

Das Problem der Euthanasie (The Problem of Euthanasia)

Von Cicely Saunders

1967 schrieb Hinton: „Es scheint eine schreckliche Anklage zu sein, dass das Hauptargument für die Euthanasie darin besteht, dass viele Menschen übermäßig leiden, weil es an Vorbereitung und Vorkehrungen für eine umfassende Betreuung der Sterbenden fehlt“.

Seit 1936, als der erste Gesetzentwurf zur Legalisierung der Euthanasie im Oberhaus erörtert wurde, ist dieses Thema immer wieder in Presse, Rundfunk und Fernsehen diskutiert worden. Das letzte Mal wurde es im Zusammenhang mit dem Gesetzentwurf über unheilbare Patienten erörtert, der am 12. Februar 1976 von Baroness Wootton im Oberhaus eingebracht wurde. Obwohl Lady Wootton dieses Gesetz nicht als Euthanasie-Gesetz vorstellte, schien es für viele Kollegen diese Implikation zu haben, und die Debatte ist eine wertvolle Lektüre zu diesem Thema. Nach einer langen Debatte wurde das Gesetz mit großer Mehrheit abgelehnt (*Parliamentary Debates*, 1976).

Die Begründung des Gesetzentwurfs lautete wie folgt: Paragraph 1 sieht vor, dass ein unheilbarer Patient Anspruch darauf hat, dass seine Schmerzen und Leiden durch medizinische Behandlung vollständig gelindert werden, auch wenn er bewusstlos ist. Paragraf 2 regelt das Recht eines unheilbaren Patienten, Maßnahmen zu ergreifen, die seinen eigenen Tod herbeiführen können. Gemäß Artikel 3 ist der schriftliche Wunsch eines Patienten, sein Leben im Falle einer Hirnschädigung nicht zu verlängern, in diesem Fall als aktuelle Ablehnung einer solchen Behandlung zu betrachten.

Vieles von dem, was mit diesem Gesetzentwurf als gesetzlicher Anspruch eingeführt werden soll, sollte sterbenden Patienten bereits als Teil der ihren Bedürfnissen entsprechenden Behandlung zur Verfügung stehen. Nicht alle erhalten sie. Dies ist ein äußerst schwieriger und gefährlicher Bereich für die Einführung von Rechtsvorschriften mit all den unvermeidlichen Ungenauigkeiten bei Schlüsselwörtern und Formulierungen. Abgesehen von allen anderen Auswirkungen, die es haben könnte, könnte ein solches Gesetz einem Patienten suggerieren, dass er, wenn er als „unheilbar“ gilt, nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht hat, einen schnellen Ausweg zu wählen, anstatt die längerfristige Pflege zu wählen, die anderen so viel Zeit, Mühe und Fachwissen abverlangen könnte. Das ist sicherlich nicht das, was die Befürworter einer solchen Gesetzgebung mit ihrer offensichtlichen Sorge um die Linderung von Leiden beabsichtigen. Es scheint wichtig, dass wir uns jetzt weniger auf Behauptungen und Gegenbehauptungen konzentrieren, vor allem in einem Bereich, in dem es so wenige Erhebungen und Fakten gibt, auf die wir uns stützen können, sondern dass wir uns gemeinsam überlegen, was uns alle angeht. Die Menschen leiden, und das sollte nicht sein. In der Tat können wir mit zunehmender Überzeugung und Beweisen sagen, dass sie das nicht müssen.

Im April 1976 erörterte das Vertretungsorgan (*Representative Body*) des *Royal College of Nursing* (RCN) die gesamte Frage der „Sterbehilfe“ und verabschiedete einstimmig eine Entschließung, wonach sich das RCN an alle zuständigen medizinischen Stellen wenden und darauf drängen sollte, dass bei Patienten im Endstadium einer Krankheit alle anerkannten therapeutischen Maßnahmen ergriffen werden, um Schmerzen und Leiden zu lindern.

Diese Artikel, eine Neuauflage der erstmals 1959 in der *Nursing Times* veröffentlichten Artikel, befassen sich mit der Linderung von Leiden bei sterbenden Patienten. Sie konzentrieren sich auf Patienten mit einer bösartigen Krankheit im Endstadium, obwohl vieles von dem Geschriebenen auch auf andere Situationen anwendbar ist.

Angemessene Behandlung?

In den letzten 17 Jahren hat es viele therapeutische Fortschritte gegeben, von denen einige zu unseren Problemen beigetragen haben. Wie so oft entdecken wir erst, wie wir etwas tun können, und erst später, *wann* wir es tun sollten. Keine Behandlung, die in der akuten Phase einer heilbaren Krankheit oder eines Traumas zur Lebenserhaltung eingesetzt werden kann, bringt die automatische Verpflichtung mit sich, sie einzusetzen, nur weil sie technisch machbar ist. Sie kann für diejenigen, die unheilbar krank sind, völlig unangemessen sein.

