

Der gute Tod ? - Eine immer gegenwärtige Debatte

Von Maria Overdick-Gulden

In Lebensforum Nr. 60 4/2001

Am Beginn einer systematisch durchdachten europäischen Medizin stand jene der Hippokratiker, einer Gruppe von Ärzten im antiken Griechenland. Sie verstanden Gesundheit und Krankheit als Gleichgewicht bzw. Ungleichgewicht von Körpersäften, wobei sie den Einfluss von Umweltfaktoren, Lebensweise und Ernährung für entscheidend hielten.

„Ich will diätetische Maßnahmen zum Vorteil der Kranken anwenden nach meinem Können und Urteil; ich will sie vor Schaden und Unrecht bewahren...“

„Ich will weder irgend jemandem ein tödliches Medikament geben, wenn ich darum gebeten werde, noch will ich in dieser Hinsicht einen Rat erteilen... In alle Häuser, die ich besuche, will ich zum Vorteil der Kranken kommen, mich frei haltend von allem vorsätzlichen Unrecht, von aller Schädigung“,

heißt es im sog. hippokratischen Eid aus dem 4./3. vorchristlichen Jahrhundert. Hippokrates war eine historische Persönlichkeit, vermutlich ist er um 460 v. Chr. geboren. Nur wenige der insgesamt 60 Schriften der Sammlung, die man corpus hippocraticum nennt, stammen von ihm selbst. Der genannte Eid geht offensichtlich nicht auf seine, die autoritäre Aussage eines Einzelnen, zurück, sondern entsprach der Überzeugung mehrerer oder sogar vieler Heilkundiger der damaligen Zeit. Man wollte Krankheiten und Kranke „verstehen“ lernen. In der Schrift „über die Krankheiten“ heißt es:

„Fachgerecht ist es, bei der Behandlung diejenigen Krankheiten, die heilbar sind, bis zur Heilung zu behandeln, von den unheilbaren aber zu wissen, warum sie unheilbar sind, und bei der Behandlung der Patienten, die an derartigen Krankheiten leiden, zu nützen, indem man die Behandlung nach der Heilbarkeit ausrichtet.“

Wenn man die Krankheit nicht überwinden könne, so in der Schrift „Über die inneren Leiden“, solle man vor allem den Schmerz lindern, denn „auf diese Weise dürfte“ der Patient sein Leiden „am leichtesten ertragen“.

Ohne Tradition kommen wir Menschen sicher nicht aus, was nicht heißt, dass wir alles Überkommene unüberprüft zu übernehmen hätten. Tradition ist das „Weitertragen des Feuers, nicht die Anbetung von Asche“! Was sich in Jahrhunderten menschlichen Zusammenlebens bewährte wie Weisheit, Ehrfurcht, Lebenskultur verdient Berücksichtigung bei aktuellen Entscheidungen.

Die Intensivmedizin als ethische Herausforderung

Seit dem Philosophen Descartes betrachtete die Medizin den menschlichen Körper funktional, weitgehend als Maschine, und erzielte mit diesem - zugegeben stark vereinseitigten - Denkmodell spektakuläre Erfolge. Sie war überraschend effektiv und ermöglicht heute unter Einschluss der Psychologie nicht nur die Erweiterung unserer allgemeinen Lebensdauer, sondern verbessert auch die Chancen für mehr Lebensqualität.

In jüngster Zeit - insbesondere seit Einführung der sog. Intensivmedizin vor allem in den wohlhabenden Ländern der Erde - stoßen Ärzte und Pflegepersonal mit immer größerer Deutlichkeit an Grenzen medizinischer Reparatur- und Rekonstruktionsmöglichkeiten. Ärzte und Helfer geraten immer schärfer in die Ambivalenz zwischen Heilungsauftrag als fragloser Berufspflicht einerseits und der Noch-Vertretbarkeit technischer Eingriffe andererseits. Muss ich alles Machbare auch tun und dies in jedem Fall, selbst dann, wenn die Aussichtslosigkeit des

Leidens feststeht oder der Sterbeprozess schon eingesetzt hat? In solchen Situationen werden die Grenzen unserer Entscheidungs-Befugnis sichtbar.

