

Sterbehilfe – ein schwieriges ethisches Problem

Bericht über einen Vorschlag zu einer pluralistischen Lösung in Israel

N. Hurwitz, P. J. Hurwitz

In vielen Ländern, u. a. auch in der Schweiz, wird zurzeit nach einer gesetzlichen Regelung für das Problem der Sterbehilfe gesucht. Obwohl es vor allem Ärzte sind, die damit direkt konfrontiert sind, ist das Problem nur zum kleineren Teil medizinisch. Es tangiert vor allem die Fachbereiche Religion, Philosophie, Ethik und Rechtswissenschaft. Dementsprechend wurde dieses Thema in Israel von einer all diese Bereiche umfassenden Kommission angegangen. Im Hinblick auf ähnliche Diskussionen in der Schweiz dürfte das israelische Modell vielleicht auch hiesige Kreise interessieren.

Abraham Steinberg, Professor für medizinische Ethik und Neurologie an der Hebräischen Universität Jerusalem, wurde vom Gesundheitsminister beauftragt, eine Kommission zu bilden, um Richtlinien zum Thema Sterbehilfe in Form einer Gesetzesvorlage auszuarbeiten.*

Steinberg bildete eine 59köpfige Kommission. Sie bestand aus Ärzten verschiedener Fachrichtungen (Intensivmedizin, Anästhesie, Kardiologie, Neonatologie, Neurologie, Psychiatrie, Geriatrie, Onkologie, Medizinethik), Vertretern verschiedener religiöser Strömungen des Judentums, wie auch der moslemischen, drusischen und christlichen Minderheiten, Philosophen, Ethikern, Juristen, Pflegepersonen und Soziologen. Es wurden vier Unterkommissionen gebildet:

- Medizin (21 Ärzte, 2 Pflegepersonen, 2 Soziologen, 1 Ethiker);
- Philosophie und Ethik (3 Philosophen, 1 Ethiker, 1 Arzt, 1 Jurist, 1 Fachperson für Kommunikation, 2 Rabbiner, je ein moslemischer, drusischer und christlicher Vertreter);
- Rechtswissenschaft (11 Juristen, 1 Ethiker, 1 Jurist mit Fachgebiet Ethik);
- Jüdisches Religionsgesetz (4 Rabbiner, 1 Arzt, 1 Arzt mit Fachgebiet Ethik).

Von den 59 Kommissionsmitgliedern waren 14 (24%) Frauen. Die Unterkommissionen tagten 35mal. Anschliessend wurde in drei Plenarsitzungen die endgültige Version des Gesetzesvorschlags ausgearbeitet. Die Kommission begann ihre Arbeit am 20. Februar 2000, der definitive Bericht wurde am 18. Januar 2002 vorgelegt. Bis

zu diesem Zeitpunkt erfolgte die Arbeit unter völligem Ausschluss von Politik und Presse.

Erst nach beendeter Arbeit wurde der Bericht an einer Pressekonferenz der Öffentlichkeit vorgestellt (nachzulesen in der Web-Version der Schweizerischen Ärztezeitung, www.saez.ch).

Das Ziel war, ein Gesetz zu schaffen, das den Umgang mit dem terminal kranken Menschen regelt. «Terminal krank» wurde definiert als «jemand, der unheilbar krank ist, mit Versagen von mehr als einem lebenswichtigen Organsystem, dessen Lebenserwartung nicht mehr als zwei Wochen beträgt, und der schwer leidet». Man war sich einig, dass ein grösstmöglicher Konsensus und ein ausgewogener Mittelweg für die folgenden Grundwerte gefunden werden musste:

- Heiligkeit (Unantastbarkeit) des Lebens (dies ist ein spezifischer Begriff des jüdischen Schrifttums von biblischen Zeiten bis heute, etwa vergleichbar mit Albert Schweitzers Begriff von der «Ehrfurcht vor dem Leben»);
- Lebensqualität;
- Vermeiden von übermässigem Leiden;
- Autonomie des Menschen, jedermann kann über das Ausführen oder Unterlassen von Behandlungen für sich selber bestimmen.

