

ZUWENDEN STATT TÖTEN

Sterbebegleitung versus Sterbehilfe

EINLEITUNG

Durch die Aussage des neuen Bundesgesundheitsministers, Hermann Gröhe (CDU), jede geschäftsmäßige Hilfe zu Selbsttötung unter Strafe zu stellen, wurde die Kontroverse um den Entwurf für einen Paragraphen 217 StGB erneut öffentlich befeuert.¹ Ob damit auch eine größere Klarheit für den Lebensschutz gewonnen wird, bleibt abzuwarten. Noch gibt es kein Gesetz. Daher ist es für die Kirche wichtig, die Tragweite des Themas Sterbehilfe im Blick zu behalten und sich für einen wirksamen Ausbau der Hospizbegleitung und palliativ-medizinischer Versorgungsstrukturen einzusetzen.

„DIE WÜRDE DES MENSCHEN IST UNANTASTBAR.“ Dieses rechtsethische Grundprinzip (GG Art. 1) gilt für jeden Menschen, ob geboren oder ungeboren, ob gesund oder krank. Es gilt unabhängig von der Einschätzung anderer oder der jeweiligen Selbsteinschätzung und kommt dem Menschen allein aufgrund seines Menschseins zu. Da es jeder rechtlichen Regelung vorausgeht, bedarf es unbedingter Aufmerksamkeit und Beachtung vor allem in jenen Phasen des Lebens, die in besonderer Weise „zerbrechlich“ sind. Daher ist insbesondere am Ende des menschlichen Lebens dafür Sorge zu tragen, dass die

menschliche Würde gewahrt und geschützt bleibt.

Da der Mensch um das unausweichliche Geschick seines Todes weiß und die Aussicht zu sterben, Hilflosigkeit und Ohnmacht auslöst, drängt es Philosophie und Theologie seit jeher, sich intensiv mit Sterben und Tod auseinanderzusetzen.² Im Gegensatz zu früheren Generationen jedoch hat sich die Einstellung zum Tod verändert; im Vordergrund steht heute nicht mehr die Angst vor der Ungewissheit, was das Todesschicksal für den Menschen bereithält, sondern die Sorge, wann der Sterbeprozess zum Abschluss gekommen ist. Waren also in früheren Zeiten viele in Sorge, zu früh zu sterben, ohne Gelegenheit zu Reue und Buße, werden die Menschen heute von der Furcht getrieben, wegen möglich gewordener lebensverlängernder Maßnahmen, erst spät sterben zu können. Mehrheitlich wünschen sich die Menschen einen *schnellen* Tod. Aber Wunsch und Wirklichkeit klaffen oft weit auseinander. Obwohl viele medizinische Innovationen das Leben der Menschen verbessert und bereichert haben, sind aber erst durch die technologischen Errungenschaften in Medizin, Pharmazie und Hygiene Probleme entstanden, die es ohne sie nicht gegeben hätte. So nährte beispielsweise die Intensivmedizin den Glauben an die *Überlegenheit des Menschen über die Natur* und trug damit ungewollt zur Aufweichung der Grenze zwischen Leben

¹ In der Legislaturperiode (2008-2012) hatte das Bundesjustizministerium einen Gesetzesentwurf eingebracht, der nur die auf Gewinne angelegte Beihilfe zur Selbsttötung unter Strafe stellen sollte. Aufgrund interner Unstimmigkeiten in der Koalition kam das Projekt zum Erliegen.

² Der Tod ist für den Menschen *Sinngeber*, der bewegt und antreibt, zugleich aber auch *Sinnzerstörer*, der wegnimmt und vernichtet, was geschaffen und geliebt wird. – Das Christentum begreift diese Ambivalenz des Todes einerseits als Preis der Sünde und andererseits als Mittel der Erlösung (vgl. KKK 1009).

und Tod bei. So schürt die moderne Medizin ungewollt durch die möglich gewordenen lebensverlängernden Maßnahmen große Angst vor einem unnötig verlängerten Leidens- und Sterbeprozess. Zudem bestärken Berichte über Wachkoma-Patienten und Debatten über Sterbehilfeorganisationen die Besorgnis und Unsicherheit der Menschen, drängen zugleich aber auch zu einer Beantwortung der Frage nach einem menschenwürdigen Sterben.

Neben diesen Entwicklungen und Wirkungen der neuzeitlichen Medizin ist außerdem ein tiefgreifender Bewusstseinswandel im Selbstverständnis des modernen Menschen zu beobachten. Vor dem Hintergrund einer wachsenden Differenzierung der Gesellschaft verlieren kirchliche Werte und Normen an sinnstiftender Funktion (Säkularisierung), während der gesellschaftlich gestützte Trend zur Individualisierung³ die Neigung zur Egozentrik fördert und damit die Subjektivität zum letzten Maßstab postmoderner Lebensauffassung erhebt.

Viele möchten daher heute ihre Lebensgestaltung auch auf das Ende des Lebens hin ausdehnen; sie vertreten den Standpunkt, dass es in ihrer eigenen Hand liegt, das Leben dann zu beenden, wenn es den eigenen subjektiven Ansprüchen nicht mehr genügt. Insofern wird die Bestimmung über den eigenen Todeszeitpunkt als Teil des

Selbstbestimmungsrechtes aufgefasst und damit ein Recht auf den Tod eingeklagt. Dieses Recht suggeriert jedoch einen moralischen Anspruch, dem eine moralische Verpflichtung entsprechen müsste. Aber wer sollte im Horizont dieser Logik zur Tötung verpflichtet werden?

Darüber hinaus ist zu fragen: Wie hoch muss der Grad der Erkrankung oder der Behinderung sein, damit es einen moralischen Anspruch auf ein Getötetwerden geben kann? Gibt es überhaupt eine Grenze des Unzumutbaren?

Bei der Frage nach der Rechtmäßigkeit einer Tötung auf Verlangen steht in der öffentlichen Betrachtung eines einzelnen Patienten oft allein die menschliche Tragik im Vordergrund. Doch die Billigung entsprechender Handlungen kann nicht anhand medialer Spontanbeurteilungen oder Meinungsumfragen erfolgen. In diesem Kontext ist daher nicht nur die individual-ethische, sondern auch die sozial-ethische Dimension der Handlung zu berücksichtigen. Denn jeder Mensch ist sozusagen immer mehr als er selbst, er ist nicht nur eine einzelne Person, sondern auch ein erweitertes Ich, indem er mit Anderen in Beziehung tritt.