Ein zusätzlicher nicht zu vernachlässigender sozialer Faktor ist die Ökonomie, die Bezahlbarkeit von Maßnahmen. Extrem deutlich wurde dies in einem Bericht des Deutschen Ärzteblatts über einen Kongress in Pittsburg, USA von 1995. Auf die Frage einer nordamerikanischen Ärztin, „ob die schlechte medizinische Versorgung nicht zum Todeswunsch eines unzureichend versorgten Patienten“ beitragen könne, wurde auf dem weltweit größten nationalen Bioethikkongress geantwortet, „dass ein Töten dieses Menschen angesichts der existierenden sozialen Umstände wohl oder übel - <die humane Lösung> sei. Damals diskutierten Medizinethiker über „physician-assisted dying“, womit nicht etwa Sterbebegleitung mittels verbesserter Schmerzmedikation, sondern „das gezielte Töten“ von Patienten durch ihren Arzt, auf ausdrücklichen Wunsch des sterbenden oder chronisch kranken Patienten gemeint war. Es liegt offen: der Patientenwunsch nach Euthanasie war aufgrund mangelhafter sozialmedizinischer Versorgung entstanden! Das aber ist kaum als Wunsch, sondern als Sachzwang aus dem Versagen einer Gesellschaft vor der Verpflichtung zur Solidarität zu deuten.

Gegen eine derartige rein oder überwiegend ökonomisch ausgerichtete Entwicklung hat sich die Parlamentarische Versammlung des Europarates in Straßburg 1996 gewandt. Selbst der ausdrückliche Todeswunsch eines unheilbar Kranken dürfe niemals als „juristische Rechtfertigung für das Töten“ durch einen Dritten (oder Zweiten) gelten. „Die Versammlung sprach sich aber zugleich dafür aus, unheilbar Kranken und Sterbenden auf deren Wunsch ausreichende Schmerzmittel zu verabreichen, selbst wenn diese Behandlung <als Nebeneffekt das Leben der Betroffenen verkürzen kann>.“ An die 41 Mitgliedstaaten des Europarates appellierten die Abgeordneten, durch entsprechende Gesetzgebung sicherzustellen, dass die Behandlung Schwerkranker oder Sterbender *nicht* aus wirtschaftlichen Erwägungen abgebrochen wird. Zugleich müsse „sichergestellt werden, dass niemandes Existenz <gegen dessen Willen verlängert> wird“. Hier wurde die Unterscheidung zwischen „Sterbehilfe als „aktiver“ oder „passiver“ medizinischer Maßnahme deutlich gemacht: zwischen Töten und Sterbenlassen.

Die Intensivstation, eingerichtet zur Lebensrettung, hat sich für manchen medizinischen Laien zum Horror-Szenario gewandelt. Dennoch bleibt sie zentrale medizinische Heilstatt in einer oft todernten Situation (z. B. akuter Herzinfarkt). Mit konzentrierter Therapie, Intensivpflege und Sondenernährung haben Unfallpatienten ihren Zustand im Wachkoma über Jahre hin unverändert gelebt, sind in 46% nach 6 Monaten zum Bewusstsein zurück gelangt; nach 12 Monaten waren 52 % wieder bei Bewusstsein, und dies ohne wesentliche Beeinträchtigung. Dauerte das Koma länger als 12 Monate, überlebten von 434 Patienten immerhin noch 7! Zugegeben, die lange Pflegeabhängigkeit ist keine wünschenswerte Situation. Aber können solche „Zwischenzeiten“ nicht sinnvoll in die Lebensgeschichte und Erlebniswelt von Angehörigen und Betroffenen eingehen?

