

20-21/2007

Hausarztmedizin
 Médecine de Premier recours
 Medicina di base
 Primary Care Medicine

SSMG
SGAM**Offizielles Organ / Organe officiel / Bollettino ufficiale**

Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin SGAM
 Société Suisse de Médecine Générale SSMG
 Società Svizzera di Medicina Generale SSMG

Kollegium für Hausarztmedizin KHM
 Collège de médecine de Premier recours CMPR
 Collegio di medicina di base CMB

Schweizerische Gesellschaft für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SGPPM
 Société Suisse de Médecine Psychosomatique et Psychosociale SSMPP
 Società Svizzera di Medicina Psicosomatica e Psicossociale SSMPP

Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin APPM
 Académie de Médecine Psychosomatique et Psychosociale AMPP
 Academia di Medicina Psicosomatica e Psicossociale APPM

- Morning has broken
- Bürgenstock 2007
- APPM INFOflash
- Das macht Ärztenetze erfolgreich!
- Cardiopathie coronaire aiguë
- Zur Fahrtüchtigkeits- bzw. Sicherheitsbeurteilung von Senioren
- Sterbenlassen

PrimaryCare

Von Hausärzten für Hausärzte

Editorial / Éditorial / Editoriale

Morning has broken	<i>Hansueli Späth</i>	320
Fahrfähigkeitsbeurteilung von Senioren	<i>Bruno Kissling</i>	322
Evaluation de l'aptitude à la conduite d'un véhicule pour les personnes âgées	<i>Bruno Kissling</i>	323

Aktuelles/Standespolitik / Actualités/Politique professionnelle / Attualità/Politica professionale

En direct de la salle de réunion du comité de la SSMG Bùrgenstock 2007	<i>Christoph Cina</i>	324
Résumé des conférences au Bùrgenstock 2007: première partie	<i>Christoph Cina</i>	325
Plaidoyer pour l'unité des «Médecins de famille suisses»	<i>Daniel Widmer</i>	326
APPM INFOflash April 2007	<i>Bertrand Baumann</i>	327
«Money, Fun and Glory» – Das macht Ärztenetzwerke erfolgreich!	<i>Pierre Loeb</i>	329
	<i>Adrian Wirthner</i>	330

Continuous professional development / Développement professionnel continu / Sviluppo professionale continuo

Cardiopathie coronaire aiguë	<i>Benedict Martina, Matthias Pfisterer</i>	332
Zur Fahrtüchtigkeits- bzw. Sicherheitsbeurteilung von Senioren durch Ärztinnen und Ärzte	<i>Peter Meier</i>	334
Sterbenlassen	<i>Philipp Stoellger</i>	337

IMPRESSUM

Redaktion / Rédaction

Dr. Alex Ammann, Dr. Bruce Brinkley, Dr. Bruno Kissling (Chefredaktor / Rédacteur en chef), Dr. Pierre Klausner, Dr. Franz Marty, Dr. Natalie Marty (Managing editor), Dr. Marc Müller, Dr. Edy Riesen, Dr. Bernhard Rindlisbacher, Dr. Peter Schläppi, Dr. Hansueli Späth, Dr. Peter Tschudi, Dr. Daniel Widmer; Guest editor SGIM: Dr. Joël Cuénod
Redaktionsassistentin: Louise Bigler
Lectorat français: Christiane Hoffmann
Lectorat deutsch: Daniel Berner, lic. phil.

Redaktionsadresse / Adresse de la rédaction

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsbürgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. +41 (0)61 467 85 54, Fax +41 (0)61 467 85 56
E-Mail: primary-care@emh.ch

Verlag / Editions

EMH Editores Medicorum Helveticorum
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
EMH Editions médicales suisses SA
Postfach, CH-4010 Basel
Website <http://www.emh.ch>

Herstellung / Production

Schwabe AG, Muttenz

Inserate / Annonces

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Ariane Furrer
Assistentin Inserateregie
Farnsbürgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. +41 (0)61 467 85 88
Fax +41 (0)61 467 85 56
E-Mail: afurrer@emh.ch

Marketing EMH

Thomas Gierl M.A.
Leiter Marketing und Kommunikation
Farnsbürgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. +41 (0)61 467 85 49
Fax +41 (0)61 467 85 56
E-Mail: tgierl@emh.ch

Abonnemente / Abonnements

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Abonnemente
Farnsbürgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. +41 (0)61 467 85 75
Fax +41 (0)61 467 85 76
E-Mail: abo@emh.ch

Jahresabonnement / Abonnement annuel

CHF 100.– (zuzüglich Porto/port en plus)

© 2007 by EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or be translated without prior permission, in writing, of the EMH.

ISSN 1424-3776

Erscheint wöchentlich / Paraît chaque semaine

Sterbenlassen

Für und wider eine Unvermeidlichkeit (Teil 1)¹

Philipp Stoellger

Sehr geehrte Damen und Herren, im «Talmud» wird erzählt:

«Am Tage, an dem Rabbi [Jehuda (2. Jh. n. Chr.)] im Sterben lag, ordneten die Rabbiner ein Fasten an und flehten um Erbarmen. [...] Die Magd Rabbis stieg auf das Dach und sprach: Die droben verlangen nach Rabbi, und die hienieden verlangen nach Rabbi; möge es dein Wille sein, daß die hienieden die droben besiegen.

Als sie aber sah, wie oft er den Abort aufsuchte, und sich damit abquälte, die Tephillin [Gebetsriemen] ab- und anzulegen, sprach sie: Möge es dein Wille sein, daß die droben die hienieden besiegen.

Da aber die Rabbiner nicht aufgehört hatten zu beten, nahm sie einen Krug und warf ihn vom Dach hinab; sie stockten [im Gebet], und die Seele Rabbis kehrte zur Ruhe ein.»²

Die kluge Magd war offenbar so betroffen vom Leiden des Rabbis, dass sie beherzt eingriff in sein Sterben: «Der zerbrochene Krug» stört das Gebet – und lässt den Rabbi endlich sterben. Die Erzählung stellt ihr Eingreifen nicht als unerlaubte Herbeiführung des Todes dar, sondern als erlaubte (sogar vorbildliche?) «Hilfe zum Sterben» und als Akt des Widerstands gegen dessen (zu frommes?) Hinauszögern.

Wie man zwischen dem erlaubten Zulassen und dem unerlaubten Herbeiführen des Todes am Lebensende (zwischen passiver und aktiver Hilfe) unterscheidet, hängt von der *Wahrnehmung der Situation* ab. Hier ist eine *Unterscheidung der Perspektiven* wichtig: Urteilt man als *Beobachter* oder als *Beteiligter*?

Ein «weltanschaulich-neutraler», religiös indifferenter *Beobachter* würde im zerbrochenen Krug der Magd wohl nur ein Ereignis sehen, das mit dem Tod des Rabbis nichts zu tun hat, sondern nur ein Ausdruck ihrer Betroffenheit wäre.

Ein *juristischer Beobachter*, ein Richter etwa, würde nach den kausalen Zusammenhängen fragen: Kann der Krug etwas verursacht haben, das verboten wäre? War für die Magd der Tod eine beabsichtigte

Wirkung ihres Eingreifens? Ist sie eine Mörderin? – Wohl kaum.

Ethisch sollte man noch anders fragen und sich in die Perspektive der Beteiligten versetzen: Welche Motive und Intuitionen könnten die Magd zu ihrer Tat veranlasst haben? Hat sie aus echtem Mitleiden mit dem Rabbi gehandelt – oder hat sie vielleicht das Abwarten des Todes nicht mehr ausgehalten und sich nur von ihrem *eigenen* Leiden an der Situation befreit? Auffällig ist ja, dass sie den Rabbi nicht gefragt und dieser auch nicht um Sterbehilfe gebeten hat. War es richtig, sich so zu verhalten?

