

Sterbehilfe und Sterbebegleitung in Europa: Zwischen Euthanasie, Hospizdienst und Leben um jeden Preis



Dr. Dr. Mathias Antonioli

Die Auseinandersetzung mit Fragen zur Betreuung von Patienten am Lebensende und deren Beantwortung gehen in Europa derzeit weit auseinander. Die heterogene Lage der europäischen Praxis und gesetzlichen Regelungen für die Sterbehilfe sprechen für die Vielfalt der kulturellen, gesellschaftlichen und historischen Hintergründe. Im Folgenden werde ich auf die Situation der Länder Belgien und den Niederlanden eingehen (Adam, M.; Nys, H., 2005) die derzeit einzigen in der Welt, in denen die Euthanasie ($\hat{=}$ aktive Sterbehilfe) legalisiert worden ist.

Sterbebegleitung ist die ärztliche und pflegerische Versorgung des sterbenden Patienten sowie die psychische Betreuung ohne Eingriff in den Sterbeprozess selbst. Indirekte Sterbehilfe ist die Gabe von Schmerzmitteln mit lebensverkürzender Wirkung. Sie ist zulässig und nicht strafbar, wenn die Wirkung des Mittels gegenüber dem eigentlichen therapeutischen Ziel der Schmerzlinderung nur von untergeordneter Bedeutung ist. Aktive Sterbehilfe ist die gezielte unmittelbare Beendigung des Lebens des Patienten in der Absicht, ihm weitere Leiden zu ersparen. In Deutschland ist sie strafbar als Totschlag (§ 212 StGB) oder Mord (§ 211 StGB) oder als Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB). Unter passiver Sterbehilfe versteht man das Sterbenlassen des Patienten durch Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen, Beatmung, künstliche Ernährung oder Gabe von Medikamenten und das Nichtbeginnen solcher Maßnahmen.

Zur Situation in Belgien und in den Niederlanden

Seit September 2002 können belgische Ärzte Euthanasie an Patienten durchführen, ohne dabei eine kriminelle Handlung zu begehen. Das Gesetz legalisiert die Tötung auf Verlangen, wenn der Patient an einer unheilbaren Krankheit leidet. Die Tötung kann auch erfolgen, wenn der definitive Sterbeprozess in absehbarer Zeit noch nicht eintreten wird.

In den Niederlanden trat am 1. April 2002, nach einer jahrzehntelang geführten Debatte, das Gesetz zur Beendigung des Lebens auf Wunsch und Selbsttötung durch Beihilfe in Kraft. Ein wesentlicher Unterschied zwischen beiden Gesetzen besteht darin, dass in der niederländischen Gesetzgebung eine zweite Komponente, die Beihilfe zur Selbsttötung, mit inbegriffen ist. Das Gesetz kann angewandt werden, wenn es sich um „aussichtslose und unerträgliche Leiden“ handelt. Der Arzt ist weder verpflichtet, über noch verbleibende therapeutische Alternativen zu informieren, noch eine palliative (schmerzlindernde) Versorgung vorzuschlagen.

Im belgischen Gesetz muss der Patient 18 Jahre oder älter sein. Im niederländischen Gesetz ist dies grundsätzlich anders. Abschnitt 2, §3 des Gesetzes führt aus, dass auch dem Wunsch eines Minderjährigen zwischen 16 und 18 Jahren auf Euthanasie entsprochen werden kann, wenn ein grundsätzliches Verständnis der eigenen Situation vorliegt. Allerdings müssen Eltern oder Betreuer dem zustimmen. Im § 4 wird aktive Sterbehilfe für Minderjährige im Alter zwischen 12 und 16 Jahren ausgeweitet, die ebenfalls ein grundsätzliches Verständnis ihrer Situation aufweisen und die Einwilligung der Eltern bzw. der Betreuer besitzen.

Entscheidende Bedeutung kommt dem Willen des Patienten zu. Dieser kann einerseits durch eine unmittelbare Willensäußerung andererseits durch eine Patientenverfügung geäußert werden. Bei unmittelbar geäußerten Willen ist es von entscheidender Bedeutung, dass er nach dem belgischen Gesetz freiwillig, wohl überlegt und wiederholt geäußert werden muss (Abschnitt 3, §1-§5). Im Gegensatz dazu spricht das holländische Gesetz lediglich von einer freiwilligen und gut überlegten Willensäußerung.

