Zeitschrift: Fachzeitschrift Heim
Herausgeber: Heimverband Schweiz
Band: 68 (1997)
Heft: 6

Artikel: Tagung an der Paulus-Akademie zur Debatte um die Sterbehilfe : menschenwürdig sterben

Autor: Schnetzler, Rita

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-812331

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 14.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Tagung an der Paulus-Akademie zur Debatte um die Sterbehilfe

MENSCHENWÜRDIG STERBEN

Von Rita Schnetzler

Theologen und Ärzte, ein Jurist, ein Gerontologe, eine Psychiaterin, eine Krankenschwester und ein Angehöriger waren eingeladen, am 22./23. März an der Paulus-Akademie zum Thema «Menschenwürdig sterben» zu referieren. Mit einer möglichst breiten Auseinandersetzung mit Fragen zu Sterbebegleitung und Sterbehilfe sollte ein weitergehender Diskurs beginnen, dem die Paulus-Akademie in Zukunft jährlich mindestens zwei Tagungen widmen wird. Als Zielpublikum der Veranstaltung waren Menschen angesprochen, die sich beruflich und/oder persönlich mit Sterben und Tod auseinandersetzen.

Ein beinahe voller Grosser Saal in der Paulus-Akademie, Zürich, war ein eindrücklicher Beweis dafür, dass «Menschenwürdig sterben» für eine grosse Zahl von Menschen ein wichtiges Thema bildet, dem sie gerne ein Wochenende widmen. Eine Liste von 13 Referentinnen und Referenten als Vertreter der verschiedenen Gruppen von beruflich und/oder persönlich Betroffenen versprach Einblick in verschiedenste Sichtweisen.

Nachdem der Samstag einer Annäherung mit Bestandesaufnahme und Berichten aus der Praxis der Sterbebegleitung gewidmet war, ging es am Sonntag um prinzipielle ethische Fragen zum Thema. Neben theologischen, sozialethischen und medizinisch-ethischen Erwägungen gingen die Referenten vom Sonntag auf die rechtlichen Aspekte der Sterbehilfe ein. In der abschliessenden Podiumsdiskussion wurde noch einmal deutlich, wie vielschichtig das Thema ist. Obwohl die Diskussionsteilnehmer sich in vielen Fragen einig waren, unterschieden sich ihre Positionen durch die unterschiedliche Perspektive, aus der sie sich mit dem Thema beschäftigen. Einig waren sich die Referenten vor allem in einem Punkt: *Das Thema «Sterbehilfe» muss vermehrt in die Öffentlichkeit getragen werden. Weder Juristen noch Ethiker können entscheiden, was erlaubt sein soll und was nicht. Moralische Richtlinien, die für eine ganze Gesellschaft gelten sollen, können nur durch eine Diskussion in der Bevölkerung herausgearbeitet werden.*

Die Zusammenfassung einiger Referate soll dem Leser und der Leserin einen Eindruck vermitteln von den an der Tagung vertretenen Positionen und von der Vielzahl der Fragen, die das Thema «Menschenwürdig sterben» mit sich bringt. Der Text soll auch aufzeigen, wie stark moralische Standpunkte von den Erlebnissen und Erfahrungen des Einzelnen geprägt sind.

Ruth Baumann-Hölzle, Dr. theol., Sozialethikerin, Dozentin für medizinische Ethik an der Universität Zürich, Vizepräsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für biomedizinische Ethik:

Ethik kommt immer dann ins Spiel, wenn moralische Selbstverständlichkeiten zerbrechen und die Menschen nach neuen Selbstverständlichkeiten für ein gelungenes Leben suchen. Die Selbstverständlichkeit der Würde dementer und abgebauter alter Menschen und die Selbstverständlichkeit des Nicht-Töten-Dürfens werden im Namen der Autonomie des modernen Menschen in Frage gestellt.

