

1. Frage: *Eine große Mehrheit der Bevölkerung ist für eine Legalisierung von Tötung auf Verlangen und gegen eine Sanktionierung von organisierter Beihilfe zur Selbsttötung. Kann/ darf die Stimmung in der Bevölkerung die Gesetzgebung beeinflussen? Oder sollte sich Ihrer Meinung nach der Staat davon völlig unbeeinflusst gegenüber Patienten mit (nachvollziehbarem) Sterbewunsch verhalten; könnte eine gewisse staatliche Bevormundung, eventuell sogar der betroffenen Patienten vielleicht sogar notwendig sein, weil die Bevölkerung und auch die Ärzte eigentlich Nachhilfe im Fach Ethik bräuchten?*

Prof. Dr. Günter Baust: Wenn ein Patient nicht mehr weiterleben will, kann er dies auf der Grundlage des Selbstbestimmungsrechts jederzeit erwirken, da der SELBSTMORD nach unserem Recht nicht strafbar ist. Wenn er jedoch diesen Schritt nicht selbst zu gehen wagt, dann darf und sollte er dies auch nicht von seinem Arzt fordern. Aus einem sonst straffreiem Suizid würde dann ein strafbares "Töten auf Verlangen", also ein assistierter Mord durch einen Arzt.

Bereits 1985 legte eine Arbeitsgruppe von Strafrechtlern und Ärzten einen Alternativentwurf zur Sterbehilfe vor. Mit diesem Entwurf sollte der § 216 des StGB, „Tötung auf Verlangen“ erweitert werden. Damit dürfte nicht nur ein Arzt, sondern jeder, der sich dazu bekennt, aus Mitleid und Barmherzigkeit, (aber auch aus anderen Motiven!) einen Menschen, auf sein Verlangen, töten. Das bedeutet, jede Lockerung des §216 würde einen gefährlichen Dammbruch bewirken, mit dem das Töten eines Menschen weitgehend unkontrolliert erlaubt würde. Seit dieser Zeit hält die Debatte unvermindert an. Es entspricht der Realität, dass die Mehrheit der Bevölkerung die Legalisierung einer Tötung auf Verlangen fordert und gegen eine organisierte Beihilfe zur Selbsttötung votieren würde. Dies ist die Folge einer jahrzehntelangen Tabuisierung von Sterben und Tod in der Medizin und besonders in der Öffentlichkeit. Mit den fast grenzenlos gewordenen Möglichkeiten der modernen Medizin und den damit wachsenden Ansprüchen der Bevölkerung an das Leben, bekam die Verdrängung von Sterben und Tod weitere Impulse. Viele Ärzte haben heute noch einen Nachholbedarf im Handeln und Entscheiden auf diesem Gebiet und für einen großen Teil der Bevölkerung ist es ein heikles Thema geblieben, das weitgehend gemieden wird. Kurzum, es ist ein anspruchsvolles, hausgemachtes, medizinisches Problem entstanden, das viele Jahre dem Selbstlauf überlassen wurde und mit den anhaltenden Reformbemühungen eher noch verstärkt wurde.

Das sind unangenehme Einsichten, die aber vorwiegend in den Kompetenzbereich der Medizin gehören. WIR müssen deshalb mit Unterstützung der Gesundheitspolitiker, endlich diesen gefährlichen Trend korrigieren. Das ist eine anspruchsvolle medizinisch-ethische Aufgabe, die nicht juristisch mit neuen Gesetzen gelöst werden kann und darf. Diese gefährliche Tür des Tötens sollte nie wieder geöffnet werden, eine bittere Lehre aus der deutschen Geschichte des vergangenen Jahrhunderts. Die Ehrfurcht vor dem Leben sollte unser ärztliches Handeln bestimmen und begleiten.

2. und 3. Frage: *Sollte der Gesetzgeber Ärzte in ihren Handlungen bei aktiv lebensverkürzenden Maßnahmen, wie z.B. Beihilfe zur Selbsttötung und Tötung auf Verlangen anders behandeln als Nicht-Ärzte? Das heißt, was spräche aus Ihrer Sicht für oder gegen eigene Re-*

geln für Ärzte in der Beihilfe zur Selbsttötung?

Welche juristischen Maßnahmen sind aus Ihrer Sicht angemessen, welche realistisch umsetzbar um gewerbsmäßige oder organisierte Beihilfe zur Selbsttötung zu unterbinden?

