

LÄNDERBERICHTE

Ein Überblick über den Verlauf der Sterbehilfe-Debatte in Frankreich

RUTH HORN/IRMHILD SAAKE/TRAUGOTT ROSER

Knapp ein Jahr nach dem Tod von Vincent Humbert, der mit seiner Forderung auf ein Recht zu sterben, die französische Sterbehilfedebatte ins Rollen gebracht hatte, veröffentlichte am 30. Juni 2004 der »Parlamentarische Informationsausschuss über das Lebensende«¹, unter der Leitung des Abgeordneten Jean Leonetti, seine Empfehlungen zum Umgang mit schwer- oder sterbenskranken Patienten. In einem Interview mit »Le Figaro«², erläuterte der Abgeordnete Philippe Douste-Blazy die Ziele dieses Abschlussberichts, der keineswegs eine Entkriminalisierung der Euthanasie beabsichtige. Vielmehr handle es sich bei dem neuen Gesetzesentwurf um die »französische Antwort« auf die in ganz Europa diskutierte Frage der Sterbehilfe. Das Strafgesetz solle dabei nicht angetastet werden; das heißt, das aktive Herbeiführen des Todes durch eine fremde Person werde weiterhin und ausnahmslos als gesetzwidrig gelten.

Am 26. November 2004 wird der Gesetzesentwurf »bezüglich der Rechte der Kranken und am Lebensende« (proposition de loi »relative aux droits des malades et à la fin de vie«) von der Nationalversammlung als verfassungsrechtlich geprüft, um dann zwei Tage später feierlich erlassen zu werden. Um was aber handelt es sich genau bei dieser Gesetzesänderung? Sind die französischen Nachbarn etwa doch einen Schritt weiter in Richtung einer eventuellen Legalisierung der Sterbehilfe gegangen, oder geht es wirklich nur um eine Regelung, die es Ärzten erlaubt, »sterben zu lassen«³?

Die Gesetzesänderung beinhaltet eine Klärung der Artikel 37 und 38 der »ethischen Richtlinien der Ärztekammer« (Code de déontologie médicale), was zugleich eine Änderung im öffentlichen Gesundheitsrecht (Code de la santé publique) bezüglich der Patientenrechte erforderlich gemacht hat. Bisher sahen sich Ärzte infolge der Artikel 37 und 38 einem fast unlösbaren Widerspruch ausgesetzt: Während der behandelnde Arzt nach Artikel 37 dazu verpflichtet ist, unter allen Umständen die Leiden seines Patienten zu mindern und diesem moralisch beizustehen, verfügt er nach Artikel 38 aber nicht über das Recht, den Tod seines Patienten zu riskieren. Der neue Gesetzestext legt nun deutlich den Schwerpunkt auf die Pflicht des Arztes, den Willen des Patienten zu respektieren, nachdem dieser über die Folgen einer Behandlungseinschränkung oder eines Abbruchs aufgeklärt wurde. Im Falle eines entscheidungsunfähigen Patienten muss die Entscheidung zusammen mit dem behandelnden Team und einer Vertrauensperson getroffen werden. Weiter werden die Ärzte dazu angehalten, jede unnötige künstliche Lebensverlängerung einzustellen und dem Patienten eine Palliativbehandlung zu ermöglichen, um die Würde des Sterbenden zu garantieren. Außerdem sollen die Familien und, wenn möglich, der Pa-

tient über den Doppelleffekt von Schmerzbehandlungen, die eventuell zu einer Lebensverkürzung führen können, informiert werden.

Genau genommen handelt es sich bei diesem neuen Gesetzestext jedoch nicht um eine Reform des französischen Rechts, sondern lediglich um eine Wiederholung und eine genauere Beschreibung dessen, was bereits zwei Jahre vorher in einem neuen Gesetz beschlossen wurde. Denn schon das am 4. März 2002 vom damaligen Gesundheitsminister Bernard Kouchner eingeführte Gesetz über die »Rechte der Kranken« (loi des droits des malades) gesteht jedem Patienten das Recht zu, eine medizinische Behandlung mit therapeutischen Zwecken ablehnen zu können, auch wenn dies sein eigenes Leben gefährdet. Es stellt sich also die Frage, warum eine Gesetzesänderung erlassen wurde, die im Grunde nichts ändert.

Im Folgenden möchten wir einen Überblick darüber liefern, was als »französische Antwort« auf den Umgang mit dem Tod verstanden werden kann. Ein systematischer Blick auf den Verlauf der Debatte öffnet den Blick für die »Geschlossenheit«⁴ der Argumentation, die mit einer anderen Problemstellung beginnt als die deutsche und die insofern auch die gleichen Argumente in einem anderen Rahmen verwendet. Der soziologische Blick einer Diskursanalyse kann hierbei verdeutlichen, wie sehr sich das, was wir als Phänomen des Todes und des Sterbens kennen und benennen möchten, auch sozialen Ordnungsmustern verdankt, die unsere Kommunikationsversuche vorstrukturieren. Die Frage danach, was als hilfreich angesehen wird, verweist immer auf einen Kontext, in dem sich Antworten bewähren müssen. In diesem Fall ergibt sich im Rahmen der französischen Debatte eine prominente Bedeutung des republikanischen Motivs des Gemeinwohls und eine daran orientierte Dramaturgie, die sich zunächst für das Leiden, dann für die (solidarische) Leidvermeidung und dann nicht mehr für das Leben der selbst vom Leid Betroffenen interessiert.

Mit einem Interesse an den Fragen, die jeweils eine nationale Antwort plausibilisieren, wenden wir uns den gesellschaftlichen Hintergründen zu, die diese Veränderungen in der Gesetzgebung ins Rollen brachten. Wie in der Mehrzahl der europäischen Länder ist »Euthanasie« auch in der französischen Gesetzgebung nicht eigens benannt, vielmehr wird sie, egal welches Motiv zugrunde liegt, nach dem Strafgesetz⁵ der Tötung oder auch der Vergiftung gleichgesetzt.

1. Die französische Euthanasiedebatte: Drei Voten

Die gegenwärtige Euthanasie-Debatte in Frankreich hat ihre Ursprünge in den auslaufenden 70er und beginnenden 80er Jahren, als sich, ausgelöst durch die amerikanische Diskussion⁶, allmählich eine kritische Gegenbewegung zur medizinischen Praxis und der ihr zugrunde liegenden Ethik entwickelte. Aufgrund der zunehmenden Möglichkeiten der Medizin (Reanimation, Organtransplantation, künstliche Befruchtung etc.) und der lebensverlängernden Techniken, das heißt der Verschiebung bisheriger medizinischer Grenzen zwischen Leben und Tod, kam zunehmend die Forderung auf, den Patienten autonom und frei über das eigene Leben und den Tod bestimmen zu lassen. Sowohl aus Angst vor einer medizinischen Überbehandlung, die den »natürlichen« Zeitpunkt des Todes nicht mehr erkennen lässt, als auch aus Angst vor einer unfreiwilligen Herbeiführung des Todes alter, schwacher und einsamer Menschen in überlasteten Krankenhäusern, werden nun die

Forderungen nach einem Recht auf einen »würdigen und selbstbestimmten Tod« und die Stimmen für eine Legalisierung der Euthanasie laut.

