



Intensivstation (Universitätsklinik München): „Menschen wünschen sich ein Sterben frei von Schmerzen“

CHRISTIAN LEHSTEN / ARGUM

ETHIK

# Das Leiden der Anderen

Sollen Mediziner Schwerstkranken helfen dürfen, ihr Leben selbstbestimmt zu beenden? Während Sterbehilfe-Aktivisten mit schrillen Aktionen für ihr Anliegen werben, erfüllen Ärzte in Deutschland längst im Verborgenen die Sterbewünsche ihrer Patienten.

Es war ein beschwingtes Abendessen unter Freunden gewesen. Sie hatten über die 68er geredet und die Studenten von heute, und wie immer hatten sie viel gelacht, der Arzt Jan K., seine langjährige Patientin, die Politikprofessorin Christa S., und beider Ehepartner. Als Christa S. ihn am Ende dieses Abends beiseiten nahm und ihm behutsam die Frage stellte, ob er ihr helfen würde, ihr Leben zu beenden, wenn es einmal so weit sei, hatte sich Jan K. beinahe erleichtert gefühlt; unausgesprochen hatte der Wunsch seiner Patientin schon lange im Raum gestanden.

Christa S., eine feinsinnige, empfindsame Frau, litt seit langem schwer an ihrem langsam fortschreitenden Lymphdrüsenkrebs. All die Jahre hatte K. ihr Mut gemacht, die Behandlung fortzuführen. Sie hatten auch einige Male über Sterbehilfe gesprochen, ganz allgemein.

Als sie ihn jetzt fragte, hatte Jan K. ja gesagt – aus Respekt vor der Entscheidung seiner Patientin. „So“, erklärt Jan K., „ist mein Selbstverständnis als Arzt.“

Zwei Jahre hielt Christa S. noch durch, dann drohte wegen Metastasen im Bauch ein Darmverschluss; die Ausscheidung von Urin machte schon Probleme. Stationär

wäre vielleicht noch ein halbes Jahr herauszuholen gewesen, zu Hause einige leidvolle Wochen. Aber Christa S. wollte nicht mehr: nicht noch mal in die Klinik, keine Therapie mehr, nicht ihre Autonomie einbüßen, lieber gehen, bevor es unerträglich würde. Sie bat Jan K., sein Versprechen einzulösen.

Als K. bei Christa S. und ihrem Mann eintraf, sprachen die drei noch eine Weile über die schönen Erlebnisse, die sie miteinander geteilt hatten. Dann wurde Christa S. müde, und Jan K. hängte seiner Patientin einen Tropf mit Morphin und Valium in hohen Dosen an.

Wie er sich dabei fühlte? „Es war ein tiefes Einverständnis. Ein Erlebnis von Freundschaft, wie man es im Leben nicht oft hat.“ Eine individuelle Entscheidung sei es gewesen, kein Tabubruch, sondern schlüssig und richtig in dieser intimen Situation.

Vielleicht hundertmal, sagt Jan K., sei er in über 20 Jahren schon um Ster-

behilfe gebeten worden. Bei ihrem Wunsch geblieben seien ein Dutzend Patienten. Geholfen hat er dreien davon, im Krankenhaus mit dem stillen Einverständnis seines Oberarztes.

Frage man todkranke Menschen, was sie sich unter einem würdigen Sterben vorstellen, dann wünschten sich die meisten ein „Sterben frei von Schmerzen, keine Atemnot, keine Ängste, gut begleitet zu sein, sich von den Angehörigen verabschieden zu können“, sagt der Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Christof Müller-Busch. „Es muss stimmig sein, muss ins Lebenskonzept passen.“

Dabei zu helfen sei Aufgabe des Arztes – mit einer Einschränkung: „Ärzte sind für die Erhaltung des Lebens zuständig, nicht für das Herbeiführen des Todes. Es wäre moralisch falsch, dies als therapeutische Option zu propagieren.“

Aus Sicht von Christa S. gab es jedoch keinen pas-

## SPIEGEL-UMFRAGE Sterbehilfe

3,3%

aller befragten Ärzte haben Patienten schon beim Suizid geholfen.

ja, einmal: 1,2%  
ja, mehrmals: 2,1%

TNS Healthcare vom 11. bis 19. November, 483 Befragte

senderen Tod, und Jan K., ihr Arzt, hat dafür viel riskiert: den Verlust der Approbation, eine Anklage wegen Tötung auf Verlangen. Aus diesem Grund will er, wie ein Dutzend seiner Kollegen, die sich in den vergangenen Wochen dem SPIEGEL gegenüber in ähnlicher Weise offenbarten, anonym bleiben.

