
Hilfe zum Sterben: mehr Pros als Contras.

Hilfe zum Sterben und Palliativmedizin in den Niederlanden – eine allgemeine Übersicht

Cornelis Spreeuwenberg

Einführung

Die Gedanken, Meinungen über erlaubte Sterbehilfe und die entsprechende Praxis haben sich in den Niederlanden seit 1970 radikal verändert. Vor 1970 war das Thema Hilfe zum Sterben – Euthanasie – nicht diskussionsreif. Jetzt haben wir ein Gesetz, in dem die von Ärzten vorgenommene aktive Sterbehilfe reglementiert ist.

In diesem Beitrag will ich deutlich machen, wie sich das Denken über die Hilfe zum Sterben in den Niederlanden verändert hat. Zuerst möchte ich aber die gebräuchliche Terminologie ausführen. Weiter werden Fakten und Daten präsentiert, die Rechtsposition des Arztes und die erforderlichen Sorgfaltsanforderungen erklärt. Danach werden ethische Aspekte, die Argumente des Pro und Kontra sowie problematische Situationen diskutiert und angegeben, wie wir die Qualität überwachen und verbessern.

Zur Terminologie

Ich verstehe gut, warum die Deutschen nicht gerne das Wort Euthanasie verwenden. Darum habe ich bis jetzt über Hilfe zum Sterben oder aktive Sterbehilfe gesprochen. Aber in den Niederlanden sprechen wir über Euthanasie. Wir haben das definiert als „die aktive und gewollte Beendigung des Lebens durch eine andere Person und auf expliziten Wunsch des Betroffenen“, während Hilfe bei Selbsttötung folgendermaßen definiert wird: „jemandem auf seinen ausdrücklichen Wunsch helfen, sein Leben zu beenden“.

Diese Definitionen fügen sich nahtlos in die Artikel 293 und 294 des niederländischen Strafgesetzbuches ein. Sehr wichtig ist das Erfordernis der Freiwilligkeit und dasjenige, dass der Wunsch gut überdacht ist. Wenn keine Freiwilligkeit besteht, wird der Entschluss zur Lebensbeendigung mit den Handlungen zusammenfasst, die auf eine Beschleunigung des Lebensendes gerichtet sind.

Zur Geschichte der Euthanasie-Diskussion in den Niederlanden

Mehrmals hat man mich gefragt, wie es sein kann, dass in den Niederlanden, wo alles fünfzig Jahre später geschieht als anderswo, Euthanasie akzeptiert worden ist. Um diese Frage zu beantworten, müssen wir einen Blick auf die Geschichte unseres Landes werfen.

Seit dem Aufstand gegen Spanien 1568 haben zwei Gruppen die Niederlande regiert und dominiert. Einerseits die Orangisten, personifiziert durch die Statthalter und das kalvinistische, konservative und orthodoxe Königshaus, einerseits sowie andererseits die Republikaner, die Repräsentanten der Bürger der Großstädte, die als freidenkend, unabhängig und antiautoritär zu charakterisieren waren.

In unserer Geschichte seit dem 16. Jahrhundert wechseln sich Orangisten und Republikaner immer wieder ab.

Im letzten Jahrhundert haben die Orangisten – jetzt repräsentiert durch katholische und protestantische Parteien – die öffentliche Debatte über Normen und Werte dominiert. Die Niederlande waren konservativ und orthodox geprägt. Am Ende der 60er Jahre änderte sich die Situation schnell. Eine neue, jetzt liberal orientierte Elite erhielt einen wachsender Einfluss. Plötzlich wurde Wert auf Autonomie gelegt, und Richter, Anwälte und Geistliche plädierten für das Recht auf Selbstbestimmung. Die Stimme meiner Berufsgruppe (also der Ärzte) wurde in den 70er Jahren kaum gehört. Seit ca. 1980 befasse ich mit Sterbehilfe durch Hausärzte und habe dabei festgestellt, dass Euthanasie schon damals praktiziert wurde, aber dass die Ärzte, die Erfahrungen damit hatten, niemals darüber redeten und in der Regel nicht wussten, wie sie die Euthanasie technisch gut ausführen konnten. Es gab kaum öffentliche Äußerungen von Ärzten mit dem Ziel, Euthanasie zu ermöglichen. Die Berufsgruppe war bis 1984 konservativ und offiziell gegen Euthanasie eingestellt.

