

Katholikenrat am 24.03.2006
Sterbehilfe – von Hippokrates zu Dignitas

W. Hardinghaus

Sehr geehrte Damen und Herren,

ein Hund
der stirbt
und der weiss
dass er stirbt
wie ein Hund

und der sagen kann
dass er weiss
dass er stirbt
wie ein Hund
ist ein Mensch

Hunde, meine Damen und Herren – Zitat von Erich Fried, schläfert man ja gelegentlich ein, um sie zu euthanasieren, d.h. zu Deutsch um ihnen einen guten Tod zu verschaffen.

Niemals war Euthanasie eine ärztliche Aufgabe, zumindest nicht seit dem 5. Jahrhundert vor Christus seitdem der sogenannte Hippokratische Eid von uns Ärzten als Zunfteid oder wenn Sie so wollen, als sittliches Grundgesetz akzeptiert wird. Blicken wir kurz darauf zurück. Der vierteilige Eid des Hippokrates enthält im dritten Teil bis heute grundlegende ärztliche Vorschriften, z. B. die Abwendung jeglichen Schadens vom Kranken oder die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht. Hier bereits findet sich auch das eindeutige Postulat an den Arzt, sich „für das Leben“ einzusetzen. So lässt sich aus dem altgriechischen Text ableiten: „Niemals werde ich, auch nicht ausdrücklich darum gebeten, jemandem ein Gift zu geben, das zum Tode führt oder auch nur einen diesbezüglichen Rat erteilen“. Frei übersetzt bedeutet das durchaus: „Beihilfe zum Mord oder Selbstmord werde ich unter keinen Umständen leisten“. Da hier zweifellos auch das ungeborene Leben nicht ausgeschlossen ist, geht der Eid weiter, „ebenso werde ich keiner Frau ein Abtreibungsmittel geben, womit keinem das Leben vernichtet wird“. Wiederum freier übersetzt und bis in unsere heutige Zeit gültig: „Auch das ungeborene Leben werde ich achten und schätzen wie die Gesundheit seiner Mutter“.

Diese Grundsätze aus dem Hippokratischen Eid wurden von den Christen weitergeführt, da sie den von Jesus an die Apostel gegebenen Anweisungen der Nächstenliebe und der Barmherzigkeit entsprachen, wie im Gleichnis des Samariters. Die hippokratischen Regeln nun sind zugleich uraltes menschliches Gedankengut, auf dem z. B. heute noch das Grundgesetz Deutschlands („Die Würde des Menschen ist unantastbar“) aufbaut. Zudem hat Jesus durch seine Krankenheilungen klar gemacht, dass Krankheiten nicht eine Strafe Gottes für begangene Sünden sind, sondern Gebrechen des Körpers und des Geistes, die geheilt werden können und sollen. Ebenso macht er aber auch die Notwendigkeit der Ganzheitlichkeit deutlich, dass beim Heilen einer Krankheit die Seele beachtet werden muss, da Leib und Seele eins im Menschen sind. Darauf bauen unsere heutigen Erfolge in der Medizin durchaus auf.

Der Gynäkologe, Prof. F. Beller, schrieb einmal: „Ich hoffe, dass die entscheidenden Passagen des Eides des Hippokrates auch weiterhin Grundlage unseres ärztlichen Handelns bleiben; wenn sie es nicht mehr sind, möchte ich nicht mehr diesen Beruf ausüben.“

Und: Wer meint, im Zeitalter scheinbar unbegrenzter technischer Möglichkeiten sei ein Hippokratischer Eid bedeutungslos oder unnötig, den straft gerade die heute endloser denn je geführte Diskussion für und wider das Leben lügen. Regularien, wie der Eid dafür sind hilfreich und stützend. Das ist das eine. Das andere aber ist die Voraussetzung eines überzeugten christlichen Fundamentes.