Andererseits tauchen Zweifel auf und motivieren dazu, nach neuen Wegen und Antworten zu suchen, - Antworten im Gegenüber zur Euphorie von erfolgreicher Bio-Technik, die sich im biologisch Faktischen erschöpft und nicht mehr eigentlich Medizin, nicht mehr *ärztliche Kunst* ist. Ängste entstehen. Da ist die Sorge vor eigener „Würdelosigkeit, wenn wir den Abbau und die zunehmende Behinderung an älteren und alten Verwandten“ mit ansehen müssen. Da gibt es die Ur-Angst vor Schmerz, die Furcht vor dem Verlust der Selbstbeherrschung und der Selbstbestimmung. Das Miterleben von Abhängigkeit bei Körperpflege und Nahrungsaufnahme, einfachsten Handreichungen, bei Lesen und Schreiben kann umschlagen in Abwehr gegen so geartete Techno-Medizin, die ein langes Leben ermöglicht, die jedoch „nur seine Grenze hinauschiebt“: ist Lebenslänge denn schon „Lebensgewinn“?

Früher hielt man das Sterben wie den Tod für unverfügbar; Sterben stellte sich als Geschick dar, und meistens dauerte die schwere Krankheit auch nicht allzu lange. Das Sterben war ein Prozess des Lassens. Heute wird das Sterben oft zum Fall intensiver Aktivität: Infusionen, Sonden, Beatmung, Defibrillation, Schrittmacher kommen zum Einsatz. Mancher Arzt fragt sich: „Hast du

auch wirklich alles getan?“ und mag später kritisch nachfragen: „Habe ich jetzt aus dem Patienten ein Herz-Lungen-Präparat gemacht, wie ich es früher im Tierversuch geübt habe?“

Müssen wir das Sterben regeln?

Gegen eine sich stetig erweiternde und Grenzen missachtende medizinische Intervention, gegen einen „Terror der Humanität“ von den „Halbgöttern in Weiß“ oder in abgeschattetem Grün der Operationssäle entstehen Emotionen und Abwehrreaktionen. Die Frage steht: Gibt es im Umfeld der Intensivstationen den guten Tod? Gibt es ihn überhaupt, oder müssen wir ihn planen wie den Beruf und das Privatleben?

Müssen wir das Sterben regeln, seine Bedingungen gesetzlich verankern, fragen nicht nur Walter Jens, Hans Küng und der amerikanische Arzt Nuland in seinem 1995 erschienenen Bestseller „Wie wir sterben. Ein Ende in Würde.“ Die Aktivitäten der Befürworter selbstbestimmten und, wie es öfter heißt, „freiwilligen *Lebens*“, wenn eigentlich das „freiwillige *Sterben*“ und sogar der Tötungsakt gemeint sind, sind nicht eben gering. Sie agieren international. Gelegentlich erwecken sie den Eindruck, eigenen Todestrieben nachzugeben und ihre Mitmenschen für den „Exit“ zu sensibilisieren, weil und so lange es noch nicht das eigene Leben kostet. Das wären psychopathologische Phänomene, die sich als Zeichen eigener Resignation in den Kultur-Kampf um die Euthanasie mischen können.

„Natürlich wird kein Sterbewilliger seinen Sterbewunsch einem für diesen Wunsch verschlossenen Arzt oder Pfarrer offenbaren, dann lieber noch - ich habe es von mehr als einer gehört - der weniger voreingenommenen Krankenschwester, die ihn in seiner Sterbezeit nicht allein lässt“,

räsoniert der Theologe Küng, um für ein selbstbestimmtes „Ende ohne Schrecken“ zu werben - juristisch abgesichert und voll legalisiert, für alle Beteiligten zumindest straffrei - wegen der angeblichen oder irgendwie vorempfundener Unzumutbarkeit gewisser chronischer Leiden und Krankheiten. Auch die „*Gefahrenbeschwörung ist*“ für Hans Küng „*noch keine Widerlegung der Sache*“. Wer vor einem Dammbbruch warne, verstehe offenbar nichts von der medizinischen Todeskunst, der aktiven Euthanasie auf Verlangen als einem humanen Ziel, natürlich beschränkt auf den sog. Ausnahmefall (!).

