Ruth Horn

Welche Art von Selbstbestimmung für sterbenskranke Patienten? Eine vergleichende Studie in Frankreich und Deutschland

Zusammenfassung
Häufig beziehen sich Gegner und Befürworter des Rechts eines Kranken, den Zeitpunkt seines Todes mit Hilfe eines Arztes selbst zu bestimmen, auf die Erfahrungen der Länder, welche unter bestimmten Umständen von einer Strafverfolgung in solchen Fällen absehen. Geht man jedoch davon aus, dass der Forderung nach dem Tod nicht nur der reine Wunsch nach Selbstbestimmung, sondern nach allgemeiner Anerkennung der persönlichen Überzeugungen und Bedürfnisse zugrunde liegt, so ist es interessant, zwei Länder zu vergleichen, in denen jede ärztliche Handlung, welche darauf abzielt, Leben zu verkürzen, verboten ist, aber in denen Patientenautonomie unterschiedlich beachtet und verstanden wird. Bei einem solchen Vergleich zwischen Frankreich und Deutschland können wir folgendes feststellen: Je mehr in einem Land auf die Wünsche und Bedürfnisse Schwerkranker eingegangen wird, desto weniger Forderungen nach dem »Recht zu Sterben« gibt es.

Abstract/Summary
Supporters and opponents of the patient's right to determine the moment of his or her death with the assistance of a doctor frequently refer to practices and experiences in countries where, under certain circumstances, such procedures are legally permitted. However, if one assumes that the wish to die is based upon a desire not only for self-determination but also for acknowledgement of ones personal convictions and needs, it is interesting to compare two countries where medically assisted euthanasia is prohibited, yet patient autonomy is respected and interpreted differently. Such a comparison between France and Germany provides us with the insight that the more the wishes and needs of severely ill patients are appreciated and attended to the fewer are the calls for a »right to die«.

Schlüsselwörter
Euthanasie; Sterbehilfe; Autonomie.

Keywords
euthanasia; right to die; end-of-life-decision-making; autonomy.

Die Debatte über die Bedingungen des Sterbens in Krankenhäusern kommt in den frühen 70er Jahren zuerst in Amerika auf und weitet sich einige Jahre später auf andere westliche Länder aus. Ausgelöst wurden diese Diskussionen durch mediatisierte Einzelschicksale, die erstmals die immer besser werdenden Möglichkeiten der Lebenserhaltung oder -verlängerung in Frage stellten. Tatsächlich sichern medizintechnische Eingriffe wie Reanimation, künstliche Beatmung, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung, Dialyse etc. nicht immer die von dem Patienten gewünschte Lebensqualität. Die aufkommende Angst vor einer verlängerten Phase des Lebensendes ohne Selbstbestimmung und die Ablehnung solcher lebenserhaltender Eingriffe äußert sich seither wohl am deutlichsten in der radikalen Forderung nach einem »Recht zu sterben«, also Euthanasie oder aktive Sterbehilfe. Die Frage, die sich dabei für eine Gesellschaft stellt, ist die, ob sie einem Individuum ein solches Recht zugestehen kann und wenn ja, mit welchen Argumenten.

Die Debatte hat von Anfang an zu heftigen Kontroversen zwischen Befürwortern und Gegnern der Sterbehilfe geführt. Meistens werden die Argumente beider Seiten mit den als positiv oder negativ wahrgenommenen Erfahrungen derjenigen Länder belegt, welche die Sterbehilfe unter bestimmten Bedingungen autorisiert haben. Jedoch könnte es für diese Debatte ebenso bedeutend sein, die Praktiken der Länder zu untersuchen und zu vergleichen, in denen aktive Sterbehilfe verboten ist. Tatsächlich ist diese Problematik sehr komplex und begrenzt sich nicht einfach auf die Frage, ob man seinem Leben ein Ende setzen kann oder nicht.

Ziel unserer soziologischen Analyse (Dokumentenforschung, ethnographische Beobachtungen und Interviews)[1] war es, die Sterbehilfe-Debatte zu beleuchten, indem der Kontext und die Praktiken, welche diese Debatte aufkommen lassen und nähren, untersucht werden. Unser Interesse galt dabei besonders zwei Ländern, in denen Sterbehilfe verboten ist, die das Thema aber trotzdem mit großer Empfindlichkeit behandeln: Frankreich und Deutschland.

