

Freiheit zum Tod oder Unfreiheit zum Leben?

Der medizinische Fortschritt hat neben dem Vertrauen der Bevölkerung in die Medizin auch Ängste vor einer menschenunwürdigen Praxis einer „Übertherapie“ hervorgerufen, die sich vor allem auf eine Sterbens- bzw. Leidensverlängerung am Lebensende bezieht und häufig ein Sterben in Würde unmöglich macht. Bedingt durch diese Angst vor einer Übertherapie, eine unzureichende flächendeckende palliativmedizinische Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen infolge unzureichender palliativmedizinischer Ausbildung sowie mangelnder finanzieller Ressourcen und eine zunehmende Stärkung der Patientenautonomie fordern Menschen in zunehmendem Maß eine Liberalisierung der „aktiven Sterbehilfe“. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Problematik der Sterbehilfe als Spannungsfeld zwischen dem ethischen Prinzip der ärztlichen Fürsorge und dem ethischen Grundsatz der Patientenautonomie dar¹.

Forderung nach aktiver Sterbehilfe in Deutschland

In Befragungsstudien fordern 60 bis 80 Prozent der deutschen Bevölkerung eine Liberalisierung und Legalisierung der aktiven Sterbehilfe². Der inzwischen entlassene Hamburger CDU-Justizsenator Roger Kusch und die Göttinger FDP wollen in ihren aktuellen Anträgen deutschen Ärzten erlauben, bei todkranken Patienten aktive Sterbehilfe zu leisten³. Die Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz fordert in ihrem Bericht zur Regelung der Patientenverfügung ebenfalls eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in bestimmten Ausnahmefällen⁴. Der Rechtssoziologe Klaus Lüderssen geht noch einen Schritt weiter und schlägt ein „Recht auf aktive Sterbehilfe“ vor, die dem Arzt eine „zumutbare Pflicht“ sei⁵.

Allerdings ist diese Forderung nach Liberalisierung der aktiven Sterbehilfe keineswegs neu. Im Zug solcher allgemeiner Liberalisierungsvorschläge hatte eine aus deutschen, österreichischen und schweizerischen Professoren für Strafrecht und Medizin zusammengesetzte Arbeitsgruppe schon 1986 den sogenannten „Alternativ-Entwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe“ (AE-Sterbehilfe) vorgelegt, der im Fall einer Tötung auf Verlangen von Straffreiheit absah, „wenn die Tötung der Beendigung eines schwersten, vom Betroffenen nicht mehr zu ertragenden leidenden Zustandes dient, der nicht durch andere Maßnahmen behoben oder gelindert werden kann“⁶. Doch diese Gruppe lehnt nun in ihrem revidier-

ten „Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung“ (AE-StB) vom Oktober 2005 die Liberalisierung der Tötung auf Verlangen ab; es solle „jeder Ansatz zur Durchbrechung des Fremdtötungsverbots vermieden werden“⁷. Allerdings soll hier nach wie vor die Beihilfe zur Selbsttötung liberalisiert werden.

Ablehnung der aktiven Sterbehilfe

Dagegen lehnt die deutsche Ärzteschaft eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe strikt ab. So hat die deutsche Bundesärztekammer (BÄK) am 7. Mai 2004 ihre „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“ von 1998 neu gefaßt. Darin bekräftigt sie ihre ablehnende Haltung gegenüber der aktiven Sterbehilfe und dem ärztlich assistierten Suizid als mit dem ärztlichen Ethos nicht vereinbare Handlungen und stellt stattdessen, wie schon in den Jahren 1998 und 1999, die Betreuung todkranker Menschen in Form einer flächendeckenden palliativmedizinischen Versorgung sowie eine erneute Stärkung der Patientenverfügung in den Vordergrund⁸.

In gleicher Weise hat kürzlich der 109. Deutsche Ärztetag im Mai 2006 in Magdeburg die aktive Sterbehilfe abgelehnt, weil er einen gefährlichen Bruch im Wertebild menschlichen Lebens sieht, der das Humane in unserer Gesellschaft grundlegend in Frage stellt. Dieser Umbruch gefährde schließlich die Autonomie des einzelnen Menschen sehr viel mehr als er sie befördert, weil er die Gefahr der mißbräuchlichen Fremdbestimmung einschließe:

„Wir Ärztinnen und Ärzte lehnen es kategorisch ab, uns zum Handlanger und Vollstrecker jedweder Forderung nach aktiver Sterbehilfe machen zu lassen. Die Aufgabe von Ärzten ist und bleibt die Vorbeugung und Heilung von Krankheiten sowie Linderung von Leiden. Dies entspricht dem berufsethischen Leitbild; darauf können sich kranke, alte und gebrechliche Menschen seit jeher verlassen. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist um so bedeutender, wenn der Patient machtlos seiner Krankheit ausgeliefert ist und er begleitet vom Arzt einen schweren Leidensweg beschreitet. Die hierbei häufig erfahrene Angst vor einem qualvollen Ende ist verständlich und menschlich. Ihr darf aber nicht dadurch begegnet werden, daß der aktiven Sterbehilfe das Credo der Erlösung zugesprochen wird.

Statt eines Tötungsangebotes muß ärztliche und pflegerische Aufgabe sein, die Lebensqualität unheilbar kranker Menschen bis zuletzt zu erhalten. Palliativmedizin und Hospizarbeit bieten Möglichkeiten für ein Lebensende in Würde und ohne Schmerzen. Eine angemessene Schmerztherapie und die menschliche Zuwendung für die von Leiden, Krankheit und Behinderung Betroffenen müssen daher vorrangige gesellschaftspolitische Aufgabe sein.“⁹

Im folgenden wird die Praxis der Tötung auf Verlangen (Euthanasie) und des medizinisch-assistierten Suizids in den Ländern dargestellt, in denen sie per Gesetz ausdrücklich erlaubt und geregelt ist¹⁰.

