

(Un)geregelter Tod

Dokumentation der Tagung vom 22.-23.9.2006

Veranstaltet von der Arbeitsstelle Neonazismus, FH Düsseldorf und Bioskop e.V. in Kooperation mit OMEGA e.V. und Bildungswerk der Humanistischen Union

Grit Böttger-Kessler: Unter Umständen zum Töten bereit

Unter Umständen zum Töten bereit.

Wie sich die Arbeitsbedingungen auf die Einstellung zur Sterbehilfe auswirken.

Was sind das für Umstände, die zum Töten bereit machen könnten?

Welche Faktoren sind es, die dazu beitragen, dass Menschen sich gedanklich eher für oder gegen eine aktive Sterbehilfe aussprechen.

Ich möchte Ihnen zunächst vorstellen, welcher Art mein Beitrag zu oben beschriebenem Thema sein kann. 2004 habe ich an der Universität Witten-Herdecke eine wissenschaftliche Arbeit (Diss.) geschrieben mit der Fragestellung:

Welche Einstellung, Meinung und Haltung haben Ärzte und Pflegepersonen zu einer aktiven Sterbehilfe an Wachkomapatienten?

Die Grundlage meines heutigen Beitrages zu diesem Thema bilden die Ergebnisse einer eigenen Untersuchung, bei der ich Ärzte und Pflegende, die mit Wachkomapatienten arbeiten, befragt habe. In dem gesamten Studiendesign geht es um die **aktive** Sterbehilfe an Wachkomapatienten, wobei eine Frage sich auch auf die Meinung der Befragten zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in Deutschland, ähnlich wie in den Niederlanden, bezieht. Ich möchte Ihnen im folgenden die Studie und die wichtigsten Ergebnisse kurz darstellen.

Zunächst eine Definition von aktiver Sterbehilfe:

Lebensverkürzung als beabsichtigte Folge medizinischen Handelns.

Die Untersuchung erstreckte sich auf die gesamte Bundesrepublik Deutschland und bezog die Berufsgruppen ein, die unmittelbaren Zugang zu Medikamenten und zu sonstigen medizinischen Behandlungsmitteln haben und potentiell mit der Durchführung von aktiver Sterbehilfe befasst sein könnten. 4269 Anschreiben, die 65.245 Fragebögen enthielten, wurden an sämtliche Krankenhäuser verschickt, die

(Un)geregelter Tod

Dokumentation der Tagung vom 22.-23.9.2006

Veranstaltet von der Arbeitsstelle Neonazismus, FH Düsseldorf und Bioskop e.V. in Kooperation mit OMEGA e.V. und Bildungswerk der Humanistischen Union

Grit Böttger-Kessler: Unter Umständen zum Töten bereit

laut Krankenhausadressbuch 2002 mehr als 15 Intensivbetten vorhielten oder die eine Abteilung für Unfallchirurgie, Neurologie, Neurochirurgie oder Neuropädiatrie hatten. Überdies wandten wir uns an alle deutschen Rehabilitationseinrichtungen für Wachkomapatienten, deren Adressen von der Selbsthilfevereinigung Schädel-Hirnpatienten in Not e.V. herausgegeben wurden.

Der Fragebogen:

19 strukturierte Fragen, eine offene Frage, 72 Antwortmöglichkeiten

Rücklaufquote:

Von 65245 Fragebögen kamen 8921 ausgefüllt zurück, das entspricht 13,67%

Auswertung:

Access Programm, StatisticalAnalysisSystem eingelesen

Einfachauszählungen,

zweifache Häufigkeitsverteilungen,

logistische Regression, schrittweise logistische Regression, Patterns

Ergebnisse:

Ich bringe Ihnen hier jetzt nur die Kernzahlen.

