

FRANZ GERSTENBRAND¹, CHRISTINE HESS² UND WALTER STRUHAL³

Euthanasie

Eine neuropsychiatrische Analyse

Einleitung

Der westliche Mensch am Beginn des dritten Jahrtausends verlangt, dass ihm alle Möglichkeiten der modernen Medizin zur Verfügung stehen, er von etwaigen Leiden rasch befreit wird und ihm eine Lebensverlängerung möglich ist. Der moderne Mensch pocht auf sein Recht, auch im Alter und bei Auftreten schwerer unheilbarer Erkrankungen, unerwarteter körperlicher Schäden sowie bei geistigem Verfall in vollem Umfang ärztlich versorgt zu werden.

Nach dem hippokratischen Eid hat jeder Arzt die Verpflichtung, zu heilen und das Auftreten von Erkrankungen seiner Patienten zu reduzieren. Bei Patienten, die an einer unheilbaren Krankheit leiden oder sich im Alter in einem fortgeschrittenen körperlichen und geistigen Abbau befinden, soll der Arzt die Behandlung nicht fortsetzen. Eine Lebensverlängerung über Stunden oder Tage durch künstliche Maßnahmen ist nach Hippokrates ethisch-moralisch nicht gerechtfertigt, eine Verlängerung des Leidens von Sterbenden hat der Arzt zu verhindern. Diese kurativen Richtlinien als auch die Pflicht des Arztes, Leid zu vermindern, sind im hippokratischen Eid verankert. Die noch heute geltende Grundform jeder ärztlichen Tätigkeit hat Hippokrates vor mehr als 2000 Jahren festgelegt.

In der Helsinki Deklaration des Weltärztebundes, veröffentlicht 1964, und in den mehrfachen Amendments wird dem modernen Arzt die Verpflichtung auferlegt, für den Erkrankten alle zur Verfügung stehenden Mittel einzusetzen und dabei nichts außer Acht zu lassen, um seinem Patienten eine moderne Behandlung zu ermöglichen. In der Helsinki Deklaration sind die Bestimmungen für Untersuchungen am Menschen zur Prüfung der Wirksamkeit von neu entwickelten Medikamenten, die Brauchbarkeit neuer diagnostischer Geräte und neuer Behandlungsinstrumente und deren Verwendbarkeit geregelt. In der Hel-

¹ Ludwig Boltzmann Institut für Restaurative Neurologie und Neuromodulation, Wien

² Rechtswissenschaftliche Fakultät der Universität Frankfurt am Main

³ Neurologische Abteilung, Kaiser Franz Josef Krankenhaus, Wien

sinki Deklaration wird dazu klar festgelegt, dass Untersuchungen am Menschen zur Verbesserung von Diagnostik und Therapie notwendig sind. Klinische Versuche am Menschen (clinical trials) haben nach den Vorschriften der Good Clinical Practice (GCP) zu erfolgen. In weltweiter Harmonisierung sind alle Details für einen klinischen Versuch in den ICH-GCP (International Conference on Harmonisation for Good Clinical Practice) verpflichtend durchzuführen. Eine zentrale Rolle in der ICH-GCP spielt die unabhängige Ethik-Kommission (IEC-Independent Ethics Committee). Das für eine klinische Prüfung in allen Details ausgearbeitete Protokoll ist zur Anerkennung und Freigabe der zuständigen unabhängigen Ethik-Kommission vorzulegen, das eingereichte Protokoll ist von dieser zu überprüfen, als unbedenklich einzustufen oder abzulehnen. Der wissenschaftliche Inhalt und die Zielsetzung, mögliche Nebenwirkungen durch das verwendete Medikament, der Ablauf des geplanten Untersuchungsprogramms, die statistische Auswertung der Resultate, eine detaillierte Patienteninformation, die Form der Versicherung der in die Untersuchung einbezogenen Patienten sowie das vorgesehene Monitoring und die Absicherung der Daten haben festgelegt zu sein.

Die moderne Medizin hat im 20. Jahrhundert durch die neuen Erkenntnisse in Physik und Chemie eine wesentliche Verbesserung in ihrer Diagnostik, Therapie und der Prophylaxe von Erkrankungen des Menschen erreicht. Die technischen Disziplinen haben damit eine Lebensqualität begründende Dominanz erreicht (Wehrmann, 2002). Schon im 19. Jahrhundert war es gelungen, verheerende Epidemien durch Aufdeckung ihrer Ursachen einzudämmen; einzelne Infektionskrankheiten, als Geißel der Menschheit angesehen, konnten ausgerottet werden. Mit Hilfe der bildgebenden Verfahren, vor allem der Magnetresonanztomographie (MRT) war es in den letzten Jahrzehnten gelungen, auch kleine strukturelle Veränderungen im menschlichen Gehirn zu erkennen und deren Weiterentwicklung zu verfolgen. Funktionelle Abläufe in verschiedenen Hirnregionen werden durch das funktionelle Magnetresonanztomographie-Verfahren (fMRI) und das PET System (Positron Emission Tomography) schrittweise aufgedeckt und die Untersuchungsergebnisse für Therapieprogramme verwendet. Das geniale Prinzip der Magnetresonanztomographie, das auf der Beeinflussung des Protonen Spinning im Wasserstoffatom mit Hilfe eines hohen Magnetfeldes von 1,5 bis 3 Tesla (15.000 bis 30.000 Gaus) besteht, ist als größter diagnostischer Fortschritt anzusehen. In der Therapie von verschiedenen Erkrankungen war es durch die Aufdeckung von biochemischen Prozessen, die durch moderne Untersuchungsmethoden bis auf eine molekulare Ebene zu verfolgen sind, möglich, eine Reihe von neurologischen Erkrankungen und auch psychiatrischen Störungen aufzuklären und einer erfolgreichen Behandlung zuzuführen. Nach dem Nachweis von Fehlfunktionen in den Transmittersystemen des Gehirns wurden ganze Generationen neuer Medikamente zur Entwicklung gebracht und damit Behandlungsmöglichkeiten auch von psychischen Erkrankungen in zunehmender Form eingeleitet. Noch vor wenigen Jahrzehnten aufgestellte Theorien müssen durch die Kenntnis der Transmitterfunktionen neu gefasst werden, so auch die Erklärungen von Aggressionspotentialen als funktionelle Störungen im