Die Erzählung stellt die Sterbehilfe der Magd jedenfalls als gut und richtig dar. Das ist für die jüdische Medizinethik sehr ungewöhnlich. Denn dort gilt in der Regel ein *radikales Verbot jeder Sterbehilfe*. So heisst es im «Talmud»:

«Jemand, der am Sterben ist, wird in jeder Beziehung wie ein Lebender betrachtet. [...] Derjenige, der ihn berührt und bewegt, der vergießt Blut. [...] Dies kann mit einer schwachen Flamme verglichen werden; sobald eine Person sie berührt, erlischt sie. So auch hier: Wer die Augen eines Sterbenden schließt, wird so angesehen, als ob er ihm seine Seele genommen hätte.»³

Der Grund für diese strikte Haltung ist, dass *das Leben* hier als *Leihgabe Gottes* wahrgenommen wird, die wir nicht antasten, nicht zerstören dürfen, weder durch Suizid noch durch Sterbehilfe.⁴

Wenn man das Leben als Leihgabe versteht, bleibt es im Grunde immer Eigentum dessen, der es uns für die begrenzte Lebenszeit geliehen hat. Wo bliebe dann die Autonomie?

1 Vortrag, gehalten am 16. Dezember 2006 in Rostock.

Der zweite Teil erscheint im Heft 22 von «PrimaryCare».

2 Der Babylonische Talmud, Ketubot 104a (Übersetzung leicht vereinfacht).

3 Semachot 1, 1–4 (ausserkanonisch). Die Übersetzung stammt von Yves Nordmann, Arzt und Medizinethiker aus Zürich. Vgl. Nordmann, 1999; Nordmann 2001a. Vgl. Hurwitz et al., 2006.

4 Vgl. Nordmann, 2001b, S. 2432.

Die Frage der *Wahrnehmung* bringt die *Hermeneutik* ins Spiel: *Wie ich etwas wahrnehme, als was ich etwas verstehe*, beeinflusst meine Einstellung und meine Urteile:

- a) Nehme ich das Leben als *Leihgabe Gottes* wahr, ist meine Entscheidungsfreiheit im Umgang damit sehr begrenzt; wie bei einem Buch aus der Bibliothek: Es gehört mir nicht, ich darf es nur für eine bestimmte Zeit benutzen, bis es zurückgefordert wird.
- b) Nehme ich das Leben als *Gabe Gottes* im Sinne eines *Geschenks* wahr, ist der Umgang damit schon weniger begrenzt (wie bei einem geschenkten Buch).
- c) Nehme ich es als *mein Eigentum* wahr, das von Natur aus mir gehört, kann der Umgang damit unbegrenzt sein (wie bei einem gekauften oder selbstgeschriebenen Buch).

In diesem Raum «weltanschaulicher» Bestimmtheit entstehen die ethischen Konflikte um die Sterbehilfe: Verstehe ich mein Leben als mein Eigentum, ist allein meine Selbstbestimmung am Lebensende entscheidend. Dann fragt sich, was eigentlich «Selbstbestimmung» meint, und ob sie das einzige Kriterium sein kann. Wenn aber mein Leben noch anderen «gehört» – warum auch immer –, wenn es von Gott gegeben und mit meinen Nächsten gelebt wird, dann kann ich nicht ganz so frei darüber entscheiden.

Ethische Orientierung bewegt sich zwischen Regeln und Situationen, zwischen Gesetzen und Betroffenen. So gilt einerseits die Regel: «Ein Arzt muss heilen und Leid lindern – er darf nicht töten.» Das erklärte etwa Eugen Brysch, Vorstand der Deutschen Hospiz-Stiftung in einem offenen Brief an Werner Stauffacher, den Präsidenten der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) und der Konferenz der schweizerischen wissenschaftlichen Akademien (CASS).⁵

Aber was tun, wenn nicht mehr zu heilen ist und das Leiden unerträglich wird, was tun, wenn der Patient um Sterbehilfe bittet? Dann muss *ein Arzt auch sterben lassen können und dürfen*. Sonst wird er zum Gefangenen medizinischer Machbarkeitszwänge. Von dieser Intuition gehe ich im folgenden aus.

Die Frage lautet dann: *Bis wann ist das ärztliche Handeln gebotene Sorge um das Leben und wann kippt es; wann wird es zur quälenden Verzögerung des Sterbens? Wann ist das Sterbenlassen angezeigt? Und wie aktiv darf man werden im Zulassen des Sterbens?*

Ein zerbrochener Krug, ein gestörtes Gebet – das war jedenfalls nicht nur passive Hilfe. Das *Dilemma*

besteht darin, wie *aktiv* Sterbehilfe sein darf, ohne im «kriminellen Sinne» *aktiv* zu werden.

Um *Missverständnisse* zu vermeiden: Es geht mir hier weder um eine «Apologie» der Freigabe von aktiver Sterbehilfe wie in den Niederlanden noch um eine Verteidigung der «professionellen» Suizidbeihilfe in der Schweiz oder gar des Suizids «aus Kostengründen». Es geht mir um ein tieferliegendes Problem, das nicht einfach mit *juristischen Regeln* oder *dogmatischen Prinzipien* «gelöst» werden kann.

Ob Sterbehilfe «aktiv» oder «passiv» ist, lässt sich nicht nur aufgrund objektivierbarer Akte entscheiden. *Zwischen aktiv und passiv erhebt sich immer wieder die Frage, als was eine Handlung wahrgenommen wird: als Sterbenlassen oder schon als Herbeiführung des Todes? Und wieviel «Tun» darf im Sterbenlassen am Werk sein?*

Dazu möchte ich die Sensibilität für die *Wahrnehmungsdimension* ethischer Probleme etwas schärfen.

Wahrnehmungsdifferenzen

In unseren «Modern Times» wird sehr verschieden wahrgenommen. Die Pluralisierung der Horizonte und Perspektiven bringt einen Wahrnehmungspluralismus mit sich, in dem sich keine Perspektive als die zentrale behaupten kann. Was vor Zeiten dem Christentum oblag, nimmt heute eher das sogenannte *autonome Subjekt* für sich in Anspruch. Und das versteht sich massgeblich über sein Handeln in und aus Freiheit: als aktiv, autonom und selbstbestimmt.

Nur führt das leicht zu einer Schwäche der Aufmerksamkeit: Das Andere des Handelns (wie Lassen oder Leiden) interessiert nur am Rande. Alles Handeln richtet sich vielmehr darauf, das Leiden aus der Welt zu schaffen. In dieser Fluchtlinie liegt auch eine Befürwortung der Sterbehilfe – als Akt der Selbstbestimmung am Lebensende. Aber wer ist eigentlich «das Selbst»? Ein einsames Subjekt?

Die Theologie versteht den Menschen als Beziehungswesen – das nicht nur aus Selbstbestimmung besteht, sondern auch aus kreativer Fremdbestimmung. Da die evangelische Theologie aus einer Passionsgeschichte entstanden ist, nach der sowohl Schöpfung als auch Rechtfertigung dem Subjekt

5 Vgl. Brysch, 2004. Eugen Brysch richtete sich damit vor allem gegen Schweizer Organisationen (Dignitas, Exit), die den assistierten Suizid praktizieren; dies insofern zu Recht, als er jede schiefe Ebene meiden wollte, die zur unfreiwilligen Euthanasie führt.

«rein passiv» widerfahren, verfügt sie über eine andere Aufmerksamkeit und über andere Kompetenzen. Diese können bei der Behandlung ethischer Probleme hilfreich sein – allerdings nicht, wenn sich die Theologie in einen schlechten Gegensatz zur Moderne begibt.

Solche Wahrnehmungsdifferenzen zu vermitteln, ist in der Regel die Aufgabe des *Rechts*. Aber dieser Umstand entlastet weder von den Fragestellungen der Ethik noch von der hermeneutischen Erschließung dieser Wahrnehmungsdifferenzen, die sich letztlich in der ethischen Gretchenfrage verdichten: «Wie hältst Du's mit dem Sterbenlassen?»