Zitat: «Dieses Gesetz bestimmt den Umgang mit dem terminal kranken Patienten durch Festlegung eines angemessenen Gleichgewichts zwischen dem Grundsatz der Heiligkeit (Unantastbarkeit) des menschlichen Lebens, dem Anrecht auf eine angemessene Lebensqualität, dem Grundsatz der Menschenwürde und dem Recht des Menschen auf Verwirklichung seiner Autonomie.» (Kapitel 1, Paragraph 1) [alle Zitate: Übersetzung der Autoren].

Der Gesetzesvorlage sind beigefügt: ein Verzeichnis bisheriger Gesetze, die u. a. auch die Sterbehilfe tangieren, sich aber nicht umfassend mit dem Problem befassen. Ferner die abweichenden Minderheitsmeinungen, diverse Erläuterungen sowie ein vollständiges Verzeichnis der Kommissionsmitglieder inklusive ihrer beruflichen Tätigkeit und Qualifikationen. Vor Aufnahme der Arbeit erhielt jede Unterkommission ein Schreiben des Kommissionsvorsitzenden mit einem Vorschlag für spezifische Themen, die ausschliesslich in der entsprechenden Unter-

* Das Zeitungsinterview von A. Steinberg mit der «Jerusalem Post» (englisch) kann in der Web-Version der Schweizerischen Ärztezeitung eingesehen werden (www.saez.ch). Der vollständige Text des Kommissionsberichtes inklusive Entstehungsgeschichte, Minderheitsmeinungen und diversen Erläuterungen liegt uns im Original (hebräisch) vor und kann auf Wunsch auszugsweise übersetzt werden.

Korrespondenz:
Drs. Nina und Peter Joel Hurwitz
Stapfenackerweg 7
CH-5034 Suhr
Tel. 062 842 06 32

E-Mail: nina.hurwitz@unibas.ch,
peter.hurwitz@econophone.ch

kommission diskutiert werden sollten. Eine weitere allgemeinere Themengruppe sollte in allen vier Unterkommissionen diskutiert werden. Ferner wurde ein genauer Zeitplan aufgestellt, den es einzuhalten galt.

Zunächst wurden diejenigen Punkte festgelegt, mit denen alle einverstanden waren. Bei umstrittenen Fragen versuchte man, denjenigen Weg zu finden, der für die grösstmögliche Zahl der Mitglieder tragbar – wenn auch nicht immer völlig befriedigend – war. So heisst es im Abschlussbericht: «Trotz zahlreicher und teils heftiger Meinungsverschiedenheiten gelang es uns, einen ausführlichen, offenen und ehrlichen Dialog zu führen, unter gegenseitiger Achtung einen möglichst breiten Konsensus zu finden und eine Gesetzesvorlage auszuarbeiten, die alle nötigen Richtlinien zur Behandlung terminal kranker Menschen enthält.»

Die Diskussion bewegte sich zwischen zwei extremen Standpunkten:

1. Das Leben ist heilig und muss um jeden Preis erhalten bleiben, auch wenn der Patient unsäglich leidet.
2. Der Patient ist autonom, sein Wille hat absolute Gültigkeit, inklusive Beihilfe zum Suizid oder sogar ihn zu töten, wenn er dies wünscht.

Alle Kommissionsmitglieder waren der Ansicht, dass man einen Mittelweg zwischen diesen beiden Extremen finden müsse. Folgende Punkte waren für alle Mitglieder akzeptabel:

- Ein Patient darf nicht getötet werden, auch nicht auf seinen ausdrücklichen Wunsch hin. Dies wurde wie folgt formuliert: «Eine ärztliche Handlung, deren sichere Folgen nach Meinung der Mehrheit der auf diesem Gebiet tätigen Spezialisten zum Tode führt, ist verboten, auch wenn sie aus Mitleid und Erbarmen erfolgt oder auf ausdrückliches Verlangen des sterbenden Patienten, seines gesetzlichen Vertreters, Familienangehöriger, eines Freundes oder jeglicher anderen Menschen.» (Kapitel 3, Absatz 2, Paragraph 16). Es wurde jedoch festgehalten, dass ein schwer leidender, unheilbar kranker Mensch genügend Analgesie erhalten soll, auch wenn dies seinen Tod beschleunigen könnte.
- Beihilfe zum Suizid ist verboten. «Hilfe zum Suizid, sei sie von einem Arzt oder von jedem anderen Menschen gegeben, ist verboten, auch wenn diese Hilfe aus Gründen des Mitleids und Erbarmens erfolgt und auch wenn dies der ausdrückliche Wunsch des terminal kranken Patienten ist.» (Kapitel 3, Absatz 2, Paragraph 17).

