

Begleiten statt töten!

Am 10. April 2001 hat das niederländische Parlament als erstes in Europa die aktive Sterbehilfe und den ärztlich unterstützten Suizid legalisiert. Die niederländische Euthanasiegesetzgebung ermöglicht jetzt ausdrücklich die straffreie Tötung von Patienten durch den Arzt. Voraussetzung ist, daß der Patient an einer unheilbaren und unerträglichen Krankheit leidet und freiwillig die Tötung wünscht. Aus aktuellem Anlaß stellt der vorliegende Beitrag die Praxis der Sterbehilfe in den Niederlanden, in Belgien und Oregon dar. Dieser Praxis werden die Konzepte ärztlicher RAHME (aramäisch: Barmherzigkeit) und der modernen Palliativmedizin entgegengehalten, die unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten ein würdevolles, menschliches Sterben ermöglichen.

Aktive Sterbehilfe in Deutschland?

Die Meinung der deutschen Bevölkerung war nach Bekanntgabe der niederländischen Euthanasiegesetzgebung geteilt. Jüngste Umfragen haben ergeben, daß 64 bis 80 Prozent der deutschen Bevölkerung¹ und 42 Prozent der niedergelassenen deutschen Ärzte² eine aktive Sterbehilfe befürworten. Die Zahlen machen es jedenfalls notwendig, auch hierzulande eine breite Debatte über Euthanasie als „medizinische Therapieoption“ vor dem Hintergrund der verschiedenen Euthanasiepraxen in den Niederlanden, in Belgien und in Oregon zu führen. Die unheilbar kranken Menschen wünschen ein friedliches und schmerzloses Sterben, ein Sterben in Würde. Zum anderen wollen alte und kranke Menschen ihren Mitmenschen nicht zur Last fallen und haben deshalb große Angst, Pflegefall zu werden. Aber können diese Ängste vor unerträglichen Schmerzen, vor Übertherapie, vor dem körperlichen Verfall und Verlust der Selbstständigkeit eine aktive Sterbehilfe rechtfertigen? Anders gefragt: Sind diese Ängste überhaupt gerechtfertigt?

Sterbehilfe in den Niederlanden

Euthanasie wird in den Niederlanden (wie auch im angelsächsischen Sprachraum) als eine „absichtlich lebensbeendende Handlung auf Verlangen des Patienten durch einen Arzt“ definiert. Ethisch und rechtlich wird in den Niederlanden keine Unterscheidung zwischen aktivem Töten und assistiertem Suizid getroffen. Am

28. November 2000 (Zweite Kammer) bzw. am 10. April 2001 (Erste Kammer) wurde ein besonderer Strafausschlußgrund in das niederländische Strafgesetzbuch aufgenommen, wonach ein Arzt straffrei bleibt, wenn er die vom Gesetz vorgeschriebenen sogenannten Sorgfaltskriterien einhält und den nichtnatürlichen Tod einer der fünf regionalen Ethikkontrollkommissionen für Euthanasie meldet³. Dagegen ist die Tötung durch den Arzt *ohne* ausdrückliche Bitte des Patienten per definitionem keine Euthanasie und wird nach holländischem Recht wie Totschlag (Art. 287) bzw. Mord (Art. 289) geahndet. Der am 28. November 2000 geänderte Gesetzentwurf enthält die folgenden Bestimmungen:

- „1. Gemäß den in Art. 293 Abs. 2 Strafgesetzbuch genannten Sorgfaltskriterien muß der Arzt:
- a) zu der Überzeugung gelangt sein, daß der Patient sein Ersuchen freiwillig und nach reiflicher Überlegung gestellt hat,
 - b) zu der Überzeugung gelangt sein, daß der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich war,
 - c) den Patienten über die Situation, in der dieser sich befand, und über dessen sich daraus ergebende Aussichten informiert haben,
 - d) gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt sein, daß es für die Situation, in der dieser sich befand, keine andere akzeptable Lösung gab,
 - e) mindestens einen anderen unabhängigen Arzt zu Rate gezogen haben, der den Patienten begutachtet und schriftlich sein Urteil über die oben genannten Sorgfaltskriterien abgegeben hat, und
 - f) bei der Lebensbeendigung oder bei der Hilfe bei der Selbsttötung aus medizinischer Sicht sorgfältig vorgegangen sein.
2. Wenn ein Patient, der das 16. Lebensjahr vollendet hat, nicht in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, jedoch vor Eintritt dieses Zustandes als zur vernünftigen Beurteilung seiner Interessen fähig betrachtet werden konnte und eine schriftliche Erklärung abgegeben hat, die ein Ersuchen um Lebensbeendigung beinhaltet, kann der Arzt diesem Ersuchen Folge leisten. Die in Abs. 1 genannten Sorgfaltskriterien gelten entsprechend.
3. Wenn ein minderjähriger Patient zwischen 16 und 18 Jahre alt ist und als zur vernünftigen Beurteilung seiner Interessen fähig betrachtet werden kann, kann der Arzt einem Ersuchen des Patienten um Lebensbeendigung oder Hilfe bei der Selbsttötung Folge leisten, nachdem der Elternteil oder die Eltern, der oder die die Gewalt über ihn ausübt oder ausüben beziehungsweise sein Vormund in die Beschlußfassung einbezogen worden ist.
4. Wenn ein minderjähriger Patient zwischen zwölf und 16 Jahre alt ist und als zur vernünftigen Beurteilung seiner Interessen fähig betrachtet werden kann, kann der Arzt, wenn der Elternteil oder die Eltern, der oder die die Gewalt über ihn ausübt oder ausüben beziehungsweise sein Vormund mit der Lebensbeendigung oder der Hilfe bei der Selbsttötung einverstanden sind, dem Ersuchen des Patienten Folge leisten. Abs. 2 gilt entsprechend.“