Ist mein Tod (*meine*) Sache, ein Akt meiner Selbstbestimmung? Beginnt man mit einer solchen Frage bereits auf Abwege zu geraten? Oder *muss* man so fragen, um das Sterben nicht allein von der Leistungsfähigkeit der Maschinen abhängig zu machen?

Unterscheidungen

Bemerkenswert ist zunächst, dass es im deutschen «Strafgesetzbuch» (StGB) keine explizite Regelung zur Sterbehilfe gibt.⁶ Rechtlich gilt der Rahmen: Es ist verboten, einen anderen zu töten (auch auf dessen Verlangen hin); und es ist erlaubt, sich selbst zu töten.

Was aber soll man in folgender *Situation* tun?⁷

1. Ein Patient befindet sich in einem schweren, irreversiblen Leidenszustand (Todesnähe).
2. Er hat wiederholt und bewusst das ernste Verlangen zu sterben geäußert.⁸
3. Und das Leiden wird vom Betroffenen (und den Angehörigen) als unerträglich beurteilt.⁹

1. Lebenserhaltende Massnahmen zu *unterlassen*, gilt dann als erlaubt, als *passive Sterbehilfe*. Man darf etwa Geräte aus- oder bei auftretenden Komplikationen erst gar nicht einschalten. Aufschlussreich ist, dass von Ärzten und Pflegern die Einstellung lebenserhaltender Massnahmen als problematischer wahrgenommen wird als gar nicht erst damit zu beginnen.¹⁰ Denn der Abbruch wirkt aktiver, ethisch fragwürdiger als die Nichtaufnahme. Juristisch wird in diesem Zusammenhang allerdings kein Unterschied gemacht: Beides ist erlaubtes Unterlassen, das man «passiv» nennt.

2. Demgegenüber würde es als unerlaubte *aktive Sterbehilfe* gelten, wenn der Arzt dem Patienten Gift spritzt, um ihn zu töten. Das ist rechtlich verboten, verstösst auch gegen die Standesregeln (wie zitiert: ein Arzt darf nicht töten). Es wäre eine beabsichtigte

Herbeiführung des Todes und damit strafbar nach Paragraph 216 StGB: als «Tötung auf Verlangen».

3. Als *Zwischenform* der passiven und aktiven gibt es auch die *indirekt-aktive (oder indirekte) Sterbehilfe*. Davon spricht man zum Beispiel, wenn Schmerzmittel so hoch dosiert werden, dass sich als *nicht beabsichtigte Nebenwirkung* der Eintritt des Todes beschleunigt (terminale Sedierung). Eine solche Massnahme gilt unter Juristen offiziell als erlaubt,¹¹ wenn der Sterbeprozess bereits eingesetzt hat, wenn das (mutmassliche) Einverständnis des Patienten besteht und *wenn nicht durch das Schmerzmittel* der Tod herbeigeführt wird.¹² Würde das Schmerzmittel *allein* zum Zweck der Tötung verabreicht, müsste dies als aktive Sterbehilfe betrachtet werden. Hier besteht offensichtlich die Gefahr einer Unehrlichkeit: Wann wird eine Nebenwirkung lediglich in Kauf genommen, und wann ist sie beabsichtigt?

Was also hat die Magd von Rabbi Jehuda getan? Hätte Sie ihm den Krug auf den Kopf geworfen, hätte es sich um aktive Sterbehilfe gehandelt, um ein Tötungsdelikt. Wäre der Rabbi durch den Krug nur in Ohnmacht gefallen und nicht *dadurch* gestorben, hätte das beinahe dieselbe Wirkung gehabt wie ein Schmerzmittel und müsste als Fall von medizinisch nicht ganz korrekter indirekt-aktiver Sterbehilfe bewertet werden. Wenn die Magd damit nicht den Tod herbeiführen *wollte*, wäre das im deutschen Rechtssystem noch erlaubt.

Aber den Krug nur auf die Erde zu werfen, um das Gebet der Rabbiner zu stören, kommt allenfalls der erlaubten passiven Sterbehilfe gleich. Allerdings hatte Rabbi Jehuda weder ein Verlangen zu sterben geäußert noch sein Leiden als unerträglich beurteilt.

6 Eser, 1995, S. 154.

7 Nach Birnbacher, 1995, S. 348.

8 (Gegenprobe: ohne Verlangen, weil äusserungsunfähig?).

9 Vgl. Birnbacher, 1995, S. 364.

10 Friedrich, 2003 S. 33.

11 Der deutsche Bundesgerichtshof hat erstmals in seiner Entscheidung vom 15. November 1996 diese sogenannte indirekte (aktive) Sterbehilfe als zulässig erachtet. Im Urteil heisst es: «Eine ärztliche gebotene, schmerzlindernde Medikation, entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen wird bei einem Sterbenden nicht dadurch unzulässig, dass sie als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene unvermeidbare Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann.» (Vgl. Notstandsregelung des § 34 StGB.) In Österreich (§ 75 Abs. 4 ÖStGB) wird zur «Sterbehilfe mit Lebensverkürzung» folgendes verfügt: «Die zur Beseitigung unerträglicher Schmerzen im letzten Stadium schwerer Krankheiten notwendig zu verabreichenden Medikamente können eine gewisse Lebensverkürzung zwangsläufig mit sich bringen. Überwiegend wird auch diese Art von Sterbehilfe als gerechtfertigt angesehen.» Das wäre *indirekt-aktive* Sterbehilfe.

12 Eser, 1995, S. 167.

Und dennoch wird im «Talmud» der «zerbrochene Krug» der Magd als erlaubt dargestellt, wenn nicht sogar als vorbildlich. Darf man so handeln, ohne den Betroffenen zu fragen?

Schön warm zudecken, Frau B.

Wie soll man dann das folgende Beispiel beurteilen? Frau B., 89 Jahre alt, wird bewusstlos auf die Intensivstation gebracht. Sie hat eine schwere Hirnblutung erlitten, die nicht operiert werden kann. Der behandelnde Arzt hält einen Hirntod für möglich. Alle beteiligten Ärzte und Pfleger sind sich darüber einig, dass es wünschenswert sei, die Patientin «gehen zu lassen». Ein Arzt bemerkt, ihnen seien gesetzlich die Hände gebunden, sie dürften Frau B. nicht beim Sterben helfen. Zur Erleichterung könne er sich als legale Hilfe allerdings vorstellen, sie «schön warm zuzudecken».

Bei schweren Hirnschädigungen versagt früher oder später die körpereigene Regulierung der Temperatur, es kommt zu Fieber, das den Sterbeprozess beschleunigt. Die Patientin wird maximal versorgt. Auf ihre steigende Körpertemperatur reagiert man jedoch anders als sonst. Frau B. wird nicht, wie üblich, nur mit einem Laken zugedeckt. Auch die gängigen fiebersenkenden Pflegemassnahmen wie zum Beispiel kühlende Waschungen unterbleiben. Statt dessen wird sie einfach warm zugedeckt (das Gesicht bleibt frei), damit das Fieber steigen und die Frau sterben kann.¹³

Hier wird es schwierig. Denn was die Patientin will, kann man sie nicht fragen. Wenn andere für sie entscheiden, ist das entweder *fürsorglich* oder aber *paternalistisch*. Nun haben die Beteiligten die Situation als ausweglos eingestuft und Mutmassungen darüber angestellt, welches Vorgehen dem Wunsch der Patientin entsprechen würde. Die Beteiligten wollen ihr helfen, sie sterben lassen. Sie haben nichts unterlassen, sondern sie «maximal versorgt». Sie haben also noch nicht einmal *passive* Sterbehilfe geleistet, so scheint es.¹⁴ Sie haben Frau B. nur schön warm zugedeckt. Kann man ihnen das vorwerfen?

Ein juristischer Beobachter fragt nach den Kausalverhältnissen: *Wer hat mit welcher Wirkung und in welcher Absicht was getan?* Woran ist Frau B. gestorben? An ihrer Hirnblutung? Nein, sondern am «Schön-warm-zugedeckt-wordsen-Sein», und so urteilte auch ein Jurist in diesem Fall. Denn statt die Körpertemperatur der Frau zu senken, wurde durch *das Zudecken* ihr Tod herbeigeführt. Juristisch hiesse

das: vorsätzlicher Totschlag, ein Kapitalverbrechen.¹⁵

Das dürfte nicht nur die am Fall Beteiligten erschrecken.