Viele Krankenschwestern und -pfleger haben sich in ihrer pflegenden Rolle unglücklich in Behandlungen verwickelt gesehen, von denen sie das Gefühl hatten, dass sie den Leidensweg ihrer Patienten nur verlängern oder sogar noch verschlimmern. Alle, die mit solchen Entscheidungen zu tun haben, fühlen sich zunehmend verantwortlich. Es ist zu hoffen, dass die Ärzte häufiger Krankenschwestern und andere Personen, die die Patienten und ihre Familien besser kennen als sie selbst, in diese Diskussionen einbeziehen werden. Allzu oft werden unangemessene Behandlungen eingeleitet, weil das Problem nicht richtig vorhergesehen wurde und niemand bereit war, die Verantwortung zu übernehmen.

Die römisch-katholische Kirche unterscheidet zwischen ordentlichen und außerordentlichen Behandlungsmethoden. Eine der wenigen anerkannten Leitlinien wurde vom Papst vorgegeben. Am 24. November 1957 wurde Papst Pius XII. von Delegierten des internationalen Anästhesistenkongresses in Rom folgende Frage zur künstlichen Beatmung gestellt: „Hat der Anästhesist das Recht oder ist er verpflichtet, in allen Fällen tiefer Bewusstlosigkeit, auch in solchen, die als völlig aussichtslos gelten, moderne Geräte zur künstlichen Beatmung zu verwenden? Er antwortete: „Da diese Behandlungsformen über die gewöhnlichen Mittel, an die man gebunden ist, hinausgehen, kann man nicht sagen, dass eine Verpflichtung besteht, sie anzuwenden.“

Kurz gesagt, in einem Fall, in dem der Tod als sicher gilt und das Leben nur durch künstliche Methoden verlängert werden kann, ist der Arzt nicht unbedingt verpflichtet, das Leben durch außergewöhnliche Mittel zu verlängern. Der Papst definierte außergewöhnliche Mittel als alles, „was nicht ohne übermäßige Kosten, Schmerzen oder andere Unannehmlichkeiten für den Patienten oder für andere erlangt werden kann, oder was, wenn es angewandt wird, keine begründete Hoffnung auf einen Nutzen für den Patienten bietet“ (*Päpstliches Schreiben*, 1957).

Wann immer möglich, sollten der Patient und seine Familie in solche Gespräche einbezogen werden. Ist der Patient bewusstlos, kann es hilfreich sein, den Ärzten (und der Familie) durch eine vorherige Erklärung einen Hinweis auf seine Wünsche zu geben.

Es sind mehrere Formulare für eine Patientenverfügung im Umlauf (erhältlich bei der *Human Rights Society* oder der *Voluntary Euthanasia Society*). Sie helfen dabei, die allgemeinen Wünsche einer Person zu offenbaren, können aber nicht mit Gewissheit vorhersagen, was sie in der unbekannten Situation wollen wird. Würde eine solche Erklärung Rechtskraft erlangen, bestünde die Gefahr, dass jeder, der kein solches „Testament“ ausfüllt und bei sich trägt, davon ausgeht, dass seine Ärzte alles tun, um sein Leben zu verlängern.

Das, was zu Recht als „Furor-Therapien“ oder „Aufdringliche Medizin“ bezeichnet wird, könnte tatsächlich zur Norm werden, aus der man sich heraushalten muss. Die derzeitige Flexibilität, in der Ärzte zunehmend Entscheidungen treffen, *nicht* jede technisch mögliche Behandlung durchzuführen, wenn sie nicht sinnvoll ist, würde dann wieder erschwert.

Dies war nicht die einzige Entwicklung der letzten 17 Jahre. Es gab auch viele wertvolle

Ergänzungen des Arzneibuchs, und es wurde ein fundiertes Wissen über die Verwendung der verfügbaren Arzneimittel entwickelt. Die Lehre in diesem Bereich hat sich weit verbreitet und wird in späteren Artikeln ausführlich behandelt. Einige der grundlegenden Fragen sind komplizierter geworden, und ich möchte den in dieser Ausgabe gestellten Fragen zwei weitere hinzufügen: „Ist Euthanasie moralisch richtig?“ und „Gibt es wirklich keine andere Möglichkeit, das Leiden von Patienten im Endstadium einer Krebserkrankung zu lindern?“ Ich glaube, dass wir jetzt auch fragen sollten: „Bitten die Patienten um Euthanasie?“ und „Was würden sie tun und fühlen, wenn die Tötung aus Mitleid eine legale Option wäre?“.