Triebsystem des Gehirns. Im tiefenpsychologischen Denken müssen einige Abstriche erfolgen.

Die Fortschritte in Diagnose und Therapie haben in allen medizinischen Bereichen neue Dimensionen der ärztlichen Tätigkeit und der ärztlichen Verantwortung ausgelöst. Die bisher bestehende Angst, zu früh zu sterben, wird, wie dies Pöltner (2002) trefflich formuliert, durch die als Folge von neuen Möglichkeiten der modernen Intensivmedizin entstandene Sorge abgelöst, zu spät sterben zu müssen. Die medizinische Überversorgung und die damit verbundene mögliche Krankheitsverlängerung erfährt andererseits durch die verschiedentlich diskutierten »Gesundheitsökonomischen Maßnahmen«, wie die Einschränkung, alte Menschen durch teure Operationen und aufwendige Medikamente nicht zu behandeln oder Krebspatienten mit zweifelhaftem Behandlungsergebnis von einer medizinischen Versorgung auszuschließen, in der Angst vor einer Unterversorgung einen umgekehrten Trend.

Bei jedem Menschen besteht die tiefsitzende Angst vor dem Sterben und davor, dadurch die körperliche Integrität zu verlieren, nicht mehr als menschliches Wesen zu existieren, im Tod zu verlöschen. Religiöse und philosophische Lebensprogramme versuchen, diese Urangst zu mildern oder zumindest auszugleichen.

Beim kranken, aber auch beim gesunden Menschen wird allerdings die Angst vor dem unabwendbaren Tod durch die Furcht übertroffen, einem Leid ausgesetzt zu sein, körperliches oder seelisches Leid ertragen zu müssen. Trotz der Erkenntnis, dass das Erleben von Schmerzen letztlich den Beweis eines noch fortbestehenden Lebens darstellt, ist die Furcht, Schmerzen ertragen zu müssen, von dem permanenten Versuch begleitet, Möglichkeiten zu finden, Schmerzen auszuschalten oder diese vermeiden zu können.

Der medizinische Tod tritt durch akutes Herzversagen ein (primärer Herztod) und betrifft damit alle Organe (Gesamttod). Ohne sofortig einsetzende ärztliche Maßnahmen werden die Gehirnfunktionen zuerst ausgelöscht. Durch den irreversiblen Ausfall der Hirnfunktionen als Folge einer schweren Hirnschädigung tritt der Zustand ein, in dem das Gehirn abgestorben ist und einem autolytischen Abbau unterworfen wird, die Körperfunktionen durch intensive Maßnahmen aber noch erhalten werden können (Hirntod). Schäden, die das Gehirn primär treffen und die übrigen Organe, vor allem das Herz, nicht schädigen, führen zum primären Hirntod. Erst nach Einstellen der Unterstützungsmaßnahmen für die Körperfunktionen durch künstliche Beatmung und Stabilisierung des Kreislaufs setzt Minuten danach die Herztätigkeit aus; es tritt der Gesamttod eines Menschen ein. Der Hirntod entspricht medizinisch dem Tod eines Menschen, nicht aber juristisch. Die Bestimmung des Hirntodes ist gesetzmäßig geregelt, wobei in den einzelnen europäischen Staaten, aber auch in Nordamerika, weitgehend gleichartige neurologische Voraussetzungen die Basis darstellen. Legistisch wird der Hirntod (brain death) in Großbritannien und einigen englisch orientierten Ländern dem Hirnstammtod (brain stem death) gleichgesetzt.

Pathologisch-anatomisch sind beim Hirntod das Großhirn, der Hirnstamm und das Kleinhirn irreversibel geschädigt, teilweise anatomisch in ihren Struk-

turen nicht mehr nachzuweisen. Das Rückenmark kann weitgehend unbeschädigt sein und nach einer Übergangszeit von einigen Stunden motorische Funktionen entwickeln, die sich als autonome Rückenmarksreflexe in Bewegungen von Beinen und Armen oder auch in reflektorischen Genitalaktionen zeigen. Insgesamt wurden 17 autonome motorische Bewegungsabläufe des Rückenmarks beobachtet (Binder et al., 1979).

Das Hirntodsyndrom kann bei entsprechender intensiver medizinischer Versorgung, künstlicher Beatmung und Ernährung über Wochen bis Jahre bestehen bleiben. In den U.S.A. wird ein hirntotes Kind, nach einer Hirnentzündung im 4. Lebensjahr, seit über 17 Jahren am Leben erhalten (Shewmon, 1998), ein Leben, das nicht als menschliches Leben aufgefasst werden kann. Die grausame Vision der menschlichen Organbank gewinnt dadurch eine reale Vorstellung.

