

DIE ZEIT

Sterbe, wer will?

Der Tod auf Wunsch ist bald kein Tabu mehr

Von Martina Keller

Hilly Bosscher beging ihren Todestag wie ein Fest: Sie schmückte ihr Haus mit Rosen und bereitete für ihre Sterbehelfer ein Essen vor. Sie sollten nicht hungern, falls sie mehrere Stunden warten müßten, bis der Todestrank bei ihr wirkte. Pünktlich um 11.35 Uhr trafen die beiden Ärzte ein. Die beste Freundin von Hilly Bosscher war bereits da. Die Frau führte ihre drei Gäste ohne viele Worte in das Schlafzimmer ihres verstorbenen Sohns Robbie.

Dort aß sie einen Pudding, in dem ein Teil der tödlichen Medizin gelöst war. Dann leerte sie das Glas mit dem restlichen Gift, legte sich auf Robbies Bett und küßte ein Photo, das ihn und seinen Bruder zeigte. Auf ihren Wunsch spielten die Helfer eine Kasette mit einer Flötensonate von Johann Sebastian Bach ab.

Nach sieben Minuten schlief Hilly Bosscher ein. Eine Stunde später war sie tot.

Einer ihrer beiden Gäste war der Psychiater Boudewijn Chabot.

Er hatte Hilly Bosscher die tödliche Droge mitgebracht. Zum Zeitpunkt ihres Todes kannte er sie erst seit zwei Monaten. Die Frau hatte die Adresse des Arztes von der Holländischen Gesellschaft für Freiwillige Euthanasie bekommen, bei der sich Chabot als Therapeut für zur Selbsttötung entschlossene Patienten gemeldet hatte. In seiner Laufbahn als Psychiater sei es ihm mehrere Male gelungen, solchen Patienten neuen Lebensmut zu geben, sagt er. Auch Hilly Bosscher versuchte er zu behandeln. Der Arzt und seine Patientin trafen sich während der zwei Monate ihrer Bekanntschaft dreißigmal in Chabots abgelegenen Bauernhaus bei Brügge. Doch die fünfzigjährige Sozialarbeiterin war stärker als der Arzt: "Sie lehnte die Therapie ab. Sie sagte, wenn ich ihr keine tödliche Medizin geben wolle, verstehe sie das, aber dann müsse sie es auf ihre Art tun." Von Hillys Freundin erfuhr Chabot später, daß seine Patientin sich mit Steinen an den Füßen von einer Brücke stürzen wollte.

Körperlich war Hilly Bosscher völlig gesund. Trotzdem erschien ihr das Leben unerträglich. Fünf Jahre vor dem Krebstod ihres Sohnes Robbie hatte sie bereits ihren ersten Sohn Peter verloren.

Er hatte sich wegen einer unglücklichen Liebe das Leben genommen.

Bei ihrem Mann fand Hilly Bosscher in dieser Situation keine Unterstützung.

Sie klagte, daß er getrunken und sie mißhandelt habe. Als Robbie an Krebs erkrankte, waren die Bosschers geschiedene Leute. Die Frau pflegte ihren Sohn und begann, Tabletten zu sammeln. Für den Fall, daß Robbie sterben würde, wollte auch sie ihrem Leben ein Ende setzen und zwischen ihren Söhnen begraben sein. Ein erster Selbstmordversuch am Abend, als Robbie starb, war mißlungen. Fünf Monate später erreichte sie mit Chabots Hilfe ihr Ziel.

Der Fall Chabot hat selbst in Holland, wo aktive Sterbehilfe bei Schwerstkranken seit langem selbstverständlich ist, heftige Diskussionen ausgelöst. Darf ein Arzt einem psychisch leidenden Menschen bei der Selbsttötung helfen? Kann ein solcher Mensch selbstbestimmt den Tod wählen? Oder ist sein Todeswunsch Ausdruck einer seelischen Krankheit? Der 54jährige Chabot, der in einem kürzlich veröffentlichten Buch verschiedene Methoden zur

Selbsttötung diskutiert, besteht darauf, daß seine Patientin nicht krank gewesen sei. Er vergleicht ihren Fall "mit Beispielen aus der Geschichte, wo Ehefrauen ihren Männern freiwillig und aus Liebe in den Tod folgten". Und viele Holländer meinen, der Psychiater habe richtig gehandelt. Sein Amsterdamer Kollege Frank Koerselman dagegen reagiert geschockt: "Chabot hat nicht gesehen, daß diese Frau eine behandelbare Depression hatte." Der Therapeut habe die Distanz zu seiner Patientin verloren, sie zum Beispiel in seiner Privatwohnung empfangen. Die Zeit vom Kennenlernen bis zum Tod der Frau sei zu kurz gewesen, um eine Diagnose zu stellen oder gar zu therapieren.