1.1 Der ADMD: Euthanasie aus Angst vor dem »sabbernden Greis«

1980 gründete Michel Lee Landa in Frankreich im »Namen der Freiheit und Autonomie der Kranken« den »Verein für das Recht auf ein Sterben in Würde« (*Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité, ADMD*)⁷, der inzwischen 35.000 Mitglieder zählt. In einem Interview bestätigte die Vizepräsidentin des Vereins, dass gerade die Angst vor therapeutischen Missbräuchen und Grenzüberschreitungen der Ausgangspunkt für die Gründung des Vereins gewesen sei. Die Ziele des Vereins sind vor allem die Verbesserung der Schmerzbehandlung, das Recht auf einen selbstbestimmten Tod, die Etablierung des Rechts der Patienten, therapeutische Behandlungen ablehnen zu können, und die gesetzliche Anerkennung eines Vormunds oder einer Patientenverfügung (*directives anticipées*) zur Bestimmung des Patientenwillens.⁸ Seit seinen Anfängen legt der Verein großen Wert auf Öffentlichkeitsarbeit, organisiert beispielweise regelmäßig Kongresse, Konferenzen, Kolloquien, Diskussionen und versucht überdies, direkt auf die Legislative einzuwirken. Am meisten Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit erlangen dabei die vom ADMD in Auftrag gegebenen regelmäßigen Meinungsumfragen zur Sterbehilfe⁹, welche belegen sollen, dass eine stetig wachsende Mehrheit der Franzosen im Falle unerträglichen Leidens den Zeitpunkt des Todes und die Art des Sterbens selbst bestimmen möchte. Auffällig ist hierbei die tendenziöse Art der Fragestellung, die den selbstgewählten Tod als einzige Lösung für qualvolle Schmerzen suggeriert. So wird zum Beispiel in der auf der Internetseite ADMD veröffentlichten Umfrage von 2001 die Frage gestellt, ob im Fall einer schlimmen und unheilbaren Krankheit dem Patienten das Recht zugesprochen werden soll, Sterbehilfe zu erhalten. Zu berücksichtigen ist zudem die weitgehende Unwissenheit in der Bevölkerung, die kaum Begriffe wie »Freitod«, »würdiger Tod«, »therapeutischer Abbruch« bei Schwerkranken, »Tötung« etc. zu unterscheiden vermag. Die Befürworter der Euthanasie kämpfen im Namen der »Würde«, die für sie darin besteht, »selbst die Türe seines Schicksals schließen zu können« und die »ersten Anzeichen des Alters zu vermeiden, um nicht der impotente, senile Alte zu werden«¹⁰.

Zahlreiche Publikationen und öffentliche Stellungnahmen von Mitgliedern und Vertretern bezeugen eine kaum verhohlene Verachtung für den mit dem Alter einhergehenden körperlichen und geistigen Abbau. So fordert Michel Lee Landa ein Jahr vor der Gründung des ADMD in einem – im November 1979 – in *Le Monde* veröffentlichten Manifest, »das Recht, niemals der flennende, verzagte und launenhafte Onkel zu werden, der sein Essen mit durchdringendem Schreien verlangt und dann geifernd und sabbernd isst.« Solche Äußerungen machen deutlich, wie sehr die Befürworter der Euthanasie individuelle Autonomie und Würde untrennbar von physischer und psychischer Gesundheit sehen.

Der ADMD hatte seit 1978 wiederholt neue Gesetzentwürfe ausgearbeitet, die jedoch stets vom französischen Parlament zurückgewiesen wurden. Anhand dieser Initiativen lässt sich deutlich eine Schwerpunktverschiebung in den Zielen der Euthanasie-Anhänger nachzeichnen. So änderte sich die Problemlage von einem »Recht, seinen Tod zu leben«, das heißt, im Falle von Sterbenskranken, dem Recht auf einen raschen Tod, hin zu einem

»grundsätzlichen Recht auf den Tod«. Letzteres soll nach Vorstellung des Vereins uneingeschränkt für jeden Menschen gelten, der seinen Tod wünscht, unabhängig davon, ob eine Krankheit mit Todesdiagnose vorliegt oder nicht. Dies impliziert eine Ausdehnung des Rechts, den Zeitpunkt des Sterbens selbst zu bestimmen, auf alle *Leidenden*; das heißt auch auf chronisch Kranke oder Behinderte. Ein möglichst schmerzfreier Tod und das Vermeiden von somatischem wie psychischem Leid kristallisiert sich immer deutlicher als wichtigstes Anliegen des Vereins heraus. Doch zielen dessen Vorschläge und Initiativen letztlich allgemein darauf ab, eine jede auf dieses Ziel hin orientierte Handlung zu tolerieren. Dem ADMD geht es offenbar immer weniger um einen gesetzlich verbürgten Schutz der Autonomie und Würde eines Sterbenden, sondern vielmehr um die konkrete Forderung, das nach eigenem Ermessen »nutzlos« gewordene Leben schnell und schmerzlos zu beenden. Dabei wird dem möglichen Einfluss äußerer Faktoren, welche die Autonomie beeinträchtigen können, keine Beachtung beigemessen. Exakt an diesem Punkt der Debatte wäre es erwartbar, dass auch die Authentizität eines solchen Willens in Frage gestellt würde. Nachdem der Ausgangspunkt dieses Themas aber im emanzipatorischen Kampf für eine Form der Autonomie liegt, die grundsätzlich als Abwesenheit vom Leiden verstanden wird, lässt sich gegen diese selbstbewusste Rede wenig einwenden. Sie ist in großer Distanz zu einer alltäglichen Praxis des Umgangs mit Leidenden entstanden und übernimmt den ästhetisierenden Blick einer Fernsehkamera, die nur Momentaufnahmen hintereinanderschaltet, aber keine Erfahrungen im Umgang mit diesem Thema vermitteln kann.¹¹

1.2 Die französische Hospizbewegung: Schmerzbehandlung statt Euthanasie

Der Versuch, ein Gegengewicht zur Pro-Euthanasie Bewegung zu setzen, hat in Frankreich erheblich zum Erstarren der an Schmerzlinderung interessierten Sterbebegleitung beziehungsweise der Hospizbewegung geführt. Ähnlich wie die Anhänger der aktiven Sterbehilfe setzen sich die Befürworter der personenorientierten Sterbebegleitung (*accompagnement à la fin de vie*) für ein Selbstbestimmungsrecht der Sterbenden ein. Das Freiheitsrecht wird hier allerdings im Sinne einer menschenwürdigen Behandlung auf der Basis eines vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses verstanden, durch welches die schutzwürdige Autonomie schwächerer Mitmenschen garantiert werden soll.¹² Wesentliche Impulse für die französische Bewegung der Sterbebegleitung gingen von der 1967 von Cicely Saunders in London ins Leben gerufenen Hospizbewegung aus, die in relativ kurzer Zeit große Verbreitung im angelsächsischen Raum fand. Allerdings stieß sie erst in den 1980er Jahren auf größeres Interesse in der französischen Gesellschaft. Entgegen der zu dieser Zeit in Frankreich noch stark paternalistischen, an Lebensrettung und Lebenserhaltung orientierten Medizin nimmt die palliative Medizin für sich in Anspruch, eine Alternative zu herkömmlichen Behandlungspraktiken darzustellen. Dabei soll der Patient in seiner »leiblich-seelischen Einheit« betrachtet werden und es wird versucht, neben dem physischen Schmerz ebenso die soziale, moralische und psychische Dimension des Leidens einzubeziehen und individuell zu behandeln.¹³ In diesem Sinne legt die World Health Organization im Jahr 2002 die Definition der palliativen Pflege fest: »Palliative Care dient der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung, hochqualifizierter Beurteilung und

Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur.«

Die palliative Medizin unterscheidet sich von der »kurativen« oder heilenden Medizin darin, dass ihr bei unheilbarer Krankheit und unausweichlichem Tod an einer »humanen und würdigen« Begleitung, an Schmerzlinderung, körperlicher symptomatischer Betreuung und seelischer Zuwendung liegt. Ihrem Selbstverständnis nach akzeptieren die Hospizbetreuung und die palliative Medizin die Grenzen der modernen Medizin. Das heißt, bei Fällen, in denen die Heilung der sicher zum Tode führenden Grunderkrankung ausgeschlossen ist, wird nicht mehr versucht, alle Möglichkeiten der Hochleistungs- und Intensivmedizin zur Verlängerung der Lebenszeit auszuschöpfen, sondern Ärzte, Krankenschwestern und Seelsorger versuchen sich gemeinsam mit dem Patienten auf den unvermeidlich näher rückenden Tod einzustellen, um dem Patienten subjektiv empfundene Lebensqualität (möglichst frei von Schmerzen und anderen Symptomen) unter Aufrechterhaltung größtmöglicher Selbstständigkeit zu ermöglichen. Die Grundidee dahinter ist »Leben bis zuletzt«. Die damit verbundenen Anschauungen gehen deutlich auf die christlichen Prinzipien der Unantastbarkeit und Würde jeden Lebens zurück, welches als Geschenk Gottes gilt und als einzigartig gesehen wird. Um eine allgemeine Anerkennung zu finden und den laizistischen Prinzipien der französischen Gesellschaft gerecht zu werden, versucht die französische Sterbehilfebewegung allerdings den Fokus auf einen humanistischen Aspekt zu lenken. So erklärt die Vize-Präsidentin des Vereins für Sterbebegleitung in einem Interview, dass »die Würde einer Person an ihr Menschsein gebunden ist, und das ohne jegliche religiöse Überzeugung: Häufig wirft man uns vor, dass wir katholisch sind, aber die Würde ist in jedem von uns und deswegen respektiere ich eine Person.«

Die bereits erwähnten anfänglichen Schwierigkeiten sowohl der Hospizbetreuung als auch der Palliativmedizin, in Frankreich Fuß zu fassen, lagen zum großen Teil an ihrem besonderen Fokus auf Schmerzbehandlung. Diese wurde lange Zeit nicht als Heilkunst des Arztes angesehen, da der oft nur zu lindernde, aber bleibende Schmerz als ärztliches Versagen galt. Lange Zeit wurde auch der Einwand gebracht, die Behandlung mit Opiaten erzeuge Sucht und Abhängigkeit, womit die Schmerzmedizin von der Mehrheit der Ärzteschaft mit einer illegalen Anwendung toxischer Mittel gleichgesetzt wurde.¹⁴ Auch heute noch, so Bérengère Legros¹⁵, ist die Zurückhaltung, schmerzlindernde Medikamente zu verabreichen, überdeutlich sichtbar, da viele Ärzte dies noch immer als illegale Praktik ansehen, die strafrechtlich verfolgt werden könnte. Vor diesem Hintergrund lässt sich leicht nachvollziehen, dass schwer- oder sterbenskranke Patienten in Frankreich bis heute nicht über das Recht verfügen, auf eigenen Wunsch Schmerzmittel verabreicht zu bekommen. Auf Seiten der Ärzte überwiegt vielfach noch die Furcht vor strafrechtlicher Verfolgung.

Der erste französische Verein der Sterbebegleitung und Palliativpflege gründete sich 1983 unter dem Namen »Bis zum Tod das Leben begleiten« (Jusqu'À La Mort Accompagner La Vie, JALMALV)¹⁶. Dessen Mitglieder setzen sich genauso wie die Befürworter der aktiven Sterbehilfe dafür ein, dass Patienten und vor allem Sterbende nicht ärztlicher Willkür und Allmacht unterworfen werden, wie dies bis in die 80er Jahre hinein in Frankreich noch häufig der Fall war. Dabei beriefen sich viele Anhänger auf einen Artikel von Patrick Verspieren, der am 6. Januar 1984 in *Le Monde* veröffentlicht wurde. Verspieren beschuldigte darin zahlreiche staatliche Krankenhäuser, »regelmäßig und systematisch« ohne das Einverständnis der Patienten lebensverkürzende Praktiken, also Euthanasien, durchgeführt zu haben. Der Artikel löste einen landesweiten Skandal aus. Von diesem

Zeitpunkt an konnten die Hospizbewegung und die Palliativmedizin in der folgenden Debatte Gehör finden und in der Folge nicht nur ihren Bekanntheitsgrad erheblich steigern, sondern auch viele neue Unterstützer gewinnen. Ihr Angebot zu Schmerzbehandlung, Symptomkontrolle, Sterbebegleitung und spiritueller Unterstützung Sterbender bietet eine Alternative zum schnellen, »schmerzlosen«¹⁷ Tod. Festzustellen ist, dass die palliative Betreuung seither zunehmend auch unter den Vertretern der herkömmlichen Medizin und Pflege an Anerkennung gewonnen hat, da sie unter anderem eine Möglichkeit aufzeigt, das öffentliche Vertrauen in die Medizin wieder herzustellen. Durch den »Erlass von Laroque« (Circulaire Laroque) erfährt die palliative Medizin 1986 schließlich erstmals juristische Anerkennung. Der Erlass führt zur Institutionalisierung der Palliativpflege und der Sterbebegleitung in Krankenhäusern. 1987 wird unter der Leitung von Dr. Maurice Abiven die erste palliative Einheit im »Hôpital international de la Cité Universitaire« in Paris etabliert. 1989 folgt die Gründung der »französischen Gesellschaft für Sterbebegleitung und palliative Pflege« (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs, SFAP)¹⁸. Eine Integration der Palliativmedizin auf Gesetzebene erfolgt mit dem Beschluss von 1991, Patienten in Krankenhäusern das Recht auf palliative Behandlung einzuräumen. Infolge von zwei Gutachten (1993 »rapport Neuwirth« und 1994 »rapport Delbecque«) wird am 4. Februar 1995 das Gesetz zur Verbesserung schmerztherapeutischer Forschung und Behandlung erlassen. Ein weiteres Gesetz vom 9. Juni 1999 sieht sogar die staatliche Förderung palliativer Strukturen in Krankenhäusern vor.

In den letzten Jahren lässt sich also eine Tendenz in der Politik zugunsten der Palliativmedizin und verbesserter Bedingungen für Patienten in fortgeschrittenem Krankheitsstadium beobachten. Durch die starke Orientierung an Schmerzlinderung und »würdiger Sterbebegleitung«, ohne jedoch den Tod aktiv herbeizuführen, scheinen die politisch Verantwortlichen leichter rechtfertigen zu können, dass sie nicht die Verantwortung für das Leiden eines Menschen übernehmen möchten.

1.3 Der französische nationale Ethikrat: Aktive Sterbehilfe als »Ausnahme«

Seit einigen Jahren hat sich in Frankreich noch eine dritte Stimme im Umgang mit Schwerkranken etabliert. Sie stellt in etwa einen Kompromiss zwischen den Ansichten der Hospizbewegung und des ADMD dar, welche jeweils auf ihre Weise für die Würde des Menschen und die Achtung der Selbstbestimmung eintreten. Es handelt sich dabei um die Idee von der »Ausnahme« aktiver Sterbehilfe, die erstmals vom nationalen Ethikrat (Comité Consultatif National d'Éthique, CCNE) formuliert wurde. Im Widerspruch zu früheren Stellungnahmen zu den Problemen der modernen Alltagsbedingungen des Sterbens und den Fragen der ärztlichen Überbehandlung bot die offizielle Mitteilung des Komitees vom 3. März 2000, »avis n° 36, Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie«¹⁹, eine Reihe von neuen Thesen. Das Ethikkomitee betonte nun die Notwendigkeit, palliative Einrichtungen und Sterbebegleitung weiter auszubauen, um Sterbenskranken eine medizinische wie auch moralische Stütze bei der Vorbereitung auf den Tod anzubieten. Obwohl der Ethikrat weiterhin die aktive Sterbehilfe prinzipiell ablehnt, räumt er ein, dass die Achtung des Patientenwillens und die Selbstbestimmung in jedem Fall gewährleistet sein müssen, was zu einem Konflikt mit dem strikten Verbot der Sterbehilfe führen könnte. Das Verbot, das Leben eines Menschen durch Fremdeinwirkung zu verkürzen – so das Komitee –, sei grundlegend

für jede Gesellschaft. In den wenigen Fällen »besonders unerträglicher« Leiden könne jedoch die Hilfe zum Sterben als »solidarisches Engagement« verstanden werden: Gegenüber extremen Schmerzen könne in Ausnahmefällen der Tod eines Schwerkranken also als »kleineres Übel« gelten. Dabei legen sich die Verfasser dieser Mitteilung jedoch nicht auf Prüfkriterien zur Bestimmung subjektiv empfundenen »unerträglichen« Leidens fest, welche nur schwierig mit objektiven Kriterien zu ermitteln sind.