Wir brauchen ein viel umfassenderes Nachdenken und eine breitere Konsultation – wie der verstorbene Bischof von Durham, Dr. Ian Ramsey, 1972 auf der klinischen Tagung der British Medical Association darlegte. Er sagte: „Was ich damit in erster Linie sagen will, ist, dass der Christ sicherlich nicht von der Annahme geleitet sein wird, dass der Tod um jeden Preis vermieden werden muss. In jedem Fall muss die positive christliche Einstellung zum Tod, die ich skizziert habe, natürlich neben dem anderen Grundsatz abgewogen werden, mit dem wir uns in diesem Papier hauptsächlich befasst haben, dem Grundsatz der Achtung des Lebens, der Achtung des menschlichen Lebens in der Gesellschaft. Wie immer, wenn wir auf ein kompliziertes moralisches Problem stoßen, das keine einfache Entscheidung zulässt, müssen wir alle relevanten moralischen Prinzipien, die wir sammeln können, zusammenhalten, die Fakten weiter und weiter analysieren und diesen Rhythmus fortsetzen – die ganze Zeit über Fakten und Prinzipien zusammenhalten – bis sich eine kreative Entscheidung ergibt“ (Ramsey, 1972). Vielleicht sollten wir uns um einen solchen Verhaltenskodex bemühen, wie er kürzlich von Kennedy (1976) vorgeschlagen wurde. Es ist sehr wichtig, dass all dies geschieht, bevor ein Gesetzentwurf in ein Gesetz gegossen wird.

Nicht unsere Verantwortung

Die meisten von uns können sich an Situationen erinnern, in denen wir uns wünschten, dass der Tod eines Patienten schneller eintreten würde (auch wenn wir manchmal unsere Meinung geändert haben, als das Ende schließlich von selbst kam), aber ich bin nach wie vor der Überzeugung, dass wir eine Verantwortung übernehmen würden, die wir nicht tragen, wenn wir absichtlich einen Schritt zur Beschleunigung des Todes unternommen hätten.

Das christliche Gebot lautet, sich zu kümmern und zu heilen. Heilen bedeutet nicht nur, jemandem dabei zu helfen, gesund zu werden. Es kann bedeuten, die Schmerzen des Sterbens zu lindern oder jemanden sterben zu lassen, wenn die Zeit gekommen ist. Es gibt das Missverständnis, dass Christen, weil sie an den erlösenden Wert des Leidens Christi und die Aufforderung, manchmal „mit ihm zu leiden“, glauben, nicht an die Linderung von Leiden glauben; und es wird behauptet, dass sie, da sie das Leben als Geschenk Gottes betrachten, davon überzeugt sind, dass sie es so lange wie möglich verlängern sollten, selbst wenn dies bedeutet, dass das Leiden verlängert wird.

Seit Anbeginn der Zeit haben sich Christen mit der Linderung von Leiden und der Einrichtung von Hospizen und Krankenhäusern beschäftigt. In jüngerer Zeit waren sie die ersten, die Zentren zur Schmerzbekämpfung und zur Linderung der Unwürdigkeit (*idignity*) beim Sterben einrichteten.

Viele Dinge, die wir sehen, lassen sich nur schwer mit unserem Glauben an einen liebenden Gott vereinbaren. Es gibt keine vollständige oder einfache Erklärung, aber es gibt einige Hinweise auf die vollständige Antwort, die wir erst in der Ewigkeit finden werden. Wir befinden uns in einer Welt, in der der Zufall und die Zufälligkeit die Evolution und die Entwicklung ermöglicht haben, gleichzeitig aber auch die Möglichkeit von genetischen und anderen Kata-

strophen eröffnet haben. Wir sehen auch, dass die Qualitäten, die wir als die größten preisen – aufopfernde Liebe, Großzügigkeit und Mut – nur in einer freien und damit gefährlichen Welt möglich sind. Der Christ glaubt, dass der Gott, der diese Welt geschaffen hat, in der Verwundbarkeit der Menschwerdung in sie eingetreten ist, das Leiden geteilt und verwandelt hat und es immer noch in den Personen aller seiner Kinder teilt.

Die ausführlichste Betrachtung des Problems des unschuldigen Leidens findet sich im Buch Hiob. Hiob erhielt keine Antwort auf seine Fragen, sondern eine Vision von Gott, die sein Fragen zum Schweigen brachte. Uns wird die Vision von Jesus gegeben, der „unseren Kummer trägt und unsere Sorgen mit sich führt“. Diese Vision bringt uns an den Punkt, an dem wir unsere Fragen ändern. Die Frage „Warum sollte das geschehen?“ ändert sich in „Wie kann ich helfen – mit Gottes Gnade?“ oder „Was kann ich in dieser Situation tun – die er mit mir teilt?“.