Und das eben seit antiken Zeiten: In den vorchristlichen Jahrhunderten war z.B. der selbst gewählte Tod lange Zeit akzeptiert. Man stellte beispielsweise alten Menschen in einer Form von Sterbebeihilfe oder Euthanasie, oder genauer gesagt Beihilfe zur Selbsttötung einen sogenannten „Schierlingsbecher“ oder Giftbecher zur Verfügung. Eben erst unter dem Einfluss des Christentums (5. Gebot: Du sollst nicht töten!) wurde dieser selbst gewählte Tod jedoch verdammt. Allerdings, wer sich umbrachte, wurde ja bis zu unserer Zeit bis 1983 von einem kirchlichen katholischen Begräbnis ausgeschlossen – es sei denn, es lag eine Geisteskrankheit vor.

Euthanasie war niemals ein medizinischer Fachausdruck und wurde eigentlich bis in die Moderne auch nicht als Ausdruck für das aktive Beenden des Lebens, auch nicht durch Andere gebraucht (Beispiel Sardonisches Kraut). In seiner modernen Bedeutung wird der Begriff Euthanasie zum ersten Mal 1870 vom Engländer Williams eingeführt, der schreibt: „dass das Entfernen von unheilbaren und schmerzvollen Krankheiten Ärzten erlaubt werden sollte, um mit Einverständnis des Patienten ihn ebenso stark zu betäuben, dass alle weiteren Narkosen überflüssig werden.“

Diese Umschreibung enthält schon Elemente bzw. Motive, die regelmäßig in allen heutigen Euthanasiedebatten wiederkehren, und zwar die Voraussetzung einer unheilbar tödlichen Krankheit, unerträgliche Schmerzen sowie eine Person, die den Tötungsakt ausführt.

Um die zurückliegende Jahrhundertwende forderte dann auch der deutsche Jurist Binding zusammen mit dem Psychiater Hoche in seinem Buch erstmals die „Freigabe von Vernichtung unwerten Lebens“. Dieses war also keine reine

Erfindung der Nationalsozialisten, obwohl diese sie am brutalsten umsetzten, wobei leider auch Ärzte daran beteiligt waren.

In einem Antiquariat fand ich selbst ein Buch mit dem bemerkenswerten Titel: „Der Arzt und seine Sendung“ aus dem Jahr 1927. Hier forderte man z. B. von Kriegesblinden, sich umzubringen, um die Allgemeinheit von deren Last zu befreien. Auch andere Kranke sollten sich nicht mehr vermehren können. Zu solchen „sozial unerwünschten Volksmitgliedern“ zählten beispielsweise Tuberkulosekranke, Gewohnheitsverbrecher, Trinker, Geistesschwache und Dirnen. Und wenn wir heute hier über aktive Sterbehilfe und auch die Beihilfe dazu diskutieren, muss man eben an diese Euthanasiebräuche warnend erinnern, die in Deutschland vor noch nicht ganz langer Zeit schnell hoffähig werden konnten in der Hoffnung, dass dieses nicht wieder so schnell passieren kann, wobei ich mir allerdings nicht ganz so sicher bin.

Natürlich muss man aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suicid unterscheiden von der Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, z. B. von der Einstellung künstlicher Ernährung oder Beatmung. Dies ist per se keine verbotene Tötungshandlung, wenn sie auch dem Patientenwillen entspricht.

Interessant dazu eine Stellungnahme der katholischen Kirche bereits aus dem Jahre 1957, nämlich von Papst Pius den 12., der festlegt, dass künstliche Behandlung nicht in dem Fall angewendet werden muss, da diese Behandlungsmethode über die gewöhnlichen Mittel hinausgeht. Sogar das Einstellen der künstlichen Beatmung, also der Extubation mit in Kaufnahme der unmittelbaren Todesfolge sei zulässig. Dies ist allerdings nach eigener Erfahrung meistens nicht nötig. Ich kann hierfür im Verlauf der Diskussion praktische Beispiele aus eigener Erfahrung zitieren.

Seit jeher beruht die Medizin auf 3 therapeutischen Prinzipien, und zwar auf der kurativen (Heilung ist beabsichtigt), der adjuvanten (die angestrebte Heilung wird unterstützt) und der symptomatischen Vorgehensweise.