In der Schweiz, den Niederlanden, Belgien, Luxemburg, Kolumbien, Finnland, Ungarn, Frankreich, Japan und im US-Staat Oregon dürfen Ärzte mittlerweile – teils in engem Rahmen – Hilfe zum Sterben leisten. Der US-Bundesstaat Washington hat soeben eine entsprechende Regelung verabschiedet, Spanien steht kurz davor.

Die umstrittenen Entscheidungen am Lebensende sind in einigen dieser Länder gut dokumentiert. Forscher diskutieren über diese empirischen Daten in Fachzeitschriften wie „Lancet“ oder dem „New England Journal of Medicine“. In Deutschland hingegen kann schon öffentliches Nachdenken über Sterbehilfe die Laufbahn eines Arztes beschädigen. Niederländische Mediziner sind hier kaum noch zum Gedankenaustausch zu gewinnen; regelmäßig sehen sie sich in die Nähe der Nazi-Euthanasie gerückt.

Die Standesorganisationen der Ärzte in Deutschland ächten ein Handeln wie das von Jan K. als unethisch. „Wir brauchen diese Debatte nicht“, sagt der Präsident der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe. „Der Wunsch wird sehr selten an Ärzte herangetragen, weil die Menschen wissen, dass wir das nicht dürfen. Es wäre auch schlimm, wenn wir das machen würden; das sagen Ärzte in Deutschland einhellig und in riesiger Geschlossenheit.“

Eine repräsentative, anonyme Umfrage des SPIEGEL unter 483 Ärzten, die als Klinikfacharzt oder Hausarzt regelmäßig Schwerstkranke behandeln, ergibt jedoch jetzt ein ganz anderes Bild: Danach würde ein Drittel eine Regelung für den ärztlich assistierten Suizid begrüßen; immerhin jeder Sechste bejaht dies auch für die aktive Sterbehilfe. Fast jeder Fünfte gab an, bereits ein- oder mehrmals in seinem Umfeld von Suizidbeihilfe erfahren zu haben. Fast 40 Prozent können sich vorstellen, diese selbst zu leisten. Bei 16 Prozent gilt das auch für die aktive Sterbehilfe.

Über drei Prozent gaben an, bereits ein- oder mehrmals einem Patienten beim Suizid geholfen zu haben. Hochgerechnet wären das – allein unter den Internisten, Onkologen, Anästhesisten und Palliativmedizinern in Krankenhäusern und den Hausärzten – um die 3000 Mediziner, die ihrem Standesrecht zuwidergehandelt haben. Nicht mitgerechnet ist dabei das Dunkelfeld der aktiven Sterbehilfe, auf dem sich Ärzte wie Jan K. bewegen.

Kaum einer der Ärzte, mit denen der SPIEGEL sprach, hegt Sympathien für Roger Kusch, den ehemaligen Hamburger Justizsenator, der als selbsternannter Vor-

kämpfer für eine Legalisierung der kommerziellen Suizidhilfe nach Schweizer Vorbild sein Anliegen mit schrillen Aktionen diskreditiert. Doch Kusch, so sagen etliche, lege den Finger in die Wunde.

Als der Jurist sein 8000-Euro-Angebot zur „Suizidbegleitung“ öffentlich machte und per Abschiedsvideo im Internet erstmals Vollzug meldete, war die Empörung groß. Mittlerweile nahmen nach zwei alten Damen in der vorvergangenen Woche auch der dauerbettlägerige 56-jährige Thomas Wolf und der 94-jährige Max Steinbaur Kuschs umstrittene Dienstleistung in Anspruch.

Er fürchte, bald auf einen Gehroller angewiesen zu sein, begründete Steinbaur gegenüber der französischen Sterbehilfe-Aktivistin Jacqueline Jencquel seinen Entschluss. Seine Frau habe Alzheimer im Anfangsstadium; ein schlechtes Gewissen, sich aus dem Staub zu machen, habe er schon. Jencquel redet dem alten Mann vor Kuschs Kamera zu: „Sie können einfach nicht mehr und wollen auch nicht mehr. Das ist auch Ihr gutes Recht.“



GEORG HILGEMANN / ACTION PRESS

#### Ärztpräsident Hoppe

„Wir brauchen diese Debatte nicht“

#### SPIEGEL-UMFRAGE unter Ärzten

**Ein Patient mit fortgeschrittener, schwerer und unheilbarer Erkrankung bittet seinen Arzt, ihm ein Medikament zu injizieren, das sein Leben beendet.**

„Ich unterstütze eine Regelung, die dem Arzt eine solche aktive Sterbehilfe in Deutschland erlaubt.“

stimme zu

■ 4,6%

stimme eher zu

■ 11,8%

stimme eher nicht zu

■ 22,8%

lehne dies ab

■ 60,9%

TNS Healthcare vom 11. bis 19. November, 483 Befragte

Parlamentarier, Leitartikler und Ärztevertreter forderten, Kusch zu stoppen – doch mit welcher Handhabe? In Deutschland ist weder das Ausleben einer problematischen Persönlichkeit strafbar, noch die Beihilfe zum freiverantwortlichen Suizid.