Ein plötzlicher Tod oder ein sanftes Sterben ist die Wunschvorstellung vieler Menschen. Dem unüberwindbaren Tod als endgültiger Zustand wird von den verschiedenen Religionen in ihrer Glaubenslehre die Endgültigkeit des Todes durch das Fortbestehen nach dem Gestorbensein als Tröstung für die Tatsache des körperlich Ausgelöschtseins genommen oder zumindest gemildert. Lediglich im Buddhismus wird der Tod als die Erlösung vom Leben und somit vom irdischen Leiden aufgefasst. Der einzelne Auserwählte kann durch Einhalten strenger Lebensregeln den »Weg zur Wiedergeburt« gewinnen und der Gnade teilhaftig werden, in das ewige Nichts eines unendlichen Universums, in das Nirwana, einzugehen. Er hat den Weg vom Leben zum Tod glücklich überwunden.

Euthanasie

Eu Thanatos, aus dem Griechischen, bedeutet der »gute Tod«, das friedfertige, das sanfte Sterben, das Sterben ohne Qual. Als Eu Thanatos wurde in der Antike auch der Tod auf dem Schlachtfeld verstanden. Seit dem Beginn des 20. Jahrhunderts wird als Euthanasie der gezielt herbeigeführte Tod eines Menschen bezeichnet. Mit der Euthanasie wird die Phase des Sterbens, der Weg vom Leben zum Gestorbensein mit den dabei für den Einzelnen bestehenden Qualen, Leiden und Schmerzen sanft überwunden.

Euthanasie ist im Dritten Reich als politisches Instrument installiert worden. Wehrlose menschliche Wesen wurden nicht ermordet oder liquidiert, sondern einem guten, einem gütigen Tod »übergeben«. Das Euthanasiesystem des Naziregimes hat den medizinisch herbeigeführten Tod dazu verwendet, Menschen gezielt vom Leben in den Tod zu bringen. Körperlich und geistig Behinderte mit einem angeborenen oder erworbenen Hirnschaden, erkrankte und psychisch gestörte Menschen wurden als »unwertes menschliches Leben« eingestuft und durch Zwangseuthanasie ermordet. Aber auch als »rassisch minderwertig« klassifizierte Menschen wurden einer Zwangseuthanasie ausgeliefert und ermordet, letztlich als verdeckte Todesstrafe für ihr »unwertes menschliches Leben«. Der Weg zum »guten Tod«, die Euthanasie, ist nach einer »maschinellen Instrumentalisierung« im Naziregime zum Hohn einer entarteten Ideologie geworden.

Der Begriff Euthanasie wurde in Deutschland, Österreich und anderen europäischen Ländern nach dem Ende des Naziregimes über Jahre nicht diskutiert.

In der heutigen Vorstellung wird die Euthanasie als Hilfe dargestellt, den Totkranken am Weg vom Leben in den Tod zu begleiten, ihm sein Sterben zu erleichtern. Der Begriff Euthanasie wird daher häufig mit dem Ausdruck Sterbehilfe, Sterbebegleitung, Sterbebeistand, Hilfe zum Sterben ersetzt, mit der Bedeutung eines sanften Sterbens ohne Qualen nach Eintreten einer ausweglosen, zum Tode führenden Erkrankung.

Nach der medizinisch-legalistischen Bedeutung wird unter Euthanasie die gezielte Herbeiführung des Todes eines Menschen verstanden, um dem Betroffenen Schmerzen oder eine schwerwiegende Beeinträchtigung des noch bestehenden Lebens zu ersparen (Pöltner, 2002); Euthanasie als Sterbehilfe bedeutet nach der heutigen Auffassung eine Handlung, die darauf ausgerichtet ist, ein Leben, das kurz vor dem Ende steht, zu beenden. Die legalistische Grundlage der Euthanasie ist in den meisten europäischen Ländern und auch in Nordamerika weitgehend einheitlich geregelt. Ausnahmen wurden in Holland, auch in Belgien, gesetzlich festgelegt.

In der Euthanasie werden die aktive und eine passive Form gesetzlich und medizinisch unterschieden.

Bei der *aktiven Euthanasie*, der aktiven Sterbehilfe, wird das Leben eines Menschen durch eine aktive Handlung eines anderen Menschen unter Verwendung von medizinischen Mitteln beendet. Vom Arzt werden tödlich wirkende Medikamente verabreicht. Als aktive Sterbehilfe gilt nach dem österreichischen Recht nicht nur Tötung auf Verlangen, sondern auch Beihilfe zum Selbstmord. Der deutsche Gesetzgeber unterscheidet zwischen strafbarer Tötung auf Verlangen und straffreier Beihilfe zum Selbstmord. Der aktiven Euthanasie liegt gegenüber der Zwangseuthanasie des »Dritten Reiches« der freie Wunsch des Patienten zu Grunde, seinem Leben mit der Hilfe eines Arztes ein Ende zu setzen.

Von der aktiven Euthanasie auf Grund des freien Willens eines Patienten ist die Tötung gegen den Willen des Betroffenen oder ohne dessen möglich gewesene Willensäußerung eingeholt zu haben, die unfreiwillige Euthanasie, zu trennen. Als aktive Sterbehilfe gilt nach dem österreichischen Recht, wie oben erwähnt, auch die Beihilfe zum Selbstmord, das heißt Tötung auf Verlangen.