Wenn ein Mensch krank wird, erfährt er existentiell am eigenen Leib die Ambivalenz, Spannungen und Brüche der Handlungsmacht des modernen Menschen. Solange die medizinischen Mittel beschränkt waren, stellte die Lebenserhaltung die oberste Pflicht medizinischen Handelns dar. Durch den enormen medizinischen Fortschritt kann heute das Leben über das einem Menschen angemessene Mass hinaus verlängert werden. Das therapeutische Handeln kann sich deshalb nicht mehr ausschliesslich an der Lebenserhaltung orientieren. Nach heutigem Recht wird in der Schweiz jede medizinische Handlung als Körperverletzung eingestuft, solange der Patient nicht seine Einwilligung dazu gegeben hat. Der Patient muss also selber entscheiden, welche medizinischen Mittel zu seiner Behandlung eingesetzt werden sollen und welche nicht. Er ist dabei auf Information durch den Mediziner angewiesen. Doch ist ein Mensch überhaupt in der Lage, ein solches Mass von Autonomie zu bewältigen?

Rationalisierung, Verwissenschaftlichung, Technisierung und Industrialisierung haben dazu geführt, dass Erwachsene in unserer Kultur aufgrund ihrer Leistungs- und Funktionsfähigkeit bewertet werden. *Ein erwachsener Mensch hat sich durch Objektivität, Rationalität und Produktivität auszuweisen. Genügt er diesem Anspruch nicht, so macht man ihn dafür verantwortlich.*

Podiumsdiskussion mit Ursula Steiner-König, Franco Cavalli, Alberto Bondolfi und Günter Stratenwerth.

Alte, kranke und behinderte Menschen haben angesichts dieser Erwartungen keinen Platz im funktionalen Produktionsablauf.

Im Kontext dieser Kultur hat die Medizin die Aufgabe, die Funktionalität der Menschen wiederherzustellen. Die heutigen Handlungsmöglichkeiten im Bereich der Medizin sind enorm. *Der Mensch ist fasziniert von den eigenen Machtmöglichkeiten und glaubt, eines Tages Leiden, Krankheit, Behinderung, Alter, Sterben und Tod ganz aus der Welt zaubern zu können.* Wirkungsvollster Zauberstab gegen das Leiden ist der bewusst verfügte Tod. Die Legalisierung des Tötenkönnens ist die letzte Konsequenz einer allein auf Funktionalität ausgerichteten Gesellschaft, welche den Dingen keinen Eigenwert mehr zugesteht. Leben hat nur dann noch eine Würde, wenn es funktionsfähig ist. Das Würdeparadigma, welches der Welt und ihren Kreaturen Eigenwert und Würde unabhängig von ihren realen Fähigkeiten und Möglichkeiten zuspricht, wird aufgegeben. Der Würdebegriff wird in sein Gegenteil verkehrt. So heisst es in der Motion Ruffy (siehe Kasten) «...unheilbare Krankheiten, welche mit fortschreitender Entwicklung die Würde des Menschen in schwerer Weise beeinträchtigen.»

> **„Wirkungsvollster Zauberstab gegen das Leiden ist der bewusst verfügte Tod."**

Durch das Aufgeben des Würdekonzepts wird die Ethik auf eine Verfahrensethik reduziert: Die aktive Sterbehilfe darf als Handlung nicht mehr in Frage gestellt werden, sondern es gilt allein ihre Anwendung ethisch zu gestalten, indem die Autonomie des Sterbenden respektiert werden muss. Aber wird das Autonomiemodell dem Menschen gerecht?

Das Leben ist geprägt durch Ambivalenzen: Der menschlichen Autonomiefähigkeit steht die Abhängigkeit, der Rationalität die Irrationalität gegenüber. Der Mensch atmet ein und aus, er ist tätig und ruhig, er spricht und schweigt. Seine Existenz entwickelt sich und zerfällt. Während seiner Lebenszeit hat der Mensch eine grosse Gestaltungsmacht. Das funktionale Paradigma betont einseitig die aktiven und unabhängigen Komponenten des Menschseins und blendet die abhängigen Seiten des Menschen aus. Im Gegensatz zum funktionalen Paradigma gesteht das Würdeparadigma dem, was dem Menschen vorgegeben ist, einen Eigenwert zu. Beim funktionalen Paradigma wird die Autonomie des Menschen absolut gedacht, beim Würdekonzept wird sie durch den Eigenwert der Welt begrenzt.

Auf dem Hintergrund des Würdeansatzes formuliert sich das Slipery-Slope-Argument, wonach Würdeverletzungen andere nach sich ziehen. Es wird hier die These vertreten, dass durch die Respektierung der Würde Entwicklungen nicht möglich wären, welche die Verantwortlichkeit des Menschen übersteigen. Es wird angenommen, dass durch Handlungen, welche den Eigenwert der Natur und der Kreatur verletzen, Machtpotentiale entstehen, denen der Mensch nicht gewachsen ist und die diese Würde auslöschen können. Für das Sterben stellt sich die Frage, ob autonome Entscheide der Grenze der menschlichen Autonomie, dem Tod selbst, angemessen sind oder nicht.

