
Perspektiven der klinischen Sterbehilfe aus der Sicht des Politikers

Dagmar Schipanski

Leben und Sterben erscheinen vielen Menschen in unserem Land vornehmlich als Privatangelegenheit, in die der Staat möglichst wenig eingreifen sollte. Gerade beim Thema Sterben sehen sich viele in der Hand Gottes, der über Leben und Tod bestimmt. Das Thema „Der Tod als letzte Stufe der Selbstbestimmung?“ wird im Moment immer mehr diskutiert. Sterbehilfe rückt in den Blickpunkt der Öffentlichkeit.

Das Thema Sterbehilfe ist jedoch keine reine Privatangelegenheit. Schließlich geht es hier auch um die juristische Frage nach Umfang und Grenzen des Rechtes auf Selbstbestimmung, nach dem von Rechts wegen zu erlaubenden oder zu verbietenden Handeln an der Schwelle zwischen Leben und Sterben.

In den Niederlanden und in Belgien wird das Selbstbestimmungsrecht des Menschen sehr weit gefasst.

Das zeigt das erst im vergangenen Jahr verabschiedete niederländische „Gesetz zur Überprüfung der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung“. Diese gesetzliche Regelung erweitert das individuelle Selbstbestimmungsrecht dahingehend, dass es auch das Recht einschließt, das Ende des Lebens selbst festzulegen, wenn dessen Fortsetzung unerträgliches Leiden bedeuten würde. Zwar bleibt die Beihilfe zur Selbsttötung weiterhin

strafbar. Es gibt jedoch ergänzende Ausnahmeregelungen, die Straffreiheit garantieren:

- So muss u. a. die Beendigung des Lebens von einem Arzt vorgenommen werden.
- Der Todeswunsch des Patienten muss freiwillig sein und deutlich artikuliert werden.
- Der Arzt muss überzeugt sein, dass es für den Patienten keine Aussicht auf Heilung gibt und dass sein Leiden unerträglich ist.

Diese Regelung wird von 90 Prozent der niederländischen Bevölkerung befürwortet. Sie ist Spiegel einer Auffassung von Leben und Tod, in der das Selbstbestimmungsrecht des Menschen Priorität hat und in jeder Lebenssituation über allen anderen Erwägungen steht.

Viele sehen die Niederlande und Belgien als besonders liberale und fortschrittliche Länder an, weil hier die Säkularisierung konsequent zu Ende gedacht wurde und Gott als letzte Entscheidungsinstanz über Leben und Tod vollständig abgelöst wird durch die individuelle Entscheidungsfreiheit des Einzelnen.

Kritiker sehen hinter der gesetzlichen Regelung das Bestreben nach der Aussortierung „unwerten Lebens“ und befürchten eine manipulative Einflussnahme auf den Patienten. Sie sehen die Gefahr, dass Kranke freiwillig in den Tod gehen aus Angst, zur Last zu fallen oder Kosten zu verursachen. Könnte damit nicht aus dem Recht auf Selbstbestimmung plötzlich eine unrechtmäßige Fremdbestimmung werden?

Und wie steht es mit dem Recht auf Selbstbestimmung des Arztes? Würde er nicht zum Befehlsempfänger werden, der anstatt zu heilen die Todessehnsucht todkranker Menschen erfüllen muss? Lässt sich die aktive Sterbehilfe überhaupt mit der Autonomie eines Arztes und seinem Berufsethos vereinbaren?

Diese Fragen müssen in der jetzt laufenden Diskussion beantwortet werden.

Laut einer Untersuchung des Allensbacher Instituts vom vergangenen Jahr befürworten 64 Prozent der Westdeutschen und 80 Prozent der Ostdeutschen die aktive Sterbehilfe. Sie stimmten dem Standpunkt zu:

„Ein schwer kranker Patient im Krankenhaus soll das Recht haben, den Tod zu wählen und zu verlangen, dass der Arzt ihm eine todbringende Spritze bringt.“ Lediglich 19 Prozent in den alten Bundesländern und nur sechs Prozent in den neuen Bundesländern lehnten eine solche Forderung ab.

Obwohl die Kirchen in unserem Land übereinstimmend die aktive Sterbehilfe ablehnen, fühlen sich die Christen beider Konfessionen an das unaufkündbare Bekenntnis zum Leben nicht gebunden. Für 60 Prozent der Protestanten und 68 Prozent der Katholiken steht bei der Bejahung der Sterbehilfe vielmehr der Wunsch im Vordergrund, unerträgliches Leiden zu verkürzen.

Was aber steckt hinter diesem Wunsch, sein Leben oder das Leben eines nahen Angehörigen vorzeitig zu beenden? Viele Menschen, die eine aktive Sterbehilfe befürworten, haben Angst vor unerträglichen Schmerzen und unnötig verlängertem Siechtum. Sie fürchten sich vor einem würdelosen Lebensende, das von Geräten und Maschinen hinausgezögert wird, während der Sterbende nur noch als ein hilfloses Objekt der medizinischen Technik erscheint. Vor ihren Augen steht das Zerrbild eines durch Krankheit entstellten und zu einem Schatten seiner selbst gewordenen Menschen.