Bei der Diskussion über die aktive freiwillige Euthanasie wird der Grundsatz herangezogen, dass jeder Mensch das Recht hat, über sich selbst zu verfügen. Dieses Recht dürfe nicht durch traditionelle und weltanschauliche Überzeugung strafrechtlich eingeengt werden. Die Frage des Selbstbestimmungsrechtes stößt auf ethische und juristische Grenzen. Nach Stellamor (2002) ist der Einzelne über sein Leben nicht verfügungsberechtigt und zwar im Interesse der Gesamtheit der Gesellschaft, ein Gedanke, der der konfuzianischen Lebenslehre nahe kommt, letztlich dem Kant'schen Moralbegriff entspricht, sich von der Moral der globalisierten Industriegesellschaft stark entfernt.

Dem von einer schweren, hoffnungslosen Erkrankung Betroffenen kann in diesem Zustand nicht die »Freitodmüdigkeit« als Ausnahmezustand mit dem Wegfall einer vollen Überlegungsfähigkeit zuerkannt werden (Bydlinski, 2002).

Eine Einschränkung der Kritikfähigkeit ist durch die Beeinflussung der höchsten Hirnfunktionen im Gefolge einer schweren körperlichen Erkrankung mit toxisch-hypoxischen Begleitbelastungen nicht auszuschließen. Um aus diesem Dilemma einen zumindest begrenzten Ausweg zu schaffen, ist in Deutschland und in Österreich die Erstellung einer juristisch wirksamen Patientenverfügung möglich, die es dem gesunden Menschen erlaubt, im Falle einer schweren unheilbaren Erkrankung, im Laufe derer er seinen Willen nicht mehr frei äußern kann, festzulegen, dass zumindest auf alle lebenserhaltenden und lebensverlängernden Maßnahmen verzichtet wird. Dies reicht nicht an eine aktive Sterbehilfe heran, was allerdings strittig ist, abhängig davon, welche Definition zur Abgrenzung von aktiver und passiver Euthanasie verwendet wird. Dem Arzt wird die Entscheidung erleichtert, den Wunsch eines Patienten bei Eintritt eines derartigen Zustandes zu berücksichtigen. Nicht zuletzt aus ökonomischen Gründen werden solche Patientenverfügungen von deutschen Ärzten und Krankenhäusern meistens befolgt.

Den christlichen Kirchen wird in der Diskussion zum Recht, über sich selbst zu verfügen, der Vorwurf gemacht, durch ihre Stellung im Staat »weltanschauliche Minderheiten« zu unterdrücken. Moralisch steht dem gegenüber, dass der Schutz der individuellen Freiheitsrechte des Menschen letztlich eine Tötung auf Verlangen verbietet (Pöltner, 2002). In der praktischen Auswirkung ergibt sich die Erfahrungstatsache, dass der Ruf nach einem »Gnadentod« in der Regel nicht von den Sterbenden, sondern von der Umgebung, nicht selten von jungen Menschen, erhoben wird. Dabei ergibt sich, dass ein vorher geäußerter Wunsch, in einer unheilbaren Gesundheitssituation den »Gnadentod« zu erhalten, von dem Betroffenen in der aktuellen Situation nur mehr sehr selten geäußert wird. Der Wunsch nach »Gnadentod« als Wunsch eines Betroffenen kann auch durch subtilen Druck auf den Kranken entstehen, nicht länger dem Krankenhaus, den Angehörigen und der Gesellschaft zur Last zu fallen, wobei von Erwartungseuthanasie gesprochen werden kann (Stellamor, 2002).

Aktive Sterbehilfe, aktive Euthanasie, ist in Österreich und in den meisten zivilisierten Staaten gesetzlich geregelt. Legistisch wird die absichtliche Lebensverkürzung bzw. die aktive Beschleunigung des Todeseintritts als krimineller Akt eingestuft. Geschieht dies ohne Begehren des Patienten, so kommt in Österreich § 75 des StGB, also Mord, in Frage, mit einem Strafsatz von 10 bis 20 Jahren oder auch mit lebenslanger Freiheitsstrafe. Geschieht eine aktive Euthanasie auf Wunsch des Patienten, Tötung auf Verlangen, so tritt in Österreich der Tatbestand von § 77 des StGB in Kraft mit einem Strafsatz von 6 Monaten bis zu 5 Jahren. Tötung auf Verlangen wird auch in Deutschland als krimineller Akt bestraft. Die dritte Form einer aktiven Euthanasie, die Mitwirkung am Selbstmord, wird in Österreich nach § 78 des StGB mit einem Ausmaß ähnlich wie die Tötung auf Verlangen bestraft. Die Mitwirkung am Selbstmord ist in Deutschland straffrei. Die aktive Sterbehilfe ist nicht nur strafbar, sie wird in den meisten ärztlichen Standesregeln ausdrücklich abgelehnt. Dies wird in Europa in Holland, in Belgien und in der Schweiz nicht eingehalten. Um »Sterbetourismus« nach Holland zu verhindern, ist es in den Niederlanden nur möglich,

aktive Sterbehilfe zu erlangen, wenn zwischen Arzt und Patienten ein meist jahrelanges Vertrauensverhältnis besteht. In Belgien zeigen sich derartige Auswüchse, dass Antragsformulare auf Sterbehilfe im Internet heruntergeladen werden können.

Die *passive Euthanasie*, die passive Sterbehilfe, unterscheidet sich von der aktiven Euthanasie dadurch, dass keine ärztliche Handlung abläuft, die den Tod eines Menschen herbeiführt. Die passive Euthanasie ist indirekt im hippokratischen Eid als »ärztliche Verpflichtung« mit dem Hinweis festgelegt, dass bei einem Patienten, der sich am Ende einer unheilbaren Krankheit oder im Alter nach fortgeschrittenem körperlichen und geistigen Abbau befindet, eine Lebensverlängerung über Stunden und Tage durch künstliche Maßnahmen ethisch und moralisch nicht gerechtfertigt ist (Roth, 2002). Nach dem hippokratischen Eid ist eine sinnlose Verlängerung der Leidenszeit vom Arzt zu verhindern. Der hippokratische Eid ist in einem griechisch-hellenistischen Naturalismus eingebettet, in dem Krankheit aus der Natur des Menschen kommt (Roth, 2002).