1. Zwei verschiedene Arten, mit Problemen am Lebensende umzugehen

Die vergleichende Analyse zeigt, dass, obwohl beide Länder aktive Sterbehilfe mit Tötung gleichsetzen, moralische Aspekte und praktische Probleme im Umgang mit sterbenskranken Patienten jeweils unterschiedlich diskutiert und gehandhabt werden. Ebenso wie Sterbehilfe nicht gleichermaßen definiert wird, so werden auch in jedem Land verschiedene Praktiken damit assoziiert. Die in der Debatte jedes Landes unterschiedlich angeführten Argumente und Begriffe verweisen vor allem auf einen verschiedenen geschichtlichen, politischen und juristischen Kontext. Desgleichen wird in beiden Ländern ein anderer Umgang der Ärzte mit sterbenskranken Patienten beobachtet, besonders was die Beachtung ihrer Wünsche und Äußerungen anbelangt. So erklärt sich das Verbot der aktiven Sterbehilfe nicht einfach durch bedingungslose Wahrung des Lebensschutzes oder Nichtbeachtung des Patientenwillens, wie ihre Befürworter manchmal behaupten, sondern durch viel komplexere Faktoren.

1.1 Die Sorge um Legalität und Moralität der ärztlichen Handlung in Frankreich

Ein Vergleich der in der Debatte unterschiedlich verwendeten Definitionen von Sterbehilfe umfasst immer auch die unterschiedlichen Werthaltungen und historisch gewachsenen Einstellungen in einer Gesellschaft.

Bis auf Deutschland wird in Frankreich, wie auch in den meisten anderen Ländern in der Debatte, das aus dem griechisch stammende Wort »Euthanasie« benutzt.[2] Das französische Ethikkomitee definiert Euthanasie als »Handlung eines Dritten, der gezielt das Leben einer Person beendet, in der Absicht eine unerträgliche Situation zu beenden«[3]. Diese Definition wurde auch von der parlamentarischen Kommission zur Information über die Begleitung am Lebensende (*Mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie*) übernommen, die unter der Leitung des Abgeordneten Jean Leonetti den Gesetzentwurf für das 2005 verabschiedete Gesetz über die Rechte von sterbenskranken Patienten vorlegte.[4] Euthanasie wird demnach, egal welches Motiv einer solchen Handlung zugrunde liegt, mit Tötung gleichgesetzt. Die handelnde Person ist bei dieser Definition nicht festgelegt und kann somit der Arzt, ein Pflegender, ein Angehöriger oder Freund sein.

Der Wille des Patienten findet hier überhaupt keine Beachtung; wichtig scheint nur zu sein, dass die Person in einer unerträglichen Situation ist, wobei nicht präzisiert wird, wer entscheidet, dass diese Situation unerträglich ist. Das kann somit der Handelnde als auch die betroffene Person selbst sein. Die Handlung kann also motiviert sein durch das Leiden des Betroffenen selbst oder durch die Wahrnehmung eines Dritten, der mit dem Leiden konfrontiert wird.

Seit Ende der 70er Jahre zeugen die französischen Pressedossiers von dieser engen Definition, die letztlich dazu geführt hat, dass beinahe jede illegale, aber auch legale Handlung im Umgang mit Sterbenskranken (Behandlungsabbruch, hohe Schmerzmitteldosierung, absichtliche Lebensbeendigung etc.) als Euthanasie und somit als Tötung diskutiert wurde. Dadurch wurde zunehmend auch das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten und Patienten beeinträchtigt, da einerseits ein großes Misstrauen auf Seiten der Patienten aufkam, aber sich auch auf Seiten der Ärzte eine große Verunsicherung bemerkbar machte. Letztere wurde vor allem von den Artikeln 37 und 38 des ärztlichen Standeskodex hervorgerufen. Diese besagen einmal, dass der Arzt die Leiden seines Patienten lindern und von »unvernünftigen« Therapieeingriffen absehen soll (Artikel 37) und ein anderes Mal, dass der Arzt seinen sterbenden Patienten bis zum Ende begleiten und seine Würde durch angemessene Pflege wahren soll, aber auf keinen Fall dessen Tod herbeiführen darf (Artikel 38). Es war jedoch weder geklärt, wann ein Therapieeingriff »unvernünftig« ist, und ob eine Therapie auch dann abgesetzt werden darf, wenn der Patient in der Folge versterben würde, noch ob eine angemessene Schmerzmedikation mit unerwünschten Todesfolgen zulässig ist oder nicht. Wie wir beobachten konnten, neigen französische Ärzte meist jedoch zu einer sehr aktiven Haltung, indem sie häufig eher eine Therapie weiterführen, auch wenn diese keine Wirkung mehr auf die Krankheit hat, als sie abzubrechen.

