

Stellungnahme¹

Henk Jochemsen

Kommentare und Reflexionen zur Debatte im Workshop „Humane Sterbebegleitung versus aktive Sterbehilfe“, organisiert vom Gesprächskreis Sozialpolitik der Friedrich Ebert Stiftung in Berlin, 24. Januar 2006

1. Selbstbestimmung

Die Diskussion drehte sich in weiten Teilen um das Thema Selbstbestimmung und deren Implikationen für die Akzeptanz und Regulation von Euthanasie in ihren gesellschaftlichen und menschenbezogenen Folgen. Das wurde schon deutlich bei den einführenden Vorträgen von Van den Daele und Schobert. Beide behandelten unmittelbar das Konzept der Selbstbestimmung und der Euthanasie. Die beiden anderen Vorträge diskutierten das Problem der Pflege terminal Kranker und Euthanasie – mit kritischer Würdigung des Verhältnisses zu Leben, Tod und palliativer Pflege. Das Autonomie-Konzept ist nicht ohne Grund so zentral. Ständig und immer wieder ist das Konzept der Selbstbestimmung als grundlegendes Recht in modernen Gesellschaften ein zentrales Argument, um Euthanasie akzeptabel, und wenn möglich, legal zu machen. Man könnte sogar sagen, Selbstbestimmung im Sinne der *Fähigkeit* und des *Rechtes* eines jeden Individuums selbst zu wählen und zu entscheiden, ist ein grundlegendes Konzept für moderne Demokratien und Ethik. Wenn es keine Wahlfreiheit gibt, kann es keine Verantwortung geben und keine sinnvolle Rolle für Ethik. In diesem allgemeinen Sinne wird das Konzept von Selbstbestimmung als Wahlfreiheit in all unseren Gesellschaften als unproblematisch angesehen.

Jedoch limitieren andere Interessen, die ebenfalls geschützt werden sollen, von Anfang an diese individuelle Wahlfreiheit. Bevor dieser Aspekt weiterentwickelt wird, ist es notwendig das Konzept der Selbstbestimmung und das Prinzip der Autonomie genauer zu erläutern.

2. Entscheidungsfähigkeit und Rechte

Es ist wichtig zu unterscheiden einmal zwischen Autonomie als einer allgemeinen menschlichen Fähigkeit frei wählen zu können und zum anderen als Recht für sich selbst in Angelegenheiten des eigenen Lebens zu entscheiden. Das erste meint eine Entscheidungsfähigkeit, die jemand haben kann oder über die er nur beschränkt oder gar nicht verfügt. So gesehen ist Autonomie im Alltagsleben abgestuft: Man kann gänzlich autonom sein, im Falle von Kindern, dementen Menschen, geistig behinderten Personen usw. kann die Autonomie begrenzt sein, im Falle komatöser Patienten kann sie gar nicht vorhanden sein. Andererseits ist das Recht auf Selbstbestimmung als ein juristisch zugestandenes Recht weit weniger eine Frage der Abstufung. Es ist eindeutig: Entweder ist jemand autonom vor dem Recht oder er ist es nicht. (Eine Ausnahme dieser Regel ist der Fall von Minderjährigen: Für junge Menschen in einem bestimmten Alter gibt es ein Recht auf Selbstbestimmung, das mit den Eltern geteilt wird und auch medizinische Bereiche betrifft). Die zentrale Frage ist folglich, ob volle Autonomie diese juristisch gefasste Selbstbestimmung einschließen sollte, bis zur Fähigkeit Euthanasie fordern zu können. Bevor man diese Frage detailliert behandelt, ist es wichtig eine mögliche Konsequenz einer stark betonten Autonomie zu erwägen. Denn: Wenn Autonomie zum Kennzeichen des Menschseins selbst wird, besteht die Gefahr, dass

¹ Publiziert in: Humane Sterbebegleitung versus aktive Sterbehilfe. Herausgegeben vom Wirtschafts- und sozialpolitischen Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung, Abteilung Arbeit und Sozialpolitik, April 2006

geistig behinderte und demente Menschen, die eben nicht völlig autonom sind oder nie sein werden, nicht als vollständige Menschen angesehen werden. So paradoxal es auch klingen mag, genau diese starke Betonung der Autonomie unterminiert den Schutz derjenigen, die nicht fähig sind, ihr Recht auf Selbstbestimmung juristisch auszuüben.