Passive Euthanasie als passive Sterbehilfe bedeutet Behandlungsverzicht des Arztes, bei Sterbenden oder bald Sterbenden seine ärztliche Tätigkeit fortzusetzen. Das Wort *passiv* sagt dabei aus, dass sich der Arzt sowohl dem Sterbeprozess als auch der Grundkrankheit gegenüber *passiv* verhält. Dieses *passive* Verhalten darf aber keineswegs den Kranken und dessen Leid betreffen. Der Arzt und seine Helfer sind voll verpflichtet, einem Kranken durch sorgfältige Grundpflege und palliative, d. h. schmerzlindernde Therapie sowie durch menschliche Zuwendung beizustehen (Gerstenbrand, 2002). Die Grundpflege eines Patienten ist ein Gebot der Menschlichkeit und unabhängig vom ärztlichen Beruf. Als Krankenpflege dient sie dazu, das Wohlbefinden des Patienten zu fördern ohne direkten Zugang zur kausalen Behandlung einer bestehenden Krankheit. Zur Krankenpflege gehören die Maßnahmen der Körperhygiene, die Lagerung des Patienten, Zufuhr von Flüssigkeit und Ernährung sowie alle Maßnahmen, die für das körperliche und seelische Befinden des bewusstlosen, aber auch des nicht bewusstseinsgestörten Patienten notwendig sind (Gerstenbrand, 2002). Die durch eine Patientenverfügung geschaffenen Möglichkeiten gehen über eine passive Euthanasie hinaus, weil damit auch jegliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr eingestellt werden kann.

Prinzipiell besteht die Grundlage jedweder ärztlichen Tätigkeit für den entscheidungsfähigen Patienten in dessen Einverständnis, die ihm vom Arzt vorgeschlagenen und in allen Details erklärten Behandlungsmaßnahmen, aber auch das dazu notwendige Diagnoseprogramm anzunehmen. Jeder entscheidungsfähige Patient kann allerdings ärztliche Maßnahmen ablehnen. Der Patient, der die vorgeschlagenen Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen ablehnt, muss von seinem Arzt eindringlich auf die eintretende Gefahr für sein Leben und für eine mögliche Wiederherstellung seiner Gesundheit in allen Details aufgeklärt werden. Eine schriftliche Bestätigung der stattgehabten Aufklärung, möglichst unter Zeugen durchgeführt, ist einzufordern.

Ein entscheidungsfähiger Patient kann aber auch eine bereits laufende Behandlung in ihrer weiteren Anwendung ablehnen und deren Unterbrechung

verlangen. Ein solcher Patient entzieht mit seiner Ablehnung dem Arzt das Behandlungsrecht. Auch dafür sind Aufklärung und Bestätigung notwendig. Andererseits darf von einem Arzt keine Handlung erfolgen, die dem ärztlichen Heilauftrag widerspricht, wie zum Beispiel sinnlose und unnötige Operationen durchzuführen, ungeeignete Medikamente zu verordnen etc.

Beim entscheidungsunfähigen Patient (patient unable to consent), wie bei Patienten im Koma oder im apallischen Syndrom, in der Endphase einer internistischen Erkrankung sowie nach einem fortgeschrittenen Hirnabbauprozess, liegt die Entscheidung über das weitere medizinische Vorgehen allein beim behandelnden Arzt. Dies betrifft die Durchführung eines Therapieprogramms ebenso wie die Berechtigung auf einen Behandlungsverzicht bzw. den Verzicht, eine Maximaltherapie durchzuführen. Der behandelnde Arzt ist in dieser Situation allerdings verpflichtet, alles was zur Linderung von Beschwerden eines Patienten beiträgt, durchzuführen.

Für die Entscheidung auf einen Behandlungsverzicht bei einer bedrohlichen Akuterkrankung sowie den Verzicht, eine Maximaltherapie durchzuführen oder zu unterlassen, sind zwei Richtlinien maßgeblich.

Das eine Kriterium besteht in der Beurteilung des »mutmaßlichen Willens eines Patienten«, mit der Überlegung, wie dieser in der gegebenen Situation selbst entschieden hätte. Dabei darf der Arzt den Deckmantel der eigenen Vernunftthoheit nicht missbrauchen (Pöltner, 2002). Weitere Hilfsmöglichkeiten für die Entscheidung des Arztes sind Gespräche mit den Angehörigen oder mit einem dem Patienten beigestellten Sachwalter. Der Arzt muss dabei das Interesse des Patienten gegen Eigeninteressen von Angehörigen (Erbrecht!) wahren. Konkrete Hinweise für eine mögliche Entscheidung des Patienten in Bezug auf seine Therapie sind das Vorliegen eines Patiententestamentes bzw. einer Patientenverfügung. Die Verfügung muss in die gegebene Situation eingepasst werden und ein neueres Datum aufweisen. Keinerlei Rolle spielt bei ärztlichen Entscheidungen das Interesse Dritter.