Selbst das unglückliche Zusammenreffen von beidem erfordert nicht zwingend, freiheitlich-rechtsstaatliche Grundsätze preiszugeben. So kritisierten etwa der Präsident des Deutschen Richterbundes, Christoph Frank, und die ehemalige Bundesjustizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger die Bundesratsinitiative zum Verbot gewerblicher Suizidassistenz. Das Ringen um diese Gesetzentwürfe zeigt: Es gibt in Deutschland keinen Konsens in dieser Frage.

Ein ethischer Limes verläuft zwischen den Vertretern der christlich-abendländisch geprägten Ethik und denen der Nützlichkeitsethik angelsächsischen Ursprungs, zwischen medizinischem Paternalismus und Patientenautonomie, zwischen dem Fürsorgeprinzip und dem der Selbstbestimmung.

Unterschiedliche ethische Maßstäbe gelten zu lassen gehört zu den größten Vorzügen offener Gesellschaften. In der Frage der Sterbehilfe sehen große Gruppen der Bevölkerung diesen Grundsatz verletzt. Nicht nur, dass sich in Umfragen regelmäßig um die 70 Prozent der Bevölkerung für aktive Sterbehilfe aussprechen; schon im Jahr 2006 plädierte der Nationale Ethikrat dafür, Angehörige und Ärzte sollten nicht mit strafrechtlicher Verfolgung rechnen müssen, wenn sie beim Suizidversuch eines Todkranken nicht eingreifen.

Auch der Deutsche Juristentag forderte eine solche Klarstellung im Strafrecht – und vertritt damit die Position von Dignitate, der deutschen Zweigstelle von Dignitas. Deren Vorsitzender, der Urologe und Betriebsarzt Uwe-Christian Arnold, hat sich mittlerweile zum Schmerztherapeuten weitergebildet. Bei ihm melden sich wöchentlich Menschen, die aus dem Leben gehen wollen. Manchen verhilft Arnold zu einer Reise in die Schweiz, andere berät er je nach Sachlage: „Gute Frau“, habe er neulich einer Anruferin gesagt, die sofort habe sterben wollen, „ich bin doch nicht der Pizzadienst.“ Besucht habe er sie trotzdem, und festgestellt, dass sie nach einer Krebsbestrahlung im Krankenhaus mit Schmerzmitteln unterversorgt war. „Eine Sauerei“, findet Arnold, der daraufhin mit den Ärzten der Frau Kontakt aufnahm. „Als das gelöst war, wollte die Dame auch nicht mehr sterben.“

Sterbehilfe, meint Arnold, sei ein Teil des Arztberufs, „und zwar einer, mit dem man sorgfältigst und transparent umgehen muss. Es sollte keine Privatentscheidung des Onkel Doktors sein, ein bisschen nachzuhelfen, wie das jetzt der Fall ist“.

Dabei ist der Spielraum für die ärztliche Beihilfe zum Freitod in Deutschland schon

heute groß. Wenn sicher ist, dass ein Mensch bei seinem Suizid freiverantwortlich handelt, darf ihm jeder, auch ein Arzt, dabei helfen und ihn bis zum Tod begleiten, ohne zur Rettung verpflichtet zu sein.

In einer Münchner Klinik etwa starb, ganz legal, eine Frau aus eigenem Entschluss, die nach einem Behandlungsfehler seit Jahren im Rollstuhl gesessen hatte, nicht mehr richtig sprechen konnte und unter unstillbaren Schmerzen litt. Schriftlich hatte sie die Ärzte von ihrer Garantenpflicht entbunden. Zuvor hatten zwei Psychiater unabhängig voneinander festgestellt, dass sie geschäftsfähig und nicht depressiv war. Anschließend nahm sie, palliativmedizinisch begleitet und umsorgt von ihrer Familie, keine Nahrung und keine Flüssigkeit mehr zu sich – ein eher sanftes Sterben. Nach gut zwei Wochen war sie tot.