Es beteiligten sich 2.652 Ärztinnen und Ärzte, 5.785 Krankenschwestern und -pfleger sowie 379 Altenpflegerinnen und -pfleger an der Untersuchung. (105 Personen aus „anderen“ Berufsgruppen, darunter Krankenschwesternschüler, Hebammenschüler, Krankengymnasten sandten einen Fragebogen zurück, wodurch sich die Diskrepanz zur Gesamtzahl 8921 erklärt). Dabei zeigte sich, dass die Befragten mehrheitlich (54,88%) für eine Veränderung der Gesetze in Deutschland nach niederländischem Vorbild und damit für die Legalisierung der Aktiven Sterbehilfe votierten.

Fast $\frac{2}{3}$ der Befragten (64,79%) waren der Überzeugung, dass es unter bestimmten Umständen gerechtfertigt sei, das Leben eines Menschen im Wachkoma aktiv zu beenden.

(Un)geregelter Tod

Dokumentation der Tagung vom 22.-23.9.2006

Veranstaltet von der Arbeitsstelle Neonazismus, FH Düsseldorf und Bioskop e.V. in Kooperation mit OMEGA e.V. und Bildungswerk der Humanistischen Union

Grit Böttger-Kessler: Unter Umständen zum Töten bereit

Krankenschwestern und -pfleger befürworteten zu 62,70% die Gesetze in Deutschland analog zu denen in den Niederlanden zu ändern; in der Altenpflege waren es 57,55%. Mit 37,76% waren Ärzte deutlich weniger häufig der Auffassung, dass die Gesetze in Deutschland entsprechend geändert werden sollten.

„Sind Sie der Überzeugung, dass es unter bestimmten Umständen gerechtfertigt ist, das Leben eines Menschen im Wachkoma aktiv zu beenden?“ – so lautete die zentrale Frage der Untersuchung. In den pflegerischen Berufsgruppen hielten es 70,38% für gerechtfertigt, das Leben eines Menschen im Wachkoma unter bestimmten Umständen aktiv zu beenden; die befragten Ärzte bejahten diese Frage mit 51,53%. Von denjenigen, die aktive Sterbehilfe an Wachkomapatienten bejahten, würden 34,58% sie auch selbst an Menschen im Wachkoma praktizieren, sofern es legal wäre.

Es ist ein Anliegen dieses Forschungsvorhabens, wichtige Einflussgrößen (Variablen), die sich auf das Antwortverhalten der Befragten auswirken, herauszuarbeiten, um sie dann deuten und analysieren zu können. Es ist so eine Art Profil für Ablehnende und Befürwortende erarbeitet worden.

Als die wichtigsten 4 Variablen – das sind jene mit dem höchsten Signifikanzniveau – für die Einstellung zur aktiven Sterbehilfe in unserer Untersuchung wurden herausgerechnet:

- Berufsgruppenzugehörigkeit
- Religiosität
- Alter
- die medizinischen Leistungen, welche am eigenen Arbeitsplatz erbracht werden

(Un)geregelter Tod

Dokumentation der Tagung vom 22.-23.9.2006

Veranstaltet von der Arbeitsstelle Neonazismus, FH Düsseldorf und Bioskop e.V. in Kooperation mit OMEGA e.V. und Bildungswerk der Humanistischen Union

Grit Böttger-Kessler: Unter Umständen zum Töten bereit

Außerdem möchte ich die folgenden ebenfalls signifikanten Variablen einbeziehen, die sich als weitere Variablen (von acht signifikanten) heraus kristallisierten:

- die Berufszufriedenheit der Befragten und
- die erlebte Versorgung von Wachkoma-PatientInnen am eigenen Arbeitsplatz

Einige grundlegende Bemerkungen zu diesen Aspekten sollen hier eingefügt werden.