Noch vor wenigen Jahren hätten viele Holländer ausgeschlossen, daß ein Arzt einer Frau zum Tode verhilft, weil sie am Leben verzweifelt ist. Die Euthanasiedebatte entzündete sich in den achtziger Jahren vor allem an Fällen von krebserkrankten Patienten, die in der letzten Phase ihres Lebens um Erlösung baten. In einem aufsehenerregenden Verfahren wurde erstmals 1973 eine Ärztin nur symbolisch verurteilt, nachdem sie ihrer sterbenskranken Mutter eine Überdosis Morphinum gespritzt hatte. Etwa zehn Jahre später legte der niederländische Ärztesverband Kriterien fest, nach denen Sterbehilfe unbestraft bleiben könne: Ein Patient muß freiwillig und wiederholt darum bitten, unerträglich leiden, und sein Leiden darf nicht behandelbar sein. Wiederum zehn Jahre später führte das holländische Parlament ein Meldeverfahren ein, das der Kontrolle dienen soll. Jeder Arzt, der die Todesspritze gegeben oder bei der Selbsttötung geholfen hat, muß einen umfangreichen Fragebogen ausfüllen, anhand dessen der Staatsanwalt den Fall beurteilen kann.

Damit wurde eine bereits weit verbreitete Praxis gesetzlich verankert: Schätzungsweise 2700 Menschen sterben nach einer anonymen Umfrage der niederländischen Regierung unter Medizinern jedes Jahr durch die Hand ihres Arztes oder mit seiner Hilfe. Allerdings melden die Ärzte nur etwa die Hälfte dieser Fälle. Viele fürchten zu Recht, daß sie angeklagt werden könnten, weil sie sich nicht an die vorgeschriebenen Kriterien gehalten haben: Etwa 1000 Patienten werden jedes Jahr getötet, ohne daß sie um Erlösung gebeten hätten.

Die Mehrzahl davon sind Krebspatienten, die sich nicht mehr äußern können.

Inzwischen haben auch Aids-Patienten und Menschen mit aufsteigender Atemlähmung um die tödliche Spritze gebeten, ja sogar Querschnittsgelähmte und Magersüchtige. Auch Eltern von Neugeborenen mit schwersten Fehlbildungen wünschten deren Tötung durch einen Arzt.

In Musterprozessen will die holländische Justizministerin Winnie Sorgdrager derzeit klären, wo die Grenzen sind. Zum Beispiel werden sich die Richter demnächst erstmals mit dem Fall eines Alzheimer-Patienten befassen, der im Endstadium seiner Krankheit von seinem Arzt getötet wurde, wie er es in besseren Tagen gewünscht hatte. Zwei andere Mediziner, die fehlgebildeten Neugeborenen die Giftspritze gaben, gingen in unteren Instanzen straffrei aus. Der Fall Chabot dagegen hat neue Maßstäbe gesetzt. Der Hoge Raad, dessen Urteile richtungweisend sind, sprach den Psychiater frei. Seit diesem Urteil des höchsten Gerichts steht fest, daß holländische Ärzte grundsätzlich auch psychisch kranke Menschen töten können. Gegner der Sterbehilfe fürchten, daß weitere Tabus fallen werden. Erst kürzlich hat die holländische Vereinigung für Freiwillige Euthanasie einen Gesetzentwurf vorgelegt, der auch lebensmüden alten Menschen das Recht geben will, mit Hilfe ihres Arztes aus dem Leben zu scheiden.

Nicht nur in Holland gewinnen die Befürworter der aktiven Sterbehilfe an Boden. Im Nachbarland Belgien hat Gesundheitsminister Marcel Colla persönlich die Diskussion vorangetrieben. Er bekannte sich öffentlich dazu, von einem Arzt Sterbehilfe für seine Mutter verlangt zu haben. Noch gilt das in Belgien als Beihilfe zum Mord. Doch mehrere Abgeordnete haben mittlerweile Gesetzesentwürfe vorgelegt, um dies zu ändern. Im australischen Bundesstaat Nordterritorium trat in diesem Sommer das weltweit erste Gesetz in Kraft, das die Euthanasie bei Todkranken erlaubt. Selbst im freizügigen Holland ist aktive

Sterbehilfe zumindest nach den Buchstaben des Gesetzes verboten. Wenn die vorgeschriebenen Kriterien eingehalten werden, sieht der Staatsanwalt lediglich von Strafverfolgung ab. Während die anglikanische Kirche in Australien eine Kampagne gegen die sogenannte Kill-Bill startete, machten sich die ersten Sterbenskranken aus anderen Bundesstaaten auf den Weg in die Nördlichen Territorien, um von dem neuen Recht Gebrauch zu machen.

Die US-amerikanische Bewegung für humanes Sterben errang in diesem Frühjahr gleich mehrere Siege, die weitreichende Konsequenzen haben könnten. Bereits zum dritten Mal sprachen Richter in Michigan den als Dr. Tod berüchtigten Jack Kevorkian frei. Er hat seit 1990 insgesamt 39 Patienten mit Medikamenten oder Kohlenmonoxid zum Freitod verholfen. Wichtiger noch als die Entscheidungen im Fall Kevorkian könnten die Urteile zweier amerikanischer Berufungsgerichte werden. Zunächst erklärte eine Jury in San Francisco ein mehr als hundert Jahre altes kalifornisches Gesetz gegen ärztliche Beihilfe zum Selbstmord für verfassungswidrig. Dann zogen New Yorker Kollegen nach: "Wie kann der Staat auf Verlängerung des Todeskampfes bestehen, wenn das Ende bevorsteht und unvermeidlich ist?" begründeten sie die Aufhebung eines Sterbehilfeverbots.