Aus strafrechtlicher Sicht, erklärt die Münchner Patientenanwältin Beate Stel-

„Man dosiert die entsprechenden Medikamente etwas höher“, erklärt Anästhesist Dr. H. aus Thüringen. „Das macht man, aber da redet man nicht drüber.“

„Manchmal habe ich der Absicht nichts entgegengesetzt oder sie unterstützt“, sagt Professor M., der 28 Jahre eine große onkologische Abteilung leitete, ein Katholik. „Ich habe Patienten Rezepte in die Hand gedrückt, die ich jahrelang begleitet hatte.“ Ein Schiffsbauer war dabei, dem ein Geschwür das Gesicht weggefressen hatte. „Ich kannte die Familie. Ich wusste, der ist nicht depressiv, er weiß um die Behandlungsmöglichkeiten.“ Eine Handvoll seien es gewesen in all den Jahren.

Der Landarzt und Psychotherapeut W. erinnert sich an einen Mann, der durch ein blutendes Blasengeschwür täglich einen halben Liter Blut verlor. Irgendwann wollte er nicht mehr jeden Tag in die 20 Kilometer entfernte Großstadt zur Bluttrans-

„Da ist etwas Unehrlisches dabei“, findet Schottky, eine Art neue Allmachtsphantasie vom guten Ende. „Wir sollten uns eingestehen, dass wir manchmal hilflos sind und dass nicht alles machbar ist.“

Bei fünf bis zehn Prozent aller Tumorkranken beispielsweise kann die Medizin am Ende Schmerzen oder andere Leiden nicht befriedigend lindern. Da kommt ein Patient mit einem offenen Tumor im Bauchraum und unkontrollierbaren Schmerzen. Oder einer verfault bei lebendigem Leib und stinkt so sehr, dass keiner mehr ins Zimmer kommen will. Schottky: „Wie können Sie da in Würde sterben?“

Die Palliativmedizin sieht für solch extreme Fälle als Ausweg die terminale Sedierung vor: Der Patient erhält so viele dämpfende Mittel, dass er sein Leiden nicht miterleben muss. Für manche ein erträglicher Ausweg. Andere verbringen Wochen in diesem Zustand, wachen wieder auf, sind desorientiert und verzweifelt. Das Ende komme dann meist in Form einer septischen Lungenentzündung: „Da müssen Sie dann zusehen, wie einer schrecklich langsam dahinstirbt.“

Würde er heute die Bitte eines solchen Patienten erfüllen? „Wahrscheinlich ja“, sagt Schottky, „wenn ich ihn sehr gut kenne.“ Schon sein Vater, ebenfalls Arzt, habe ihm erzählt von diesen „Entscheidungen in der Einsamkeit der Situation, wenn einen das Leiden des anderen unmittelbar trifft“.

Aus der Vertrautheit und Liebe zu einem Menschen erscheine ihm ein solches Verhalten vollkommen moralisch. „Man soll es tun und begründen dürfen, es soll ein zweiter Kollege draufschauen, eventuell eine Beratung mit dem Hospizdienst. Palliativmedizin und Sterbehilfe dürfen nicht moralisch gegeneinander ausgespielt werden. Sie können sich ergänzen.“

„Wenn man in einem sehr speziellen Einzelfall sieht, dass der Patient wirklich in Not ist, dann sollte der Arzt helfen dürfen“, fordert auch Thomas Flöter, langjähriger Chef des Schmerz- und Palliativzentrums Frankfurt. „Aus dem Fenster zu springen traut sich ja nicht jeder.“

Also ein neues Gesetz, um das Vertrauen der Patienten zurückzubekommen und sie in allen Lebenslagen begleiten zu können? „Bloß nicht“, sagt Flöter. „Das müssen wir Ärzte schon untereinander im Standesrecht klären, in welchen aussichtslosen Fällen wir helfen dürfen.“ Wer, wie Flöter, viele Todkranke behandelt hat, weiß, dass ohnehin die allermeisten Patienten selbst in schrecklichsten Situationen bis zum Schluss an jeder Faser des Lebens hängen – auch jene, die sich das als Gesunde nicht hätten vorstellen können.