Euthanasiepraxis in Holland

Holland hat am 10. April 2001 als weltweit erstes Land die aktive Sterbehilfe (syn. Euthanasie = Tötung auf freiwilliges Verlangen) und den ärztlich unterstützten Suizid legalisiert. Danach können Euthanasie und Beihilfe zur Selbsttötung straf-frei durchgeführt werden, wenn bestimmte „Sorgfaltskriterien“ wie das Vorliegen eines „unheilbaren und unerträglichen Leidens“ und der „freiwillige Wunsch des Patienten“ erfüllt sind. Inzwischen liegen umfangreiche Daten aus den drei großen holländischen Studien der Untersuchungsjahre 1990¹¹, 1995¹² und 2001¹³ vor (vgl. Tab. 1).

Im Jahr 1990 starben in den Niederlanden etwa 129 000, 1995 135 000 und 2001 140 000 Menschen. Unter den medizinischen Handlungen am Lebensende, die beabsichtigt zum beschleunigten Todeseintritt führten, wurden in absteigender Häufigkeit wie folgt angegeben (die Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesam-todesfälle der vergleichenden Untersuchungsjahre und auf Hochrechnungen). *Euthanasie*: 1,9 Prozent bzw. 2300 Fälle (1990), 2,3 Prozent bzw. 3200 Fälle (1995) und 2,2 Prozent bzw. 3500 Fälle (2001); *Tötung ohne Verlangen*: 0,8 Prozent bzw. 1000 Fälle (1990), 0,7 Prozent bzw. 900 Fälle (1995) und 0,6 Prozent bzw. 900 Fälle (2001); *medizinisch assistierter Suizid*: 0,3 Prozent bzw. 400 Fälle (1990), 0,4 Pro-zent bzw. 400 Fälle (1995) und 0,1 Prozent bzw. 300 Fälle (2001).

Tab. 1: Euthanasie (EUT) und medizinisch assistierter Suizid (MAS) in Holland in den Jahren 1991, 1996 und 2003

Untersuchungsjahr/Jahr der Veröffentlichung	1990/1991	1995/1996	2001/2003
Anzahl der Sterbefälle insgesamt	(129 000)	(135 000)	(140 000)
Ausdrückliche Bitte um EUT und MAS	8900	9700	9700
Euthanasie (% / absolut)	1.9 % / 2300	2.3 % / 3200	2.2 % / 3500
Medizinisch assistierter Suizid (% / absolut)	0.3 % / 400	0.4 % / 400	0.1 % / 300
Tötung ohne Verlangen (% / absolut)	0.8 % / 1000	0.7 % / 900	0.6 % / 900
Anteil der Meldungen von EUT und MAS	18 %	41 %	54 %

Die absoluten Zahlen von Euthanasie haben auch im Jahr 2001 deutlich zuge-nommen: 2300 (1990), 3200 (1995) und 3500 (2001). Insgesamt wurden im Jahr 1990 nur 18 Prozent, in den Jahren 1995 und 2001 41 bzw. 54 Prozent der Euthanasiefälle gemeldet. Das heißt, daß ein Großteil der Fälle weiterhin trotz gesetzlicher Zusi-cherung von Straffreiheit nicht gemeldet wird. Die meisten Ärzte wollten demnach

keine Rechenschaft über ihr Handeln ablegen und bescheinigten im Gegensatz zum eigentlichen Sachverhalt eine natürliche Todesursache, d. h. die Todesbescheinigungen waren also gefälscht.

Interessanterweise hatten 1990 8900, 1995 9700 und 2001 ebenfalls 9700 Patienten ausdrücklich nach Euthanasie oder medizinisch assistiertem Suizid verlangt. Das heißt, daß nur etwa einem Drittel der Bitten um Euthanasie oder medizinisch assistiertem Suizid entsprochen wurde¹⁴. Das Kriterium der „Autonomie“ wird in der Praxis offensichtlich als nachrangig angesehen.

Als Gründe für Euthanasie oder 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 der Fälle und „Vermeidung von stärkerem bzw. weiterem Leiden“ in 47 Prozent der Fälle. Erlebte „Schmerzen“ wurden mit 32 Prozent nur an fünfter Stelle genannt¹⁵.

Sehr überraschend ist die hohe Zahl an *Tötungen ohne explizites Verlangen* des Patienten, die jährlich bei etwa 900 bis 1000 Fällen liegt (vgl. Tab. 1). Die holländischen Ärzte begründeten ihr Vorgehen mit der fehlenden Aussicht auf Besserung sowie dem Umstand, daß die Angehörigen das Leid des Patienten nicht mehr mit ansehen konnten. Bei einem geringeren Teil der Patienten war die Behandlung eingestellt worden, aber der Patient verstarb nicht, so daß hier aktiv und ohne Verlangen des Patienten getötet wurde¹⁶. Hier kann von Achtung der Patientenautonomie keine Rede sein; die gesetzlich geforderten Sorgfaltskriterien des „freiwilligen Verlangens“ werden demnach rigoros übergangen.