„Gewiss gibt es langfristige Schutzinteressen der Allgemeinheit, aber es gibt auch unübersehbar die erdrückende Sterbensnot des Einzelnen. ... Und da sollte man doch nicht immer wieder behaupten, wie das besonders Theologen, aber auch manche Ärzte tun: im Grunde gäbe es kaum Menschen, die wirklich zu sterben wünschten; mit ihrem Sterbewunsch teilten sie nur >>verhüllt<< den Wunsch nach besserer Pflege und menschlicher Zuwendung mit.“

Küng treibt seine Sache so weit, dass er die Schmerzmedikation bei Palliativmedizin schließlich als „Entmündigung des Patienten“ einordnet, weil dessen Gewissensentscheidung - zur Selbsttötung - dadurch nicht ernst genommen werde. Der hippokratische Grundsatz, der Arzt habe dem Leben zu dienen und damit auch dem *Sterben* als einem *Teil des Lebens*, scheint dem Euthanasiebefürworter nicht einzuleuchten. Wenn aber der Arzt diese Regel, dem Leben zu dienen, aufgibt, wird er zum gefährlichsten Mann im Staat, hielt der preußische Professor Hufeland, einst Leibarzt von Goethe, Schiller und Herder, den Euthanasiebestrebungen seiner Zeit prophetisch entgegen. Der Arzt habe nichts und niemanden zu bewerten, einzig das Leben zu würdigen!

Zweifellos stellt das Leben immer Fragen, auch solche auf Leben und Tod. Unsere Lebensumstände, die Gefahren unserer technischen Mobilität, die Bus-, Bahn- und Fährunglücke, der Absturz von Flugzeugen, das Risiko mancher Sportarten, viele riskante Situationen, in denen der Einzelne sich bei der Arbeit und in der Gestaltung der Freizeit vorfindet, lassen nicht nur die Frage nach Sinn und Bedeutung unseres Lebens hervortreten, sondern auch nach dem von Sterben und Tod und nach einem erhofften Leben *nach* dem Tod. Ewiges Leben, wie es manche Craig Venters für die menschliche Existenz hier auf diesem Planeten in Aussicht stellen, wenn erst

einmal alle „schlechten Gene“ entfernt und die „Unsterblichkeitsenzyme“ (J. Huber) verstärkt aktiviert seien, ein solches ewiges Leben wird es wohl auch auf folgende Bitte Woody Allens nicht geben:

„Craig Venter, hilf!

Ich möchte nicht durch meine Arbeit unsterblich werden. Ich möchte lieber dadurch unsterblich werden, dass ich nicht sterbe. Ich möchte auch nicht in den Herzen meiner Landsleute weiterleben. Ich möchte lieber in meinem Apartment weiterleben.“

Der Zeitgenosse W. Allen aus USA ist für so manche Peinlichkeit gut; doch hat seine Ironie hier den Infantilismus unserer Zeit und die naiven Wünsche mancher um Leib und Leben bangender Mitbürger samt der von der sog. Wissenschaftswelt geweckten Illusionen pointiert.

Die Erfahrung und die Einsicht in unsere allenfalls nur zu verschiebende Letzt-Endlichkeit können zu unterschiedlichen Schlüssen führen. Entweder wir bejahen unsere Sterblichkeit und erwarten das Ende in einem gelassenen Urvertrauen, das in uns liegt und sich finden lässt. Oder wir scheuen jegliche Unberechenbarkeit für unser Ende und regeln es selbst, wie die zeitgenössischen Protagonisten aktiver Euthanasie vorschlagen. Machbarkeit verbindet sich mit dem oft schillernden Begriff von Selbstbestimmung. *Autonomie* heißt dieses so manches Vernunftargument erschlagende *Schlag*-wort unserer Zeit. Es ist nachzufragen, was psychologisch hinter dieser eingeforderten Selbstbestimmung steckt. Ist es eher Verzweiflung an der Endlichkeit oder ist es Vermessenheit, die einen bestimmten Weg des Duldens am Lebensende nicht durchhalten will? Ist die *geschöpfliche* Geduld ausgegangen? Geduld wurde lange Zeit als Zeichen für Hoffnung gewertet. Vielleicht ist mancher endgültig-hoffnungslos geworden?