Es ist eine existentielle Erfahrung der Patientinnen, der Ärztinnen und Pflegenden, dass das medizinische Machenkönnen in vielen Bereichen an die Grenze des menschlich Verträglichen stösst. Die menschlichen Ressourcen reichen in vielen Bereichen nicht aus, um die grossartigen medizinischen Handlungsmöglichkeiten human zu gestalten. Seelenpflege und Beratung – die menschliche Gestaltung der medizinischen Anwendungsmöglichkeiten – brauchen Zeit und Raum. Sehen wir uns in den Spitälern um, so fehlt beides: Zeit und Räume, um mit Patienten nur schon ein Gespräch zu führen.

Im medizinischen Alltag beginnt sich langsam die Erkenntnis durchzusetzen,

Medizinisch-ethische Richtlinien

für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten, 1995 herausgegeben von der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW):

Diese Richtlinien betreffen die ärztliche Betreuung von Sterbenden (Personen, bei denen die Krankheit oder Schädigung trotz medizinischer Behandlung in absehbarer Zeit zum Tode führen wird). Sie sollen dem Arzt helfen, bei schwerwiegenden Entscheidungen seine Verantwortung wahrzunehmen.

Grundsätzlich hat der Arzt die Pflicht, das Leiden des Patienten zu lindern oder zu heilen und sich um die Erhaltung menschlichen Lebens zu bemühen. Ausnahmen von der Verpflichtung zur Lebenserhaltung bestehen bei Sterbenden, deren Grundleiden einen unabwendbaren Verlauf zum Tode genommen hat, und bei zerebral schwerst Geschädigten. Bei ihnen darf der Arzt palliativmedizinische Techniken anwenden, um Schmerz, Atemnot und Verwirrung entgegenzuwirken, auch wenn diese Techniken in einzelnen Fällen mit dem Risiko einer Lebensverkürzung verbunden sein sollten. Aktive Massnahmen zum Zwecke der Lebensbeendigung sind jedoch gesetzlich verboten.

Der Wille urteilsfähiger Patienten ist zu respektieren. Beihilfe zum Suizid ist jedoch kein Teil der ärztlichen Tätigkeit. Bei urteils- oder äusserungsunfähigen und bei bewusstlosen Patienten handelt der Arzt primär entsprechend der Diagnose und der mutmasslichen Prognose. Intensität und Schwere der dem Patienten zugemuteten Eingriffe und Anstrengungen sollen zum mutmasslichen Behandlungserfolg und zur Lebenserwartung des Patienten in einem medizinisch vertretbaren Verhältnis stehen.

Wenn der Patient keine Lebenszeichen äussert und keine schriftliche Erklärung des Patienten vorliegt, dienen frühere Äusserungen des Patienten und Angaben von Angehörigen als Entscheidungshilfe. Patientenverfügungen sind verbindlich, sofern dieser sie als Urteilsfähiger abgefasst hat, sie dem Arzt kein rechtswidriges Verhalten zumuten und nicht den Abbruch lebenserhaltender Massnahmen verlangen, obwohl der Zustand des Patienten nach allgemeiner Erfahrung die Wiederkehr der zwischenmenschlichen Kommunikation und das Wiedererstarken des Lebenswillens erwarten lässt. Bei Neugeborenen mit schweren kongenitalen Fehlbildungen oder perinatalen Läsionen ist die Prognose besonders wichtig. Wenn ein Neugeborenes nur dank des fortdauernden Einsatzes aussergewöhnlicher technischer Hilfsmittel leben kann, darf nach Rücksprache mit den Eltern von der erstmaligen oder anhaltenden Anwendung solcher Hilfsmittel abgesehen werden.

