

EUTHANASIE. BAND 1 – ETHISCHE UND MENSCHLICHE ASPEKTE

Lit Verlag, Münster 2005

200 Seiten

ISBN 3-8258-8159-8

EUTHANASIE. BAND 2 – NATIONALE UND EUROPÄISCHE PERSPEKTIVEN

Lit Verlag, Münster 2005

216 Seiten

ISBN 3-8258-8160-1

Die zwei kleinen roten Bände sind unscheinbar, dennoch von geballter und brisanter Information gefüllt. Sie wurden unter der Ägide des Europarates herausgegeben und widmen sich dem Thema Euthanasie in bemüht nüchterner Weise und Wahrung aller demokratisch-liberalen Symmetrien. Ein solches Unterfangen ist eben nur in schriftlichen Beiträgen realisierbar, die untereinander nicht weiter zur Diskussion gestellt werden.

Der französische Palliativmediziner P. LETELIER (Caen) beleuchtet die Geschichte der Euthanasie und definiert sie eindeutig als absichtliche Herbeiführung des Todes, wobei selbst die Übertragung aus dem Französischen nichts an der Synonymität mit der Sterbehilfe ändert.

Der Ethiker und Konfliktforscher J.-P. HARPES (Luxemburg) sieht eine progressive Auflösung von religiösen, metaphysischen und normativen Barrieren in Europa, welche uns nötigt, die Straffreiheit für Sterbehilfe in verschiedenen europäischen Ländern zu akzeptieren. HARPES würdigt die Position, dass eine Entkriminalisierung der Sterbehilfe auf Verlangen ein „befreiender Schritt“ in einer ethischen Anpassung sei, jedoch auch, dass damit ein „gefährlicher Schritt“ im Sinne einer Infragestellung der Patientenwürde verbunden wäre. Schließlich sei wohl eine dritte Position möglich, die einen Mittelweg im Sinne der „menschlichen Antwort“ darstellt und eine

„unter Qualen getroffene Entscheidung“ zu akzeptieren vermag.

Der schwedische Bioethiker und Philosoph G. HERMERÉN stellt kritisch und gut fundiert fest, dass im Falle ausreichender Schmerzbekämpfung, Eliminierung existenzieller Nöte und flächendeckender Palliativpflege die Sterbehilfe einfach unnötig würde. Wenn ihre Zulassung zu einer Verlangsamung des Ausbaues der Palliativpflege und zu einer Permissivität in der Indikationsstellung führen könne, dann sei die Sterbehilfe sogar gefährlich.

Der Philosoph und Bioethiker N. AUMONIER (Paris) analysiert die Argumente rund um die Sterbehilfe: Kann ich wirklich Leiden lindern, indem ich die leidende Person selbst „abschaffe“? Jedenfalls sei – laut französischem Komitee über Ethik in Gesundheit und Biowissenschaften (CCNE) – kein Tribunal irgendeiner Art denkbar, das in extremen Einzelfällen über die Voraussetzungen der Straffreiheit der Sterbehilfe entscheiden könne. Eine Argumentation für die Sterbehilfe würde den Konzepten der Gleichheit vor dem Gesetz, dem Sozialvertrag und den Menschenrechten zuwiderlaufen.

Der Palliativmediziner T. O'BRIEN (Irland) definiert sein Fach nach der WHO als „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität lebensbedrohlich erkrankter Patienten mit deren Angehörigen durch Behandlung bei Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Natur“. Er tritt allerdings für das Recht entscheidungsfähiger älterer Patienten ein, auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichten zu dürfen. Bei Patienten, die entscheidungsunfähig sind, müsse man sich von den Prinzipien der guten Absicht (Benevolenz) und der Proportionalität der in Frage stehenden Maßnahmen leiten lassen.

Hier knüpft auch G. MARCKMANN, Arzt und Philosoph aus Tübingen, an, der einen einfachen Algorithmus zu einer strukturierten Ent-

scheidungsfindung bezüglich lebenserhaltender Interventionen anbietet (Entscheidungsfähigkeit? Patientenverfügung? mutmaßlicher Wille?).

