

ÜBERBLICK ÜBER DIE EUTHANASIE – PROBLEMATIK ANMERKUNGEN ZUR STERBEHILFE

Dr. Günther Donà

Seit Jahren ist Sterbehilfe in unserer Gesellschaft ein lebhaft umstrittenes und kontrovers diskutiertes Thema.

Die Verabschiedung der Gesetze zur aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden und in Belgien, die Zustimmung zum assistierten Suizid in Zürich und diverse parlamentarische Initiativen in verschiedenen europäischen und amerikanischen Staaten haben Gegner und Befürworter der, wie auch immer verstandenen, aktiven Beihilfe zur Todesbeschleunigung gleichermaßen in ihrer Grundeinstellung bestätigt und zu neuen Diskussionen Anlass gegeben.

Die nachfolgenden Anmerkungen wollen sich darauf beschränken, gängige Begriffe in der Euthanasiediskussion zu klären, da die vielen unterschiedlich verwendeten Begriffe und Definitionen der berechtigten und notwendigen Diskussion nicht dienlich sein können.

Nur auf diese Weise wird nämlich eine möglichst vorurteilslose, sachliche, differenzierte Diskussion der Sterbehilfeproblematik gelingen. Und diese ist dringend nötig, um endlich in der Gesellschaft speziell jene Unsicherheit in Bezug auf Durchführung oder Unterlassung von medizinischen Maßnahmen auszuräumen, die für jeden einzelnen Bürger, der ja immer auch potentieller Patient ist, im Krankheitsfall zu einer zusätzlichen psychisch-seelischen Belastung werden kann.

Die Erwartungen in die Medizin und Pflege sind heute groß. Einerseits werden die Möglichkeiten der Medizin, die Grenzen des Todes hinauszuschieben, als ein Recht gesehen, andererseits lösen jedoch dieselben Möglichkeiten tiefe Ängste aus. Die Grenze zwischen optimaler Behandlung und therapeutischem Übereifer kann fließend sein. Der Mangel an Regelungen und die daraus folgende Rechtsunsicherheit lassen beim Arzt Befürchtungen wegen möglicher strafrechtlicher Konsequenzen seines Handelns entstehen; der Patient seinerseits ängstigt sich vor einer qualvollen Verzögerung seines Sterbens durch einen ihm aufgedrängten Einsatz medizinischer Techniken und Apparaturen.

Daneben führen auch die sozialen und demographischen Veränderungen, die zunehmend unklare Wirtschaftslage und der Ruf nach Umverteilung der vorhandenen Mittel besonders für die letzte Phase des Lebens zu vermehrter Besorgnis. Ethische Überlegungen und wirtschaftliche Überlegungen divergieren

in der Frage: Welche Betreuung wollen wir und auf welche Betreuung haben wir Anrecht?

Benötigt wird daher eine möglichst klare, gesicherte, ethisch begründbare und juristisch einwandfreie Richtschnur für das Verhalten in Diagnose und Therapie gegenüber dem einzelnen Patienten, wobei die Grundwerte Autonomie, Wahrhaftigkeit, Gerechtigkeit und Menschenwürde, aus denen sich ein Recht auf Mitbestimmung oder gar Selbstbestimmung ableiten lässt, in alle Überlegungen zwingend aufzunehmen sind.

An dieser Stelle sei auch betont, dass das wachsende Wissen und die zunehmende Erfahrung in der Palliativmedizin das Interesse an einer umfassenden Sterbebegleitung verbessert hat, dieses spezielle Wissen aber noch zu wenig Eingang gefunden hat in den Krankenhausalltag, die Pflegeheime und die Hausbetreuung.

Dies hat mancherorts den Ruf nach einem Recht auf ein rasches, schmerzfreies Sterben und auf diesbezügliche Selbstbestimmung laut werden lassen.

Schwerkranke äußern nicht selten Sterbewünsche: Sie möchten körperlichen Leiden - Schmerz, Ermattung, Atemnot, Erbrechen - ausweichen. Ebenso oft sind es aber auch seelische Leiden - Angst vor zunehmender Verschlechterung, Angst, alleine gelassen zu werden oder den Angehörigen zur Last zu fallen, Depression, Gefühl der Ohnmacht und der Entwürdigung - von denen sich manche Patienten durch den Tod befreien möchten.

Die Erfahrung zeigt aber, dass der Wunsch nach Beihilfe zur Selbsttötung und aktiver Euthanasie in den allermeisten Fälle erst gar nicht geäußert wird, wenn Palliativmedizin und -pflege frühzeitig und ausreichend eingesetzt werden.

Daher die Forderung, parallel zur Euthanasiediskussion alle Möglichkeiten für eine Verbreitung des palliativmedizinischen Gedankens auszuschöpfen, sei dies in der Aus- und Weiterbildung des Sanitätspersonals, der täglichen Praxis, der Forschung, der Aufklärung der Bevölkerung. Nur dann können in der Diskussion echte Alternativen zu den Sterbehilfeforderungen angeboten werden und die Problematik vielschichtig beleuchtet werden.

Formen der Euthanasie

Direkte aktive Euthanasie:

Direkte aktive Euthanasie ist die gezielte Tötung zur Verkürzung der Leiden eines anderen Menschen.