Als Reaktion auf diese Haltung haben sich zwei Bewegungen entwickelt, welche sich vor allem gegen eine »medizinische Verbissenheit«[5] und für mehr Patientenautonomie eingesetzt haben. Zuerst organisierten sich vor allem die Befürworter der Euthanasie und verlangten das »Recht, den Tod selbst zu bestimmen«. Seit 1980 haben sich die Anhänger in der »Gesellschaft für ein Recht auf ein würdevolles Sterben«[6] organisiert und

verfolgen ihr Ziel vor allem auf medialer Ebene. Die andere Bewegung wurde von den Pionieren der Hospizarbeit und Palliativmedizin ins Leben gerufen. Diese sind strikt gegen eine Lösung der Probleme durch Euthanasie, setzen sich aber auch stark für mehr Selbstbestimmungsrechte der Kranken und gegen ärztliche Überbehandlungen ein. Ihr Ziel ist es, die Versorgung der Kranken auch nach einem therapeutischen Behandlungsabbruch zu sichern und vor allem deren körperliche, aber auch psychische Leiden bestmöglich zu lindern. Die Anhänger dieser Bewegung sind seit 1983 in der Gesellschaft »Bis zum Tod das Leben begleiten«[7] organisiert, welche heute dem Dachverband der »Französischen Gesellschaft für Sterbebegleitung und Palliativpflege«[8] angehört.

Auf politischer Ebene wurden die Vorschläge der Pro-Euthanasie Lobby von jeher abgelehnt. Jedoch fand diese große Unterstützung durch die Medien und somit auch bei Teilen der Bevölkerung, was einen gewissen Druck auf die Gesundheitspolitik ausübte, sich mit diesen Fragen auseinander zu setzen. Schließlich wurden ab den 90er Jahren politische Maßnahmen getroffen, um die Palliativmedizin zu fördern und als Alternativlösung anzubieten. Seit Beginn hatten die Anhänger der Palliativbewegung jedoch ein sehr gespanntes Verhältnis besonders zu den Krankenhausärzten, die sie häufig auf Grund zu aggressiver Behandlungsmethoden kritisierten. Deshalb war die Einbindung der Palliativteams im Krankenhausmilieu schwierig und ging nur langsam voran. Vor allem wurden so genannte »Mobile Teams« gebildet, die aber weder über eine eigene Station noch über eigene Betten verfügen. 2007 zählte man zum Beispiel 340 solcher Teams und nur 89 Palliativstationen.[9] In der Praxis sind die Mobilen Teams ständig mit dem Misstrauen der anderen Stationsteams konfrontiert, welche nur ungern einem »fremden« Team die medizinische Versorgung »ihrer« Patienten überlassen, besonders, da die tägliche Pflege von dem Stationsteam ausgeführt wird.

Von den Problemen in Bezug auf den nahenden Tod sind nicht nur die Patienten selbst betroffen. Auch unter dem therapeutischen Personal ist eine große Belastung zu spüren, wenn dieses mit Fragen bezüglich eines Therapieabbruchs oder des Umgangs mit Sterbenden konfrontiert wird. Diese Schwierigkeiten wurden immer wieder in Folge großer Affären zur Sprache gebracht und besonders seit 2003 durch den Fall Vincent Humbert in der Öffentlichkeit diskutiert.[10]

Die große Mediatisierung dieser Affäre hat schließlich zum Erlass eines neuen Gesetzes geführt, welches am 12. April 2005 verabschiedet wurde.[11] Dieses Gesetz lehnt zwar weiterhin die aktive Sterbehilfe und jegliche Handlung ab, die den Tod herbeiführt, legalisiert aber ausdrücklich Entscheidungen, welche das Sterben zulassen. Konkret führt das Gesetz eindeutigere Definitionen ein, die festlegen, welche Handlungen zulässig und welche verboten sind. Außerdem wird Gewicht auf kollegiale Entscheidungen in schwierigen Situationen gelegt und hervorgehoben, dass der Wille eines mündigen Patienten im klaren Bewusstseinszustand respektiert werden soll, wenn dieser eine Behandlung, wozu auch künstliche Ernährung zählt, abbrechen möchte, und der Arzt dabei kein Risiko eingeht, für unterlassene Hilfeleistung bestraft zu werden.

Unsere Untersuchung, welche kurz nach dem Erlass dieses Gesetzes begann, zeigt deutlich, dass ein Gesetz allein nicht die Einstellungen und Verhaltensweisen ändern kann. Die Beobachtungen und Interviews haben bestätigt, wie schwierig es noch heute für französische Ärzte ist, eine Behandlung einzustellen und sich einzugestehen, dass diese keine Heilungschancen mehr birgt oder das Sterben nicht mehr weiter verhindern kann. Viele der befragten Ärzte erklärten uns, einen Therapieabbruch oder das Sterben