Wie reagiert der „ärztliche Dienst“?

1973 bezog die Delegiertenversammlung der *American Medical Association* Stellung in folgendem Wortlaut:

„Die vorsätzliche Beendigung des Lebens eines Menschen durch einen anderen - Sterbehilfe - widerspricht sowohl dem, was der Arztberuf nach außen hin verkörpert als auch den Richtlinien des Amerikanischen Ärzteverbandes. Im Fall unwiderlegbarer Anzeichen für den unmittelbar bevorstehenden biologischen Tod des Patienten liegt die Entscheidung zum Verzicht auf Anwendung besonderer Maßnahmen zur Verlängerung der physischen Existenz beim Patienten selbst und /oder bei seinen nächsten Angehörigen. Von dem ... Urteil des Arztes sollen der Patient und/oder seine nächsten Angehörigen ungehindert Gebrauch machen können.“

Der U.S. Supreme Court entschied am 26. 6. 1997, kein Amerikaner habe ein verfassungsmäßiges „Recht auf Suizid“. Allerdings kann die Verfassung es einem Bundesstaat nicht grundsätzlich verbieten, ein Gesetz zu erlassen, das ärztliche Beihilfe zum Suizid erlaubt.

Also wird in den einzelnen Staaten der USA in Zukunft weiter gestritten, um das, was recht oder das, was nicht eben „billig“ ist: die Tötungsmaschinerie. Killer-Ärzte wie Fr. Kevorkian, Jahrgang 1928, der „Mr. Death“ aus Michigan, sind überzeugte Täter; sie handeln „missionarisch“ und halten sich bei gerichtlichen Verurteilungen nicht selten für Märtyrer. Kevorkian hatte seine „Mordsgeschichten“ in 33 Fällen hinter sich, als er die letzte davon auf Videoband dem US-Fernsehsender CBS übergab, um sein „Medizid-Verfahren“ mittels der Todesmaschine „Mercitron“ werbend vorzustellen. 1998 erhob die Staatsanwaltschaft von Oakland Mordanklage.

Nachdem der Bundesgerichtshof in Deutschland in einem Fall unterlassener Hilfeleistung auf Freispruch entschieden und in einigen ähnlich strittigen Fällen dem Arzt eine Art „Pflichtenkollision“ zugestanden hatte, reagierte die Bundesärztekammer und formulierte ihre Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung am 11. 9. 1998 neu. Aktive Sterbehilfe wird weiterhin

für unzulässig erklärt. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung bestehe jedoch nicht unter allen Umständen. Wörtlich heißt es:

„Es gibt Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr indiziert sind, sondern Begrenzung geboten sein kann. Dann tritt palliativ-medizinische Versorgung in den Vordergrund.“

Therapiebegrenzung ist nach diesen Richtlinien auch zulässig „bei Patienten mit infauster Prognose“, bei denen „die Krankheit weit fortgeschritten ist und eine lebenserhaltende Behandlung nur Leiden verlängert“. Therapiebegrenzung sei weiter möglich bei Patienten mit einer „lebensbedrohenden Krankheit, an der sie trotz generell schlechter Prognose nicht zwangsläufig in absehbarer Zeit sterben.“ Hier geht es um „Patienten mit schwersten cerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit“. Eine solche Enthaltung von ärztlichen Maßnahmen müsse aber dem Willen des Patienten entsprechen. Bei Bewusstlosen „wird in der Regel zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens die Bestellung eines Betreuers erforderlich sein. Letzterem, den mutmaßlichen Willen beim noch nicht Sterbenden über Patientenverfügungen, deren mehrfache notarielle Beglaubigung oder über einen Betreuer zu ermitteln, wird große Aufmerksamkeit in der kommenden Debatte beizumessen sein.