Prof. Dr. Günter Baust: Auch Nicht-Ärzte sollten m. E. für eine Beihilfe zu einem Selbstmord keine Legitimation erhalten. Wenn ein Mensch nicht mehr leben will, kann er nach unserem Selbstbestimmungsrecht über sein Sterben und den Tod, z. B. mit einer Patientenverfügung, selbst bestimmen. Unser Grundgesetz und das deutsche Recht schützen die Bevölkerung sowie Ärzte vor jeglichen Formen einer Tötung menschlichen Lebens. Sterben gehört zum Leben und somit in die professionelle und verlässliche Fürsorge der Ärzte, ihren Mitarbeitern und Institutionen. Das ist unsere bewährte „organisierte Hilfe“ zur Selbsthilfe der Betroffenen. Ein gewerbsmäßiges Töten oder eine Hilfe dazu, wäre ein Töten auf Verlangen. Das ist in Deutschland strafbar und sollte es auch bleiben. Jedes gewerbsmäßige und meist mit kommerziellen Forderungen begleitetes Töten, ist ethisch-moralisch nicht vertretbar und wäre eine falscher, ja gefährlicher Lösungsweg in unserem Sozialstaat. Wer darauf besteht, sollte in den ausgewiesenen Ländern, in denen das Töten auf Verlangen gesetzlich erlaubt ist, seinen Willen geschehen lassen.

4. Frage: *Und bitte gestatten Sie uns zum Schluss noch diese ganz persönliche Frage: Wie wollen Sie einmal sterben und was sollte Ihrer Meinung nach jeder schon jetzt für sein Lebensende bedenken und tun?*

Prof. Dr. Günter Baust: Lieber Thomas Sitte, ich bin gern bereit, auch zu dieser nicht einfachen Frage Ihnen meine Meinung mitzuteilen.

Wir sollten davon ausgehen, dass jeder Arzt, der Sterbende oder Sterbenskranke behandeln oder betreuen will, eine eigene Haltung zu Sterben und Tod haben sollte. Ich sehe dies als Voraussetzung, für eine vertrauensvolle Beziehung und Kommunikation zu diesen leidgeprüften Patienten.

Mit einem kleinen Literaturverzeichnis wollte ich in meinem Beitrag erkennen lassen, dass ich mich schon sehr lange mit dieser Problematik wissenschaftlich und klinisch auseinander gesetzt habe und dies auch noch gegenwärtig, ohne meinen Standpunkt verändert zu haben, praktiziere. Eigentlich begann mein Nachdenken schon 1944 nachdem ich als Fünfzehnjähriger, als Wehrmachtshelfer vereidigt wurde und bei Torgau, gemeinsam mit meinen Mitschülern, die Russen aufhalten und vernichten sollte(!). Da dachte ich erstmals, dass ein Leben sehr schnell beendet werden kann.

In meinem späteren, sehr lieb gewonnenen Beruf als Anästhesiologe, Intensivmediziner, Notfallarzt, Schmerztherapeut und Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin, konnte ich viele Erfahrungen diesbezüglich sammeln. So habe ich mich seit der Mitte des vergangenen Jahrhunderts, bald auch als Direktor unserer Universitätsklinik, mit meinen Mitarbeitern stets für ein würdiges Sterben der betroffenen Patienten erfolgreich einsetzen können.

Der Mensch ist das einzige Lebewesen, das über die Endlichkeit des Lebens informiert ist. Die faszinierende Weisheit und Perfektion der Natur hat, soweit bisher wissenschaftlich nachgewiesen konnte, auch das Lebensende nach biologischen Gesetzmäßigkeiten optimal programmiert. Ein einfaches Beispiel: Vor den fast grenzenlos gewordenen Möglichkeiten der modernen Medizin, galt die Pneumonie als die Freundin des alten, sterbenden Menschen. Meist war es eine Fraktur der unteren Extremitäten, die den Betroffenen monatelang an das Bett fesselte. Dies führte häufig wegen der flachen Ruheatmung zu einer Pneumonie. Ein zunehmender Sauerstoffmangel und eine Kohlendioxidretention leitete bald, über einen tiefer werdenden Schlaf, eine ruhige Sterbephase ein.