Hinter dem Ruf nach aktiver Sterbehilfe steckt vielfach auch die Phantasie von einer allmächtigen Medizin, die sich selbstherrlich über das Individuum Patient hinwegsetzt und in Ausübung ihrer Kunst Leben so lange als möglich verlängert. Dahinter schwelt die typische Angst des

modernen Menschen, der die Risiken naturwissenschaftlicher Entwicklungen überbetont und ihre segensreichen Anwendungen gänzlich ausblendet, auch solch segensreiche Anwendungen, wie sie etwa die Palliativmedizin ermöglicht.

Diese Ängste sind weit verbreitet, und keiner von uns ist davon wirklich frei. Müsste der Staat sie deshalb nicht anerkennen? Und noch mehr: Haben die Bürger nicht sogar einen Anspruch darauf, dass der Staat ihnen die Angst vor einem subjektiv als würdelos empfundenen Lebensende nimmt?

Ich denke, der Staat muss diese Ängste in der Tat sehr ernst nehmen. Den frei und ohne Zwang artikulierten Sterbewunsch gilt es immer zu respektieren.

Aber dennoch sollte es dem Staat nicht gestattet sein, eine ausdrückliche Ermächtigung zur Tötung von Menschen zu geben. Das ist das Credo einer Gesellschaft, die die Humanität zu ihrer Daseinsberechtigung gemacht hat.

Das Recht auf Leben ist in unserem Grundgesetz verankert. Schließt dieses Recht ein, ebenfalls über Anfang und Ende des Lebens frei zu verfügen? An dieser Frage scheiden sich bekanntlich die Geister. Die Befürworter der Sterbehilfe glauben, die Verfügungsgewalt über das eigene Leben sei unbegrenzt. Ihnen kann man entgegen: Solange der Grundsatz des Rechts auf Leben gilt, kann es kein Gesetz geben, dass die Tötung eines Menschen zulässt – und sei es auch nur in Ausnahmefällen.

„Ein Recht auf Freitod gibt es nicht.“ So lautet die Urteilsbegründung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte in dem bekannten Fall der Britin Diane Pretty. Die Straßburger Richter haben sich bei ihrem Urteil auf die Europäische Menschenrechtskonvention gestützt. Die Konvention aber garantiert für alle „nur“ ein Recht auf Schutz des Lebens.

Wenn die Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens als

Rechtsgrundsatz gilt, dann gilt sie natürlich auch in der letzten Lebensphase eines Menschen.

Das Grundgesetz oder die Europäische Menschenrechtskonvention kann man ändern, natürlich. Sollte der Staat, die Politik einer solchen Verfassungsänderung nachgeben?

Der Schutz des Lebens stellt ein universal gültiges Gebot dar, das unabhängig von den verschiedenen philosophischen oder religiösen Auffassungen vom Sinn des Lebens existiert. Wenn also der Staat die aktive Sterbehilfe ablehnt, dann nicht etwa auf Grund religiöser oder ethischer Erwägungen, sondern weil wir ein universales Gesetz respektieren.

Wenn aber der Staat todkranken Menschen die Möglichkeit eines aktiv herbeigeführten Freitodes nicht zugestehen kann und darf, was dann? Der Wunsch der Menschen nach einem schmerzfreien und würdevollen Tod ist stark und berechtigt, ja sogar machbar angesichts der riesigen Fortschritte in der Medizin.

Wir können heute in vielen Fällen dem Patienten seine Würde zurückzugeben, wenn er sie in Siechtum und unendlichem Leid untergegangen glaubt. Ich bin der festen Überzeugung, dass eine qualitativ hochwertige Palliativmedizin den Ruf nach aktiver Sterbehilfe verhallen lässt.

Die Palliativmedizin ist eine wirkliche Alternative zur Sterbehilfe. Denn im Rahmen dieses Therapiekonzeptes werden selbst stärkste Schmerzen in den meisten Fällen erfolgreich behandelt und ein Sterben in Würde ermöglicht. Ärzte, die auf Palliativstationen tätig sind, haben mir immer wieder bestätigt: Viele Krebspatienten im finalen Stadium sind von ihrem Wunsch nach aktiver Sterbehilfe abgekommen. Nachdem sie palliativmedizinische Behandlungen erfahren haben, spielte die Angst vor dem Prozess des Sterbens und vor starken Schmerzen kaum noch eine Rolle.

Ich bin deshalb sicher: Die Niederlande und Belgien sind nicht auf dem richtigen Weg. Gerade in den Niederlanden

gibt es bis heute kein adäquates palliativmedizinisches Angebot. Die Zahl der palliativmedizinischen Einrichtungen ist sehr gering: Es gibt dort nur ein einziges Hospiz und eine an ein Krankenhaus angegliederte Palliativstation. Andere palliativmedizinische Einrichtungen sind nur in Altersheimen angesiedelt.