3. Konfligierende Kriterien

Das Problem von Autonomie und Gesundheitsversorgung bringt noch eine weitere Dialektik mit sich. In theoretischen Verteidigungen einer legalisierten Euthanasie wird oft auf das Recht zur Selbstbestimmung Bezug genommen, dass die Existenz autonomer Subjekte voraussetzt. Das zweite gewichtige Argument, das in diesem Kontext zusätzlich aufgeworfen wird, betrifft das Leiden, das Schwerkranke in ihrer letzten Lebensphase möglicherweise erdulden müssen. Beide Begründungen kommen oft nicht überein, sondern schließen sich gegenseitig aus. Besonders in Situation, in denen Menschen ernsthaft leiden, kann die Fähigkeit, Euthanasie frei und unabhängig zu ersuchen, in Frage gestellt werden. Wenn aber andererseits Menschen fähig sind, autonom um Euthanasie zu bitten, kann man sich fragen, ob das Leiden tatsächlich unerträglich geworden ist. Damit ist nicht in Abrede gestellt, dass leidende Menschen ihren Willen ausdrücken können, noch, dass ihr Wille oder ihre Wünsche nicht ernst genommen werden sollten. Wohl aber ist zu fragen, welches Maß an Autonomie gefordert werden sollte, wenn diese Bitte erfüllt wird und, ob ein hohes Maß an Autonomie nicht die Möglichkeit der Euthanasie für jene Menschen ausschließt, die gerade wegen ihres Leidens oder ihres Zustandes weniger autonom sind. Die Euthanasiepraxis in den Niederlanden zeigt, die Autonomie und Nachfrage der Patienten ist für Ärzte nicht der zentrale Grund Euthanasie durchzuführen, sondern der Zustand des Patienten. Es ist das Leiden und die Empathie der Ärzte für ihre Patienten, die sie dazu bringen das Leben der Patienten zu beenden. Bei Patienten, die noch über ein gewisses Maß an Autonomie verfügen, fällt es den Ärzten sicher leichter, diese Nachfrage zu erfüllen und das gilt auch juristisch als (eher) akzeptabel. Jedoch ist nicht bewiesen, dass dies der wirkliche Grund für die Lebensbeendigung ist. Dafür spricht die Tatsache, dass viele Patienten, die in einer bestimmten Krankheitssituation nach Euthanasie fragen, sie nicht bekommen. Gleichzeitig gibt es Patientengruppen, deren Leben intentional ohne aktuelle Bitte beendet wird. Vielen Patienten werden Behandlungen vorenthalten und/oder ihre Schmerzmedikation wird erhöht, ebenfalls teilweise mit der Absicht das Leben ohne ihre explizite Zustimmung zu verkürzen. Wenn das so ist, entbehrt es nicht einer gewissen Logik, dass Ärzte, die eine explizite Anfrage des Patienten akzeptieren, im Grundsatz auch das Leben eines Patienten beenden können, der schrecklich leidet, selbst aber nicht mehr in der Lage ist Euthanasie nachzufragen. Die Dynamiken der Euthanasiepraxis in den Niederlanden – und ich denke das ist ein strukturelles Merkmal der gesamten Euthanasiefrage in modernen Gesellschaften – bedingen bereits heute eine Tendenz, von der freiwilligen Euthanasie, wenn sie einmal akzeptiert ist, zur unfreiwilligen überzugehen.