Dagegen nehmen sich die „Betrachtungen am Ende des Lebens“ von B. KOUCHNER, Internist und Gründer von „Ärzte ohne Grenzen“, später französischer Gesundheitsminister, eher emotional und wenig reflektiert aus. Er bekennt unter anderem, dass er wiederholt Schwerstverwundeten den Gnadentod spendet habe, wenn deren Qualen und infauste Prognose den fehlenden medizinischen Hilfsmöglichkeiten entgegenstanden.

Der französische Rechtsethiker C. BYK erläutert am berühmten Fall „Pretty“ (Verweigerung der Sterbehilfe für eine entscheidungsfähige Gelähmte), dass es kein Recht auf die (zukünftige) Sterbehilfe geben darf, wie auch das Recht auf Leben nicht in eine Legitimation der Sterbehilfe umgedeutet werden kann – und dies europaweit.

Auch die Religionen kommen zu Wort: Für D. CHEVASSUT (Arzt in Marseille) widerspricht die Sterbehilfe in jeder Form dem Buddhismus, dem der Autor angehört. Die Bioethikerin G. GAMBINO (Rom) belegt den katholischen, ablehnenden Standpunkt der Sterbehilfe mit einer Fülle von päpstlichen und Konzilsdokumenten von Pius XII. bis zum Dokument „Achtung der Würde Sterbender“ (2000). Auch der Vertreter der orthodoxen Kirche A. M. STAVROPOULOS (Pastoraltheologe, Athen) formuliert die Absage an die Sterbehilfe, indem er sie als dekadentes, menschenverachtendes gesellschaftliches Phänomen bezeichnet. Die deutschen und französischen Protestanten (J.-F. COLLANGE, Straßburg) haben in gemeinsamen Texten (1991 – 2002) ihre eindeutige Haltung gegen die Sterbehilfe niedergelegt, bedauern aber, dass die niederländischen Kirchen die Sterbehilfe an sich billigen, wengleich sie Mängel in der Anwendung der Gesetze beklagen.

Auch der Oberrabbiner von Brüssel (A. GUGLI) kommt zu Wort und zitiert das hebräische Gesetz, das sich gegen jede Form der Entkrimi-

nalisation der Sterbehilfe wendet. Das Leiden darf/muss mit allen Mitteln bekämpft werden. Er zitiert hier MONTESQUIEU: „Wenn es nicht notwendig ist, ein Gesetz zu machen, so ist es notwendig, kein Gesetz zu machen“.

Daran schließt sich ein Anhang mit Texten des Europaparlamentes und des europäischen Ministerrates zum Thema Menschenrechte und Würde von Todkranken.

Im *Band 2* geht es um die Einstellung zur Sterbehilfe in Europa und den USA.

Y. ENGLERT (Gynäkologie in Brüssel, Belgische Bioethikkommission) berichtet von den Nachforschungen, welche belegen, dass belgische Ärzte in 4 bis 5 Prozent aller Todesfälle Sterbehilfe geleistet hatten, ohne bestraft worden zu sein. Die Palliativmedizin sei dabei trotzdem gewachsen. Dennoch würden auch in diesem Bereich 30% der Patienten die Sterbehilfe verlangen. Die daraus erwachsene Gesetzgebung (28. März 2002) ist der niederländischen sehr ähnlich und formuliert strenge Kriterien für Patient und Arzt, einschließlich der Vorlage der Akte bei der staatlichen Evaluierungskommission. ENGLERT gibt zu, dass das belgische Volk über das Gesetz gespalten ist, meint aber, dass durch die Entkriminalisierung „zweifelhafte Praktiken“ jegliche Legitimität entzogen, die Zahl der nicht auf Wunsch der Patienten geleisteten Sterbehilfe zurückgehen würde und „die Menschen bei der Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod unterstütze“.