Das eigene Lebensalter

Es darf als gesichert gelten, dass sich bei älteren Menschen die Einstellung zur aktiven Sterbehilfe deutlich von jüngeren Menschen unterscheidet. Dies mag damit zusammenhängen, dass der eigene Tod näher rückt, ein höheres Maß an Erfahrung im Umgang mit sterbenden Menschen vorliegt und ein möglicher Missbrauch stärker ins Blickfeld rückt. Jedenfalls lehnen ältere Menschen die aktive Sterbehilfe an Wachkoma-Patienten wesentlich häufiger ab. Lediglich 36,55% der über 60jährigen sind für eine aktive Sterbehilfe an Wachkoma-Patienten. Jüngere Menschen dagegen, deren eigener Tod noch weit entfernt scheint und deren Erfahrung im Umgang mit sterbenden Menschen weniger ausgeprägt sind, stimmen in unserer Untersuchung der Anwendung von aktiver Sterbehilfe mit großer Mehrheit zu. Bei den unter 30 Jahre alten Untersuchungsteilnehmern sind 76,00% für aktive Sterbehilfe an Wachkoma-Patienten

Der Einfluss von Lebensalter und Berufserfahrung verhält sich in unserer Fragestellung gleichsinnig, ist aber auch mit unseren Methoden nicht deutlich voneinander abgrenzbar.

Religiosität

Wer sich dem christlichen Gebot, auch im Rahmen einer Konfessionszugehörigkeit verpflichtet, befürwortet ebenfalls deutlich weniger eine aktive Sterbehilfe; und auch der Umkehrschluss stimmt mit unseren Ergebnissen überein.

Untersuchungsteilnehmer, die sich als nicht religiös empfinden, sind nicht den Traditionen der christlichen Moral, Ethik und Denkweise durch einen eigenen

(Un)geregelter Tod

Dokumentation der Tagung vom 22.-23.9.2006

Veranstaltet von der Arbeitsstelle Neonazismus, FH Düsseldorf und Bioskop e.V. in Kooperation mit OMEGA e.V. und Bildungswerk der Humanistischen Union

Grit Böttger-Kessler: Unter Umständen zum Töten bereit

Glauben verbunden und befürworteten mehrheitlich eine aktive Sterbehilfe an Wachkoma-Patienten. Gleiches gilt für die Befragten aus den Neuen Bundesländern. Nachdem dort jedem religiösem Gedankengut in den letzten 60 Jahren weit weniger Einfluss gestattet wurde als in vielen Jahrhunderten zuvor, verwundert es nicht, dass vor allem jüngere Menschen aus den Neuen Bundesländern auch nicht mehr in den christlichen Denktraditionen verhaftet sind.

Die Berufsgruppenzugehörigkeit

Ärzte

Entgegen der immer wieder betonten Ablehnung der deutschen Ärzteschaft und ihrer Standesvertreter, kam es in unserer Untersuchung zu einer nicht so eindeutig ablehnenden Haltung der befragten Ärzte. Zwar lehnen die Ärzte als einzige der befragten Berufsgruppen mehrheitlich eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe analog der niederländischen Regelung ab.

37,76% waren für aktive Sterbehilfe wie in den Niederlanden und 51,53% sprachen sich für die Tötung von Wachkomapatienten unter bestimmten Umständen aus.

Nun ist es bei der derzeitigen Strukturierung unseres Gesundheitswesens eher so, dass bei einer Legalisierung der Aktiven Sterbehilfe die Ärzte diejenigen wären, die eine Sterbehilfe auch aktiv ausführen müssten. In allen Ländern, in denen aktive Sterbehilfe unter bestimmten Bedingungen erlaubt ist, muss diese von Ärzten beaufsichtigt, kontrolliert und durchgeführt werden. Insofern brächte die Veränderung der Gesetzeslage für manch ärztlichen Kollegen einen Handlungs-, Gewissens- und Entscheidungskonflikt mit sich, der in der Praxis entschieden werden müsste.

Ärzte stehen in unserer Krankenhaushierarchie deutlich weit oben. Auch wegen dieser Entscheidungskompetenz sind die Fragen nach aktiver Sterbehilfe häufig den Ärzten gestellt worden. Ärzte können sich im Krankenhausbetrieb deutlich besser zurückziehen, einerseits räumlich (Arztzimmer) aber auch versachlichend, rationalisierend, sie können Anordnungen treffen und zu anderen Patienten wechseln, kurz – dem Leid besser ausweichen und sei es dadurch, dass in „blindem

(Un)geregelter Tod

Dokumentation der Tagung vom 22.-23.9.2006

Veranstaltet von der Arbeitsstelle Neonazismus, FH Düsseldorf und Bioskop e.V. in Kooperation mit OMEGA e.V. und Bildungswerk der Humanistischen Union

Grit Böttger-Kessler: Unter Umständen zum Töten bereit

Aktionismus“ noch sehr viel apparative Diagnostik oder laborchemische Parameter erhoben werden, selbst wenn diese ohne jegliche therapeutische Konsequenz sind.