Hermeneutisch sollte man fragen: Was geschieht bei einem solchen Urteil eigentlich? Bestimmte Handlungen werden unter bestimmte Kategorien subsumiert. Und das Resultat ist ein hartes Urteil, das eine Selbsttäuschung der Beteiligten ans Licht bringt: Das Zudecken wirkt fürsorglich und unverdächtig – aber es führt zum Tod.

Nur, stimmt ein solches Urteil mit den Phänomenen und mit unserer Wahrnehmung der Situation überein? Den Akt des Zudeckens juristisch als Straftat oder theologisch als Vergehen am gottgegebenen Leben zu verurteilen, wäre eine eindeutige Antwort. Aber ist der Fall so eindeutig?

Der Handlungssinn des Zudeckens war nicht die Herbeiführung des Todes, sondern das Zulassen des Sterbens, als dieses schon begonnen zu haben schien. Wenn man die handlungsleitende Intuition der Beteiligten beachtet – kann das Zudecken als passive Sterbehilfe beurteilt werden, wenn man darunter das *Sterbenlassen* versteht. Hier entscheidet die Situationswahrnehmung, das heisst *als was* man das Zudecken wahrnimmt.

Die Beteiligten haben den Tod nicht *herbeigeführt*, sondern nur den Sterbevorgang verkürzt (sofern Frau B. nicht schon hirntot war). Wenn man diese Verkürzung des Sterbens als Nebenwirkung des Zudeckens wahrnimmt, würde es sich um einen Fall von indirekt-aktiver Sterbehilfe handeln, nicht um eine Tötungsabsicht also, sondern um ein Helfen zum Sterben.

Jedenfalls war in diesem Sterbenlassen mehr Aktivität am Werk, als es den Anschein hat. Darf das quälende Abwarten des Todes auf diese Weise verkürzt werden?

Dr. theol. Philipp Stoellger
Radolfzeller Strasse 30
D-78467 Konstanz
stollger@theol.unizh.ch

¹³ Schwerdt/Merkel, 2006.

¹⁴ Dass Ärzte oft nicht wissen, was erlaubt wäre und was nicht, welche Massnahmen also unter die Kategorie der passiven und der indirekt-aktiven Hilfe fallen, ist bemerkenswert. Vgl. dazu www.thiemeconnect.com/ejournals/abstract/dmw/doi/10.1055/s-2005-837410;jsessionid=960F771B2A1BD50A89664EAF1948B111.jvm1.

¹⁵ Schwerdt/Merkel, 2006, S. 257. Allerdings: versuchter Totschlag, sofern keine nachweisliche Lebensverkürzung vorlag (ansonsten nicht nur versuchter).

22/2007

Hausarztmedizin
 Médecine de Premier recours
 Medicina di base
 Primary Care Medicine


 SSMG
 SGAM


Kollegium für Hausarztmedizin KHM
 Collège de médecine de Premier recours CMPR
 Collegio di medicina di base CMB



Schweizerische Gesellschaft für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SGPPM
 Société Suisse de Médecine Psychosomatique et Psychosociale SSMP
 Società Svizzera di Medicina Psicomatica e Psicologica SSMP



Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin APPM
 Académie de Médecine Psychosomatique et Psychosociale AMPP
 Accademia di Medicina Psicomatica e Psicologica APPM

● Warum???

● Pourquoi???

● 9. Fortbildungstagung des KHM

● Kardiale Ischämiediagnostik

● Approche communautaire
 en médecine de premier recours

● Beurteilung der Fahreignung

● Anna ou l'incarnation du médecin
 de famille idéal de demain

Primary Care

Par les médecins, pour les médecins

Editorial / Éditorial / Editoriale

Warum???	Marc Müller	344
Pourquoi???	Marc Müller	345

Aktuelles/Standespolitik / Actualités/Politique professionnelle / Attualità/Politica professionale

Bürgenstock 2007	Christoph Cina	346
Die Kadertagung der SGAM auf dem Bürgenstock 2007	Peter Tschudi	347
Wonca-Europe-Kongress 2007 in Paris / Congrès de la Wonca Europe à Paris 2007	Bruno Kissling	349
9. Fortbildungstagung des KHM	Heidi Fuchs, Branka Muser	350
APPM INFOflash avril 2007	Pierre Loeb	352
Dachorganisation Schweizer HausärztInnen: Stellungnahme JHaS	Monika Reber Feissli	353
So nicht! Aber wie denn?	Christian Marti	354
Zur Zukunft von «PrimaryCare»	Gerhard Schilling	354

Continuous professional development / Développement professionnel continu / Sviluppo professionale continuo

Kardiale Ischämiediagnostik	Michael Zellweger	355
Approche communautaire en médecine de premier recours	Nicole Jaunin-Stalder, Alain Pécoud	357
Richtlinien zur Beurteilung der Fahreignung bei Seniorinnen und Senioren	Rolf Seeger,	361
JungärztInnentreffen auf dem Niederhorn	Wolfgang Czerwenka	
Sterbenlassen	Eva Kaiser	366
	Philipp Stoellger	367

Dies und Das / De ci – de là / Qua e là

Anna ou l'incarnation du médecin de famille idéal de demain	François Héritier	372
---	-------------------	-----

IMPRESSUM

Redaktion / Rédaction

Dr. Alex Ammann, Dr. Bruce Brinkley,
Dr. Bruno Kissling (Chefredaktor / Rédacteur
en chef), Dr. Pierre Klausner, Dr. Franz Marty,
Dr. Natalie Marty (Managing editor), Dr. Marc
Müller, Dr. Edy Riesen, Dr. Bernhard Rindlis-
bacher, Dr. Peter Schläppi, Dr. Hansueli Späth,
Dr. Peter Tschudi, Dr. Daniel Widmer; Guest
editor SGIM: Dr. Joël Cuénod
Redaktionsassistentin: Louise Bigler
Lectorat français: Christiane Hoffmann
Lektorat deutsch: Daniel Berner, lic. phil.

Redaktionsadresse / Adresse de la rédaction
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. +41 (0)61 467 85 54, Fax +41 (0)61 467 85 56
E-Mail: primary-care@emh.ch

Verlag / Editions

EMH Editores Medicorum Helveticorum
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
EMH Editions médicales suisses SA
Postfach, CH-4010 Basel
Website <http://www.emh.ch>

Herstellung / Production
Schwabe AG, Muttenz

Inserate / Annonces

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Ariane Furrer
Assistentin Inserateregie
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. +41 (0)61 467 85 88
Fax +41 (0)61 467 85 56
E-Mail: afurrer@emh.ch

Marketing EMH

Thomas Gierl M.A.
Leiter Marketing und Kommunikation
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. +41 (0)61 467 85 49
Fax +41 (0)61 467 85 56
E-Mail: tgierl@emh.ch

Abonnemente / Abonnements

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Abonnemente
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. +41 (0)61 467 85 75
Fax +41 (0)61 467 85 76
E-Mail: abo@emh.ch

Jahresabonnement / Abonnement annuel
CHF 100.- (zuzüglich Porto / port en plus)

© 2007 by EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG,
Basel.

All rights reserved. No part of this publication
may be reproduced, stored in a retrieval system,
or transmitted in any form or be translated
without prior permission, in writing, of the EMH.

ISSN 1424-3776
Erscheint wöchentlich / Paraît chaque semaine

Auch als parenterale Form
Omezol-Mepha® 40 i.v. erhältlich



Omezol-Mepha® MT
Omeprazol

Weiterführende Informationen siehe Arzneimittelkompendium

Sterbenlassen

Für und wider eine Unvermeidlichkeit (Teil 2)¹

Philipp Stoellger

Wieviel Aktivität ist erlaubt? Hans Küngs Bruder

Die juristische Frage nach Kausalverhältnissen und Zurechnungsrelationen orientiert sich an der Unterscheidung zwischen Tun und Unterlassen und fragt nach dem «Wer» der Täterschaft.