J. VESTERGAARD vom dänischen Ethikrat formuliert gleich eingangs, dass die Tötung auf Verlangen oder die Beihilfe zum Selbstmord eine strafbare Handlung sei. Seine weiteren Ausführungen betreffen Patientenverfügung und Behandlungsverzicht, gestützt auf kluge Formulierungen in relevanten dänischen Gesetzen.

Aus Georgien meldet sich G. JAVASHVILI (Bioethiker beim Europarat) mit dem Bericht über ein Gesetz aus 2002, nach dem jede Art der Sterbehilfe verboten und strafbar ist. Auch er bezieht seine Stellungnahme auf die (ebenso gesetzliche) Regelung für Patientenverfügung

und Behandlungsbeschränkung bzw. -verzicht. Allerdings bedauert man in Georgien ausdrücklich die Ressourcenknappheit für die Palliativmedizin, welche noch Gegenstand massiver Öffentlichkeitsarbeit sein muss.

B. BLASSZAUER (Medizinethikerin aus Becs, Ungarn) legt dar, wie sehr die Terminologie (Euthanasie/Sterbehilfe) seit dem NS-Regime mit Völkermord verquickt wird, wenngleich aus Umfragen (2000 – 2002) unter Ärzten und Pflegepersonal eine klare Befürwortung der Sterbehilfe hervorgeht, beim Personal der Intensivstationen sogar über 80%.

J. J. M. VAN DELDEN (Utrecht, Ethiker in einer staatlichen Kontrollkommission) tritt für die niederländische Rechtsprechung ein, in welcher die Sterbehilfe als letzter Ausweg erlaubt ist, wenngleich die Meinungsvielfalt in der Gesellschaft sehr ausgeprägt sei. Jedenfalls steht die Freiwilligkeit des Patienten ganz oben an. Dabei gibt es bereits Tendenzen zur Überschätzung der Autonomie: Patienten wollen noch vor der Endphase ihres Leidens sterben, damit sie in besserer Erinnerung bleiben können! Diese Entwicklung könne demnach auch nicht mit einer verstärkten Entwicklung einer Palliativmedizin entgegengesteuert werden. Es melden sich daher moralische Bedenken gegen eine solche Fehlinterpretation der Autonomie (welche bereits in manchen Patientenverfügungen für den Fall der zukünftigen Demenz enthalten ist). Die Zahl der gemeldeten Fälle von assistiertem Selbstmord und Tötung auf Verlangen beläuft sich seit 1998 auf etwa 2000 pro Jahr, wobei die tatsächliche Zahl doppelt so hoch geschätzt wird (das sind 3 bis 4 Prozent aller Todesfälle). Ein beträchtlicher Anteil von 1/5 bis 1/4 betrifft Tötung ohne ausdrückliches Verlangen des Patienten, was als Problem gesehen wird (Gnadentötung). In der Praxis der Sterbehilfe orientiere man sich einerseits an der Autonomie, andererseits am Mitleid, wobei sich eine Asymmetrie zugunsten der ersteren herausbildet: Sterbehilfe wird also zu einem Recht, wobei der Arzt zur Erfüllung dieses Patientenwillens gezwungen

wird. Hierin sieht der Autor für sein Land denn doch eine ernste Gefahr.

D. SERRAO (portugiesischer Pathologe und Medizinethiker, Oporto bzw. Europarat) lehnt für sein Land die Sterbehilfe aus ethischer Sicht rundweg ab. Die öffentliche Meinung (Umfrage bei über 1000 Personen) gibt ihm dabei Recht. Eine entsprechende Stellungnahme des nationalen Ethikrates (CNECV, 1995) wird in vollem Umfang zitiert.