„Wir Ärzte haben uns einen ärztlichen Verantwortungsbereich wegnehmen lassen, und jetzt zeigen wir mit den Fingern auf die hauptamtlichen Sterbehelfer. Die müsste es aber gar nicht geben, wenn dieses



TOBIAS HASE / PICTURE-ALLIANCE/ DPA

#### SPIEGEL-UMFRAGE unter Ärzten

**Ein Patient mit fortgeschrittener, schwerer und unheilbarer Erkrankung bittet seinen Arzt, ihm beim Suizid zu helfen, zum Beispiel, indem er ihm ein tödlich wirkendes Medikament bereitstellt, das der Patient selbst einnimmt.**

„Ich unterstütze eine Regelung, die einen solchen ärztlich assistierten Suizid in Deutschland ermöglicht.“

stimme zu

■ 10,6%

stimme eher zu

■ 24,4%

stimme eher nicht zu

■ 27,3%

lehne dies ab

■ 37,7%

TNS Healthcare vom 11. bis 19. November, 483 Befragte

**Verstorbene im Hospiz:** „Sagen Sie mir, wie ich das beenden kann?“

dingen, die den Fall begleitete, hätten die Ärzte ihr sogar ein tödliches Mittel zur Verfügung stellen dürfen. Standesrechtlich gilt jedoch jegliche Beihilfe zur Selbsttötung als unethisch. Wird bekannt, dass der Arzt bei der Vorbereitung geholfen hat, kann die Ärztekammer ein berufsrechtliches Verfahren gegen ihn in Gang bringen; am Ende könnte der Entzug der Approbation stehen – theoretisch.

„Aus den 33 Jahren meiner Tätigkeit“, sagt Bundesärztekammerpräsident Jörg-Dietrich Hoppe, „kann ich mich nicht an einen einzigen solchen Fall erinnern.“

In Frankreich bekannten sich im vorigen Jahr mehr als 2000 Ärzte öffentlich, Sterbehilfe geleistet zu haben. In Deutschland scheuen Mediziner dieses Risiko – noch. Trotzdem ist es nicht schwer, Ärzte zu finden, die im Verborgenen dem Sterbewunsch ihrer Patienten Folge leisten, in der Großstadtklinik wie in der Landarztpraxis.

fusion fahren. „Warum soll ich etwas so Entwürdigendes tun, wie mir eine Plastiktüte über den Kopf zu ziehen?“, fragte der Mann. „Sagen Sie mir, wie ich das beenden kann.“ Es sei „eine gute Sitte“, dass Ärzte, die solch bedrückende Situationen erleben, auch reagieren können, sagt W. „Ich habe immer diskret geholfen.“

Der Arzt Hans Schottky, Anästhesist und Intensivmediziner in Bremen, hat die tiefe Enttäuschung gespürt, als er vor Jahren einem ihm nahen Menschen erklärte, dass diese Art von Hilfe strafbar sei. Viele Kollegen, sagt Schottky, scheuten nicht aus Überzeugung davor zurück, sondern aus Furcht: „Die haben ja eine Familie zu ernähren. Aber es wird gemacht, das weiß auch jeder.“

Seit seiner Pensionierung ist Schottky in der Hospizbewegung engagiert. Dort heißt es immer, ein Patient, der angemessen palliativmedizinisch versorgt werde, wünsche sich gar nicht mehr zu sterben.

Thema von der Ärzteschaft nicht hartnäckig ignoriert würde.“

Flöter erinnert sich an eine junge Mutter mit Brustkrebs, keine noch so aggressive Therapie half. Dann kamen Knochenbrüche, Metastasen, auch im Hirn, Schmerzen, Behinderung – Aussicht: null. Oft haben solche todkranken Patienten schon Venenzugänge liegen. „Dann verschreibe ich größere Mengen Medikamente und zeige dem Angehörigen, wie er sie ins Infusionsgerät geben muss“, sagt Flöter. „Das gilt unter Ärzten als anrühlich, aber man wird hier umdenken müssen.“

Palliativmediziner Müller-Busch, ein nachdenklicher Mann, kann „die Kollegen respektieren, die so denken und handeln“. Selbst hat er aber erfahren, dass Suizid immer auch die anderen trifft: Sein Bruder ging als junger Mann in den Freitod, ohne eine Erklärung zu hinterlassen.

Die Frage nach Suizidbeihilfe, sagt Müller-Busch, sei in seiner Palliativstation in Berlin glücklicherweise sehr selten aufkommen. Wie oft jedoch Patienten ihre Gedanken verheimlichten, weil sie Angst vor einer Zwangseinweisung in die Psychiatrie hatten oder den Arzt, der ihnen beistand, nicht in Schwierigkeiten bringen wollten, lässt sich schwer sagen.