- Ein terminal kranker Patient soll nicht unbegrenzt und nicht gegen seinen Willen behandelt werden. In genau definierten Situationen dürfen Therapien abgesetzt oder gar nicht begonnen und Reanimationen unterlassen werden. «Ein Sterbender, der nicht will, dass sein Leben weiter verlängert wird, soll keine medizinische Behandlung mehr erhalten, ausser er stimmt dieser ausdrücklich zu.» (Kapitel 3, Absatz 2, Paragraph 10a). Pflegerische und therapeutische Grundleistungen, wie Schmerztherapie, Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, müssen aber in jedem Fall bis zum Tode weitergeführt werden.

Passive Sterbehilfe widerspricht nicht dem jüdischen Grundsatz von der Heiligkeit (Unantastbarkeit) des Lebens. Bereits im Talmud (Traktat Ketubot 104a, etwa 300–400 A.D.), wie auch im späteren jüdischen Schrifttum (z. B. Rabbi Jehuda ben Samuel um 1200, Rabbi Mosche Isserles, Krakau, 16. Jh.) wird festgehalten, dass man die Seele eines Sterbenden nicht daran hindern soll, den Körper zu verlassen, und wenn ein Hindernis besteht, das die Seele daran hindert, den Sterbenden zu verlassen, muss man dieses Hindernis entfernen. Die Hindernisse, an die man damals glaubte, sind zwar mit unseren heutigen medizinischen Kenntnissen nicht mehr vereinbar, jedoch steht der zugrundeliegende Gedanke dem heutigen Begriff der passiven Sterbehilfe sehr nahe.

Meinungsverschiedenheiten entstanden oft beim Behandeln der Details. Es wurde allgemein empfunden, dass der Begriff der passiven Sterbehilfe nicht genau definiert sei und der Übergang zu aktiver Sterbehilfe sich nicht immer klar abgrenzen lasse. Bedeutet z. B. das Abstellen eines Respirators aktive Sterbehilfe? Das Abschalten des Gerätes ist eine aktive Handlung. Oder handelt es sich um passive Sterbehilfe, denn man unterlässt die weitere Behandlung? Um eine juristisch eindeutige Situation zu schaffen, wurden zwei Begriffe definiert: die zeitlich begrenzte und die kontinuierliche Behandlung. Eine zeitlich begrenzte Behandlung ist eine «*Behandlung, die periodisch gegeben wird, wobei das Ende eines Behandlungszyklus zeitlich eindeutig abgrenzbar ist vom Beginn des folgenden Zyklus*». Eine kontinuierliche Behandlung wird definiert als «*Behandlung, die kontinuierlich erfolgt, und somit nicht aus zeitlich trennbaren Behandlungsperioden besteht*».

Aufgrund dieser Definitionen wurde festgelegt, dass eine zeitlich begrenzte Therapie (z. B. Chemotherapie, Dialyse) als passive Sterbehilfe gilt und abgebrochen werden darf.