Der euthanasierende Arzt meldet den Fall dem Leichenbeschauer, der ebenfalls einen Bericht erstellt, in dem er den nichtnatürlichen Tod festgestellt hat, und schickt diesen Bericht an den Staatsanwalt, der die Leiche für die Bestattung freigeben muß. Zusätzlich gehen die Berichte des Arztes und des Leichenbeschauers sowie die Erklärung des zweiten Arztes und, sofern vorhanden, die Patientenverfügung des Euthanasierten, auch an eine regionale Ethikkontrollkommission, die sich aus einem Arzt, einem Juristen und einem Ethiker zusammensetzt. Kommt

die Kommission zu dem Ergebnis, daß der Arzt die vorgeschriebenen Sorgfaltskriterien nicht eingehalten hat, informiert sie die Staatsanwaltschaft und die regionale Gesundheitsbehörde. Beide Instanzen überprüfen dann, ob der Arzt strafrechtlich verfolgt werden muß.

Die niederländischen Ärzte sind aber nicht zur Euthanasie verpflichtet. Insgesamt führen sie tatsächlich nur bei einem Drittel der Patienten aktive Sterbehilfe durch. Ausländischen Patienten ist es untersagt, für aktive Sterbehilfe in die Niederlande zu fahren. Ein „Euthanasie-Tourismus“ soll dadurch unterbunden werden.

Von grundlegender Bedeutung für die holländische Euthanasiepolitik und Gesetzesänderung waren die Ergebnisse der von der holländischen Regierung in Auftrag gegebenen Untersuchung von 1990, der Rummeling-Report⁴ und die 1995 von Gerrit van der Wal und Paul J. van der Maas⁵ durchgeführte Studie. 1990 starben 128 800 und 1995 135 700 Menschen. Aktive Sterbehilfe wurde 1990 bei 2300 Menschen durchgeführt und 1995 bei 3200. Beihilfe zum Suizid wurde in beiden Untersuchungen mit jeweils 400 Fällen angegeben. Bei 68 Prozent (1990) bzw. 80 Prozent (1995) der Patienten mit aktiver Sterbehilfe oder assistiertem Suizid lag eine Krebserkrankung vor. Von den Patienten erhielten 85 Prozent die aktive Sterbehilfe durch den Hausarzt. Als Gründe für Euthanasie und medizinisch assistiertem Suizid (Mehrfachnennungen waren möglich) nannten die anonym befragten Ärzte „aussichtsloses und unerträgliches Leiden“ in 74 Prozent der Fälle, „Vermeidung von Entwürdigung“ in 56 Prozent und „Vermeidung von stärkerem bzw. weiterem Leiden“ in 47 Prozent der Fälle. Interessanterweise wurden aktuell erlebte „Schmerzen“ mit 32 Prozent nur an fünfter Stelle genannt.

Niederländische Ärzte haben aber nur etwa einem Drittel der ausdrücklichen Bitten nach Euthanasie von 1990 (8900 Bitten) und 1995 (9700 Bitten) entsprochen. Bei 1000 (1990) bzw. 900 (1995) Patienten wurde die aktive Sterbehilfe sogar *ohne* ausdrückliche Bitte der Betroffenen ausgeführt. Als Gründe für die Tötung ohne Verlangen nannten die Ärzte: „Jede medizinische Maßnahme war aussichtslos geworden“ (67 Prozent), „keine Aussicht auf Besserung“ (44 Prozent), „die Nächsten konnten es nicht mehr ertragen“ (38 Prozent), „geringe Lebensqualität“ (36 Prozent) und anderes (auch hier waren Mehrfachnennungen möglich).

Als Gründe für die Nichtmeldung dieser Fälle gaben die Ärzte überwiegend (55 Prozent) an, „sie wollten sich und die Familie vor rechtlichen Problemen schützen“. In weiteren 2000 Fällen (1990) und 14 000 Fällen (1995) wurde die Therapie bewußt abgebrochen, um das Leben der Patienten zum großen Teil ohne Aufklärung und ohne ihre Zustimmung zu beenden. In weiteren 2000 Fällen wurde 1995 die Schmerzdosis erhöht, um ebenfalls das Leben der Patienten gezielt zu beenden. In 612 Fällen verzichteten Ärzte auf alternative Therapieoptionen und führten Euthanasie durch. In weiteren 648 Fällen mißlang der medizinisch assistierte Suizid wegen unzureichender Wirkung der Medikamente, so daß die Patien-

ten schließlich aktiv getötet werden mußten⁶. Insgesamt wurden im Jahr 1990 nur 18 Prozent (484) und im Jahr 1995 41 Prozent (1436) der Euthanasiefälle an die Staatsanwaltschaft gemeldet. Der Großteil der Fälle wird also trotz Liberalisierung der Euthanasie nicht gemeldet.