Die pflegenden Berufsgruppen votieren deutlich häufiger für die Anwendung der aktiven Sterbehilfe an Wachkomapatienten als dies bei der ärztlichen Berufsgruppe der Fall ist. Die größere Bereitschaft des Pflegepersonals, die aktive Sterbehilfe zu legalisieren und anzuwenden, hängt wahrscheinlich mit einer Ungleichverteilung der physischen und psychischen Lasten zusammen. Denn unstrittig haben Schwestern und Pfleger, aber auch das Altenpflegepersonal sehr viel unmittelbarer und direkter mit sehr schwer erkrankten Menschen Kontakt – und das oftmals über längere Zeiträume hinweg als Ärzte. Darüber hinaus wären Krankenschwestern und -pfleger kaum die Berufsgruppe, die – eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe unterstellt – für die Durchführung verantwortlich wäre. Auch dieser Umstand mag die Pflegenden in ihrem Antwortverhalten beeinflusst haben.

Der **Pflegeberuf** ist ein Beruf, der neben dem Pflegeauftrag auch noch abhängig ist von den in den jeweiligen Institutionen herrschenden Hierarchien und deren kollegialer Umsetzung sowie auch vom Bezahlbaren im Rahmen des gesamten Gesundheitssystems. Es gibt kaum eine staatliche Institution, in der Krankenpflegepersonal arbeitet, die in den letzten fünf Jahren nicht massive Sparmaßnahmen umgesetzt hätte, allen Maßnahmen voran Streichung von Personalstellen, Verkürzung der vertraglichen Laufzeiten etc. Nach den kürzlich erstreikten Tarifveränderungen z.B. erfolgte in nicht wenigen Häusern etwa zwei Wochen später öffentlich die Ankündigung von Stellenstreichungen im Bereich des Pflegepersonals.

Gleichzeitig werden die dem Pflegepersonal zugeschriebenen Aufgaben jedoch nicht reduziert, sondern sie verändern sich im Sinne zunehmender Bürokratisierung des täglichen Ablaufs. Es gibt seit geraumer Zeit einen Personalzusatzbedarf – nicht zuletzt in Folge der Leistungsverdichtung, des geänderten Arbeitszeitgesetzes und der inzwischen auf 17 Millionen Patienten und Patientinnen pro Jahr gestiegenen Zahl der Krankenhauspatienten. Ein akuter Pflegenotstand zeichnet sich ab; allein in

(Un)geregelter Tod

Dokumentation der Tagung vom 22.-23.9.2006

Veranstaltet von der Arbeitsstelle Neonazismus, FH Düsseldorf und Bioskop e.V. in Kooperation mit OMEGA e.V. und Bildungswerk der Humanistischen Union

Grit Böttger-Kessler: Unter Umständen zum Töten bereit

den Altenheimen fehlen derzeit rund 20.000 Pflegekräfte. Die Folge sind ein erhöhter Krankenstand und weitere Überlastung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen.

Mit dem daraus resultierenden Gefühl von dauernder Insuffizienz, des "Wir schaffen es nicht", werden die Pflegenden zumeist alleine gelassen. Äußere wie innere Distanzierungsmöglichkeiten, wie sie das ärztliche Personal haben kann, fehlen angesichts der Nähe zu den Patienten und deren Leben in der Krankheit.

Identifikation mit der Arbeit – Arbeitsplatz Krankenhaus – unter Umständen zum Töten bereit ?