Als zweites Kriterium für einen Behandlungsverzicht oder den Verzicht, eine Maximaltherapie durchzuführen, sind Diagnose und Prognose der aktuellen Erkrankung und Klarstellung der eingetretenen Schäden, die ein Weiterleben auf keinen Fall ermöglichen, heranzuziehen. In dieser Abwägung kann rasch für einen Behandlungsverzicht bzw. den Verzicht auf die Durchführung einer Maximaltherapie entschieden werden. Bei einer aufkommenden Hoffnung auf Besserung des Zustandes oder sogar bei der Möglichkeit einer Heilung sind im Akutfall oder bei einem akuten Zwischenfall die Vitalfunktionen mit allen Mitteln sofort zu stabilisieren und die weitere Prognose abzuwarten.

Bei einem nicht entscheidungsfähigen Patienten, der sich in einem stabilen Zustand befindet – es handelt sich dabei meist um eine primäre oder sekundäre Erkrankung des Gehirns, wie dies beim apallischen Syndrom, dem vegetative state der angloamerikanischen Literatur, der Fall ist oder bei einer Alzheimer'schen Erkrankung, einem Jakob-Creutzfeld'schen Syndrom der Fall sein kann –, ergibt sich der Umstand, dass nach Eintreten von Komplikationen, wie einer Pneumonie, einer Magen-Darm-Blutung etc., im Hinblick auf das Ausbleiben

einer Veränderung des eingetretenen Zustandes bei prognostischer Absicherung auf eine Maximaltherapie verzichtet werden soll.

Im Kapitel »End of life decision« (Entscheidung über das Ende des Lebens) durch Abbruch der Behandlung bei unheilbaren Erkrankungen oder nach einem massiven Defektzustand nach schweren Hirnschäden, wie dies beim apallischen Syndrom verschiedener Ätiologie (Hirnverletzung, Hirnentzündung, hypoxischer Hirnschaden) der Fall sein kann, ist die Entscheidung, dem Patienten jede ärztliche und die pflegerische Maßnahme zu entziehen, an eine richterliche Beurteilung gebunden. In Fällen dieser Art wurde bereits mehrfach in England und in den U.S.A. die richterliche Genehmigung zum Abbruch der lebenserhaltenden Maßnahmen gegeben. Ein Behandlungsabbruch als medizinische Maßnahme bezogen auf den Aufwand an Kosten und Personal (Piskernigg, 2002) darf bei dieser Patientengruppe nicht dem Arzt zugemutet werden.

Die richterliche Entscheidung zur Möglichkeit eines Abbruchs der ärztlichen und pflegerischen Betreuung eines dieser Patienten wurde in den U.S.A., aber auch in anderen Ländern, durch eine Unterbrechung der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr (withdrawal of nutrition and fluid) durchgeführt. Dieses Vorgehen ist eine ethisch nicht akzeptable Maßnahme. Sie entspricht der Entscheidung, den Kranken verhungern und verdursten zu lassen. Eine derartige Form einer aktiven Euthanasie, wenn auch ohne medizinische Mittel durchgeführt, ist als Maßnahme, einem hoffnungslos kranken Menschen die vitale Versorgung zu versagen, ethisch entschieden abzulehnen, erinnert letztlich an die Zwangseuthanasie des Naziregimes in ihrer verdeckten Form der Maßnahmen an KZ-Häftlingen. Erfolgt diese Maßnahme trotz aller Gegenargumente, so wäre zumindest darauf zu achten, dass der Kranke sie nicht als Verhungern, Verdursten oder Austrocknen empfindet, etwa durch Beigabe von Opiaten oder Ähnlichem bis hin zur »terminalen Sedierung«.

Zusammenfassung

Durch die enorme Entwicklung der modernen Medizin sind für den heutigen Menschen unglaubliche Möglichkeiten entstanden, auch schwerste Erkrankungen zu beherrschen und das Leben zu verlängern. Ein Effekt davon ist die Steigerung des Durchschnittsalters der Menschen der westlichen Welt, ein weiterer Effekt, durch gezielte Prophylaxe Krankheiten zu verhindern. Bösartige Krankheiten können durch die moderne Chirurgie und eine verfeinerte Chemotherapie abgefangen und auch beseitigt werden. Biochemisch entwickelte Substanzen erlauben Aktivierung und Dämpfung verschiedener Körperfunktionen, so auch von Funktionen des Gehirns. Stimulationsmethoden können fehlgeleitete Hirn- und Rückenmarksfunktionen stabilisieren und neu abstimmen. Implantate von körpereigenen und fremden Geweben bringen Ersatz für ausgefallene Organe. Die Arbeit an der Verwendung von Stammzellenimplantaten scheint neue Wege zu eröffnen. Hinweise ergeben sich, dass durch einen molekular-genetischen Eingriff in das Genom Erbkrankheiten verhindert werden können. Durch ge-

zielte Leistungsanforderung mit Unterstützung durch biochemische Substanzen kann das Gehirn auch eines älteren Menschen veranlasst werden, neue Funktionen zu entwickeln und neue Fähigkeiten zu erlernen.

Jedes ärztliche Handeln untersteht ethischen Grundregeln. Diese sind bereits weitgehend im hippokratischen Eid festgelegt und werden in der Helsinki Deklaration ergänzt. Aus den bioethischen Grundprinzipien ergibt sich die Verpflichtung zur Erforschung der Funktionen des menschlichen Körpers, vor allem des Gehirns. Intensive Untersuchungen zur Gewinnung neuer Medikamente, neuer Behandlungsmethoden und neuer diagnostischer Verfahren sind eine grundlegende ethische Verpflichtung für die moderne Medizin. Die Untersuchung am Menschen untersteht der strengen Regelung, festgelegt in der ICH-GCP, der International Conference on Harmonisation for Good Clinical Practice. In seiner Verpflichtung gegenüber seinen Patienten ist der Arzt unumstößlich an den Grundsatz gebunden, alles zur Heilung Notwendige durchzuführen, um dem Patienten Leid und Schmerzen zu lindern, wenn möglich zu beseitigen. Durch die ärztliche Handlung darf einem Patienten kein Nachteil entstehen. Letzteres Grundprinzip ist für jede Forschung am Menschen bindend. Die Kant'sche Maxime des kategorischen Imperativs wird neuerdings als Grundlage für ärztliches Handeln wiederentdeckt.