Wiewohl die Rechtsordnung keinen Menschen daran hindern kann, sich für den Tod zu entscheiden, darf nicht übersehen werden, dass die individuelle Freiheit doch am Allgemeinwohl Grenzen findet. Daher bedarf es stets einer prinzipiellen Prüfung und Beurteilung der ableitbaren Folgen.

Überdies kann der Wunsch nach Selbsttötung auf haltlosen, unbegründeten

³ Individualität bedeutet nicht einfach Freiheits- und Autonomiegewinn. Der Individualisierungsprozess weist durchaus ambivalente Züge auf. Auf der einen Seite hält er durchaus große Möglichkeiten bereit, die selbstständige emanzipatorische Gestaltung des eigenen Lebens zu fördern. Auf der anderen Seite sind die immanenten Gefahren im Hinblick auf Überforderung und Manipulation des Einzelnen nicht zu übersehen.

Befürchtungen beruhen, die jeglicher medizinischen Vernunft und realistischen Beurteilungen widersprechen. Der Wunsch, aufgrund einer schweren Erkrankung aus dem Leben zu scheiden, ist keineswegs immer das Ergebnis einer selbstbestimmten Wahl zwischen verschiedenen Möglichkeiten; die Entscheidung kann vielmehr aus einem Gefühl der Ausweglosigkeit und Einsamkeit heraus entstanden sein. Erfahrung aus Einrichtungen, die sich der Sterbebegleitung widmen, zeigen, dass der Wunsch nach Tötung meist verstummt, sobald sich der Patient menschlich umsorgt und geborgen weiß. Angesichts dessen darf sich weder der Einzelne noch der Rechtsstaat gleichgültig verhalten gegenüber Menschen, die von selbstzerstörerischen Gedanken durchdrungen sind. Der Dienst helfender Zuwendung für Menschen in Not entspringt einer moralischen und rechtlichen Pflicht zur Fürsorge. Die Autonomie zu achten, kann nicht bedeuten, einen Menschen auf dessen Verlangen hin zu töten. Töten auf Verlangen ist nicht Ausdruck der Wertschätzung von Autonomie, sondern geradezu das Gegenteil: die Zerstörung von Selbstbestimmung und Freiheit. Überdies darf die Gefahr nicht übersehen werden, dass unter dem Deckmantel eines absoluten Autonomieanspruchs auch gesellschaftliche Nützlichkeitsabwägungen an Bedeutung gewinnen, die altes und gebrechliches, behindertes und von unheilbarer Krankheit betroffenes Leben als Belastung, als nicht mehr zumutbar und daher sinnentleert interpretieren.

Unheilbar Kranke und Sterbende mit verkappten Idealen wie Leistungsfähigkeit und Gesundheit stillschweigend zu belasten und sie damit in den Tod zu drängen, ist kaum von der Hand zu weisen. Dieses Gefahrenpotential liegt auch in einer Dynamik des Denkens begründet, die immer mehr leidvolle Belastungssituationen und pragmatische Überlegungen einbezieht, bis eine Tötung auch ohne zum Tode führende (infauste) Prognose sinnvoll erscheint.

Das Legitimationsmodell in den Niederlanden ⁴ beispielsweise lässt durchaus derartige Tendenzen erkennen. Hier hat sich die aktive Sterbehilfe mittlerweile aus dem unmittelbaren Zusammenhang mit dem Sterbeprozess gelöst. Die Grenzen haben sich dahingehend verschoben, dass selbst eine Depression oder eine beginnende Demenz als unerträgliches Leiden akzeptiert und damit als „Tötungskriterium“ gelten kann.⁵ *Selbsttötung* oder *Töten auf Verlangen* wird damit zur grundlegenden Option auch bei Vorliegen einer weniger schweren körperlichen Beeinträchtigung, einer

⁴ In den Niederlanden ist seit dem 1. April 2002 die *aktive* Sterbehilfe rechtlich legalisiert. Im Falle der „Tötung auf Verlangen“ muss der Mediziner allerdings formale und inhaltliche Vorgaben beachten. U. a. muss er sicher sein, dass der Patient seine Bitte freiwillig stellt und sich davon überzeugen, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und dessen Leiden unerträglich ist. Zudem ist ein zweiter Arzt zu konsultieren. - Im Jahr 2012 eröffnete in Den Haag eine „Lebensende-Klinik“, die jenen Patienten Sterbehilfe ermöglicht, die keinen Arzt finden, der selbst unter Einhaltung der genannten Kriterien bereit ist, Sterbehilfe zu leisten.

⁵ Vgl. Borasio, Gian Domenico: Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen, München ⁹2012, 174. - Annette Langer: Mobile Sterbehilfe in den Niederlanden. In: Spiegel online, Stand: 1. März 2012. <http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/-a-818531.html>. - Annette Birschel: Die Nachteile der Regie über den eigenen Tod. In: Die Welt, Stand: 31. März 2013. <http://www.welt.de/gesundheit/article106139605>.

psychischen Erkrankung oder bei Lebensmüdigkeit. So wird der Tod zu einem manipulierten Tod, der in tiefgreifender Weise in das ärztliche und pflegerische Selbstverständnis und dessen Bemühen um Lebenserhaltung eingreift.

Ärztliches Mitwirken *zum* Sterben ist in Deutschland aus standesethischen und standesrechtlichen Gründen ausgeschlossen. Dennoch ist in Grenzsituationen jeder Arzt herausgefordert, sich zwischen „Maximalmedizin“ und Loslassenkönnen zu entscheiden.

Umso mehr drängt sich die Frage auf, welche ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen einerseits und welche Möglichkeiten wirksamer, heilender Begleitung andererseits im Rahmen eines menschenwürdigen Sterbens angemessen sind.

Die Diskussion darüber, welches Handeln ethisch erlaubt und verboten sei, ist dabei maßgeblich von dem Begriff der „Euthanasie“ (*griech.: guter Tod*) bestimmt. Aufgrund belastender Erfahrungen während der Zeit des Nationalsozialismus ist dieser Begriff in Deutschland äußerst negativ beladen, da sich dahinter die staatlich angeordnete, systematische Vernichtung von so genannten „unwerten Lebens“ verbarg.

