

STERBEHILFE, BESCHLÜSSE ZUR NICHT-REANIMIERUNG

5. Dezember 2019 – 7 Kislev 5780



Auf dem Gebiet der aktiven und passiven Sterbehilfe befinden wir uns seit vielen Jahrzehnten auf einer schiefen Ebene. Seit die beiden Ärzte Andries und Truus Postma aus Noordwolde (Holland) der kranken Mutter von Truus zu einem sanften Tod verhalfen, ist das Thema Sterbehilfe nicht mehr aus der Öffentlichkeit verschwunden.

Truus wurde die Hauptfigur in einem sehr kontroversen Fall vor dem Gericht in Leeuwarden. Das Thema Sterbehilfe wurde aus dem Tabubereich herausgenommen. Auch der Fall der komatösen Ineke Stinissen sorgte für viel Aufregung. Am 30. März 1974 erlitt Ineke aufgrund eines medizinischen Fehlers ein irreversibles Koma. Nach einem sechzehnjährigen Rechtsstreit wurde ihr Leben durch passive Sterbehilfe beendet.

1991 half der Psychiater aus Haarlem Dr. B.E. Chabot ein depressiver Patient zu einem selbst gewählten Tod. In seinem Buch über Sterbehilfe "Dying on a drift" plädiert er für das Verhungern und Sterben von unheilbaren oder sehr alten Patienten. Er nennt seine Methode "Abtötung". Diese Methode wurde bereits im antiken Griechenland angewendet. Dies war früher eine bewusste Entscheidung. Heutzutage werden Menschen, die nicht danach gefragt haben, zur Abtötung gezwungen.

Am Samstag, den 19. Juli 1997, wurde Vater Mulder von seiner Tochter Gea im psychogeriatrischen Pflegeheim 't Blauwbörgje in Groningen besucht. Gea sah, dass ihr Vater, der seit langer Zeit an Alzheimer leidet, nicht mehr reagierte. Er war im Pflegeheim, um sich um eine Infektion zu kümmern. Zum Entsetzen von Tochter Gea stellte sich heraus, dass dieser durstig war. Dem Patienten wurde keine Flüssigkeit mehr verabreicht, da die Entwässerungspolitik des Pflegeheims dies verhinderte. Die Familie erfuhr von der Krankenpflege, dass es sich um einen auslaufenden Fall handelte. Dehydration und Hunger wären laut dem Pflegepersonal die menschlichste Art zu sterben. Die Familie wollte nicht länger, dass ihr Vater im Pflegeheim zusammenschrumpft. Der hungernde Patient wurde in das Martini-Krankenhaus in Groningen eingeliefert. Vater Mulder wachte dort auf, nachdem er genug Flüssigkeit bekommen hatte. Die Familie, die nicht informiert worden war, hat seitdem eine rechtliche Beschwerde gegen das Pflegeheim eingereicht und ihnen einen Mordversuch vorgeworfen. Mulders Frau und seine Kinder hatten immer noch Kontakt zu ihm, obwohl sich seine geistigen und kommunikativen Fähigkeiten aufgrund der schrecklichen Krankheit stark verschlechtert hatten.

Obwohl unheilbare oder sehr alte Patienten aufgrund von Hunger oder Durst allmählich ins Koma fallen, ist dies nicht weniger als passive Sterbehilfe. Patienten, die aus einem solchen komatösen Zustand aufwachten, berichteten erneut, dass sie sich ihrer Umwelt bewusst waren, einschließlich der Gespräche, die sie mit ihnen führten. Leider kommt es immer häufiger vor, dass Patienten und ihre Familienangehörigen nicht an Entscheidungen zur aktiven oder passiven Sterbehilfe beteiligt sind. Wie viele Patienten werden in Zukunft nicht mehr zu einem "weichen", aber knochentrockenen Tod verurteilt worden sein?

Beendigung des Lebens ohne Antrag

Die niederländischen Ärzte haben sich 1995 schätzungsweise 175-fach, gegen eine medizinische Behandlung entschieden, was

den Tod einer geistig behinderten Person beschleunigte. In 135 Fällen lag dies am Absetzen oder Nichteinleiten der Behandlung. In 40 Fällen starben die Behinderten an Schmerzen. Diese Informationen sind in dem Bericht "Mit Sorgfalt Entscheidungen" enthalten, den das Zentrum für Bioethik und Gesundheitsrecht der Universität Utrecht Ende Februar 1997 vorgelegt hat. Bei etwa vierzig Prozent der Todesfälle von Menschen mit geistiger Behinderung wird die Entscheidung über das Lebensende getroffen, indem die medizinische Behandlung abgebrochen oder nicht begonnen wird oder die Schmerzlinderung mit Morphinum verstärkt wird.