Nach den Richtlinien, die hier gekürzt wiedergegeben wurde, folgt ein Kommentar, der konkretere Angaben zu einzelnen Punkten enthält. Die Richtlinien können bezogen werden beim Sekretariat der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften, Petersplatz 13, 4051 Basel, Tel. 061 261 49 77.

dass nicht alles gemacht werden darf, was machbar ist. Autonomes Verfügen über den Tod als Grenze menschlicher Handlungsmacht wird zum Widerspruch in sich selbst und schafft Verantwortlichkeiten, die der begrenzten menschlichen Autonomie nicht angemessen sind. Medizinisches Handeln muss immer wieder auf seine Verträglichkeit mit den Menschen hin überprüft werden. Eine Aufgabe, die nur von allen Betroffenen gemeinsam angepackt werden kann. Lösungen für die einzelnen Fragen können sich nur in einem Diskurs entwickeln. Dieser Diskurs braucht Zeit und Räume. Schaffen wir sie!

Alberto Bondolfi, Dr. theol., Privatdozent am Institut für Sozialethik der Universität Zürich, Präsident der Europäischen Gesellschaft für ethische Forschung, Mitglied der zentralethischen Kommission der Schweiz. Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Im Unterschied zum Tod selber, der sich unserer empirischen Erfahrung und unseren Gestaltungsmöglichkeiten entzieht, liegt das Sterben bis zu einem gewissen Grad noch in unseren Händen. Durch die stetigen Fortschritte der Medizin sind die Möglichkeiten, das Sterben zu gestalten, noch grösser geworden. Dies hat in der Debatte um die Sterbehilfe zu verstärkten Kontroversen geführt. Ein gemeinsamer Nenner der Parteien in dieser Debatte ist der Bezug auf das Tötungsverbot. Eine Stellungnahme zum Thema setzt die Auseinandersetzung mit dem Tötungsverbot an sich voraus.

Entgegen der in christlichen Kreisen weitverbreiteten Meinung ist das absolute Tötungsverbot kein spezifisch jüdisch-christliches Tabu, sondern es kommt in allen Religionen vor. Wie in anderen Glaubensrichtungen wurde das Tötungsverbot auch im Christentum nur bedingt angewendet. Als Ausnahmen galten in der christlichen Tradition bereits seit dem zweiten Jahrhundert die Abtreibung, die milder bestraft wurde als Mord, und die Tötung im Krieg, die seit der zweiten Hälfte des vierten Jahrhundert sogar als Pflicht betrachtet wurde. Während «unschuldiges» Leben nicht angetastet werden durfte, glaubte man «schuldiges» Leben unter bestimmten Umständen vernichten zu dürfen. Heute ist Schuld kein haltbares Kriterium mehr für Ausnahmen vom absoluten Tötungsverbot. Hingegen wird unterschieden zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe, Tun und Unterlassen. Doch ist Unterlassen immer unschuldig? Tun immer schuldig? Wenn Leute wie Peter Singer diese Unterscheidung in Frage stellen, so hat das zumindest einen Nutzen: Wir sind gezwungen, nach alternativen Kriterien zu suchen.

Solange das Strafrecht als Zeugnis unserer Zivilisation aktive Sterbehilfe strenger ahndet als passive, wird sich der Arzt entscheiden, keine aktive Sterbehilfe zu leisten, um sich moralisch, gesellschaftlich und rechtlich zu entlasten. Die Debatte im Nationalrat ist ein Zeichen dafür, dass die Exekutive ein entsprechendes Regulierungsbedürfnis erkannt hat. *An welchen Kriterien soll sich der Arzt in Zukunft orientieren können?*

1. Ein wichtiges Stichwort ist die *Autonomie des Patienten:* Dieser soll selber über die Umstände und über die Tatsache seines Sterbens entscheiden dürfen. Grundsätzlich hat der Patient auch das Recht, Selbstmord zu begehen. Drittpersonen sind aber nicht verpflichtet, ihm dabei zu helfen.
2. Der Arzt ist verpflichtet, *Leiden zu minimieren.*
3. Prinzipielle Berücksichtigung des Tötungsverbotes, wobei dieses Prinzip nicht absolut gelten soll. Sowohl in empirischer als auch in normativer Hinsicht ist dies ein heikler Punkt. Gesetzliche Richtlinien, die sich dazu äussern, welches die Umstände sind, unter denen aktive Tötung nicht bestraft werden soll, bringen eine Bürokratisierung des Todes mit sich. Diese Bürokratisierung ist unumgänglich, wenn sichergestellt werden soll, dass wir nicht auf eine schiefe Bahn geraten. Es muss in der Gesetzgebung eine Mitte gefunden werden, die weder dem Machbarkeitswahn unbeschränkte Freiheit lässt noch Mord legitimiert.