Tun und Unterlassen werden oft gleichgesetzt mit der Unterscheidung zwischen *aktiver und passiver* Sterbehilfe. Daher gilt das Zudecken als aktiv. Wer den Tod eines todkranken Patienten durch *Tun* herbeiführt, leistet illegale *aktive* Sterbehilfe, wer ihn *zulässt*, leistet (!) legale *passive* Sterbehilfe.¹⁶ Aber: *Im passiven Sterbenlassen ist man nie «rein passiv», sondern stets mehr oder weniger tätig.* Das Abschalten eines Gerätes oder die Nichtaufnahme einer Behandlung ist nicht «rein passiv». Dann wird klärungsbedürftig, wann genau der *Schritt in die illegale Aktivität* passiert. Diese *Grauzone* der indirekt-aktiven Sterbehilfe *zwischen passiver und aktiver* ist höchst umstritten.¹⁷

Ist die Gabe von Schmerzmitteln mit der Nebenwirkung der Lebensverkürzung noch ein vertretbares Sterbenlassen – oder schon ein Töten? Schmerzmittel überdosiert zu geben und die indirekte tödliche Wirkung leugnen zu müssen (um straffrei zu bleiben), ist meines Erachtens eine unerträgliche Lage für den Arzt. Er wird hier vom Recht zur Unehrlichkeit¹⁸ genötigt oder gar zur «Heuchelei».¹⁹

Juristisch ist diese indirekt-aktive Hilfe entweder *strafbar* («Tötung auf Verlangen»), im Einzelfall eventuell straffrei, oder sogar *Pflicht* des Arztes, wenn er nur durch diese Schmerzmittel die gebotene Schmerzlinderung erreichen kann.²⁰

Eine prinzipielle Ablehnung dieser riskanten Aktivität im Sterbenlassen wäre jedenfalls zu wenig erfahrungsbezogen. Hier darf der Arzt nicht von Recht und Theologie allein gelassen werden. Es bedarf nicht nur der Sterbebegleitung, sondern auch der *Sterbehelferbegleitung* – in einem *offenen Raum*, in dem angstfrei besprochen werden kann, *als was* eine *tätige* Hilfe wahrgenommen wird (und wie sie zu verantworten ist).

Das zeigt ein Beispiel, das der Theologe Hans Küng als Grund seines Plädoyers für ein menschenwürdiges Sterben erzählte:

Als sein 22jähriger Bruder an einem inoperablen Gehirntumor starb, litt er fürchterliche Qualen ohne Aussicht auf Genesung. War dieser unendlich leidvolle Tod «von Gott gegeben», von ihm «verfügt» und daher gehorsam zu ertragen?²¹ Wäre es ein Widerstand gegen Gottes Willen und daher sündige Selbstbestimmung, dann seinem Leben ein Ende zu machen (oder andere darum zu bitten)? Wäre es ein hybrides «Nein» gegen Gottes unbedingtes «Ja» zum Leben?

Oder – so meine Vermutung – ist nicht der Tumor ein Übel, das keineswegs von Gott verfügt ist. Dieses Übel und seine Wirkung, das unerträgliche Leiden, ist scharf von Gottes Willen zu unterscheiden (sonst würde man Gott zum Urheber allen Leidens machen). Gott zu gehorchen, kann auch heißen, diesem Übel und dem Leiden zu widerstehen: mit Mitteln der Medizin, sei es zur Schmerzlinderung, sei es zur Beendigung des Leidens und Lebens.²²

Rudolf Bultmann konnte noch formulieren: «*Im Leiden wird der Mensch zu sich selbst gebracht. [...] Aus dem Leiden wächst dem Menschen eine innere Kraft zu, in der er jedem Schicksal überlegen ist.*»²³

1 Der erste Teil ist im Heft 20-21 von «PrimaryCare» erschienen.

16 Als juristischer Beleg: «So gesehen besteht die aktive Sterbehilfe in einem Tun, die passive Sterbehilfe in einem Unterlassen.» Pauser, 2001, S. 625.

17 Vgl. Küng, 2003, S. 44–6.

18 So wörtlich Eser, 1995, S. 170.

19 Körtner, 1996, S. 68. Vgl. Birnbacher, 1995, S. 350f.: Absichtlich/unabsichtlich taugt nicht zur Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe. Denn auch die passive als Geschehenlassen, lässt den Tod absichtlich «geschehen».

20 Birnbacher, 1995, S. 345.

21 So Küng, 1996, S. 52f.

22 Ebd., S. 55: «Gerade weil der Mensch Mensch ist und auch als Todkranker (Tod zu erwarten in absehbarer Zeit) bis zum Ende Mensch bleibt, hat er ein Recht nicht nur auf ein menschenwürdiges Leben, sondern auch auf ein menschenwürdiges Sterben und Abschiednehmen.»

23 Bultmann, 1986, S. 207: «Das Christentum lehrt ein neues Verständnis des Leidens. Im Leiden wird der Mensch zu sich selbst gebracht, in dem alles Fremde, Welthafte an ihm, in dem er fälschlich sein Wesen sucht, von ihm abgetan wird, indem er die Fesseln die ihn an das Diesseitige binden, zerrissen werden, indem jener Prozeß der Entweltlichung, als welcher das Leben des Glaubenden verlaufen soll, sich an ihm vollzieht. Indem er aber so zu sich selbst gebracht wird, wird

Das mag ein einzelner über sein Leiden im Rückblick bekennen. Aber daraus eine generelle Hochschätzung des Leidens zu machen, ist eine theologische Fehlleistung – die ethisch unerträgliche Folgen haben kann.²⁴

Gilt doch *zum einen*, dass einer für alle ein für allemal gelitten hat. Leiden ist daher nicht der Königsweg der Nachfolge Jesu (das wusste zum Beispiel schon der Mystiker Heinrich Seuse). Und als Offenbarung gilt theologisch nur der Gekreuzigte, nicht der todkranke Patient. *Zum anderen* ist das unerträgliche Leiden am Lebensende nicht als «Gabe Gottes» zu überhöhen, sondern ein ethisches Problem, zu dem wir uns zu verhalten haben – um uns nicht einfach dem Leiden zu unterwerfen.

Wäre dann auch *indirekt-aktive* Sterbehilfe als erlaubtes *Sterbenlassen* zu verstehen – etwa im Fall des Bruders von Hans Küng?

Was ist dann ethisch entscheidend für ein erlaubtes Sterbenlassen?

Sowohl juristisch als auch ethisch herrscht weitgehend Konsens darüber, dass das *Selbstbestimmungsrecht* des Patienten letztlich entscheidend ist (Patientenverfügung). Dies wiederum wird mit der *Menschenwürde* begründet, die als verletzt gälte, wenn man einen Todkranken gegen seinen Willen unnötig leiden liesse.²⁵

Eben hier sehen kirchliche Stellungnahmen ein Problem: Wird mit der Selbstbestimmung das Lebensende nicht zum Gegenstand «eigenmächtiger Verfügung»?²⁶

Nicht unbedingt. Denn Selbstbestimmung gehört zur Geschöpflichkeit des Menschen – und ist nicht gleich ein «Griff zum Apfel».

Um die kirchlichen Bedenken aufzunehmen, würde ich von der *Spannung zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung* ausgehen.²⁷ Ohne Beistand und Fürsorge wäre die Selbstbestimmung *einsam*. Würde man dies einseitig auflösen, wäre die Bestimmung entweder *paternalistisch* (nur der Fürsorger entscheidet) oder aber *einsam* autonom (Selbst- als idem oder ipse?).²⁸

Grenzen des generellen Urteils

Je mehr man sich einem Urteil im Einzelfall nähert, um so deutlicher zeigen sich die Grenzen des Rechts. Je genauer man hinschaut, desto klarer zeichnen sich die Grenzen eines *generellen* und *unbedingten* Urteils ab, sei es in juristischer, ethischer oder kirchlicher Hinsicht.

