel einer schlimmen Naturkatastrophe ausgesetzt sind, suchen wir aufgrund der Erziehung unserer Gesellschaft einen Sündenbock. Sollte jemand todkrank werden, neigt er dazu, nach Schuldigen zu suchen. Genauso neigen Freundinnen/Freunde und Verwandte der/des Betroffenen dazu, sich die Schuld dafür zu geben (Buckman 1990: 68ff.).

Nach Buckman lassen sich die Gefühle, welche von den Helferinnen/Helfern wahrgenommen werden, in „[...] drei Kategorien einteilen:

1. *Gefühle im Gleichklang mit denen des Patienten.* Damit meine ich, daß [sic!] Sie vielleicht Gefühle haben, die das, was Ihr Freund, Ihre Freundin, Ihr Angehöriger mitmacht, spiegeln oder ein Echo darauf sind. Er ist wütend, und Sie spüren seine Wut, oder er ist verzweifelt, und Ihre Gefühle spiegeln *seine* Verzweiflung.

2. *Ihre gefühlsmäßige Reaktion auf die Krankheit des Patienten.* Diese Gefühle haben vielleicht nichts mit dem zu tun, was der Patient durchmacht. Mag sein, der Kranke befindet sich gerade in einer Phase, in der er die Unausweichlichkeit des Todes zu akzeptieren beginnt, und Sie empfinden Wut; Sie sind verzweifelt, während der Kranke (Ihrer Meinung nach zu Unrecht) optimistisch ist und so weiter.
3. *Ihre Reaktion auf das, was der Patient äußert.* In diesem Zusammenhang weise ich auf Ihre Rolle als »Zielscheibe« für die Gefühle des Patienten hin. Dies gilt besonders für die Wut, die sich sehr leicht gegen Sie wenden kann, doch werden viele Gefühle des Patienten andere gefühlsmäßige Reaktionen bei Ihnen hervorrufen, die wir ebenfalls erörtern müssen.“ (Buckman 1990: 72f.).

Allerdings werde ich vor diesen drei Kategorien noch etwas näher auf die Frage eingehen, warum man als quasi Außenstehende/Außenstehender überhaupt Gefühle entwickelt. Den Hauptgrund dafür sieht Buckman in der Angst vor dem drohenden Verlust einer Person, der man nahesteht. Es ist dabei völlig irrelevant, ob es sich um den Vater, die Tante oder eine Arbeitskollegin/einen Arbeitskollegen handelt. Einzig und allein die Nähe zur betreffenden Person spielt eine Rolle. Je näher wir jemandem stehen, desto schmerzhafter ist dessen Verlust. Gefühle der Person gegenüber und gegenseitige fürsorgliche Handlungen werden mit einem Schlag beendet sein und das beschäftigt uns.

Zur eben genannten, ersten Kategorie schreibt Buckman, dass bei nahestehenden Personen manche Gefühle bloß entstehen, weil sie auch von der sterbenden Person empfunden werden. Man sollte in der Lage sein, herauszufinden, welche Gefühle auf diese Art und Weise entstehen und welche aus dem eigenen Gemütszustand heraus entstanden sind. Sollte man Gefühle entdecken, die nichts mit dem sterbenden Menschen zu tun haben, sollte man sie ihm besser nicht zuschreiben beziehungsweise ihn besser damit verschonen, um seine Lage nicht noch schlimmer zu machen, als sie ohnehin schon ist. Gefühlen aber, die im Gleichklang mit der Patientin/dem Patienten sind, kann man sich ruhig hingeben, zumal dieser Vorgang etwas völlig Natürliches ist.

Die zweite Kategorie, die vorher beschrieben wurde, gestaltet sich gemäß Buckman als wesentlich komplexer als die erste. Es ist menschlich, auf den bevorstehenden Tod einer/eines Nahestehenden zu reagieren. Im Gegenteil: Wir können gar nicht anders, als auf alles zu reagieren, was in unserem Umfeld geschieht, selbst wenn es sich um etwas viel Unwichtigeres handelt als um den Tod einer Freundin/eines Freundes. Das Hauptgefühl, das in solchen Momenten auftritt, ist Trauer. Sollte man keine Trauer empfinden, wenn ein Mensch, dem man nahesteht, stirbt, dann sollte man sein Gefühlsleben hinterfragen. Denn nur wer trauert, kann auch lieben und daher ist es äußerst wichtig, sich nicht gegen diese Gefühle zu wehren, weil sie ein Eckpfeiler unserer Persönlichkeit sind (Buckman 1990: 74).