Der Staat New York legte Berufung ein. Somit wird sich bald der Oberste Gerichtshof der USA mit dem Problem beschäftigen.

Auch in der Bundesrepublik ist die Diskussion um die Sterbehilfe nicht verstummt. "Hilfst du mir, oder muß ich nach Holland gehen?"

bekam der Kölner Psychiater Friedrich Leidinger kürzlich von einem Bekannten zu hören, dessen Frau unheilbar an Krebs erkrankt ist.

Von Holland, sagt Leidinger, gehe ein "massiver Druck auf die Situation in der Bundesrepublik" aus. Der Vizepräsident der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, nennt die Prozesse im Nachbarland als einen der Gründe, warum derzeit die deutschen Sterbehilfe-Richtlinien überarbeitet werden. Ein anderer ist die Entwicklung in der Schweiz.

Daß sie hierzulande stark beachtet wird, hat mit der Geschichte der deutschen Euthanasiedebatte zu tun: Als die Bundesärztekammer 1979 erstmals Sterbehilfe-Richtlinien beschloß, orientierten sich die Verfasser dankbar an Formulierungen der historisch nicht vorbelasteten Schweiz. Sie wurden fast wörtlich übernommen. Seitdem ist hierzulande die sogenannte passive Sterbehilfe akzeptiert: Leiden soll nicht unnötig verlängert werden. Ein Arzt ist daher nicht verpflichtet, bei Sterbenden "alle der Lebensverlängerung dienenden therapeutischen Möglichkeiten einzusetzen".

Doch nun hat die Schweizerische Akademie der Wissenschaften ihre Richtlinien neu gefaßt und erheblich ausgeweitet. Sie beziehen sich nicht mehr nur auf Sterbende, sondern auch auf Menschen mit schwersten Hirnschädigungen, "welche einen chronischen vegetativen Zustand zur Folge haben". Für dieses Krankheitsbild wird im englischen Sprachraum der Begriff Persistent Vegetative State verwandt. Er bezeichnet einen bewußtseinsfernen Zustand, in dem die Patienten selbständig atmen und einen stabilen Kreislauf haben, aber nicht durch Worte oder Gesten kommunizieren können und völlig abhängig von Pflege sind. Angehörige in Deutschland haben den Begriff Wach-Koma geprägt, weil die Patienten tagsüber mit offenen Augen daliegen und sie nachts schließen. In den Schweizer Richtlinien heißt es nun, daß Mediziner bei Wach-Koma-Patienten auf lebenserhaltende medizinische Behandlung verzichten dürfen, falls sie sicher sind, daß sie ihr Bewußtsein nicht wieder erlangen. Unter lebenserhaltender Behandlung verstehen die Schweizer nicht nur Beatmung, Bluttransfusion oder Medikamentengabe, sondern auch "künstliche Wasser- und Nahrungszufuhr".

Der Vizepräsident der Ärztekammer Hoppe hält diese Änderung für dramatisch: Die Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit sei keine medizinische Behandlung. Vielmehr würden grundlegende Bedürfnisse des Patienten befriedigt: "Jemanden zu ernähren ist eine Aufgabe, die jeder für einen anderen Menschen übernehmen kann." Wenn aber einem Kranken Essen und Trinken verweigert werde, schlage passive in aktive Sterbehilfe um.

Sterbenlassen oder Tötung? Darüber berät derzeit hinter verschlossenen Türen ein Expertengremium der Bundesärztekammer. Ob Hoppe sich mit seiner Auffassung durchsetzen kann, ist ungewiß. Sein erklärter Widersacher ist der Vorsitzende der Ethik-Kommission der Bayerischen Landesärztekammer, Hans-Bernhard Wuermeling. Die graue Eminenz der deutschen Medizinrechtler plädiert dafür, die Schweizer Richtlinien zu übernehmen. Lediglich in einem Punkt will der 69jährige sie modifiziert sehen. "Verdursten ist ein außerordentlich tiefgreifender, quälender Vorgang." Daher sei zu überlegen, ob der Patient nicht doch Flüssigkeit bekommen solle. Verhungern dagegen sei "nicht so einschneidend für das Erleben des Menschen".

Peter Kreuzer (Name geändert), heute 38, wäre ein Kandidat für den Entzug der Magensonde. Als der Fernsehtechniker im vergangenen Juni braungebrannt von einem Mallorca-Urlaub zurückkehrte, klagte er über starke Kopfschmerzen und Lichtblitze in den Augen. Am Morgen nach dem Heimflug brach er zusammen. Auf der Intensivstation rangen die Ärzte in mehreren Operationen um sein Leben. Sie entfernten ein Blutgerinnsel aus seinem Gehirn, verschlossen ein geplatztes Gefäß und legten einen künstlichen Ausgang, um den Druck in seinem Kopf zu verringern. Infektionen und eine Thrombose kamen hinzu.