Tab. 2: Gründe für ärztliche Tötungen ohne Verlangen (in %)
(Mehrfachnennungen möglich)

Jede medizinische Handlung war sinnlos geworden.	67 %
Keine Aussicht auf Verbesserung	44 %
Die Nächsten konnten es nicht mehr ertragen.	38 %
Geringe Lebensqualität	36 %
(Unterstellter) Wunsch des Patienten	30 %
Vermeidung von Entwürdigung/weiterem Leiden	9 %
Eine Behandlung war eingestellt, doch der Patient verstarb nicht.	2 %

Als äußerst problematisch muß auch der Umstand angesehen werden, daß der holländische Gesetzgeber keinerlei „Qualitätsstandards“ für die Durchführung von Euthanasie und medizinisch assistiertem Suizid vorgeschrieben hat. So zeigen

empirische Untersuchungen, daß in etwa 20 Prozent der Fälle nach Verabreichung der todbringenden Medikamente quälende Nebenwirkungen vor allem in Form von zerebralen Krampfanfällen, Übelkeit, Erbrechen und Atemnot auftraten¹⁷. Bei einigen Patienten trat der Tod nur sehr verzögert ein, andere wachten aus ihrem Todeskoma wieder auf. Bei 18 Prozent der Fälle mißlang der medizinisch assistierte Suizid; diese Patienten mußten dann mittels Injektion nachträglich getötet werden. Diese Komplikationen führten zu einer Verlängerung des Leidens und zu einem noch qualvolleren Sterben der Patienten und damit genau zum Gegenteil dessen, was Euthanasie und medizinisch assistierter Suizid eigentlich bewirken sollen.

Euthanasiepraxis in Belgien

Am 23. September 2002 ist das noch liberalere belgische Euthanasiegesetz in Kraft getreten. Der Patient muß sich nicht im Endstadium der Erkrankung befinden, um ihm Euthanasie zu gewähren. Prinzipiell genügt das Vorliegen einer „unheilbaren Krankheit“ und das „freiwillige Verlangen“ nach Euthanasie. Die Beihilfe zum Suizid ist im Gegensatz zum holländischen Euthanasiegesetz unter Strafe gestellt¹⁸. Die Rate für Euthanasie und Tötungen ohne Verlangen betrugen in der Studie von Luc Deliens in Belgien jeweils 1,1 und 3,2 Prozent im Vergleich zu 2,2 und 0,6 Prozent in den Niederlanden¹⁹. In Belgien werden demnach proportional mehr Patienten *ohne* ihr ausdrückliches Verlangen getötet als in den Niederlanden.

Legalisierung des assistierten Suizids in Oregon

Im amerikanischen Bundesstaat Oregon dürfen Ärzte auf Grundlage des im Jahr 1997 verabschiedeten, sogenannten „Death with Dignity Act“ unheilbar kranken Patienten ein tödliches Medikament rezeptieren. Nach der jüngsten Studie vom März 2006 ist zwischen 1998 und 2005 nicht nur die Zahl der Rezeptierungen, sondern auch die Zahl der Selbsttötungen gestiegen (insgesamt 246 ärztlich unterstützte Selbsttötungen bei 390 Rezepten von 1998 bis 2005)²⁰. Nach Befragung der Ärzte und Angehörigen verlangten Patienten nach der Rezeptierung tödlicher Medikamente hauptsächlich (in abnehmender Häufigkeit), weil ihre Krankheit mit einem „Autonomieverlust“ (hier: Verlust an Selbstständigkeit) einherging, sie ihre „körperlichen Funktionen nicht mehr unter Kontrolle“ hatten und dadurch „nicht mehr an lebenserfreulichen Aktivitäten teilnehmen“ konnten, sie sich als „Last für ihre Umwelt“ empfanden und ihre „Schmerzen nicht unter Kontrolle“ waren.

Beihilfe zur Selbsttötung in der Schweiz

Mit radikaler Kehrtwende hat die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) ihr striktes Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe aus dem Jahr 1995 aufgegeben und zwei Dokumente verabschiedet, die eine Liberalisierung der Suizidbeihilfe bei alten und pflegebedürftigen (also nicht notwendigerweise kranken) Menschen („Medizin-ethische Richtlinien zur Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen“ vom 10. Juni 2003) und bei unheilbar kranken und sterbenden Patienten („Medizin-ethische Richtlinien zur Betreuung von Patienten am Lebensende“ vom 4. Februar 2004) vorsehen²¹. Dadurch soll die Suizidbeihilfe nicht mehr nur Laienorganisationen wie „DIGNITAS“ und „EXIT“ vorbehalten bleiben. In den vergangenen Jahren hat sich hier ein echter „Suizid-Tourismus“ eingestellt mit etwa 50 Patienten aus dem Ausland mit tödlichem Suizidausgang pro Organisation und Jahr²².

Nach Paragraph 115 StGB (Schweiz) ist die Suizidbeihilfe für alle Personen straflos, wenn sie ohne selbstsüchtige Beweggründe erfolgt. Wenn „am Lebensende in einer für den Betroffenen unerträglichen Situation der Wunsch nach Suizidbeihilfe“ entsteht „und dauerhaft“ besteht, kann in „dieser Grenzsituation für den Arzt ein schwer lösbarer Konflikt entstehen“. Dieser Konflikt wird wie folgt beschrieben:

„Auf der einen Seite ist die Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit, denn der Arzt ist verpflichtet, seine ärztlichen Kompetenzen zur Heilung, Linderung und Begleitung einzusetzen. Auf der anderen Seite hat er den Willen des Patienten zu achten. Das kann auch bedeuten, daß eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, zu respektieren ist.“