In der Debatte um den guten Tod wird die Autonomie des Kranken als gewichtiges Argument herangezogen – nicht selten mit Verweis auf die „große Freiheit des Niederländischen Modells“. Wie „absolut“ ist menschliche Autonomie? Haben Arzt oder Betreuer als Handelnde keine *eigene* Autonomie zu beanspruchen? Sollte man sein Gewissen vor dem Krankenzimmer abgeben? Kann man am Ende einer Patientenbetreuung alles getrost einer Ethikkommission überlassen, oder - Hippokrates zum Trotz - auf Druck von Angehörigen sich für ein „Nicht-mehr-lebenswert“ entscheiden?

Was heißt „unzumutbar, was „lebensunwert? Dazu der Psychotherapeut Viktor E. Frankl:

„Gemeint ist offenbar: unnützes, nutzloses Dasein. Wer so denkt..., ignoriert den Unterschied zwischen Nutzwert und Würde: Nutzwert mag gemessen werden an der... Leistungsfähigkeit eines Individuums, also an dessen vitaler und sozialer Tauglichkeit; aber die Würde eines Menschen als Person - bleibt ungeschmälert und unangetastet von jenem Verlust an Nutzwert, den diese geistige Person durch psychophysische Zerrüttung erleiden mag. So wie die geistige Person << dahinter>> - hinter dem ... Krankheitsgeschehen -, so steht die Würde darüber - über der vital-sozialen Werteinbuße.“

Manche diffamieren diese ärztliche Tradition als angeblich ethisch-reaktionären „Rigorismus ohne Mitleid“. Aber wozu motiviert Mitleid als echtes Mit-Gefühl? Ist es nicht die tatkräftig-geduldige und sachkundige Hilfe zum Leben und die ausgewogene Begleitung beim Sterben als dem letzten *Lebens-* Abschnitt? Man braucht Mut zu diesem gemeinsamen Weg, aber er ist der menschliche – nicht allein der traditionelle! „Tödliches Mitleid“ entzieht die Basis guten Empfindens und Vertrauens. Es ist „Scheinliebe“. Selbst bei schwer- oder unmöglich gewordenem Kontakt mit dem Patienten gilt, - noch einmal Viktor E. Frankl:

„was eine Krankheit zerstören, was sie zerrütten kann, ist der psychophysische Organismus allein. ... Die Zerrüttung des Organismus bedeutet demnach nicht weniger, aber auch nicht mehr als eine Verschüttung des Zugangs zur Person - nicht mehr. Und das möge unser psychiatrisches Credo sein: dieser unbedingte Glaube an den personalen Geist - dieser <<blinde>> Glaube an die <<unsichtbare>> aber unzerstörbare geistige Person. Wenn ich diesen Glauben nicht hätte,...dann möchte ich lieber nicht Arzt sein.“

Die **Hospizbewegung**, aus solcher Überzeugung und Mit-Menschlichkeit erwachsen, verpflichtet sich vor allem zu zwei Grundsätzen: Die Zeit des Sterbens wird als zum Leben gehörende Zeit gesehen. Daraus ergibt sich ein bewusster Umgang mit Krankheit, Sterben, Tod und Trauer. Sie will alles tun, damit der Sterbende möglichst schmerzarm bis schmerzfrei die letzte Lebensphase

verbringen und zu einer intensiv gelebten Zeit gestalten kann. Aus diesem Geist kann Cicely Saunders, die Begründerin der Hospizbewegung zu einem Sterbenden sagen:

„Sie sind wichtig, weil Sie eben Sie sind. Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig, und wir werden alles tun, damit Sie nicht nur im Frieden sterben, sondern bis zuletzt leben können.“