Monatelang schwebte der Patient zwischen Leben und Tod. Dann stabilisierte sich sein Zustand. Zu Jahresanfang wurde er in die Neurochirurgische Rehabilitationsklinik Hattingen-Holthausen verlegt. Seit mehr als einem Jahr liegt Kreuzer nun im Wach-Koma. Seine Aussichten, nach der schweren Schädigung wieder zu Bewußtsein zu kommen, sind statistisch gesehen gering.

Birgit Kreuzer hat die Hoffnung trotzdem nicht aufgegeben. "Bist du wach geworden?" fragt sie ihren Mann, als er, im Rollstuhl sitzend, die Augen öffnet. Sie läßt sich nicht davon irritieren, daß sein Blick ins Leere geht, seine Augen sie nicht festhalten.

Sie reibt ihre Nase an seiner, wischt Speichelfäden weg, die auf seinen Pullover tropfen. Streicht über seine Hände. "Er muß spüren, daß jemand da ist", sagt sie. Jedes Wochenende verbringt sie in der Klinik, um bei dem Kranken zu sein. Unter der Woche bringt sie oft Freunde mit. Sie sollen sich daran gewöhnen, daß ihr Mann regungslos daliegt. Eine Freundin ist beim ersten Mal weinend zusammengebrochen, aber sie ist wiedergekommen. Birgit Kreuzer will ihren Mann nach der Rehabilitation zu Hause pflegen. Sie weiß, wie sie ihn waschen und betten muß, wann er seine Sondennahrung bekommt. Sie spricht mit ihm. Versteht er sie? "Wenn ich neben ihm sitze und sage, ich hab' dich so lieb, und er seufzt ganz laut - das gibt mir was. Ich bin ganz sicher, daß er das genau merkt."

Dringt Birgit Kreuzer wirklich zu ihrem Mann durch, oder bildet sie sich das nur ein? Für den Lübecker Neurochirurgen Hans-Richard Arnold steht fest, daß Patienten im dauerhaften Wach-Koma "unfähig zu jeder Kommunikation und Wahrnehmung sind". Damit vertritt er eine Position, die viele Mediziner weltweit teilen. Unumstritten ist sie allerdings nicht. Viele Ärzte, die in Rehabilitationskliniken mit Menschen im Wach-Koma arbeiten, trauen ihren Patienten mehr zu. "Keiner von uns kann sicher sagen, was sich in diesen Menschen abspielt", sagt der Hattinger Neurologe und Psychiater Michael Amend, der Peter Kreuzer betreut. Der Zustand von Wach-Koma-Patienten ist keineswegs immer gleich. Sie zeigen vegetative Reaktionen, zum Beispiel schwitzen sie, ihre Muskeln verkrampfen sich, oder ihr Herz beginnt schneller zu schlagen. Der Oldenburger Neurochirurg Andreas Zieger sagt, daß die Patienten mit kleinen körperlichen Zeichen antworten, wenn zum Beispiel eine nahestehende

Person den Raum betritt. Diese Reaktionen seien sogar meßbar. Aufgrund seiner Forschung geht Zieger davon aus, daß Wach-Koma-Patienten über elementares Bewußtsein verfügen.

Unter dieser Prämisse arbeiten auch die Pfleger und Therapeuten in der Hattinger Klinik. "Herr Kreuzer, ich möchte Ihnen jetzt das Gesicht waschen." Behutsam fährt Ralph Heuthe mit dem Waschlappen über das Gesicht seines Patienten. "Das hier ist Ihre Stirn. Ich geh' jetzt über die linke Seite. Das ist Ihr Auge, Ihre Nase, Ihre Wange, Ihr Ohr." Heuthe ist speziell für die Pflege von Wach-Koma-Patienten geschult. Das Konzept, das er anwendet, heißt basale Stimulation.

Es geht davon aus, daß Wach-Koma-Patienten in ihrer Wahrnehmung gestört sind und behutsam an die Außenwelt herangeführt werden müssen. Deshalb erklärt Heuthe jede seiner Handlungen. Er achtet auch darauf, bei der Pflege stets die gleiche Abfolge einzuhalten - erst Rasieren, dann Gesicht waschen, dann Zähne putzen, dann Oberkörper waschen und Intimpflege. Selbst in Kleinigkeiten soll der Tag von Peter Kreuzer eine Struktur haben, um dem Patienten die Orientierung zu erleichtern.

Für den holländischen Gesundheitsrat, in dem renommierte Mediziner und Juristen vertreten sind, ist Heuthes Arbeit vergebliche Liebesmühe.

Der Beirat des holländischen Gesundheitsministeriums hat vor zwei Jahren eine Expertise über Wach-Koma-Patienten herausgegeben, die als Empfehlung gilt. Nach Auffassung der Verfasser ist Bewußtlosigkeit im Wach-Koma nach zwölf Monaten irreversibel, der Patient nurmehr "biologisches Substrat". Je nach Ursache des Komas können auch bereits sechs Monate die Grenze sein. Der Gesundheitsrat hält es für gerechtfertigt, nach dieser Frist die medizinische Behandlung einzustellen, worunter er auch künstliche Ernährung versteht.