Es wird explizit festgehalten, daß der „letzte Akt der zum Tode führenden Handlung...in jedem Fall durch den Patienten selbst ausgeführt werden“ muß. Dagegen wird bei aktiver Sterbehilfe weiterhin (noch) strikt an einem Verbot festgehalten:

„Die Tötung eines Patienten (auch ‚aktive Sterbehilfe‘ genannt) ist vom Arzt auch bei ernsthaftem und eindringlichem Verlangen des urteilsfähigen Patienten abzulehnen. Tötung auf Verlangen ist nach Art. 114 Strafgesetzbuch strafbar.“

Trotz zahlreicher Kritik²³ wird man wohl davon ausgehen können, daß die beiden Richtlinien – vielleicht mit geringfügigen Änderungen – beschlossen und wirksam werden. Denn es wird auf lange Sicht kaum möglich sein, auf der einen Seite Sterbehilfeorganisationen die Suizidbeihilfe (auch in Krankenhäusern und Pflegeheimen) gesetzlich zu ermöglichen, auf der anderen Seite aber diese Hilfe standesethisch und rechtlich weiterhin zu verbieten.

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat als Standesorganisation ein großes Gewicht in der schweizerischen Gesellschaft und wird ihr positives Votum durchsetzen, zumal sie auch starke Unterstützung von anderen

medizinischen Gesellschaften erfährt. So hat die Schweizerische Gesellschaft für Palliativmedizin (Swiss Association for Palliative Care: SAPC) in ihrer Stellungnahme im Jahr 2001 für eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe und der Suizidbeihilfe für bestimmte Situationen plädiert²⁴. Der Stellungnahme war eine Studie der SAPC vorausgegangen, in der ihre Mitglieder in anonymer Form nach ihren persönlichen Einstellungen gegenüber bestimmten Maßnahmen am Lebensende befragt wurden. Danach befürworteten 31 bzw. 44 Prozent eine Legalisierung der Euthanasie bzw. der Beihilfe zum Suizid²⁵.

Freiheit zum Tod?

In der Sterbehilfedebatte wird die „Autonomie“ als das schlagende Argument von Seiten der Befürworter ins Feld geführt. Es ist zu fragen, ob die mit dem fundamentalen Grundsatz der Autonomie idealisierte „Freiheit zum Tod“ auch tatsächlich realisiert wird²⁶. Zahlreiche Befragungsstudien, die bei unheilbar kranken und sterbenden Patienten durchgeführt wurden, konnten zeigen, daß vor allem jene Patienten aktive Sterbehilfe wünschten, die sich selbst als eine psychische und finanzielle Last für ihre Angehörigen empfanden und nicht mehr als „vollwertige Person“ von ihrer Umwelt wahrgenommen wurden²⁷. Diese Patienten fühlen wegen ihrer hilflosen und hoffnungslosen Lage besonders den Druck, den andere auf sie ausüben können, und empfinden sich als eine Last, einfach weil die Möglichkeit besteht, sich auf Verlangen töten zu lassen.

Mit welchem Argument soll hier der aussichtslos kranke Mensch sein Leben gegen die Erwartung seiner Umwelt verteidigen, von seinem Recht auf aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid doch endlich Gebrauch zu machen? Zahlreiche Beispiele aus der bisherigen holländischen Euthanasiepraxis belegen dies nur allzu deutlich.

1. Chris J. C. Rutenfrans berichtet von dem Fall einer Frau, die nicht mehr länger für ihren Ehemann sorgen wollte. Sie stellte ihn vor die Wahl zwischen Euthanasie oder Pflegeheim. Der Mann wählte den Tod. Obwohl der Arzt die Situation bestens kannte, hinderte ihn nichts daran, das Leben des Ehemanns zu beenden²⁸.

2. Der holländische Arzt Karel F. Gunning berichtet von einem anderen Fall, bei dem der Tod eines alten Mannes jeden Tag erwartet wurde. Der Sohn des Patienten teilte dem behandelnden Arzt mit, daß er seinen Urlaub geplant hätte und nicht mehr absagen könnte. Er wünschte sich die Beerdigung noch vor dem Urlaub. Daraufhin verabreichte der Arzt dem alten Mann eine sehr hohe Dosis an Morphin mit der klaren Absicht, ihn zu töten. Als der Arzt aber nach einer Weile zurückkam, um den Tod festzustellen, sah er den alten Mann fröhlich auf der Bettkante sitzen. Der Patient hatte offensichtlich endlich eine ausreichende Morphindosis bekommen, die seine quälenden und unerträglichen Schmerzen linderte²⁹.

3. Ein Internist, der eine Frau mit Lungenkrebs wegen Sauerstoffmangels in die Klinik aufnehmen wollte, mußte ihr versichern, daß er sie nicht euthanasieren würde, was sie befürchtete. Er wies sie selbst ein, und nach 36 Stunden war ihre Atmung normal, ihr Gesamtzustand besser. Als der Arzt nach Hause ging, euthanasierte sie aber sein Kollege. Seine Rechtfertigung: „Wir brauchen das Bett für einen anderen Fall; für die Frau ist es egal, ob sie jetzt stirbt oder in 14 Tagen.“³⁰