Die Zahlen belegen, daß bei einer großen Zahl von Patienten die rechtlichen Euthanasiebestimmungen mißbraucht und negiert werden. Das aktuelle Gesetz wird diesen Mißstand noch weiter ausdehnen. Beide Kriterien, die per Gesetz zur Euthanasie berechtigen, nämlich „unertägliches Leiden“ und „freiwilliges Verlangen“ sind in der Praxis kaum realisierbar. Laut Pflegekräften in Pflegeheimen verlangen Patienten nach Euthanasie oft als Folge von unzulänglicher Pflege, Betreuung und mangelndem menschlichen Kontakt⁷. Ein solches Verlangen kann deshalb nicht als „freiwillig“ klassifiziert werden. Nicht selten sind es Familienangehörige, die oft früher und häufiger als der Patient selbst Euthanasie fordern, weil sie das Leiden des Patienten nicht mehr mit ansehen können, oder weil sie von den ewigen Krankenhaus- oder Pflegeheimbesuchen genug haben. Dies führt zwangsläufig dazu, daß Kranke eher als eine Last empfunden werden, einfach weil die Möglichkeit besteht, sich auf Verlangen töten zu lassen.

Die beiden großen niederländischen Untersuchungen zeigen deutlich, daß beispielsweise im Jahr 1995 nur 41 Prozent der Ärzte ihre Euthanasiefälle gemeldet haben. Daraus ergibt sich, daß 59 Prozent der Ärzte die Todesbescheinigungen gefälscht haben. Ärzte, die häufiger aktive Sterbehilfe leisten, melden weit weniger ihre Fälle. Ärzte, die ihre Fälle nicht melden, haben in 82 Prozent der Fälle keinen Kollegen konsultiert. Auch diese Pflicht wird demnach in fast der Hälfte aller Euthanasiefälle negiert. Damit muß man feststellen, daß praktisch alle Sorgfaltskriterien, die vom Gesetzgeber gefordert sind, rigoros übergangen werden. Freiwilligkeit, Selbstbestimmung, und subjektiv erlebtes Leiden spielen daher nur eine untergeordnete Rolle, da der Patient dem Arzt in der Regel vollkommen ausgeliefert ist, und dort, wo er sich nicht ausreichend wehren kann, auch seinen Angehörigen. Jeder Arzt kann sich der gesetzlich vorgeschriebenen Sorgfaltspflicht problemlos entziehen, indem er einfach nicht meldet und stattdessen eine natürliche Todesursache bescheinigt.

Mit der Einführung von regionalen Euthanasiekontrollkommissionen als eine Art Puffer zwischen Arzt und Staatsanwalt wollte der niederländische Staat erreichen, daß Ärzte häufiger als bisher ihre Euthanasiefälle melden. Aber auch die Kontrollkommissionen können nur gemeldete Fälle retrospektiv überprüfen. Die Untersuchungen haben jedoch offengelegt, daß gerade in den nicht gemeldeten Fällen die Sorgfaltskriterien übergangen wurden. Diese Kommissionen stärken zusätzlich die Position des Arztes und schwächen die des Patienten⁸.

Schließlich drängt sich unweigerlich die Frage auf, warum ausgerechnet in den Niederlanden die aktive Tötung von Patienten akzeptiert wird. Auf diese grundsätzliche Frage hat der holländische Euthanasieexperte Chris Rutenfrans⁹ auf dem

Kongreß „Medizin und Gewissen“ in Erlangen im Mai 2001 folgende Antwort gegeben:

„Ich selbst denke an zwei Faktoren, die in den Niederlanden zufällig zusammenkommen. Erstens sind wir ein protestantisches Land. Ernsthafte Diskussionen über Euthanasie werden bis heute allein in protestantischen Ländern geführt: in den USA, Australien, England, Deutschland und den Niederlanden. Protestanten haben eine andere Lösung für die immerwährende Spannung zwischen Norm und Praxis als die Katholiken. Wenn eine Norm nicht in allen Fällen gerechtfertigt und menschlich ist, und welche Norm ist das schon, dann wollen Protestanten die Norm verändern und an die Praxis anpassen. So ist in den Niederlanden die Norm, die medizinische Lebensbeendigung verbietet, unter Berufung auf extreme und außergewöhnliche Fälle von Leiden unter bestimmten Bedingungen außer Kraft gesetzt worden und letztendlich ganz entfallen.

Der zweite Punkt ist, daß die Niederlande, anders als andere protestantische Länder, vor dem Zweiten Weltkrieg keine Euthanasiebewegung gekannt hat. Dadurch sind wir uns des Zusammenhangs zwischen Vorkriegsdiskussionen und den abscheulichen Euthanasie-Aktionen Nazi-Deutschlands weniger bewußt als die Deutschen. Durch das Fehlen von historischem Bewußtsein besitzt Holland mehr als andere Länder die Naivität, die man braucht, um diesen gefährlichen Weg noch einmal zu gehen.“