Die Frage, ob man sich mit der eigenen Arbeit oder ihrem Ergebnis identifizieren kann, ist von entscheidender Bedeutung. Die jeweilige Einschätzung ist das Ergebnis des täglichen Erlebens, Mitdenkens und Fühlens über Wochen, Monate und Jahre. Sie ändert sich auch mit dem täglichen Erleben, passt sich an und geht individuell auf das Du im Anderen ein. Eine solche Haltung kann zur Identifikation mit dem Patienten/der Patientin werden, zur Identifikation mit dem bzw. der Anderen, Leidenden. Das ist richtig und wichtig für die seelische Ökonomie der Menschen, die Schwerkranke betreuen. Wer sich jedoch mit dem Patienten identifiziert hat und nun mit ansehen muss, dass – und vielleicht wie leidvoll – dieser stirbt, gerät in einen Strudel der Gefühle. Teile seines Selbst, seiner Ängste und seiner Wünsche werden auf den Patienten projiziert und damit wird eine Verbindung hergestellt, bei der die Grenzen zwischen Selbst und Objekt unscharf werden. Das heißt im Klartext: Die besondere Gefahr besteht darin, dass eigene Gefühle, Ängste und Bedürfnisse einer Schwester oder eines Pflegers auf den Patienten übertragen und möglicherweise mit solchen des Patienten gleichsam verwechselt werden. Das Risiko einer solchen „grenzauflösenden Verwirrung“ ist umso größer, je unsicherer die Pflegekraft ist, je ängstlicher oder auch depressiver.

Ebenso wichtig ist es daher, dass es Ärzten und Pflegenden möglich ist, eine professionelle Sicht der Situation zu behalten, indem sie eine gesunde Distanz zwischen sich selber und dem Patienten behalten. Fehlt diese Möglichkeit oder wird sie unausgewogen gelebt, so kann das gerade in Gruppen der sozialen Berufe

(Un)geregelter Tod

Dokumentation der Tagung vom 22.-23.9.2006

Veranstaltet von der Arbeitsstelle Neonazismus, FH Düsseldorf und Bioskop e.V. in Kooperation mit OMEGA e.V. und Bildungswerk der Humanistischen Union

Grit Böttger-Kessler: Unter Umständen zum Töten bereit

schnell zu allen Formen des sogenannten Burn-out, in der chronischen Selbstüberforderung, und anderen depressiv gefärbten Formen seelischer Erschöpfung führen. „Wer ausgebrannt ist, muss auch mal gebrannt haben“ sagt der Mediziner und Analytiker R. Schors und beschreibt damit den Typus der engagierten Pflegenden recht gut, der sich besonders in dieser Gefahr befindet.

In der Regel klagen die Mitarbeiter über häufig wechselnde körperliche Symptome, melden sich aber nicht krank, sondern arbeiten weiter – das beständige Klagen nimmt dauerhaft keiner mehr wirklich ernst. Häufig ist dies jedoch die einzige Art, wie die Mitarbeiter ihre zunehmende innere Not ausdrücken.

An anderer Stelle wird dieser Gedanke sehr wichtig. Bei den Versuchen von K.H. Beine (1997) oder von H. Maisch (1997), ein typisches Täterprofil von Pflegenden zu erstellen, die Patientenmorde begangen haben und die begutachtet und verurteilt wurden, gibt es zwar kein einheitliches Bild, etwa der Psychopathologie der Täter. Auch gibt es keine typische Kindheit, ein typisches Trauma das isoliert werden konnte. Aber manche, von der Forschung seit über 20 Jahren eindeutig als Belastung formulierte Faktoren, trafen überzufällig häufig zusammen.

Die überforderte und überfordernde Schwester, die – trotz vieler Anzeichen für ein Burn-Out massiv geklagter körperlicher Symptomatik – weiterarbeitet und dann recht zeitnah mordet, unklare Führungsautoritäten, im Vorfeld eine Verrohung der Sprache, unklare Wertschätzung des Einzelnen im Team. Dies ist auch noch mal eine Erkenntnis aus der Suche nach Täterprofilen. Die angegebenen Arbeitsfelder und Umstände, in denen gemordet wurde, waren undurchsichtig in Struktur, Hierarchie und Qualität der Arbeit. Es haperte an Absprachen, an Unterstützung für die einzelnen Teammitglieder, an Wertschätzung für einander wie für die Patienten.