Die Zahlen aus den holländischen Euthanasie-Studien belegen, daß die bisherige Duldungspolitik bzw. legalisierte Straffreiheit eine zunehmende Aufweichung der Kriteriologie zur Gewährung von Euthanasie und medizinisch assistiertem Suizid zur Folge hat. Durch die vollzogene gesellschaftliche Akzeptanz und die Legalisierung der Euthanasie wird die mit dieser Praxis idealisierte „Freiheit zum Tod“ zunehmend zu einer Bedrohung des Lebens und damit zu einer „Unfreiheit zum Leben“ pervertiert³¹. Analog wird die idealisierte Patientenautonomie zu einer zunehmenden Entmündigung des Patienten pervertiert. Bei einer derartigen Legalisierung geraten zwangsläufig mehr und mehr Menschen, die trotz psychischer oder organischer Leiden und unheilbarer Krankheit weiterleben oder ihre moribunden Angehörigen am Leben lassen wollen, in einen Rechtfertigungszwang. So schreibt Robert Spaemann:

„Wo das Gesetz es erlaubt und die Sitte es billigt, sich zu töten oder sich töten zu lassen, da hat plötzlich der Alte, der Kranke, der Pflegebedürftige alle Mühen, Kosten und Entbehnungen zu verantworten, die seine Angehörigen, Pfleger und Mitbürger für ihn aufbringen müssen. Nicht Schicksal, Sitte und selbstverständliche Solidarität sind es mehr, die ihnen dieses Opfer abverlangen, sondern der Pflegebedürftige selbst ist es, der sie ihnen auferlegt, da er sie ja leicht davon befreien könnte. Er läßt andere dafür zahlen, daß er zu egoistisch und zu feige ist, den Platz zu räumen. – Wer möchte unter solchen Umständen weiterleben? Aus dem Recht zum Selbstmord wird so unvermeidlich eine Pflicht.“³²

Das neue Gesetz schützt hier den Arzt, nicht den Patienten. Der Patient, der nicht euthanasiert werden will, ist seines Lebens nicht mehr sicher. So verfassen immer mehr holländische Patienten und gesunde Bürger aus Angst Patientenverfügungen (zur Zeit gibt es über 11 000 Menschen mit solchen „CredoCards“), in denen sie explizit dokumentieren, daß sie *nicht* euthanasiert werden möchten.

Im Resultat hat die gesellschaftlich akzeptierte und legalisierte Praxis der aktiven Sterbehilfe zu einem *moralischen Paradox* geführt: Die initial schwache Position des Patienten gegenüber einer überwiegend paternalistisch orientierten Medizin bis in die 70er Jahre des 20. Jahrhunderts, die die eine Triebfeder der Euthanasiebewegung war, wird weiter geschwächt. Dagegen wird die initial starke Position des Arztes bzw. „Übermacht“ der Medizin, die die zweite Triebfeder der Euthanasiebewegung war, weiter gestärkt³³.

Palliativmedizin statt Sterbehilfe

Wenn wir auf der einen Seite die Praxis der Sterbehilfe in den Niederlanden sehen und die Umfragen nach Forderung einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in der deutschen Bevölkerung ernstnehmen, auf der anderen Seite aber das Leid schwerstkranker und sterbender Mitmenschen vermindern wollen, müssen wir eine gute Antwort darauf finden. Diese Antwort ist die *Palliativmedizin*³⁴. Im Vordergrund steht der Mensch in seiner Ganzheitlichkeit mit physischen, psychischen und geistig-seelischen Problemen und Nöten sowie die Achtung der Menschenwürde im Leben, Sterben und danach. In der Palliativmedizin geht es nicht um das *medizinisch-technisch Machbare*, sondern um das *medizinisch-ethisch Vertretbare*. Die moderne Palliativmedizin bietet „aktive Lebenshilfe“ und eine echte Alternative zur aktiven Sterbehilfe³⁵.

Die Europäische Gesellschaft für Palliativmedizin (European Association for Palliative Care: EAPC) hat in ihrer aktuellen Stellungnahme zur „Euthanasie“ von 2003 ihre ursprüngliche Definition aus dem Jahr 1989 modifiziert und erweitert:

„Palliativmedizin (engl. palliative care) stellt in Anbetracht einer lebensbedrohlichen Erkrankung den Versuch dar, die Lebensqualität des Patienten und seiner Familie zu verbessern. Dieses geschieht durch die Vermeidung und das Verhindern von Leiden sowie eine Früherkennung und realistische Einschätzung und Behandlung von Schmerzen und anderen Leidenszuständen auf physischer, psychischer und spiritueller Ebene.“³⁶

Palliativmedizin sorgt für die Linderung von Schmerzen und anderen quälenden Beschwerden. Sie bejaht das Leben und betrachtet das Sterben als einen natürlichen Prozeß, beabsichtigt weder den Tod zu beschleunigen noch diesen hinauszuzögern, integriert die psychologischen und spirituellen Aspekte der Patientenbetreuung, bietet Unterstützungsmöglichkeiten an, die es den Patienten ermöglichen, ihr Leben bis zum Tod so aktiv wie möglich zu gestalten, kann auch in frühen Krankheitsstadien zusammen mit anderen Therapieverfahren, wie zum Beispiel Chemo- und Strahlentherapie, zur Anwendung kommen, die darauf ausgerichtet sind, das Leben des Patienten zu verlängern, und beinhaltet Untersuchungsmaßnahmen, die notwendig sind, um belastende klinische Komplikationen besser zu verstehen und besser zu behandeln.