In der heutigen Zeit wird doch häufig noch das beginnende Sterben meist unbewusst, manchmal auch bewusst medikamentös verlängert. Die Erfahrungen lehren, dass der bekannte § 323 c, „unterlassene Hilfeleistung“ in Ärztekreisen noch immer gefürchtet ist und nicht selten zu einer prolongierten Behandlung motiviert, da sie das Strafrecht weniger tangiert und man damit auf der sicheren Seite steht. Aber auch die Einstellung, einen Sterbenden quasi „gesund sterben lassen zu müssen“, ist keineswegs selten.

Abschließend erinnere ich nochmals an die biologischen Gesetze der Natur. Nach der wiss. Literatur und meinen geringen eigenen Beobachtungen und Erfahrungen beginnt das Sterben über ein perfekt funktionierendes System des endenden Lebens. Die meisten Sterbenden spüren diese mildtätige Umstellung des Organismus, in der Endorphine und andere Hormone ein Gefühl der Entspannung und wohltuenden Euphorie über das ZNS bewirken und ein erlösendes „Einschlafen“ folgen lassen. M.E. wird dieser von der Evolution mitgeprägte Ablauf nicht selten durch unsere, teils wissenschaftlich noch viel zu wenig analysierte Therapie am Lebensende gestört oder gar verhindert. Ein hoch interessantes Gebiet, das uns wesentliche Innovationen bringen könnte, aber auch hier gibt es sicher Interessenkonflikte. – So, jetzt geht es in die Philosophie oder sogar in die Politik und hier will ich meine Gedanken enden lassen.

Gedanken zur gegenwärtigen Bundestagsdebatte über Sterbehilfe und den ärztlich assistierten Suizid

von Günter Baust

Eine nun schon seit dem vergangenen Jahrhundert anhaltende Debatte um die Sterbehilfe hat sich erneut zugespitzt. Das seit dem gleichen Zeitraum tabuisierte Thema Sterben und Tod hat die bestehende Unsicherheit vieler Menschen zu diesem schwierigen Thema weiter erhöht. Schließlich wurde der traditionelle Begriff: „Euthanasie“ durch die extrem auslegungsfähige Wortkombination „Sterbehilfe“ abgelöst, die das Verständigungschaos weiter verstärkte. Zusätzlich sorgt gegenwärtig die gleichfalls erneut geschürte Forderung nach einem „ärztlich assistierten Suizid“, für eine kontrovers geführte, uferlose Debatte. Sie hat ihren Ursprung in ungelösten oder falsch interpretierten medizinischen Fakten, die oftmals auch von den Medien und der Politik, in diesem Zusammenhang klischeehaft verkündet werden. Obwohl die Beihilfe zum Suizid nach Deutschem Recht generell nicht strafbar ist, verbietet uns Ärzten diese unärztliche Forderung unser Berufsethos und Berufsrecht auf der Grundlage bewährter traditioneller Positionen, die wir kompromisslos weiter vertreten sollten.

In der jüngsten Debatte des Deutschen Bundestags über Sterbebegleitung und Suizidbeihilfe werden mit einer Beharrlichkeit medizinische Fakten genannt, die angeblich einen neuen, regelnden Gesetzesentwurf rechtfertigen sollen. Eine bekannte Strategie, bei größeren Aktionen oft ein unseriöses Vorgehen, in dem Einzelfälle aufgezeigt werden, mit denen das Vorhaben begründet wird. Dazu einige Beispiele aus den veröffentlichten vier Entwürfen des Bundestags. Es geht dabei immer wieder um Sterbende, die angeblich „unerträgliches Leid, schwerste Schmerzen, Qualen sowie Ängste ertragen müssen, oder unzumutbaren schweren, nicht behandelbaren Todeskämpfen ausgesetzt sind, das Nichtsterbenkönnen oder -lassen bei unheilbaren Krankheiten sowie eine Palliativmedizin, die nicht mehr helfen kann.

Diese noch immer gewählten Begründungen sind Klischees, die seit etwa der Jahrhundertwende überholt, deshalb medizinisch nicht mehr haltbar sind. Ja sie sind sogar falsch und würden einer „unterlassenen Hilfeleistung“ entsprechen, also strafbar sein. Dazu folgende Erklärung: Seit etwa der Mitte des vergangenen Jahrhunderts vollzog sich in der Medizin eine rasante innovative Entwicklung. Sie begann mit der wissenschaftlich begründeten Reanimation, der damit entstandenen neuen Definition des irreversiblen Todes und der Einführung des Hirntods, dem zeitweiligen apparativen Ersatz lebenswichtiger Organfunktionen, der Chirurgie am offenen Herzen, der Neurochirurgie und der Organtransplantation. Besonders der wissenschaftliche Erkenntnisgewinn zur Pathophysiologie der Chronifizierung des akuten Schmerzes und die daraus abgeleiteten neuen Therapiemöglichkeiten, waren für die Hospiz- und Palliativbetreuung Sterbenskranker und Sterbender ein enormer Fortschritt.