Die Entwicklungen in den Niederlanden demonstrieren dies auch auf der Ebene der Richtlinien-Politik. Relativ kurz nach der Legalisierung der freiwilligen Euthanasie in den Niederlanden, begann erneut die Debatte um Lebensbeendigung geschäftsunfähiger Patienten. Mittlerweile haben Gerichte de facto akzeptiert, dass das Leben schwerstbehinderter Neugeborene beendet wird und die Regierung hat ein Protokoll akzeptiert, das es Ärzten erlaubt das Leben schwerstbehinderter oder kranker Neugeborene zu beenden.² Jede Debatte über Legalisierung von Euthanasie sollte diese Dynamiken mindestens berücksichtigen.

² <http://blogger.xs4all.nl/wdegroot/articles/16952.aspx>;
http://www.minvws.nl/images/levensbeeindiging_tcm10-78033.pdf

4. Autonomie kann nicht die Grundlage sein

Es gibt zwei weitere Gründe, warum auch unter logischen Gesichtspunkten Autonomie nicht Grundlage dafür sein kann, die Legalisierung von Euthanasie zu akzeptieren. Zu allererst, weil im Fall der Euthanasie oder des assistierten Suizides es jemand *anderer* ist, der zu helfen hat. Das ist gemeinhin der Arzt; doch die Position des Arztes ändert sich, wenn ihm erlaubt ist, das Leben einer anderen Person zu beenden. Das ist offensichtlich, weil die Medizin eine juristisch regulierte und geschützte Profession ist, die ihren Mitgliedern enorme Macht gewährt. Die Grenzen und die Art der Kontrolle dieser Macht ist ganz klar eine öffentliche Angelegenheit und liegt auch in der Verantwortung des Staates. Deshalb kann Euthanasie niemals einfach eine private Angelegenheit zwischen Arzt und Patient sein.

Ein zweiter Grund warum Patientenautonomie keine Grundlage sein kann: Die praktische Umsetzung muss notwendigerweise in einem Rechtsstaat kontrolliert werden. Der Grund der Anfrage, das Maß der Autonomie und Unabhängigkeit des Patienten, die Durchführung der Euthanasie und deren legale Kontrolle, all das muss reguliert werden. In einem Staat, der über Gesetzgebung funktioniert, ist es undenkbar einer bestimmten Gruppe von Menschen, also Ärzten, ohne irgendeine weitere Kontrolle zu erlauben, das Leben anderer zu beenden.

Tatsächlich kann Patientenautonomie bestenfalls *eine* Vorbedingung sein, die bestimmt, ob das Leben einer Person beendet wird. Andere Menschen sind involviert und haben hier auch etwas zu sagen und das limitiert notwendigerweise die Autonomie des Individuums. Noch einmal, das soll nicht in Abrede stellen, dass die juristische Akzeptanz der Euthanasie bestimmten Menschen eine Möglichkeit eröffnet, die sie sonst nicht hätten. Hier soll nur klargestellt werden, dass es mehr gibt als die Patientenautonomie und der Staat notwendigerweise eine zentrale Rolle spielt. Wer die Nachfrage eines Patienten, der sein Leben beendet haben möchte akzeptiert, sollte dies immer in einem größeren juridischen und sozialen Kontext erwägen.

5. Abwehrrecht und Bezugsrecht

In diesem größeren Kontext betrachtet, ist das Konzept der Patientenautonomie in der Gesundheitsversorgung grundsätzlich ein ‚Abwehrrecht‘. Der Erfolg moderner Medizin und die Technisierung der Gesundheitsversorgung, die im Laufe der sechziger und siebziger Jahre des letzten Jahrhunderts stattfand, hat zu einer Art Behandlungsfanatismus geführt, der manchmal in Übertherapie und ungerechtfertigte Verlängerung von Behandlung führt. Das hat unter Patienten den Wunsch provoziert, in Entscheidungsprozesse involviert zu sein.