Im Einklang mit den Aufgaben und den Zielen der Palliativmedizin stehen die „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ vom 25. September 1998 sowie ihre Neufassung vom 7. Mai 2004, in deren Präambel sowohl das Selbstverständnis des Arztes als auch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten expliziert werden:

„Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wieder herzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen.“³⁷

Vor dem Hintergrund der aktuellen Sterbehilfedebatte hat der „Arbeitskreis Ethik“ der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) im Jahr 2002 eine Befragung der DGP-Mitglieder ($n = 730$) durchgeführt³⁸. Die Auswertung erfolgte nach Berufsgruppen getrennt und wurde mit den Antworten einer Vergleichsgruppe von 505 Ärzten und 338 Pflegenden bzw. Beschäftigten aus anderen Berufen im Gesundheitsbereich außerhalb der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin in Beziehung gesetzt. Eine Legalisierung von aktiver Sterbehilfe bzw. medizinisch assistiertem Suizid wurde nur von 9,6 bzw. 26 Prozent der Ärzte und 17 bzw. 31 Prozent der Pflegenden der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin im Gegensatz zu 27 bzw. 41 Prozent der Ärzte und 65 bzw. 78 Prozent der Pflegenden außerhalb der Gesellschaft befürwortet. Es konnte erstmals gezeigt werden, daß eine Legalisierung der Euthanasie um so weniger als notwendig erachtet wurde, je ausgeprägter die palliativmedizinische Erfahrung und die Kenntnis ethischer Prinzipien nach eigener Einschätzung der Befragten waren. Deshalb muß die flächendeckende palliativmedizinische Versorgung, aber auch die Aus-, Fort- und Weiterbildung in Palliativmedizin bei Studierenden, Ärzten und Pflegenden auf das Nachhaltigste gefordert und gefördert werden.

Sterben und Tod in unserer Gesellschaft

Seit etwa der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wird in den westlichen Ländern der Sterbeort zunehmend vom vertrauten Zuhause in das nächste Krankenhaus verlagert, wo heute mehr als 80 Prozent der Menschen ihren Tod finden. Auf diese Weise geht eine jahrhundertelange Sterbekultur Stück für Stück verloren, weil mit der örtlichen Verlagerung von Sterben und Tod auch die natürliche Erfahrbarkeit von Sterben und Tod für die Angehörigen verloren geht. Sterbenskranke Menschen empfinden die fremde Umgebung von Krankenhäusern mit all ihren personellen und apparativen Ausstattungen als Fremdbestimmung über ihre letzte Lebensphase und damit als Verlust der eigenen Selbstbestimmung, als soziale Isolation und Vereinsamung, schließlich als Verlust ihrer Würde³⁹.

So werden in Befragungsstudien, in denen unheilbar kranke und sterbende Patienten den Wunsch nach Euthanasie äußern, als Hauptmotive Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Depression und Angst vor der sozialen Isolation sowie die Angst, den Angehörigen zur personellen und finanziellen Last zu fallen, genannt. Körperliche Zustände wie Tumorschmerzen oder Funktionseinschränkungen spielen eine nur sekundäre Rolle. Im deutlichen Gegensatz dazu läßt sich feststellen, daß Patienten, die ärztlich, pflegerisch, psychologisch und menschlich gut betreut sind, nur in den allerseltensten Fällen eine frühzeitige Beendigung ihres Lebens wünschen⁴⁰.

Sterben in Würde als Gemeinschaftsaufgabe

Unsere westliche Gesellschaft ist gekennzeichnet durch zunehmende Individualisierung, unzureichende finanzielle und personelle Ressourcen sowie das veränderte Familienleben. Diese Veränderungen haben das Sterben und den Tod zu einem einsamen und stummen Geschehen werden lassen, welches heute hauptsächlich fern von dem vertrauten Zuhause in unpersönlichen und sterilen Krankenhäusern, Pflege- und Altenheimen stattfindet. Der Wunsch nach einem „Sterben in Würde“ war zu keiner Epoche der Menschheit größer als heute, obwohl (oder weil) wir heute über die beste Medizin verfügen. In Würde zu sterben kann nur durch eine neue Sterbekultur realisiert werden, die Sterben und Tod wieder einen größeren Platz in unserer Sprache einräumt und als eine Gemeinschaftsaufgabe ansieht⁴¹.

Analog zur Transplantationsmedizin, die nur als Gemeinschaftsaufgabe überhaupt möglich ist, verlangt auch der gesellschaftliche Umgang mit Sterben und Tod nach einer neuen Form, die nur im Zusammenwirken verschiedener Institutionen realisierbar ist. Verschiedene Säulen sind notwendig, damit unheilbar kranke und sterbende Menschen sich auf eine hinreichend starke Brücke der Zuversicht und Geborgenheit begeben können, die ihnen einen sicheren Halt im Übergang vom Diesseits zum Jenseits gibt.

Zu diesen notwendigen Säulen gehört eine flächendeckende palliativmedizinische Versorgung von terminal kranken und sterbenden Patienten. Dafür sind ausreichende palliativmedizinische und Hospizeinrichtungen sowie flächendeckende, ambulant agierende palliativmedizinische Konsiliardienste zur Unterstützung von Patienten, Angehörigen und Hausärzten erforderlich. Eine weitere Säule ist die stärkere Förderung der Palliativmedizin in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Medizinstudierenden und Ärzten sowie von Pflege- und Sozialberufen. Hierfür muß der Staat den rechtlichen und vor allem finanziellen Rahmen schaffen, zumal wir im Vergleich mit anderen europäischen Ländern über die geringste Zahl an palliativen Einrichtungen und Palliativbetten pro eine Million Einwohnern verfügen⁴².