Angesichts dessen ist es nicht nur notwendig, die Debatte hierüber zu versachlichen, sondern auch entgegen des in der säkularen Moderne gepflegten Werterelativismus ein Verständnis für die Bedeutung *unverfügbare Werte* aufzuschließen und die Stimme dafür zu erheben, dass die MENSCHLICHE WÜRDE auch am Ende der irdischen Existenz *tatsächlich*

UNANTASTBAR bleibt und nicht zur Disposition gestellt wird.

*

Das Leben als ein Geschenk Gottes zu deuten, es nicht als verfügbaren Besitz zu betrachten und dankbar anzunehmen, ist für gläubige Christen eine unumstößliche Maxime. Doch das *Tötungsverbot* (vgl. Ex 20,13; Dtn 5,17) und das *Grundgebot der Liebe* (Lev 19,18; Mk 12,29-13; 1 Joh 4,8ff) als prinzipieller biblischer Orientierungsrahmen dürfen die existentiellen Ängste, Nöte und Leiden kranker und verzweifelter Menschen nicht unbeachtet lassen. In jedem Fall ist dem Wunsch selbstbestimmten Sterbens, z. B. im Falle sinnlos erscheinenden Leidens oder als Reaktion gegen irrationale medizinische Maßnahmen, mit Sensibilität und Takt zu begegnen.

Das christliche Leitbild im Umgang mit Sterbenden heißt „humane“ *Sterbebegleitung* und erweist sich in der unmittelbaren liebevollen Zuwendung - im Bezug von Mensch zu Mensch.

„*Ich war krank und ihr habt mich besucht*“ (Mt 25,36), dieses Wort Jesu erinnert mit Nachdruck daran, dass Kranke und Sterbende nicht aus dem Bewusstsein verdrängt werden dürfen und deren Begleitung zum unverzichtbaren Dienst christlicher Solidarität gehört. Menschliche Nähe und praktizierte Nächstenliebe sind durchaus wirksame (Lebens-)Mittel gegen wirtschaftliche und pragmatische Nützlichkeitsabwägungen, aus denen voreilig oft ein *Recht auf Tod* oder eine *Pflicht zum Sterben* abgeleitet werden. Oder um es mit einem Wort von Kardinal Franz König pointiert auf den Punkt zu

bringen: „Menschen sollen an der Hand eines anderen Menschen sterben und nicht durch die Hand eines anderen Menschen.“⁶

I. STERBENLASSEN ODER TÖTEN? – ZUR RECHTLICHEN LEGALITÄT UND MORALISCHE LEGITIMITÄT

„... WIR REGELN DEN EINTRITT INS LEBEN, ES WIRD ZEIT, DASS WIR AUCH DEN AUSTRITT REGELN...“⁷

Diese lakonische Feststellung des Schriftstellers Max Frisch (1911-1991) in seinem >Tagebuch 1966-1971< bringt die aktuelle Forderung, das Lebensende selber zu bestimmen bzw. den Vorgang des Sterbens von außen zu beeinflussen, akzentuiert auf den Punkt. Der Schriftsteller greift in seinen Aufzeichnungen die urmenschliche Angst vor einem leidbelasteten Leben oder einem durch die Medizin verlängerten Sterben auf und regt dazu an, eine Vereinigung zu gründen, die das Ziel verfolgt, den selbstbestimmten Tod „zu einem gesellschaftlich-sittlichen Postulat zu machen“.⁸ Frisch nimmt damit Ende der 1960er Jahre bereits literarisch vorweg, was seit 1982 bzw. 1998 die in der Schweiz ansässigen Vereinigungen >EXIT< und >DIGNITAS< politisch und juristisch einklagen. Doch das hartnäckig eingeforderte Selbstbestimmungsrecht auf den frei gewählten „menschenwürdigen“ Tod kann nicht

isoliert betrachtet werden. Neben dem mutmaßlichen Willen des Patienten darf die unabhängig vom Patientenwillen bestehende Pflicht des Arztes, Leben zu erhalten oder Schmerz zu lindern, nicht außer Acht gelassen werden.

Exkurs: Patientenwille

(1) Die Autonomie des Patienten, sein Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit sowie das Recht auf körperliche Unversehrtheit gehören zu den wichtigsten verfassungsrechtlich gesicherten Gütern. „Voluntas aegroti suprema lex“ - >DER WILLE DES PATIENTEN IST DAS HÖCHSTE GESETZ< - dieser Grundsatz gilt allgemein für die Behandlung und Betreuung von Menschen. Umso mehr gewinnt das Selbstbestimmungsrecht an Bedeutung, wenn Menschen ihre Werte und Bedürfnisse nicht mehr artikulieren können. Daher ist dafür Sorge zu tragen, dass auch für den Fall der Nichtentscheidungsfähigkeit durch Unfall, Krankheit oder Alter der Patientenwille zur Geltung kommen kann. In den letzten Jahren wurde vor allem die Angst vor dem Ausgeliefertsein an die Apparatemedizin eine wichtige Triebfeder, um Vorsorge für das Lebensende zu treffen. Zu dieser Vorsorgeplanung gehört heute neben der Vorsorgevollmacht auch die Patientenverfügung.

(a) Nach deutschem Recht ist jedem Menschen, der seine Angelegenheiten teilweise oder in Gänze nicht mehr erledigen kann, ein rechtlicher Vertreter zur Seite zu stellen (vgl. § 1896 Abs. 1 BGB). Ehepartner und Angehörige sind dabei nicht automatisch vertretungsberechtigt. Daher ist es

⁶ Brief von Franz Kardinal König an die Mitglieder des Präsidiums und des Ausschusses des Österreich-Konvents im Anschluss an die Parlamentarische Enquetekommission „Solidarität mit unseren Sterbenden – Aspekte einer humanen Sterbebegleitung in Österreich“ (29. Mai 2001) vom 16. Januar 2004.

⁷ Frisch, Max: Tagebuch 1966-1971, Frankfurt/Main 1979, 95.

⁸ Ders., 96.