Müller-Busch erinnert sich an einen 94-jährigen Ex-Banker: Der Mann wollte unbedingt noch einmal nach Hause, um seine drei Jahre jüngere, ebenfalls schwerkranke Frau zu versorgen. „Schließlich schaffte er sogar wieder die Treppe bis hinunter zu unserer Terrasse. Wir waren noch stolz, dass wir seine Autonomie wieder herstellen und ihn nach Hause entlassen konnten, und er hat sich bei uns dafür bedankt. Zwei Tage später fand ihn eine unserer Pflegenden im Keller seines Hauses. Es waren genau die sieben Stufen, die er gebraucht hatte, um dorthin zu gelangen und sich zu erhängen.“

Die Frau blieb zurück. „Suizid“, sagt Müller-Busch, „kann einen Konflikt beenden; eine Lösung ist es nie. Es gibt keine andere Todesart, die so viele Fragen nach dem Miteinander, nach Kommunikation und Versäumnissen aufwirft.“

Ärztliche Standesorganisationen, Kirchen und Hospizverbände warnen denn auch vor den Gefahren: Mit der Freigabe des ärztlich assistierten Suizids begeben man sich unweigerlich auf eine schiefe Ebene. Womöglich würden tötungsbedeurende Mediziner bald nicht nur Todkranke, sondern auch Depressive und Behinderte töten, vielleicht sogar gegen deren Willen; einsame, arme, alte Menschen würden sich gezwungen sehen, die Gesellschaft oder ihre Kinder von der kostspieligen Last ihres Daseins zu befreien.

Wer diese Bedrohung der Zivilgesellschaft erleben wolle, müsse nur in die Niederlande gehen: Im Nachbarland, in dem Ärzte sowohl Suizidhilfe als auch aktive Sterbehilfe leisten dürfen, so Ärztekam-



TIM WEGNER

**Palliativmediziner Flöter**  
„Ärzte werden umdenken müssen“

**SPIEGEL-UMFRAGE unter Ärzten**  
**Sterbehilfe**

„Haben Sie schon einmal von Fällen ärztlicher Beihilfe zum Suizid in Ihrem Umfeld erfahren?“

**ja** **18,5%** ja, einmal: **7,5%**  
ja, mehrmals: **11,0%**

nach Fachrichtung:	Inter-nisten	Onko-logen	Anästhe-sisten	Haus-ärzte	Palliativ-mediziner
	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>21</b>	<b>40</b>

**nein** **81,6%**

„Können Sie sich vorstellen, selbst aus humanitären Gründen einem Patienten beim Suizid zu helfen?“

**ja** **38,9%**

nach Fachrichtung:	Onko-logen	Palliativ-mediziner	Inter-nisten	Haus-ärzte	Anästhe-sisten
	<b>27</b>	<b>30</b>	<b>32</b>	<b>43</b>	<b>47</b>

**nein** **61,1%**

„Können Sie sich vorstellen, selbst aus humanitären Gründen einem Patienten auf seinen Wunsch hin eine tödliche Medikamentendosis zu verabreichen?“

**ja** **15,7%**

**nein** **84,3%**

TNS Healthcare vom 11. bis 19. November, 483 Befragte

merpräsident Hoppe, gebe es „längst keine stabile Grenze mehr gegen Fremdbestimmung und Tötung auf Verlangen anderer, die Mitleid haben, der Situation nicht gewachsen sind oder die Pflege nicht mehr bezahlen wollen“.

Belege für diese schweren Vorwürfe sind indes schwer beizubringen: In den Niederlanden ging die Zahl der Euthanasiefälle von 2,8 Prozent aller Sterbefälle in 2001 auf 1,8 Prozent in 2005 zurück; insgesamt sind es rund 2300 pro Jahr.

Um von seinem Arzt Euthanasie erbiten zu können, muss ein Patient urteilsfähig sein und unerträglich und hoff-

nungslos leiden. Nur Ärzte, die den Patienten gut kennen, dürfen diese Bitte erfüllen. Ein unabhängiger Kollege kontrolliert den, der Sterbehilfe leistet.

Zwei Drittel aller Bitten um Sterbehilfe werden in den Niederlanden abgelehnt – hauptsächlich, wenn Sterbewillige unter einer Depression leiden oder wenn sie angeben, lebensmüde zu sein oder ihrer Familie nicht zur Last fallen zu wollen.

Jeder Fall von Sterbehilfe muss einer Kommission gemeldet werden. Immer mehr Ärzte kommen dieser Pflicht auch nach, wie anonyme Befragungen zeigen, mit denen die Holländer ihr Dunkelfeld erkunden. In Deutschland, konstatiert Rob Jonquière, Sprecher der niederländischen Euthanasie-Bewegung, würden dagegen 100 Prozent aller Fälle nicht gemeldet.

Die Holländer haben es gleichzeitig geschafft, palliatives Wissen unter den Allgemeinmedizinern zu verbreiten – ein Vorhaben, das in Deutschland seit Jahren nicht vorankommt. Auch die Altenheime sind im Nachbarland besser beleumundet: kleinere Einheiten, bessere Pflege, ein Heimarzt, der alle Bewohner kennt. Der niederländische „Facharzt für Pflegeheimmedizin“ – in Deutschland ein Traum.