Zu der dritten Kategorie meint Buckman, dass es ein sehr schweres Unterfangen ist, „[...] einen Patienten zu betreuen und gleichzeitig Zielscheibe seiner Gefühle oder dessen Sündenbock zu sein“ (Buckman 1990: 85). Von den vielen unterschiedlichen und oft widersprüchlichen Gefühlen, die die Patientin/der Patient erlebt, können mitunter einige direkt gegen die Person gerichtet sein, die sich um sie/ihn kümmert. Dies passiert nur jenen Menschen, die der Patientin/dem Patienten vertraut sind und mit ihr/ihm während der Zeit seiner Krankheit viel zu tun haben. Seltener trifft es diejenigen, die nur ab und zu vorbeikommen, um sich beispielsweise zu erkundigen, wie es der Patientin/dem Patienten geht. Es gibt verschiedene Arten, wie man zum Hassobjekt der Patientin/des Patienten werden kann, die Buckman wie folgt aufzählt: „Sie können zur Zielscheibe der Wut der Patientin/des Patienten werden, weil Sie gesund sind und sie/ihn überleben werden. Er kann Sie zur Zielscheibe seines Leugnens machen, wenn er Sie dazu bringen kann, daß [sic!] Sie gemeinsam mit ihm so tun, als gäbe es diese Krankheit nicht. Sie können zur Zielscheibe von Schuldgefühlen werden, da Menschen, die sich schuldig fühlen, dieses Gefühl abschwächen können, indem sie Schuldgefühle bei anderen Menschen auslösen. Und Sie können zur Zielscheibe von Verzweiflung werden: Der Patient kann seine Verzweiflung als Waffe benutzen, die er gegen Sie richtet. So kann es sein, daß [sic!] er sie auffordert (oder beinahe dazu zwingt), dabeizusein [sic!], wenn er seine Wut an anderen Menschen, zum Beispiel an Ärzten oder am Pflegepersonal, ausläßt [sic!], und Sie werden vielleicht plötzlich in die Rolle eines Schiedsrichters oder dazu gedrängt, für den

Patienten Partei zu ergreifen“ (Buckman 1990: 86). Natürlich stellt all dies eine große psychische Belastung für die Helferinnen/Helfer dar. Um die Patientin/den Patienten sinnvoll unterstützen zu können, ist ein geeignetes Mittelmaß zwischen Nähe und Distanz vonnöten. Einerseits muss man sich der Patientin/dem Patienten sehr intensiv widmen, um sich in sie/ihn hineinzuversetzen und zu verstehen, was sie/er gerade durchmacht; andererseits sollte man genügend Abstand halten, um nicht ständigen Konfrontationen ausgesetzt zu sein. Doch stellt sich das Aufrechterhalten so eines Gleichgewichts als äußerst schwierig dar, selbst wenn man theoretisch weiß, was man zu tun hat. Eine sehr große Hilfe dabei ist, sich regelmäßig zu fragen, wie sich die Patientin/der Patient im Moment wohl fühlt. Gerade wenn die Patientin/der Patient außer sich ist, ihre/seine helfende Hand wüst beschimpft und sich gar nicht mehr zu beruhigen scheint, ist es nicht ratsam, sich dieses Verhalten zu Herzen zu nehmen. Man sollte vielmehr versuchen, zu verstehen, warum sich die Patientin/der Patient in diesem Moment so verhält. Solch eine bedachte Reaktion gilt als äußerst hilfreich, um die Lage zu beruhigen und wieder auf die Patientin/den Patienten eingehen zu können (Buckman 1990: 86f.).