Für den deutschen Neurochirurgen Andreas Zieger sind die Fristen willkürliche Festlegungen: "Es gibt immer wieder Berichte von Menschen, die drei, sechs, zwölf oder fünfzehn Jahre im Wach-Koma waren und wieder aufgewacht sind." Spezialisten aus sechzehn Ländern, die sich 1995 zur ersten von drei internationalen, aus EU-Mitteln finanzierten Konferenzen über Wach-Koma trafen, plädierten dafür, Rehabilitationsmaßnahmen nicht zu früh einzustellen. Eine schlechte Prognose könne zu einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung werden, wenn ein Patient nicht weiter gefördert werde, warnte der britische Neurologe Keith Andrews.

Über die kleine Gruppe der dauerhaften Wach-Koma-Patienten - hierzulande nur wenige tausend Menschen - wird derzeit in ganz Europa diskutiert.

Die Europäische Union stellte Mittel aus ihrem Biomed-Programm zur Verfügung, einem Topf für medizinische Grundlagenforschung, um die vorliegenden Erkenntnisse zu bündeln. Neben den drei erwähnten Konferenzen wird eine europaweite Fragebogenaktion des Londoner Zentrums für Medizinrecht und Ethik bezahlt. Sie soll ermitteln, wie die Ärzteschaft über das heikle Thema Ernährungsbeendigung denkt. Das Bonner Institut für Wissenschaft und Ethik ertete Empörung, als es die Bögen an 1200 deutsche Neurologen verschickte.

Gefragt wurde unter anderem, wann die Mediziner Wach-Koma-Patienten die Magensonde entfernen würden - nach drei, sechs, zwölf Monaten oder später? Das Institut organisierte auch die zweite internationale Konferenz Ende vergangenen Jahres in Bonn, an der nicht nur Mediziner, Juristen und Ethiker, sondern auch Vertreter von Pflegeberufen und Angehörige teilnahmen. Ob man Wach-Koma-Patienten verhungern lassen dürfe, ist seitdem ein heiß umstrittenes Medienthema.

In Zeiten knapper Ressourcen eine beängstigende Entwicklung, findet der Gütersloher Psychiater und Euthanasiekritiker Klaus Dörner: "Bis vor einem Jahr hätte hierzulande kein

Mensch ernsthaft daran gedacht, daß Menschen im Wach-Koma ein geringeres Lebensrecht hätten als andere Patienten."

Angehörige, Pflegekräfte und Therapeuten fordern dringlich, die Pflege und Therapie von Wach-Koma-Patienten zu verbessern. Doch Juristen und Mediziner suchen nach Kriterien, die es erlauben, die Behandlung von Wach-Koma-Patienten zu beenden. Die Richtlinien verschiedener europäischer Staaten machen die Entscheidung an der Prognose für den Patienten fest. Beim Krankheitsbild Wach-Koma sagt diese Prognose allerdings nichts darüber aus, ob der Betroffene in absehbarer Zeit sterben wird. Wach-Koma-Patienten liegen in der Regel nicht im Sterben. Sie können bis zu Jahrzehnten überleben, wenn sie gut ernährt und sorgfältig gepflegt werden. Bei schlechter Pflege allerdings sterben sie weitaus früher. Bei der Prognose geht es vielmehr ausschließlich darum, ob ein Patient sein Bewußtsein wiedererlangen wird oder nicht. Falls irreversible Bewußtseinslosigkeit mit Sicherheit festgestellt werden könne, halten fast alle Richtlinien die Einstellung von lebensverlängernden Maßnahmen für gerechtfertigt, womit auch künstliche Ernährung gemeint ist.

Im Kern geht es um die Diskussion, ob Leben ohne Bewußtsein lebenswert sei. "Welchen Sinn soll es machen, diesen Zustand zu verlängern?"

fragt der Freiburger Jurist Hans-Georg Koch. Er plädiert für eine Wertentscheidung der Gesellschaft: "Muß das Leben von Patienten im dauerhaften Wach-Koma mit gleicher Anstrengung erhalten werden wie beispielsweise das von insulinpflichtigen Zuckerkranken? Oder sind das Menschen in einem Zustand mit eingeschränkter Lebenserhaltungspflicht?"

Für den Kölner Psychiater Friedrich Leidinger sind diese Fragen falsch gestellt. "Welchen Wert hat das Wach-Koma für die Patienten selbst?" müsse gefragt werden. Lebensqualität lasse sich nicht von außen messen. Wenn die Gesellschaft sie dennoch beurteile, sei zu befürchten, daß bald nicht mehr nur diskutiert werde, Wach-Koma-Patienten verhungern zu lassen: "Es gibt zahlreiche Analogien zu Menschen mit schwerwiegenden psychischen Störungen, zum Beispiel Alzheimer-Patienten im fortgeschrittenen Stadium." Auch die britische Philosophin Pat Walsh, mitverantwortlich für die umstrittene Fragebogenaktion, rechnet mit einer Ausweitung der Debatte. "Wenn dem Bewußtsein überragende Bedeutung zugemessen wird, sind alle Menschen mit reduziertem oder gar ohne Bewußtsein verwundbar."

Der Fall des kleinen Thomas Creedon löste in diesem Frühjahr erregte Debatten in der britischen Öffentlichkeit aus. Der Junge war stumm und taub zur Welt gekommen. Wegen eines schweren Gehirnschadens litt er unter epileptischen Anfällen und konnte sich kaum bewegen.