1982 gründete der Niederländische Ärzteverband – die KNMG – eine Kommission, die das Problem der Euthanasie beraten sollte. Ich selbst war Mitglied dieser Kommission, deren Ziel es war, den eher konservativen Standpunkt des Verbandes gegen die Euthanasie zu festigen. Aber der Vorsitzende und die Juristen wollten den Standpunkt ändern. Es war die auswegloseste Situation, die ich in meiner Forschertätigkeit erleben musste, bis der Vorstand des Ärzteverbandes den neuen Standpunkt akzeptierte und Anforderungen benannte, unter die Euthanasie erlaubt werden könne. Etwa zur gleichen Zeit wurden vom Verfassungsgericht in Rotterdam ungefähr dieselben Anforderungen formuliert.

*Anforderungen zur erlaubten Euthanasie der KNMG
und der Gerichte*

1984 formulierten der Ärzteverband und die Gerichte Anforderungen, um eine straflose Euthanasie zu ermöglichen

1. Der Betroffene hat einen expliziten, freiwilligen, wohl überdachten und dauerhaften Wunsch, sein Leben zu beenden.
2. Das Leiden ist auf Dauer unerträglich und als aussichtslos zu charakterisieren.
3. Es gibt keine realen Alternativen, um das Leiden zu erleichtern.
4. Der Wunsch des Patienten, die Diagnose und alle relevanten Fakten sowie Umstände sind genau schriftlich festzulegen.
5. Ein anderer Arzt ist konsultiert worden.
6. Die Ausführung hat medizinisch korrekt zu geschehen.

Weiter wurde es für wichtig gehalten, dass der Arzt keinen Totenschein unterzeichnet, weil es sich um eine unnatürliche Todesart handelt, bei der es dem behandelnden Arzt nicht gestattet ist, den Schein zu unterzeichnen.

Einige Daten

Professor Van der Wal hat mit seinem Kollegen Professor Van der Maas 1995 Euthanasie und Hilfe bei Selbsttötung quantitativ untersucht.¹ Er wird (in diesem Band) weitere – und vielleicht neuere – Daten präsentieren.

Er hat festgestellt, dass die meisten Hausärzte seit 1985 Erfahrungen im Umgang mit der Euthanasie oder der Hilfe bei Selbsttötung haben – mehr als die Fachärzte und ebenfalls mehr als die Ärzte, die in Pflegeheimen arbeiten. Er hat auch ermittelt, dass es im Jahre 1995 mehr Euthanasie-

fälle gegeben hat als 1990, dem Jahr, in dem Entscheidungen zum Sterben zum ersten Mal erforscht wurden.

In Jahre 1995 konnten 2,4 % aller Todesfälle als Fälle von Euthanasie und 0,3 % als Hilfe bei Selbsttötung deklariert werden. Das waren 0,6 % mehr als im Jahre 1990!

Weiter fällt auf, dass Euthanasie – wenn wir mit der Gesamtzahl der Todesfälle vergleichen – überdurchschnittlich häufig angewandt wird bei Menschen, die jünger sind als 65 Jahre, sowie bei Männern und bei Patienten mit Krebs.

Dass es wirklich um den letzten Teil des Lebens geht, zeigt die geschätzte Verkürzung des Lebens: in 61 % der Fälle betrug sie weniger als eine Woche und in 87 % weniger als einen Monat.

Schauen wir auf die Gründe zur Euthanasie und zur Hilfe bei Selbsttötung, dann sehen wir, dass nicht Schmerzen den wichtigsten Grund darstellen, sondern das als untragbar erfahrene Leiden und das Gefühl, die Menschenwürde zu verlieren.

Die gegenwärtige rechtliche Situation

Bis zum 1. April 2002 war die Euthanasie und die Hilfe bei Selbsttötung explizit im Strafgesetzbuch verboten. Aber nach unserem Strafgesetzbuch haben alle Bürger das Recht, sich auf eine unlösbare Pflichtenkollision zu berufen. Wie von dem obersten Gericht bestätigt, ist ein Arzt, der seinem Patient hilft, früher zu sterben, im Prinzip schuldig, aber er wird nicht verurteilt, weil er zwischen zwei Übeln wählen muss: einerseits das Gesetz zu verletzen und dem Patienten zu helfen oder andererseits den Patienten leiden zu lassen – was den Pflichten des Arztes widerspricht.

Wichtig ist, dass das Handeln des Arztes transparent bleibt, dass er den Totenschein nicht selbst unterzeichnet und dass er den Fall dem Leichenbeschauer meldet. Auch

hier gab es ein juristisches Problem, weil in den Niederlanden von einem Verdächtigen nicht gefordert werden kann, dass er zur Beweisführung gegen sich selbst beiträgt. Wenn ein Arzt einen Totenschein nicht unterzeichnet, lässt er wissen, dass es sich um einen unnatürlichen Todesfall handelt, und dies kann gegen ihn verwandt werden.