Ein Sterben in Würde braucht ganz wesentlich die persönliche Betreuung und Begleitung durch die nächsten Angehörigen. Letztere sind aber oft beruflich und zeitlich sehr eingespannt, so daß sie nicht den nötigen zeitlichen und/oder finanziellen Freiraum für die sterbenskranken Patienten haben. Hier ist in ganz besonderem Maß der Staat gefordert, die erforderlichen rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen zu schaffen, um mehr und mehr Angehörige zu diesem Dienst am Nächsten zu ermutigen. Denkbar wäre, durch entsprechende gesetzliche Regelungen, wie sie zum Beispiel in Österreich und Frankreich bereits umgesetzt wurden, unter arbeitsrechtlicher Absicherung und in Abhängigkeit vom Einkommen den berufstätigen Angehörigen unbezahlte oder bezahlte Freistellungen von der Arbeit von mehreren Wochen bis wenigen Monaten zu gewähren. Solche Maßnahmen hätten neben dem hohen menschlichen Wert auch einen gewaltigen ökonomischen Ge-

winn für die Gemeinschaft, weil dadurch den meisten Sterbenden unnötige und teure Notarzttransporte und Krankenhauseinweisungen erspart blieben⁴³.

Eine gelingende Sterbebegleitung und eine gute Sterbekultur müssen den seelsorgerlichen Beistand einbeziehen, weil es in der letzten Phase des Lebens ganz wesentlich auch um existentielle Fragen und Sinnfragen des Lebens und der Zeit nach dem Tod geht. Christliche und außerchristliche Seelsorger und Institutionen haben hier einen ganz besonderen Auftrag und müssen sich in noch stärkerem Maß in der Kranken- und Sterbeseelsorge einbringen.

Diese allgemeinen Gesichtspunkte sind notwendige Bestandteile für eine neue, gelingende Sterbekultur, die für jeden einzelnen eine hinreichende individuelle, personenbezogene „ars bene moriendi“, d. h. ein „Sterben in Würde“ in Aussicht stellt:

„Sterbende sind vulnerabel (verletzlich, hilflos, abhängig) und wehrlos. Deshalb ist es von existentieller Bedeutung, die Sterbephase derart zu gestalten, daß diese Menschen ihre soziale Umwelt nicht als Bedrohung, sondern als Stütze im Leiden und Brücke über Schmerzen, Isolation und Bedürftigkeit erleben.“⁴⁴

ANMERKUNGEN

¹ Vgl. F. S. Oduncu, Patient Autonomy: German Perspectives, in: End-of-Life Care in Germany and the United States 2006, hg. v. M. Koch-Weser u. a. (in Druck).

² Allensbacher Berichte 9/2001: www.demoskopie.de; DGHS (Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben): Presse-Info vom 20. 9. 2003; Emnid-Umfrage der Hamburger Zeitschrift „Auf einen Blick“ vom 28. 5. 2004.

³ Vgl. Hannoversche Allgemeine Zeitung, 16. 3. 2006.

⁴ Vgl. Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, Bericht „Sterbehilfe u. Sterbebegleitung. Ethische, rechtliche u. medizinische Bewertung des Spannungsverhältnisses zwischen ärztlicher Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung des Patienten“, 23. 4. 2004 (www.justiz.rlp.de).

⁵ K. Lüderssen, Von der Pflicht zu töten, in: FAZ, 21. 3. 2006, 36; vgl. als Gegenreaktion die Replik von R. Firsching, Selbstmordversuch als Symptom, in: FAZ, 11. 4. 2006, 11.

⁶ J. Baumann u. a., Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe (AE-Sterbehilfe). Entwurf eines Arbeitskreises von Professoren des Strafrechts u. der Medizin sowie ihrer Mitarbeiter (Stuttgart 1986).

⁷ H. Schöch, T. Verrel u. a., Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung (AE-StB) 2005, in: Goldammers' Archiv für Strafrecht 152 (2005) 553–586.

⁸ Bundesärztekammer, Grundsätze der Bundesärztekammer zur Ärztlichen Sterbebegleitung, in: Deutsches Ärzteblatt 95 (1998) A 2365–2366; dies., Handreichung für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen, in: ebd. 96 (1999) A 2720–2721; dies., Grundsätze der Bundesärztekammer zur Ärztlichen Sterbebegleitung, in: ebd. 101 (2004) A 1298–1299.

⁹ Entschließung des 109. Deutschen Ärztetags 2006 in Magdeburg (26. 5. 2006): www.dgpalliativmedizin.de/downloads

¹⁰ Eine ausführliche Analyse der internationalen Sterbehilfepraxis, v. a. der holländischen Euthanasiepraxis findet sich bei F. S. Oduncu, Ärztliche Sterbehilfe im Spannungsfeld von Medizin, Ethik u. Recht. Teil 1: Medizinische u. rechtliche Aspekte, in: Medizinrecht 23 (2005) 437–445.