Weil er nicht einmal in der Lage war zu schlucken, bekam er seine Nahrung durch eine Magensonde. Thomas' Eltern wollten dem Leiden ihres Kindes ein Ende setzen. Acht Monate lang kämpften sie um die Erlaubnis, ihrem Sohn die Magensonde entziehen zu dürfen.

"Wir wissen, daß Thomas früh sterben wird", sagte seine Mutter, die 31jährige Fiona Creedon, "aber wenn wir vor Gericht scheitern, müssen wir mitansehen, wie er sich hustend und spuckend durchs Leben quält." Thomas war nicht gänzlich ohne Bewußtsein. Er reagierte auf Berührung. Wenn er Schmerzen hatte und schrie, ließ er sich von seinen Eltern beruhigen. Der Fall Creedon galt in England als Musterprozeß. Würde das oberste britische Gericht erstmals bei einem schwerstbehinderten Kind dem Tod durch Verhungern zustimmen?

Welche Konsequenzen hätte ein solches Urteil für ähnliche Fälle?

Die Entscheidung blieb den Richtern erspart. Der kleine Thomas starb am 23. Februar im Alter von zwei Jahren an einer Lungenentzündung.

Pat Walsh hält die Initiative der Eltern dennoch für aufschlußreich: "Sie hat gezeigt, daß die Einstellung der Ernährung nun auch bei anderen Patientengruppen ein Thema wird." Zehnmal hatten die obersten britischen Richter bislang bei Patienten im dauerhaften Wach-Koma befunden, daß es zulässig sei, die Magensonde zu entfernen.

Erstmals hatten sie diese Entscheidung im Fall des jungen Fußballfans Tony Bland getroffen, der beim Zusammenbruch einer Stadiontribüne einen Gehirnschaden erlitten hatte. Jeder weitere Fall muß ebenfalls vor dem höchsten Gericht verhandelt werden. Um das aufwendige Verfahren zu vereinfachen, hat die Euthanasiekommission dem Parlament jedoch eine Gesetzesänderung vorgeschlagen. Künftig sollen zum Beispiel Jurys auf lokaler Ebene entscheiden. Sie seien "schneller und billiger", erklärt Lord Walton of Detchant, der Vorsitzende der Kommission, den Vorstoß.

Befürworter des Behandlungsabbruchs bekommen in Großbritannien Rückendeckung vom Londoner Medizinethiker Raanan Gillon. Moral ist für Gillon auch eine Frage des Geldes: "Ist es fair", fragt er in der renommierten Fachzeitschrift *British Medical Journal*, "Mittel für bewußtloses oder nahezu bewußtloses Leben auszugeben, die dann anderen Bedürftigen verweigert werden müssen?" Gillon zitiert den Fall eines Wach-Koma-Patienten, der nach drei Jahren aus der Bewußtlosigkeit erwacht ist. Der Mann sei heute wieder soweit, über Cartoons zu lächeln, sich über die Gegenwart seiner Frau zu freuen und auf ihre Abwesenheit mit Streß zu reagieren.

Diese Erfolge, argumentiert Gillon, würden die Fortsetzung der Behandlung rechtfertigen, falls die Ressourcen des britischen Gesundheitswesens unbegrenzt wären. Aber so?

Das Kosten-Nutzen-Prinzip ist tief in den britischen Klinikalltag eingedrungen. Ab einer bestimmten Altersgrenze werden teure Therapien schlicht nicht mehr finanziert. "Wer in England als über 65jähriger ein Nierenleiden entwickelt", stellt der deutsche Statistikprofessor Walter Krämer sarkastisch fest, "macht am besten gleich sein Testament."

Für den Chirurgen René Chang von der Londoner Vorortklinik St.

Georges ist Sparen ein volkswirtschaftliches Muß. Chang, dessen barackenartiger Arbeitsplatz aussieht wie ein hölzernes Symbol des Geldmangels im britischen Gesundheitswesen, hat ein computergestütztes Todesprognosenprogramm entwickelt. Das Programm, das der clevere Mediziner über die Software-Firma seines Bruders unter anderem auch in Deutschland vertreiben läßt, soll frühzeitig anzeigen, ob ein Patient trotz Intensivbehandlung sterben wird - und daher unverzüglich von den Apparaten abgehängt werden kann. "Blutdruck schlecht, Herzschlagrate schlecht." Chang wandert mit dem Cursor über den Bildschirm, der die Werte eines Schwerstkranken anzeigt, "die Lungen arbeiten nicht richtig, macht vier Punkte. Der Säurestatus ist schlecht, ebenfalls vier Punkte. Die Natriumwerte sind schlecht, die Nierenfunktion auch, macht acht Punkte." Er hält inne: "Ganz schön krank, der Mann."