Die präzise Umsetzung dieser neuen, wirksamen Möglichkeiten zum Erlangen der notwendigen Fähigkeiten der Ärzte für eine schnelle Anwendung am Patienten hält noch an. Wenn gegenwärtig bei einigen Ärzten diesbezüglich noch ein Nachholbedarf besteht, ist dies als Übergangslösung zu werten, die mit Hilfe der Fachgesellschaften und Ärztekammern schnell überwunden werden sollte. Der Palliativmediziner E. Klaschick konnte in einer wissenschaftlichen Untersuchung nachweisen, dass Ärzte in Deutschland eine „aktive Sterbehilfe“ eher befürworten, je geringer ihre medizinisch-ethischen Kenntnisse der Leidensminderung in der Betreuung Sterbender sind (DÄB 105, 4, 2008).

Diese Erkenntnis kann der Autor aus langjährigen Erfahrungen nur bestätigen. Die Betreuung Sterbender gehört zu den ältesten Traditionen unseres Berufs. Wir sollten diese bewährte und anspruchsvolle Pflicht nicht leichtfertig zur Disposition stellen noch mit nichtgerecht-

fertigten neuen Gesetzesentwürfen in eine fragwürdige Position abgleiten lassen. In der Medizin unserer Zeit als Hospiz- und Palliativmedizin ausgewiesen, gehört sie zur Aufgabe eines jeden Arztes, wie es unser ehemaliger Präsident der Bundesärztekammer, Hoppe anlässlich des Ärztekongresses eindeutig formulierte (DÄB, 22, 2007).

Sterbehilfe

Die verschiedenen philosophischen Auffassungen über das Sterben und den Tod, von der Antike bis in unsere Zeit, reflektieren mit welcher Hartnäckigkeit sich dieses menschliche Phänomen schon immer der Aufklärung verschloss und für viele Menschen auch heute noch eine Aporie geblieben ist. Der bewährte klassische Begriff „Euthanasie“ – schöner Tod, stammt aus der Zeit 500 – 420 v. Chr. Er wurde in Deutschland während des Nationalsozialismus, über zwölf Jahre, in politischer Absicht für den grausamen Mord von Millionen unschuldiger Menschen, bestialisch missbraucht und damit in krimineller Weise pervertiert.

Deshalb erfolgte in Deutschland eine Streichung des Begriffs „Euthanasie“ aus dem medizinischen Vokabular. International hat er seine traditionelle Bedeutung behalten. Seit der Mitte des vergangenen Jahrhunderts laufen in Deutschland diffuse und schwerfällige, konzeptionslose Bemühungen, einen adäquaten Ersatzbegriff für „Euthanasie“ zu finden. Von den gegenwärtig existierenden Wortbildungen dominiert im vorherrschenden Sprachgebrauch der Begriff „Sterbehilfe“ und wird meist mit einer gezielten Lebensverkürzung interpretiert.

Eine inadäquate Wortwahl, die das Begriffschaos und damit die Unsicherheit bei vielen Menschen zusätzlich noch verstärkt hat. Gleichzeitig entstanden neue schwammige Wortkombinationen, die unterschiedlich genutzt werden können und die bestehende babylonische Sprachverwirrung zusätzlich verstärkten. Dazu einige Beispiele aus dem "Sterbehilfenvokabular": aktive / passive, direkte / indirekte, gewollte / ungewollte, freiwillige / unfreiwillige, mutmaßliche Sterbehilfe oder Euthanasie, Sterbebetreuung, Sterbebegleitung, Sterbebeistand, Hilfe zum, im und beim Sterben, Sterben auf Verlangen, soziales Sterben, Recht auf Sterben, Sterbetourismus, palliative Sterbehilfe, humane Sterbehilfe bis hin zu "sozialverträglichem Frühableben" und anderem.

Damit hat sich die Verständigung zwischen der Bevölkerung und den Ärzten sowie den Medien und der Politik weiter erschwert und die bestehende Verunsicherung und Ängste verstärkt. Der permanente Ruf vieler Menschen nach einer aktiven Sterbehilfe muss als eine Folge der noch immer ungelösten Sterbehilfedebatte gewertet werden.