Andererseits wurde vorgeschlagen, dass ein Mensch die Wahl haben sollte, aus einer Situation auszusteigen, die er als unerträgliche Belastung für sich selbst und für seine Umgebung empfindet. Kapitän Oates, der das Zelt verließ, um seinen Kameraden eine letzte Chance zu geben, wurde oft im Zusammenhang mit dieser freiwilligen Euthanasie genannt. Wir erinnern uns nicht alle an die Einträge in Scotts Tagebuch¹, die den Hintergrund dieses Aktes der Selbstaufopferung zeigen und ein etwas anderes Licht darauf werfen.

Sonntag, 11 März 1912

Man spürt, dass Titus Oates dem Ende sehr nahe ist ... Man konnte nichts anderes sagen, als ihn zu drängen, so lange wie möglich zu marschieren. Ein zufriedenstellendes Ergebnis der Diskussion: Ich habe Wilson praktisch befohlen, uns die Mittel zur Beendigung unserer Schwierigkeiten zu übergeben, damit jeder von uns weiß, wie er es tun kann. Wilson hatte keine andere Wahl, als den Medikamentenkoffer zu durchwühlen. Wir haben jeweils 30 Opiumtabloids, und ihm bleibt eine Tube Morphinum. Das ist die tragische Seite unserer Geschichte.

Freitag, 16. oder Samstag, 17. März

... Er sagte: „Ich gehe gerade nach draußen und es kann einige Zeit dauern“. Er ging hinaus in den Schneesturm und wir haben ihn seitdem nicht mehr gesehen ... Wir wussten, dass der arme Oates in den Tod gehen würde, aber obwohl wir versuchten, ihn davon abzubringen, wussten wir, dass es die Tat eines tapferen Mannes und eines englischen Gentleman war. Ich muss bei dieser Gelegenheit sagen, dass wir bis zum Schluss zu unseren kranken Begleitern gehalten haben.

Donnerstag, 22. und 23. März

Schneesturm schlimm wie immer – Wilson und Bowers können nicht starten – morgen letzte Chance – kein Treibstoff und nur ein oder zwei von vier übrig – muss das Ende sein. Ich habe beschlossen, dass es selbstverständlich ist, dass wir mit oder ohne unser Hab und Gut zum Depot marschieren und auf unserem Weg sterben.

¹ Zitiert wird im Folgenden aus Robert Falcon Scotts (1868-1912) letzten Tagebucheinträgen bei dessen tödlich endenden Expedition zum Südpol 1912.

Donnerstag, 29. März

... Wir werden bis zum Ende durchhalten, aber wir werden natürlich schwächer, und das Ende kann nicht mehr weit sein.
Es ist schade, aber ich glaube nicht, dass ich mehr schreiben kann. *R. Scott'*

Letzter Tag

Um Gottes Willen, kümmere dich um unser Volk.

Aus einem Brief

Wir haben beschlossen, uns nicht selbst zu töten, sondern bis zum Ende für dieses Depot zu kämpfen, aber im Kampf gibt es ein schmerzloses Ende.

Die Freunde von Kapitän Oates hätten ihm niemals nahelegen können, dass er seine Entscheidung der aufopfernden Liebe treffen sollte. Sie taten alles für ihn, was sie konnten, bis zu seinem letzten Tag. Sicherlich müssen wir sorgfältig auf das Leid achten, das wir möglicherweise verursachen, wenn wir den Unterschied zwischen akuter, chronischer und terminaler Pflege und die Anlässe, zu denen jede Pflege angemessen ist, nicht erkennen, und wir müssen das in den letzten Jahren entwickelte Wissen über Erleichterung weit verbreiten.

Aber noch mehr müssen wir, wie die Gefährten von Oates, eine Haltung fördern, die dem Sterbenden vermittelt: „Du bist wichtig, weil du du bist. Du bist wichtig bis zum letzten Augenblick deines Lebens, und wir werden alles tun, was wir können, um dir nicht nur zu helfen, friedlich zu sterben, sondern auch zu leben, bis du stirbst.“

Bibliographische Angaben:

Hinton, J. (1967). *Dying*, Penguin Book, Harmondsworth.

Kennedy, I. (1976). Focus: Current issues in medical ethics. The Karen Quinlan case: problems and proposals, *Journal of Medical Ethics*, 2, 3.

Päpstliche Ansprache an einen Kongress von Anästhesisten, 24. November 1957 (1957). *Acta Apostolicae Sedis*, 1027-1033.

Parliamentary Debates (1976). 368, cols 196-214, cols 226-300.

Ramsey, I. (1972) Moral problems facing the medical profession at the present time. Address to annual clinical meeting of the British Medical Association.

Scott, R. (1913) *Scott's last expedition*. *Journal* (Vol 1); *Collection of reports of scientific works under supervision of Dr. Wilson* (Vol 2); Smith Elder (absorbed into John Murray (Publishers) Ltd).

Quelle: *Nursing Times* 72, Nr. 26 (1. Juli 1976), S. 1003-1005.