Das Rechenexempel kulminiert in einer Punkteskala, die über die weitere Behandlung entscheidet. Hat der Patient zu viele Punkte, erscheint auf dem Bildschirm ein schwarzes Kreuz - der Kranke wird wohl sterben. An 28 britischen Kliniken wird das Todesprognosenprogramm derzeit erprobt. Die Maschine wird mit Daten des Patienten gefüttert und erstellt ihre Prognosen. Die Ärzte behandeln weiter, ohne die Vorhersagen zu kennen. Es kommt vor, daß der Computer einen Patienten bereits am 9. Tag zum Todeskandidaten erklärt, während die Ärzte die Behandlung erst am 120. Tag einstellen. "Zu dem Zeitpunkt weiß auch die Putzfrau, daß es zu Ende geht", spottet Chang. Frühzeitiges

Abschalten der Geräte könne Zehntausende von Pfund sparen. Doch der Computer kann irren: Vier von hundert Schwerstkranken überleben trotz schlechter Prognose. Sie hätten Pech gehabt, falls die Ärzte der Vorhersage bereits folgten. Für einen Bericht über Changs Entwicklung interviewte das britische Fernsehen zwei der Totgesagten, die wieder genesen sind. "Das Leben ist das Wertvollste, was der Mensch besitzt", sagt einer von ihnen in die Kamera.

Chang kennt den Fernsehbeitrag: "George C. ist inzwischen gestorben", lacht er, "komisch, was?"

"Finanzielle oder ökonomische Gesichtspunkte", heißt es im Entwurf einer Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zur Sterbebegleitung, dürften "nicht die Behandlung und die Behandlungsintensität, also auch nicht Therapiebegrenzung beim einzelnen Patienten beeinflussen".

Ein frommer Wunsch? Aufwandsberechnungen machen auch im deutschen Gesundheitswesen die Runde. Während eines Internistenkongresses im Februar schätzten Experten den Preis für ein Jahr zusätzliches Leben bei einem schwerkranken alten Menschen auf durchschnittlich 250 000 Mark. Universitätskliniken diskutieren, ob sie teure Patienten wie Aids- oder Krebskranke weiterhin aufnehmen sollen. Der Jurist Hans-Georg Koch, der sich als Mitarbeiter einer Gesetzesinitiative bereits vor Jahren für weitgehende Straflosigkeit bei aktiver Sterbehilfe eingesetzt hatte, sieht die Gesellschaft vor der Entscheidung, welche Belastungen sie sich künftig noch leisten will: "Ein Transplantationspatient spielt seine Ausgaben im Zweifel wieder ein. Der dauerkomatöse Patient verursacht wirklich nicht mehr als Kosten - im merkantilen wie im immateriellen Sinn."

Muß die Gesellschaft entscheiden, welche Therapien sich lohnen?

Patientenverfügungen, umgangssprachlich auch Patiententestamente genannt, obwohl sie nicht erst im Todesfall wirksam werden, erscheinen vielen als die elegantere und demokratischere Lösung. Sie könnten alle Beteiligten von ihrer Verantwortung entlasten und obendrein den Willen des Patienten erfüllen. Dänemark hat Patientenverfügungen bereits 1992 per Gesetz für bindend erklärt. Die Erklärungen werden auf vorgedruckten Formularen niedergeschrieben und in der Datenanlage eines Kopenhagener Krankenhauses zentral gespeichert.

Wenn dänische Ärzte einen Patienten ohne Heilungschancen behandeln, sind sie verpflichtet, im Register nach seinen Weisungen zu forschen.

60 000 Dänen haben bereits ihren Letzten Willen hinterlegt. Auch in den USA verfassen immer mehr Menschen sogenannte Living wills.

Bereits vor Jahren hat der amerikanische Gesetzgeber Regelungen geschaffen, die ihre Verbreitung fördern sollen. Hierzulande sind Patientenverfügungen bislang nicht bindend. Nach den Richtlinien der Bundesärztekammer sind sie "lediglich ebenso Anhaltspunkte" für den mutmaßlichen Willen des Kranken "wie religiöse Einstellung, Schmerzen und Lebenserwartung".

Das könnte sich bald ändern. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat 1994 erstmals in einem Urteil das Selbstbestimmungsrecht von Patienten für den Zustand im Koma anerkannt. Verhandelt wurde damals der Fall der 72jährigen Edith Schwarza, die 1990 als Alzheimer-Patientin in ein Kemptener Pflegeheim gekommen war. Im September desselben Jahres erlitt sie dort einen Kollaps. Zwölf Minuten lang stand ihr Herz still, bekam ihr Gehirn keinen Sauerstoff. Dem Notarzt gelang es zwar, sie wiederzubeleben, doch die pensionierte Lehrerin trug einen schweren Gehirnschaden davon. Sie verbrachte ihre Tage im Wach-Koma und mußte mit einer Magensonde ernährt werden. Wenn Licht auf ihre Bett fiel,

wandte sie den Kopf. Bisweilen stöhnte sie und verzog das Gesicht. Ihr Hausarzt, der regelmäßig nach ihr sah, deutete diese Äußerungen als Leiden. Im Februar 1993 wandte er sich an den einzigen Sohn von Edith Schwarza und schlug ihm vor, der Frau nur noch Tee zu geben. Ohne Nahrung werde sie zwei bis drei Wochen später sterben. Der Sohn stimmte zu.