Der Bericht zeigt, dass von 1991 bis März 1996 vier Fälle der Beendigung des Lebens ohne Antrag gemeldet wurden. In allen vier Fällen wurde die Erklärung des natürlichen Todes aus Angst vor rechtlichen Komplikationen ausgestellt.

Seniorenverbände sind der Ansicht, dass Ärzte das Leben geistig behinderter Menschen nur sehr ungern beenden sollten. Es muss klarer sein, wie sie über Sterbehilfe entscheiden. Die Föderation ist der Ansicht, dass die Sterbehilfe ohne Ersuchen strafbar bleiben sollte. Sie glaubt nicht, dass die Einrichtung von Ethikkommissionen eine akzeptable Lösung darstellt. Die Minister Borst (Volksgesundheit) und Sorgdrager (Justiz) möchten, dass die regionalen Komitees prüfen, ob die Ärzte die Sterbehilfe sorgfältig angewendet haben. Sie legten hierzu im Januar Vorschläge vor. Das Zentrum für Bioethik und Gesundheitsrecht stellte fest, dass Kinderärzte das Leben von Kindern mit geistiger Behinderung nicht mehr so negativ beurteilen wie bisher. Ihm zufolge würden Kinderärzte nicht länger auf eine lebensrettende Operation bei einem Kind mit Down-Syndrom verzichten.

Der niederländische Verband für behinderte Pflege (VGN) fordert die Pflegeeinrichtungen nachdrücklich auf, eine möglichst klare Politik der Sterbehilfe zu entwickeln und umzusetzen.

Soviel zu den Nachrichten von 1997.

Überprüfungsausschüsse für Sterbehilfe wurden bereits erörtert. Im Dezember 1995 schlugen die Minister Borst und Sorgdrager ein Überprüfungs Komitee vor, dem unter anderem Ärzte, Anwälte und Ethiker angehören sollten, die das Justizministerium bei der Verfolgung der Sterbehilfe bei schwerkranken Neugeborenen beraten sollten. Die Minister untersuchten, ob ein solches Kollegium Fälle von Lebensende von Neugeborenen mit schwerwiegenden Anomalien beurteilen könnte. Fachärzte des öffentlichen Gesundheitswesens haben die Regierung kürzlich mitgeteilt, dass sie große Schwierigkeiten mit den Ende 1995 durchgeführten Gerichtsverfahren haben.

Gerichtsverfahren werden eingeleitet, um die Rechtsprechung zu lebenslangen Behandlungen bei behinderten Personen, wie z. B. Babys, einzuholen. In diesen Prozessen stehen Ärzte immer wegen Mordes vor Gericht. Die Kinderärzte würden es vorziehen, wenn diese Handlung aus dem Strafgesetzbuch gestrichen würde. Dies verhindert, dass Ärzte zitternd warten müssen, oder ein gemeldeter Sterbehilfefall sollte erneut verwendet werden, um die Grenzen der Rechtsprechung zu erkunden. Die Kinderärzte schlagen ein Modell vor, an dem das Gericht nur beteiligt ist, wenn der Ausschuss die Vorgehensweise nicht positiv beurteilt.

Keine Reanimation

Es gibt Situationen, in denen ausdrücklich vereinbart wird, dass bei Auftreten eines (funktionellen) Herzstillstands und / oder eines Atemstillstands der Patient nicht wiederbelebt wird. Diese Antizipationsentscheidung wird als Nicht-Wiederbelebungsentscheidung oder auch als DNR-Do-not-resuscitate-Entscheidung (Nicht wiederbeleben) oder NTBR-Not to be resuscitated-Entscheidung (Nicht wiederbeleben) bezeichnet. Solche Entscheidungen spielen in der Klinik eine wichtige Rolle. Dies ist eindeutig eine Entscheidung zum medizinischen Ende des Lebens. Gerade bei Spezialisten kommt es häufig vor, dass sie nicht wiederbelebende Entscheidungen