Erstes Fazit:

Es ist deshalb ein dringendes medizinisches und ethisches Anliegen unserer Zeit, diesen seit Jahren anhaltenden und geduldeten, chaotischen Selbstlauf endlich zu stoppen und staatlicherseits einen generellen Wandel in der Rhetorik und in der Verständigung mit der Bevölkerung für unser Handeln am sterbenden Menschen durchzusetzen.

Dazu folgende Empfehlungen für die bevorstehende Debatte im Deutschen Bundestag: Anstelle von neuen Rechtsvorgaben im ärztlichen Beruf, sollten bewährte Praktiken der Betreuung Sterbender seitens der verantwortlichen Institutionen des Gesundheitswesens unterstützt und in verbindlichen Rahmenbedingungen festgeschrieben werden.

1. Der unklare Begriff „Sterbehilfe“ sowie das gesamte damit entstandene unnötige „Sterbehilfenvokabular“ werden ersatzlos gestrichen. Als amtliche allgemeinverständliche Bezeichnung könnte z.B. die eindeutige Wortkombination „Sterbebetreuung“ oder „die Betreuung Sterbender“ oder „Sterbebegleitung“ festgelegt werden.

2. Sterben gehört zum Leben und die Betreuung zu den obligatorischen aber auch anspruchsvollsten Pflichten der Ärzte. Mit den neuen Erkenntnissen der Medizin verfügen wir über wirksamere medikamentöse und palliative Behandlungsmethoden, die ein würdiges Sterben, frei von unerträglichen Schmerzen und Qualen nunmehr weitgehend ermöglichen. Jeder Arzt, der seine eigene Einstellung zum Sterben und Tod gefunden hat, sollte in der Lage sein, die meist bescheidenen Wünsche eines Sterbenden erfüllen zu können. Palliativmedizinische Behandlungsmethoden gewähren eine individuelle Betreuung Sterbender in einem bisher nie gekannten Ausmaß.
3. Die Erfahrung lehrt, die Betreuung Sterbender muss wieder zu einer gesamtgesellschaftlichen, einer mitmenschlichen Aufgabe werden. Die plötzlich spürbare Einsamkeit, das Alleingelassensein Sterbender, das Vermissen des so wichtigen sozialen Kontaktes mit Verwandten und lieb gewonnenen Freunden oder Berufskollegen in den letzten Tagen und Stunden des endenden Lebens, gehört mit zu den schlimmsten, quälenden Symptomen der Sterbenden. Ihre Präsenz und ihr Abschiednehmen von ihren Sterbenden ist eine bewährte mitmenschliche Tugend, die das Sterben erleichtert. Es darf deshalb nicht in Vergessenheit geraten oder weiter verdrängt werden. Wir alle gehören irgendwann auch zu den Sterbenden. Wir sollten deshalb mit guten Beispielen den künftigen Generationen durch unser Engagement Vorbild sein.

Zur Forderung eines ärztlich assistierten Suizids.

Schon lange wird der brutale Begriff „Selbstmord“ in der allgemeinen Rhetorik gemieden und durch die etwas versöhnend klingenden Begriffen: „Freitod“, „Selbsttötung“ oder „Suizid“ ersetzt. Doch der Selbstmord bleibt ein brutaler Mord, auch wenn ihn der Betroffene selbst vollzieht. Und zu diesem Mord sollte künftig ein Arzt noch zu assistieren legitimiert werden! Obwohl diese Forderung in unterschiedlicher Rhetorik in Entwürfen des Bundestags formuliert ist, sollten wir Ärzte uns endlich geschlossen gegen diese inhumane, mit unserer bewährten hippokratischen Einstellung unvereinbaren ärztlichen Handlung stellen.

Ein Arzt darf niemals töten noch bei einer Tötung assistieren. Er ist stets dem Leben verpflichtet. Dieses eindeutige Credo sollte bei jeder Entscheidungsfindung bestimmend sein und, wie es unsere jüngste deutsche Geschichte lehrt, nie wieder aus irgendwelchen Motiven relativiert werden. Auf dieser Vertrauensbasis beruht unsere, traditionelle und bewährte Arzt-Patientenbeziehung. Würde der ärztlich assistierte Suizid legitimiert werden, dann könnte kein Patient mehr sicher sein, mit welcher Absicht und mit welchem Vorsatz der zur Hilfe gerufene Arzt seiner nunmehr „erweiterten legitimierten Berufspflicht“ nachkommen wird. Schon der Gedanke, statt des sehnsüchtig erwartenden, helfenden Arztes einem möglichen "Assistenten des Vollstrecken des Tötens" (unglückliche Wortwahl) ausgeliefert zu sein, wäre eine schreckliche Vision für den Patienten und für uns Ärzte ein irreversibler Vertrauensbruch.