Euthanasie in Belgien

Seit der Legalisierung der Euthanasie in den Niederlanden wird in vielen anderen europäischen Ländern ernsthaft über eine mögliche Zulassung der aktiven Sterbehilfe auch im eigenen Land diskutiert. Belgien wird aller Voraussicht nach der Euthanasiepolitik des größeren Nachbarlandes Folge leisten. Zu Beginn des Jahres wurde im belgischen Parlament ein Gesetzentwurf vorgelegt, der sich von den niederländischen Bestimmungen nur darin unterscheidet, daß Euthanasie explizit als Alternative zur Palliativmedizin gefordert werden darf, während nach dem niederländischen Modell alle medizinischen, vor allem palliative Maßnahmen ausgeschöpft werden sollten¹⁰. Zwar ist in Belgien aktive Sterbehilfe derzeit noch verboten, dennoch erfolgten jene medizinischen Maßnahmen mit lebensverkürzender Intention mit der gleichen Häufigkeit (19 Prozent) wie in den Niederlanden¹¹. Die Raten für Euthanasie und Tötungen *ohne* Verlangen betragen in Belgien jeweils 1,1 Prozent und 3,2 Prozent im Vergleich zu 2,4 Prozent und 0,7 Prozent in den Niederlanden. In Belgien werden demnach weit mehr Patienten *ohne* ihr ausdrückliches Verlangen getötet als in den Niederlanden, was für einen sehr starken ärztlichen Paternalismus spricht¹². Mit einem entsprechenden Euthanasiegesetz erhofft sich der belgische Staat, vor allem die Tötungen ohne ausdrückliches Verlangen der Patienten einzugrenzen. Doch es sollte aus der niederländischen Praxis unmißverständlich klar geworden sein, daß dies nicht möglich sein wird.

Assistierter Suizid: Oregon Death with Dignity Act 1997

Im Jahr 1997 hat der amerikanische Staat Oregon den medizinisch assistierten Suizid legalisiert. Mit dem „Oregon Death with Dignity Act“ dürfen Ärzte ihren Patienten tödliche Arzneimittel straffrei rezeptieren¹³. Laut einer Untersuchung verlangen in der Regel die Patienten die Rezeptierung tödlicher Substanzen, weil ihre Krankheit mit einem „Autonomieverlust“ einhergehe oder weil sie ihre „körperlichen Funktionen nicht mehr unter Kontrolle“ hätten und dadurch „nicht mehr an lebenserfreulichen Aktivitäten teilnehmen“ könnten¹⁴. Etwa einem von sechs Patienten wird ein solches Medikament verschrieben, und etwa einer von zehn Patienten nimmt das tödliche Medikament tatsächlich auch ein und verstirbt¹⁵.

Bemerkenswerterweise zeigen die Studien, daß ein Teil jener Patienten, die über die Möglichkeiten der Palliativmedizin informiert werden, von ihrem Wunsch nach einer Rezeptierung Abstand nehmen. Hier muß man sich ernsthaft fragen, wieviele Patienten tatsächlich noch eine Rezeptierung wünschen, würden sie ausreichend über palliative Behandlungsmaßnahmen unterrichtet und solchen zugeführt werden? Das Modell von Oregon stellt die Option der Beihilfe zur Selbsttötung analog der belgischen Euthanasiepraxis als Alternative zur Palliativmedizin hin. In Oregon darf jeder Arzt tödliche Medikamente verschreiben, ohne selbst jemals von den Möglichkeiten der Palliativmedizin gehört zu haben, geschweige denn in Palliativmedizin jemals ausgebildet worden zu sein.

Fazit aus der Euthanasiepraxis

Die vorgestellten Modelle der niederländischen und belgischen Euthanasiepraxis sowie des Oregon Death with Dignity Act stellen eine Perversion der medizinischen Kunst dar, wenn leidende, terminal kranke Patienten vor die Wahl gestellt werden, Schmerzen zu ertragen oder sich das Leben zu nehmen. Diesen Patienten wirksame Schmerzmittel und eine adäquate palliative Versorgung vorzuenthalten, widerspricht in höchstem Maß dem ärztlichen Ethos und stellt eine schwerwiegende Verletzung der Menschenwürde der Kranken dar. Ein solches fahrlässiges ärztliches Verhalten muß unter Strafe gestellt werden. Dies gilt noch mehr für die Versorgung terminal kranker Menschen durch belgische und amerikanische Ärzte, die palliativmedizinische Kenntnisse entbehren und ihre Patienten unnötig unerträglichem Leiden ausgesetzt lassen. Wer würde nicht nach dem erlösenden Gift schreien, wenn Ärzte keine Schmerzmittel und palliative Maßnahmen verabreichten? In diesem Sinn ist der Gehalt der Umfragen, die unlängst in der deutschen Bevölkerung durchgeführt worden sind, mehr als fraglich. In der Regel weiß der „Normalbürger“ nichts von den modernen Möglichkeiten wirksamer Schmerzmittel und dem ganzheitlichen fürsorglichen und menschlichen Konzept der Palli-

ativmedizin, die sich hierzulande gerade in den vergangenen Jahren sehr weit entwickelt hat. Insofern sind die meisten Befragten von falschen Voraussetzungen ausgegangen, als sie für aktive Sterbehilfe stimmten.