treffen. Untersuchungen ergaben, dass alle befragten Spezialisten einmal eine DNR-Do-not-resuscitate-Entscheidung (Nicht wiederbeleben) getroffen hatten, und dass dies im letzten Jahr in fast allen Fällen ein- oder mehrmals der Fall war. Die Zahlen für Pflegeheimärzte sind unterschiedlich, da in vielen Pflegeheimen implizit vereinbart wurde, dass grundsätzlich keine Wiederbelebung durchgeführt wird. Aus diesem Grund antworteten 40% der Pflegeheimärzte bei Umfragen, dass sie nie ausdrücklich eine DNR-Do-not-resuscitate-Entscheidung getroffen hatten. Berechnet man die Untersuchungsergebnisse auf der Grundlage von Jahreszahlen, so werden in den Niederlanden jährlich 91.000 Entscheidungen über die Nicht-Wiederbelebung getroffen, was etwa 6% aller Krankenhauseinweisungen entspricht.

Ärzte besprechen nicht immer ihre Entscheidungen mit ihren Patienten. Fachärzte schienen dies nur in 14% der Fälle mit dem Patienten besprochen zu haben, während die Pflegeheimärzte dies in 28% der Fälle getan hatten. In 30% der Fälle hatten die Fachärzte ihre Entscheidung zur Nicht-Wiederbelebung nicht mit den Patienten besprochen, die in der Lage waren, ihre Situation einzuschätzen und eine angemessene Entscheidung darüber zu treffen. Für Pflegeheimärzte war dies ein geringerer Prozentsatz (17%). Bei Pflegeheimärzten gab es nie eine schriftliche Einwilligung der Patienten. Nur in 4% der Fälle erschienen den Fachleuten schriftliche Vorausverfügungen.



Die Forschung hat auch gezeigt, dass die wichtigste Überlegung der Spezialisten, eine DNR-Do-not-resuscitate-Entscheidung (Nicht wiederbeleben) durchzuführen, war:

1. Die Prognose der Krankheit (57% der Fälle).
2. Fehlende Verbesserungsmöglichkeiten (54% der Fälle).
3. Die niedrige Lebensqualität des Patienten (28% der Fälle).

4. Wiederbeleben war ohne Chance (27%).

5. Der Wunsch des Patienten, nicht mehr wiederbelebt zu werden (8% der Fälle).

In der Pflegeheimsituation werden die gleichen Gründe genannt wie bei den Fachärzten, jedoch werden die geringe Lebensqualität und die Wünsche des Patienten häufiger als Grund genannt. In 75% der Fälle wurde eine DNR-Entscheidung mit Kollegen besprochen, und in fast ebenso vielen Fällen fanden Konsultationen mit dem Pflegepersonal statt.

Nicht-Wiederbelebungsentscheidungen sind Vorausentscheidungen. Eine Entscheidung wird für den Fall getroffen, dass sich in Zukunft eine bestimmte Situation ergibt. Laut Literatur fällt eine Nicht-Wiederbelebungsentscheidung unter die Kategorie Medizinische Entscheidungen über das Lebensende. Dies liegt daran, dass hier eine Entscheidung getroffen wird, die das Leben des Patienten verkürzen kann. Es handelt sich jedoch nicht um eine tatsächliche Entscheidung über das Lebensende, da es keineswegs sicher ist, dass die Entscheidung in eine Vorgehensweise umgewandelt wird, da sie in vielen Fällen der Zulassung nicht umgesetzt werden muss.

Die wichtigsten Erkrankungen, bei denen Fachärzte und Pflegeheimärzte Entscheidungen über die Nicht-Wiederbelebung treffen, sind:

- a) Krebs (35% der Fälle)
- b. Herz-Kreislauf-Erkrankungen (22% der Fälle).
- c. Erkrankungen des Nervensystems (16% der Fälle).
- d. Lungenerkrankungen (9% der Fälle).
- e. Psychiatrische Störungen (3% der Fälle).

