

von Art und Schwere der Erkrankung.

- Zum Nachweis vollstationärer Behandlungsbedürftigkeit sollten medizinische Kriterien (u. a. mentaler und cerebraler Zustand, Mobilitätszustand, Allgemeinzustand z. B. anhand der von Anästhesisten für die präoperative Risikoabschätzung angewandten ASA-Klassifikation), soziale Indikatoren (soziales Umfeld, Wohnsituation) und die (fehlenden) alternativen Versorgungsmöglichkeiten (hausärztliche Versorgung, Pflegekapazitäten, Entfernung zum nächsten Krankenhaus) dokumentiert werden.
- Bei der Dokumentation sozialer Aspekte ist jedoch zu beachten, dass sich die Notwendigkeit von Krankenhausbehandlung ausschließlich nach medizinischen Kriterien richtet. Die

Aufnahme oder der Verbleib eines Patienten im Krankenhaus nur aus sozialen Gründen ist von § 39 SGB V nicht gedeckt. Dennoch sind soziale Kriterien für die Entscheidung des behandelnden Arztes relevant, wenn aus ihnen medizinische Folgerungen zu ziehen sind. Ist z.B. bei einem älteren Patienten keine häusliche Betreuung durch Angehörige oder einen niedergelassenen Arzt gewährleistet und sind die im Notfall zum Krankenhaus zurückzulegenden Wege mangels zumutbarer Verkehrsanbindung nicht zu bewältigen, kann dies zu der medizinisch begründbaren Entscheidung z.B. gegen eine ambulante Operation führen. Diese medizinische Subsumtion unter die genannten sozialen Kriterien muss jedoch aus der Dokumentation hervorgehen.

- Begründende Erläuterungen sind ferner dringend anzuraten bei der Verschiebung von OP-Terminen, Befundungen oder bei der Heilmittelversorgung, bei verzögerter Verlegung in Reha-/AHB- oder Pflegeeinrichtungen (medizinische Begründung!) u.ä.

Es genügt nicht, bloß objektive medizinische Kriterien zu dokumentieren. Maßgebend ist vielmehr die aus diesen Informationen abzuleitende Bewertung durch den Krankenhausarzt. Dieser muss durch Subsumtion unter die feststehenden objektiven Kriterien die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung begründen.

Bei Beachtung der vorgenannten Hinweise sollte es möglich sein, großteils unberechtigte Fehlbelegungsvorwürfe bereits im Vorfeld zu entkräften.

K.F.Gunning · Rotterdam

Die Euthanasie in Holland außer Kontrolle

Kritischer Bericht eines holländischen Arztes

Die allgemeine Menschenrechtserklärung von 1948 ist ein wirklich bemerkenswertes Dokument. Es war das erste Mal, dass die Nationen der Welt sich darüber einig wurden: „Jedermann hat das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person“ (Artikel 13). Die Präambel dieser Erklärung fordert die Menschheit heraus: Wenn wir eine freie, gerechte und friedliche Welt wollen, müssen wir anerkennen, dass alle Mitglieder der menschlichen Familie die gleiche inhärente Würde und gleiche unveräußerliche Rechte haben. Was ist heute – gut fünfzig Jahre später – mit dieser edlen Erklärung geschehen, diesem Ausdruck weltweiter Übereinstimmung zur Verteidigung menschlicher Rechte, deren

wichtigstes das Recht auf Leben ist? Heute haben viel UN-Mitgliederstaaten die Abtreibung legalisiert, die vorsätzliche Vernichtung des Kindes in der Gebärmutter, das verletzbarste Mitglied der menschlichen Familie. Und jetzt stehen mehrere Mitgliedsstaaten der Vereinten Nation kurz vor der Legalisierung der Euthanasie. In Holland hat man die Euthanasie schon vor längerer Zeit praktisch legalisiert.

„Derzeit wird eine gesetzliche Änderung vorbereitet, nach der die Euthanasie kein Verbrechen mehr sein wird.“

Der Arzt soll dann überhaupt nicht mehr strafbar sein, wenn er die vorgenomme-

ne Euthanasie meldet und einige Regeln einhält. Sogar Kinder ab 12 Jahren können dann – auf eigenen Wunsch – gegen den Willen ihrer Eltern getötet werden. So entsteht ein „Recht auf Euthanasie“.