Befürworter der Euthanasie stellen die Möglichkeit der aktiven Sterbehilfe durch den Arzt als die einzige Hilfe dar, die sie einem unheilbar Schwerkranken in seiner aussichtslosen Situation noch geben könnten. Diese Form der „Sterbehilfe“ kann aber schon faktisch keine echte Hilfe sein, weil sie primär nicht das Leiden, sondern den kranken Mitmenschen selbst beseitigt. Ebenso wenig ist sie die einzige Hilfe, weil Sterbende in Wirklichkeit nicht das „erlösende Gift“ bzw. den Tod per se wollen, sondern etwas ganz anderes, nämlich menschliche Zuwendung und wirksame Schmerzmittel. Auf diese Weise erscheint der Gedanke der Euthanasie nicht als Hilfe, sondern eher als Verweigerung der medizinischen und menschlichen Zuwendung¹⁶.

Begleiten statt töten!

Im vorliegenden Beitrag werden ausnahmslos ärztlich-pflegerische Maßnahmen mit absichtlicher Lebensbeendigung abgelehnt (Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid) und stattdessen wird für eine umfassende Begleitung und Beistand des Schwerkranken und Sterbenden bis zum Ende plädiert: Aufgabe des Arztes ist die Begleitung und nicht die Tötung des Bedürftigen!

Der deutsche Begriff der „Sterbebegleitung“ ist im internationalen Sprachgebrauch einmalig und beschreibt das gesamte multidimensionale Behandlungskonzept der Palliativmedizin für terminal Kranke und Sterbende. Das interdisziplinäre Team begleitet den sterbenden Mitmenschen in der letzten und leidvollen Phase seines Lebens. Man ist da und steht bei, damit sich der Sterbende zu jedem Zeitpunkt des starken und tragenden Gefühls vergewissern kann, nicht allein gelassen zu werden. Aber nicht nur das professionelle Behandlungsteam aus Ärzten, Pflegenden, Psychologen, Sozialarbeitern und Seelsorgern, sondern auch die Angehörigen der terminal Kranken und Sterbenden leisten einen großen menschlichen Beistand, indem sie durch ihr regelmäßiges Wiederkommen den Kranken zeigen, daß sie von den tragenden Bindungen ihrer bisherigen Lebensgeschichte nicht abgeschnitten sind¹⁷. Begleiten bis zuletzt heißt für den Patienten: leben bis zuletzt.

RAHME – Fürsorgliche Palliation

Diese Begleitung erfolgt auf dem Fundament einer barmherzigen und anteilnehmenden Grundeinstellung des Arztes und aller anderen Beteiligten. Genau um jene

Grundeinstellung geht es in dem aramäischen Begriff „RAHME“, welcher der aktiven Sterbehilfe und dem ärztlich assistierten Suizid entgegengestellt wird und beide Handlungsformen überflüssig macht. RAHME (aramäisch: Barmherzigkeit, Mitleid, Liebe, Empathie, Anteilnahme, Fürsorge; hebräisch „hessed“, arabisch „rahim“) stammt aus dem alten Mesopotamien, dem Zweistromland zwischen Euphrat und Tigris, und bezeichnet die Grundeinstellung für einen dritten bzw. mittleren Weg zu den beiden Extremen der aktiven Tötung (Euthanasie) und der Lebensverlängerung um jeden Preis (Übertherapie).

Extreme stellen auch nach der Tugendlehre des Aristoteles jeweils einen Mangel und ein Übermaß, d. h. zwei abzulehnende Grundeinstellungen dar¹⁸. Beispielsweise sind die zwei Extreme der Bescheidenheit, die Aristoteles als Tugend bezeichnet, Geiz bzw. Habgier und Verschwendungssucht; Feigheit (Mangel) und Tollkühnheit (Übermaß) sind die beiden abzulehnenden Extreme des tugendhaften Mutes. Analog zur Tugend, die die Mitte von zwei Extremen bezeichnet, beschreibt RAHME eine mittlere Einstellung bei Ärzten und Pflegenden, die die Grundlage für eine für-sorgliche und um-sorgende Betreuung des schwerkranken und sterbenden Patienten als Mitmenschen und Person stellt.

Eine palliative Behandlung in RAHME umfaßt zwei Aspekte bzw. zwei Kompetenzen: 1. eine *fachlich-technische Kompetenz*, welche die erreichbaren und unerreichbaren Ziele auf dem Boden der objektivierbaren Fakten definiert. Bei terminal kranken und sterbenden Patienten steht die Anwendung fachlich kompetenter palliativer Therapie im Vordergrund, die eine adäquate Symptombehandlung wie das Lindern von Schmerzen, Depressionen, Übelkeit, Obstipation, Erbrechen, Atemnot, Ängste sowie das Stillen von Hunger und Durst ermöglicht; 2. eine *ethisch-menschliche Kompetenz*, die eine empathische, anteilnehmende Einstellung zum Bedürftigen und Kranken als Mitmenschen und autonome Person ermöglicht. Dies erfordert, terminal kranke und sterbende Patienten zu jeder Zeit ernstzunehmen und sie in alle Entscheidungsprozesse miteinzubeziehen, ihre Autonomie bis zuletzt zu wahren und zu fördern. Das wird ermöglicht durch eine Form der ganzheitlichen Palliation, die nicht nur die organischen Leiden, sondern in gleichem Maß auch die psychischen, spirituellen und sozialen Leiden und Interessen der schwerkranken Patienten zum Ziel hat¹⁹.