Genau genommen handelt es sich um zwei widersprüchliche Forderungen, nämlich der nach absoluter Autonomie des Individuums über das eigene Leben und der Forderung an den Staat, sich für die Würde seiner schwachen Mitglieder, im Sinne der Präventivverantwortung, einzusetzen. Problematisch ist überdies, dass die aktive Nutzung der Freiheitsrechte in Bezug auf das eigene Sterben kulturell neu und individuell unvertraut ist. In jedem Einzelfall ist eine Schiefelage zwischen Freiheit und Notwendigkeit denkbar, und die Frage, wie sich mit Sicherheit feststellen lassen könnte, wann es sich bei dem Wunsch zu sterben um tatsächliche Autonomie und Selbstbestimmung handelt und wann um seelischen, sozialen oder finanziellen Druck, wirkt nicht nur juristische Probleme auf.

Angesichts dieser Problematik und der Hilflosigkeit von Ärzten und Pflegern gegenüber Leidenden, welche diese manchmal zu strafrechtlich illegalen Praktiken verleitet, führt das Ethikkomitee daher die Idee von der Ausnahmesituation ein: In Fällen »extremen Leids« soll die Möglichkeit einer aktiven Sterbehilfe in Betracht gezogen werden. Damit wird keinesfalls eine Entkriminalisierung der aktiven Sterbehilfe oder eine Gesetzesänderung angestrebt. Vielmehr sei der Fokus auf die Beweggründe einer solchen lebensverkürzenden Handlung zu lenken. Nachdem das französische Strafrecht aber nicht zwischen »egoistischen« oder »altruistisch-humanistischen«²⁰ Beweggründen unterscheidet, schlägt der Ethikrat die Einführung einer interdisziplinären Kommission vor, um *a posteriori* die rechtliche Autorisierung zur aktiven Sterbehilfe zu ermöglichen.

Dies käme allerdings in der Praxis schon einer Entkriminalisierung²¹ gleich. Die Vorschläge des nationalen Ethikkomitees wurden in Frankreich vor allem von der Hospizbewegung sehr kritisch aufgenommen und von ihr als Wegbereiter zur Legalisierung der Euthanasie aufgefasst. Vertreter der palliativen Pflege sehen eine Gefährdung für ihre noch in den Anfängen stehende Bewegung, da, durch die Möglichkeit der Leidvermeidung durch einen schnellen Tod, »ja nicht mehr versucht werden müsse, die Schmerzen eines Patienten überhaupt zu lindern«.²² Aus der deontologischen Perspektive der Euthanasie-Gegner²³ besteht bei der Zulassung von Sterbehilfe in Ausnahmesituationen vor allem die Gefahr des Missbrauchs (*slipping*). Gegen jede Art aktiver Sterbehilfe wenden sich ebenso die an der Debatte beteiligten Kirchen und Vertreter des Islam. Aus ihrer Sicht bedeutet die Tötung eines Menschen in allen Fällen eine Überschreitung fundamentaler moralischer, nach Ansicht der katholischen Kirche naturrechtlich begründeter und nicht von religiöser Zugehörigkeit abhängiger Prinzipien.²⁴

1.4 Die Solidarität der Gesellschaft mit den einsamen Leidenden

Die Euthanasie-Debatte in Frankreich wird in dem Moment wichtig, wo das Leiden der Sterbenden und die oft unzureichende Fürsorge für Sterbende in den Krankenhäusern durch die allgemeine Kritik am Fortschritt der modernen Medizin thematisiert werden. Nachdem der Lösungsvorschlag einer Legalisierung aktiver Sterbehilfe nicht greifen kann,

da diese einer Tötung gleichgesetzt wird, hat sich in Frankreich verstärkt die Idee der palliativen Medizin und damit der Schwerpunkt beim Umgang mit unheilbar Kranken auf den Kampf gegen den Schmerz durchgesetzt. Der neue Imperativ der Leidvermeidung etabliert sich zunehmend als Idee der Solidarität mit dem einsamen Leidenden innerhalb der Gesellschaft. Dabei übersieht nicht nur die palliative Bewegung, dass sie gar nicht alle »Kategorien« von Leid erfassen kann. Das Problem des Fokus auf die Leidvermeidung für »alle« wird in besonderer Weise bei körperlich behinderten, zum Beispiel querschnittsgelähmten Patienten sichtbar, deren psychische Leiden eben nicht durch palliative Pflege aufgefangen werden können. Einerseits orientiert sich die Medizin also zunehmend in Richtung personenorientierter Leidminderung und sozialer Begleitung, während andererseits nicht über eine mögliche Verbesserung der Situation von Patienten, die keine akute medizinische Behandlung benötigen, aber nicht mehr über ihre körperliche Autonomie verfügen, nachgedacht wurde. Die augenscheinlich unzureichende Beachtung dieser Patientengruppe in der gegenwärtigen französischen Debatte und ihre bisher immer noch mangelhafte Integration in das Versorgungs- und Pflegesystem wirft nun immer häufiger die Frage des »assistierten Suizids« auf. Sterbehilfe betrifft heute nicht mehr nur die in den Krankenhäusern weitgehend sich selbst überlassenen Sterbenden und Alten, sondern wird auch von allen andern Leidenden als Lösung verstanden. In der französischen Gesellschaft findet somit eine Verschiebung der Ansichten statt, weg von dem Wunsch nach einem »milden Tod« hin zu der allgemeineren Forderung, »nicht zu leiden«. Da angesichts des Leids Einzelner immer nach der Verantwortung des Beobachters, also eines Außenstehenden, gefragt wird, scheint die gesamte Gesellschaft aufgefordert zu sein, einen Konsens zu finden. Es stellt sich praktisch die Frage, ob das Ziel der Leidlinderung auch die Tolerierung der »Tötung auf Verlangen« beinhaltet.

Die wachsende Bedeutung von Autonomie, Freiheit und Würde des Lebens illustriert die Suche nach einer neuen Moral angesichts der Probleme, die die Fortschritte der modernen Medizin mit sich bringen. Der Imperativ des Nicht-Leidens wird immer mehr zum Konsens in der französischen Gesellschaft.

2. Das Schauspiel des Leidens und der Imperativ der Leidvermeidung

Das Prinzip der Leidvermeidung hat sich in Frankreich inzwischen sogar auf gesetzgebender Ebene durchgesetzt. An dieser Stelle sei noch einmal auf das Gesetz zur Förderung palliativer Pflege vom 9. Juni 1999 sowie auf das Gesetz des Rechts der Kranken vom 4. März 2002 hingewiesen. Durch beide Gesetze wird dem Patienten das Recht gegeben, eine Behandlung abzulehnen oder abubrechen, um eine Verlängerung seiner Leiden zu verhindern. Mit der Anerkennung der palliativen Medizin wurde auch die umstrittene Praxis der palliativen Sedierung akzeptiert, mit der man einen Schmerzpatienten in ein künstliches, reversibles Koma versetzen kann, um seine anderweitig nicht behandelbaren Symptome (Schmerz, Unruhe, Angstzustände, Schlaflosigkeit etc.) erträglich zu machen. Diese Praxis ist aber stark umstritten, da sie selbst bei Schmerzpatienten mit nur noch geringer Lebensdauer und trotz der geringen Wahrscheinlichkeit, dass diese Patienten nicht wieder aus der Sedierung aufwachen, angewandt wird (»finale Sedierung«).