Günter Stratenwerth, emeritierter Professor für Strafrecht und Rechtsphilosophie an der Universität Basel

Die aktive Sterbehilfe ist nach geltendem Recht verboten, selbst dann, wenn sie «aus achtenswerten Beweggründen, namentlich aus Mitleid», auf das ernstliche und eindringliche Verlangen des Betroffenen erfolgt. Als zulässig gelten aber, im Endstadium einer unheilbaren Krankheit, ärztliche Massnahmen, die auf die Linderung schwerer Leidenszustände abzielen, auch dann, wenn sie das Leben des Patienten möglicherweise verkürzen. Besonders problematisch ist dagegen die Frage der Fortführung oder des Abbruchs lebenserhaltender Massnahmen bei Patienten,

Alberto Bondolfi im Gespräch mit Tagungsleiter Matthias Mettner.

die nicht mehr bei Bewusstsein sind. Die Medizin spricht hier von einem «vegetativen Zustand», der nach einem Monat noch voll rückbildungsfähig sein soll, nach einem Jahr hingegen mit grösster Wahrscheinlichkeit nicht mehr.

In einem solchen Falle kommt es in erster Linie auf den mutmasslichen Wil-

> **„Leben hat nur dann noch eine Würde, wenn es funktionsfähig ist."**

len des Patienten an, der an sich das Recht hat, medizinische Massnahmen abzulehnen. Dabei ist zunächst von Bedeutung, ob eine entsprechende Patientenverfügung vorliegt. Deren Verbindlichkeit hängt aber davon ab, dass der Patient bei dieser Verfügung über ihre Tragweite hinreichend informiert war, dass der in der Verfügung beschriebene Zustand zweifelsfrei vorliegt und dass es keinen Grund für die Annahme gibt, dass er seinen Willen geändert haben könnte. Liegt keine solche Verfügung vor, so kann sich der mutmassliche Wille des Patienten unter Umständen auch aus Äusserungen gegenüber seinem Hausarzt oder seinen Angehörigen ergeben.

Lässt sich der mutmassliche Wille des Patienten nicht oder nicht mit genügender Sicherheit feststellen, so gehen die Meinungen auseinander. Der deutsche Bundesgerichtshof und ein Teil der deutschen Doktrin wollen den Arzt in solchem Falle verpflichten, die lebensverlängernden Massnahmen notfalls über Jahre hinweg fortzuführen. In neuerer Zeit mehren sich aber die Stimmen, die dafür eintreten, die Pflicht des Arztes zur Lebenserhaltung zu begrenzen, und zwar unter dem Gesichtspunkt, ob für den (irreversibel bewusstlosen) Betroffenen noch ein Rest an

Ursula Steiner-König: «Sterben soll in den Lebensschutz integriert werden».

sinnvollem Leben möglich wäre, was aus dessen Perspektive, nicht dem der Angehörigen oder gar der Allgemeinheit, zu beurteilen ist. Fehlt es daran, so soll der Arzt nach den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften auf lebensverlängernde Massnahmen verzichten und früher eingeleitete Massnahmen dieser Art abbrechen dürfen. Welche dieser beiden Auffassungen richtiger ist, kann nicht mehr mit juristischen Argumenten, sondern muss von der Gesellschaft entschieden werden.

Ursula Steiner-König, Dr. med. FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, seit 1992 Mitglied der Zentralen Ethischen Kommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, seit 1994 Mitglied des Zentralvorstands der FMH

Euthanasie heisst ursprünglich, «den Austritt aus dem Leben erleichtern». Heute wird das Wort als Synonym für aktive Sterbehilfe gebraucht. Studien in Holland, in Australien und in den USA zum Umgang der Ärzte mit aktiver Sterbehilfe machen deutlich, dass Ärzte sich oft nicht imstande fühlen, zu beurteilen, welches der Wille des äusserungsunfähigen Patienten ist. Viele von ihnen finden es zudem schwierig, zu beurteilen, ob der Sterbewunsch eines äusserungsfähigen Patienten in einer ausgeglichen psychischen Verfassung formuliert wurde oder ob er Folge einer Depression ist. Ein grosser Teil der befragten Ärzte plädieren für die Palliativmedizin, weil sie befürchten, dass sonst die aktive Sterbehilfe an deren Stelle treten könnte.