Dagegen ist der Schweizer Beitrag von A. BONDOLFI (Philosoph und Ethiker in Lausanne) kompromissbereit, ausgehend von dem Trend, in Patientenverfügungen Therapieeinschränkungen hineinzuformulieren (seit 1970). Aber schon aus den 1930er-Jahren stammen Gesetzesformulierungen, die eine Tötung aus Mitleid praktisch straffrei stellen (StGB 114 und 115). In den letzten Jahren wurde wiederholt von sozialistischen Abgeordneten eine Liberalisierung des Gesetzes in Richtung Tötung auf Verlangen gefordert, massiv unterstützt von „Exit“, einem Verein mit 10.000en Mitgliedern. Nach diesen sollte es möglich sein, dass in Altersheimen „ohne Aufsehererregung bei den anderen Einwohnern“ Beihilfe zu Selbstmord gewährt wird. Endgültige Entscheidungen zur Novellierung der alten Gesetze stehen in der Schweiz jedenfalls noch aus, zumal die „persönliche Autonomie nicht durch gemeinsame gesellschaftliche Werte eingeschränkt werden sollte...“

S. MCLEAN, Professorin für Recht und Ethik in der Medizin (Glasgow), stellt klipp und klar fest, dass die Sterbehilfe (Lebensbeendigung auf ausdrückliches Verlangen) in Großbritannien gesetzeswidrig sei. Die Gesetzeslage sei noch etwas komplizierter als anderswo, da in England und Wales klar zwischen aktiver Sterbehilfe und Beihilfe zum Selbstmord unterschieden werde, in Schottland aber nicht. Der Nahrungs- und Flüssigkeitsentzug bei Terminalpatienten wurde in Großbritannien einige Male exemplarisch „ausjudiziert“ und wurde nicht als aktive Tötung, sondern als eine Art passive Sterbehilfe straffrei gestellt.

Als spezifisch britisch ist zu vermerken, dass sich das Westminster Parlament bemüht, selbst über derartige Grenzfragen entscheiden zu wollen, und dies ungen Äzten überlässt.

L. SNYDER ist Ärztin und Bioethikerin an der Pennsylvania University (USA) und berichtet über die Situation in Nordamerika. Dort ist auf Bundesebene die aktive Sterbehilfe ungesetzlich, im Bundesstaat Oregon jedoch legalisiert, wenngleich daraus keine gesetzliche Verpflichtung (zum Selbstmord, zur Beihilfe dazu, zur Gnadentötung oder zu Mord) abgeleitet werden dürfe (Death with Dignity Act, 1996). Den Erfahrungen in Oregon wird größerer Raum gewidmet, die Autorin bleibt aber nüchtern-distanziert in der moralischen Qualifikation. Unter anderem bedauert sie die unrühmliche Rolle der Medizin bei der Versorgung am Lebensende. So wird die Gefahr diskutiert, dass vor lauter Autonomie alle anderen Werte so sehr relativiert werden, dass sich daraus so mancher eine persönliche Verpflichtung zu sterben ableitet. Dazu kommt, dass in den USA kein explizites Recht auf Gesundheitsversorgung, sehr wohl aber eines auf Behandlungsverweigerung besteht.

Schließlich wird im Anhang der „Empfehlung 1418 des Europarates“ breiter Raum gegeben (D. MARTY, Rechtswissenschaftler im Schweizer Staatsrat; E. GADD, Abgeordnete für Bioethik zum Europarat; P. MIERCEWSKI, Ex-Gesundheitsminister in Polen und Experte für Palliativmedizin im Europarat). In der „Reaktion des Ministerkomitees des Europarates auf die Empfehlung 1418 vom 26. März 2002 findet man dann die entscheidenden Sätze (Absatz 5, I – III):

„Die Mitgliedstaaten des Europarates (sind) dazu anzuhalten, die Würde von Todkranken oder Sterbenden in jeder Hinsicht zu achten und zu schützen ... durch die Bekräftigung des Verbotes der vorsätzlichen Tötung von Todkranken oder Sterbenden bei

I. Anerkennung, dass das Recht auf Leben, insbesondere in Bezug auf todkranke oder sterbende Menschen durch die Mitgliedsstaaten im Einklang mit Artikel 2 der europäischen

Konvention für Menschenrechte, nach der niemand vorsätzlich seines Lebens beraubt werden darf, garantiert wird;