Ganz wichtig für die Entwicklung und den Erhalt von Berufszufriedenheit ist das gegebene Arbeitsklima, das Team, die Akzeptanz, die eine Einzelperson im Team erfährt.

Die wichtige Bedeutung des Teams, aber auch und gerade die Bedeutung von klaren Führungsautoritäten innerhalb eines Teams für den Einzelnen, ist gerade an Mitarbeitern der Intensivstationen immer wieder erforscht und bestätigt worden. Seit

(Un)geregelter Tod

Dokumentation der Tagung vom 22.-23.9.2006

Veranstaltet von der Arbeitsstelle Neonazismus, FH Düsseldorf und Bioskop e.V. in Kooperation mit OMEGA e.V. und Bildungswerk der Humanistischen Union

Grit Böttger-Kessler: Unter Umständen zum Töten bereit

spätestens Ende der sechziger Jahre wurde von Internisten und Psychosomatikern empfohlen, Intensivpflegekräfte nach zwei Jahren auszuwechseln. Nirgendwo erfordert die moderne Medizin eine so enge Kooperation zwischen Ärzten und Pflegekräften wie dort, wo beatmet, künstlich ernährt, reanimiert wird, aber auch dort, wo die präfinalen, sehr leidvollen Krankheitsverläufe zum Teil junger Patienten in den Tod begleitet werden. Transparenz in den ärztlichen therapeutischen Entscheidungen, regelmäßiger Austausch über die zu planenden Schritte oder Absprachen sind notwendig.

Bekannt ist ferner ein Phänomen das sich speziell bei Intensivpersonal nachweisen lässt und zu unserem Thema ergänzt werden soll: Die Mitarbeiter eines Intensivteams erleben es täglich, dass unabänderlich erscheinende Leidens- und Sterbeverläufe doch noch zu wenden, Leben zu retten und zu erhalten sind, und es stellt sich ein gewisses Maß an „omnipotenten Machbarkeitsüberzeugungen“ ein. Man hat erforscht, dass solche Größenphantasien nicht nur ein wesentlicher Motivationsfaktor von Leistung und Effizienz eines Intensivteams sind, sondern auch einen Schutzmechanismus darstellen. „Ohne ein wohldosiertes Stück einer solchen kollektiven Grandiosität würde ein Intensivteam angesichts der hohen Mortalität Gefahr laufen, ständig von Gefühlen der Hilflosigkeit, der Angst und Resignation überwältigt zu werden“.

Aber nicht nur im Burn-out bestehen Gefahren für die seelische Stabilität der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den Gesundheitsberufen. Nachvollziehbar und wohlbekannt ist auch eine andere Reaktionsform der Mitarbeiter, die den beständigen Anblick und das Leid des Patienten nicht mit Mitleid beantworten können. Sie werden zunehmend unlustiger und unmutiger zur Arbeit gehen, den Kontakt und den Schmerz vermeiden, indem sie weniger häufig in die betreffenden Patientenzimmer gehen, sie das Leid verleugnen, **mehr über** den Patienten kommunizieren als mit ihm, es rationalisieren, und indem sie die zu erledigenden Aufgaben betont sachlich und korrekt abwickeln. Sämtliche Abwehrmechanismen (bis auf das Ungeschehen-Machen) können ihrer Aufgabe gemäß eingesetzt werden, um Unlust oder unangenehme Gefühle und Gedanken vom Individuum abzuwehren. Sie wünschen sich die Quelle ihrer Unlust eher „weg“, unsichtbar, wobei mit

(Un)geregelter Tod

Dokumentation der Tagung vom 22.-23.9.2006

Veranstaltet von der Arbeitsstelle Neonazismus, FH Düsseldorf und Bioskop e.V. in Kooperation mit OMEGA e.V. und Bildungswerk der Humanistischen Union

Grit Böttger-Kessler: Unter Umständen zum Töten bereit

Sicherheit zunächst nicht der Tod von PatientInnen gemeint ist, sondern es geht um ein Wegmachen oder Verdrängen des eigenen Unmutes und um das Sich-Entledigen diesen unguuten Gefühles.