überaus empfehlenswert, im Voraus schriftlich zu bestimmen, wer entscheiden soll, sofern man nicht mehr selbst dazu in der Lage ist. Ist keine Vorsorgevollmacht erteilt, bestellt das Betreuungsgericht einen (Berufs-)Betreuer. Dieser ist gehalten, nach dem mutmaßlichen Willen und zum Wohl des Betreuten zu handeln. (b) Bei einer Patientenverfügung handelt es sich einerseits um die schriftliche Darlegung der persönlichen, religiösen und ethischen Wertvorstellungen zum Leben und Sterben. Andererseits werden damit vorausblickend Festlegungen über den eigenen Sterbeprozess und über die Ablehnung lebensverlängernder Maßnahmen in bestimmten klinischen Situationen, wie z. B. Behandlungsverzicht oder Behandlungsabbruch, getroffen sowie persönliche Wünsche festgehalten. Die Verfügungen müssen selbstredend von ethisch vertretbaren Inhalten bestimmt sein, dem Prinzip der Freiwilligkeit entsprechen und dürfen nicht zur Durchsetzung fremder Interessen missbraucht werden.

(2) Ein besonderes Problem erwächst der Patientenverfügung jedoch durch den Zeitfaktor. Nicht nur, dass eine Patientenverfügung jederzeit änderbar sein muss, entbindet eine in der Vergangenheit abgefasste Patientenverfügung weder den Arzt noch den Patientenvertreter von der Verpflichtung, den aktuellen Willen des Patienten zu erkunden. Da zudem nicht alle denkbaren Krankheitsverläufe in eine Patientenverfügung aufgenommen werden können und der Patientenwille zumindest teilweise interpretationsoffen sein kann,

ist die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen nicht unumstritten. Kritiker weisen darauf hin, dass weit vorab verfasste Verfügungen wenig über die Meinung eines Patienten im konkreten Krankheitsfall aussagen. So ergeben sich immer wieder auch Fragen nach Maßgeblichkeit und Interpretationshoheit. (3) Nicht zuletzt wird - aus kirchlicher Perspektive - die Reichweite von Patientenverfügungen kritisch beurteilt. Die Reichweite bezieht sich auf die Art und das Stadium der Erkrankung und fragt danach, welche lebenserhaltenden Maßnahmen beim Vorliegen eines nicht irreversibel tödlichen Grundleidens eingesetzt oder fortgeführt werden sollen. Obwohl sich die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des 15. Deutschen Bundestages 2005 dafür ausgesprochen hat, beispielsweise Wachkoma und Demenz nicht zu den irreversibel tödlich verlaufenden Grundleiden zu rechnen, wurde gesetzlich festgelegt, dass es keine Reichweitenbegrenzung von Patientenverfügungen oder des festgestellten mutmaßlichen Willens geben darf.

(4) Trotz der benannten Probleme bleibt festzuhalten, dass Patientenverfügungen eine wichtige Grundlage bei Entscheidungshilfen zu Behandlungsabbruch oder Behandlungsverzicht bilden können; letztlich kann ihnen aber nur ein relativer Wert zukommen.

Wenngleich das ärztliche Ethos und die davon abgeleiteten Handlungsanweisungen von einer großen Tradition genährt werden (Hippokratischer Eid), sind Ärzte heute durch die zunehmende

Verwissenschaftlichung und Technisierung der Medizin im Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden vor oft schwerwiegende Entscheidungen gestellt. Diagnosen, Indikationen und Prognosen können sich im Behandlungsverlauf schnell ändern, so dass der Arzt umgehend abzuwägen hat, welche Behandlung oder welcher Therapieabbruch Sinn macht bzw. welche Hilfe beim Sterben Anwendung finden soll. Inhaltlich herrscht Konsens, was die ärztliche Sterbebegleitung betrifft. So heißt es in der Präambel der GRUNDSÄTZE DER BUNDESÄRZTEKAMMER ZUR STERBE-BEGLEITUNG: „Aufgabe des Arztes ist es, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen.“⁹ In der Praxis zeigt sich jedoch aufgrund vieler individueller Kriterien, dass die Grenze zwischen juristisch legitimer und strafrechtlich verfolgter Sterbehilfe äußerst unscharf ist. Daher hat die Rechtsprechung, um willkürlichem und unverantwortlichem Handeln entgegenzutreten, den Komplex „Sterbehilfe“ aufgefächert. So wird im wissenschaftlichen und juristischen Diskurs heute zwischen „passiver“, „indirekter“ und „aktiver“ Sterbehilfe sowie „assistiertem Suizid“ unterschieden. Diese verschiedenen Formen unterscheiden sich nicht nur der Sachlage nach, sondern auch in ihren entsprechenden moralischen und rechtlichen Bewertungen.

⁹ Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, Präambel, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, Heft 7, 18. Februar 2011.

1. BEGLEITUNG BEIM STERBEN

Unter dem Stichwort der *passiven* Sterbehilfe wird ein ärztliches Handeln verstanden, bei dem es kurz gesagt um ein „sterben lassen“ geht, also um den Verzicht auf medizinische Maßnahmen, die das Leben unnötig verlängern oder deren Wirkungen nutzlos oder gar schädlich wären. Bei der so genannten *indirekten* Sterbehilfe hingegen steht die Schmerzlinderung im Vordergrund. Dabei wird in Kauf genommen, dass durch die Behandlung mit starken Schmerzmitteln aufgrund der Nebenwirkungen der Eintritt des Todes beschleunigt wird. Die Zuschreibungen „passiv“ oder „indirekt“ sind nicht so eindeutig, wie es zunächst erscheinen mag. Obwohl eine Passivität des Arztes suggeriert wird, verhält sich der Arzt nicht notwendigerweise immer nur passiv. Allein die Entscheidungen, lebenserhaltende oder lebensverlängernde Maßnahmen nicht einzuleiten oder abubrechen bzw. im Falle schwerster Schmerzen starke Betäubungs- und Beruhigungsmittel zu verabreichen, die indirekt einen schnelleren Tod bewirken¹⁰, zwingen dem Arzt ein aktives Tun auf. Dennoch ist es gerechtfertigt und verantwortbar, von einer *Hilfe beim Sterben* zu sprechen. Entscheidendes Kriterium für die ethische und rechtliche Beurteilung ist das *Zulassen des unvermeidlichen Sterbens*, d. h. der Tod wird *nicht absichtlich* oder

¹⁰ Wegweisend war hierzu ein Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) aus dem Jahr 1996, das ein derartiges Vorgehen erlaubt. Der BGH entschied, dass eine ärztlich gebotene schmerzlindernde Medikation - entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des Sterbenden - nicht dadurch unzulässig wird, dass eine in Kauf genommene unvermeidbare Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigt.

manipulativ herbeigeführt. Ärztliche Manipulation oder Eigenmächtigkeit kann ausgeschlossen werden, wenn zum einen die Sinnhaftigkeit einer Indikation - unabhängig vom Patientenwillen - fehlt und zum anderen wenn der Patient mit infauster Prognose medizinische Maßnahmen ablehnt oder es wünscht, dass lebenserhaltende Maßnahmen nicht fortgeführt werden sollen.