Der Soziologe Luc Boltanski²⁵ rekonstruiert einen Zusammenhang zwischen Leidenden und Nicht-Leidenden über die Frage nach der Schuld oder dem Verantwortlichen für

dieses Leid. Die Sichtbarkeit des Leidens wird demzufolge zu einem eigenständigen Faktor, da sie fast zwangsläufig ein verstärktes Engagement der Nicht-Leidenden nach sich zieht. Die Ersetzung der argumentativen Auseinandersetzung durch die mediale Inszenierung konnte man in Frankreich in einer sehr polemisch geführten Debatte über aktive Sterbehilfe – vor allem von ihren Befürwortern ins Rollen gebracht – wieder finden. Besonders seit 2001 fällt die Emotionalisierung und Personalisierung der Debatte in den Medien auf²⁶, die zu großen Teilen auf die Entwicklung in den Niederlanden und dem im Jahr 2000 veröffentlichten Bericht des nationalen Ethikkomitees, in dem sich zum ersten Mal eine offizielle Instanz für eine Öffnung der Euthanasie-Debatte in Frankreich ausspricht, zurückzuführen ist. Eric Favereau, Journalist der *Libération*, spricht von einem Anstieg der veröffentlichten Artikel über Euthanasie von ungefähr 100 in den Jahren 2001 und 2002 auf etwa 150 alleine im Jahr 2003.²⁷ Dieses regelrechte »Spektakel des Leidens«²⁸ mit dem Ziel, um Zustimmung für aktive Sterbehilfe zu werben, wirft allerdings mehr Fragen auf, als es Antworten auf das Dilemma der Euthanasie gibt.

2001 schaltete sich auch der damalige Gesundheitsminister Bernard Kouchner in die Debatte ein. Er sprach sich für die Berücksichtigung der einer Euthanasie zugrunde liegenden Intention aus. Die Handlungsabsicht wurde 2002, nach dem berühmten englischen Fall der Miss B., die erfolgreich das Recht eingeklagt hatte, sie am Leben erhaltende Beatmungsmaschinen abzustellen, verstärkt diskutiert. Dieser Fall unterscheidet sich von dem der an Amyotropher Lateralsklerose (ALS) leidenden Britin Diane Pretty, deren Wunsch nach aktiver Sterbehilfe zurückgewiesen wurde. Die unterschiedlichen Richtersprüche in den beiden Fällen verdeutlichen den Unterschied zwischen einer Handlung, die zum Abbruch einer künstlich lebensverlängernden Behandlung führt, und einer Handlung, durch die das Leben durch einen künstlichen Eingriff bewusst verkürzt wird.

Eine Studie²⁹ von 1998 belegt, dass auf Reanimationsstationen der Tod jedes zweiten Patienten aufgrund eines Behandlungsabbruchs erfolgt, der von den Ärzten alleine bestimmt wird. Die Ausführung bleibt der Studie zufolge aber den Krankenschwestern überlassen, welche auf Anordnung der Ärzte den Patienten illegale Substanzen oder Medikamente überdosiert verabreichen. Ein weiterer Krankenhausskandal wurde im Juli 2000 in dem Altersheim Martinière in Saclay aufgedeckt. Hier wurden mehr als 20 ungeklärte Sterbefälle registriert, die den Ermittlungen zufolge ohne das Wissen oder das Einverständnis der Patienten durch tödliche »Cocktails« herbeigeführt wurden. Die Beziehungen zwischen den Angestellten und den Ärzten in diesem Altersheim wurden als sehr angespannt und hierarchisch beschrieben. Ein anderer Fall von Sterbehilfe in französischen Krankenhäusern erregte Anfang des Jahres 2003 großes Aufsehen. Die Krankenschwester Christine Malèvre wurde vor Gericht angeklagt, mehrere ihrer Patienten aus Mitleid aber ohne deren Wissen oder Einverständnis getötet zu haben. Dieser Vorfall illustriert das in der Öffentlichkeit inzwischen weitverbreitete Bild eines Kranken- und Pflegewesens, in dem oft auch aus Überforderung zu schnelle Entscheidungen über das Leben eines Patienten getroffen werden, ohne die Entscheidungen mit dem Patienten oder den Angehörigen abzustimmen. Es ist daher nicht verwunderlich, dass Krankenhäuser und Pflegeheime in Frankreich heute zunehmend um die Anerkennung und das Vertrauen der Patienten zu kämpfen haben.

Die Beispiele zeigen, dass die Akzeptanz so genannter leidvermeidender Praktiken abhängig von der Mitbestimmung der Patienten und der Intention des Ausführenden ist. Beide Kriterien lassen sich jedoch nur schwer überprüfen bzw. nachweisen, was wiederum

zu einer großen Verunsicherung der Ärzte führt, die sich vor allem um die Wiederherstellung ihrer moralischen Autorität bemühen.³⁰ Viele Ärzte stehen also vor der Frage, wie die Einschränkung oder der Abbruch von Behandlungsmaßnahmen einzuschätzen ist: als Tötung, Unterlassung der Hilfeleistung bei einer Person in Gefahr, aktive, passive, indirekte oder direkte Euthanasie? Vor dem Hintergrund solcher Unsicherheiten und Fragen muss der in Frankreich sehr emotional diskutierte Fall »Vincent Humbert« gesehen werden.

3. Die Solidarität angesichts des Leids: der Fall Vincent Humbert

Vincent Humberts Fall entspricht, so scheint es, einem klassischen von der palliativen Bewegung häufig monierten Fall, bei dem die Ärzte die Kapazitäten ihrer Behandlungsmöglichkeiten überschätzen: Als der 19-jährige nach einem schweren Autounfall reanimiert wird, fällt er ins Koma. Er erwacht neun Monate später querschnittsgelähmt, stumm und fast blind. Seine Mutter mietet sich ein Zimmer in der Nähe des Krankenhauses, um jeden Tag an der Seite ihres Sohnes zu sein. Zu Beginn der schwierigen Rehabilitationsbemühungen geben die Ärzte Humbert Hoffnung, dass sich sein Zustand bessern könnte, bis sie ihm dann eines Tages mitteilen, dass er ein hoffnungsloser Fall sei und sie ihn auch nicht mehr in ihrer Klinik behalten können. Hier bricht der Glaube an die ärztliche Kompetenz, den Humbert bis dahin noch hatte, zusammen und er sieht sich mit der Wahrheit konfrontiert, dass trotz aller Bemühungen die Medizin ihre Grenzen hat. In Folge dieser Prognose resigniert Vincent Humbert, da er den Rest seines Lebens von einer extremen Abhängigkeit durch Familie und medizinisches Personal bestimmt sieht. Die einzige Möglichkeit für ihn, sich noch mitzuteilen, ist eine von seiner Mutter entwickelte Methode, bei der er ihr mit dem Zeigefinger eine Art Alphabet in die Hand schreibt. Auf diese Weise teilt Vincent Humbert seiner Mutter mit, dass er nicht zu einem Leben verurteilt sein will, in dem er nur durch fremde Hilfe überleben kann.³¹ Er selbst möchte »nicht mehr leiden und nicht die Leute leiden lassen, die er liebt, und nicht das Leben seiner Mutter verpfuschen«. ³² Zwei Jahre nach seinem Unfall – im Dezember 2002 – bittet Humbert in einem Brief an Staatspräsident Jacques Chirac, ihm das Recht zu sterben zu gewähren. Chirac und der Gesundheitsminister Jean-François Mattei berufen sich in ihrer Antwort auf das geltende Recht, indem sie auf »die Achtung und die Würde des Lebens« sowie auf die Rolle des Arztes, diese zu erhalten, hinweisen. Sie lehnen seine Forderung mit dem Hinweis auf die »Würde des Menschen« ab, »die nicht auf einen gesunden Körper begrenzt ist«³³, und versäumen dabei, auf die eigentliche Bitte Vincent Humberts zu reagieren, ihm sein Leiden zu erleichtern und für eine angemessene Unterstützung der Mutter zu sorgen. Die Presse kritisiert die Reaktion der Regierung scharf, und beklagt zudem die Unzulänglichkeit der aktuellen Rechtslage, adäquat auf individuelles Leid zu reagieren.