Über Leben und Tod entscheiden

Obiges bedeutet also, dass Ärzte von Anfang an über Tod und Leben entscheiden. Das mag extrem sein, aber in der Praxis kommt es darauf an. Bei knappen Ressourcen kann eine Wahl zwischen Patienten und / oder Behandlungen dennoch sinnvoll sein. Fehlen medizinische Geräte oder Medikamente, muss eine Auswahl getroffen werden. In unserer prosperierenden Gesellschaft scheint der Mangel an Ressourcen jedoch nicht wirklich relevant zu sein. Ich weiß, dass ich gegen taube Ohren spreche, aber ich glaube nicht, dass ich schweigen kann. Ich bin überzeugt, dass Werturteile bei jeder Reanimationsentscheidung eine Rolle spielen. Ich muss eine DNR-Entscheidung als passive Euthanasieentscheidung einstufen.

Der Arzt – ob in Absprache mit der Familie oder nicht – steht vor dem Dilemma, ob er behandelt werden soll oder nicht. Nichtbehandlung wird im Judentum auch als Form der Sterbehilfe angesehen. Der Arzt muss nicht nur eine medizinische, sondern auch eine moralische Entscheidung treffen. In erster Linie muss er ein Werturteil beantworten: “Ist es wünschenswert, dass dieser Patient behandelt wird?” Die Frage ist, ob der Arzt die Lebensqualität beurteilen kann.

Die nächste Frage berührt die persönliche Verantwortung des Arztes und des Patienten: “Unter welchen Umständen und in welchem Umfang ist der Arzt moralisch verpflichtet, seine Dienste anzubieten, vielleicht sogar gegen den Willen des Patienten?” die Frage, ob der Patient versuchen sollte, sein eigenes Leben so lange wie möglich zu verlängern, obwohl klar ist, dass er niemals heilen wird.

Wie das Judentum mit diesem Problem umgeht, geht aus der folgenden Frage hervor, die Rabbi Schelomo Zalman Auerbach, der großen israelischen Autorität in diesem Bereich, gestellt wurde.

Was soll passieren, wenn der Patient vor der Operation starke Schmerzen hat und auch nach der Operation nicht entlastet wird, während die Operation seine Krankheit nicht strukturell

heilen kann und er sein Leben mit schweren Behinderungen fortsetzen muss? Im vorliegenden Fall weigerte sich ein Patient, sich einer Operation zu unterziehen, weil er sich vor dem Eingriff fürchtete und das Gefühl hatte, die Schmerzen des Eingriffs nicht bewältigen zu können.

Die Entscheidung von R. Schelomo Zalman Auerbach

R. Schelomo Zalman Auerbach glaubte, dass in diesem Fall keine Operation gegen den Willen des Patienten durchgeführt werden könne, da es sich um eine riskante Operation handele, die Operation seine Schmerzen nur verstärken würde und keine Aussicht auf eine wirklich längere Lebenserwartung nach der Operation bestehe. "Obwohl andere glauben, dass der Mensch keine Kontrolle über seinen eigenen Körper hat und dass er keinen einzigen Moment seines Lebens aufgeben darf, glaube ich immer noch, dass man keine Operation machen sollte, weil der Patient in diesem Fall leidet, und zwar unter starken physischen (oder sogar nur psychischen) Schmerzen. Der Patient muss weiterhin, auch gegen seinen Willen, gefüttert und beatmet werden, es ist jedoch in diesem Fall gesetzlich zulässig, auf eine weitere ärztliche Behandlung zu verzichten. Dennoch bleibt es wünschenswert, den Patienten zu überreden, sich einer weiteren medizinischen Behandlung zu unterziehen, weil B.T. Sota 20a stellt fest, dass "es ein zechut ist, sieben Jahre lang mit Schmerzen zu leben, verglichen mit dem direkten Tod" (Herschler, M., Halakha and Medicine vol. II, Regensberg Institute, Jerusalem, Chicago, 5741-1981, p. 131).

Obwohl dies eine kasuistische Herangehensweise an das Problem der allgemeinen Sterbehilfe zu sein scheint, können wir aus dem vorliegenden Fall einen klaren Schluss ziehen. Die Philosophie des Judentums besagt, dass das Leben dem Tod immer vorzuziehen ist. Der Punkt ist, dass dies eine völlig andere Lebensauffassung ist als für Ärzte, die die Sterbehilfe aus dem Strafgesetzbuch streichen wollten.