2. MAßNAHMEN ZUM STERBEN

Wie aber ist das Verlangen von verzweifelten Schwerstkranken zu beurteilen, die um den Tod bitten? Gesucht ist eine Antwort darauf, ob es in bestimmten Situationen erlaubt sein kann, dem Wunsch eines Todgeweihten zu entsprechen.

Unter rechtlichen Aspekten ist die Beurteilung dieses Verlangens eindeutig.¹¹

„Tötung auf Verlangen“ ist nach § 216 StGB strafbar. Entscheidend ist, dass bei *aktiver* Sterbehilfe die Tatherrschaft nicht in der Hand des Sterbewilligen liegt, sondern bei einem anderen. Die Bedingungen, die den Tod herbeiführen, können dabei von der Verabreichung eines therapeutisch nicht indizierten Medikamentes bis zur Überdosierung entsprechend verordneter Arzneimittel reichen.

Die eigentliche Absicht, „Tötung auf Verlangen“ gesetzlich zu legalisieren, ist

allein dem Wunsch geschuldet, die Selbstbestimmung des Menschen am Lebensende zu stärken. Doch eine Legalisierung birgt größte Gefahren, wird es dann doch sehr schwer, zwischen angeblicher Freiwilligkeit und faktischem Zwang zu trennen. Alte, behinderte und schwerstkranke Menschen werden unter dem Aspekt der Gesetzeskraft einem enormen fremdbestimmten Druck ausgesetzt, sich den gesellschaftlichen Forderungen zu beugen und aus dem Leben zu scheiden, statt sich anderen zuzumuten. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass im Falle fehlerhafter Diagnosen oder bei „billigem“ Mitleid eben nicht Autonomie und Humanität gestärkt, sondern vielmehr auf subtile Weise die Leidenden „entsorgt“ werden.

Unabhängig vom biblischen Gebot der Unverletzlichkeit menschlichen Lebens, ist eine Reihe von ethischen und vernünftigen Gründen gegen eine rechtliche Legalisierung einzuwenden. Mit einer generellen Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe wird nicht nur die Hemmschwelle gegenüber dem Tötungsverbot sinken, der dadurch angestoßene „Dambruch“ wäre ein geradezu verheerendes Signal angesichts zunehmender Rationalisierungstendenzen im Pflege- und Gesundheitswesen.

Entgegen dieser Problemanzeigen muss natürlich deutlich gemacht werden, dass niemand „bestraft“ werden soll, der sich ohnehin schon in einer verzweifelten Lage befindet. Zweifellos wird der Wunsch nach Tötung oder die Bitte um Hilfe zur Selbsttötung häufig an Angehörige und Ärzte herangetragen. Aber welche

¹¹ Seit einigen Jahren bemühen sich Juristen, den Paragraph 216 StGB im Zusammenhang mit Paragraph 34 StGB dahingehend einzuschränken, indem sich ein aktiv handelnder Arzt auf rechtfertigenden Notstand berufen könne. Weist er schlüssig nach, dass Gefahr für den Patienten abgewendet werden musste, weil er von unerträglichem Leid bedroht war, soll das Gericht von einer Strafe absehen können. Seitens des Gesetzgebers steht eine Entscheidung in dieser Hinsicht aus.

verhängnisvollen Folgen hätte dies insbesondere für das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten? Die ausdrückliche Verantwortung des Arztes für das Leben seiner Patienten, die so genannte „Garantenstellung“, muss aus moralischer Verantwortung und mit Bedacht jede Mitwirkung an einer Tötung - auch beim „assistierten Suizid“ - ausschließen.¹²

Der Gesetzgeber hingegen unterscheidet zwischen dem „assistierten Suizid“ und der „Tötung auf Verlangen“, indem er im Falle der Beihilfe die Herbeiführung des Todes dem Willen des Patienten zuschreibt. Da die Kontrolle über das Geschehen also in der Hand des Sterbewilligen liegt, wird dem Arzt nach deutschem Recht hier Straffreiheit gewährt. Allerdings können den Helfern, seien es Ärzte, Angehörige oder vertraute Personen, rechtliche Probleme anderer Art erwachsen, etwa eine Anklage wegen unterlassener Hilfeleistung.¹³

Aus kirchlicher Perspektive ist die Haltung zur Beihilfe so eindeutig wie zum Suizid selber. Allerdings ist die Selbsttötung eines Menschen, der zum Tode erkrankt ist und unter für ihn unerträglichen physischen und psychischen Qualen sowie dem Verfall seiner Persönlichkeit leidet, nicht oberflächlich zu bewerten.

Das Tötungsverbot ist als ethisch-moralischer Maßstab in diesen Tagen vor allem gegen ökonomische und

utilitaristische Überlegungen ins Feld zu führen. Gian Domenico Borasio ist Recht zu geben, wenn er kritisch darauf hinweist, dass „es heute in Deutschland für Ärzte aufwändiger, zeitraubender und auch teurer (ist), einen Patienten am Lebensende adäquat palliativmedizinisch zu betreuen (...), als ihm ein Rezept für eine tödliche Medikamentendosis auszuhändigen.“¹⁴ Auch vor diesem Hintergrund wäre es fahrlässig, *aktive* Sterbehilfe zu legalisieren oder die Beihilfe zum Suizid als Option humanen Sterbens zu begreifen. Vielmehr ist die christliche Grundhaltung der Nächstenliebe als ernsthafte Alternative verstärkt in die gesellschaftliche Diskussion einzubringen. Ein flächendeckender Ausbau von stationären und ambulanten Hospizdiensten führt nicht nur zu einer wirklich humanen Sterbebegleitung, sondern gäbe auch maßgebliche Anstöße für eine humanere Gesellschaft.