Um aktive Sterbehilfe unter bestimmten Umständen zuzulassen, müsste es möglich sein, rational zu entscheiden, ob bei einem Patienten Sterbehilfe angebracht ist oder nicht. Gibt es solche objektive Steuerungs- und Kontrollmöglichkeiten? – Viele Situationen sind schwer durchschaubar, Zufälligkeiten und irrationale Einflüsse spielen mit, das psychosoziale Umfeld des Patienten ist oft schwer zu analysieren. Auch Diagnose und Prognose sind selten eindeutig. Es ist fraglich, ob die Gesetzgebung als statisches Gebilde der extremen Dynamik der Medizin gerecht werden kann. Der Zentralvorstand der FMH ist der Meinung, dass mit den Richtlinien für die Sterbehilfe der SAMW (siehe Kasten) der Respekt des Arztes vor dem Leben und Sterben des Patienten garantiert ist. Er sieht keinen Handlungsbedarf auf Gesetzesebene.

Als Richtschnur für das Handeln der Medizinalpersonen gilt die Pflicht zur Lebenshilfe auch am Ende des Lebens. Als Begleiter des Sterbeprozesses hat der Arzt keine Vollmacht zur Steuerung und Beherrschung desselben. Er soll den Patienten als Person ganz ernst nehmen und seine eigenen Vorstellungen und Wünsche darüber, wie sich das Sterben zu vollziehen habe, zurückstellen. Und doch fordern Grenzsituationen wie jene des Sterbens zur Auseinandersetzung mit Fragen nach Sinn und Gestaltungsmöglichkeiten des Menschlichen heraus. Positiv-rechtliche Normen können nicht verhindern, dass Entscheidungen in Grenzsituationen des Lebens vielfach Gewissensentscheide bleiben. Angesichts dieser Tatsache ist es dringend nötig, dass Ärzte in ihrer Aus- und Weiterbildung Anhaltspunkte dazu erhalten, wie ärztliche Entscheidungen zustande kommen (evidence-based medicine).

Zum Leben gehört als Gegenpol der Freude auch das Leiden und der Tod. Sogar aus juristischer Sicht soll Sterben nicht vom Leben getrennt, sondern als Vollendungs- und Reifungsprozess angesehen und somit in den Lebensschutz integriert werden. Dies gilt besonders für den äusserungsunfähigen Patienten. Wenn der Patient urteils- und äusserungsfähig ist, soll ihm die Entscheidung über Art und Zeitpunkt seines Todes überlassen werden. Diese Entscheidungsfreiheit hat jedoch dort ihre Grenzen, wo die Freiheit des Arztes anfängt, zu der es gehört, Suizidhilfe zu verweigern.

Welche Medizin wir wollen und welche Medizin wir uns leisten können, was ökonomisch tragbar und was ethisch richtig ist, können Ärzte nicht alleine entscheiden. Vielmehr muss eine breite Öffentlichkeit sich mit diesen Fragen auseinandersetzen und nach vertretbaren und mehrheitsfähigen Lösungen suchen. Denn, wie Jung sagte: «Die Wissenschaft sucht die Wahrheit, weil sie nicht im Besitz derselben ist.»

Franco Cavalli, Professor und Chefarzt für Onkologie, Locarno, Nationalrat (SP)

Cavalli hat sich im Parlament für die Motion Ruffy ausgesprochen. Er ist nicht sehr glücklich darüber, dass der Expertengruppe (siehe Kasten), für deren Zusammenstellung der Bundesrat

Motion Ruffy

(Angaben aus dem Bericht «Das Recht auf einen würdigen Tod» von Dr. med. Ursula Steiner-König, Schweizerische Ärztezeitung, Band 76, Heft 11, 1995)

Im Herbst 1994 legte Nationalrat Victor Ruffy, SP, eine Motion zur Sterbehilfe ein, die von 25 Abgeordneten mitunterzeichnet war. Sie hat folgenden Wortlaut:

«Trotz allen Mitteln, die für die Lebensverlängerung heute zur Verfügung stehen, gibt es weiterhin unheilbare Krankheiten, welche mit fortschreitender Entwicklung die Würde des Menschen in schwerer Weise beeinträchtigen. Angesichts dieser Tatsache haben in unserer Gesellschaft immer mehr Menschen den Wunsch, selber über ihr Ende mitbestimmen und in Würde sterben zu können. Daher ersuche ich den Bundesrat, einen Entwurf für einen neuen Artikel 115bis des Schweizerischen Strafgesetzbuches vorzulegen.»