Zweites Fazit:

1. Ein Suizid als letzten Ausweg wegen unerträglicher Schmerzen und Qualen oder einer unheilbaren Krankheit wäre medizinisch unbegründet, da jedes belastende Symptom eines Betroffenen in ein erträgliches Maß durch den betreuenden Arzt und seine Mitarbeiter gelindert werden kann.
2. Das Patientenverfügungsgesetz erlaubt nunmehr jedem Menschen über das Tun oder Unterlassen einer ärztlichen Handlung selbst zu verfügen – auch wie er sterben möchte. Konkret, wenn ein Mensch nicht mehr weiterleben will, kann er dies aufgrund des Selbstbestimmungsrechts und nach deutschem Recht jederzeit selbst erwirken, auch für den Fall des damit möglicherweise verbundenen Todes. Ein Suizid ist keine strafbare Hand-

lung. Nach Art.2 des Gg. unterliegt das Selbstbestimmungsrecht der Maßnahme, dass die Rechte anderer nicht verletzt werden dürfen. Das heißt, die Freiheit des Patienten und die des Arztes bedingen einander. Doch die Macht der Gesetze hat ihre Grenzen. In Extremsituationen ist es ärztlich unverzichtbar, das Leben und die Persönlichkeit des Patienten individuell zu achten und nach bestem Wissen und Gewissen Hilfe zu leisten.

3. Ohne auf die sehr unterschiedlichen Motive eines Suizidenten eingehen zu wollen, es ist letztlich die bedrückende Aussichtslosigkeit ihrer Überwindung (Überwindung der Motive?) die zum Suizid führt. Die bedauernswerten, hilflosen Betroffenen meiden in der Regel eine ärztliche Konsultation, da sie wissen, dass Ärzte den „Mord“, den sie „selbst“ praktizieren wollen, nicht für sie übernehmen würden. Die daraus resultierenden schrecklichen Gepflogenheiten (Handlungen) , von einem Hochhaus in den Tod zu springen oder sich vor einen Zug zu werfen, sind schlimme Folgen, die endlich ärztlicherseits und nicht mit einem neuen Gesetz, einer humanen Lösung zugeführt werden müssen. Ein Gesetz wäre eine dialektische Entscheidung, die sehr folgenreich sein könnte.
4. Empfehlung an den Bundestag: Jeder Suizident hat das Recht, Hilfe bei einem frei gewählten Arzt seines Vertrauens oder in einer Klinik in Anspruch zu nehmen. Nach den Positionen der Literatur und eigenen Erfahrungen sind dies bedauernswerte oft kranke Menschen, die nicht mehr weiterleben wollen, weil sie es letztlich nicht mehr können. Schwere, meist tödliche Erkrankungen, unerträgliche psychische und physische Leiden, ausweglose und unüberwindbare soziale und persönliche Belastungen oder einfach Situationen, in denen man "das Leben irgendwann satt hat", sind die Motive.

Es sind Extremsituationen menschlichen Lebens, die allein nicht mehr zu bewältigen sind und deshalb ohne wenn und aber in die Obhutspflicht eines Arztes gehören. Dieser wichtige Wandel und die angebotene Bereitschaft, müssen als staatlich ausgewiesene Anordnung allgemein wieder bekannt gemacht werden. Jeder „Lebensmüde“ soll in uns nicht nur einen vertrauten und verständnisvollen Partner finden, sondern auch eine mögliche Hilfe aus seiner aussichtslosen Verfassung erwarten können. Bleibt die psychologische Behandlung und Beratung letztlich jedoch erfolglos und der Betroffene will trotz aller Bemühungen sein Leben beenden, dann ist es selbstverständlich, dass wir sein Sterben betreuen und damit ein Suizid vermieden werden kann.