Diese beiden Aspekte von RAHME kommen auch in der Verwendung des Wortes „care“ zum Ausdruck. In seiner fundierten Analyse von „care“ stellt der Bioethik-Pionier Warren Thomas Reich fest: „In the context of health care, the idea of care has two principle meanings: (1) taking care of the sick person, which emphasises the delivery of technical care, and (2) caring for or caring about the sick person which suggests a virtue of devoting or concern for the other as a person.“²⁰

Palliativmedizin: Total Pain – Total Care

Die Palliativmedizin als wesentliche Säule des beschriebenen „dritten Weges“ stellt die einzige echte Hilfe für terminal Kranke und Sterbende dar. In der Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO werden die wesentlichen Inhalte und Ziele der Palliativmedizin definiert:

„Palliativmedizin (engl. palliative care) ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung der Schmerzen, anderer Krankheitsbeschwerden, psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme höchste Priorität besitzt. Das Ziel der Palliativmedizin ist die Erreichung der bestmöglichen Lebensqualität für die Patienten und ihre Angehörigen.“

Palliativmedizin versteht sich als aktive Lebenshilfe und lehnt jegliche Form der aktiven Sterbehilfe ab. So hat sich die „Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin“ (DGP) in ihrer aktuellen Stellungnahme eindeutig gegen das niederländische Euthanasiegesetz ausgesprochen:

„Die Palliativmedizin bejaht das Leben und sieht Sterben als einen natürlichen Prozeß. Sie lehnt aktive Sterbehilfe in jeder Form ab. Die Aufgabe von Ärzten ist die Vorbeugung, Heilung und Linderung von Krankheiten und darauf müssen sich kranke, alte und gebrechliche Menschen jederzeit verlassen können! Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin setzt sich mit aller Entschiedenheit für verbesserte Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen ein, die dazu beitragen können, daß der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe sehr viel seltener empfunden wird als häufig behauptet.“²¹

In der Palliativmedizin geht es also nicht um das *medizinisch-technisch Machbare*, sondern um das *medizinisch-ethisch Vertretbare*²². Diese ganzheitliche palliative Versorgung und Behandlung geht zurück auf das Konzept „Total Care“ von Ciceley Saunders, der Begründerin der Hospizbewegung und Palliativmedizin in Europa²³. Ihrem Ansatz des „Total Care“ liegt das Verständnis des „Total Pain“ zugrunde. Krankheit und Leid sind multidimensional und können auf organischer, psychischer, spiritueller und sozialer Ebene empfunden werden. Um allen diesen „Schmerzen“ wirksam begegnen zu können, muß auch das Therapiekonzept multidimensional und ganzheitlich („total“) ausgerichtet sein.

Nationale und internationale Richtlinien zur Sterbebegleitung

Die Notwendigkeit einer adäquaten palliativen Behandlung und ärztlich-pflegerischen Sterbebegleitung wurde von verschiedenen Medizingesellschaften und politischen Institutionen erkannt und in Richtlinien und Empfehlungen umgesetzt. Von großer Bedeutung auch für das Ausland sind sicherlich die neuen „Grundsätze

der deutschen Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“, die im September 1998 verabschiedet worden sind²⁴. Gleich zu Beginn wird in der Präambel das Selbstverständnis des Arztes neu definiert:

„Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen.“

Aktive Sterbehilfe wird eindeutig abgelehnt. Eine Mitwirkung des Arztes beim Suizid widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein. Allerdings kann es bestimmte Situationen geben, in denen Maßnahmen zur Lebensverlängerung nicht mehr angebracht sind:

„An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung treten dann palliativ-medizinische und pflegerische Maßnahmen. Die Entscheidung über Änderung des Therapieziels muß dem Willen des Patienten entsprechen.“

In den Grundsätzen ist erstmals eine unverzichtbare „Basisbetreuung“ für *alle* Patienten definiert worden. „Dazu gehören unter anderem: Menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.“ Ebenfalls neu in den Grundsätzen ist die deutliche Hervorhebung des *Selbstbestimmungsrechts* des Patienten. Der paternalistische Grundzug der früheren Richtlinien wurde damit aufgehoben, der Patient muß über seinen Zustand „wahrheitsgemäß“ aufgeklärt werden: „Bei einwilligungsfähigen Patienten hat der Arzt den aktuell geäußerten Willen des angemessen aufgeklärten Patienten zu beachten.“ Im Fall eines nicht mehr aktuell zustimmungsfähigen Patienten entscheidet der „mutmaßliche Wille“ des Patienten über das weitere ärztliche Handeln. Zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens wird auf die Möglichkeiten einer Vorsorge in Form von „Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen“ hingewiesen, wobei die genannten Rechtsinstrumente keinen Ersatz, sondern eine sinnvolle Ergänzung für das Gespräch zwischen Arzt und Patient darstellen. So bleibt auch dann eine Kommunikationsbrücke bestehen, wenn der Patient nicht mehr ansprechbar ist.

Ein anderes zentrales Dokument stellen die Empfehlungen des Europarats zur Sterbebegleitung dar. Am 25. Juni 1999 hat der Europarat die Empfehlungen zum „Schutz der Rechte und Würde von terminal Kranken und Sterbenden“²⁵ verabschiedet. Von den 48 Mitgliedstaaten des Europarats votierten 41 dafür, sechs dagegen (unter anderem Niederlande, Belgien), ein Staat enthielt sich. Der Inhalt dieses europäischen Dokuments greift viele Aspekte aus den „Grundsätzen zur Ärztlichen Sterbebegleitung“ der deutschen Bundesärztekammer von 1998 auf und legt den gleichen ethisch-ärztlichen Rahmen für lebensbeendende Maßnahmen fest.