Exkurs: Der Hospizgedanke

(1) Der Name >Hospiz< leitet sich vom lateinischen Begriff „hospitium“ her und bedeutet Herberge. Im frühen Christentum und im Mittelalter dienten Hospize als Unterkünfte und Orte der spirituellen Fürsorge für Pilger (Pilgerherberge), für Bedürftige im Sinne eines Armenhauses, für Fremde (Asyl) und Kranke. Heute sind Hospize Einrichtungen zur umfassenden Betreuung und ganzheitlichen Pflege unheilbar Kranker und Sterbender.

Ihren Ursprung hat die moderne Hospizbewegung in London und ist mit dem Namen der britischen Ärztin Cicely

¹² Vgl. Borasio: Über das Sterben, 171.

¹³ In Deutschland gibt es die groteske Rechtsprechung, dass ein Helfer dem Suizidanten zwar die tödliche Dosis ohne rechtliche Folgen besorgen kann, bleibt er jedoch während der Sterbephase, in der der Suizidant seine Tatherrschaft verliert und auf die Hilfe anderer angewiesen ist, anwesend, kann der Helfer wegen Totschlags durch Unterlassung juristisch belangt werden.

¹⁴ Borasio: Über das Sterben, 173.

Saunders (1918–2005) verbunden. Sie eröffnete im Jahr 1967 das erste stationäre Hospiz, weil sie erkannte, dass ein menschenwürdiges Sterben nur in (relativer) Schmerzfreiheit möglich ist. Zudem fehlt es im herkömmlichen Krankenhausbetrieb oft an nötiger Zeit und menschlicher Zuwendung zu den Sterbenden.

(2) Die Hospizbewegung wirbt für eine neue Kultur des Sterbens und des Lebens, indem sie von den beiden Polen: „wenig Technik – viel Zuwendung“ geleitet ist. Daher sind Hospize keine >Sterbekliniken<, sondern vielmehr Lebensorte für Sterbende. Nicht nur die Sterbenden, auch deren Familien sollen dort Unterstützung und menschliche Zuwendung erfahren. Durch ein umfassendes Betreuungskonzept, bestehend aus einem weitverzweigten Kooperationsbündnis aus Hausärzten, Pflegediensten, psychologischen Mitarbeitern und Seelsorgern, sollen die Voraussetzungen für ein menschenwürdiges Sterben ermöglicht werden. Die moderne Hospizbewegung ist damit eine uneingeschränkte Alternative zur ethisch nicht verantwortbaren aktiven Sterbehilfe oder zur assistierten Selbsttötung.

(3) Der Grundgedanke der Hospizbewegung kreist um die Frage, wie jedem einzelnen Menschen im Sterben, bis zum Ende seines Lebens, Achtung und Schutz zuteil werden kann.

(4) Mit dem Hospizgedanken eng verbunden ist die Palliativmedizin¹⁵. Der

Begriff „palliativ“ (mit dem Mantel bedecken, lindern) steht für eine veränderte Blickrichtung in der Medizin. Nicht vollständige Heilung oder Reparieren bestimmt das Handeln, sondern Schmerzlinderung. Der Sterbende kann seinen auf die Schmerzen fixierten Blick lösen zugunsten einer selbstbestimmten Gestaltung der verbleibenden Lebenszeit. Die inzwischen weit fortgeschrittene Schmerztherapie erreicht bei nahezu 90 Prozent der Patienten weitgehende Schmerzfreiheit.

Im hospizlichen bzw. im palliativmedizinischen Kontext wird nach dem Prinzip der Antizipation (Vorwegnahme) medikamentiert, um die Kommunikationsfähigkeit zu erhalten. Ist sie doch eine wesentliche Voraussetzung für ein Leben bis zuletzt und ein begleitetes Sterben in Würde. Die Schmerztherapie ist dabei ein so maßgebliches Element wie die psychologische und spirituelle Begleitung.

(5) Neben den stationären Einrichtungen hat sich auch der ambulante Hospizdienst zwischenzeitlich etabliert.¹⁶ Rund 40 Prozent der Patienten aus stationären Hospizen oder Palliativstationen der Krankenhäuser können nach der Einstellung ihrer Schmerzmitteldosis nach Hause zurückkehren. Dort werden sie von ehren- und hauptamtlichen Betreuungsteams versorgt, die für die

Krankenhaus in Montreal. – Die Begrifflichkeiten „Hospiz“ und „Palliativmedizin“ sind zwar eng miteinander verknüpft, müssen in der Diskussion jedoch klar voneinander getrennt werden.

¹⁶ Seit April 2007 gibt es die so genannte „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (SAPV), die allen Versicherten zugänglich sein soll. Für sie wurden sehr enge und sehr spezielle Krankheitsbilder und Versorgungssituationen beschrieben. Liegen diese vor, kann SAPV vom Arzt verordnet werden. „Palliative Care Teams“ versorgen auch Versicherte, die in stationären Altenpflegeeinrichtungen leben.

¹⁵ Die Begriffe wie Palliativmedizin oder „Palliativ Care“ wurden von Balfour Mount eingeführt. Er gründete 1975 die erste Palliativstation an einem

Angehörigen auch über den Tod des Patienten hinaus zur Verfügung stehen.

(6) Die Finanzierung von unabhängigen, stationären Einrichtungen erfolgt gemäß § 39a SGB V über die Krankenkassen. Da bewusst ein Teil der Kosten beim Träger verbleibt, soll vermieden werden, dass Hospize zu Profitunternehmen verkommen. Über den Weg der Finanzierung (Spenden) soll der gesellschaftspolitische Aspekt des Hospizwesens deutlich werden: die Begleitung Schwerstkranker und Sterbender ist nicht individuell auf Tage oder Stunden zu reduzieren, vielmehr muss sich die Gesellschaft den Herausforderungen des Alterns und Sterbens stellen und soll auf gemeinwohlorientiertem Weg entsprechende Unterstützung leisten.