Das Lebensreich

Die jüdische Sichtweise basiert auf der Überzeugung, dass nicht nur das menschliche Leben im Allgemeinen von unschätzbarem Wert ist, sondern dass jeder Moment des Lebens auch wichtig ist. In der vorbereitenden Phase des kommenden Lebens kann im Hinblick auf dieses zukünftige Leben viel verändert werden. Die jüdische Tradition verkündet, dass man sich in einem Moment von einer "schlechten Natur" in eine "tsaddik", eine rechtschaffene Person verwandeln kann, man seinem Schöpfer ohne Furcht begegnen kann, wie dies im Talmud so treffend ausgedrückt wird: "Einige Leute erlangen in wenigen Augenblicken ihren Platz in der Zukunftswelt".

Das Leben ist eine unteilbare Größe, die nicht quantifiziert werden kann. Es spielt keine Rolle, ob das Leben eines Menschen für ein paar Jahre oder nur für ein paar Sekunden verlängert werden kann. Ein Opfer einer Naturkatastrophe muss selbst am Schabbat gerettet werden – trotz der Umgehung dieses heiligen Tages – obwohl sicher ist, dass das Opfer nur eine kurze Lebenszeit haben wird.

Das Leben mit Schmerzen ist dem Zusammenbrechen des Lebens vorzuziehen, wodurch das Leiden automatisch endet. Diese Idee wird bereits vom Psalmisten ausgedrückt (Ps. 118:18): "G'tt hat mich schwer kasteit , aber Er hat mich nicht dem Tode übergeben." Selbst die passive Verkürzung des Lebens widerspricht der jüdischen Idee, auch wenn der Patient nur wenige Augenblicke zu leben hat. Das Töten aus Mitleid bleibt ebenfalls verboten.

In Genesis 9: 5 heißt es, dass Töten aus Liebe oder Mitleid auch eine Form des Totschlags ist: "Und wahrlich, ich werde dein eigenes Blut (Selbstmordverbot) fordern ... und von der Hand des Menschen, von der Hand von Jemandes Bruder, ich werde das Leben des Menschen beanspruchen. "

Die Formulierung "von jemandes Bruder" erscheint überflüssig, da der Mord an einem Bruder nicht weniger ein Verbrechen als ein gewöhnlicher Mord ist. Rabbi Ja'akov Tswi Mecklenburg (19.

Jahrhundert) sieht in dieser Entlassung einen Hinweis darauf, dass das Töten von Gnaden auch von der Tora verboten ist. Obwohl Mord im Allgemeinen das Gegenteil von brüderlicher Liebe ist, kann das Leben eines Bruders unter bestimmten Umständen als ein Akt der Menschlichkeit par excellence angesehen werden. Sterbehilfe beruht auf Mitgefühl. Doch die Tora sieht darin nichts weniger als Mord. Es soll ein radikales Vergehen in einem Bereich sein, der dem Menschen nicht gegeben wurde, egal wie hoffnungslos das Leben aussehen mag. Auch der in der Sterbephase befindliche Endpatient gilt in jeder Hinsicht als lebende Person. "Wer vor dem Tod die Augen schließt, gilt als Blutvergießer." Wie der Talmud es ausdrückt: "Der Fall kann mit einer flackernden Flamme verglichen werden. Sobald man es berührt, geht das Licht aus."

Die Verantwortung des Arztes

Die Vernachlässigung medizinischer Eingriffe ist auch nach jüdischem Recht verboten. Die unheilbare und hoffnungslose Situation mindert in keiner Weise die Verantwortung des Arztes. Der Arzt hat die Aufgabe, das Leben zu verlängern; seine Aufgabe ist nicht auf Heilung beschränkt. Nach Ansicht einiger Behörden ist die Linderung von Schmerzen auch eine Verpflichtung zur Heilung. Es ist eine Konsequenz des Gebotes: "Liebe deinen Nächsten wie dich selbst." Wenn Schmerzlinderung und Lebenserhaltung in Konflikt geraten, heißt es im Judentum, dass das Leben erhalten bleiben muss. Patienten nicht zu behandeln, um sie durch den Tod von Schmerzen zu befreien, ist daher ebenso eine Form der Tötung. Auch wenn der Patient den Tod wünscht.