Laut Buckman ist das eben Erwähnte allerdings nicht Punkt für Punkt in die Tat umsetzbar. Es handelt sich bei den Helferinnen/Helfern schließlich auch nur um Menschen, die sich nicht immer im Griff haben, selbst wenn sie in der Theorie wissen, was zu tun ist. In der Hitze des Gefechts kann es mitunter vorkommen, dass man die Umstände vergisst und danach trachtet, der Patientin/dem Patienten ihr/sein vermeintlich gemeines Verhalten heimzuzahlen. Allerdings hilft das Wissen um solche Situationen doch erheblich, um ihrer auf Dauer Herr zu werden (Buckman 1990: 87).

Eine weitere Reaktion auf den bevorstehenden Tod einer Freundin/eines Freundes ist nach Buckman auch das Gefühl der Erleichterung, nicht selbst Opfer der Krankheit geworden zu sein. Viele Angehörige oder Nahestehende der/des Sterbenden weigern sich allerdings, zu diesem Gefühl zu stehen, weil sie der Ansicht sind, es wäre unangebracht und unmenschlich. Doch auch dieses ist ein Gefühl, das natürlicher nicht sein könnte. Man ist erleichtert und froh, noch am Leben zu sein. Vorsichtig sollte man dennoch sein, darüber in Anwesenheit der Patien-

tin/des Patienten zu sprechen, denn sie/er könnte durchaus traurig oder gar wütend werden, wenn sie/er daran erinnert wird, dass nur sie/ihn ein schreckliches Schicksal ereilt, während die anderen davon verschont bleiben (Buckman 74).

Viele andere Gefühle, wie beispielsweise einen Schock oder das Leugnen, haben Freundinnen/Freunde oft mit der Patientin/dem Patienten gemeinsam. Es kann sogar vorkommen, dass man als Freundin/Freund die Krankheit noch leugnet, während die Patientin/der Patient sie schon längst akzeptiert hat. Des Weiteren könnten uns als Freundinnen/Freunde auch Anflüge von Verzweiflung und Depression ereilen. Im Prinzip können uns die gleichen Gefühle zuteilwerden wie der Patientin/dem Patienten. (Buckman 1990:74ff.).

Bei Wut etwa kann es Buckman zufolge passieren, dass Nahestehende – genauso wie die Patientin/der Patient – eine große Wut auf die ganze Welt beziehungsweise auf scheinbar unfähige Ärztinnen/Ärzte bekommen. Ein Gefühl, das jedoch exklusiv den Freundinnen/Freunden vorbehalten ist, ist die Wut auf die sterbende Freundin/den sterbenden Freund. So bizarr dies auch anmuten mag, ist es sehr weit verbreitet und kommt häufiger vor, als man denkt. Hauptsächlich kommt es zu so einer Situation, wenn die Freundin/der Freund abhängig von der/vom Sterbenden ist. Ein typisches Beispiel wäre eine Ehe, in der der Mann berufstätig ist und die Frau nicht. Sie kümmert sich um den Haushalt und die Kinder, während er das Geld nach Hause bringt. Sollte nun er einer tödlichen Krankheit erliegen, könnte die Frau unter Umständen, obwohl sie es gar nicht beabsichtigt, Wut auf ihren Mann entwickeln. Das Familienleben droht zu zerfallen und der sterbende Ehemann lässt seine geliebte Frau scheinbar im Stich. So irrational solche Gefühle auch scheinen mögen, so normal und überlebenswichtig sind sie für die Menschheit. Um solch einer Lage Herr zu werden, empfiehlt es sich, sämtliche Gefühle, die man empfindet, zu reflektieren. Es ist ebenfalls durchaus angebracht, mit Dritten oder sogar mit der Patientin/dem Patienten selbst darüber zu sprechen. Erst wenn man ein derart starkes Gefühl wie das eben besprochene wieder in den Griff bekommen hat, kann man erneut versuchen, seine Aufmerksamkeit voll und ganz der Patientin/dem Patienten und ihrem/seinem Leiden zu widmen (Buckman 1990: 76ff.).