Das Fundament der Empfehlungen von 1999 ist der Schutz der Würde terminal kranker Patienten in ihrer verwundbarsten Lebensphase. Jeder terminal Kranke und Sterbende besitzt ein intrinsisches Recht auf eine adäquate ganzheitliche palliative Behandlung. Entsprechend Ciceley Saunders' Konzept von „Total Care“ haben Patienten Anspruch auf körperliche, psychische, spirituelle und soziale Leidlinderung durch kompetente Palliativmedizin, die auch die Angehörigen über diese schwierige Phase und darüber hinaus unterstützt. Alle Maßnahmen sind an dem Willen des Patienten auszurichten, dem auch das Recht auf Nichtwissen eingeräumt wird. Es wird auf die Möglichkeit der Patientenverfügungen hingewiesen.

Die absichtliche Lebensbeendigung (aktive Sterbehilfe) wird mit dem Verweis auf das Recht auf Leben und Lebensschutz in Art. 2 der europäischen Menschenrechtskonvention strikt abgelehnt. Dagegen können Therapieverzicht und Therapiebegrenzung in bestimmten Situationen sogar geboten sein, um den Patienten mit infauster Prognose nicht unnötig weiter leiden zu lassen. Mit anderen Worten werden passive „Sterbehilfe“ und indirekte „Sterbehilfe“, so wie sie in der deutschen Rechtsprechung unterschieden werden, als legitim angesehen. Der Inhalt des Europa-Dokuments, welches im wesentlichen vom Wiener katholischen Moralthologen Günter Virt verfaßt wurde, ist in den inhaltlichen Bestimmungen deutlich christlich und kantianisch geprägt. Und das ist gut so!

Schlußfolgerung

Wir brauchen keine aktive Sterbehilfe, sondern eine adäquate palliative Behandlung schwerkranker und sterbender Patienten. Die niederländische und belgische Euthanasiepraxis wie auch der medizinisch assistierte Suizid in Oregon stellen eine Perversion der Medizin dar und verhindern ganz massiv den nötigen Ausbau einer flächendeckenden Palliativmedizin.

Die Untersuchungen zur niederländischen Euthanasiepraxis trotz Legalisierung haben offen gelegt, daß alle Sorgfalskriterien, unabhängig von ihrer Definition, von nicht wenigen Ärzten übergangen werden. Deshalb sind Patienten ihren Ärzten völlig ausgeliefert. Sie empfinden häufig ihr Dasein als eine Last für ihre Familien, da es die legitime und legale Möglichkeit gibt, sich töten zu lassen. Das stellt eine rigorose Verletzung der Menschenwürde dar.

Was Patienten, die im Sterben liegen, wirklich wollen, ist menschliche Zuwendung und eine gute ganzheitliche palliative und Schmerztherapie, die ihre organischen, psychischen, spirituellen und sozialen Probleme und Bedürfnisse angemessen angeht. Die Tötung von Patienten war niemals Ziel der medizinischen Kunst und sollte es weiterhin nicht sein.

Allen Formen des Mißbrauchs der ärztlichen Kunst und der Verachtung der Medizin werden die Konzepte der ärztlich-pflegerischen RAHME und der moder-

nen Palliativmedizin entgegengestellt. Sie schaffen ein starkes partnerschaftliches Band zwischen den Therapeuten und den Kranken, durch das sich Sterbende immer vergewissern können, daß sie bis zuletzt ernst genommen und begleitet werden. Das hilft ihnen, ihren bevorstehenden Tod anzunehmen und ihre existentielle Angst davor abzubauen.

Genauso wichtig ist es, daß Familien und Freunde, die unter starkem zeitlichen und Erfolgsdruck in unserer Gesellschaft stehen, die Möglichkeit bekommen, ihren geliebten sterbenskranken Mitmenschen in ihrer letzten und leidvollen Lebensphase beizustehen. Hier ist die Politik zum Handeln gefordert. Das französische Gesetz vom 9. Juni 1999 ist beispielhaft dafür:

„Das Recht des Patienten auf palliativmedizinische Betreuung ist seit dem 9. Juni gesetzlich verankert. Der Gesetzgeber gibt eine einleitende Definition der Palliativpflege und legt die Verpflichtung der an der Krankenversorgung teilnehmenden Krankenhäuser und Kliniken fest, eine angemessene Schmerzbehandlung sowie den Zugang der Patienten zur Palliativpflege zu sichern. Besondere finanzielle Dispositionen für die Hauspflege werden angekündigt ... Jeder Arbeitnehmer hat seit dem 9. Juni Anrecht auf einen dreimonatigen unbezahlten Urlaub zur Sterbebegleitung von Verwandten ersten Grades und jeder anderen in seinem Haushalt lebenden Person.“²⁶

Was wir deshalb für die Zukunft brauchen, ist ein Doppeltes: Einerseits ergeben sich Anforderungen für Familie, Gesellschaft und Staat, Sterben und Tod aus den Krankenhäusern zurück in die vertraute Umgebung der Leidenden zu holen. Andererseits muß sich die Medizin der Zukunft ihrerseits des ursprünglichen Sinnes von Therapie wieder erinnern, nämlich: „Heilen selten, helfen oft, trösten immer.“ Die Hospizbewegung und die Palliativmedizin, deren höchste Priorität die Gewährleistung der ambulanten Versorgung zum Erhalt der vertrauten Umgebung mit den Angehörigen ist, sind bereits deutliche und positive Signale in diese neue Richtung.