Erlebte Versorgung der Wachkomapatienten am eigenen Arbeitsplatz

Eine weitere signifikante Variable der Entscheidung des befragten medizinischen und Pflegepersonals ergab sich daraus, wie die am eigenen Arbeitsplatz erbrachten medizinischen Leistungen am Patienten beurteilt wurden – im Fall derjenigen, die aktive Sterbehilfe bejahten – eben als “zu viel”. In der Phantasie könnte man folgendes Szenario entwickeln. Wenn man tagtäglich Menschen im Wachkoma so erlebt, dass sie gut genährt, medizinisch versorgt und gut gepflegt, aber mit nur minimal sichtbaren Fortschritten und fernab jedweder Aussicht auf Genesung behandelt werden, dann ist es vielleicht doch das “tödliche Mitleid”, von dem Klaus Dörner spricht, das Pflegenden, ÄrztInnen und TherapeutInnen den Anblick dieses als elend und traurig empfundenen Daseins des Anderen nicht ertragen lässt und ihnen eine Identifikation mit ihm unmöglich macht.

Zusammenfassende Beurteilung

Es ist bekannt, dass Menschen, die in Gesundheitsberufen arbeiten und mit Leiden und Sterben beruflich umgehen, die Frage einer aktiven Sterbehilfe wesentlich zurückhaltender und skeptischer beurteilen als die Bevölkerung allgemein. Dennoch sprachen sich die Pflegekräfte wie auch die Ärztinnen und Ärzte in unserer Untersuchung mehrheitlich für aktive Sterbehilfe aus.

Bezogen auf die in dieser Studie erfassten mitarbeiter- und tätigkeitsbezogenen Angaben lässt sich aussagen, dass aktive Sterbehilfe an Wachkoma-Patienten eher befürwortet wurde von:

- den pflegerischen Berufsgruppen
- konfessionslosen Untersuchungsteilnehmern
- jüngeren Befragten

(Un)geregelter Tod

Dokumentation der Tagung vom 22.-23.9.2006

Veranstaltet von der Arbeitsstelle Neonazismus, FH Düsseldorf und Bioskop e.V. in Kooperation mit OMEGA e.V. und Bildungswerk der Humanistischen Union

Grit Böttger-Kessler: Unter Umständen zum Töten bereit

- **Personen aus den neuen Bundesländern**
- **Personen mit geringer Berufszufriedenheit**

Umgekehrt wurde die aktive Sterbehilfe tendenziell am ehesten abgelehnt von:

- **der ärztlichen Berufsgruppe**
- **konfessionell gebundenen Personen**
- **älteren Befragten**
- **Personen aus den alten Bundesländern**
- **Personen mit ausgeprägter Berufszufriedenheit**

Das Antwortverhalten der von uns befragten Personen liefert Belege dafür, dass die Einstellungen zur aktiven Sterbehilfe in hohem Maße von patientenbezogenen und persönlichen Faktoren beeinflusst wird und nicht ein „apodiktisches“, zu verallgemeinerndes, vorgefasstes Votum ist. Erst durch das Zusammenwirken, bzw. die Kumulation verschiedener Aspekte entsteht eine deutliche Einstellung zur aktiven Sterbehilfe. In verschiedenen Studien konnte belegt werden, dass Kriterien wie Freiwilligkeit, tödliche Krankheit, leidvolles Siechtum, unerträglicher Schmerz, baldiger Tod u.a. kumulativ vorliegen, wenn eine Mehrheit die aktive Sterbehilfe befürwortet.