Entsprechend sind Ärzte gesetzlich verpflichtet, die Zustimmung von Patienten für eine Behandlung einzuholen (*informed consent*). Medizin wird in (post)modernen Gesellschaften zunehmend als Instrument gesehen, um den gewünschten Lebensstil zu verwirklichen. Das schließt sowohl das Recht ein, Behandlung abzulehnen als auch, mögliche Behandlungen selbstbestimmt zu fordern. Dieses Recht kann von der Gesellschaft nur in begrenztem Maße zugestanden werden, nicht zuletzt wegen der damit verbundenen Kosten. Wichtiger aber ist, dass medizinische Behandlung auch schaden kann. Ordnet man Euthanasie nicht einfach dem Patientenrecht auf Selbstbestimmung unter, so konstituiert dies keine Ausnahme von der Pflicht zur gesundheitlichen Versorgung. Ohnehin werden viele Dinge, die Menschen sich wünschen mögen nicht gewährt (oder nur wenn Patienten selbst dafür bezahlen).

6. Neue Handlungsoptionen

Eine favorisierte Argumentationsweise im Workshop war, dass wir aufhören sollten Sterbehilfe und Sterbebegleitung als sich gegenseitig ausschließende Optionen anzusehen.

Warum sollten die beiden Praktiken nicht zusammen gehen? Aktive Euthanasie könnte das letzte Stadium in einer guten palliativen Pflege sein. Viele in den Niederlanden und Belgien unterstützen diese Sicht. In diesen Ländern, selbst in Hospizen und anderen Institutionen der palliativen Versorgung, ist auch Euthanasie eine Option. Sie wird im allgemeinen als allerletzter Ausweg angesehen. Ich denke, dass diese Sicht bestenfalls problematisch ist. Akzeptanz von Euthanasie verändert die gesamte Situation grundlegend. Wenn Euthanasie unter bestimmten Konditionen eine akzeptierte Option ist, dann wird in schwierigen Situationen, die diese Konditionen erfüllen, Euthanasie *nicht nachzufragen* ganz logisch auch zu einer Option. Tatsächlich könnte man auch anders entscheiden. Das kann aber auch Patienten in die Situation versetzen, sich dafür rechtfertigen zu müssen, wenn sie *nicht* um Euthanasie bitten. Dieser logische Stand der Dinge muss nicht notwendig sofort zu einer komplett veränderten Praxis führen. Besonders in der Hospizversorgung, die ja für den Umgang mit terminal erkrankten Patienten zuständig ist, wird die akzeptierte Option Euthanasie nicht auf kurze Sicht die Praxis dramatisch ändern (sofern es keinen ökonomischen und finanziellen Druck gibt). Auf lange Sicht ist es aber ausgesprochen wahrscheinlich, wenn diese Option erlaubt ist, dass sich die ethische und soziale Atmosphäre für die terminal Kranken verändern wird, besonders in solchen Institutionen, die nicht auf palliative Pflege spezialisiert sind. Persönliche Erfahrungen von Ärzten und Schwestern in den Niederlanden zeigen, dass Patienten sich durchaus gelegentlich subtil oder ganz offen genötigt fühlen, um Euthanasie zu bitten. Das Ausmaß dieser Drucksituationen ist unbekannt, denn es ist nicht untersucht worden. Es *ist* dennoch offensichtlich, dass jene Krankheitssituationen und Argumente, die als Begründung für eine Euthanasie akzeptiert werden, stufenweise erweitert werden. Die aktuelle Debatte in den Niederlanden über die Frage, ob assistierter Suizid/Euthanasie bei Patienten wünschenswert ist, die „am Leben leiden“ (früher wurde das ‚mit dem Leben abgeschlossen haben‘ genannt), zeigt genau diese Entwicklung. Wenngleich das sicher in der niederländischen Gesellschaft nicht allgemein akzeptiert ist, so ist doch die Tatsache, dass in der Niederländischen Ärztesvereinigung KNMG heute im Grundsatz diese Möglichkeit akzeptiert ist – zuvor war dies immer zurückgewiesen worden – ein sprechendes Anzeichen dieser Tendenz.³

