

## AUS AKTUELLEM ANLASS

## Ärztliches Verhalten bei der Bitte nach Euthanasie und ärztliche Beihilfe zum Selbstmord in GB und USA.

Markus SCHWARZ

**I**N zwei jüngst publizierten Studien wurde die Einstellung von amerikanischen und englischen Ärzten zur Euthanasie untersucht<sup>1,2</sup>. Mit Hilfe von Fragebögen wurden – im Falle der amerikanischen Studie – 1355 zufällig ausgewählte Ärzte befragt, von denen 938 antworteten. In der englischen Studie antworteten von 424 befragten praktischen und Konsultärärzten 273. Diese Studien ergaben in etwa folgendes Bild: Sehr viele Ärzte werden in ihrer täglichen Praxis mit dem Wunsch nach Euthanasie oder Beihilfe zum Selbstmord konfrontiert. Von den englischen Ärzten gaben über 70% an, bereits einmal darum gebeten worden zu sein. In England bestätigten 12% der Ärzte, die den Fragebogen beantworteten (das sind 9% aller befragten Ärzte), daß sie diesem Wunsch auch in irgendeiner Form schon einmal nachgekommen sind. Zur Einstellung zu Behandlungsabbruch, Beihilfe zum Selbstmord und aktiver Euthanasie befragt, zeigte sich interessanterweise, daß die britischen Ärzte sehr ambivalent reagierten. Entweder lehnten sie alle drei Formen des Umgangs mit Sterbenden ab, oder sie befürworteten – in gewissem Ausmaß – alle angeführten Möglichkeiten. 46% würden jedoch aktiv an einer Euthanasie mitwirken, falls dies gesetzlich erlaubt sei!

Die amerikanische Studie, die nicht so sehr die praktische Seite der Euthanasie ansprach, sondern ausschließlich die Einstellung der Ärzte zur Euthanasie und Beihilfe zum Selbstmord erforschte, kam auf diesem Gebiet zu ähnlichen Ergebnissen: Immerhin 48% befanden,

daß aktive Euthanasie niemals ethisch gerechtfertigt sei, jedoch waren 54% der Ansicht, daß Euthanasie in einzelnen Fällen gesetzlich erlaubt sein müßte. Allerdings erklärten sich nur 33% dazu bereit, in diesem Fall auch an einer Euthanasie mitzuwirken.

Es ergaben sich folgende Zahlen im Hinblick auf die Einstellung zur Beihilfe zum Selbstmord: 39% votierten für ethisch niemals erlaubt, 53% für eine gesetzliche Erlaubnis in manchen Fällen und 4% erklärten sich bereit, daran mitzuwirken.

Interessanterweise sind gerade Onkologen und Hämatologen, die Fachärzte also, die es am meisten mit todkranken Patienten zu tun haben, am stärksten gegen jede Art von Euthanasie, während Psychiater zu den stärksten Befürwortern der Euthanasie zählen.

Dieses Szenario spielt sich vor dem Hintergrund einer heftigen juristischen und ethischen Debatte ab, die zur Zeit vor allem in Amerika und natürlich in Holland geführt wird. Das holländische Höchstgericht entschied vor kurzem, daß auch bei unerträglichen psychischen Leiden eine Beihilfe zum Selbstmord gestattet sei<sup>3</sup> (siehe dazu auch Nachricht in *Imago Hominis* 2/94). Dieser Fall einer schwer depressiven Patienten wurde als Präzedenzfall aufgezogen, um alle weiteren Verfahren im Sande verlaufen zu lassen. In Amerika gibt es zur Zeit sehr unterschiedliche Tendenzen. Jack KERVORKIAN, ein schon berühmter Arzt aus Detroit, der bereits mit mehreren Fällen durch Beihilfe zum Selbstmord Aufsehen erregte, wurde kürzlich von einem amerikani-

schen Gericht verurteilt<sup>4</sup>. Ein amerikanisches Bundesgericht hingegen entschied vor wenigen Wochen in Seattle, daß es ein verfassungsmäßiges Recht darauf gäbe, sich selbst zu töten<sup>5</sup>. Es berief sich dabei auf den 14. Zusatz der amerikanischen Verfassung, der jedem Staatsbürger volle Verfügung über sein Leben zuspricht<sup>6</sup>. In Großbritannien gibt es von öffentlicher Seite noch keine Anzeichen einer Propagierung von Euthanasie. Die britische Regierung schloß sich im Gegenteil einem Bericht eines Komitees des Oberhauses zu Fragen der Euthanasie an, der jegliche Gesetzesänderung auf diesem Gebiet ablehnt<sup>7</sup>.