eines Patienten als einen großen persönlichen und fachlichen Misserfolg zu erleben. Und auch wenn die Mehrzahl der Ärzte heute die Unterstützung der Palliativteams in solchen Situationen wünscht, so berichten doch auch viele von den Schwierigkeiten, diese in ihre Arbeit einzubinden und mit ihnen zusammen zu arbeiten. Die Interviews machten deutlich, dass körperliches und psychisches Leiden von den Ärzten besonders thematisiert wird und oft als etwas Unerträgliches wahrgenommen wird. Wir vermuten, dass hinter dem Verhalten und den Einstellungen der Ärzte häufig eigenes Unbehagen vor dem Tod und Angst vor therapeutischem Versagen steckt. Zugleich haben wir festgestellt, dass der Wunsch, die Schmerzen der Patienten zu lindern, von der Furcht gehemmt wird, ausreichende Mengen von Schmerzmitteln zu verabreichen, da dies bei sterbenskranken Patienten in manchen Fällen zu einem Atemstillstand führen kann, was häufig als aktive Sterbehilfe, also Euthanasie, betrachtet wird. In anderen Fällen konnten wir feststellen, dass das Unbehagen gegenüber Schmerzpatienten und der Wunsch, diesen Schmerz zu beseitigen, so groß ist, dass einige Ärzte sich durchaus für die Möglichkeit der Euthanasie aussprechen und sich manche von ihnen auch ohne Zögern dazu bekennen, eine solche schon durchgeführt zu haben.

1.2 Die Sorge der deutschen Ärzte um die Achtung des Patientenwillens

In Deutschland ist das Wort »Euthanasie« untrennbar mit den Gräueltaten der Naziärzte assoziiert. Es bleibt unter den Ärzten und in der Gesellschaft weitgehend tabuisiert. Um dennoch eine Debatte über die Handlungsweisen am Lebensende führen zu können, wurde bald nach Ende des Krieges der Ausdruck »Sterbehilfe« eingeführt. Ebenso wie Euthanasie in der internationalen Literatur oft als »aktiv« oder »passiv« qualifiziert wird, unterscheidet man auch zwischen »aktiver« und »passiver« Sterbehilfe. Es gibt wie in Frankreich keine eigene juristische Regelung bezüglich der Sterbehilfe, und sie wird strafrechtlich auch in Deutschland mit Tötung gleichgesetzt (§ 216 StGB). Das Gesetz, das wie auch jedes andere verbietet, eine andere Person zu töten, stützt sich auf die deutsche Verfassung von 1949, deren erstes Prinzip die »Unantastbarkeit der Würde des Menschen« ist (Artikel 1 GG), die von der öffentlichen Gewalt geachtet und geschützt werden muss. Der zweite Artikel garantiert das »Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit« (Artikel 2 II GG) und Artikel 4 sichert das »Recht auf Freiheit des Glaubens und des Gewissens«.

Die Definition des deutschen Ethikrates[12] von aktiver Sterbehilfe spiegelt die verfassungsrechtliche Bedeutung der Würde des Menschen wider, indem sie die Selbstbestimmung und die Achtung des individuellen Willens unterstreicht. Demnach wird jede ärztliche Handlung als aktive Sterbehilfe bezeichnet, welche absichtlich und auf ausdrücklichen Wunsch einer betroffenen Person hin deren Tod beschleunigt. Trotz des Verweises auf das Einverständnis der betroffenen Person bleibt eine solche Handlung jedoch strikt verboten und gilt als vorsätzliche Tötung.

In allen anderen Fällen garantiert das Grundrecht auf Achtung der Würde jedoch die Freiheit des Individuums gegenüber jedem ungebührlichen Eingriff des Staates. Wenn man die verschiedenen deutschen Fälle betrachtet, die in den Medien diskutiert wurden, so kann man klar feststellen, dass die Rechtsprechung dem Patientenwillen große Beachtung schenkt. In zahlreichen Konflikten bezüglich der Frage eines Behandlungsabbruchs gegen ärztlichen Willen sprachen sich die Richter im Sinne des Patientenwillens aus. Der

Platz, der der Achtung des individuellen Willens eingeräumt wird, markiert einen grundlegenden Unterschied gegenüber dem französischen Recht, welches auf der Philosophie Rousseaus basiert, der den Willen der Gemeinschaft, welcher durch den Staat vertreten wird, über den Willen des Einzelnen stellt.

Die Priorität des Patientenwillens in Deutschland verweist sowohl auf die Tradition der Philosophie Kants, als auch auf die Prinzipien, die nach dem Zweiten Weltkrieg im so genannten Nürnberger Code von 1947[13] festgelegt wurden und auf den Einfluss der amerikanischen Bioethik. Denn wenn die deutsche Debatte über Sterbehilfe, wie auch in Frankreich, in den späten 70er Jahren in Folge der Mediatisierung der amerikanischen Fälle aufkommt, scheint die amerikanische Diskussion doch einen stärkeren Einfluss auf die Überlegungen in Deutschland zu haben als in Frankreich.