Eine kontinuierliche Behandlung abzubrechen (dies betrifft hauptsächlich künstlich beatmete Patienten) wurde hingegen von der Mehrheit als aktive Sterbehilfe interpretiert und ist daher gemäss obiger Definition verboten. Dieser Paragraph verursachte die meisten Meinungsverschiedenheiten. Manche Mitglieder konnten die Unterscheidung von zeitlich begrenzter und kontinuierlicher Behandlung nicht nachvollziehen und fanden, dass ein Respirator wie jede andere Behandlung auf Wunsch abgesetzt werden soll. Andere sahen zwar moralisch keinen wesentlichen Unterschied zwischen der Unterlassung einer Behandlung und dem Abstellen eines Respirators. Da jedoch das Abstellen eines Respirators eine aktive Handlung ist, befürchteten sie, dass dies zu einer Herabsetzung der Hemmschwelle und zur schleichenden Einführung einer aktiven Sterbehilfe führen könnte, wie Hilfe zum Suizid oder gar Tötung auf Verlangen. Wieder andere empfanden gefühlsmässig einen deutlichen Unterschied zwischen der Unterlassung einer Behandlung (nichts tun) und dem Abstellen eines Respirators (aktive Tat). Umfragen bei nicht der Kommission angehörenden Ärzten und Krankenschwestern ergaben ebenfalls, dass ein Grossteil der Befragten diesen Unterschied empfand. Nun ergab sich aber folgendes Problem. Es bestand zwar ein Konsensus, dass ein Patient, der dies ausdrücklich wünscht, nicht an einen Respirator angeschlossen werden muss. Wie aber geht man vor, wenn ein Patient dem Respirator zugestimmt hat, jedoch später, nach Einsicht, dass sein Zustand aussichtslos ist, nicht weiter beatmet werden möchte? Definitionsgemäss ist das Abschalten des Respirators eine aktive Handlung, also verboten. Bei der Suche nach einer Lösung dieses Problems wurde der Vorschlag gemacht, einen Timer zu konstruieren, welcher den Apparat nach einer vorgegebenen Zeit automatisch abschaltet. Dies würde die kontinuierliche Behandlung in eine zeitlich begrenzte Behandlung umwandeln, die als lebensverlängernde Massnahme auf Wunsch eingestellt werden darf. Das mag zwar etwas spitzfindig klingen, es ist aber ein Kompromiss, der zu einem breiten Konsensus führte. Weil das aktive Abstellen eines Respirators für das Pflegepersonal oft eine beträchtliche psychische Belastung darstellt, wäre ein solcher Timer auch eine Erleichterung für das behandelnde Team. Diese Lösung ist sicher nicht ideal, wurde aber als Kompromiss von der Kommission akzeptiert.

Ein weiterer Vorschlag war, dass jedermann das Recht haben soll, einen gesetzlich bindenden Willen zu verfassen, wie bei ihm im terminalen Stadium vorzugehen sei. Zu diesem Zweck

wird ein Formular entworfen werden, das allgemeinverständliche Anweisungen enthält, wie eine solche Willensverfügung rechtsgültig zu verfassen ist. Diese Willensbestimmungen würden von einer zentralen Datenbank verwaltet. Jeder Volljährige, der voll beschlussfähig ist, kann in dieser Datenbank seinen Willen hinterlegen, welcher periodisch, z.B. alle fünf Jahre, neu bestätigt werden muss. Nach Ablauf der vereinbarten Periode werden die Betroffenen automatisch erinnert, ihren Willen zu erneuern. Sie können ihn aber auch jederzeit ändern oder widerrufen. Eine bereits bestehende Datenbank von potentiellen Organspendern könnte zu diesem Zweck entsprechend erweitert werden. So könnte das Spitalpersonal bei Patienten, die bewusstlos eingeliefert werden, die Willensverfügung direkt von der Datenbank abrufen.

Alle Diskussionen über das Vorgehen am Lebensende müssen transparent im Beisein des Patienten oder seines Vertreters geführt und dokumentiert werden. Bei nicht beschlussfähigen Menschen und bei Fehlen eines hinterlegten gesetzlichen Willens oder eines gesetzlichen Vertreters müssen die Angehörigen oder ein naher Freund mit einbezogen werden, wobei die Kommission auf eine enge persönliche Beziehung zu dem Sterbenden vor seinem jetzigen Zustand mehr Wert legt als auf den Grad der Verwandtschaft.

In unklaren Fällen oder wenn keine Einigung erzielt werden kann, soll eine spitalinterne Ethikkommission entscheiden. Appellationen gegen diesen Entscheid würden von einer nationalen Ethikkommission beurteilt.

Um Missbrauch zu vermeiden, ist es geplant, für Minderjährige und Neugeborene separate Richtlinien zu erarbeiten.

Palliative Medizin für Sterbende soll als ein eigenes Gebiet anerkannt und deren Erforschung gefördert werden. Die palliative Medizin umfasst neben medikamentöser Unterstützung auch psychologische, pflegerische und allgemeinbetreuerische Massnahmen.

Abschliessend möchten wir die in unseren Augen beachtenswertesten Punkte im Vorgehen der Steinberg Kommission zusammenfassen:

- breitgefächerte Zusammensetzung der Kommission;
- Ausschluss von Politik und Presse;
- klare Zielvorgabe der zu behandelnden Fragen und straffer Zeitplan;
- trotz heftiger und scheinbar unüberbrückbarer gegensätzlicher Ansichten ehrliches Bemühen um einen grösstmöglichen Konsensus.