Sollten wir uns also erst einmal im Klaren darüber sein, dass es die Krankheit beziehungsweise das Leiden, das die Krankheit bei der Patientin/dem Patienten auslöst, ist, das diese Art von Wut auslöst, so werden wir sie laut Buckman nicht weiter gegen die Patientin/den Patienten richten. Es passiert jedoch ebenso, dass wir bereits vor dieser Phase der Erkenntnis im Zorn Sachen sagen oder Dinge tun, die uns hinterher leidtun. Hier ist es wieder am besten, die Patientin/den Patienten zu besuchen und sie/ihn über die gezeigten Emotionen aufzuklären (Buckman 1990: 78).

Buckman bezieht sich auf ein weiteres Motiv, weswegen manche Menschen der/dem Sterbenden die Schuld für ihr/sein Elend zuschreiben. Sie machen die Lebensweise der Patientin/des Patienten im Vergleich zu ihrer eigenen schlecht und hoffen dadurch, einer ähnlichen Krankheit zu entgehen. Personen, die so denken, gehen davon aus, dass ein schwerwiegendes Leiden immer lediglich die Konsequenz eines Fehlers ist, der oft mit einer angeblich fragwürdigen Art zu leben assoziiert wird. Man denkt, man selbst würde eine solche Krankheit nicht bekommen, weil man besser oder gesünder als die Patientin/der Patient lebt (Buckman 1990: 79).

Nach Buckmans Ermessen haben schlimme Krankheiten manchmal oder sogar sehr oft mit dem Lebenswandel der betroffenen Person zu tun. Lungenkrebs zum Beispiel kann sehr wohl durch starkes Rauchen verursacht werden, genauso wie eine Leberzirrhose eine Konsequenz übermäßigen Alkoholkonsums sein kann. Selbst AIDS-Kranken kann man zumindest in der aufgeklärten westlichen Welt teilweise einen Vorwurf machen, zumal sie zumindest einmal fahrlässig gehandelt haben müssen. Doch selbst wenn eine Patientin/ein Patient eine Schuld oder zumindest eine Teilschuld an ihrer/seiner Krankheit hat, ist es nicht förderlich, ihn darüber zu belehren, was sie/er besser machen hätte können. Auch wenn jene Personen, die glauben, es besser zu wissen, es nur gut mit der Patientin/dem Patienten meinen, so vergrößern sie dadurch nur ihr/sein Leid. Die Angst ist laut Buckman ebenso ein Gefühl, das die der Patientin/dem Patienten Nahestehenden mit ihr/ihm teilen, selbst wenn sie vor anderen Sachen Angst haben. Eheleute zum Beispiel haben Angst davor, nervlich am Ende zu sein oder schlicht und ergreifend zusammenzubrechen, sollten ihre Partnerinnen/Partner vor ihnen gehen. Viele Menschen fürchten sich genauso davor, ohne die andere/den anderen

nicht mehr leben zu können oder zu wollen beziehungsweise ohne den anderen als Versagerin/Versager dazustehen. Andere Menschen wiederum haben Angst, in solch einer Situation ihren Verstand zu verlieren und nicht mehr fähig zu sein, ein normales Leben zu führen. Solche Ängste kommen bei fast allen Nahestehenden auf. Sie schämen sich ebenso teilweise dafür, wozu es aber nicht den geringsten Grund gibt (Buckman 1990: 80f.).

Neben der Angst zeigen auch die Schuldgefühle der den Sterbenden nahestehenden Personen gemäß Buckman gewisse Ähnlichkeiten mit jenen der Patientinnen/Patienten. In diesem Fall glauben allerdings die Patientinnen/Patienten, etwas Falsches in ihrem Leben getan zu haben, das quasi als Strafe den Tod eines geliebten Menschen zur Folge hat. Alternativ dazu treten bei diesen Personen gleichsam Schuldgefühle auf, denn sie werfen sich vor, nicht genug für die Betroffene/den Betroffenen getan zu haben und daher für die missliche Lage verantwortlich zu sein, in der sich die Patientin/der Patient nun befindet. Beide genannten Varianten haben in der Regel sehr großen Einfluss auf die Psyche und äußern sich oft in ähnlich starker Wut (Buckman 1990: 83).