Problematisch in beiden Gesetzgebungen ist die Definition eines Patienten im terminalen

Stadium seiner Erkrankung. Dabei ist herauszustellen, dass der Patient und nur der Patient bestimmt, was für ihn ein anhaltendes und untragbares physisches oder mentales Leiden bedeutet. Die Binnenperspektive des Patienten ist also maßgeblich hinsichtlich der Bewertung, ob er sich in einem Terminalzustand befindet oder nicht. Die Aufgabe des Arztes ist es, den Eindruck des Patienten zu bestätigen. In diesem Sinne stellt der Wunsch von Patienten, die sich nicht in einer Terminalphase ihrer Erkrankung befinden und euthanasiert werden wollen, ein besonderes Problem dar.

In Belgien haben Palliativorganisationen darauf hingewiesen, dass Euthanasie nur dann gerechtfertigt werden kann, wenn eine gute Palliativversorgung vorhanden ist. Die Forderung nach Euthanasie nehme ab, wenn die Qualität der Palliativversorgung zunimmt.

In diesem Zusammenhang wurde immer wieder behauptet, dass die Palliativversorgung in den Niederlanden sehr dürftig ausgebaut sei. Tatsächlich wurde erst in den neunziger Jahren ein flächendeckendes Netz in den Niederlanden aufgebaut. Im Gegensatz dazu startete die Diskussion um die Einführung der Euthanasie bereits in den sechziger Jahren.

In Belgien besteht hingegen ein gut ausgebautes, vielschichtiges Netz an Palliativversorgung. Es besteht aus palliativ unterstützenden Teams im ambulanten sowie stationären Bereich von Krankenhäusern und Altenheimen sowie Palliativstationen in Krankenhäusern. Dabei hat sich im Vorfeld der Euthanasiegesetzgebung die Föderation für Palliativpflege in Flandern, engagiert an den Diskussionen beteiligt. Sie verdeutlicht den Standpunkt, dass eine Legalisierung der Euthanasie ohne eine korrespondierende Erhöhung der Palliativpflege unakzeptable Konsequenzen haben werde. Die Mehrheit der Patienten die Euthanasie gefordert haben, gaben den Wunsch auf, nach dem sie eine gute palliative Versorgung erfahren hatten. Palliativer Versorgung gehe es nicht ausdrücklich um ein humanes Sterben, vielmehr um ein humanes Leben im Angesicht des Todes. Aus dieser Sicht sei die Wahl für Euthanasie nicht eine Wahl, die die Autonomie des Patienten unterstreicht, sondern eher als ein Ruf nach Hilfe zu verstehen. Aus diesem Grund wurde ein „Palliativ Filter“ eingebaut, das heißt eine palliativmedizinische Konsultation des betroffenen Patienten

vor Durchführung der Euthanasie, wobei vermeintliche Euthanasiewünsche heraus gefiltert werden sollen.

Palliativversorgung und Euthanasie sind weder Alternativen noch Gegensätzen. Wenn ein Arzt bereit ist, dem Euthanasiewunsch eines Patienten zu entsprechen, der kontinuierlich, und aus seiner Sicht unerträglich leidet, obwohl eine bestmögliche Versorgung vorhanden ist, dann ist kein abrupter Bruch zwischen der Palliativversorgung, die der Arzt bis zu diesem Punkt zur Verfügung gestellt hat und der Euthanasie, die er durchführen wird, zu erkennen. Aus dieser Perspektive stellt Euthanasie einen Teil von Palliativversorgung dar. Die meisten Patienten äußern den Wunsch nach Euthanasie in einem bestimmten Moment ihres Krankheitsprozesses, wenn das Leid für sie nicht mehr tragbar ist. Dabei spielen verschiedene Faktoren und deren Kombination eine entscheidende Rolle, zum Beispiel Zukunftsängste, respiratorische Beschwerden, physischer Schmerz, Kontrollverlust von Körperfunktionen, zunehmende Schwäche und Abhängigkeit von anderen. So korreliert der Euthanasiewunsch offensichtlich mit einer Abnahme der Lebensqualität. Diese Einschätzung trifft der Patient aus seiner Binnenperspektive. Euthanasie dürfe daher ausgeführt werden, wenn ein Leiden vorliegt, welches nicht verringert werden kann sowie in einer Situation, für welche keine andere vernünftige Lösung vorliegt, um das Leiden des Patienten zu mildern.