Bis zum 1. April mussten die Leichenbeschauer dem Staatsanwalt über alle Fälle berichten. Anders war es nicht möglich, eine Erlaubnis zur Beerdigung zu erhalten. Seit einigen Jahren beraten regionale Kontrollkommissionen über die Fälle und tragen diese dem Staatsanwalt vor.

Professor Widdershoven ist Mitglied einer solchen regionalen Kommission, in der ein Jurist (als Vorsitzender), ein Arzt und ein Ethiker sitzen. Er wird uns in einem eigenen Beitrag über seine Erfahrungen berichten.

Vom 1. April 2002 an gibt es für die Euthanasie und die Hilfe bei Selbsttötung – durch einen Zusatz zu den Artikeln 293 und 294 des Strafgesetzbuchs – einen Strafausschließungsgrund für Ärzte. Dieser Ausschließungsgrund betrifft nicht Fälle von Kindern unter 12 Jahren, weil angenommen wird, dass sie nicht freiwillig und wohl überlegt handeln können. Bis 16 Jahre sollen die Eltern auch mitbestimmen können. Wenn die Jugendlichen zwischen 16 und 18 Jahre alt sind, sollen die Eltern angehört werden.

Die Leichenbeschauer berichten jetzt nicht mehr dem Staatsanwalt, sondern der Kontrollkommission. Wenn die Kontrollkommission feststellt, dass der Arzt die Anforderungen eingehalten hat, wird der Staatsanwalt nicht einbezogen. Auch die Kommissionen tragen durch die Erstellung von Jahresberichten zur Transparenz bei.

Mit diesem Meldeverfahren will man erreichen, dass alle Fälle erfasst werden, dass die notwendige öffentliche und soziale Kontrolle stattfindet, dass wir wissen, was wirklich geschieht, dass die Qualität der Sterbehilfe ver-

bessert wird, dass wir aus der Praxis lernen und so die Richtlinien und Vorschriften verbessern können und schließlich auch, dass wir ein Instrument in der Hand haben, um Ärzte, die nicht regelgerecht handeln, korrigieren zu können.

Seit dem 1. April 2002 sind diese Anforderungen gesetzlich festgelegt worden. Neu ist, dass der Patient über seine Situation und Prognose informiert sein muss und dass sowohl der Patient als auch der Arzt davon überzeugt sind, dass es wirklich keine realistische Alternative gibt.

Ethische Überlegungen

In dieser Übersicht will ich natürlich auch die ethische Seite nicht auslassen. In der Gesundheitsethik ist akzeptiert, dass es für einen Arzt vier führende Prinzipien gibt:

- Respekt zu haben vor der Autonomie,
- keinen Schaden zu verursachen (*non nocere*),
- wohl zu tun (*beneficentia*),
- alle Patienten gleich zu behandeln (*iustitia*).

Früher haben wir schon gesehen, dass die tonangebende Elite die Autonomie als ein sehr wichtiges Argument für die Euthanasie betrachtet. Andere hingegen meinen, dass der Tod so schwerwiegend ist, dass kein anderes Argument schwerer wiegen kann.

Es ist interessant zu beobachten, dass die protestantische Kirche in den Niederlanden dem Wohltun einen wichtigen Stellenwert gegeben hat. Auch nach meiner Meinung macht das Wohltun den Kern des ärztlichen Handelns aus. Das Wohltun rechtfertigt auch, dass wir Patienten operieren und während einer kurzen Zeit ihrer körperlichen Unversehrtheit berauben.

Der Sozialarzt Thomas McKeown hat einmal gesagt, dass es die Aufgabe der Medizin ist, Menschen zu helfen, diese Erde komfortabel zu verlassen. Es gibt Situationen, wo Menschen nicht qualvoll oder menschenunwürdig sterben müssen.

Es ist wichtig, dass die Gesellschaft und die Ärzte das Leben der Bürger schützen und alles tun, es zu verlängern, wenn die Träger des Lebens darin einen Sinn sehen. Der Arzt hat die Pflicht zu helfen, zu pflegen und zu trösten. Für uns alle ist es eine wichtige Aufgabe, den Menschen, die kurz vor dem Tod stehen, eine palliative Versorgung anzubieten. Aber ich glaube nicht, dass es eine absolute Pflicht gibt, das Leben zu bewahren, wenn das Weiterleben nicht mehr menschenwürdig ist, und betrachte – wenn es keine akzeptable Alternative gibt – Euthanasie und Hilfe bei der Selbsttötung als das vom Schlechten vielleicht Beste.