Wie konnte es soweit kommen? In der Septemhernummer von „California Medicine“ des Jahres 1970, dem offiziellen Organ der California medical Association, stand ein Leitartikel „Eine neue Ethik für Medizin und Gesellschaft“. Kurz zusammengefasst besagt er: Die medizinische Ethik könne nicht mehr

Dr. med. K.F. Gunning
Rotterdam, Niederlande

auf der Ehrfurcht vor dem Leben gründen, denn es drohe eine Überbevölkerung und wir könnten uns nicht länger mit jeglichem Niveau der Lebensqualität zufrieden geben. Wir bräuchten Maßstäbe um zu entscheiden, wer leben darf und wer nicht. Das sei ein noch zu grauenhaftes Programm um akzeptabel zu sein. Aber man hätte daher mit der Abtreibung begonnen und wenn diese akzeptiert sei, setze man das Programm fort mit der freiwilligen Euthanasie und wenn nötig, der unfreiwilligen Sterbehilfe.

„Am Ende stehe neben der „Geburtenkontrolle“ („birth control“) auch die „Todeskontrolle“ („death control“). Dazu sei es nötig, die Ärzte rechtzeitig auf diese neuen Aufgaben vorzubereiten.“

Soweit der Artikel der „California Medicine“. Damals wollte fast keiner das Programm ernst nehmen, aber in Holland sind wir inzwischen fast schon so weit. Und auch in Amerika beginnt die Position des New England Journal of Medicine sich in diesem Sinne zu wandeln (Groenewoud et al. 1997). Vor kurzem hat ein amerikanischer Psychiater, eine weltbekannte Autorität in Fragen des Selbstmordes, Dr. Herbert Hendin, ein Buch über Euthanasie und Selbstmordhilfe in Holland publiziert (H. Hendin, MD, *Seduced by Death*, Norton & Co, New York, 1997). Er hat führende Mediziner und Juristen, die die holländische Praxis der Euthanasie geistig vorbereiteten, interviewt. Sie gestanden ihm im privaten Gespräch ein (Hendin Seiten 98, 143), dass die unfreiwillige Euthanasie in Holland außer Kontrolle sei, in der Öffentlichkeit aber behaupten sie weiter, dass es damit keine ernstesten Probleme gäbe. Selbstverständlich müssen wir den leidenden Patienten helfen. Aber wir sollten helfen, das Leiden zu beenden, nicht das Leben. Wenn wir heute das Töten eines Patienten als die Lösung für einen einzigen Fall akzeptieren, dann werden wir morgen Hunderte von Fällen finden, wo wir das Töten als eine akzeptable Lösung betrachten müssen.

„Wir müssen uns klar machen, dass es ein großer Schritt ist, von niemals zu Töten zum erstmaligen Töten.“

Wenn aber ein Arzt einmal getötet hat, ist es nur noch ein kleiner Schritt zum

zweiten oder dritten Mal. Rufen wir uns die Entwicklung in Holland ins Gedächtnis: Im Jahre 1971 legte der Königliche Holländische Ärzteverein (KNMG) Richtlinien für die Abtreibung fest und entfernte dadurch den Eckstein der medizinischen Ethik, die unbedingte Ehrfurcht vor dem Leben. Obwohl die KNMG ausdrücklich erklärte, niemals die Euthanasie zu tolerieren, war das der Anfang des Abrutschens der Standards („slippery slopes“) in Holland. Schon im Jahre 1973 veröffentlichte eines der Oberlandesgerichte einige Voraussetzungen, unter denen ein Arzt bei der Euthanasie nicht angeklagt werden konnte. Im Jahre 1981 gab die KNMG Richtlinien für die freiwillige Euthanasie heraus. Im Jahre 1991 erstellte ein Regierungsausschuss unter dem Vorsitz von Staatsanwalt Professor Rimmelink, den sogenannten Rimmelink-Bericht (P.J. van der Maas, J.J.M. van Delden und L. Pijnenborg, *Medische Beslissingen rond het Levensende*, SDU, den Haag, 1991), der zeigte, dass im Jahre 1990 in Holland, bei einer Gesamtmortalität von 130.000, Ärzte in fast 20.000 Fällen (15% der Totalmortalität) eine Entscheidung mit der expliziten oder impliziten Absicht, das Leben des Patienten zu beenden, getroffen hatten. Bei diesen 20.000 Fällen wurde nur in knapp 11.000 auf die Bitte des Patienten hin gehandelt (für weitergehende Angaben über das zahlenmäßige Ausmaß von aktiver Euthanasie ohne Einwilligung siehe Deutsches Ärzteblatt 97, Heft 3, 21 Januar 2000, B-83).