Daher kann die Ethik nicht ohne Hermeneutik urteilen, sonst wäre sie blind. Mit Hermeneutik meine

ich hier den Sinn für den Einzelfall und die Notwendigkeit, genau hinzusehen und die Wahrnehmung zu schärfen. Ethisch unerlässlich ist daher die Spannung zwischen Situationswahrnehmung und Regel. Wenn der «Handlungssinn»²⁹ entscheidend ist oder, genauer, die Wahrnehmung der Situation (was «an der Zeit ist»), dann muss der Sinn einer Situation *erschlossen* werden. Die Ethik muss hermeneutisch vorgehen.

er nicht seiner eigenen Kraft inne, sondern wird sich selbst deutlich als der seiner selbst nicht Mächtige, als der Nichtige. So aber, alle Illusionen der Selbstmächtigkeit fahren lassend, soll er sich vor Gott erkennen als den, der schlechthin nur aus der Gnade Gottes existiert. [...] *Aus dem Leiden wächst dem Menschen eine innere Kraft zu, in der er jedem Schicksal überlegen ist; das Leiden ist für ihn eine Quelle der Kraft.*

Darin beruht aber gerade das innerste Wesen der christlichen Religion: Gott ist offenbar im Gekreuzigten, den er als den Auferstandenen zum Herrn gemacht hat.» (Herhebungen P.S.).

24 Ulrich H. J. Körtner meinte dagegen: «Die in der Dialektik von Widerstand und Ergebung zu bewährende *Einsicht in die Grundpassivität menschlichen Lebens darf nicht dazu mißbraucht werden, die Verantwortung Gott zuzuschieben, wo sie uns selbst übertragen ist.* Wir haben vielmehr immer wieder neu zu fragen, wie wir eingedenk des Geschenkcharakters menschlichen Lebens verantwortlich mit unseren medizinischen und sonstigen Möglichkeiten umgehen und den Sterbenden Hilfe geben können.» Körtner, 1996, S. 58 (Hervorhebungen P.S.).

25 Dies sind zwei gute Gründe dafür, der Schweizer Praxis des «assistierten Suizids» gegenüber skeptisch zu sein: Es mangelt meines Wissens einerseits an Fürsorge (24 h nach der Anreise wird bereits zur finalen Tat geschritten), andererseits an Wahrung und Wahrnehmung der Menschenwürde, und zwar sowohl in der Praxis als auch in der Theorie (wenn eine einsame Individualität als Inbegriff der Menschenwürde vorausgesetzt scheint).

26 So die EKD. Vgl. EKD, 2003b; aber auch EKD, 1990, S. 105–10: «Jeder Umgang mit einem Sterbenden hat in diesem fundamentalen Respekt vor ihm zu geschehen. Alle medizinischen und pflegerischen Maßnahmen sind in dieser Achtung vor seiner Würde vorzunehmen. Es darf nicht verhindert werden, daß der Sterbende auch am Ende seines Lebens selbst über sich bestimmt. Das schließt ein, daß man des anderen Weise, sterben zu wollen, selbst dann achtet, wenn man an sich sein Vorgehen nicht billigt. Wenn ein Sterbender außerungsfähig ist und bewußt weitere medizinische Maßnahmen ablehnt, so ist ihm zu folgen. Und wenn er nicht mehr außerungsfähig ist, dann soll der Arzt wie ein guter Anwalt im wohlverstandenen Interesse des Sterbenden und zu dessen individuellem Wohl handeln. Dieser Grundsatz kann im Einzelfall sehr wohl das Unterlassen oder Einstellen von (weiteren) medizinischen Eingriffen zur Folge haben, wenn diese – statt das Leben dieses Menschen zu verlängern – nur dessen Sterben verlängern. Nicht jedoch folgt daraus, daß jegliches Ansinnen eines Sterbenden an andere, etwa an einen Arzt, von diesen zu befolgen wäre.»

27 Mit Johannes Fischer, in: Nationaler Ethikrat, 2004.

28 Zu erinnern ist an die mittelalterliche Definition der Medizin als «ars iatrike» und «ars agapatike» (mit Fischer, Nationaler Ethikrat, 2004, S. 7).

29 «Nicht die physisch-leibliche Handlungsebene ist [...] ethisch entscheidend [nicht die blossen Kausalverhältnisse also], sondern der Handlungssinn des Tun oder des Unterlassens.» Spaemann/Fuchs, 1997, S. 71, zitiert nach Pauser, 2001, S. 630.

Das wird nicht immer zu einem finalen Konsens führen, aber es kann unsensible Generalisierungen auflösen. Es ist erst einmal offen zu fragen, *als was* das Leben und das Leiden wahrgenommen werden.

Ich würde vorschlagen: Das (nicht nur passive) Sterbenlassen kann angesichts *eines sinnlosen Leidens des Anderen am Lebensende* erlaubt und geboten sein.

Dass das Leiden sinnlos sein kann (mit Emmanuel Lévinas und Ernst Tugendhat), ist theologisch entscheidend. Theologisch ist es – im hier diskutierten Fall – weder als Strafe Gottes noch als «Nachfolge Jesu» angemessen zu verstehen. Beide Urteile wären Überinterpretationen. Man kann das Leiden für ein notwendiges Übel halten, wenn Besserung möglich ist. Wenn es aber aussichtslos ist und wenn der Betroffene sich auf das nackte Leben als Leiden reduziert sieht – wer könnte dem widersprechen? Wird nicht – irgendwann – der Wunsch, sterben zu dürfen, unwidersprechlich?

In solch einer Grenzlage kann es *verständlich* sein, *nicht nur passive Sterbehilfe* zu leisten. Aber das hermeneutische Urteil «verständlich» ersetzt nicht das juristische. *Juristisch* bleibt der *Übergang zur aktiven Sterbehilfe* verboten und der zur indirekten gefährlich. Dennoch kann das *ethische* wie das *theologische* Urteil im *Ausnahmestand* diese Grenze des Rechts in Frage stellen.

Ob man es wagt, das Recht zu verletzen, um dem Anspruch des Anderen gerecht zu werden – bleibt eine unvertretbar individuelle Entscheidung. Aus dieser *Ausnahme* eine *Regel* zu machen, scheint mir unangemessen.³⁰ Ein Recht zur «Tötung auf Verlangen» würde wohl zu weit gehen.

Aber man kann *für* diese Ausnahme eine Regel schaffen (Reform des § 216 StGB). Das Recht kann sensibilisiert werden für Ausnahmen – ohne die Ausnahmen zur Regel zu machen.³¹

Theologische Grenzmarken

Die Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) erklärte jüngst: «Nach christlichem Verständnis darf der Tod eines Menschen nicht herbeigeführt, sondern muss abgewartet werden. Denn Christen sehen sich selbst als Geschöpfe Gottes. Geburt und Tod liegen somit in Gottes Hand, der Tod wird [...] als ein Geschick verstanden.»³² (Welche Funktion, etwa Werterepräsentanz, solche Verlautbarungen haben, wäre eigens zu erörtern.)

Da Gott allein Herr über Leben und Tod sei,³³ habe der Mensch nicht über das Ende des Lebens zu entscheiden, weder bei sich selbst (Suizid³⁴) noch bei

anderen.³⁵ Dann wäre jede mehr als «rein passive» Sterbehilfe unzulässig.³⁶

Aber von der *Schöpfung* auf den Tod als Geschick zu schliessen – ist nicht haltbar (Sein oder Sollen?). Denn die Schöpfung ist der *Raum der Kultur*, den der Mensch verantwortlich zu gestalten hat. Ist der Mensch in der Lage, selber entscheiden zu können und zu müssen, wie er sein Leben gestaltet, gilt das auch für sein Sterben.³⁷ Das Abwarten des Todes darf dann nicht mit Schicksalsergebenheit verwechselt werden.³⁸

Im Grenzwert könnten das grausame Konsequenzen haben: Wenn mittels der Herz-Lungen-Maschine und einer (imaginären) «Hirn-Maschine» jeder auf ewig künstlich am Leben erhalten werden könnte – würde das Abwarten des Todes zum «Warten auf Godot»: zum Warten auf das Ende der ewig laufenden Maschinen.