Natürlich muss alles getan werden, um das Leiden des Patienten zu lindern. Dazu gehört auch eine aggressive Schmerzlinderung. Es gibt medizinische Einwände gegen die Verabreichung von Morphin, da dieses Mittel die zerebrale Kontrolle des Atmungssystems stört. Es gibt jedoch keinen halachischen (jüdisch-legalen) Einwand gegen die Verabreichung hoher Dosen von Morphin zur Unterdrückung von Schmerzen bei Patienten im

Endstadium, wenn sie durch ein Beatmungsgerät am Leben gehalten werden können. Suhtangst ist in diesem Zusammenhang ein relativ geringes Problem. Der lebensverlängernde Imperativ aus der jüdischen Tradition bedeutet jedoch nicht, dass der Arzt verpflichtet wäre, riskante Medikamente anzuwenden. Der Patient ist auch nicht verpflichtet, sich Medikamenten zu unterwerfen, die sich noch in einem experimentellen Stadium befinden.

Künstliche Mittel

Im Judentum wird nicht zwischen der Verlängerung des Lebens mit natürlichen Mitteln wie Nahrung und künstlichen Mitteln wie Medizin unterschieden. Der mittelalterliche Kodifizierer Maimonides (1135-1204), selbst Arzt, zieht die Parallele zwischen Nahrung und Medikation: G'tt schuf Nahrung und Wasser, um die Menschen am Leben zu erhalten, und er schuf Medikamente, um die Kranken zu heilen. Er gab den Menschen Informationen, um medizinisch-technische Erkenntnisse zu gewinnen, mit denen wir das Leben verlängern müssen. Das jüdische Recht unterscheidet daher nicht zwischen gewöhnlichen und außergewöhnlichen therapeutischen Verfahren.

Aus diesem Grund kann das Judentum kein Lebenstestament akzeptieren. Ein Lebenstestament ist eine Aussage, in der jemand angibt, wie er behandelt werden möchte, wenn er sich in einem Zustand befindet, in dem er seinen Willen nicht mehr ausdrücken kann. Das Judentum bestreitet, dass der Mensch das Recht haben würde, die Lebensqualität zu beurteilen. Auch wenn es ein vegetativer Mensch ist. Das Gebot, Leben zu retten, wird von der Lebensqualität nicht beeinflusst.



Was ist ein würdiger Tod

Das Judentum erkennt das Recht auf einen würdigen Tod an. Nur die Definition eines würdigen Todes ist anders. Der Kampf um die Verlängerung des Lebens wird niemals als erniedrigend oder

unwürdig angesehen. Die Erhaltung des Lebens ist Ausdruck des hohen Wertes, der jeder Lebensform beigemessen wird. Der Mensch hat kein Recht auf Selbstbestimmung. Vor ungefähr achtzehnhundert Jahren wurde die folgende alte jüdische Tradition aufgezeichnet: "Du lebst gegen deinen Willen und du stirbst gegen deinen Willen." Obwohl diese Aussage im einfachen Sinne als ironischer Ausdruck der Tatsache verstanden wurde, dass ein Baby nicht mehr geboren werden möchte, als ein gesunder Erwachsener sterben möchte, scheint sie in unserer Zeit eine neue Dimension anzunehmen.

Das Leben ist etwas Unfreiwilliges. Wenn man ein Gleichgewicht des Lebens herstellt, wird man feststellen, dass die Lasten größer sind als die Begierden. Bereits vor 2000 Jahren sagte die Schule von Schammai, "es wäre besser für den Menschen, wenn er nicht erschaffen worden wäre". Das Leben ist etwas Unfreiwilliges, und nur der Schöpfer, der das Leben gibt, kann es wieder aufnehmen.

Die Grenzen des Lebens

Nur unter einem Umstand scheint ein lebensverlängerndes Handeln nicht mehr notwendig zu sein: während des Sterbens. Mittelalterliche Poskim wie Rabbi Mosche Isserles (1520-1577) nehmen an, dass jemand, der stirbt, im Sterben nicht gestört werden sollte.

Wenn der Sterbevorgang begonnen hat, gibt es nach Ansicht einiger Autoritäten keine wirkliche Verpflichtung, den Tod zu stoppen. Einige Behörden verbieten sogar Heilungsinterventionen in dieser Phase unter der Voraussetzung, dass der Mensch das Recht hat, in Ruhe zu sterben, aber andere Behörden geben eindeutig an, dass das Leben einer sterbenden Person nicht verkürzt werden kann, auch wenn dies bedeutet, dass kein Medikamente häufiger verabreicht werden (eine Form der passiven Sterbehilfe).