Die Diskussionen über ärztliche Entscheidungen am Lebensende und über Patientenrechte hatten auch in Deutschland zu einer Bewegung für das »Recht zu Sterben« geführt. Jedoch wurde im Hinblick auf die deutsche Vergangenheit jeder Vorschlag der Euthanasie von einer großen Öffentlichkeit verworfen. Trotzdem hat der Begriff »Sterbehilfe« wie auch die Bedeutung, die dem Patientenwillen zugeschrieben wird, eine Debatte über Fragen bezüglich des Lebensendes zugelassen.

In dieser Atmosphäre, die einerseits dem Patientenwillen eine wichtige Rolle zukommen lässt und andererseits jede Handlung ablehnt, die den Tod hervorruft, konnte sich die Palliativmedizin Anerkennung verschaffen. Im Unterschied zu Frankreich[14] wurden nach dem englischen Vorbild Hospize eingerichtet, die die Versorgung von Patienten in ihrer letzten Lebensphase anbieten. Diese Häuser, die anfangs als »Sterbeklinken«[15] bezeichnet wurden, stehen nicht unter ärztlicher Leitung, sondern werden hauptsächlich von Krankenschwestern geführt und von der freiwilligen Arbeit einiger Ärzte unterstützt. Parallel dazu hat sich die deutsche Palliativbewegung innerhalb des Ärztemilieus als neue Spezialisierung in der Versorgung schwer- oder sterbenskranker Patienten entwickelt. Während die Hospizarbeit lange Zeit gegen ihren negativen Ruf gekämpft hatte, konnte sich die Palliativmedizin problemlos in die öffentlichen Pflegestrukturen eingliedern und gewann auch rasch Anerkennung in der Bevölkerung.

Mehrere Faktoren erklären diese Entwicklung: Erstens ist die Palliativmedizin in öffentliche Strukturen integriert und verfügt in den Krankenhäusern über eigene Stationen und nicht wie in Frankreich nur über Mobile Teams, die über keine eigenen Betten verfügen. So zählte man 2007 mit 156 Palliativstationen in deutschen Krankenhäusern beinahe die doppelte Anzahl als in Frankreich. Zusätzlich verfügen die deutschen Palliativstationen jeweils über einen Konsiliardienst.[16] Zweitens bietet die Palliativmedizin ihre Kompetenzen nicht nur Patienten am Lebensende an, sondern generell Patienten, bei denen eine kurative Therapie keine Wirkung mehr hat, die aber durchaus noch eine Lebenserwartung von einigen Monaten oder gar Jahren haben. Drittens haben Palliativärzte meist einen weniger ideologischen Hintergrund als die Mitglieder der Hospizbewegung, deren Engagement meist auf Vereinsebene stattfindet. Ohne den allgemeinen ärztlichen Umgang mit Sterbenden in Frage zu stellen, hatte sich die Palliativmedizin als logische Folge in der Versorgungskette schwerkranker Patienten gesehen und niemals als Konkurrenz zur kurativen Medizin.

Trotz der starken Hierarchisierung unter dem Krankenhauspersonal und der unvermeidlich asymmetrischen Arzt-Patient-Beziehung, zeugen die Handlungen und Einstellungen deutscher Ärzte von großem Respekt vor dem Patientenwillen bezüglich thera-

peutischer Entscheidungen und dem Tabu aktiver Sterbehilfe. Hier gibt es eine Entsprechung auf juristischer Ebene und der Rechtsprechungen, welche den Patientenwillen in den Vordergrund stellen. Ebenso haben wir beobachtet, dass Bitten um aktive Sterbehilfe seltener als in Frankreich ausgesprochen werden, und deutsche Ärzte sich bedeutend weniger die Frage nach einer Ausnahmeregelung für eine solche Handlung stellen. Mit relativer Gelassenheit gehen sie davon aus, dass Leiden am Lebensende niemals vollständig bekämpft werden können und dies von den Ärzten auch akzeptiert werden sollte. Jedoch zögern sie weniger als französische Ärzte, ausreichend Schmerzmedikation zu verabreichen, um die körperlichen Schmerzen ihrer Patienten zu stillen und betrachten es als besonders wichtig, ihren Patienten in Situationen des Lebensendes möglichst viel Entscheidungsautonomie zuzugestehen. Viele Ärzte bieten ihren Patienten ab einem bestimmten Moment die Möglichkeit an, Therapiemaßnahmen abzubrechen, um nicht deren Hoffnung nach einer Heilung aufrechtzuerhalten, wenn es keine mehr gibt.