Von da an wird der Kampf um das Recht auf seinen Tod der neue Lebensinhalt Humberts. Schließlich greift seine Mutter, Marie Humbert, ein und verabreicht ihrem Sohn am 24. September 2003 ein Barbiturat, das sie sich in der Schweiz besorgt hat. Die Ärzte reanimieren Humbert ein zweites Mal, worauf dieser wieder ins Koma fällt. Schließlich entfernt der verantwortliche Arzt Frédérique Chaussoy die Beatmungsgeräte und verabreicht Humbert eine tödliche Kaliumchlorid-Spritze. Obwohl Dr. Chaussoy nach dem Willen seines Patienten handelt, indem er ihn nicht ein zweites Mal mit allen technischen Mitteln

am Leben erhält, hat er sich aus rechtlicher Sicht strafbar gemacht, da er eine Substanz benutzt, die unweigerlich zum Tod führen muss. Paradox daran scheint, dass der Arzt sich nicht strafbar gemacht hätte, wenn er ein schmerzstillendes Mittel mit einem tödlichen »Nebeneffekt« verwendet hätte. Die *bewusste Wahl* des Arztes für diese Substanz sollte sein Unverständnis und seinen Protest gegen die zweifelhafte Unterscheidung schmerzbe-kämpfender Substanzen ausdrücken. Aus der Sicht von Dr. Chaussoy gibt es keinen Unterschied zwischen einer eindeutig tödlichen Injektion und einem legalen Schmerzmittel mit dem möglichen Nebeneffekt des Todes, solange damit das Ziel verfolgt wird, den Patienten von seinem unerträglichen Leid zu erlösen. In seinem am 15. November 2004 veröffentlichten Buch »Ich bin kein Mörder«³⁴ erklärt Dr. Chaussoy, dass er lediglich alles versucht habe, »um Vincent aus seinem Gefängnis zu befreien« und ihn von seinem Leiden zu erlösen.

Der anschließende Prozess gegen die Mutter Vincent Humberts spiegelt die Verwirrung bezüglich der Begriffsklärungen und Unterscheidungen in der Euthanasie-Debatte wider. Während Marie Humbert, auch wenn sie nicht für den eigentlichen Tod ihres Sohnes haftbar gemacht werden konnte, wegen »Verabreichung giftiger Substanzen an eine verletzbare Person« auf Bewährung freigelassen wurde, ist der Prozess gegen Frédérique Chaussoy, der wegen »Vergiftung mit Vorsatz« angeklagt wurde, noch immer nicht abgeschlossen. Zu Beginn der Verhandlung wurde Dr. Chaussoy von vielen seiner Kollegen verteidigt: Sie befürworteten seine Handlung, da er nach dem Willen seines Patienten gehandelt habe und weil er eine, das Leiden nur verlängernde, lebenserhaltende Behandlung abbrach und den Sterbeprozess nicht noch weiter technisch verfremden wollte. Später jedoch distanzierten sich viele Ärzte von der Entscheidung Frédérique Chaussoys, da diese genau genommen einer Euthanasie gleichkäme.

In der französischen Gesellschaft ist durch Humberts Fall zweifellos der Wunsch nach einer offiziellen, klaren und verbindlichen Regelung für solche Fälle gewachsen. Dies zwingt auch die verantwortlichen Politiker dazu, Stellung zu beziehen. Zuvor galt: Frankreichs Politiker wollen nicht »das Leben zu einem politischen Thema«³⁵ machen.

Durch die Diskussion dieses Falls in der Öffentlichkeit werden ebenso die persönlichen Ängste und Erwartungen bezüglich des eigenen Todes, des Ertragens von Leid, Behinderungen, Schmerzen, sowie die Vorstellung von menschlicher Würde sichtbar. Eine kurz nach dem Tod Vincent Humberts im Oktober 2003 veröffentlichte Studie verdeutlicht einerseits das große Interesse und die Anteilnahme der französischen Gesellschaft am Schicksal Humberts und an der Debatte über Euthanasie aber auch die persönlichen Befürchtungen und Erwartungen, die in der Bevölkerung vorherrschen.³⁶ Das sich daraus ergebende Meinungsbild ist nicht überraschend:

1. Die Angst zu leiden, abhängig von anderen oder alleine zu sein und angesichts des Alters oder Todes verstoßen zu werden, ist in der Gesellschaft weit verbreitet.
2. Es gibt hohe Erwartungen bezüglich der Schmerzbekämpfung und der Begleitung schwerkranker Patienten und es herrscht Verwirrung über die in der Debatte kursierenden Begriffe Euthanasie, Sterbehilfe (aktiv/passiv), Würde des Menschen etc.
3. Die Kenntnisse der Gesetzeslage und der Möglichkeiten, dem Problem zu begegnen, sind unzureichend.

In Anbetracht dieser Entwicklungen in der französischen Gesellschaft ist das Versprechen der palliativen Medizin, Schmerzen zu bekämpfen, Kranke und Sterbende zu begleiten

und Leid zu mindern, kritisch zu hinterfragen. Die Politiker wiesen im Fall Vincent Humbert immer wieder darauf hin, dass es andere Antworten auf das Leid gibt als den aktiv herbeigeführten Tod, nämlich zum Beispiel die Hospizarbeit. Tatsächlich gab es aber keine Hospizeinrichtung, die sich für den Patienten Humbert zuständig gefühlt hätte, da er den Aufnahmekriterien unerträglicher, körperlicher Schmerzen nicht entsprach. So bemerkt auch die Vize-Präsidentin der französischen Vereinigung für Sterbebegleitung in einem von uns durchgeführten Interview, dass man verpasst hat, Vincent Humbert in eine Einrichtung für behinderte Personen aufzunehmen. Sie lehnt eine Mitverantwortung der palliativen Bewegung für sein Schicksal ab, da »er doch keine körperlichen Leiden hatte und kein Fall für die palliative Medizin war«. Auch wenn sich die europäische Vereinigung für palliative Medizin (EAPC) durch aufwändige Studien zunehmend auch mit nicht-somatischen Symptomen und Erkrankungen befasst³⁷, so scheint es in der Praxis einfacher zu sein, körperliche Schmerzen zu behandeln, als sich für das individuelle psychische Leiden eines Mitglieds der Gesellschaft verantwortlich zu sehen.

Es stellt sich in der französischen Debatte nun die Frage, ob aktive Sterbehilfe die Solidarität der Gesellschaft mit den Leidenden gefährdet oder fördert. Diese Frage wurde in dem von Marie de Hennezel herausgegebenen Bericht³⁸ diskutiert, der bald nach dem Tod Vincent Humberts veröffentlicht wurde. Die Verfasser kommen zu dem Schluss, dass der durch fremde Einwirkung induzierte Tod eines Schmerzpatienten toleriert werden kann, solange der behandelnde Arzt damit ausschließlich »die Absicht verfolgt, Schmerzen zu bekämpfen«. Trotz der zentralen Differenzen zwischen den Gegnern und den Befürwortern der Euthanasie verfolgen nun also beide das Ziel der Leidvermeidung.