Besonders intensiv werden solche Schuldgefühle wahrgenommen, wenn unmittelbar nach einem Streit oder einer gröberen Auseinandersetzung eine schwere Krankheit ausbricht oder diagnostiziert wird. Buckmans Erkenntnissen zufolge treten Schuldgefühle sehr häufig bei Kindern auf, die in der Folge glauben, durch ein Fehlverhalten bei einem Elternteil eine Krankheit ausgelöst zu haben. Ein simpler Grund, der Kindern hier einfällt, ist zum Beispiel, nicht das Zimmer aufgeräumt zu haben. Eine weitere Art der Schuldgefühle ist, dass man sich des Weiterlebens schuldig fühlt, während die Patientin/der Patient sterben wird. Dieses Gefühl ist als Überlebensschuld bekannt und stellt so wie alle anderen Schuldgefühle ebenfalls eine natürliche Reaktion auf den (bevorstehenden) Verlust eines Menschen dar, dem man nahesteht. Bei Kindern ist die Überlebensschuld gleichsam in einem größeren Ausmaß festzustellen, während sie für Erwachsene nicht minder schreckliche Auswirkungen hat, weil sie sich als hilflosen Zuschauer betrachten, der den Tod des Mitmenschen nicht verhindern kann. (Buckman 1990: 84f.).

Meines Erachtens ist es nie leicht, als Helferin/Helfer eines sterbenden Menschen zu fungieren. Ich gebe Buckman vor allem Recht, wenn er ein gewisses Mittelmaß zwischen Nähe und Distanz empfiehlt. Ich finde auch, man sollte sich keinesfalls von der Patientin/dem Patienten vereinnahmen lassen oder – noch schlimmer – das eigene Leben einzig dem Schicksal der Patientin/des Patienten unterordnen. In diesem Fall könnte man sehr leicht vergessen, sich um ihre/seine eigenen Aufgaben zu kümmern, beziehungsweise Kontakte zu anderen geliebten Personen vernachlässigen. Längst bekannt ist zudem eine besondere Anfälligkeit für Stress und psychische Krankheiten bei jenen Personen, die sich zu sehr um andere sorgen. Dies kann mitunter zu Magengeschwüren und im schlimmsten Fall gar zu Krebs führen. Selbstverständlich ist es angebracht und auch der Wunsch vieler Menschen, sich um jemanden, der einem wichtig ist, zu sorgen; allerdings muss man immer darauf achten, wie viel man sich selbst zumuten kann. Es ist definitiv nicht jedermanns Sache, mit dem eventuell unflätigen Verhalten einer Patientin/eines Patienten zurechtzukommen. Sollte man in diesem Fall den Kontakt zu der Patientin/dem Patienten abbrechen wollen, ist dies nach meinem Dafürhalten die einzig richtige Lösung, selbst wenn das in den Augen mancher herzlos oder kalt wirkt. Doch auch die Patientin/der Patient hat nichts davon, von jemandem umsorgt zu werden, der sich der Aufgabe nicht hundertprozentig gewachsen fühlt.

11 Schluss

Nun, am Ende der Arbeit angelangt, ziehe ich noch ein kurzes Resümee. Die Diskussion rund um den selbstbestimmten Tod, wobei ich hier keinen Unterschied zwischen Sterbehilfe und Suizid mache, ist nicht neu, sondern vielmehr so alt wie die Menschheit. Die Leserin/Der Leser lernt den Tod als einen Teil des Lebens kennen und wird darauf aufmerksam gemacht, dass der Tod nichts weiter ist, als ein Teil des Lebens, vor dem man keine Angst zu haben braucht. Sich jedoch mit dem Tod auseinanderzusetzen oder darüber zu sinnieren, wie man im Falle eines großen Leidens verfahren würde, ist etwas, das jede/jeder in ihrem/seinem Leben tun sollte.