Theologisch sollte der Tod nicht als *Geschick* wahrgenommen werden (wie die unberechenbare Rückforderung eines geliehenen Buches), sondern eher als ein *unvermeidliches Übel* (wie das Ende eines Buches?), das allerdings nicht das letzte Wort bleiben wird.

Denn nicht das Leben als solches ist «unantastbar» oder gar «heilig», sondern das Leben im Glauben, also im versöhnten Gottesverhältnis.³⁹ Das kann durch den Tod nicht zerstört werden – mit der Folge, dass der leibliche Tod relativiert wird.⁴⁰

30 Aber darf man das Verhältnis von Arzt und Patient im juristischen Dunkel lassen? Dietrich Niethammer meinte dazu: «Und ich denke, die Bitte um Hilfe muß eine Angelegenheit zwischen Arzt und Patient bleiben, die niemand anderen etwas angeht, auch kein Gericht oder Gutachter.» Niethammer, 2003, S. 143. Das setzt Vertrauen und Vertrauenswürdigkeit voraus – und bleibt selbst dann problematisch.

31 Vgl. ebd., S. 144.

32 EKD, 2005, S. 12.

33 Exemplarisch EKD, 2003a, S. 11–2 und S. 15–6.

34 Vgl. Abimelech (Ri 9,52–54); Simson (Ri 16,25–30); Saul (1 Sam 31,4); Sauls Waffenträger (1 Sam 31,5); Ahitofel (2 Sam 17,23); (1 Kön 16,15–20); Judas (Mt 27,3–5).

35 So Reiner Anselms Darstellung. Vgl. Anselm, 2006, S. 136f.

36 Dass die EKD (und die Katholische Kirche) dennoch indirekt-aktive Sterbehilfe und Selbstbestimmung am Lebensende gelegentlich befürwortet, ist um so erstaunlicher.

37 Körtner, 1999, S. 202: «Faktisch aber ist der Mensch dazu verurteilt, selbst in die Bereiche von Geburt und Tod einzugreifen.» Daraus entstehen die juristischen, ethischen und theologischen Probleme im Streit um In-vitro- und Stammzellforschung, um Abtreibung – wie auch um Sterbehilfe.

38 Vgl. Kodalle, 2005.

39 Vgl. Bonhoeffer, 1988: «Mein Leben ist außerhalb meiner selbst, außerhalb meiner Verfügung, mein Leben ist ein Anderer, ein Fremder, Jesus Christus» (S. 231); «Verantwortung» (S. 235f.) und «Dankbarkeit» (S. 160); «auch das armseligste Leben vor Gott lebenswert» (S. 174).

40 Ebeling, 1993, S. 507.

Gleich ob man das Leben als Leihgabe⁴¹, Geschenk oder natürliches Eigentum wahrnimmt, wir selber haben noch im Sterben damit verantwortlich⁴² umzugehen. Insofern bleibt die Magd Rabbi Jehudas vorbildlich.

Angesichts der Eigendynamik medizinischer Möglichkeiten kann man sogar noch weiter gehen: Wenn der Mensch zum Objekt der Maschinen wird und es vom unerträglichen Leiden keine Heilung gibt, wenn das Sterben bevorsteht und der Patient das ernsthaft wünscht, darf das Sterbenlassen auch «indirektiv» werden (so sogar die EKD!⁴³) – um dem sinnlosen Leiden nicht das letzte Wort im Leben zu lassen.⁴⁴

Aber auch dies muss verantwortet werden:

- vor dem Patienten und seiner Selbstbestimmung;
- vor den Angehörigen und Freunden;
- mit dem eigenen Gewissen;
- vor dem Gesetz und den Standesregeln;
- und nicht zuletzt auch vor Gott.

Hier können sich gravierende Verantwortungskonflikte ergeben, von denen einen keine generelle Regel entlasten kann. Im Gegenteil: Den Konflikt wahrzunehmen und ihm nicht mit generellen Prinzipien auszuweichen, ist ein Indiz für ethische Sensibilität.

Diese These setzt ein *hermeneutisches Modell ethischer Orientierung* voraus:

Einerseits gibt es Regeln und Gesetze, andererseits die Situation und die von ihr Betroffenen. Sich den Betroffenen gegenüber nur auf Gesetze zu berufen, kann die Phänomene verfehlen; dann jedenfalls, wenn man damit dem Anspruch auf Hilfe ausweichen würde.

Wenn man diese zwei Seiten der ethischen Orientierung beachtet, muss die Situation wahrgenommen werden, nicht nur als ein Fall einer Regel, sondern als besondere Situation. Ihre Besonderheit ist relevant für das Urteil. Die Perspektive der Beteiligten und ihre Überzeugungen spielen dann eine wichtige Rolle.

Rechtliche oder kirchliche Verbote können nicht die einzige Stimme in der Debatte um Sterbehilfe sein. Ein theologisches Urteil kann nicht nur von «dogmatischen» Prinzipien bestimmt werden.⁴⁵ Es muss auch die Situationswahrnehmung riskieren und sich das sinnlose Leiden des Betroffenen vor Augen führen (Empathie).⁴⁶

Sterbehilfe ist sicher keine «Erlösung» vom sinnlosen Leiden (das wäre vermessen). Sie kann aber in Grenzlagen im Wissen um die eigene Fehlbarkeit gewährt werden; sei es, dass sie illegalerweise in Überschreitung des Rechts geleistet wird; sei es, dass

sie ein Gewissenskonflikt bleibt und im Zeichen des «simul iustus et peccator» steht.

Als *Rahmenregel* sollte aber gelten: *Keine Sterbehilfe ohne Sterbebegleitung*. Der praktische Theologe Robert Leuenberger aus Zürich erklärte:

«Die inhumane Behandlung eines Sterbenden beginnt in Wahrheit weder damit, daß sein Leben künstlich verlängert wird, noch erhält ein Sterbender den Todesstoß dadurch, daß man ihm die Zufuhr wichtiger Stoffe verweigert. Beides geschieht aber da, wo dem Kranken – vielleicht Monate vor der Sterbestunde – die innere Gemeinschaft entzogen wird.»⁴⁷

Der Direktor der Tübinger Kinderklinik, Dietrich Niethammer, fügte hinzu: «Das Verlassenwerden durch alle, auch durch den Arzt ist das Menschenunwürdigste am Sterben.»⁴⁸

Das Leiden des Anderen wird «geteilt», indem es mich angeht, berührt und bewegt. Das ist nur möglich, wenn es eine «Gemeinschaft mit dem Leiden»

41 Barth, KD III/4, 371ff.

42 KD IV/1, 123.

43 Vgl. EKD, 2003b: «Indirekte Sterbehilfe» wird geleistet, wenn tödlich Kranken ärztlich verordnete schmerzlindernde Medikamente gegeben werden, die als unbeabsichtigte Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen können. Solche indirekte Sterbehilfe wird in Abwägung der ärztlichen Doppelpflicht – Leben erhalten und Schmerzen lindern – für rechtlich und ethisch zulässig gehalten. Dito EKD, 1990: «Mit den pharmakologischen und operativen Mitteln der modernen Medizin ist, wenn der Patient das will, eine weitgehende Schmerzlinderung möglich. Dabei kann der Fall eintreten, daß solche Leidensverminderung mit dem Risiko der Lebensverkürzung behaftet ist. Wenn das Eintreten des Todes nicht beabsichtigt ist, Zweck des Handelns vielmehr ist, das noch verbliebene Leben eines Sterbenden erträglich zu machen, so kann das tödliche Risiko als Nebenwirkung hingenommen werden. Auch in diesem Fall gilt, daß bei einem nicht mehr äußersfähigen Patienten der Arzt aufgrund seines ärztlichen Wissens überzeugt sein muß, sein Tun sei unter den gegebenen Umständen zum Besten des Patienten.» Dito: Katechismus, 1993 [1997], Ziff. 2279: «Selbst wenn voraussichtlich der Tod unmittelbar bevorsteht, darf die Pflege, die man für gewöhnlich einem Kranken Menschen schuldet, nicht abgebrochen werden. Schmerzlindernde Mittel zu verwenden, um die Leiden des Sterbenden zu erleichtern selbst auf die Gefahr hin, sein Leben abzukürzen, kann sittlich der Menschenwürde entsprechen, falls der Tod weder als Ziel noch als Mittel gewollt, sondern bloß als unvermeidbar vorausgesehen und in Kauf genommen wird.»