Der Motion liegt ein Vorschlag der überparteilichen Arbeitsgruppe «A propos» zugrunde, die einen Zusatz zu Artikel 115 ausgearbeitet hat, der die aktive oder passive Sterbehilfe straffrei erklärt, wenn alle fünf folgenden Punkte erfüllt sind:

- ernstes und unmittelbares Verlangen der kranken Person nach Sterbehilfe
- der Patient leidet an einer unheilbaren Krankheit mit irreversiblem Verlauf, die mit unzumutbarem Leiden verbunden ist
- schriftliche Bestätigung des Befundes durch zwei diplomierte, unabhängige Ärzte
- schriftliche Bestätigung der Urteilsfähigkeit des Patienten durch den zuständigen kantonalen Amtsarzt
- ein vom Patienten ausgewählter diplomierter Arzt nimmt die Sterbehilfe vor.

Das Parlament hat die Motion als Postulat angenommen und eine Expertengruppe eingesetzt.

ein Jahr gebraucht hat, sieben Juristen und nur eine Krankenschwester angehören.

Regierende sind sich gewohnt, ideologisch zu agieren und zu reagieren. In der Debatte um den Umgang mit Drogensucht und -süchtigen hat sich gezeigt, dass die Diskussionen zu keinem Ergebnis führten, solange ideologische Argumente angeführt wurden. Erst dank pragmatischer Bestandesaufnahme wurden Schritte möglich. Auch die Debatte um die aktive Sterbehilfe sollte vermehrt sachlich geführt werden: *Anstelle einer unerschütterlichen Weltanschauung sollte empathisches Erleben treten.*

„Die Zulassung der aktiven Sterbehilfe hat jedoch nichts mit Euthanasie im Sinne des Nationalsozialismus zu tun."

Mit den heutigen technischen Möglichkeiten der Medizin können viele Akutkranke geheilt werden. Chronischkranke, die ihre Schmerzen als unerträglich empfinden, haben genügend Zeit, um sich mit der Frage auseinanderzusetzen, ob sie weiterleben wollen oder nicht. Wenn ein Todkranker sterben will, ist er darauf angewiesen, dass die gesellschaftliche Norm ihm dies erlaubt. Bei vielen gesunden Menschen besteht ein Widerspruch zwischen dem, was sie als gesamtgesellschaftliche Norm befürworten und dem, was sie für sich selber wünschen. Diese beiden Sichtweisen fallen beim Todkranken zusammen.

Man stellt immer wieder fest, *dass die Wahrnehmung des Sterbens stark von der Art und dem Grad der Betroffenheit abhängig ist.* Für Patienten gehört es zu einem guten Tod, im Schlaf, ruhig und schnell zu sterben. Für das Pflegepersonal ist es wichtig, dass die Symptome jederzeit unter Kontrolle sind. Palliativmediziner sagen, dass die palliative Medizin aktive Sterbehilfe unnötig macht. Es gibt aber einen harten Sockel von terminalen Patienten, bei denen dies nicht zutrifft – was viele Palliativmediziner als persönliche Niederlage empfinden.

Befürchtungen, dass man durch Nichtbestrafung der aktiven Sterbehilfe die Tür zur Tötung von geistig Behinderten öffnen würde, sind gegenstandslos, weil aktive Sterbehilfe als unabdingbare Voraussetzung die freie und unbehinderte Willensäusserung der Person, die sterben möchte, erfordert. Euthanasie wird im deutschen Sprachgebrauch mit negativen Gefühlen assoziiert. Die Zulassung der aktiven Sterbehilfe hat jedoch nichts mit Euthanasie im Sinne des Nationalsozialismus zu tun: Die NS-Ideologie war die pure Negation der individuellen Entscheidungsfreiheit, die aktive Sterbehilfe stellt dagegen die extreme Anerkennung des Rechts jeder Person dar, das eigene Leben und den eigenen Tod zu gestalten.