Das Pflegepersonal allerdings weigerte sich, die Anordnung von Arzt und Sohn zu befolgen. Der Fall kam vor das Landgericht Kempten, das Arzt und Sohn zu Geldstrafen verurteilte. Es wertete ihr Vorgehen als "versuchten gemeinschaftlichen Totschlag in einem minder schweren Fall". Die künstliche Ernährung, befand das Gericht weiter, müsse fortgesetzt werden. Sie sei keine lebensverlängernde, sondern eine lebenserhaltende Maßnahme "wie das Essen beim Gesunden oder die Medikation eines Zuckerkranken". Dieses Urteil hob der BGH auf. Nach Auffassung der Richter kann die Einstellung der künstlichen Ernährung bei Patienten im unheilbaren Koma erlaubt sein, wenn diese Maßnahme durch den mutmaßlichen Willen des Patienten gedeckt sei. Edith Schwarza hatte zwar niemals eine Patientenverfügung verfaßt. Als jedoch das Landgericht Kempten erneut über den Fall verhandelte, erklärten zahlreiche Zeugen, daß sie "so mit Schläuchen nicht hätte sterben wollen". Die Angeklagten wurden 1995 freigesprochen.

Edith Schwarza war bereits im Dezember 1993 den Folgen eines Lungenödems erlegen - neun Monate nach dem Versuch, die künstliche Ernährung einzustellen.

"Wenn Willenserklärungen verbindlich würden, wäre das für die Ärzte eine Erleichterung", kommentiert der Vizepräsident der Ärztekammer Hoppe die Aufwertung der Patientenverfügungen durch das BGH-Urteil.

Allerdings habe nicht jede Willenserklärung das gleiche Gewicht.

Laut Hoppe kommt es zum Beispiel darauf an, wieviel Zeit vergangen ist, bevor eine Verfügung zur Anwendung kommt - Meinungen können sich schließlich ändern. Wichtig sei auch, in welchem Zustand jemand eine Erklärung verfaßt habe: "Wenn ein junger Mensch im Wohlfühl seiner Gesundheit eine Verfügung geschrieben hat, ist das weniger wert, als wenn jemand bereits eine bestimmte Krankheit hat und sich ausmalt, wie der weitere Verlauf sein könnte."

Wie nahe muß aber ein Mensch dem Tode sein, damit eine Willenserklärung den Abbruch der Behandlung bewirken kann? Trotz der möglichen Lebensverkürzung um Monate oder gar Jahre sehen die BGH-Richter den Entzug der Magensonde keinesfalls als aktive Tötung, sondern lediglich als Sterbenlassen. Hoppe warnt, daß dieses Urteil bisherige Grenzen aufweiche und den Wechsel von der passiven zur aktiven Sterbehilfe vollziehe. Was Hoppe fürchtet, fordert der Mainzer Rechtsphilosoph Norbert Hoerster. Es sei inkonsequent, passive Sterbehilfe zu erlauben, aktive aber zu bestrafen. Beide Varianten der Sterbehilfe entsprächen schließlich dem Wunsch schwer leidender Menschen, "die in einer hoffnungslosen Situation ihrem weiteren Leben keinen Sinn mehr abgewinnen können und die deshalb von ihrem Recht auf einen selbstbestimmten Tod Gebrauch machen möchten".

Auch namhafte Persönlichkeiten wie der Literaturwissenschaftler und Schriftsteller Walter Jens und der Theologe Hans Küng verlangen mit viel Sympathie für holländische Verhältnisse Straffreiheit für Ärzte, die Schwerkranken mit deren ausdrücklicher Zustimmung einen vorzeitigen Tod ermöglichen. In ihrem Buch "Menschenwürdig sterben" plädieren sie dafür, angesichts der modernen High-Tech-Medizin "die Frage der Selbstverantwortung des Menschen für sein Sterben" neu zu stellen. Autonomie bis in den Tod? Aus dem Recht könnte leicht eine Pflicht werden, warnen Behindertengruppen, Aids-Patienten und Leiter von Pflegeheimen in den USA. Sie sehen dem Trend zum selbstbestimmten Sterben mit Angst entgegen. Als 1994 in Oregon per Volksentscheid die aktive Sterbehilfe erlaubt werden sollte, klagte ein Aids-Patient gegen die neue Regelung. Er müsse aufgrund seiner

unzureichenden Krankenversicherung demnächst im Jahr 50 000 Dollar seiner Behandlung selbst zahlen. Das Gesetz biete ihm eine radikal einfache Lösung, die er eigentlich nicht wolle: Wenn er sich bereit erkläre zu sterben, wäre das für ihn und seine Familie schwer zu bewältigende finanzielle Problem erledigt.

Sollten sich die Befürworter der Tötung auf Verlangen durchsetzen, werde sich die Bundesrepublik auf den gleichen Weg machen, den die Holländer bereits gegangen sind, fürchtet der Gütersloher Psychiater Klaus Dörner. Dann wäre es seiner Ansicht nach möglich, daß Menschen wie die verzweifelte Hilly Bosscher auch von deutschen Medizinern Hilfe zum Sterben bekämen: "In dem Augenblick, wo ich anfangen, der einen Gruppe Sterbehilfe zu ermöglichen, kann ich es der anderen nicht verweigern."

DIE ZEIT, 39/1996

39/1996