Ich persönlich habe im Moment keine Angst vor dem Tod, was aber vermutlich größtenteils daran liegt, dass ich daran glaube, noch ein langes Leben vor mir zu haben. Ich habe keine Ahnung, was in mir vorgehen oder wie ich handeln würde, sollte ich erfahren, dass ich an einer schweren oder gar tödlichen Krankheit leide. Ich nehme an, auch ich würde, ähnlich dessen, was Buckman erwähnt, in diesem Fall sehr große Wut empfinden, selbst wenn ich natürlich nicht wissen kann, welche Art von Wut das sein würde. Ich vermute jedoch, dass ich zu jenen gehören würde, die einen unbändigen Zorn auf sämtliche gesunde Menschen in der ganzen Welt entwickeln würden. Vermutlich hätte ich auch viel Angst davor, irgendwann ein unschönes Dasein zu fristen und mich nur mehr von meinem Leiden durch mein Leben leiten zu lassen.

Obwohl Ethik in dieser Arbeit ein wichtiger Punkt ist, sei noch einmal betont, dass nie das Verhalten der/des freiwillig aus dem Leben Scheidenden ethisch hinterfragt wird.

Niemand hat das Recht, jemandem vorzuschreiben, wann er zu sterben oder nicht zu sterben hat. Die einen treten diesen letzten Abschnitt ihrer seelischen Existenz sehr spät beziehungsweise in hohem Alter an, während andere sich dafür entscheiden, früher zu gehen.

Sollte sich eine/ein vom Schicksal Gezeichnete/Gezeichneter dafür entscheiden, im Leben zu bleiben, kann es passieren, dass ihre/seine Einschränkungen nahezu weggeblasen werden. Ich selbst hatte bereits beruflichen Kontakt zu Rollstuhl-

fahrerinnen/Rollstuhlfahrern, wenngleich er nicht sehr intensiv war. Während meiner Studienzeit arbeitete ich nebenbei als Schiedsrichter für den niederösterreichischen Tischtennisverband und eines Tages wurde ich für die Rollstuhlstaatsmeisterschaft eingesetzt. Was mir bei der Kommunikation zwischen den Spielerinnen/Spielern und nicht behinderten Betreuerinnen/Betreuern auffiel, war, dass auf deren Behinderung überhaupt nicht eingegangen wurde. Wie mit nicht behinderten Spielerinnen/Spielern gingen sie während der Satzpausen recht hart mit ihnen ins Gericht. Ich habe schon davor von Kolleginnen/Kollegen gehört, dass die „Rollis“, wie sie liebevoll im Sport genannt werden, einen solchen Umgang wünschen. Sie wollen in der Regel nicht besonders behandelt werden, um nicht an ihre Behinderung erinnert zu werden. So hart es auch klingen möge, aber ich glaube, behinderten Menschen wie Samuel Koch oder den Tischtennisspielerinnen/Tischtennisspielern sollte vom Zeitpunkt ihrer Behinderung an so wenig Mitleid wie möglich gespendet werden. Andernfalls kann es sein, dass sich jene Menschen in Selbstmitleid verlieren und den Wunsch zu leben aufgeben.

Die Palliativmedizin kristallisiert sich als vernünftige Alternative zum Suizid heraus, wenngleich dies noch eine verhältnismäßig junge Disziplin ist. Es ist an zukünftigen Studentinnen/Studenten, in Erfahrung zu bringen, ob der Trend hin zur Palliativmedizin aufrechterhalten bleibt oder ob er aufgrund finanzieller sowie räumlicher Schwierigkeiten mehr und mehr verpufft, und zu guter Letzt zu einem teuren Gut verkommt, von dem lediglich wohlhabende Menschen etwas haben.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Thematik rund um das Sterben ausnahmslos jeden Menschen, egal aus welcher sozialen Schicht er auch kommen mag, betrifft. Somit ist jede/jeder angehalten, sich zu diesem Thema zu äußern. Eine allgemein gültige Sterbe- beziehungsweise Medizinethik kann erst dann annähernd entstehen, wenn so viele Menschen wie möglich etwas dazu beitragen.

12 Bibliographie

Auer, Alfons: *Zwischen Heilauftrag und Sterbehilfe. Zum Behandlungsabbruch aus ethischer, medizinischer und rechtlicher Sicht*. Köln: Heymann 1977.

Birnbacher, Dieter: *Tun und Unterlassen*. Stuttgart: Reclam 1995.