Palliative Sedierung beinhaltet das, was wir in Deutschland unter indirekter Sterbegleitung verstehen. Um die Zweideutigkeit dieses Begriffs und der daraus folgenden Intentionen der Handlungsträger zu vermeiden, wurde eine Konkretisierung der bisherigen Definition notwendig. Palliative Sedierung ist als eine intentionale Verabreichung von sedierenden Medikamenten in Dosierungen und Kombinationen zu verstehen, die dazu eingesetzt werden, das Bewusstsein eines Patienten in der Terminalphase so weit wie nötig zu reduzieren, um so zu einer adäquaten Linderung der Symptomatik beizutragen (Broeckeaert, B.; Janssens, R., 2005).

Palliative Care in Europa

Der Anteil der über 65-jährigen in der europäischen Bevölkerung wird sich von 16,1 Prozent im Jahr 2000 auf 22 Prozent im Jahr 2025 und weiter auf 27,5 Prozent im Jahr

2050 erhöhen. Fast jeder zehnte Europäer wird 2050 über 80 Jahre alt sein. Mit sinkenden Geburtenraten ergeben sich daraus dramatische Veränderungen. Bisher wurde das Thema „Überalterung“ in den europäischen Gesellschaften ignoriert, ebenso die brisanten und gesellschaftspolitisch relevanten Fragen, die sich daraus ergeben. Zunehmend kommen die Folgen des demographischen Wandels in der öffentlichen Diskussion an (Gronemeyer, R.; Fink, M.; Globisch, M.; et al., 2004).

Das Lebensende ist heute charakterisiert durch: die Institutionalisierung des Sterbens (die Mehrzahl der Menschen in Europa sterben in Institutionen, obwohl sie es nicht wünschen); und durch die Medikalisierung des Sterbens (bis zum 19. Jahrhundert war die Sterbesituation das Areal der Familie und der Geistlichen, nicht der Ärzte).

Obwohl die meisten Menschen den Wunsch formulieren, zu Hause zu sterben, wird der Tod in einer Institution zunehmend zur Normalität. In Deutschland ereignen sich zirka 80 Prozent aller Sterbefälle in Pflegeheimen, Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen. Obwohl die Situation in der überwiegenden Zahl der europäischen Länder ähnlich ist, bilden die baltischen Länder und die Niederlande eine Ausnahme. Immerhin 65 Prozent der Krebstoten in den Niederlanden verbringen ihre letzten Stunden in vertrauter Umgebung zu Hause.

Angesichts von Personalknappheit in den Institutionen und des zunehmenden ökonomischen Drucks in den Krankenhäusern werden Sterbende zum „Problem“. Die Betroffenen selber wünschen oft keine High-Tech-Medizin am Ende des Lebens, zugleich wird aber immer unverhohlener ausgesprochen, dass chronische Krankheiten und Alterskrankheiten nicht zu teuer werden dürfen – und es ist eine Frage der Zeit, wann sich der kostendeckende Faktor auch auf das Lebensende erstrecken wird.

Die vielfältigen Ratlosigkeit – Rückzug der Familie, Überforderung der pflegenden Institutionen, unangemessene Versorgung von Sterbenden im Krankenhaus – haben zur Entwicklung von Palliative Care geführt, die heute in allen europäischen Ländern präsent ist. Palliative Care Strukturen sind in den letzten 15 Jahren in verschiedenen europäischen Län-

dern mit beträchtlicher Geschwindigkeit und hohen Wachstumsraten neu entstanden. Fast überall in Europa existieren ambulante und stationäre Dienste parallel. Fast in allen Ländern gibt es nationale und regionale Gesetze zur Palliativversorgung und zunehmend auch eine geregelte Finanzierung.

Es zeigt sich ein Wohlstandsgefälle von West nach Ost, vor allem in der finanziellen Ausstattung von Palliative Care. Während es zum Beispiel in Italien ausgesprochen luxuriöse Hospize gibt, sind die Palliativeinrichtungen in Ungarn und den baltischen Ländern einfach ausgestattet. Im Kontrast zu der langsamen Entwicklung in Osteuropa gibt es eine explosionsartige Entwicklung in weiten Teilen Westeuropas. Während es zum Beispiel in Italien im Jahr 1999 lediglich 30 Betten gab, gibt es heute 2133. Ebenfalls stieg die Anzahl der vorhandenen stationären Hospiz- und Palliative Care Betten in den Niederlanden um das beinahe fünffache von 119 im Jahr 1999 auf 590 (2004) Betten an. In Deutschland hat nahezu eine Verdopplung in den letzten fünf Jahren stattgefunden, wie der Anstieg von 889 (1999) auf 1788 (2004) Betten zeigt.