II. Anerkennung, dass der Todeswunsch eines Todkranken oder Sterbenden niemals gesetzliche Rechtfertigung sein kann, von der Hand einer anderen Person zu sterben;

III. Anerkennung, dass der Todeswunsch eines Todkranken oder Sterbenden zu sterben, niemals gesetzliche Rechtfertigung darstellt für Handlungen, deren Ziel die Herbeiführung des Todes ist.“

Aus den dann noch folgenden Formulierungen ist jene des Europäischen Gerichtshofes zu erwähnen, dass „im Allgemeinen eine Maßnahme, für die therapeutische Notwendigkeit besteht, nicht als unmenschlich oder erniedrigend betrachtet werden kann“ (1992).

F. KUMMER

KLINISCHE ETHIK

A. JONSEN, M. SIEGLER und W. J. WINSLADE
Deutscher Ärzteverlag 2006
 244 Seiten
 ISBN 3-7691-0524-9

Ein Arzt kann sich mit ethischen Fragestellungen auf verschiedene Art beschäftigen, er kann anfangen unterschiedliche Theorien zu studieren und diese Theorien auf Einzelfälle – meist besondere Fälle – anzuwenden. Er kann aber auch anfangen, praktische Entscheidungskonflikte auf ihre ethische Dimension hin zu untersuchen. Das Buch „Klinische Ethik“ geht den zweiten Weg. Jeder Mediziner ist im Alltag gefordert, Entscheidungen zu treffen! Dabei fließen immer auch ethische Überlegungen mit ein, intuitiv, aus dem Bauch heraus oder gewollt. Im Buch wird für den medizinischen Alltag ein Konzept zur ethischen Entscheidungsfindung vorgestellt, das von vier grundlegenden Kriterien ausgeht: Was ist die Indikation für medizinische Maßnahmen? Was sind die Patientenpräferenzen? Was

besteht für eine Lebensqualität? Was sind die kontextgebundenen Faktoren (kulturell, sozio-ökonomisch)? Verschiedene Begriffe werden erklärt wie Autonomie, Selbstbestimmung, Informed consent, Entscheidungsfähigkeit, bzw. -unfähigkeit, Verhältnismäßigkeit, Standard des besten Interesses, doppelter Effekt bei der Schmerzlinderung, Loyalität, mutmaßliche Einwilligung, Nutzen/Schadensvermeidung, unangemessene medizinische Maßnahmen, aber auch Problemkreise werden besprochen wie Managed Care, Grenzen der Patientenpräferenzen, knappe Gesundheitsressourcen, medizinische Behandlungsfehler, fehlende Mitarbeit bei der Umsetzung ärztlicher Behandlungspläne, Sterbebegleitung, Sterbehilfe, Euthanasie, Beihilfe zum Suizid, Patientenverfügung, Stellvertretung von Patienten, Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen und vieles mehr.

Die Autoren gelten als Pioniere der nordamerikanischen Medizin- und Bioethik. Sie trugen Anfang der 70er-Jahre nicht nur in akademischer Hinsicht zur Entwicklung der Bioethik bei, sondern lieferten vor allem wichtige Anstöße für die praktische Handhabung konkreter Fälle. Ihre unterschiedlichen Qualifikationen als Mediziner, Philosophen und Juristen prädestinierten sie geradezu für den interdisziplinären Anspruch, den die Bioethik im Hinblick auf die Auseinandersetzung mit alten und neuen Problemen der ärztlichen Praxis als methodisch unentbehrlich betrachtet. Das Buch ist bereits auf Spanisch, Portugiesisch, Italienisch und Japanisch übersetzt worden, was für seinen praktischen Nutzen spricht. Im Buch kommen auch viele juristische Aspekte zur Sprache. Es gehört zur gesellschaftlichen Entwicklung, dass die Ärzteschaft sich in einem zunehmend auch gesetzlich komplexer werdenden Umfeld befindet. Die Besonderheiten der ethischen Entscheidungsfindung in der Pädiatrie werden in gesonderten Kapiteln besprochen.