Spätere Behörden wie Rav E.J. Waldenberg und Rabbi Yisraël

Meïr Hakohen (geb. 1933) sind der Meinung, dass in der Sterbephase alles getan werden muss, um das Leben des Patienten zu verlängern. Vielleicht, aber ist dies eine eigene Interpretation: So sind die modernsten Behörden gegen jede Form der passiven Sterbehilfe, weil es sich heute als möglich erwiesen hat, Patienten in der Sterbephase (was auch immer dies sein mag) zu retten seien könnten. Im Mittelalter war es nicht möglich, das Blatt zu wenden.

Gebet sterben

Das Judentum betont daher die Bedeutung des Lebens, ist sich jedoch bewusst, dass es Umstände gibt, unter denen Menschen sterben wollen. Der Herausgeber der Mischna (die mündliche Lehre), Rabbi Jehuda Hanasi (2. Jahrhundert), litt an einer schrecklichen Krankheit. Der Talmud erinnert daran, dass ein Diener von Rabbi Yehuda vor seinem Tod gebetet hat. Auf der Grundlage dieser Geschichte erklärt Rabbi Nissim aus Gerondi (13. Jahrhundert), dass es lobenswert ist, beim Tod von jemandem zu beten, der ernsthaft leidet.

Es ist kein Widerspruch, der Verpflichtung zur Verlängerung des Lebens tatsächlich nachzukommen, sondern sich im Gebet für die Befreiung von weiterer Verantwortung einzusetzen. Der Mensch kann G'tt auffordern, ihn von seinen Verpflichtungen zu befreien, wenn die Grenze der menschlichen Ausdauer überschritten wird. Die endgültige Entscheidung liegt jedoch bei G'tt. Eine negative Antwort ist auch eine Antwort.

Als der Diener von Rabbi Jehuda seine Gefühle mit seinen Schülern teilte, lehnten sie es ab, im Gebet zu folgen. Im Gegenteil, betete er weiter um sein Leben. Rabbi Chaim Palaggi übernimmt die Vision von Rabbenu Nissim, fügt dieser jedoch eine wichtige Einschränkung hinzu: Nur wer kein positives oder negatives Interesse am Tod hat, kann zum Gebet greifen. Einer der Gründe für diese Ansicht ist, dass nur diejenigen, die nicht emotional oder finanziell am Tod beteiligt sind, eine objektive Idee bilden können, bei der nur die Interessen des

Patienten berücksichtigt werden.

Diese Denkrichtung ist auch in der modernen Situation wichtig. Der Gedanke der Sterbehilfe entsteht, in diesen Fällen :

1. unerträgliches Leiden;
2. ein Leben als bedeutungslos;
3. eine ärztliche Behandlung wird als erfolglos angesehen.
4. ein unwürdiges Leben.

Die Literatur zeigt, dass unerträgliches Leiden eher selten vorkommt. Heutzutage ist es möglich, fast alle Formen von Schmerzen zu bekämpfen. Ein sinnloses Leben ist häufiger. Leider geht es in der Regel um das Überleben von Menschen, deren Überleben von anderen als nutzlos erachtet wird. Oft handelt es sich um emotionale Probleme von Angehörigen oder des Umfelds der Pflege, die dem Patienten das Gefühl geben, lediglich eine Belastung zu sein. Der Patient erfasst die Umweltsignale und fühlt sich dadurch wirklich belastet und bittet um freiwillige Sterbehilfe. Und dort ist die Freiwilligenhilfe des Vereins für freiwillige Sterbehilfe bereits bereit, den letzten Schritt zu einem sinnlosen Tod zu tun. Sie vergessen jedoch, dass sie zuerst das soziale Klima des Denkens vergiftet haben, zu dem auch der unheilbar kranke Patient gehört, indem sie die Idee verbreitet haben, dass Leiden vor dem Tod nutzlos ist. Natürlich können sie sich nicht zu einer wirklich sinnvollen Sterbehilfe verpflichten.