Die Hospizbewegung hat sich zunächst als Modell der Sterbegleitung verstanden und konstituiert sich zunehmend im Kontrast zur aktiven Sterbehilfe, wie sie in den Euthanasiegesetzen in den Niederlanden und Belgien verankert wurde. Es wird mittelfristig die Frage auftauchen, ob die Trennung zwischen Sterbegleitung und Euthanasie in Europa strikt aufrechterhalten werden kann. Bisweilen sind schon jetzt die Grenzen in der Praxis fließend, zum Beispiel bei der passiven und der indirekten Sterbehilfe und möglicherweise in der Beihilfe zum Suizid.

Die europäische Gesellschaft ist im Begriff, auf das Problem des Sterbens eine neue gemeinsame Antwort zu finden. Palliative Care löst regionale Formen des Umgangs mit Sterben und Tod ab, die so vielfältig sind, wie die Kulturen, die Sprachen, die Ernährung, die Erziehung usw.

Ethisch-moralische Ableitungen

Für die Euthanasie sprechen:

- Das Argument der individuellen Freiheit. Dieses beinhaltet unter anderem das Recht des Betroffenen, ein für ihn als sinnlos empfundenes Leid abzulehnen.

- Das Argument vom Verlust der menschlichen Würde.
- Das Argument der Leidensbekämpfung.

Gegen die Euthanasie sprechen:

- Das Argument von der Heiligkeit des menschlichen Lebens, welches sowohl religiös als auch gesellschaftlich sozial begründet werden kann. (Euthanasie stellt die „Säulen der Gesellschaft“ in Frage, wenn diese das Lebensrecht nicht mehr für jeden garantieren würden).
- Das Argument vom Dammbuch (slippery slope).
- Das Argument des möglichen persönlichen Missbrauchs durch Ärzte und Angehörigen des Betroffenen. (Gefahr des Vertrauensverlustes in der Arzt-Patienten Beziehung).
- Das Argument der Gefahr der falschen Diagnosestellung und der Entdeckung neuer Behandlungsformen in der Medizin.

Zentrale moralische Probleme der Euthanasie ergeben sich mit den Begriffspaaren:

- aktiv/passiv
- freiwillig/unfreiwillig
- direkt/indirekt

Ein weiteres moralisches Grundproblem der Euthanasie hat mit der Bewertung der Lebensqualität zu tun, denn letztlich läuft es auf die Frage hinaus, ob der Tod nicht in dieser Situation dem Leben vorzuziehen sei.

Lange Zeit dominierte im Bereich der Medizin das bioethische Grundprinzip von „Gutes tun“. Während der letzten 40 Jahre wurde es durch das Prinzip „Respekt vor Autonomie“ abgelöst (Beauchamp, T.; Childress, J., 2001). Ein wesentlicher Grund für diesen Prinzipienwechsel war das Aufbegehren der Patienten gegen die ausgeprägt paternalistische Tendenzen in der Medizin. Für die Problematik am Lebensende äußerte sich die zunehmende Autonomie in der Formulierung des Rechtes auf Sterben. Das dieser Forderung zu Grunde liegende Autonomieverständnis, leitet sich von John Stuart Mill ab. Er versteht unter Freiheit als Autonomie, dass jeder sein eigenes Schicksal frei selbst bestimmen kann, solange er die Rechte anderer nicht verletzt.