Indirekte, (auch indirekte aktive) Euthanasie:

Indirekte (aktive) Euthanasie liegt vor, wenn zur Linderung von Leiden Mittel (z.B. Schmerzmittel) eingesetzt werden, welche als Nebenwirkung die Überlebensdauer herabsetzen können. Bei der indirekten (aktiven) Euthanasie ist die der Handlung zugrunde liegende Absicht entscheidend. Das Ziel der Handlung liegt in der Linderung des unerträglichen Leidens und nicht in der Beendigung des Lebens, auch wenn der Sterbevorgang dadurch beschleunigt werden kann.

Passive Sterbehilfe

Passive Euthanasie liegt vor, wenn auf lebenserhaltende Maßnahmen verzichtet wird. Wichtig ist dabei der Gedanke, dass passive Euthanasie den Sterbeprozess sinnvoll beeinflussen will, wobei der Todeszeitpunkt unbestimmt bleibt, während aktive Euthanasie das Erzwingen des Todes innerhalb von Minuten zum Ziele hat.

Beihilfe zur Selbsttötung

Beihilfe zur Selbsttötung liegt vor, wenn jemand einen Menschen bei der Verwirklichung eines bereits gefassten Entschlusses zur Selbsttötung unterstützt

Urteilsfähigkeit des Patienten

Einer besonderen Berücksichtigung bedarf in der Euthanasiediskussion der Zustand der Mündigkeit und der Urteilsfähigkeit des Sterbenden: Die Unterscheidung erfolgt in

- mündige und urteilsfähige Personen,
- mündige, urteilsunfähige Personen,
- unmündige bzw. entmündigte, urteilsfähige Personen,
- unmündige bzw. entmündigte, urteilsunfähige Personen.

Diese Unterscheidung ist im Rahmen der Erarbeitung einer Richtschnur notwendig, um der Forderung nach eingehender Berücksichtigung des Patientenwillens - sei es in Form einer geschriebenen Patientenverfügung, einer verbalen Verfügung oder des mutmaßlichen aktuellen Willens auf Grund objektiver Umstände, wie medizinische Prognose oder Verhältnis zwischen Intensität des geplanten Eingriffs und der erwarteten therapeutischen Wirkung, oder früherer Willensäußerungen im rechten Maße nachzukommen.

Ethisch fundiertes Denken ist Voraussetzung für ein Gelingen im Prozess der Entscheidungsfindung zum ausschließlichen Interesse der Sterbenden.

Literatur:

Comitato Nazionale per la Bioetica, Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana, 14 luglio 1995

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten

Prof. Dr. Karl Golser, "La richiesta di eutanasia – sintomo di una società malata" Colloqui di Dobbiaco, 24-8-2001, pubblicato in: MAZZONI, Aldo (a cura di): I venerdì di Dobbiaco, Ed. CIC (Centro di Iniziative Culturali), Bologna 2002, 47-56

3. Ethisches Forschungsgespräch in Oppeln (19./20.4.2001) Euthanasie in der Diskussion, Prof. Dr. Karl Golser, Bressanone-Brixen (Italien), Stellungnahmen zu Sterbehilfe und Euthanasie des Lehramts der Katholischen Kirche, Veröffentlicht in: Morciniec, Piotr Hrsg.: Eutanazja w Dyskusji, Euthanasie in der Diskussion, Wydział Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego, Opole/Oppeln 2002, 209-245

K. Faisst, Medizinische Entscheidungen am Lebensende in der Schweiz Im Rahmen des EU-Projekts «Medical End-of-life Decisions: Attitudes and Practices in 6 European Countries» Schweizerische Ärztezeitung / Bulletin des médecins suisses / Bollettino dei medici svizzeri •2001;82: Nr 25 1330

M. Marti, Sterbehilfe in der Schweiz, Schweizerische Ärztezeitung / Bulletin des médecins suisses / Bollettino dei medici svizzeri •2002;83: Nr 12 571

Sterbehilfe in Altersheimen, Ethische Perspektiven, Beiträge zur Informations- und

Koordinationstagung für Seelsorgende und andere kirchliche Verantwortliche, Donnerstag, 7. Juni 2001 in Bern; TEXTE 2/01 ISSN 1420-0097X; ise-ies, Institut für Sozialethik des Schweizerischen Evangelischen Kirchenbundes,

Arbeitsgruppe Sterbehilfe, STERBEHILFE, Bericht der Arbeitsgruppe an das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement, März 1999

Wettstein,H., Sterben in Würde

Direkte aktive Sterbehilfe	Gezielte Tötung zur Verkürzung der Leiden eines anderen Menschen
Indirekte (aktive) Sterbehilfe	Wenn zur Linderung von Leiden Mittel eingesetzt werden, welche als Nebenwirkung die Lebensdauer herabsetzen können
Passive Sterbehilfe	Verzicht auf die Aufnahme oder den Abbruch von lebenserhaltenden Maßnahmen, durch welche der Eintritt des Todes hinausgezögert werden könnte
Beihilfe zum Selbstmord	Wenn jemand einen Menschen bei der Verwirklichung eines bereits gefaßten Entschlusses zur Selbsttötung unterstützt
Dysthanasie	Therapeutisches Beharren
Palliativmedizin und palliativmedizinische Maßnahmen	Jener Zweig der Medizin, der sich Menschen mit einer nicht heilbaren progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung widmet; der Aspekt der Linderung von Leiden tritt vor den der Heilung, im Vordergrund steht nicht die Lebensverlängerung, sondern das Erreichen einer bestmöglichen Lebensqualität in der noch verbleibenden Zeit.