Jedoch wird gerade in vielen medizinischen Wissenschaftsjournalen eine Neuregelung der Sterbehilfe stark propagiert<sup>8</sup>. Sowohl Euthanasie als auch Beihilfe zum Selbstmord werden darin als wichtige Entwicklungsschritte einer modernen Gesellschaft angesehen. Als Vorbild bzw. Vorreiter dieser Regelungen gelten im allgemeinen die Niederlande, die im letzten Jahr die Euthanasie bei Beachtung bestimmter Vorgangsweisen straffrei stellten<sup>9</sup>. Im Februar 1993 befürwortete das Unterhaus diesen Gesetzesvorschlag und im November letzten Jahres das Oberhaus. Das neue Gesetz besteht in einem Zusatz zum Bestattungsgesetz, das mit dieser neuen Vorschrift (Akte 22 572) von einer Strafverfolgung von Ärzten absieht, die gewisse Bestimmungen zur Durchführung der Euthanasie beachten. Diese Durchführungsbestimmungen wurden aber nicht festgelegt, sondern müssen sich erst durch die Rechtssprechung herauskristallisieren. Das Strafrecht sieht aber nach wie vor eine Bestrafung der Euthanasie mit bis zu 12 Jahren vor (Beihilfe zum Selbstmord mit bis zu drei Jahren). Dem ist noch hinzuzufügen, daß es in Holland schon seit 1983 nicht mehr als vier Verfolgungen pro Jahr wegen dieser Delikte gab. Diese Zahlen stehen 2300 Fälle von Euthanasie und 400 Fälle von Beihilfe zum Selbstmord allein im Jahre 1990 gegenüber<sup>10</sup>. Sie machen zusammen 2.1% aller Todesfälle in Holland aus. Dieselbe Studie

zeigte auch, daß etwa ein Viertel aller Anfragen auf Euthanasie tatsächlich erfüllt wurden. Die meisten Fälle von Euthanasie trugen sich zu Hause zu. Einer von 25 Todesfällen zu Hause ereignete sich durch Euthanasie. Im Spital lag diese Rate bei einem von 75 und in Altersheimen bei einem von 800<sup>11</sup>.

Abgesehen von der moralischen Beurteilung der Euthanasie und der Beihilfe zum Selbstmord zeigen diese Erhebungen sehr klar: Oftmals scheint es nur an der professionellen Hilfe und dem professionellen Verständnis zu fehlen, den Sterbenden tatsächlich in ihrem Leiden helfen zu wollen. Einerseits fällt auf, daß in Holland die weitaus größte Zahl von Euthanasie zu Hause, am Sterbebett durchgeführt wird, hingegen in Spitälern und besonders in Alters- und Pflegeheimen viel seltener Euthanasie betrieben wird. Dies kann natürlich darauf zurückzuführen sein, daß – und darin wäre Holland einzigartig – die Sterbenden mit schwerer Krankheit in häusliche Pflege übergeben werden. Aber sicherlich zeigt dies auch, daß die Palliativmedizin viel Leid und viele Schmerzen verhindern könnte, wie dies offensichtlich in Krankenhäusern und besonders in Pflegeheimen, die auf die Betreuung dieser Schwerstkranken spezialisiert sind, der Fall ist. Allzu oft ist die Bitte des Kranken, für sich den Tod zu verlangen, vielmehr ein Hilferuf nach ärztlicher Hilfe und familiärer Geborgenheit.

Die Entwicklung, die sich gerade international in der Gesetzgebung zur Euthanasie ergibt, läßt viele Parallelen zur Einführung der Abtreibungsgesetze in fast allen europäischen und nordamerikanischen Staaten erkennen. Extreme Einzelfälle werden zur Norm erhoben und dienen zur Rechtfertigung einer Gesetzesänderung, als ob nicht ohnehin jede Rechtsprechung einen Strafrahmen vorsieht, mit dem eben auf Einzelfälle eingegangen werden soll.