- ¹¹ P. J. van der Maas u. a., Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life, in: *Lancet* 338 (1991) 669–674.
- ¹² P. J. van der Maas u. a., Euthanasia, physician assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990–1995, in: *New Engl J Med* 335 (1996) 1699–705; G. van der Wal u. a., Evaluation of the notification procedure for physician assisted death in the Netherlands, in: *ebd.* 1706–1711.
- ¹³ B. D. Onwuteaka-Philipsen u. a., Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001, in: *Lancet* 362 (2003) 395–399.
- ¹⁴ Vgl. van der Maas u. a. (A. 12); Onwuteaka-Philipsen u. a. (A. 13).
- ¹⁵ Vgl. van der Maas u. a. (A. 12); B. Gordijn, Euthanasie in den Niederlanden – eine kritische Betrachtung, in: *Berliner Medizinethische Schriften*, H. 19 (1997) 24.
- ¹⁶ Vgl. van der Maas u. a. (A. 12); Gordijn (A. 15) 24.
- ¹⁷ 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.
- ¹⁸ Vgl. F. S. Oduncu, Belgien verabschiedet Euthanasie-Gesetz, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 48 (2002) 310–312.
- ¹⁹ L. Deliens u. a., End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nation-wide survey, in: *Lancet* 356 (2000) 1806–1811.
- ²⁰ Vgl. Department of Human Services, Eighth annual report on Oregon's Death with Dignity Act. Office of Disease Prevention and Epidemiology, 9. 3. 2006.
- ²¹ Vgl. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), Behandlung u. Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen. Medizinisch-ethische Richtlinien u. Empfehlungen. (1. Publikation zur Vernehmlassung, Juni 2003); dies., Betreuung von Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen. (1. Publikation zur Vernehmlassung, 4. 2. 2004).
- ²² Vgl. Suizid-Tourismus 2004, in: www.jesus.ch/www/index.php/D190/9189; Doctor-Assisted-Suicide 2004, A guide to web sites and the literature, in: www.lwc.edu/administrative/library/suic.htm
- ²³ So z. B. H.-B. Wuermeling, Pflicht zu leben? Recht zu sterben?, in: *Die Tagespost*, 26. 2. 2004, 9.
- ²⁴ Vgl. SAPC, Position paper of the SAPC with regard to the debate on euthanasia (Lausanne 2001).
- ²⁵ Vgl. N. Bittel u. a., „Euthanasia“: a survey by the Swiss Association for Palliative Care, in: *Support Care Cancer* 10 (2002) 265–271.
- ²⁶ Vgl. F. S. Oduncu, Euthanasia – Killing as due care?, in: *Wiener Med Wochenschrift* 153 (2003) 387–391.
- ²⁷ Vgl. E. J. Emanuel u. a., Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers, in: *JAMA* 284 (2000) 2460–2468; K. E. Steinhauser u. a., Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers, in: *JAMA* 284 (2000) 2476–2482; M. E. Suarez-Almazor u. a., Attitudes of terminally ill cancer patients about euthanasia and assisted suicide: predominance of psychosocial determinants and beliefs over symptom distress and subsequent survival, in: *J Clin Oncol* 20 (2002) 2134–2141; K. Lorenz, Moral and practical challenges of physician-assisted suicide, in: *JAMA* 289 (2003) 2282.
- ²⁸ Vgl. C. J. C. Rutenfrans, Medizinische Lebensbeendigung in den Niederlanden, in: *Medizin u. Gewissen. Eine Dokumentation über den internationalen IPPNW-Kongress in Erlangen* 24.–27. 5. 2001, hg. v. S. Kolb (Frankfurt 2002) 154–164.
- ²⁹ Vgl. K. F. Gunning, Die Euthanasie in Holland außer Kontrolle. Kritischer Bericht eines holländischen Arztes, in: *Der Internist* 6 (2000) 144–146.
- ³⁰ Vgl. *ebd.*
- ³¹ Vgl. F. S. Oduncu, Ärztliche Sterbehilfe im Spannungsfeld von Medizin, Ethik u. Recht. Teil 2: Palliativmedizinische u. medizinethische Aspekte, in: *Medizinrecht* 23 (2005) 516–524; ders. u. W. Eisenmenger, Euthanasie, Sterbehilfe, Sterbebegleitung. Eine kritische Bestandsaufnahme im internationalen Vergleich, in: *Medizinrecht* 20 (2002) 327–337.

- ³² R. Spaemann u. T. Fuchs, Töten oder sterben lassen? Worum es in der Euthanasiedebatte geht (Freiburg 1997) 20 f.
- ³³ Vgl. H. ten Have, Euthanasia: moral paradoxes, in: *Palliative Medicine* 15 (2001) 505–511; Oduncu (A. 31).
- ³⁴ Vgl. E. Klaschik, Sterbehilfe – Sterbebegleitung, in: *Internist* 40 (1999) 276–282.
- ³⁵ Ich habe das Konzept der Palliativmedizin in mehreren Beiträgen in dieser Zs. dargestellt: vgl. F. S. Oduncu, Sterbebegleitung u. Sterbehilfe, 217 (1999) 541–554; ders., Begleiten statt töten!, 219 (2001) 520–532; ders., Euthanasie bei unheilbarem Leid?, 221 (2003) 121–130.
- ³⁶ L. J. Materstvedt u. a., Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force, in: *Palliative Medicine* 17 (2003) 97–101; Übersetzung F. S. O.
- ³⁷ Vgl. Bundesärztekammer (A. 8).
- ³⁸ Vgl. H. C. Müller-Busch u. a., Euthanasie bei unerträglichem Leid? Eine Studie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum Thema Sterbehilfe im Jahr 2002, in: *Zeitschrift Palliativmed* 4 (2003) 75–84 (der Verfasser des vorliegenden Beitrags ist Mitglied dieses Arbeitskreises).
- ³⁹ Vgl. F. S. Oduncu, Medizin am Ende des Lebens aus der Sicht des Palliativmediziners, Sterben in Würde ist eine Gemeinschaftsaufgabe, in: *Münchener Med Wochenschrift – Fortschritte der Medizin* 20 (2006) 35–38.
- ⁴⁰ Vgl. Oduncu (A. 31).
- ⁴¹ Vgl. ders. (A. 39).
- ⁴² Siehe hierzu die Website der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP): www.dgpalliativmedizin.de
- ⁴³ Vgl. Oduncu (A. 39).
- ⁴⁴ Ebd.