Kardinal Carlo Maria Martini von Mailand hat bei einer Konferenz der Europäischen Bischofskonferenz zum Thema Geburt und Tod als Herausforderung der Evangelisierung genannt: „Wir ... unterstützen die Debatten für einen Generationenvertrag. So wie die Eltern ihre Kinder zur Welt bringen, werden künftig die Kinder ihre Eltern aus der Welt begleiten.“²⁷

ANMERKUNGEN

¹ Vgl. Die Woche 12/2000, Laura 12/2000, Allensbach-Institut 4/2001.

² Emnid-Umfrage 7/1998.

³ Erste Kammer der Generalstaaten, 10. 4. 2001 (geänderter Gesetzentwurf v. 28. 11. 2000): Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung und Änderung des Strafgesetzbuchs und des Gesetzes

über das Leichen- und Bestattungswesen (Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung; 26 691).

⁴ P. J. van der Maas u.a., Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life, in: *Lancet* 338 (1991) 669-674; Vgl. B. Gordijn, Euthanasie in den Niederlanden – eine kritische Betrachtung. *Berliner Medizinethische Schriften* H. 19 (Dortmund 1997); H. ten Have, Das holländische Beispiel der aktiven Sterbehilfe, in: *Sterbehilfe – Handeln oder Unterlassen?*, hg. v. F. J. Illhardt (Stuttgart 1998).

⁵ G. van der Wal u. P. J. van der Maas, Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levens einde. De praktijk en de meldingsprocedure (Den Haag 1996); P. J. van der Maas u.a., Euthanasia, physician assisted suicide and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, in: *New Engl J Med* 335 (1996) 1699-1705; G. van der Wal u.a., Evaluation of the notification procedure for physician assisted death in the Netherlands, in: *New Engl J Med* 335 (1996) 1706-1711.

⁶ J. H. Groenewoud u.a., Clinical problems with the performance of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands, in: *New Engl J Med* 342 (2000) 551-556.

⁷ Vgl. zu den folgenden Ausführungen: C. J. C. Rutenfrans, *Medizinische Lebensbeendigung in den Niederlanden*. Vortrag auf dem Kongreß „Medizin und Gewissen“, Erlangen, 26. 5. 2001.

⁸ Ebd. ⁹ Ebd.

¹⁰ Proposition de loi relative à l'euthanasie. Texte adopté par les commissions réunies de la Justice et des Affaires Sociales, 2001.

¹¹ L. Deliens u.a., End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nation-wide survey, in: *Lancet* 356 (2000) 1806-1811.

¹² J. L. Bernheim, Euthanasia in Europe, *Lancet* 357 (2001) 1038.

¹³ Oregon Death with Dignity Act, Oregon Revised Statute 127.800-127.995; 1997.

¹⁴ A. D. Sullivan u.a., Legalized physician-assisted suicide in Oregon – The second year, in: *New Engl J Med* 342 (2000) 598-604.

¹⁵ L. Ganzini u.a., Physicians' experiences with the Oregon Death with Dignity Act, in: *New Engl J Med* 342 (2000) 557-563.

¹⁶ F. Oduncu, Sterbebegleitung u. Sterbehilfe, in dieser Zs. 216 (1999) 541-554.

¹⁷ F. Oduncu u.a., Sterbebegleitung u. Seelsorge, in: *Supportive Maßnahmen und symptomorientierte Therapie in der Hämatologie und Onkologie*, hg. v. V. Heinemann (München 2001).

¹⁸ Aristoteles, *Nikomachische Ethik* (München 1991).

¹⁹ Oduncu (A. 16).

²⁰ W. T. Reich, Care: historical dimensions of an ethics of care in health care, in: *Encyclopedia of Bioethics*. Revised Edition, 331-336.

²¹ Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zur Gesetzgebung über aktive Sterbehilfe in den Niederlanden, 29. 11. 2000.

²² Zu den wesentlichen Prinzipien und Leitsätzen der Palliativmedizin vgl. Oduncu (A. 16) sowie S. Husebø u. E. Klaschik, *Palliativmedizin* (Berlin 2000).

²³ D. Clark, „Total pain“, disciplinary power and the body in the work of Ciceley Saunders, 1958-1967, in: *Social Sciences Med* 49 (1999) 727-736.

²⁴ BÄK, Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, in: *Dt. Ärztebl.* 95 (1998) B-1851-1852.

²⁵ Council of Europe, Protection of the Human Rights and Dignity of the Terminally Ill and Dying, 25. 6. 1999.

²⁶ Med-Report, Palliativmedizin ist nicht billig, aber preiswert, Nr. 36, 24 (2000) 8.

²⁷ Zit. n. G. Virt, *Leben bis zum Ende* (Innsbruck 1998) 111.