Bonelli, Johannes: „Sterbebegleitung und Palliativmedizin aus der Perspektive ärztlicher Praxis.“ In: Bonelli, Johannes (Hg.): *Leben – Sterben – Euthanasie?* Wien: Springer 2000, S.91-96.

Buckman, Robert: *Was wir für sterbende tun können. Praktische Ratschläge für Angehörige und Freunde*. Zürich: Kreuz-Verlag 1990.

Burkart, Monika: *Das Recht, in Würde zu sterben – ein Menschenrecht. Eine verfassungsrechtliche Studie zur Frage der menschenwürdigen Grenze zwischen Leben und Tod*. Zürich: Schulthess Polygraph. Verlag 1983.

Eibach, Ulrich: *Sterbehilfe – Tötung aus Mitleid? Euthanasie und lebensunwertes Leben*. Wuppertal: Brockhaus 1998.

Grewel, Hans: *Lizenz zum Töten. Der Preis des technischen Fortschritts in der Medizin*. Stuttgart: Klett-Cotta 2002.

Genzel, Herbert; Binsack, Thomas: „Die Behandlung Schwerkranker und Sterbender in einer klinischen Hospizeinrichtung. Medizinische, rechtliche und wirtschaftliche Aspekte.“ In: Baumgartner, Konrad (Hg.): *Für ein Sterben in Würde. Erfahrungen unter medizinisch-therapeutischen und theologisch-pastoralen Aspekten*. München: Don-Bosco-Verlag 1997, S. 71-91.

Heifetz, Milton D.; Mangel Charles: *Das Recht zu sterben*. Frankfurt/Main: Umschau-Verlag 1976.

Hetzel, Helmut: „Sterbehilfe auch bei psychischer Erkrankung?“ *Neue Osnabrücker Zeitung* 13. Jänner 2014. <<http://www.noz.de/deutschland-welt/vermishtes/artikel/442424/sterbehilfe-auch-bei-psychischer-erkrankung>>

Hoerster, Norbert: *Sterbehilfe im säkularen Staat*. Frankfurt/Main: Suhrkamp 1998.

Höflinger, Laura: „Tödlicher Hausbesuch.“ *Spiegel* 12(2000): S. 132-133. <<http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-84430240.html>>

Holland, Stephen: *Bioethics. A philosophical introduction*. Oxford: Polity 2003.

Kettler, Dietrich: „Palliativmedizin – eine Alternative zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe?“ In: Thiele Felix (Hg.): *Aktive und passive Sterbehilfe. Medizinische,*

rechtswissenschaftliche und philosophische Aspekte. München: Fink 2005, S.127-137.

Klaschik, Eberhard; Ostgathe, Christoph: „Palliativmedizin – aktive Lebenshilfe.“ In:

Beckmann, Rainer (Hg.): *Sterben in Würde. Beiträge zur Debatte über Sterbehilfe*. Krefeld: Sinus-Verlag 2004, S.73-82.

Kleikamp, Antonia: „Ausmerzungen aller derer, die geisteskrank sind.“ *Welt* 8. Juli 2015.
<<https://www.welt.de/geschichte/zweiter-weltkrieg/article143717829/Ausmerzungen-aller-derer-die-geisteskrank-sind.html>>

Le Kler, Heike: „Begleiteter Suizid: Ethiker wollen Ärzten Sterbehilfe erlauben.“ *Spiegel Online* 26. August 2014.
<<http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/sterbehilfe-ethiker-fordern-recht-auf-beihilfe-zum-suizid-durch-aerzte-a-987941.html>>

König, Franz: „Die Angst vor dem Lebensende nehmen.“ In: Bonelli, Johannes (Hg.): *Leben – Sterben – Euthanasie?* Wien: Springer 2000, S. 3-4.