Aufschlussreiche Erkenntnisse liefert auch die Praxis im US-Staat Oregon: Vor zehn Jahren trat dort nach einer Volksabstimmung die „Death With Dignity Act“ in Kraft. Danach dürfen Ärzte Patienten, deren Lebenserwartung ein halbes Jahr nicht übersteigt, ein tödliches Gift verschreiben. Der Kranke muss zurechnungsfähig sein, seinen Suizidwunsch mehrfach äußern, über mögliche Alternativen aufgeklärt sein und die tödliche Dosis ohne Hilfe einnehmen können.

Kritiker prophezeiten eine Suizidwelle, doch die blieb aus, bis heute. Nur die Hälfte aller Patienten, die sich ein Medikament verschreiben lassen, benutzen es auch tatsächlich. Und obwohl es in Oregon nicht schwierig ist, einen Arzt zu finden, der das Rezept ausstellt, gehen von 35 000 Todesfällen dort jährlich nur etwa 40 auf Suizidbeihilfe zurück.

Auch hier argumentierten Gegner, vor allem Benachteiligte würden unter Druck geraten: Frauen, Schwarze, Arme ohne Krankenversicherung. Doch die Dokumentation aller Fälle ergab: Für den ärztlich assistierten Tod entscheiden sich zu meist gutgebildete Weiße mit Krankenversicherung und stabilem wirtschaftlichem Hintergrund. Als Motiv stehen selten körperliche Leiden im Vordergrund, sondern der Verlust von Lebensqualität, Würde und Autonomie. Oft sind es Menschen mit einem starken Kontrollbedürfnis.

Auch die Befürchtung, das Hospizsystem werde leiden, erfüllte sich nicht. Im Gegenteil: 85 Prozent derer, die von einer tödlichen Verschreibung Gebrauch machten, waren zugleich in einem Hospizprogramm integriert. Oregon entwickelte sich

zum Vorreiter in Sachen Palliativmedizin und Hospizwesen in den USA. Nirgendwo sterben mehr Menschen zu Hause.

„Wir fanden keine Evidenz, die die schweren und wichtigen Bedenken hinsichtlich des möglichen Missbrauchs rechtfertigen würde“, fasste ein internationales Wissenschaftlerteam seine Erkenntnisse über die Auswirkungen der Legalisierung der Sterbehilfepraktiken in Oregon und den Niederlanden zusammen. Es gebe „keinen faktischen Hinweis“ auf die vielbeschworene schiefe Ebene.

Der Zugang zur ärztlichen Suizidbeihilfe, stellte der schottische Palliativmediziner David Jeffrey fest, habe allerdings dazu geführt, dass Sterbende offener mit ihren Ärzten und Angehörigen über das Sterben sprechen. „Neue Rituale des Abschieds entwickeln sich.“

Mehr als Rituale werden nötig sein, um dem Altern der Gesellschaft Rechnung zu

Der Ärztin Claudia M. beispielsweise offenbarte sich in ihrer Praxis ein Freund, dessen 84-jährige Mutter seit längerem entschlossen war, sich das Leben zu nehmen.

M. kannte die kultivierte, herzkrankte alte Dame, die bereits einmal gegen ihren Willen reanimiert worden war. Sie konnte ihre rheumatischen Hände kaum benutzen, war wegen eines Nervenleidens in den Beinen jede Nacht stundenlang mit dem Rollator in ihrer Wohnung unterwegs. Ihr Mann war gestorben, Lebenssinn und -freude waren ihr abhandengekommen.

Nach schweren Diskussionen hatten sich die Söhne entschlossen, ihrer Mutter beizustehen. Welche Methode sicher sei?

„Ich darf zwar nicht dabei sein“, sagt die Ärztin, „aber ich darf sagen, wie es geht.“ Am Ende entschied sich die Mutter für das Inhalieren von Helium. Als die Söhne eine Vorrichtung bauten, mit der die Mutter ihren Entschluss selbst in die Tat

deutung gewinnen. Menschen wie die beiden alten Bekannten, die Frau B. in die Schweiz begleitete, bevor sie beschloss, selbst aktiv zu werden, bisher dreimal.