Die Bewältigung des Todes eines Menschen war bis jetzt in den erfahrenen und wohlmeinenden Händen verschiedener Religionen oder auch einzelner ideologischer Gemeinschaften gelegen. Die zunehmende Materialisierungstendenz der »geistigen Welt« hat zu einer Hinwendung zum Grundprinzip der Freiheit des Einzelnen gegenüber der Dominanz eines Gemeinschaftswesens und dessen Wohlergehen geführt. Die Wiederentdeckung der Kant'schen Moraldogmen und deren Einführung als kategorischer Imperativ in die moderne Welt hat bis jetzt nur Diskussionen ausgelöst und ist dem einzelnen Menschen überantwortet.

Die Euthanasie wurde in den letzten Jahrzehnten zu einer weltanschaulichen Entscheidungsfrage. Ihr negativer Höhepunkt in der Zwangseuthanasie des »Naziregimes« hat vor allem in Zentraleuropa die medizinische Klarstellung der Euthanasie verzögert. Die Diskussion über die Anwendung von medizinischen Methoden, einem Menschen Leid und Not zu ersparen, ist in der westlichen Welt zur Scheindiskussion für eine Regelung geworden. Die Zuwendung zum Denken über die Macht der Medikamente hat die religiöse Maxime der Notwendigkeit einer geistigen Überwindung des Leidens verdrängt, nicht zum Nachteil der mächtigen Pharmaindustrie. Die breite Information über medikamentöse Anwendungsmöglichkeiten und instrumentelle Maßnahmen auf den Intensivstationen zur Rettung des Lebens und der Beseitigung schwerer körperlicher Schäden wird allerdings manchen gesunden Mensch verängstigen, im Falle einer schweren Erkrankung hilflos medikamentösen Programmen und den eingeschalteten Apparaten ausgesetzt zu sein. In der Betreuung menschlichen Lebens stellt die in Amerika entwickelte Vorstellung, dass dem jungen und aktiven Leben mehr Platz zu schaffen ist, einen weiteren Belastungsfaktor dar. Der Gedanke vom »lebensunwerten Leben« wird durch diese Einstellung näher gerückt.

Mit Staunen erfüllt es, dass die verschiedenen christlichen Kirchen den moralisch-ethischen Problemen der Lebenserhaltung und der Lebensbeendigung durch ärztlichen Eingriff sowie auch den medizinisch-ökonomischen Maßnahmen untätig gegenüberstehen. Alle anderen Religionen haben eine Diskussion darüber noch nicht aufgenommen oder gar nicht aufnehmen können.

Dem Wunsch nach Wohlergehen des Einzelnen und dessen vermeintlichem Recht auf eigene Entscheidung über Tod und Leben tritt die Kritik aus der Lebensordnung des Islams mit der Verpflichtung für ein gemeinsames Wohlergehen im Namen Gottes entgegen. Die Regeln der konfuzianischen Lebensform mit der Bevorzugung des Wohlergehens der Gemeinschaft gegenüber dem Wohlbefinden des Einzelnen sind vom westlich-materialistischen Gedankengut weit entfernt. Den christlichen Kirchen ist es nicht gelungen, eine Brücke zwischen dem über Jahrhunderte gewachsenen Moralbegriff von Kant und Schiller und der materialistisch-westlichen Ideologie herzustellen. Bis jetzt konnte kein orientierender Kontakt zwischen den christlichen Kirchen und moderner Medizin aufgebaut werden. Die derzeit gültigen ethischen Grundlagen für die moderne Medizin beruhen auf den Maximen der Philosophie des Altertums, ergänzt durch die Morallehre von Augustinus und Thomas von Aquin. Die am Menschen gewonnenen Forschungsergebnisse und deren Verwendung werden weiter vom materialistischen Denken des letzten Jahrhunderts beeinflusst.

Der Tod als wichtigste medizinische Fragestellung und der Weg vom Leben zum Tod, das Sterben, stehen in der Zeit des beginnenden Dritten Jahrtausends ohne maßgebliche Reflexion auf religiöse Grundsätze da, mangelhaft begleitet von ethisch-moralischen Regeln, die naturgemäß derzeit keine einheitlichen, weltweiten Richtlinien besitzen und sich als alleiniges wissenschaftliches Ereignis zur Diskussion stellen. Die Euthanasie als Beihilfe zum Sterben, dem endgültigen Auslöschen des einzelnen Menschen, wird von den Überlebenden, den ebenfalls vom Tod Bedrohten, aus Angst vor dem »Tot-Sein« mit der Möglichkeit eines bevorzugten Sterbens betrachtet. Der Arzt als Handhaber der Euthanasie ist dabei der Schreckensvision ausgeliefert, einen Mord begangen zu haben oder zumindest an einem Mord beteiligt gewesen sowie seinen ärztlichen Verpflichtungen nicht gerecht geworden zu sein. Ein Arzt, der an einer derzeit unausgereiften Euthanasieregelung mitwirkt und sich dafür entscheidet, ist nach den heute geltenden ethisch-moralischen Gesetzen der opportunistischen Belastung ausgesetzt, sich über das bestehende ärztliche Grundgesetz hinweggesetzt zu haben, das Leben eines anderen Menschen zu bewahren und dieses nicht anzutasten.