7. Post-Moderne

Grundsätzlich können wir sagen, dass unsere Gesellschaft eine ambivalente Haltung gegenüber dem Konzept der Autonomie und Selbstbestimmung hat. Einerseits gibt es einen starken Wunsch frei zu sein und fähig, über sein eigenes Leben und sogar den Tod (wenigstens solange jemand gesund ist) zu verfügen. Andererseits gibt es einen starken Wunsch, an der Gemeinschaft zu partizipieren und Sinn im Leben zu erfahren. Die Betonung individueller Autonomie, die über die Aufklärung in unsere Kultur Eingang fand, scheint an ihre Grenze gelangt zu sein. Die gleiche Ambivalenz zeigt sich, wenn das Verhältnis von Postmoderne und Moderne interpretiert wird. Einerseits kann Postmodernität als eine Radikalisierung der Moderne gesehen werden, in ihrer Betonung persönlicher Freiheit für eigene Lebensgestaltung und persönlichen Lebensstil. Gewissermaßen ist der Wunsch nach Kontrolle der eigenen Lebensumstände sogar größer als in der Moderne. Aber andererseits besteht eine allgemeine Skepsis gegenüber jedweden Wahrheitsanspruch und allen Erklärungssystemen, die zu wissen vorgeben, was für alle Menschen gleichermaßen gut sei – ein Anspruch, den die Moderne vorgibt mit Vernunft und Wissenschaft beantworten zu können. In unseren postmodernen Gesellschaften scheint der Anspruch, dass das beste Leben eines ist, in dem man für sich selbst in allen Belangen Wahlen treffen kann, weithin akzeptiert zu sein, zumindest theoretisch. Gleichzeitig aber scheint im praktischen Leben das Ideal von Wahlfreiheit und Lebensgestaltung an seine Grenzen zu geraten. Es ist, als ob Menschen

³ http://knmg.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE_6059_100_TICH_R144638358841695

spüren, dass diese Orientierung in eine weitere Fragmentierung der Gesellschaft und Isolation des Individuums führen könnte, und sie im Ergebnis einsam zurücklässt. In den Niederlanden sind die Bürger zur eigenen Wahl aufgefordert, beispielsweise bei der Gesundheitsversicherung und den Energieanbietern. Aber manche scheinen es nicht zu mögen, solche Entscheidungen treffen zu müssen.

Massive öffentliche Demonstrationen wie die Trauer um den Tod von Prinzessin Diana und ähnliche Versammlungen nach dem Tod berühmter Menschen oder nach dem Mord an normalen Bürgern durch so genannte „sinnlose Gewalt“, offenbart meiner Meinung nach den starken Wunsch einer Gemeinschaft angehören zu wollen und nach Lebenssinn zu suchen. Auch wenn man sich fragen kann, ob solche zufälligen Menschenansammlungen wirklich eine Gemeinschaft konstituieren.

Dieser Wunsch nach Zugehörigkeit und Sinn zeigt sich auch in neuen Formen ehrenamtlicher Arbeit, wie sie in der Hospiz-Bewegung zu finden ist.

In der Ethik des Gesundheitswesens können wir eine Verschiebung sehen, die in den 80er Jahren in den USA begonnen hat, in den 90ern Europa erreichte und als Ausdruck einer gemeinsamen kulturellen Bewegung interpretiert werden kann. Es handelt sich hier um eine Verschiebung von einer Ethik, die sich abstrakter Prinzipien bedient wie individuelle Autonomie, Nutzen und Gerechtigkeit, in Verbindung mit rationalen Erwägungen zur Problemlösung, hin zu einer Ethik der Pflege (ethics of care). Der erste Zugang zu Ethik ist immer noch charakteristisch für die Moderne, während die zweiten menschlichen Beziehungen und Verantwortungen betont und Tugenden, die Beziehungen als wechselseitige Sorge und Abhängigkeit verstehen. Auch das zeigt einmal mehr die Suche nach Zugehörigkeit und Gemeinschaft.