In der aktuellen Debatte geht es weniger um die Frage, ob der Tod eines Kranken herbeigeführt werden darf oder nicht, sondern um Patientenverfügungen, das heißt um die Reichweitenbegrenzung des Patientenwillens, wenn der Patient sich in einem nicht mehr bewusstseinsfähigen Zustand befindet. Wenn es um das Recht des Patienten geht, sein Leben zu beenden, dann stellt sich weniger die Frage nach aktiver Sterbehilfe als vielmehr die nach Beihilfe zum Suizid. Die Diskussion über assistierten Suizid wurde vor allem entfacht, als die Schweizerische Organisation *Dignitas* 2006 eine Zweigstelle in Hannover eröffnete, mit dem Ziel, Kontakte zu Mitgliedern in der Schweiz herzustellen, um deutschen Patienten Beihilfe zur Selbsttötung in der Schweiz zu ermöglichen. Ebenso rief der ehemalige Justizsenator Roger Kusch aus Hamburg heftige Kritik hervor, als er 2007 seine Erfindung eines Apparates bekanntgab, der es ermöglicht, Patienten beim Suizid zu unterstützen, ohne dabei eine dritte Person mit einzubeziehen. Seither hat er bei fünf Personen Beihilfe zum Suizid geleistet und dies auf Video festgehalten, um nachzuweisen, nicht direkt mitgewirkt zu haben. Besonders skandalös wurde empfunden, dass Kusch für einen solchen Eingriff 8000 Euro verlangte und es sich um Menschen handelte, die nicht immer unbedingt an einer schweren Krankheit litten oder am Lebensende waren, sondern um Menschen, die ihr Leben zum Beispiel auf Grund ihres Alters oder ihrer Einsamkeit als nicht mehr lebenswert betrachteten. Die Reaktionen der Presse zeigen, wie sehr diese Handlungen unmittelbar mit den Verbrechen der Naziärzte in Verbindung gebracht wurden und deren Vernichtung »unwerten« Lebens. Obwohl die Richter nach einer Lösung gesucht hatten, um Kusch eine Straftat nachzuweisen, sollte die Beihilfe zum Suizid nicht ausdrücklich in das Strafrecht aufgenommen werden, da es dabei um eine zu persönliche Angelegenheit gehe, in die der Staat nicht eingreifen sollte.[17] Diese Stellungnahme verweist wieder auf den Rang der individuellen Selbstbestimmung im deutschen Recht. Anlässlich einer Anklage wegen Arzneimittelmissbrauchs gab Kusch jedoch am 20. Februar 2009 bekannt, dass er seine Tätigkeit einstellen wolle.[18]

2. Welche Art von Selbstbestimmung für sterbenskranke Patienten?

Wie wir feststellen konnten geben französische Ärzte häufiger als deutsche Ärzte an, mit Sterbehilfe-Bitten konfrontiert zu sein und sie geben auch häufiger ihre Bereitschaft zu einer solchen Handlung zu. Es stellt sich also die Frage, warum in einem Land, in dem der Patientenwille nicht das oberste Entscheidungskriterium ist, Ärzte eher die Möglichkeit in Betracht ziehen, aktive Sterbehilfe zu leisten, als in einem Land, in dem es vor allem darum geht, die Selbstbestimmung von Patienten zu wahren.

Unsere vergleichende Analyse der Diskurse und der Praktiken am Lebensende legt nahe, dass dieser Unterschied anhand der unterschiedlichen kulturgeschichtlichen Aspekte verstanden werden kann:

Erstens existiert in Deutschland seit der Zeit des Nationalsozialismus ein absolutes Verbot für Ärzte, dem Leben Kranker ein Ende zu setzen.

Zweitens wird durch die Bedeutung des Patientenwillens in Deutschland die Frage nach dem selbstbestimmten Tod in den Hintergrund gedrängt, ohne dass diese ausgeschlossen wäre. Jedoch scheinen sich in einer solchen Kultur manche Patientenwünsche eher als Bitte um Beihilfe zum Suizid zu äußern, wodurch die Selbstbestimmung der eigenen Handlung garantiert bleibt. Diese Hypothese scheint umso wahrscheinlicher, da die deutsche Debatte sich tatsächlich mehr mit Beihilfe zum Suizid als mit aktiver Sterbehilfe beschäftigt.

Drittens kann eine aktive ärztliche Haltung, welche nur schwer die Grenzen therapeutischer Eingriffe anerkennt, wie man sie in Frankreich beobachten kann, den Patienten dazu veranlassen, diesen Aktivismus bis zum Schluss zu verlangen, das heißt seinen Tod durch eine vom Arzt verabreichte Spritze zu fordern.