Aktive Sterbehilfe steht nicht im Widerspruch zur palliativen Medizin, sondern ist lediglich der letzte Schritt in deren Entwicklung. Sie ist ein extremer und qualvoller Akt der Empathie und Solidarität mit dem Patienten. Ein Leben ohne Solidarität ist nicht denkbar. Cavalli wünscht sich, als Arzt nicht immer nein sagen zu müssen auf die bange Frage eines Patienten: Wenn alles schief gehen sollte, werde ich dann am Ende mit unerträglichem Leiden dahinsiechen müssen, oder werden Sie mir dann helfen können?

Die Paulus-Akademie stellt eine Dokumentation der gesamten Tagung zusammen (evtl. in Buchform), die voraussichtlich im Herbst erscheinen wird. Neben den hier zusammengefassten Referaten sind darin Beiträge von Regierungsrätin Verena Diener, Zürich, Prof. Dr. Reinhard Schmitz-Scherzer, Kassel, Prof. Dr. med. Frank Nager, Merlischachen, Dr. med. Roland Kunz, Winterthur, Beatrice Marti, Winterthur, Matthias Mettner, Zürich, und Dr. med. Regula Schnitz-Mannhart, Köniz, sowie ein Gespräch zwischen Otto Nauer (Ehemann einer an Alzheimer erkrankten Frau) und Matthias Mettner aufgezeichnet. Diese Dokumentation ist erhältlich bei: Paulus-Akademie, Carl-Spitteler-Strasse 38, 8053 Zürich, Telefon 01 381 34 00

Die Paulus-Akademie führt im Rahmen der Angebote «Psychologie für die Seelsorge und die Begleitung von Menschen in Lebenskonflikten und Lebenskrisen» Kurse in kleinerem Rahmen durch, an denen es genügend Platz für Gespräche in der Gruppe gibt, die in der Tagung vom 22./23. März zu kurz gekommen sind. So findet vom 27. bis 29. Oktober ein Weiterbildungskurs statt mit dem Titel: «Der Himmel geht über allen auf» – Einführung in die Praxis der Trauerbegleitung und Trauerberatung. ■

In der Agenda vormerken:

Tagungen beim Heimverband Schweiz

Fachtagung erwachsene Behinderte

Lebenslange Bildung! Utopie oder Wirklichkeit?

Montag, 1. September in Uster

E.D.E.-Kongress

5. Europäischer Kongress für Leiterinnen und Leiter von Altersheimen

Das Heim als Unternehmen? Alters- und Pflegeheime im Spannungsfeld von Aufgabe, Struktur und Kultur

17. bis 19. September in Interlaken

Grapefruitsaft beeinflusst die Wirkung zahlreicher Medikamente

ARZNEI NICHT MIT GRAPEFRUIT

Es gibt eine ganze Anzahl Medikamente, die man wohl mit Wasser, nicht aber mit Grapefruitsaft hinunterspülen sollte. Dazu gehören Mittel gegen Bluthochdruck und Allergie, Schlafmittel und Hormone für Frauen.

Der Grund liegt in jener Substanz, die für den eigentümlichen Geschmack der Grapefruit verantwortlich ist. Die Substanz «Naringin» zersetzt sich im Magen und Darm. Dabei regt sie die Eingeweide an, mehr von dem Medikament aufzunehmen. Da der Arzt aber nicht damit gerechnet hat, kann es zu Überdosierungen kommen. Dies schreibt die unabhängige Schweizer Fachzeitschrift «Pharmakritik» (18. Jg., Nr. 7).

Im Fall von teuren, aber nur schwach wirksamen Aidsmedikamenten ist jedoch genau diese Wirkung des Grapefruitsaftes überaus erwünscht. Er verdoppelt bis verdreifacht nämlich die virustötende Kraft des Medikaments. So gesehen können wenige Liter Saft einen Gegenwert von über tausend Franken erbringen.

Könnte man mit einem Gläschen Grapefruitsaft nicht auch Blutdruck-, Allergie- und Schlafmittel sparen, indem man wegen der verstärkten Wirkung einfach weniger davon nimmt? Nach dem Urteil der «Pharmakritik» ist davon abzuraten. Die Wirkung des Saftes ist noch zu wenig exakt belegt.

Quelle:
B. Staub: Medikamente und Grapefruitsaft, Pharmakritik, Jg. 18, Nr. 7.1.1997 – zu beziehen bei Infomed AG, St. Gallen – http://www.infomed.org/pharma-kritik/