Müller, Thomas: „Wenn die Depression unerträglich wird...“ *Ärzte Zeitung* 2. März 2016.
<http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/medizinethik/article/906364/sterbehilfe-psychisch-krank-wenn-depression-unertraeglich.html>

Nagel, Eckhard: „Dem Schutz des Daseins verpflichtet.“ *Zeit Online* 29. Juli 2010.
<<http://www.zeit.de/2010/31/Replik-Sterbehilfe>>

Öhler, Andreas: „Jetzt kommt es auf die Ärzte an.“ *Zeit Online* 6. November 2015.
<<http://www.zeit.de/gesellschaft/2015-11/sterbehilfe-bundestag-kommentar>>

Pollack, Karin: „Das Beste zum Schluss. Wie und wo Menschen sterben.“ *Standard* 31. Oktober 2013. <<http://derstandard.at/1381370214770/Das-Beste-zum-Schluss-Wie-und-wo-Menschen-sterben>>

Poigenfürst, Johannes: „Gibt es eine unzumutbare Lebensqualität?“ In: Bonelli, Johannes (Hg.): *Leben – Sterben – Euthanasie?* Wien: Springer 2000, S.125-128.

Quante, Michael: *Personales Leben und menschlicher Tod. Personale Identität als Prinzip der biomedizinischen Ethik*. Frankfurt/Main: Suhrkamp 2002.

Ramsey, Paul: *The patient as person: explorations in medical ethics*. New Haven: Yale UP 1973.

Ridder, Michael de: *Wie wollen wir sterben? Ein ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin*. München: Pantheon-Verlag 2011.

Sass, Hans-Martin; Kielstein, Rita: *Patientenverfügung und Betreuungsvollmacht*. Münster: Lit-Verlag 2001.

Schockenhoff, Eberhard: „Den eigenen Tod annehmen. Sterbehilfe und Sterbebeistand aus theologischer Sicht.“ In: Hepp, Hermann (Hg.): *Hilfe zum Sterben? Hilfe beim Sterben!* Düsseldorf: Patmos-Verlag 1992, S.108-126.

Schuler, Katharina: „Hilfe zum Suizid – erleichtern oder verbieten?“ *Zeit Online* 2. Juli 2015. <<http://www.zeit.de/politik/deutschland/2015-07/sterbehilfegesetzentwuerfe-cdu-csu-spd-linke-gruene>>

Taupitz, Jochen: „Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens?“ Kurzdarstellung der Inhalte des Gutachtens für den 63. Deutschen Juristentag [Verhandlungen des 63. Deutschen Juristentages, Leipzig 2000]. *Neue Juristische Wochenschrift* 2000, Heft 25, Beilage.

Woellert, Katharina; Schmiedebach, Heinz-Peter: *Sterbehilfe*. München: Reinhardt 2008.

Abstract

Bereits seit einiger Zeit stellt die Medizintechnik, die sich in den letzten Jahrzehnten rasant weiterentwickelte, die Menschheit vor die schier unlösbare Aufgabe, einer allgemein gültigen Ethik gerecht zu werden. Darf man jedes Leben verlängern, bloß, weil die Chance dazu gegeben ist? Ärztinnen/Ärzte setzen sich schon lange der Natur zur Wehr und halten Patientinnen/Patienten teilweise nur noch maschinell am Leben. Auf der anderen Seite wurden auch die Praktiken der Sterbehilfe einer Modernisierung unterzogen. Egal, ob ambulant oder im Spital: Sterbewillige empfangen bereits so gut wie überall Sterbehilfe. In der Arbeit werden diese zwei gegensätzlichen Extreme behandelt und anhand der Geschichte sowie menschlicher Gefühle analysiert.

Curriculum Vitae

Name	Julian Kersten
Geburtsort	Wien
Geburtsdatum	23.08.1988
Staatszugehörigkeit	Österreich

Ausbildung

2008-	Studium an der Universität Wien bis 2011: UF Geographie und Wirtschaftskunde, UF Englisch (nicht abgeschlossen) seit 2011: UF Psychologie/Philosophie, UF Englisch
1999-2006	Gymnasium Bernoullistraße, Wien Sprachlicher Zweig
1995-1998	Volksschule Groß-Enzersdorf

Berufliche Tätigkeit

2014-	BHAK/BHAS Wien 10 Lehrer
2010-2014	Spielend Schlauer Schachlehrer
2007-2013	Niederösterreichischer Tischtennisverband Schiedsrichter