Wie wir sehen können, stellt die Frage nach dem Recht, den eigenen Tod bestimmen zu können, nur einen Teilaspekt der sehr komplexen Situation am Lebensende dar, welche unter anderem auch von der Arzt-Patient-Beziehung, von der Organisation der Versorgungsmöglichkeiten im Krankenhaus oder noch viel allgemeiner von der Art, wie Selbstbestimmung in einem Land definiert ist, abhängt. Ein zentrales Problem bei der Versorgung von sterbenskranken Patienten ist, dass sie andere Bedürfnisse haben als das, was ein Arzt anbietet, der gewöhnlich mit Patienten arbeitet, die als heilbar gelten. Unsere Ergebnisse lassen vermuten, dass Situationen am Lebensende besser verlaufen, wenn Ärzte, die auf einer kurativen Station arbeiten, sich auf eine andere Station stützen können, die die Versorgung des Patienten übernimmt, sobald dieser in eine Phase eintritt, in der die Krankheit nicht mehr behandelt wird. Dazu muss ein Arzt aber erst die Grenzen seiner Kompetenzen und die Möglichkeiten anderer Spezialisten anerkennen und mit ihnen zusammenarbeiten wollen.

In Anbetracht der verschiedenen Elemente, die einen Einfluss darauf haben, in welcher Form sich ein moralisches Problem in einer Gesellschaft stellt, muss auch die Frage aufgeworfen werden, warum in den beiden untersuchten Ländern jeweils nur ein Aspekt diskutiert wird. In Frankreich dreht sich die Debatte zum Beispiel weiterhin um die Forderung nach einem Gesetz zur aktiven Sterbehilfe (Euthanasie), obwohl das Gesetz von 2005, welches versucht, gerade auf andere Aspekte der Bedingungen des Sterbens (Abbruch oder Einschränkung lebenserhaltender Maßnahmen, Schmerzmittelbehandlung, Beachtung individueller Patientenbedürfnisse, psychologische und spirituelle Begleitung) zu antworten, noch nicht einmal allgemein bekannt ist und angewendet wird.[19]

Würde denn ein Gesetz, welches die aktive Sterbehilfe autorisiert, wirklich die allgemeine Haltung der Ärzte gegenüber der Patientenselbstbestimmung oder die Organisation in Krankenhäusern ändern? Vorausgesetzt, dass aktive Sterbehilfe Ausdruck für den absoluten Respekt des Patientenwillens sein sollte, kann man sich nun fragen, ob französische Ärzte sie auch in diesem Sinne ausführen würden. Wenn man ihre aktive Haltung betrachtet, dann könnte die Herbeiführung des Todes für manche Ärzte auch die absolute Beherrschung des Lebens beziehungsweise des Todes durch medizinische Techniken bedeuten. Genauso stellt sich die Frage, ob ein Gesetz über Patientenverfügung in Deutschland alle Situationen klären kann, in denen der Patientenwille unklar scheint, ärztlichen Vorstellungen widerspricht, in Konflikt mit Angehörigen tritt und in denen einige Ärzte zögern, lebenserhaltende Maßnahmen abzubrechen.

Trotz der festgestellten Unterschiede zwischen den beiden Ländern scheinen sich beide Debatten vor allem darum zu drehen, ob der Kranke entscheiden kann, unter welchen Bedingungen er sterben möchte. Auch wenn alle anderen Aspekte in der Versorgung sterbenskranker Patienten beachtet werden würden, wird es immer Patienten geben, die aus rein persönlicher Überzeugung um aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid bitten. Das moralische Problem, ob der Tod eines Individuums akzeptiert werden kann oder nicht, bleibt also bestehen. Das heißt, die Bitte um aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid kann zwar zurückgehen, wenn möglichst kompetent auf die verschiedenen Bedürfnisse und Wünsche eines Kranken eingegangen wird, aber sie wird niemals ganz zu beseitigen sein.

Man kann nun die Frage stellen, ob es sich überhaupt um einen »Fortschritt« in der Beachtung des Patientenwillens handelt, wenn das Recht des selbstbestimmten Todes autorisiert wird. Dies ist eine moralische Frage, der sich keine Gesellschaft entziehen kann, aber welche durch bessere Kenntnisse der Bedingungen des Lebensendes verstanden werden kann.

ANMERKUNGEN

1 Diese Arbeit wurde im Rahmen einer Dissertation über die Sterbehilfe-Debatte in Deutschland und Frankreich angefertigt, welche im März 2009 eingereicht wurde.

2 Die Wurzeln des Wortes »Euthanasie« gehen auf das griechische Wort *euthanatos* zurück, welches sich aus dem Adverb *eù* (gut) und dem Substantiv *thanatos* (Tod) zusammensetzt (*Greek-English Lexicon*, HG. Lidell et R. Scott (Hrsg.), Clarendon press, 1968). Verschiedene antike Dichter wie Kratinos, Menandros oder Posidippus von Cassandra benutzen diese Terminologie im Sinne eines sanften, schönen oder leichten Todes (J.-Y. Goffi, *Penser l'euthanasie*, PUF, 2004, 16).