Angesichts der geringen Verbreitung palliativmedizinischen Gedankengutes drängt sich die Frage auf, ob die Menschen in den Niederlanden hinreichend über Alternativen zur aktiven Sterbehilfe informiert sind. Oder ist der hohe Anteil der Befürworter der Sterbehilfe eher Ausdruck eines Menschenbildes, das der Selbstbestimmung alles und der Verantwortlichkeit des Einzelnen für den anderen nicht genug zutraut?

Auch in Deutschland haben nicht alle Ärzte, die mit unheilbar kranken Patienten konfrontiert sind, das Wissen und die Einsicht, dass stark beeinträchtigende Symptome bei schwerstkranken Menschen behandelt werden müssen und können. Sie reagieren häufig macht- und hilflos.

Doch gerade wenn eine Heilung nicht mehr möglich ist, muss der Arzt vom Heiler zum Helfer werden und seinen schwerstkranken Patienten so versorgen, dass dieser die ihm verbleibende Zeit als lebenswert empfindet – das ist die zentrale Aufgabe der Palliativmedizin!

Die Palliativmedizin widmet sich der Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren und weit fortgeschrittenen beziehungsweise fortschreitenden Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung. Ihr Hauptziel ist es, die Lebensqualität des Betroffenen zu verbessern.

Doch das, was sich so selbstverständlich und nahe liegend anhört, stieß in Deutschland lange Zeit auf Ablehnung. Und bis heute ist der angemessene Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden in Deutschland kein selbstverständlicher Bestandteil der medizinischen Versorgung.

Diese ablehnende Haltung ist nicht ohne Auswirkungen auf die Praxis geblieben. Palliativpatienten müssen oft lange auf ein Bett in einer Palliativeinrichtung warten. Für die stationäre Behandlung stehen in Deutschland derzeit 580 Betten auf 70 Palliativstationen und 830 Betten in 93 stationären Hospizen zur Verfügung. Damit ist eine ausreichende stationäre und ambulante Versorgung bei weitem nicht gewährleistet.

Die Schätzungen für den Bedarf an Palliativ- und Hospizbetten liegen bei etwa 30 bis 50 pro eine Million Einwohner.

Ende letzten Jahres standen in Deutschland lediglich 17 Betten pro eine Million Einwohner zur Verfügung. Das heißt: Für eine flächendeckende palliativmedizinische Versorgung brauchen wir in Deutschland wenigstens das Doppelte bis Dreifache an Kapazitäten. Hier sehe ich einen Punkt, an dem wir ansetzen müssen. Die Deutsche Krebshilfe kämpft schon lange in diesem Sinne. Sie hat den Gedanken der Palliativmedizin in der Bundesrepublik in den letzten Jahren entscheidend gefördert und aktiv vorangetrieben.

So fordern wir seit geraumer Zeit, dass die Palliativmedizin Teil der Medizinerbildung wird. Inzwischen ist ein Prozess in Gang gekommen, der für die weitere Entwicklung der Palliativmedizin in Deutschland hoffen lässt: So verständigten sich im Juni 2002 die Gesundheitsminister der Länder darauf, Palliativmedizin, Palliativpflege und Sterbebegleitung in die Aus- und Weiterbildung von Medizinern und Pflegekräften aufzunehmen.

Das ist ein wichtiger Schritt, dem weitere folgen müssen. Ich denke da etwa auch an eine Neuordnung des Gesundheitssystems, das schon seit längerer Zeit unter dem enormen Kostendruck kaum noch agieren kann. Da bleibt wenig Raum und Zeit für menschenwürdige Betreuung und einfühlsame Begleitung beim Sterben.

Aber gerade das brauchen die Patienten: Ihnen steht nicht nur die bestmögliche medizinische Betreuung zu, sondern auch jede psychologische und theologische Unterstützung. Es gilt, der Vereinsamung des Menschen im Sterben entgegenzuwirken.

Es ist aber nicht nur eine dringende Aufgabe, die Ärzte in unserem Land palliativmedizinisch kompetent zu machen. Vielmehr müssen wir auch den finanziellen Freiraum schaffen für palliativmedizinische Behandlungen.

Die Palliativmedizin muss integraler Bestandteil unseres Gesundheitssystems werden. Dabei geht es nicht darum, alle Patienten auf Palliativstationen zu betreuen, sondern darum, ein Sterben dort zu ermöglichen, wo die Menschen es wünschen. Arbeiten wir alle gemeinsam daran, dass jeder schwerstkranke und sterbende Mensch eine umfassende Versorgung und Betreuung bekommt. Aktive Lebenshilfe statt aktive Sterbehilfe – diesen Gedanken müssen wir in der Gesellschaft verankern.

V.