44 Körtner, 1996, S. 67: Daher «kann [so Körtner] die Demut vor dem Schöpfer und Geber des Lebens gerade darin bestehen, den Tod nicht länger zu hindern».

45 Die Gefahr eines Dammbruchs (bzw. slippery slope) besteht im übrigen nicht nur bei der indirektiven, sondern auch bei der passiven Hilfe (zumal ohne Verlangen).

46 Vgl. Birnbacher, 1995, S. 358.

47 Leuenberger, 1973, zitiert nach Niethammer, 1995.

48 Niethammer, 1995, S. 142.

den» gibt, bis in den Tod. Die Konsequenz dieser Einsicht ist die «Hospiz-Bewegung». Sie ist die kulturelle Form dieser Einsicht.

«Einst erkrankte R. Helbo, da ging R. Kahna hinaus und ließ ausrufen: Mit R. Helbo steht es schlimm; ist niemand da, der ihn besucht!? Er sprach dann zu ihnen: Hat es sich ja ereignet, daß einst einer der Schüler R. Aqibas erkrankte, und da niemand der Weisen ihn besuchen ging, ging R. Aqiba ihn besuchen, und da man ihn betraute und wartete, genas er. Da sprach er zu ihm: Meister, du hast mir das Leben erhalten. Hierauf ging R. Aqiba hinaus und trug vor: *Wenn jemand keinen Kranken besucht, ist es ebenso, als würde er Blut vergießen.*»⁴⁹

Literatur

- Anselm R. Menschenwürdig sterben. Die Diskussion um die Sterbehilfe aus der Sicht der evangelischen Kirche und der evangelischen Ethik. In: Kettler D, Simon A, Anselm R, Lipp V, Duttge G, Hrsg. Selbstbestimmung am Lebensende. Rinvorlesung im Wintersemester 2005/06. Göttingen; 2006. S. 136–49.
- Birnbacher D. Tun und Unterlassen. Ditzingen: Philipp Reclam jun.; 1995.
- Bonhoeffer D. Ethik. Herausgegeben von Eberhard Bethge. 12. Auflage. München: Christian Kaiser Verlag; 1988.
- Brysch E. «Es ist die vornehmste Aufgabe eines jeden Arztes, Menschen zu helfen ...» Zeit-Fragen. Wochenzeitung für freie Meinungsbildung, Ethik und Verantwortung. 2004;12 (27, 12. Juli).
- Bullmann R. Glauben und Verstehen. Gesammelte Aufsätze (= GuV). Band II. 5., erweiterte Auflage. Tübingen: Mohr Siebeck; 1986.
- Ebeling G. Dogmatik des christlichen Glaubens. Band IV. Der Glaube an Gott, den Vollender der Welt. 3., durchgesehene Auflage. Tübingen: Mohr Siebeck; 1993.
- EKD. Evangelische Kirche in Deutschland (EKD), Deutsche Bischofskonferenz, Hrsg. Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens. Gemeinsame Erklärung des Rates der EKD und der Deutschen Bischofskonferenz in Verbindung mit den übrigen Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft christlicher Kirchen in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West). Gütersloh/Trier: Gütersloher Verlagshaus G. Mohn; 1990.
- EKD. Evangelische Kirche in Deutschland (EKD), Deutsche Bischofskonferenz, Hrsg. Christliche Patientenverfügung. Mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung. Handreichung und Formular der deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland in Verbindung mit den weiteren Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland. Hannover: EKD / Bonn: Deutsche Bischofskonferenz; 2003 (= EKD, 2003a).
- EKD. Evangelische Kirche in Deutschland (EKD), Deutsche Bischofskonferenz, Hrsg. Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe. Eine Textsammlung kirchlicher Erklärungen. Mit einer Einführung des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz und des Vorsitzenden des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland. Hannover: EKD / Bonn: Deutsche Bischofskonferenz; 2003 (= EKD, 2003b).
- EKD. Evangelische Kirche in Deutschland (EKD), Hrsg. Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen aus evangelischer Sicht. Ein Beitrag der Kammer für Öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland. Hannover: EKD; 2005.
- Eser A. Möglichkeiten und Grenzen der Sterbehilfe aus der Sicht eines Juristen. In: Jens W, Küng H, Niethammer D, Eser A, Hrsg. Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung. 2. Auflage. München: Piper Verlag; 1995, S. 149–82.
- Hurwitz P, Picard J, Steinberg A, Hrsg. Jüdische Ethik und Sterbehilfe. Eine Sammlung rabbinischer, medizinischer, philosophischer und juristischer Beiträge. Basel: Schwabe Verlag; 2006.
- Katechismus. Katechismus der Katholischen Kirche. München: St. Benno; 1993 [1997].
- Kodalle K-M. Die Stellungnahme der Evangelischen Kirche zum Stellenwert der Patientenverfügung. Kritische Anmerkungen. ZEE. 2005;49:225–9.
- Körtner UHJ. Bedenken, daß wir sterben müssen. Sterben und Tod in Theologie und medizinischer Ethik. München: Beck 1996.
- Körtner UHJ. Evangelische Sozialethik. Grundlagen und Themenfelder. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht / Stuttgart: UTB; 1999.
- Küng H. Menschenwürdig sterben. In: Jens W, Küng H, Niethammer D, Eser A, Hrsg. Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung. 2. Auflage. München: Piper Verlag; 1995. S. 13–85.
- Friedrich H. Sterben in Deutschland. In: Kettler et al., 2006. S. 9–35.
- Leuenberger R. Der Tod: Schicksal und Aufgabe. 2. Auflage. Zürich: Theologischer Verlag; 1973.
- Nationaler Ethikrat. Wortprotokoll, Niederschrift über die Öffentliche Tagung zum Thema «Selbstbestimmung am Lebensende». 24. November 2004. Münster: Nationaler Ethikrat; 2004.
- Niethammer D. Menschenwürdig sterben aus der Sicht eines Arztes. In: Jens W, Küng H, Niethammer D, Eser A, Hrsg. Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung. 2. Auflage. München: Piper Verlag; 1995. S. 133–46.
- Nordmann Y. Zwischen Leben und Tod – Aspekte der jüdischen Medizinethik. Bern et al.: Peter Lang; 1999.
- Nordmann Y. Das Leben ist eine Leihgabe von unantastbarem Wert. Aktive Sterbehilfe und Suizid aus der Sicht der jüdischen Medizinethik. NZZ. 2001;222(214, 15. September): 93 (= Nordmann, 2001a).
- Nordmann Y. Sterbehilfe aus der Sicht der jüdischen Medizinethik. Schweiz Ärztezeitung. 2001;82(46):2431–5 (= Nordmann, 2001b).
- Pauser P. Ethische Überlegungen zur Sterbehilfe. Wien Klin Wochenschr. 2001;113(15-16):622–32.
- Schwerdt R, Merkel R. Schön warm zudecken ... Fall und Kommentare. Ethik Med. 2006;18(3):251–60.
- Spaemann R, Fuchs T. Töten oder sterben lassen? 2. Auflage. Freiburg i.Br.: Verlag Herder; 1997.

49 Der babylonische Talmud, Nedarim 40a (Übersetzung leicht vereinfacht).