4. Die Besonderheit der französischen Debatte

Allgemein formuliert zeigt sich die französische Euthanasie-Debatte geprägt von einem langen Kampf um mehr Autonomie und Selbstbestimmung der Patienten. Länger als in vergleichbaren europäischen Nachbarländern wurde das hierarchische, patriarchale Bild des Arztes aufrechterhalten, dem als »Repräsentant des Gemeinkörpers« – wie noch 2000 in dem Bericht des Ethikkomitees bezüglich Euthanasie formuliert wurde – die Aufgabe zukommt, die grundlegenden Werte zu verteidigen, »ohne welche keine soziale Gruppe oder Gesellschaft« bestehen könnte.³⁹ In diesem Zusammenhang wird die Verpflichtung des Arztes, zu heilen und am Leben zu erhalten, hervorgehoben. Die starke Orientierung an der Idee einer Gemeinschaft weist auf die republikanischen Prinzipien Frankreichs hin, die neben der größtmöglichen Freiheit persönlicher Überzeugungen die Gleichheit aller Bürger, der »citoyens«, garantieren. In der Rousseauschen Logik der Erhaltung des größten Gutes, des Zusammenleben-Wollens, richtet sich selbstverständlich auch der individuelle Wille nach dem der Gemeinschaft. Dabei kommt dem Staat die ganz besondere Rolle des Protectors der Gemeinschaft und somit auch des Individuums zu, welches sich letztlich nur über den Willen *aller* als autonom definieren kann.⁴⁰

Bleibt zu fragen, um welche Art von Autonomie es sich handelt, wenn die Gleichheit aller höher gehalten wird als die des Individuums selbst. Es gibt demzufolge eine Hierarchie zwischen dem privaten und dem öffentlichen Leben, wobei letzteres ranghöher gestellt ist. In dem konkreten Fall des Arzt-Patienten-Verhältnisses bedeutet das eine eindeutige Überordnung des Arztes als Vertreter des Staates und somit des Gemeinwohls über

die Interessen des Patienten, der demzufolge die Dimension des »Gemeinwillens« aus seinem subjektiven Blickwinkel heraus nicht immer zu erfassen vermag. Dieses auf die Gemeinschaft ausgerichtete Konzept des Individuums hat in der Vergangenheit wohl dazu geführt, dass sich der Blick der Experten weniger für den Willen des Einzelnen interessierte als vielmehr für eine prinzipielle Lösung im Sinne einer Berücksichtigung der Bedürfnisse aller. Der Arzt als Repräsentant dieser gesellschaftlichen Vernunft sieht demzufolge im Wunsch eines Patienten, sein Leben zu verkürzen, eine Frage, die zunächst vor allem das »Wohl der Gesellschaft« betrifft. Die Debatte dreht sich also sehr grundsätzlich vor allem darum, ob eine Handlung erlaubt oder verboten ist.

In Deutschland lässt sich hingegen eine Tendenz der Rechtsprechung beobachten, zunehmend Behandlungsabbrüche oder -verzichte, das heißt passive Sterbehilfe zu akzeptieren. Hierbei wird besonders der Respekt vor der Patientenautonomie und die Möglichkeit, den Willen im Voraus festzulegen, thematisiert – aktuell steht vor allem die Frage nach der Legitimität von Patientenverfügungen im Vordergrund. Während also in Deutschland durch die Forderung nach mehr Autonomie für den Patienten die direkte Auseinandersetzung mit dem Problem der Euthanasie vermieden wird, ruft der Kampf um die Selbstbestimmung eines Kranken gegenüber einem ärztlichen »Gemeinkörper« in Frankreich die radikale Forderung nach der Erlösung von Leiden, also dem Recht auf Sterben hervor. Die französische Debatte findet ihr Zentrum in der Formulierung »Leidvermeidung für alle« und fühlt sich dabei von massenmedialen Inszenierungen des Leidens herausgefordert, eine grundsätzliche Lösung zu finden. Eine kritische Befragung dessen, was dabei vorausgesetzt wird, nämlich die Aufhebung des individuellen Willens im Gemeinwohl, findet eher am Rande statt.

Die Konsequenzen dieser Argumentation sind unübersehbar. Eine solche Engführung der Debatte am Thema der Leidvermeidung sieht Leidende, nicht jedoch eine alltägliche Praxis des Umgangs mit dem Leiden. Ein Leben mit Behinderungen und Abhängigkeiten, das sich mit entsprechenden organisatorischen Hilfen »normalisieren« lässt, erscheint zunächst grundsätzlich jedem Nichtbetroffenen erklärungsbedürftig. Dieser Impuls zur Infragestellung wird jedoch noch verstärkt, wenn eine solche Besonderheit eines behinderten Lebens nicht als individuelle Herausforderung verstanden wird, sondern als eine solche eines solidarischen Umgangs der Gesellschaftsmitglieder miteinander – stellvertretend von Ärzten exekutiert. Der diskursanalytische Blick auf den Verlauf der Euthanasie-Debatte in Frankreich illustriert überraschend, wie wenig gewonnen ist, wenn man sich vom Skandalon des Sterbens in eine übereilte und medieninszenierte Dramaturgie der schnellen Lösung hineinziehen lässt. Der betroffene Blick auf den Tod produziert Helfer, die handeln wollen und nicht sehen können, welche Handlungsmöglichkeiten den Betroffenen selbst zur Verfügung stehen. Mitleid ist immer gut gemeint, aber es führt eben auch dazu, den Blick auf das Leiden grundsätzlich vermeiden zu wollen. Weiter wäre nun zu fragen, welche blinden Flecken sich – im Vergleich mit der französischen Debatte – in der deutschen Debatte um die Sterbehilfe finden lassen. Der Vergleich verdeutlicht auch hier, dass jede Engführung der Debatte die Optionen ausgrenzt, die sich jenseits des normativen Rahmens der bewährten Argumente bewegen. Kann man sich in Deutschland vorstellen, dass es zur individuellen Willensbestimmung eines Sterbenden dazugehören kann, ohne eine individuelle Willensbestimmung zu sterben? Und noch schlimmer: Mit Hilfe eines Arztes, der handelt, ohne zu fragen?