Literatur

- 1 Additional protocol to the convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine, and the prohibition of cloning human beings. Council of Europe. 1998, European treaties series (ETS), no. 168
- 2 AUGUSTINUS: Bekenntnisse und Gottesstaat, Alfred Kröner, Stuttgart 1951

- 3 BAUMGARTNER H., GERSTENBRAND F.: Neuroethics – A new approach in neurological services, in: BERGEN D. C., CHOPRA J. S., SILBERBERG D., BARAC B., LECHNER H. (Eds.): Progress in Neurology, 2 Livingstone, 281-284, 1999
- 4 BAUMGARTNER H.: Allocation of Resources in Neurology: East and West – a Challenge to European Solidarity, EFNS-Newsletter, 3,1, 2000
- 5 BINDER H., DRAXLER V., SPORN P., GERSTENBRAND F., WATZEK C.: Das spinale Reflexgeschehen beim sogenannten »Hirntoten«, Anaesthesiolog., Intensiv. Med., Band 109, 103-109, 1979
- 6 BYDLINKSI F.: Rechtsethische Argumente zur Euthanasie, in: WEHRMANN W. (Hrsg.): Euthanasie aus medizinischer, juristischer, sozialetischer und theologischer Sicht, Dies academicus, Band 2, 99-106, 2002, Verlag Heiligenkreuzer Hochschulfreunde, Stift Heiligenkreuz
- 7 Convention for the protection of human rights and fundamental freedoms. Council of Europe. 1950. European treaties series (ETS), no. 005
- 8 Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on human rights and biomedicine. Council of Europe. 1997. European treaties series (ETS), no. 164
- 9 Council of Europe, Directorate of Legal Affairs. »Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on human rights and biomedicine«, Strasbourg, November 1996
- 10 Council of Europe, Committee of Ministers. »Explanatory report to the convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on human rights and biomedicine«, Strasbourg, January 1997
- 11 Declaration of Helsinki of the World Medical Association (WMA), adopted by the 18th WMA General Assembly, Helsinki, 1964; latest amendment 52nd WMA General Assembly, Edinburgh, 2000
- 12 DE WACHTER, M.A.M.: The European Convention on Bioethics, Hastings Centre Report 27, 1, 13-23, 1997
- 13 European Agency for the Evaluation of Medicinal Products, human Medicines Evaluation Unit »Note for guidance on Good Clinical Practice (CPMP/ICH/135/95)«, ICH Harmonised Tripartite Guideline, January 1997
- 14 GERSTENBRAND F.: Euthanasie, eine neuropsychiatrische Stellungnahme, in: WEHRMANN W. (Hrsg.): Euthanasie aus medizinischer, juristischer, sozialetischer und theologischer Sicht, Dies academicus, Band 2, 59-76, 2002, Verlag Heiligenkreuzer Hochschulfreunde, Stift Heiligenkreuz
- 15 Good Clinical Practice for trials on medicinal products on the European Community 11.07.1990 (III/3976/88-EN, final) GCP
- 16 KANT I.: Zur Kritik der reinen Vernunft, Philipp Reclam jun., Leipzig, 1966
- 17 PISKERNIGG J.: Die Euthanasie in der österreichischen Rechtsordnung, in: WEHRMANN W. (Hrsg.): Euthanasie aus medizinischer, juristischer, sozialetischer und theologischer Sicht, Dies academicus, Band 2, 77-98, 2002, Verlag Heiligenkreuzer Hochschulfreunde, Stift Heiligenkreuz
- 18 PÖLTNER G.: Grundkurs Medizin-Ethik, Facultas UTB, Wien, 2002
- 19 ROTH G.: Das Verbot der Euthanasie in der hippokratischen Tradition, in: WEHRMANN W. (Hrsg.): Euthanasie aus medizinischer, juristischer, sozialetischer und theologischer Sicht, Dies academicus, Band 2, 32-58, 2002, Verlag Heiligenkreuzer Hochschulfreunde, Stift Heiligenkreuz
- 20 SHEWMON, D. A.: Chronic »brain death« conceptual consequences, Neurology 1998, 1538-1545
- 21 STELLAMOR K.: Ethik und Recht an der Schwelle des Todes, in: WEHRMANN W. (Hrsg.): Euthanasie aus medizinischer, juristischer, sozialetischer und theologischer Sicht, Dies academicus, Band 2, 107-116, 2002, Verlag Heiligenkreuzer Hochschulfreunde, Stift Heiligenkreuz
- 22 WREDE R.: Worte des Konfuzius, Aus dem Buch der Gespräche, Paul Hugendubel, München, 1942

Anschrift für die Verfasser:

Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Franz Gerstenbrand
 Rummelhardtgasse 6/3
 A-1090 Wien

SUDETENDEUTSCHE AKADEMIE
DER WISSENSCHAFTEN UND KÜNSTE

NATURWISSENSCHAFTLICHE KLASSE

Sonderdruck

aus

Schriften der Sudetendeutschen Akademie
der Wissenschaften und Künste
Band 25

Forschungsbeiträge der
Naturwissenschaftlichen Klasse

Schriften der Sudetendeutschen Akademie der
Wissenschaften und Künste

VerfasserIn: Sudetendeutsche Akademie der
Wissenschaften und Künste

Erscheinungsverlauf: 1.1980 -

Verlag: Verlagshaus Sudetenland (München)

Sprache: Deutsch

München 2004