3 Siehe Avis n° 63 sur la »fin de vie, arrêt de vie, euthanasie« (Stellungnahme n° 63 zu »Lebensende, Lebensabbruch, Euthanasie«), *Ethique et recherche biomédicale*, Rapport du CCNE, 2000, p. 10.

4 Siehe »Rapport n° 1708« fait au nom de la *Mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie*, sous la présidence de J. Leonetti, tome 1, p. 141–142, enregistrée à l'Assemblée Nationale le 30 juin 2004.

5 Dieser Ausdruck, im Französischen »acharnement thérapeutique«, ist eine Besonderheit der französischen Debatte und wird nicht in den Debatten anderer Länder benutzt.

6 *Association pour le Droit de Mourir en Dignité (ADMD)*

7 *Jusqu'à la mort accompagner la vie (JALMALV)*

8 *Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP)*

[9] M.-H. CABÉ ET AL., *Etat des lieux du dispositif de soins palliatifs au niveau national. Synthèse,* ATEMIS, Oktober, 2008.

[10] Der junge querschnittgelähmte Mann hatte öffentlich in einem Brief an den Präsidenten der Republik, Jacques Chirac, sein Recht auf Sterbehilfe verlangt, was jedoch abgelehnt wurde. Daraufhin verabreichte ihm seine Mutter selbst eine Spritze mit Barbituraten, woraufhin ihr Sohn ins Koma gefallen ist. Die Ärzte hatten versucht, Vincent Humbert zu reanimieren, bis der verantwortliche Arzt, Frédéric Chaussoy, gemeinsam mit dem Team entschloss, von den Wiederbelebungsmaßnahmen abzusehen. Jedoch hatte Chaussoy nicht einfach die künstliche Beatmung eingestellt, sondern dem Patienten die tödliche Substanz Kalium-Chlorid gespritzt, was eine definitiv illegale Handlung ist, da sie unmittelbar den Tod herbeiführt. Nach dem Tod von Vincent Humbert wurde Marie Humbert, die Mutter, wegen Verabreichung giftiger Substanzen und der Doktor Chaussoy wegen vorsätzlicher Vergiftung angeklagt. Die beiden Angeklagten standen von Beginn an voll zu ihrer Tat und riefen eine heftige moralische und juristische Debatte über Euthanasie hervor. Letztlich wurde im Februar 2006 die Anklage eingestellt.

[11] Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, (*Gesetz n° 2005-350 vom 22. April 2005 über Patientenrechte und Lebensende*) »Journal Officiel«, n° 59 vom 23. April 2005, S. 7089.

[12] »Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende«, *Nationaler Ethikrat*, 2006, p. 50.

[13] Der Nürnberger Code (1947), der im Rahmen des Nürnberger Ärzteprozesses festgelegt wurde, benennt zehn Prinzipien, die bei medizinischen Versuchen mit Menschen beachtet werden müssen.

[14] Der französische Begriff *hospice* ist sehr negativ besetzt und verweist auf die mittelalterlichen Einrichtungen, in denen Alte, Weisenkinder, Behinderte etc. untergebracht, ja oft »verwahrt« wurden. In Frankreich hat sich die Hospizbewegung nie durchsetzen können, sondern es entwickelte sich parallel zur Palliativpflege die Sterbebegleitung.

[15] Siehe O. SEITZ/D. SEITZ, *Die moderne Hospizbewegung in Deutschland auf dem Weg ins öffentliche Bewusstsein – Ursprünge, kontroverse Diskussionen, Perspektiven*, Centaurus, 2004, 143.

[16] DEUTSCHE HOSPIZSTIFTUNG, *Hospizliche Begleitung und Palliative-Care-Versorgung in Deutschland 2008*, Sonder Hospiz-Infobrief, n° 2, März 2009, http://www.hospize.de/docs/hib/Sonder_HIB_02_09.pdf

[17] Siehe »Senat will Geschäfte mit dem Freitod verbieten«, *Tagesspiegel* vom 20. November 2008: www.tagesspiegel.de/berlin/Landespolitik-Sterbehilfe-Berliner-Senat-Roger-Kusch;art 124,2666018

[18] Siehe »Kusch will keine Sterbehilfe mehr leisten«, *Ärztezeitung.de* vom 21. Februar 2009: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/medizinethik/?sid=534235

[19] Assemblée Nationale, »Rapport d‹information fait au nom de la Mission d‹évaluation de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie«, (*»Bericht der Mission der Evaluierung des Gesetzes n° 2005-370 vom 22. April 2005 über Patientenrechte und Lebensende«*), vorgestellt von dem Abgeordneten J. Leonetti am 28. November 2008.