Das Selbstbestimmungsrecht basiert auf dem Prinzip des Respekts vor Autonomie und stellt die zentrale Verbindung zwischen der belgischen und niederländischen Euthanasie-

gesetzgebung dar. Dabei leitet sich dieses Autonomieverständnis von einer negativen Freiheit ab. Im Gegensatz dazu soll hier ein Autonomieverständnis referiert werden, welches sich auf einer positiven Freiheitsauffassung bekundet. Anstatt einer Freiheit von, wie sie beispielsweise in der Forderung nach Euthanasie voraussetzungslos enthalten ist, wird einer Freiheit für entgegengesetzt. Das heißt, der Betreffende trägt auch in der Situation des Sterbens Mitverantwortung für sein Sterben. Je mehr Verantwortung der Sterbende für sein Sterben übernimmt, desto autonomer ist er. Dabei kann eingewendet werden, dass diese Patienten zum Zeitpunkt ihres Sterbens die Fähigkeit verloren haben, ihren Willen zu äußern. Das kann beispielsweise durch das Vorhandensein einer Patientenverfügung umgangen werden. Ob eine solche Patientenverfügung vorliegt, ist ebenfalls die Verantwortung der Sterbenden.

Der Grad der Autonomie entspricht dem Grad der Verantwortung. In diesem Sinn ist Autonomie an den Grad meiner Verantwortungsübernahme gebunden.

Auf der anderen Seite steht das Prinzip „Gutes tun“ für das ärztliche Handeln. Dieses Prinzip kann auch als Fürsorge für den Anderen verstanden werden. Die inhaltliche Wandelung trägt der veränderten Patient-Arzt-Beziehung bzw. allgemeiner der Beziehung zwischen den Helfenden und den Patienten Rechnung. Auch dem Fürsorgeprinzip geht es um die Verantwortung, welche sich jedoch auf den Anderen richtet. Im Prinzip der Verantwortung hebt sich daher das Prinzip der Autonomie und das Prinzip der Fürsorge auf der Grundlage der Beziehungen zwischen Helfenden und Patienten auf. Fürsorge und Autonomie sind zwei Seiten ein und derselben Medaille. An dieser Stelle schließt sich die Dichotomie zwischen Autonomie und Fürsorge.

Europa zwischen Palliative Care und Euthanasie

Der Europarat hat am 27. Juni 2004 nach heftigen Debatten die Initiative des Schweizer Dick Marty, der für ein europäisches Euthanasiegesetz wirbt, an den Sozialausschuss zurückverwiesen. Marty behauptet, dass Sterbehilfe in den meisten der 45 Mitgliedstaaten des Europarates zwar strafrechtlich verboten, in der Praxis aber weit verbreitet sei. Eutha-

nasie findet heimlich und unkontrolliert statt. In den Niederlanden sind im Jahr 2001 2054 Fälle von Euthanasie gezählt worden, Schätzungen gehen indes von 3800 tatsächlichen Fällen aus. Die deutsche Hospizstiftung rechnet bei einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe auf Grund des Kostendrucks EU-weit mit 24.000 Euthanasie-Opfern.

Sterben in Europa ist heutzutage ein Problem geworden, weil es zu teuer ist. Während die Menschen sich noch vor sinnloser Lebensverlängerung fürchten, wird schon längst über die Rationierung von Gesundheitsleistungen diskutiert. Man kann deshalb nicht übersehen, dass Palliative Care in der Gefahr ist, eine kostengünstige Antwort auf ein europäisches Megaprobem zu werden. Hospiz- und Palliativmedizin können billiger sein als Intensivmedizin. Angesichts der Überalterung Europas droht damit Palliative Care ein Missbrauch. Aus dem Versuch, eine bessere Versorgung Sterbender zu garantieren, könnte im schlimmsten Fall eine kostengünstige „Entsorgungsstruktur“ werden, die unter der Devise Outsourcing laufen könnte.

Palliative Care wird sich mit der Frage auseinander setzen müssen, wie eine europaweite Egalisierung bei gleichzeitiger Beseitigung aller kultureller Differenzen vermieden werden kann.

Zusammenfassung

Die Debatte über aktive Sterbehilfe (Euthanasie) wird in Europa seit Legalisierung der Euthanasie in Belgien und den Niederlanden im Jahr 2002 kontrovers geführt. Dabei findet eine zunehmende Polarisierung zwischen Sterbebegleitung und Euthanasie statt. Eine Alternative zur Legalisierung aktiver Sterbehilfe zeigt der Ausbau von Palliativ Care Systemen in weiten Teilen Europas. Im Prinzip der Verantwortung wird eine Perspektive möglich, die die Dichotomie zwischen Sterbebegleitung und Euthanasie überwindet.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Dr. Dr. Mathias Antonioli,
EMBioethics, MA phil.

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
am Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt
Heinrich-Cotta Straße 12, 01324 Dresden
E-Mail: mathias.antonioli@khdn.de