II. STERBEBEGLEITUNG ALS LEBENSHILFE

Rund 90 Prozent der Menschen haben den Wunsch, zu Hause, in ihrer vertrauten Umgebung zu sterben, tatsächlich versterben aber ca. Zweidrittel im Krankenhaus oder in einer Altenpflegeeinrichtung. Damit werden an diese Einrichtungen immense Anforderungen gestellt, ein würdevolles Sterben und Abschiednehmen durch „Nahe sein“ zu schaffen.

Unabhängig vom Sterbeort aber gilt, wenn der Tod naht, geht es um qualifizierte *Begleitung*. Begleitung in der letzten Phase menschlichen Lebens ist keine Sterbehilfe, sondern recht verstanden *Lebenshilfe*.

Im Unterschied zu den sachbezogenen medizinisch-pflegerischen *Betreuungsmaßnahmen* ist für die >zeitlose<

Anwesenheit am Sterbebett die persönliche Beziehung zum Patienten essentiell. Humanes Sterben hängt mithin nicht vom Ort, sondern von wahrhaftiger, menschlicher Zuwendung ab.

Die Nähe zum Sterbenden verlangt daher ein hohes Maß an persönlicher Reife und Einfühlungsvermögen. Der Begleiter muss sich seiner eigenen Emotionalität, Hilflosigkeit und Ohnmacht sowie seiner eigenen Sterblichkeit bewusst sein. Bei der Begleitung am Lebensende geht es um mehr als um bloße instrumentelle Maßnahmen.

Der Patient erlebt wie aufgrund der schwindenden körperlichen und seelischen Kräfte seine bisherigen Lebensbeziehungen in Frage gestellt werden. Er steht in einer fremden Beziehung zu sich selbst, zu den Mitmenschen und oftmals auch zu Gott. Angesichts dessen fühlt er sich nicht selten isoliert, unbrauchbar und überflüssig. Das *Warum* seines Leidens und die Suche nach der Sinnhaftigkeit seines Lebens drängen zu letzten entscheidenden Antworten.

In derart hermetisch existentiellen Situationen sind die Begleiter in ihrem Menschsein außerordentlich gefordert. Nicht Aktivismus ist gefragt, sondern die Fähigkeit, dem Sterbenden Raum zur *Kommunikation*¹⁷ zu eröffnen. Im

¹⁷ Die Art und Weise wie Sterbende kommunizieren, ist entscheidend von ihrer Auseinandersetzung mit dem Prozess des Loslassens geprägt. In der Phase des Leugnens wird das Gespräch mit einem Sterbenden einen anderen Verlauf nehmen als ein Gespräch zum selben Thema, wenn die Ernsthaftigkeit der Lage bereits akzeptiert ist. – Sterbende sprechen häufig in einer Art Symbolsprache. Nicht zuletzt geben Körperhaltung und Tonfall beredt Auskunft über aktuelle Stimmungen. Vgl. hierzu: Specht-Tomann,

Wesentlichen muss das Mitgehen davon bestimmt sein, den Sterbenden nicht zu infantilisieren oder ihn zu einem Fürsorgeobjekt herabzuwürdigen, sondern in seinem Personsein zu achten und zu respektieren.

*

In die Begleitung Sterbender sind nicht allein professionelle Helfer eingebunden wie Ärzte, Altenpfleger, Krankenschwestern und Seelsorger. Oft sind es die Angehörigen, die die Begleitung übernehmen müssen. Erschwerend für eine Begleitung im familiären und freundschaftlichen Umfeld ist vor allem die eigene emotionale Betroffenheit. Sie ist das maßgebliche Unterscheidungsmerkmal gegenüber den professionellen Diensten: in gewisser Weise stirbt ein Teil des Begleiters mit. Diese emotionale Überforderung kann geradezu das Gegenteil von dem auslösen, was gewollt ist: nämlich Minimierung des Kontaktes, Vermeidung geduldiger Anteilnahme und allmählicher Rückzug. Doch ist es nicht zielführend, dort anzuklagen, wo Angehörige nicht fähig sind, die Begleitung eines Sterbenden zu erfüllen. Freilich auch leichtfertige Entschuldigungsgründe dürfen nicht gelten.

Vonnöten ist daher, dass auch Angehörige in der Sterbebegleitung von den professionellen Helfern gezielt wahrgenommen, nicht allein gelassen und in ihren Empfindungen ernstgenommen werden.

Alles in allem ist ein respektvoller Umgang unabdingbar, der sich in einer „sprechenden Pflege und Begleitung“ Ausdruck verschafft. Nicht mehr *was*, sondern *wie* es getan wird, ist entscheidend. Dem Sterbenden ist also Raum zu schaffen, in dem er sich mit seinem Sterben auseinandersetzen kann, um Abschied zu nehmen und loszulassen zu können. In dieser Phase sind Seelsorger gewünscht, die in den Sterbenden Zutrauen und Hoffnung zu wecken vermögen.

*

Vor diesen Hintergrund kann der heute so oft beklagte verlängerte Sterbevorgang mit all seinen negativ empfundenen Implikationen durchaus auch als Chance gesehen werden, das zurückliegende Leben zu durchdenken und sich dessen Sinn zu erschließen. Damit ist keine sinnlose Lebensverlängerung intendiert, sondern ein Zeithorizont eröffnet, die letzte Lebensphase bewusst zu durchleben.¹⁸ Das Leben mit einer todbringenden Krankheit kann sogar als eine Aufgabe, als eine Zeit der Bewährung des Glaubens angenommen werden (vgl. Röm 5,2ff).¹⁹ Diese Zeit einem sterbenden Menschen vorzuenthalten, wäre ethisch keineswegs vertretbar.

III. RECHT AUF MENSCHENWÜRDIGES STERBEN

¹⁸ Vgl. KKK 2299.

¹⁹ In diesem Kontext sei auf das beispielhafte Lebens- und Glaubenszeugnis der heiligen Anna Schäffer (1882 – 1925) aus Mindelstetten aufmerksam gemacht. – Papst Benedikt XVI. wies in der Predigt anlässlich ihrer Heiligsprechung am 21. Oktober 2012 darauf hin, dass durch ihr Apostolat die christliche Hospizbewegung in ihrem Wirken gestärkt werden solle.