Zwei alte Frauen waren darunter, die sie gut kannte, behaftet mit Schmerzen, Hilflosigkeit, Einsamkeit und der Angst, ihre Autonomie und Würde einzubüßen. Sie hat ihnen Medikamente verschrieben und darauf geachtet, dass bei der Einnahme nichts schiefging. Am Sterbetag hat Frau B. einen Bach-Choral rezitiert: „Komm, süßer Tod ...“

Vor zwei Jahren begleitete sie einen alten Offizier in den Tod, einen von altem Schrot und Korn, einen egozentrischen Herrschertyp, klug, gebildet. Der lebte kreuzweinsam in seinem Haus seinem 90. Geburtstag entgegen. Im Jahr zuvor war seine Frau gestorben, er war inkontinent, gebrechlich, die Wohnung verwahrlost, er litt darunter, dass all seine Fähigkeiten rapide nachließen, er



PIRMIN BOSLI / AGENTUR FOCUS

**SPIEGEL-UMFRAGE unter Ärzten**  
**Sterbehilfe**

„Wäre ich selbst fortgeschritten, schwer und unheilbar erkrankt, würde ich mir wünschen ...“

... dass mir mein Arzt beim Suizid helfen darf.“



... dass mein Arzt mein Leben auf meinen Wunsch beenden darf.“



TNS Healthcare vom 11. bis 19. November, 483 Befragte

**Sterbehelfer Minelli (in Züricher Sterbewohnung):** „Die müsste es nicht geben, wenn die Ärzte das Thema nicht ignorieren würden“

tragen. Jedes zweite heute geborene Mädchen hat gute Chancen, 100 Jahre alt zu werden. Doch schon jetzt ist rein statistisch jede zweite Frau, die in Deutschland stirbt, in den letzten dreieinhalb Jahre ihres Lebens pflegebedürftig. Auch das Sterben selbst, noch vor 50 Jahren meist eine Frage von Tagen oder Wochen, zieht sich jetzt oft über Monate hin.

Die Segnungen der modernen Medizin verlängern nicht nur das Leben, sondern auch die körperlichen und seelischen Nöte, die mit Alter und schwerer Krankheit einhergehen können, oft über Jahrzehnte. Eine Gesellschaft mag dies als kollektives Schicksal auf sich nehmen – mit noch unabherrschbaren Folgen. Aber ist dazu auch der Einzelne verpflichtet?

Die Frage der Sterbehilfe ist alt; heute stellt sie sich in einer völlig neuen Konstellation. Die Antworten der Theologen und Sozialethiker, die Trost, Hoffnung und liebevolle Begleitung einfordern, sind gütlicher denn je. Aber reichen sie aus?

umsetzen konnte, flossen Tränen. Kurz darauf starb die alte Dame in den Armen ihrer Kinder.

Die Ärztin Anna B. kann daran nichts Verwerfliches finden. Frau B. ist 75 Jahre alt, selbst herzkrank. 30 Jahre lang war sie Psychiaterin im Rheinischen, später dann engagiert im Hospiz. Wenn ein Mensch mit über 85 sage, es reiche ihm, so findet Frau Dr. B., dann habe er das Recht dazu.

Im Wohnzimmer gibt es selbstgebackenen Rührkuchen, an der Wand Ikonen, im Bücherregal die humanistischen Denker und die großen Analytiker, Schiller, Mozart, Gründgens, die Lutherbibel, Bach. Im Adressbuch von Frau B. findet sich Ludwig Minelli, Gründer der Schweizer Sterbehilfeorganisation Dignitas.

Gerade hat Frau B. von einer aktuellen Studie in der Schweiz gelesen. Sie ergab, dass Lebensmüdigkeit und ein allgemein schlechter Gesundheitszustand bei älteren Menschen als Motiv, Hilfe bei Dignitas oder Exit zu suchen, immer größere Be-

roch. Zu seinen Kindern, die Hunderte Kilometer entfernt in ihrer Nachbarschaft ein schönes Pflegeheim für ihn gefunden hatten, wollte er auf keinen Fall.

„Er wollte in dem Haus in den Tod gehen, in dem er mit seiner Frau Jahrzehnte gelebt hat.“ Der Offizier hatte seiner Tochter sein Vorhaben verkündet und auch, dass es ihm recht sei, wenn sie dabei wäre. „Ich bin dagegen“, hatte die Tochter gesagt, „aber ich respektiere den Willen meines Vaters.“

Zum Tag seines Todes waren Tochter und Schwiegersohn angereist. Die Tochter hatte das Haus in Ordnung gebracht, alles blinkte. Der alte Offizier trug einen schönen Pyjama, als er sich zum Sterben ins frisch bezogene Bett legte, unter den Augen von Frau B. die Medikamente einnahm, bald darauf einschlief und starb.

Sind Sie mit sich im Reinen, Frau Dr. B.? „Ja“, sagt sie. „Es wäre nichts Besseres gekommen, und es war eigentlich ein schöner Tod.“

BEATE LAKOTTA