„Die Schwierigkeit dabei ist, dass die holländische Regierung den Verzicht auf eine (weitere) Behandlung und eine Intensivierung der Schmerzbehandlung trotz bestehender ärztlicher Tötungsabsicht „normales medizinisches Handeln“ nennt. Von Euthanasie spricht sie nur dann, wenn ein tödliches Mittel auf die ausdrückliche Bitte des Kranken hin verabreicht wurde.“

Nach dieser Begriffsbestimmung gab es nur 2.300 Fälle von Euthanasie. Diese Zahl wurde der Welt verkündet, nicht jedoch die fast 20.000 Fälle von absichtlichem Töten eines Kranken ohne Rücksicht auf dessen Wünsche. Fünf Jahre nach dem Rimmelink Bericht wurde 1996 ein zweiter Bericht über Euthanasie in Holland für das Jahr 1995

veröffentlicht (G. van der Wal und P.J. van der Maas, *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levensende*, SDU, den Haag, 1996). Innerhalb dieser fünf Jahre war die Anzahl von Fällen, in denen die Ärzte die Entscheidung getroffen hatten, den Tod des Patienten zu beschleunigen, von fast 20.000 auf fast 26.600 pro Jahr angestiegen (von mehr als 15% auf fast 20% der Totalmortalität, d.h. eine Zunahme von 25%). Von diesen fast 26.600 Fällen geschah die Tötung in fast 13.300 Fällen auf die Bitte des Patienten hin. Die Zahl der Fälle, die von der holländischen Regierung Euthanasie genannt werden, stieg von über 2.300 auf über 3.200, was eine Zunahme von 30% bedeutet.

Der heutige Stand der Euthanasie

Nicht nur diese hohen Zahlen zeigen, was mit dem Abrutschen der Standards gemeint ist. Hinzu kommt, dass auch die Kategorien von Patienten, die strafflos getötet werden können, ausgeweitet worden ist. Zuerst geschah es nur auf die ausdrückliche Bitte des Patienten hin, jetzt werden auch komatöse Patienten und behinderte Neugeborene getötet. Zuerst geschah es nur, wenn der Patient in der letzten Phase einer unheilbaren Krankheit war. Jetzt wurde vor kurzem ein Psychiater freigesprochen, der einer Frau, die verzweifelt, aber nicht krank war, beim Suizid geholfen hat. Ein Patient mit M. Alzheimer wurde in eine Pflegeanstalt aufgenommen. Eine Woche später traf die Familie ihn fast im Koma an, die Folge einer Dehydratation. Er wurde ins Krankenhaus gebracht, wo ihm drei Liter Flüssigkeit intravenös verabreicht wurden. Schnell war er wiederhergestellt (siehe NRC-Handelsblad, 25. Juli 1997). Das neue Gesetz in Holland macht es möglich, dass ein Arzt strafflos das Leben eines Patienten beenden kann, vorausgesetzt er befolgt einige Richtlinien. Der Arzt muss einen Kollegen konsultieren, aber nicht notwendigerweise einen Facharzt oder Palliativmediziner. Er muss einen Fragebogen ausfüllen und dem Staatsanwalt einen Bericht abgeben, usw.. Aber es ist der Arzt selbst, der den Bericht macht, auf dessen Basis seine Tat beurteilt wird, und der Staatsanwalt tritt in Aktion (oder auch nicht), je nachdem, wie der vom Arzt abgefasste

Bericht ausfällt. Auch nach holländischem Recht kann von niemandem erwartet werden, dass er sich selbst anklagt. Und der Hauptzeuge, der Patient, ist natürlich tot. Der Arzt kann also schreiben, was er will.

„Kurz gesagt: das neue Gesetz schützt den Arzt, nicht den Patienten. Der Patient der nicht euthanasiert werden will, ist seines Lebens nicht mehr sicher.“

Noch schlimmer: Die Todesmentalität wird in Holland allmählich zur Norm in der medizinischen Praxis. Ein Internist, der eine Frau mit Lungenkrebs wegen Sauerstoffmangels in die Klinik aufnehmen wollte, musste ihr versichern, dass er sie nicht euthanasieren würde, was sie befürchtete. Er wies sie selbst ein und nach 36 Stunden war ihre Atmung normal, ihr Gesamtzustand besser. Als der Arzt nach Hause ging, euthanasierte sie aber sein Kollege. Seine Rechtfertigung: „wir brauchen das Bett für einen anderen Fall; für die Frau ist es egal, ob sie jetzt stirbt oder in 14 Tagen“.