ANMERKUNGEN

- ¹ Commission d'information sur la fin de vie: www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i1708-tl.asp.
- ² »La loi instaurera le droit de mourir dans la dignité«, www.lefigaro.fr/politique/20040827.FIG0194.html.
- ³ Siehe den Titel von *Le Monde* vom 26. November 2004, S. 8: »Fin de vie: une loi va permettre de laisser mourir.«
- ⁴ Geschlossen und offen zugleich ist diese Debatte, insofern sie sich nur die Anschlüsse ermöglichen kann, die bereits vorhanden sind, sich in diesem eingeschränkten Rahmen aber bewähren kann, indem sie Antworten findet. Vgl. dazu ARMIN NASSEHI, *Geschlossenheit und Offenheit. Studien zur modernen Theorie der Gesellschaft*, Frankfurt a. M. 2003.
- ⁵ Artikel 221-1, 221-4 und 221-5 des Strafgesetzbuches (Code pénal).
- ⁶ Besonders die beiden Fälle »Karen Quinlan« und »Nancy McCruzan« erregten vor dem Hintergrund lebensverlängernder Maßnahmen heftige Diskussionen über die Grenzen von Reanimati-onstechniken oder künstlicher Lebenserhaltung von Komapatienten.
- ⁷ www.admd.fr.
- ⁸ Die beiden ersten Forderungen sind bereits durch das Gesetz des »Rechts der Kranken« vom 4. März 2002 offiziell eingeführt worden, s. o.
- ⁹ Siehe Internetseite ADMD.
- ¹⁰ H. CAILLAVET, Präsident des ADMD, im Vorwort von C. LEGUAY, *Mourir dans la dignité, quand un médecin dit oui*, Paris, Robert Laffont, 2000, 9–10.
- ¹¹ Bezüglich der Frage nach der Authentizität des autonomen Willens weist Christopher Meyers auf die Schwierigkeit für den Patienten hin, Autonomie in einer Situation der Abhängigkeit zu entwickeln, wenn er aus dem Alltag daran gewöhnt ist, dass der Arzt die Entscheidungen für ihn trifft. Seinen Beobachtungen zufolge ist die Patientenautonomie stark beeinträchtigt durch Faktoren wie Alter, geistige Krankheiten, einseitige Arzt-Patienten-Beziehung, familiäre Konflikte, wirtschaftliche Gründe, Kontrollverlust im Krankenhausalltag, Einschränkung der Fähigkeiten durch Morphine und Sedative. Nicht zu vergessen, so Meyers, ist die Umgebung des Patienten von Experten geprägt und einem oft überlasteten Personal sowie von technischen Geräten wie Intubationen, Kathetern, Magensonden etc. Vgl. CH. MEYERS, »Cruel choices: autonomy and critical care decision making«, in: *Bioethics* 18 (2004) pp. 104–119.
- ¹² In einem Interview, das Ruth Horn im Dezember 2003 geführt hatte, weist die Vize-Präsidentin des französischen Vereins für Sterbehilfe darauf hin, dass die »Ärzte in einer palliativen Einrichtung niemals mit der Frage der Euthanasie konfrontiert sind, da sie die Patienten als Partner betrachten und begleiten und sie nicht wie ein schon halbtotes Gemüse behandeln.«
- ¹³ CICELY SAUNDERS, *La Vie aidant la mort*, Paris, Medsi, 1982.
- ¹⁴ ISABELLE BASZANGER, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Ed. du Seuil, collection »La couleur des Idées«, 1995.
- ¹⁵ BÉRENGÈRE LEGROS, *Les »Droits« des malades en fin de vie*, Thèse présentée et soutenue en 1997 à l'Université de Lille, Faculté des sciences juridiques, politiques et sociales, Bordeaux, Ed. Les Etudes Hospitalières, 1999.
- ¹⁶ www.jalmalv.fr.
- ¹⁷ Es ist hierbei anzumerken, dass es sich bei den so genannten »Todesspritzen« um ein sehr schnelles, aber auch sehr schmerzvolles, von Krämpfen begleitetes Sterben handelt.
- ¹⁸ www.sfap.fr
- ¹⁹ www.ccne.fr.
- ²⁰ Dagegen wird in der Schweiz, in Artikel 115 des Strafgesetzbuches, die Unterscheidung zwischen »egoistischen« und »altruistischen« Beweggründen bezüglich der aktiven Sterbehilfe eines Sterbens- oder Schwerkranken schon seit längerem vorgenommen.
- ²¹ Der Einfluss von Überlegungen aus den Niederlanden bezüglich aktiver Sterbehilfe ist dabei überdeutlich.
- ²² Siehe S. DE JAQUELOT, *Le Quotidien du Médecin*, 28. Februar 2000.
- ²³ So die Vizepräsidentin des Vereins für palliative Pflege in einem unveröffentlichten Interview mit Ruth Horn, das im Dezember 2003 stattgefunden hat.
- ²⁴ Der frühere Papst versteht jede Form der Euthanasie als »eine schwere Verletzung des göttlichen Gesetzes«. Das Verbot einer Handlung oder eine Unterlassung, die in bewusster Absicht den Tod

- herbeiführt, sei nicht nur »auf dem geschriebenen Wort Gottes«, sondern auch »auf dem Naturrecht« begründet. Siehe Papst Johannes Paul II., *Enzyklika Evangelium vitae über den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens*, Bonn, 1995, 81.
- ²⁵ Siehe LUC BOLTANSKI, *La souffrance à distance. Morale humanitaire, médias et politique*, Paris, Ed. Métailié, 1993.
- ²⁶ Einer Analyse der Fernsehsendungen zufolge, die mit Hilfe der Daten des nationalen Dokumentationsarchivs INA erstellt wurde, notierten wir eine Häufigkeit der Sendungen über Euthanasie von über 60 im Jahr 2002 und mehr als 180 im Jahr 2003.
- ²⁷ 1ère Journée de formation Maurice Rapin, »*Ethique médicale. Fin de vie: faut il une loi?*«, en collaboration avec le Centre d'éthique clinique de Cochin, 4 juin 2004.
- ²⁸ *Ibid.*, 258–263.
- ²⁹ Die Studie wurde von dem Arzt Edouard Ferrand vom Krankenhaus Henri-Mondor in Paris durchgeführt.
- ³⁰ Eine 2003 veröffentlichte Studie belegt, dass 20% der Reanimations-Ärzte überzeugt davon sind, dass ihre Praktiken illegal sind. Das führt dazu, dass sie den genauen Ablauf nicht den Familien mitteilen oder nicht im medizinischen Dossier festhalten. E. FERRAND/F. LEMAIRE/J. KUTEFEIN/M. BADET, »*Discrepancies between Perceptions by Physicians and Nursing Staff of intensive Care Unit End-of-Life Decisions*«, in: *American Journal Resp Crit Care Med* (2003) p. 1310–1315.
- ³¹ VINCENT HUMBERT, *Je vous demande le droit de mourir*, Neuilly-sur-Seine, Michel Lafon, 2003.
- ³² *La Croix*, 26 septembre 2003.
- ³³ *Le Figaro*, 17 décembre 2003.
- ³⁴ DR. F. CHAUSSOY, *Je ne suis pas un assassin*, Paris, Oh Editions, 2004.
- ³⁵ Selbst nach dem Tod Vincent Humberts kündigte Premierminister Jean-Pierre Raffarin an, bei dieser Ansicht zu bleiben: »La vie n'appartient pas aux politiques«, *Le Figaro*, 27. September 2002.
- ³⁶ Es handelt sich hierbei um eine vom Nationalen Institut für Gesundheitsprävention und -erziehung (INPES) durchgeführte Studie bezüglich der Kenntnisse, Vorstellungen und Wahrnehmungen der palliativen Pflege und der Sterbebegleitung.
- ³⁷ Siehe dazu mehr unter Publikationen bei www.izp-muenchen.de.
- ³⁸ MARIE DE HENNEZEL, *Rapport de la mission Fin de vie et accompagnement du ministère de la Santé*: www.sante.gouv.fr/htm/sctu/hennezel/sommaire.htm, 37–39.
- ³⁹ Siehe drittes Kapitel des Berichts n° 36, »*Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie*« du CCNE: »Assumer et assurer pour le corps social, dont la médecine est, à sa manière, le représentant auprès de tout malade, la défense et la promotion de valeurs, en dehors desquelles il n'y aurait ni groupe, ni société. Cette exigence se trouve tout particulièrement redoublée en ce qui concerne le corps médical, dont la vocation est de soigner la personne, de l'aider à la vie et de ne jamais blesser la confiance que le patient peut mettre en lui.«
- ⁴⁰ Siehe hierzu von SUZANNE RAMEIX, *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, Paris, Ellipse, 1996 und »Un point de vue philosophique sur le rapport du CCNE »Consentement éclairé et information des patients qui se prêtent à des actes de soins ou de recherche«, *Les Cahiers du CCNE*, n° 17, 1998, 23–32.