Standardmäßige Unschärfe und Randverschiebung

Der erste Euthanasieprozess fand 1952 in Utrecht statt. Ich beziehe mich hier auf ein Problem, das dem menschlichen Denken innewohnt. Wenn die Sterbehilfe legalisiert ist, ist die Angst vor einer sich ständig erweiternden Norm und einem verwischenden Rechtsbewusstsein nicht ungerechtfertigt. Wenn die Gerichte anfänglich verlangten, dass der Patient physisch

oder psychisch unerträglich leidet, wurde später dies (Bezirksgericht Rotterdam, 1981) nicht mehr als notwendig angesehen; dass es eine unheilbare Krankheit geben sollte, sondern nur die Dauerhaftigkeit des Leidens, ein extremes vages Verständnis.

Ich halte die zentrale Rolle des Gewissens von Menschen in schwierigen Situationen sowohl aus religiösen als auch aus psychologischen und rechtlichen Gründen für inakzeptabel.

Aus religiöser Sicht müssen die Menschen hier auf der Erde eine bestimmte Aufgabe erfüllen, die manchmal mit viel Leid abgeschlossen werden muss. Obwohl der Mensch Leiden nicht suchen oder verherrlichen mag, ist Leiden in der jüdischen Lebensanschauung dennoch ein Teil des Lebens mit unter anderem einer reinigenden Funktion, die sich hauptsächlich auf das zukünftige Leben konzentriert.

Auch psychologisch glaube ich, dass die Selbstbestimmung des Menschen schwer zu verdauen ist. Die Grenzen des Lebens verschwimmen. Das Grab wird zur Zuflucht für schwierige Probleme, während in der Tat nichts gelöst wird. Der Auftrag, etwas aus dem Leben zu machen, tritt in den Hintergrund. Die wirklich wertvollen Menschen in unserer Gesellschaft sind diejenigen, die es geschafft haben, sich über ihre Probleme hinwegzusetzen, die es wagen, sich dem Tod zu stellen, und dies in eine positive Erfahrung verwandeln können.

Der fanatische Kampf um die Sterbehilfe von gesunden Menschen, die immer noch mit vollen Füßen stehen, erscheint mir etwas unwirklich. So sehr die Selbstbestimmung über Leben und Tod den modernen Menschen ansprechen mag, glaube ich dennoch, dass der leidenschaftliche, fast heroische Kampf der Verfechter der freiwilligen Sterbehilfe ein intensives Gefühl des Nihilismus und ein tief verwurzeltes Untergangdenken verbirgt. Das irdische Leiden scheint bedeutungslos, weil das irdische Leben tatsächlich bedeutungslos erscheint. In unserer "permissiven Gesellschaft" halte ich die Liberalisierung und die leichte

Einstellung zu jeder Form der Lebensunterbrechung (Sterbehilfe, Abtreibung und Selbstmord) für verständlich. Ich finde es jedoch nicht gerechtfertigt.

Aus rechtlicher Sicht halte ich die Liberalisierung der freiwilligen Sterbehilfe auch für unerwünscht. Ich habe kürzlich von einem Rechtsanwaltsassistenten in einem Rechtsgeschäft erfahren, dass er einst mit einer Erbschaftsproblematik konfrontiert war, bei der der starke Verdacht bestand, dass der Erblasser durch "freiwillige Sterbehilfe" beseitigt worden war. Die Familie, die den Arzt liebevoll auffordert, "bedeutungsloses" Leiden stillschweigend zu beenden, muss unter anderem nach finanziellen Interessen beim Tod des Patienten suchen.

Kürzlich erzählte mir ein Arztfreund, dass die Frau eines Patienten im Endstadium ihn gebeten habe, "einfach Schluss damit zu machen". Der Arzt lehnte ab. Zwei Monate später dankte die Frau dem Arzt für seine Ablehnung. Die letzten Monate waren eine wertvolle Bereicherung für ihr Leben, egal wie paradox dies klingen mag.

Eine nächste Frage: Wenn die Sterbehilfe gesetzlich anerkannt ist, wird die endgültige Entscheidung höchstwahrscheinlich vom Arzt getroffen. Welche Ausbildung erhielt er dafür und welche Kriterien würde er anwenden? Wie jeder Anwalt weiß, erweisen sich sogenannte "strenge" rechtliche Standards und Kriterien in kürzester Zeit als äußerst elastisch und vieldeutig in Konfrontation mit der sozialen Realität. Und wer übt die Kontrolle über diese "medizinische" Aktion aus? Kein Staatsorgan ist in der Lage, alle Fälle von "sinnlosem Leben" auf goldener Skala abzuwägen.