In der Tat gibt es Ärzte, die sagen, wenn sie von den englischen Erfolgen mit der Palliativmedizin hören, dass sie das nicht bräuchten, weil sie ja die Euthanasie hätten. Als ich einem Kollegen erzählte, es wäre im Jahre 1995 in 20% aller Todesfälle Euthanasie angewendet worden, war seine Antwort: Es sollten 100% werden. Es gibt inzwischen Verwandte von Patienten in Holland, die von den Ärzten erwarten, dass sie die Euthanasie zu ihrer Annehmlichkeit anwenden. So wurde z.B. der Tod eines alten Mannes jeden Tag erwartet. Der Sohn sagte dem Arzt, er habe Ferien geplant und könne nicht mehr absagen. Er wollte, dass die Beerdigung noch vor seiner Abreise stattfinden solle. Der Arzt verabreichte daraufhin dem alten Mann eine, seines Erachtens sehr hohe Dosis Morphium, in der Absicht, ihn zu

töten. Als er zurückkam, um den Tod festzustellen, saß der Mann aber fröhlich auf der Bettkante. Er hatte endlich genug Morphium bekommen, das seine Schmerzen stillte. Der „behandelnde“ Kollege erzählte mir diese Geschichte, als ob es völlig normal sei, einen Patienten zu töten, um der Familie einen Gefallen zu tun.

Was tun? Es ist unstrittig, dass die Freigabe der Euthanasie gegen die Menschenrechte verstößt und schwerwiegende Folgen haben wird. Allmählich werden wir uns daran gewöhnen, dass man Patienten, die nicht (mehr) bestimmten Kriterien genügen, mit oder ohne ihren Wunsch einer „lebensbeendenden Behandlung“ unterziehen wird. Der Schutz, der heute noch gesetzlich gegeben ist, wird immer mehr beseitigt. Der euthanasierende Arzt muss nur einen Kollegen finden, der seine Ansichten teilt und er muss den Fragebogen richtig beantworten.

„Bedeutet dies nicht, dass wir statt in einer Demokratie in einer „latrokratie“ (einer von Ärzten beherrschten Gesellschaft) leben werden?“

Wer wollte es der jüngeren Generation eigentlich verübeln, die „unzumutbaren“ Alten zu euthanasieren, sind die Jungen doch selbst nur die Überlebenden eines vorgeburtlichen Selektionsprozesses, haben also „gelernt“!!

Die erste Aufgabe des Staates und seiner Regierung ist es, das Leben der Bürger zu schützen (contract social). Das europäische Abkommen bezüglich der Menschenrechte sagt im zweiten Paragraph: „Das Recht eines Jeden auf Leben wird vom Gesetz geschützt.“ In Europa streben wir nach einer Uniformierung der Gesetze. Holland hat mehrere Gesetze ändern müssen, weil sie gegen die europäische Rechtspflege verstießen. Vielleicht sollte man eine europäische Konferenz über die Menschenrechte veranstalten und in Europa eine Gesetzgebung, die den Bürger um seinen gerichtlichen Schutz bringt, als

ungehörige Politik verbieten. Aber zugleich sollten wir Ärzte uns unserer Verantwortung dafür bewusst sein, dieses eben beschriebene Leiden effektiv zu bekämpfen. In England hat das House of Commons bei der zweiten Behandlung einen Gesetzentwurf angenommen, der den Behandlungsverzicht mit Tötungsabsicht verbietet. Und gerade in England haben Ärzte wie Dame Cicelay Saunders (London) und Prof. Twycross (Oxford) seit Jahrzehnten die Palliativmedizin entwickelt, die nicht nur die körperlichen, sondern auch die geistigen Probleme eines Todkranken zu lindern oder gar zu beseitigen sucht. Wir brauchen in jedem Land genügend viele kompetente Palliativmediziner und Krankenpfleger sowie Hospize, wo eine palliative Versorgung gewährleistet werden kann, wenn dies zu Hause nicht möglich ist.

„Könnte die WHO nicht eine Eingreifgruppe von Fachärzten der Palliativmedizin zusammenstellen, die jedem Land, das schnell dieses Spezialgebiet der Medizin entwickeln will, helfen kann? Warum sollten wir die palliative Pflege nicht jedem Patienten auf dieser Welt zugänglich machen, der sie braucht?“

Die Demokratie ist eine empfindliche Pflanze, die ständige Überwachung und Pflege braucht. Wir haben gesehen, was geschehen kann, wenn wir die Ehrfurcht vor unseren Mitmenschen verlieren. Ich als holländischer Arzt hoffe, das ganz Europa und alle Nationen die Legalisierung der Euthanasie verweigern werden. Nur so, wenn überhaupt noch, kann verhindert werden, dass die außer Kontrolle geratene Euthanasie von Holland auf Europa übergreift.