Zuletzt ist es aber auch so, daß ein gehöriges Maß an Mißverständnissen im Umgang mit Sterbenden und deren Behandlung zu herrschen scheint. So scheinen viele britische Ärzte

laut der oben angeführten Studie keinen entscheidenden Unterschied zwischen dem Abbruch einer den Tod hinauszögernden Behandlung und einer aktiven Intervention zu sehen, die den verfrühten Tod eines Menschen herbeiführt, wie dies bei der Euthanasie und bei der Beihilfe zum Selbstmord geschieht. Euthanasie im eigentlichen Sinn, wie der Begriff heutzutage gebraucht wird, bedeutet jede „Handlung oder Unterlassung, die ihrer Natur nach oder aus bewußter Absicht den Tod herbeiführt, um so jeden Schmerz zu beenden.“<sup>12</sup> Bei der ärztlichen Beihilfe zum Selbstmord lasse ich diese Handlungen zu, obwohl es eigentlich der ärztlichen Pflicht entspräche jedes Leben zu

retten. Im Gegensatz dazu handelt es sich bei einem gerechtfertigten Abbruch einer medizinischen Behandlung um das Beenden eines Hinauszögerns des Todes, also das Eingestehen der Ohnmacht vor dem Tod. Die Moralthologie sprach sich immer dafür aus, niemanden zur Anwendung von außerordentlichen Mitteln zu verpflichten<sup>13</sup>, wobei sich natürlich der Grad der Besonderheit einer Behandlung mit dem Fortschritt der Medizin wandelt.

Die Euthanasie wird jedenfalls eine Herausforderung für unsere Gesellschaft darstellen, inwieweit sie es versteht, mit ihren eigenen Eltern umzugehen, und die Würde des Altwerdens zu bewahren.

## Referenzen:

1. J. S. COHEN, S. D. FIBH, E. J. BOYKO, A. R. JONSEN und R. W. WOOD (1994) Attitudes toward suicide and euthanasia among physicians in washington state. N. Engl. J. Med. 331:89.
2. B. J. WARD und P. A. TATE (1994) Attitudes among NHS doctors to request for euthanasia. BMJ 308:1332.
3. T. SHELDON (1994) Judges make historic ruling on euthanasia. BMJ 309:7.  
M. SPANJER (1994) Mental suffering as justification for euthanasia in Netherlands. The Lancet 343:1630.
4. Dr. Jack KERVORKIAN acquitted in Detroit. (1994) BMJ 308:1186.
5. United States District Court, Western District of Washington State. Chief United States District Judge B.J. ROTHSTEIN. Compassion in Dying v. The State of Washington. No. C94-1194. 3. Mai 1994.
6. „Kein Bundesstaat darf irgendeine Person ihres Rechtes auf Leben, Freiheit oder Eigentum ohne den vorgeesehenen gerichtlichen Prozeß entheben.“
7. S. RAMSAY (1994) No to Euthanasia in UK. The Lancet 343:1219.
8. F.G. MILLER, T. E. QUILL, H. BRODY, J. C. FLETCHER, L. O. GOSTIN und D. E. MEIER (1994) Regulating physician-assisted suicide. N. Engl. J. Med. 331:119.
9. G. VAN DER WAALS und R.J.M. DILLMANN (1994) Euthanasia in the Netherlands. BMJ 308:1346.
10. P.J. VAN DER MAAS, J.J.M. VAN DELDEN, L. PIJNENBORG und C.W.N. LOOMAN (1991) Euthanasia and other medical decisions concernig the end of life. Lancet 338:669.
11. G. VAN DER WAAL, J.T.M. VAN EIJK, H.J.J. LEENEN und C. SPREEUWENBERG (1992) Euthanasia and assisted suicide. I. How often is it practised by family doctors in the Netherlands? Family Practice 9:130.
12. Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie (1980) II.4 Abs.
13. Katechismus der Katholischen Kirche (1993) Oldenbourg Verlag, Wien, Punkt 2278.

*Dr. Markus Schwarz ist Molekularbiologe und als Mitarbeiter am IMABE-Institut tätig.*