Lange Zeit, noch bis Anfang des 20. Jahrhundert zurück bildete symptomatisches Vorgehen zwangsläufig den Schwerpunkt ärztlichen und pflegerischen Handelns, da es nur wenige kurative Möglichkeiten gab, wie z. B. das Penicillin oder Insulin ab etwa den zwanziger Jahren. Ärztliches Ethos und ethische Gesichtspunkte hatten deshalb symptomorientiert und damit auch am Menschen orientiert einen großen Einfluß.

Durch die nachfolgenden kurativen Erfolge der technischen und naturwissenschaftlichen Apparate- und Hochleistungsmedizin in folgenden Jahrzehnten geriet dieser ganzheitliche Ansatz unverdient ins Hintertreffen.

Erst wiederum die große Zunahme unheilbar fortgeschrittener Erkrankungen, die steigende Multimorbidität zunehmend älter werdender Menschen in den letzten 20 Jahren führte zu einer Neubewertung und Neubesinnung, was schließlich die Entwicklung in der Palliativmedizin bzw. der Erneuerung der an sich uralten Hospizidee förderte.

Als ein ethisches Problem der Zukunft muss bereits an dieser Stelle davor gewarnt werden, dass unter dem Druck steigender Gesundheitskosten und der Überalterung der Bevölkerung eine möglicherweise liberale oder sogar ablehnende Haltung gegenüber dem Leben chronisch Kranker, Behinderter und pflegebedürftiger Menschen resultieren könnte. Eine Erhaltung humanitärer Grundeinstellung erfordert, jeden Anschein zu vermeiden, die Gesellschaft könnte ihre schwächsten Mitglieder zu einer vorzeitigen Beendigung ihres Lebens veranlassen oder sich gar ihrer entledigen. Sterben in Würde, unser heutiges Thema, wäre damit ad absurdum geführt.

Mit dem eventuellen Verzicht auf die künstliche Ernährung als Teil der Grundpflege bewegen wir uns inzwischen auch naturwissenschaftlich auf gesichertem Boden. Der Patient verspürt im Allgemeinen keinen Hunger und Flüssigkeitsdefizite kann der menschliche Organismus bzw. das Gehirn durch erhöhte Serotoninausschüttung (das ist, wie Sie wissen, das sogenannte Glückshormon) in der Agonie ausgleichen.

Vorsorgende Maßnahmen immer die Kommunikation sind aufklärende Gespräche auf allen Ebenen innerhalb der Familie, innerhalb der Partnerschaften zwischen Arzt, Pflegenden und Patienten über z.B. zu erwartende ungünstige Krankheitsverläufe und auch über die guten Möglichkeiten einer palliativen Behandlung- und Schmerztherapie.

Laien wissen oft zu wenig über die Tragweite lebensverlängernder Maßnahmen. Wir glauben daneben immer noch, dass wir über das Thema „Sterben und Tod“ nur mit den Alten und Schwerkranken, nicht aber schon mit jüngeren und gesunden Patienten sprechen müssen.

Vielleicht haben wir wirklich wenig Zeit, vielleicht aber fühlen wir uns selbst bei diesem Thema noch unsicher, zumindest noch unwohl und beschäftigen und nicht selbst mit dem Thema Tod, anstatt dies zu enttabuisieren.

(Hier Beispiele aus dem Osnabrück Community Chat) (sh. Anhang)

Und vergessen wir nicht: Die Äußerung „ich will sterben“, ist auch ein sprachlicher Appell „ich will so nicht mehr leben!“

Für die ärztliche pflegerische Arbeit sind das Sprechen und das Verstehen auch hier fundamentale und vertrauen schaffende Bestandteile unserer Arbeit.

Dabei darf auch Mitleid sein im Sinne der Empathie, nicht allerdings der Euthanasie wie sie Hackethal einst als Mitleid vorgab. „Ich konnte nicht mehr hinsehen“.

Psychologische Gutachter eines Prozesses gegen eine Krankenschwester stellten, wie man in den Prozessakten lesen kann, bei der Mercy-Killerin einen „symbiotischen Grenzverlust“ fest.