Diese Beobachtung gilt ganz offenbar auch für die aktive Sterbehilfe bei Wachkoma-Patienten. Es ist wahrscheinlich, dass die Voten der von uns befragten Mitarbeiter geprägt sind von der Überzeugung, hier läge eine solche Kumulation vor, die es rechtfertigt, das Leben eines Wachkoma-Patienten aktiv zu beenden.

Patientenbezogene Faktoren, die von den Untersuchungsteilnehmern für eine solche Kumulation benannt wurden, sind:

- **Freiwilligkeit / Patiententestament**
- **kumulierendes Leid**
- **unerträglicher Schmerz**

(Un)geregelter Tod

Dokumentation der Tagung vom 22.-23.9.2006

Veranstaltet von der Arbeitsstelle Neonazismus, FH Düsseldorf und Bioskop e.V. in Kooperation mit OMEGA e.V. und Bildungswerk der Humanistischen Union

Grit Böttger-Kessler: Unter Umständen zum Töten bereit

- **infauste Prognose**
- **leidvolles Siechtum**

Meinungen, Werturteile und Einschätzungen zur Sterbehilfe hängen ab von der eigenen beruflichen und persönlichen Situation und von patientenbezogenen Faktoren. Unsere Studie belegt eindeutig, dass die Einstellungen und Haltungen im Verlauf des eigenen Lebens einem Wandel unterliegen. Daraus lässt sich leicht erkennen, wie abhängig die individuelle Einstellung der Befragten von Umgebungseinflüssen ist, zum Beispiel von offen geführten Diskussionen über die „fortschrittliche Regelung in Holland“, über „Soziallasten“, die „Rentnerschwemme“, die „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ und „sinnloses Leiden“ oder das „uneingeschränkte Selbstbestimmungsrecht“ des Menschen. Solchen Entwicklungen könnte umgekehrt auch mit einer entlastenden Veränderung der Umgebungseinflüsse begegnet werden. So könnten beispielsweise mit klaren (politischen) Schritten zum Abbau der Arbeitsüberlastung in den ärztlichen und den pflegenden Berufen oder einem weiteren, überzeugenden Ausbau der Palliativ- und Hospiz-Einrichtungen oder einer allgemeinen Anerkennung der ärztlichen Führungsverantwortung andere Signale gesetzt werden. Die bessere Kenntnis und Verbreitung von Handlungsalternativen, wie sie im Bereich der Palliativmedizin geschult und erworben werden, könnte Schwestern wie ÄrztInnen einen Teil der emotionalen Last und des Gefühls von Hilflosigkeit nehmen und sie ermutigen, die PatientInnen mit anderem Rüstzeug in ihrer Krankheit weiter zu begleiten, anstatt die Lösung in aktiver Sterbehilfe zu sehen.

Mit einiger Wahrscheinlichkeit bedarf es jedoch auch in Deutschland nicht mehr allzu vieler Entwicklungsschritte bis hin zur Kürzung von Mitteln, Entwertung von alten und kranken Menschen, zur Verabsolutierung des Selbstbestimmungsrechtes – bis man mehrheitlich zu der Überzeugung gelangt, dass es „human“ und „würdig“ sei, menschliches Leiden mit den Mitteln der Medizin „schnell und schmerzlos“ zu beenden. Dabei wird außer Acht gelassen, dass die Hospizbewegung und die Palliativmedizin längst den Beweis dafür erbracht haben, dass der Wunsch nach

(Un)geregelter Tod

Dokumentation der Tagung vom 22.-23.9.2006

Veranstaltet von der Arbeitsstelle Neonazismus, FH Düsseldorf und Bioskop e.V. in Kooperation mit OMEGA e.V. und Bildungswerk der Humanistischen Union

Grit Böttger-Kessler: Unter Umständen zum Töten bereit

aktiver Sterbehilfe so gut wie gar nicht vorkommt bei Menschen, deren Schmerzen erträglich sind, die kompetent und menschlich therapiert und gepflegt werden und die in tragfähigen Beziehungen leben.

Meine Damen und Herren, ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Grit Böttger-Kessler

ist Fachärztin für Psychothera-
peutische Medizin