Natürlich, es gibt auch Argumente gegen die Sterbehilfe, zum Beispiel dass

- es nicht vereinbar sei mit der Pflicht des Arztes. – Aber die niederländischen Ärzte haben den Eid des Hippokrates nicht geschworen.
- ein Arzt nicht Gott spielen dürfe. – Aber er tut das, wenn ein Leben ein wenig verkürzt wird; und spielen wir umgekehrt nicht auch ein bisschen Gott, wenn wir es verlängern?
- Euthanasie Mord sei. – Aber die Ermordeten haben gewöhnlich nicht darum gebeten.
- die Zehn Gebote Mord verböten. – Aber geht es in der Bibel um eine gewünschte Tötung in einer aussichtslosen Situation?
- es erlaubt sei, wenn ein Arzt eine hohe Dosis Morphin gebe, um das Leiden zu lindern, auch wenn ein Patient dadurch eher sterben könne. – Aber dieses „Doppel-effekt“-Prinzip führt zu Situationen, in denen nicht der

Patient, sondern der Arzt entscheidet und es unklar ist, was genau das Ziel der Behandlung war. Es gibt keine Transparenz, nur noch Nebel.

Problematische Situationen

Auch in den Niederlanden gibt es noch zahlreiche Situationen, über die wir noch viel reden und diskutieren sollten. Zum Beispiel über die Frage, was mit Menschen geschieht, die ihren Willen nicht äußern können, z. B. Neugeborene mit multiplen schweren Defekten. Macht es einen Unterschied, wenn es um Patienten im permanenten Koma geht oder um Patienten, die an einer Demenz leiden?

Ist Hilfe bei der Selbsttötung gestattet, wenn Menschen chronisch psychiatrisch krank sind, oder bedeutet solche Hilfe, dass wir diese Menschen aufgegeben haben?

Was sollen wir machen, wenn Patienten eine Behandlung oder eine realistische Alternative verweigern. Haben die Patienten dann gar keine Möglichkeit, selbst zu entscheiden?

Und was ist geboten, wenn ein Patient um Euthanasie bittet und die Familie die Euthanasie verweigert? Der Patient soll doch im Zentrum stehen, aber meistens sind die Angehörigen ebenfalls Patienten des Hausarztes. Wie problematisch diese Diskrepanz sein kann, habe ich einmal selbst erfahren, als ein Mann mit Pankreaskrebs mich um Euthanasie bat, aber mir auch auftrag, darüber mit seiner Ehefrau nicht zu sprechen.

Qualitätsverbesserung

Ich bin davon überzeugt, dass viele Aspekte der ärztlichen Sterbehilfe verbessert werden können. Ich nenne

- die Ausbildung der Ärzte
- Möglichkeiten der Hilfe, Unterstützung und Konsultation in den Fällen, wo der Arzt allein entscheiden soll
- die Kommunikation zwischen dem Arzt und dem Patienten, zwischen dem Arzt und den Familien, zwischen dem Arzt und den Pflegenden und zwischen den Ärzten untereinander
- die Transparenz bzw. das Tragen von Verantwortung
- eine Meldeprozedur, die dazu führt, dass alle Fälle gemeldet werden
- Super- und Intervision, damit die Handelnden in schweren Fällen nicht allein gelassen werden.

Ein Forschungsprojekt in Amsterdam hat gezeigt, dass die große Mehrzahl der Hausärzte sich unterstützt fühlt durch Beratung und Konsultation vonseiten speziell ausgebildeter Ärzte. Die Resultate waren so gut, dass dieses Verfahren jetzt im ganzen Land und bei den Fachärzten eingesetzt wird.

Schlussbemerkung

Sie werden verstehen, dass es Situationen gibt, in denen die Argumente „pro“ schwerer wiegen als die Argumente „contra“.

Nicht alle Ärzte, Politiker und Ethiker sind der gleichen Meinung; ich hoffe aber und halte es für wichtig, dass wir unterschiedliche Ansichten und Meinungen nicht nur austauschen, sondern auch respektieren.

Ein wichtiger Grund, Euthanasie anzuwenden, ist für mich, dass es im wohl verstandenen Interesse der Gesell-

schaft ist, dass das Handeln des Arztes im Zusammenhang mit Sterben und Tod transparent gemacht wird.

Ich glaube, dass es nicht gut ist, wenn die Hilfe zum Sterben gegenüber der Hilfe beim Sterben oder der palliativen Versorgung bevorzugt wird. Hilfe zum Sterben ist kompatibel mit und sollte integriert werden in eine angemessene palliative Versorgung.

Anmerkungen

1 Zusammenfassung der Ergebnisse: G. Van der Wal/P. J. Van der Maas u. a., *Evaluation of the notification procedure for physician assisted death in The Netherlands*. NEnglJMed 335 (1996), 1706–1711.