Sie war unfähig, das Leid ihrer Patienten vom eigenen Leid zu unterscheiden und machte sich damit das Töten leichter. Die Krankenschwester machte folgenden Eintrag in das Übergabebuch ihrer Station über eine 82-jährige Patientin:

„Kreislaufmäßig bis saumäßig, Diurese mies bis ganz mies, AZ nicht unbedingt der beste, führt nicht mehr flüssig ab. Bitte öfter in Leichenhalle nachsehen, ob die Patientin dort ruhig liegt, war unruhig, Patientin wurde auf eigenen Wunsch dorthin verlegt. Ansonsten ruhiger Dienst, schönes Wochenende, wenig Maloche!“

Gerade wir katholischen Christen bedenken angesichts des Sinnbilds Jesu am Kreuze: Leidvolles Leben muss nicht zwangsläufig menschenunwürdig sein. Menschen unwürdig sind per se auch nicht Krankheit und Leid, sondern ein Verhalten, das den Kranken als wirkliche Person nicht ernst nimmt, ihn eher infantilisiert oder sogar depersonalisiert.

Das andere Argument liefert die Palliativmedizin und die Hospizarbeit, die Euthanasie unnötig macht und machen will, gerade auch im Hinblick auf unsere Nachbarländer. Hospize beispielsweise gibt es in den Niederlanden nur 2, hierzulande bereits weit über 100.

So haben sie ganz zum Schluss noch ein Beispiel aus unserer Abteilung.

Eine 27 jährige Leukämiepatientin haben wir kurz vor ihrem Tode gefragt, ob und was sie noch einmal anders machen würde, wenn sie Gelegenheit hätte:

Sie schreibt: „Ich denke, die Zeit, die man mit sich selbst verbringt, wo nichts passiert, also wo kein Programm ist, wo man einfach mit sich ist, dass das die intensivste Zeit ist, und dass das, wenn ich jetzt zurückschaue, die Momente waren, wo ich das Gefühl hatte, da habe ich richtig gelebt, also da war ich richtig da. Wenn ich jetzt noch einmal Zeit hätte, da wäre für mich das Wichtigste, einfach mir selber Raum zu geben, vielleicht eine Stunde am Tag oder zwei oder immer so Phasen wieder, wo einfach nichts ist und wo ich einfach mit mir sein kann.“

Dieser Ausspruch der jungen sterbenden Frau hat uns SPES VIVA – Mitarbeiter nachdenklich gemacht, weil sie schließlich eine Lebenseinsicht äußert, in einer Zeit wo Action und Fitnessstudios und die technisierte, im Grunde kommunikationslose Welt angesagt erscheinen.

Wir alle wissen persönlich nicht, ob es uns eines Tages gelingen wird, diese Lebensansicht vor unserem eigenen Sterben und Tod zu realisieren. Gelernt haben wir jedoch, in der Begleitung Sterbender in diesem Zusammenhang über einen ganz anderen scheinbar paradoxen Begriff, nämlich „Freiheit“ als ein Inbegriff von Würde nachzudenken, und vielleicht in einem etwas erweiterten Sinne der Selbstbestimmung, also der so genannten Autonomie ganz am Lebensende, über die man so vielleicht nicht von vornherein denkt: Oft haben wir nämlich aus dem erstaunten Gesicht der Patienten einem vermittelten „Du darfst so sein wie Du bist“ nahezu ungläubiges Staunen geerntet. Staunen über die Möglichkeit zu sprechen, zu weinen, zu schreien, wenn einem danach ist, oder auch zu lächeln oder zu danken, wenn einem danach ist.

Viele Patienten haben dies dankbar angenommen. Immer wenn es uns gelang, die Bitte „Du darfst mich jetzt nicht verlassen“ von Angehörigen und Freunden durch den befreienden Satz „Ja Du darfst so sein, durch darfst jetzt gehen“ zu verwandeln, auch schließlich das Lebens-Tor zu durchschreiten und sich

schließlich auch auf den Schöpfer einzulassen. Dann war die Sterbebegleitung, ja das würdevolle Sterben an der Hand und nicht durch die Hand des Helfers für die Betroffenen und auch für die Angehörigen gelungen!

Das ist Dignitas!

Keiner hätte das schöner formulieren können als Papst Paul auf dem Sterbebett: „Ich bin froh, seid ihr es auch!“