8. Kontrolle und Vertrauen

Es ist schwierig zu erkennen wohin uns diese Ambivalenz im Problemfeld Euthanasie führen könnte. Ich meine, sollte moderne Medizin nicht humaner werden und Technologie mehr in den Dienst der Interessen des Individuums und seiner Angehörigen stellen, dann wird der Wunsch nach Kontrolle des eigenen Lebens und des Lebensendes stärker werden. In einer Demokratie könnte das zur Legalisierung der Euthanasie führen. Menschen möchten ihre Leben nicht vom Staat oder anderen Institutionen wie der Gesundheitsversorgung oder der Medizin kontrollieren lassen. Wenn aber die externe Kontrolle als nicht dominant erfahren wird und wenn Medizin wie auch Pflege für ältere und terminal Kranke personalisierter wird, dann wird das allgegenwärtige Misstrauen gegenüber mächtigen Interessen wahrscheinlich den Wunsch, seinen eigenen Tod zu kontrollieren (was, wie wir unter Punkt 4 gesehen haben, immer relativ sein wird) bezwingen und Euthanasie wird nicht legalisiert.

9. Zivilgesellschaft

In diesem kulturellen Kampf können die Aktivitäten von Individuen, Gruppen und Organisationen (Zivilgesellschaft) eine wichtige Rolle spielen. Der Ausdruck einer Zivilgesellschaft kann Bürgern ein Zugehörigkeitsgefühl geben und den Bezug zu sinnvollen Aktivitäten und Beziehungen, unter anderem auch für andere Menschen in schwierigen Lebenslagen und Umständen zu sorgen. In dieser Hinsicht denke ich, dass die Hospizbewegung ein sehr wichtiges zivilgesellschaftliches Beispiel ist, das es bereits gibt und das den zukünftigen Gang der Dinge entscheidend verändern kann.

Dies kann besonders wichtig werden, wenn ökonomische Motive der Ressourcenknappheit mit dem Problem der Euthanasie verbunden werden sollten. Bürger werden den ökonomischen Druck auf die Gesundheitsausgaben fühlen und könnten um Euthanasie bitten – aus Angst verlassen zu werden.

10. Was ist der Mensch?

Ein grundsätzlicher Gesichtspunkt, der eine entscheidende Rolle hinter den öffentlich inszenierten Euthanasiedebatten spielt, ist die Sicht auf die Menschheit. Idealtypisch können wir zwischen kontrastierenden Sichten auf den Menschen und menschliche Würde unterscheiden. Die historisch erste Sichtweise steht dafür, dass Würde und voller Schutz jedem Wesen gewährt werden sollte, dass der menschlichen Gattung angehört, einfach weil es ein menschliches Wesen ist. Würde ist hier wesentlicher Bestandteil von Humanität. Die andere Sichtweise gründet menschliche Würde und volle Humanität auf beobachtbare Qualitäten und Merkmale des Individuums. Menschliche Würde basiert auf Bewusstsein sein Selbst oder auf andere aktuelle Konditionen des Lebens. Im ersten Ansatz ist menschliche Würde moralischer Ausgangspunkt für menschliche Beziehungen, während sie im zweiten lediglich eine mögliche Schlußfolgerung aus Beobachtungen und Erfahrungen ist und deshalb von Umständen abhängt.

Ich denke das Ergebnis des Konfliktes dieser beiden Sichtweisen wird wesentlich das zukünftige Gesicht unserer Kultur bestimmen. Die Euthanasiedebatte ist eine der Hauptfronten in diesem Konflikt.

*Prof. Dr. Henk Jochemsen,
Direktor des Prof.dr. G.A. Lindeboom Institute, Zentrum für medizinische Ethik, Ede;
Universitätsprofessor auf dem Lindeboomlehrstuhl für medizinische Ethik, Freie Universität
medizinisches Zentrum (Vumc), Amsterdam.*