In den aktuellen Debatten über Sterbehilfe und Sterbebegleitung ist weniger von der Eröffnung eines Zeithorizontes als vielmehr vom *RECHT AUF EIN MENSCHENWÜRDIGES STERBEN* die Rede. Dieses Recht wird meist jedoch allein auf den Gesichtspunkt der Autonomie reduziert. Doch damit geht der eigentliche Sinn verloren, weil aus der Notwendigkeit der Respektierung der Autonomie nicht zwangsläufig gefolgert werden kann, dass nur dann das Sterben menschenwürdig sei, sofern der Mensch die Kontrolle über dieses Geschehen behält. Wenn ein Patient in eine Situation gerät, in der er lieber sterben als weiterleben möchte, ist doch zunächst nicht kritiklos seinem autonomen Willen nachzugeben, sondern zu fragen, wie es dazu kommt, dass er den Zustand der Angewiesenheit als Grund benennt, um sein Leben aufzugeben.

Eine Gesellschaft, die in Patientenverfügungen die Tötung auf Verlangen oder die Beihilfe zur Selbsttötung als grundsätzliche Option propagiert, muss sich die Kritik gefallen lassen, menschliches Leben gering zu achten.

Wo Autonomie als absoluter Wert gesetzt ist, gilt das Leben nur so lange als „würdig“ wie der Einzelne ohne Abhängigkeit von der Hilfe anderer sein Leben bewältigen kann. Hinter dieser verbrämten Sichtweise von Autonomie steht aber nicht Selbstbestimmung, sondern die irrite und fixe Idee von Unabhängigkeit. Wer Abhängigkeit und Angewiesensein des Menschen im Krankheits- und Sterbeprozess nicht akzeptieren will, begreift Sterben und Tod

auch nicht mehr als Weisen menschlichen Daseins. In der Konsequenz führt diese Auffassung zu dem Verlangen, nicht nur das Leben, sondern auch das Sterben zu kontrollieren. Doch dieser Kontrollimperativ macht den Menschen nicht zum Beherrscher, sondern zum Beherrschten.

Dass auch am Ende des Lebens weitgehend der Wunsch nach Autonomie besteht, ist verständlich, wenn jedoch Menschen ein letztlich nicht zu kontrollierendes Sterbegeschehen als unwert oder gar als unwürdig betrachten, dann ist das Sterben freilich nicht die Abrundung des Lebens, sondern ein totales Desaster.

Der inzwischen allgegenwärtige Druck, unbedingt eine Patientenverfügung bereit zu halten, in der genau festgelegt ist, wie, wann und unter welchen Umständen das individuelle Sterben „abgewickelt“ werden solle, ist genau von jener Angst getrieben, nicht die Kontrolle über das Geschehen zu verlieren. Dabei wird aber gänzlich übersehen, dass das Sterben eine Lebensphase ist, die sich gerade dadurch auszeichnet, dass sie sich einer absoluten Kontrolle entzieht.

Die Vorstellung, dass Sterben nur dann „menschenwürdig“ sei, wenn es von Verfügungen kontrolliert wird, ist letztlich einer Zeitströmung geschuldet, die sich der absoluten Beherrschbarkeit und Machbarkeit verschrieben hat.

Überdies suggeriert diese irrite „Rechts-Vorstellung“ einen moralischen Anspruch, der letztlich nur mit einer Tötungspflicht in Einklang zu bringen wäre. Wer sich aber auf eine moralische Pflicht zum Töten

beruft, der zwingt einen anderen zu etwas Pflichtwidrigem. Doch wer könnte zur Tötung eines Sterbewilligen verpflichtet werden?

Dieses scheinbare „Recht auf menschenwürdiges Sterben“ appelliert zwar an die Würde, folgt aber einem Würdebegriff, der rein instrumentalistisch argumentiert. Das Leben gilt in diesem Kontext solange als lebenswert bis die unerwünschten Zustände die wohltuenden überlagern. Ist das Leben nach Beurteilung der Bilanzierungswerte nicht mehr wünschenswert, ist dessen Tötung moralisch unbedenklich, weil es den subjektiven Interessen ja nicht mehr dient. Der Begriff des „Lebenswertes“ deckt sich hier nicht mit dem Würdebegriff.

Zweifellos können unwürdige Umstände und der Verlust bestimmter Fähigkeiten einem Menschen seine Selbstachtung und Selbstannahme erschweren, sie können ihm aber niemals seine Würde nehmen.

Menschenunwürdig stirbt daher niemand, dem die verlangte Tötung verweigert wird, sondern wer keinen menschlichen und palliativ-medizinischen Sterbebeistand erhält.

IV. SCHLUSSBEMERKUNG

Die christlichen Kirchen sind daher in Zeiten fehlgeleiteter Autonomie- und medizinischer Machbarkeitsvorstellungen in die Pflicht genommen, deutlich vor Augen zu führen, dass es ein Menschsein

ohne Krankheit und Leiden, ohne Sterben und Tod nicht geben wird.

Leben in menschlicher und Sterben in menschwürdiger Weise gelingt nur dann, wenn über die Möglichkeiten der modernen Medizin hinaus auch die menschlichen Formen des Umgangs mit Leiden und Sterben im Blick der Gesellschaft bleiben. Ganzheitliche Zuwendung, „entschleunigte“ Pflege und seelsorgliche Begleitung sind als gleichwertige Aufgaben neben medizinischer Indikation und Intervention anzuerkennen und zu fördern. Auf diese Weise kann vielen Menschen die Angst genommen werden, in schwerer Krankheit, bei Pflegebedürftigkeit und im Sterben menschenunwürdig behandelt zu werden. Mit der totalen Verfügbarkeit über das Leben und der Legalisierung eines von außen gesteuerten Sterbeprozesses hingegen wird ein Tabu gebrochen, das Besorgnis und Unsicherheit schürt und letztlich die Grundlagen der Menschlichkeit zutiefst erschüttert. Der Wunsch, sich selbst zu töten oder sich töten zu lassen ist meist Ausdruck von Angst und Verzweiflung, nicht von Freiheit und Autonomie.

Eine auf Vernunft und Ethik gründende Haltung aber bemüht sich um Leidensminderung und Beistand, die dem Grundsatz folgt: Niemand darf zum Sterben gedrängt und kein Sterbender zum Leben gezwungen werden.

Anschrift:

Dr. Roland Batz
Bahnhofstr. 15
93047 Regensburg