Vier Patienten (Patientin „Comfort“ mit einem metastasierenden Mammacarcinom, Patient „Cure“ mit Meningitis, Patientin „Care“

mit Multipler Sklerose und Patient „Cope“ mit einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus) begleiten den Leser durch das ganze Buch. Sie stehen stellvertretend für häufige Krankheiten in der alltäglichen Praxis. Daneben werden in jedem Kapitel weitere Fallbeispiele diskutiert. Diese Beispiele sind der große Gewinn dieses Buches.

Wie sieht nun die konkrete Vorgehensweise des medizinischen Alltags aus? Der Arzt stellt eine Diagnose und schlägt eine Behandlung vor, die mehrere oder alle der folgenden Ziele erfüllen sollte:

1. Gesundheitserhaltung und Krankheitsverhütung
2. Linderung der Symptome, der Schmerzen und des Leidens
3. Heilung
4. Verhinderung eines vorzeitigen Todes
5. Verbesserung oder zumindest Vermeidung einer Verschlechterung des funktionalen Zustandes
6. Aufklärung und Beratung des Patienten über seinen gesundheitlichen Zustand, den voraussichtlichen Krankheitsverlauf und die Heilungsaussichten
7. Vermeidung der Schadenszufügung während des Behandlungsverlaufs

Der Nutzen der Medizin liegt in der Erreichung dieser Ziele. Häufig können alle oder zumindest die meisten dieser Ziele gleichzeitig erreicht werden.

Auf ein Fallbeispiel folgen im Buch Erläuterungen und Kommentare durch die Autoren. Hier ein kurzes Beispiel zur Illustration:

Fallbeispiel: Der Patient Cure, der junge Mann mit den starken Kopfschmerzen und dem steifen Nacken, wird mit der Diagnose Meningitis ins Krankenhaus eingeliefert. Eine Therapie mit Antibiotika lehnt er ab. Innerhalb weniger Minuten erleidet er einen Herzstillstand. Der Assistenzarzt, dem bekannt ist, dass der Patient die notwendige Behandlung verweigert, fragt sich, ob eine Reanimation eingeleitet werden soll.

Empfehlung: Obwohl der Patient Cure die Behandlung mit Antibiotika bei einer lebens-

bedrohlichen Krankheit abgelehnt hat, sollte er auf jeden Fall wiederbelebt werden. Der Grund für seine Therapieverweigerung wurde nicht adäquat abgeklärt, und die Verweigerung einer bestimmten Behandlung sollte nicht als generelle Therapieverweigerung verstanden werden. Die Unterlassung der Reanimation wäre hier grobe ärztliche Fahrlässigkeit und zudem eine ethische Fehlentscheidung.

Viele Fallbeispiele sind im Buch komplexer und die Diskussion darüber vermittelt dem Leser das Konzept zur Entscheidungsfindung in der klinischen Praxis. Nach der Lektüre des Buches hat jeder Mediziner, Medizinstudent oder jede Krankenschwester eine Vorstellung über die Anwendung ethischer Überlegungen in der täglichen Praxis. Im Spitalsbereich wird heute eine interdisziplinäre Zusammenarbeit

zwischen Ärzten und Pflegepersonal gefördert, im ambulanten Bereich besteht die gleiche Situation mit vielen ambulanten Pflegediensten. Es ist ein Gewinn und bereichert die Arbeit jedes im medizinischen Bereich Tätigen, wenn er seine Überlegungen und Gedanken dem Patienten und den im Fall involvierten weiteren Personen (Krankenschwester, Arztkollegen, Verwandte des Patienten) kompetent und ethisch fundiert erläutern kann.

Prof. Giovanni MAIO hält in seinem Geleitwort fest: „Mit dieser Übersetzungsarbeit werden viele wertvolle medizinethische Gedanken dorthin getragen, wo sie am meisten fruchten können, nämlich an das Krankenbett zurück. Und das ist eine beträchtliche Leistung.“

G. FANTACCI