Dem Patient wird in einem klärenden Gespräch erläutert, dass es noch immer das „natürliche Sterben“ und den „natürlichen Tod“ gibt, wie er vor den fast grenzenlos gewordenen Möglichkeiten der Lebenserhaltung der modernen Medizin dominierte. Welche Möglichkeiten dafür bestehen, müssen dem Patienten erläutert werden, er kann sich dann selbst entscheiden. Zum Beispiel wirkt bei älteren Patienten schon eine Rücknahme einer bestimmten lebenserhaltenden medikamentösen Therapie mit entsprechender Sedierung für ein langsames Dahindämmern in den Tod.

Ein Arzt darf jede Therapie zurücknehmen, die sich im konkreten Fall als nicht mehr wirksam und sinnvoll erwiesen hat. Die Einschränkung der Nahrung- und Flüssigkeitsaufnahme, bis zum Verzicht, wäre eine weitere Option, die sich bewährt hat. Unter diesen Bedingungen verläuft auch das ärztlich begleitete „physiologische Sterben“ nach bewährten biologischen Gesetzen und führt über ein langsames, erlösendes Dahindämmern in den natürlichen, würdigen Tod.

Abschließende Gedanken

Wir Ärzte sind dem Leben verpflichtet. Deshalb darf ein Arzt niemals töten, noch dabei behilflich sein. Dieses Credo, das unser ärztlich-ethisches Gewissen, unser Handeln und Ent-

scheiden seit über zweieinhalbjahrtausend in dem uns begleitenden "Hippokratischen Eid" vertrauensvoll geprägt hat, sollten wir verantwortungsvoll bewahren. Zusätzlich gewährt unser Grundgesetz und das bewährte Deutsche Recht in vorbildlicher Weise dem Patienten und dem Arzt einen verlässlichen Schutz.

Mit dieser humanistischen Grundeinstellung befinden wir uns mit vielen Menschen unseres Landes, die nach dem über viertausend Jahre alten Dekalog der Christen leben, den - zehn Geboten der christlichen Moral, - in guter Gesellschaft. Auch die Vertreter der christlichen Parteien sollten in der bevorstehenden Bundestagsdebatte ihre christlichen Traditionen, speziell das fünfte Gebot: "Du sollst nicht töten" in den politischen Debatten nicht leichtfertig zur Disposition stellen.

Literatur kann angefordert werden.

Prof. Dr. Günter Baust
Petersberg, den 13. September 2015
gbbast@gmx.de

Literaturangaben:

1. Ankermann, E.: Sterben zulassen, E. Reinhardt-Verl. München, 2004
2. Auer A., Meinel H., Eser A.: Zwischen Heilauftrag und Sterbehilfe, C. Heylmann-Verl. KG, Köln, Berlin, München, 2004
3. Baust, G.: Sterben und Tod- Medizinische Aspekte, Akademie-Verl. Berlin, 1988
4. Baust, G.: Palliativmedizin versus Sterbehilfe, Zentrum für Ethik in der Medizin, Heft 9, 63-81, 2008
5. Baust, G.: Sterben und Tod, >Medizinische Aspekte, Ullstein Mosby - Verl. Berlin 1992
6. Baust, G.: Sterben und „Sterbehilfe“ zur gegenwärtigen medizinischen, ethischen und juristischen Diskussion. Zeitschr. f. Anästhesiologie .u. Renovation 17,1992
7. Baust, G.: Worauf beruht die noch immer bestehende Unsicherheit in der Betreuung Sterbender? Ärzteblatt Sachs.-Anh.4, 2009
8. Baust, G.: Die Patientenverfügung- ein Schritt zur Legalisierung der Sterbehilfe? Ärztebl. Sachs.-Anh. 10, 2009
9. Baust, G.: Ärztlich assistiertes Töten auf Verlangen oder ärztlich assistiertes Sterben auf Verlangen? Rztebl.Sachs.-Anh.5, 2011.
10. Baust, G.: Konfliktsituationen am Lebensende. Zentrum f. Ethik i. d. Medizin Tagungsprotokollheft 11, Sept. 2011.
11. Baust, G.: Zur Ätiologie chronischer Erkrankungen. DÄB 15, 2015
12. Kettler, D.: Selbstbestimmung am Lebensende, Ringvorlesung, Universitätsverl. Göttingen, 2005/6
13. Klinkhammer G., Richter-Kuhlmann, E.: Eine Frage des Gewissens, DÄB 26, 2015
14. Mataushek, E.: Arzt und Tod, Verantwortung, Freiheit und Zwänge, Schattauer Verl. 1989