

STERBEHILFE

Carine, 43, lässt sich töten

Weitgehend unbemerkt von der Öffentlichkeit ereignete sich in Belgien eine Weltpremiere: Ärzte ließen eine Patientin auf deren Wunsch hin sterben, sofort danach entnahmen ihr andere Mediziner Organe.

von Martina Keller | 20. Oktober 2011 - 08:00 Uhr

An ihrem selbst gewählten Todestag wirkt Carine Geerts* aufgeregt und glücklich. Die 43-jährige Frau aus Belgien hat ein Krankenzimmer in der Universitätsklinik Antwerpen bezogen, für wenige Stunden nur, bald braucht sie es nicht mehr. Bei Carine sind ihre drei Kinder, 17 bis 21 Jahre alt, und ihr Freund. Sie trinken gemeinsam ein letztes Glas Weißwein. Seit einem Schlaganfall ist Carine behindert. Über ein Jahr lang hat sie versucht, sich in ihr altes Leben zurückzukämpfen, doch nun hofft sie nicht mehr auf Besserung oder Heilung. Sie will sterben, hier in der Klinik, durch die Hand eines Arztes. »Ich will meinen Körper los sein. Er geht nicht mehr«, hat sie zwei Tage vor ihrem Tod dem Hausarzt gesagt.

Patrick Wyffels hat das Gespräch mit Carine gefilmt, als Erinnerung für die Angehörigen der Patientin, aber auch zu seiner Absicherung. Er ist einer der Ärzte, die Carines Sterbewunsch geprüft und die Euthanasie so ermöglicht haben. Der in Deutschland durch die Verbrechen der Nationalsozialisten belastete Begriff wird in Belgien nach wie vor verwendet, Euthanasie meint dort die Beendigung eines Menschenlebens auf Wunsch des Betroffenen. Dies ist zulässig, wenn strenge gesetzliche Vorgaben erfüllt sind, doch der Fall von Carine liegt besonders. Sie will nicht nur sterben, sondern auch ihre Organe spenden. Deshalb verbringt sie ihre letzten Stunden in der Klinik statt in der eigenen Wohnung. Carine wird die tödliche Injektion im Operationssaal erhalten.

Carines Fall ist eine Weltpremiere

Carines Fall ist eine Weltpremiere. Nie zuvor haben Ärzte einen Patienten aktiv getötet und ihm sofort danach Organe entnommen.

Von dieser Premiere soll die Welt allerdings vorerst nichts wissen. Die beteiligten Ärzte vereinbarten Stillschweigen, als sie Carine am 29. Januar 2005 gegen 13.30 Uhr töten und ihr dann die Nieren, die Leber und die Bauchspeicheldrüse entnehmen. Erst 2009 erscheint die erste Publikation über diesen Fall – und drei weitere – in der medizinischen Fachpresse. Die Öffentlichkeit in Belgien erfährt von Carines Geschichte im selben Jahr durch einen Bericht in der Fernsehsendung *Terzake*, »Zur Sache«; dort werden unter anderem Auszüge des Interviews mit ihr gesendet. Hausarzt Wyffels findet, es sei an der Zeit für eine große Diskussion: Auch andere Menschen sollen von der Möglichkeit erfahren, dass Chirurgen

Patienten nach der erwünschten Tötung die Organe entnehmen und sie hilfsbedürftigen Menschen einpflanzen.

Doch die Debatte findet nicht statt. Die belgischen Tageszeitungen berichten anerkennend über die »Weltpremiere«. In Deutschland kommen die vorsichtig dosierten Informationen der belgischen Ärzte erst im Frühjahr 2011 an, nach einem Kongress der Königlichen Akademie für Medizin in Brüssel. Dort haben drei Chirurgen ihr neues Vorgehen vorgestellt. Danach erscheinen wenige Artikel in deutschen Ärztezeitschriften – Publikumsmedien greifen die Hinweise aber nicht auf.

Dabei rührt das, was mit Carine geschah, an grundlegende Fragen der Medizinethik. In Deutschland würde einem Arzt, der einen Patienten tötete, Gefängnis drohen. Lediglich Sterbebegleitung ist hierzulande erlaubt, das bedeutet: lebensverlängernde Maßnahmen unterlassen oder beenden. »Töten gehört nicht in das Handwerkszeug von Ärztinnen und Ärzten«, sagte der scheidende Ärztekammerpräsident Jörg-Dietrich Hoppe noch im Mai. Das Töten eines Patienten mit einer Organentnahme zu verknüpfen bricht weltweit ein Tabu. Was macht es mit Ärzten, wenn sie in einem Schutzbedürftigen gleichzeitig einen Organspender sehen? Was heißt es für eine Gesellschaft, das zu tolerieren?

Tausende von Patienten überall auf der Welt hoffen auf eine lebensrettende Spende. Vielerorts haben Transplanteure neue, teils verstörende Strategien eingeführt, um dem chronischen Organmangel zu begegnen: In den USA haben Chirurgen todgeweihten Neugeborenen 75 Sekunden nach dem Herzstillstand die Herzen entnommen, um sie anderen Säuglingen zu transplantieren. In Spanien bringen Rettungsteams Menschen, deren Lage aussichtslos ist, in Kliniken, in denen sie unablässig weiter reanimiert werden – um die Organe zu retten. In den Niederlanden wird bewusstlosen Schwerstkranken gemäß ihrem mutmaßlichen Willen das Atemgerät abgeschaltet, sodass Chirurgen wenige Minuten nach dem Herzstillstand die Organe entnehmen können.

Warum sollten belgische Euthanasiepatienten nicht ihre Organe spenden dürfen, wenn sie es doch wünschen? Von Carines Tod, versichert Wyffels der *ZEIT*, hätten fünf Kinder profitiert. Vier Organe wurden entnommen, die Leber wurde geteilt.

Patrick Cras ist der Arzt, der Carine getötet hat. Der 53-Jährige ist eine elegante Erscheinung – Hornbrille, Bundfaltenhose, millimeterkurzes Grauhaar. Ein wortgewandter und höflicher Mensch, der gelegentlich auf die Uhr schaut, wenn er der Reporterin signalisieren will, dass seine Zeit begrenzt sei. Der Neurologe hat sich in seinem Fach einen Namen gemacht. Mehr als 160 Artikel in renommierten internationalen Fachzeitschriften nennen ihn als Autor oder Co-Autor.

Cras ist Vorsitzender jener Ethikkommission an der Universitätsklinik Antwerpen, die entscheiden musste, ob die weltweit erste Organentnahme nach aktiver Sterbehilfe zulässig sei. Patiententötungen sind für ihn nichts Ungewöhnliches. Rund 50-mal war er nach

eigener Schätzung daran beteiligt. Dennoch versichert er: »Euthanasie fühlt sich nicht richtig an für einen Arzt, sie hinterlässt immer eine Narbe.«

Carines Fall ist selbst für den erfahrenen Cras etwas Besonderes. Die meisten Menschen, die in Belgien Euthanasie beantragen, sind sterbenskrank. Carine jedoch hätte mit ihrer Behinderung noch Jahrzehnte leben können. Als sie im Sommer 2004 aus der Rehabilitationsklinik nach Hause entlassen wird, ist sie nach Angaben ihres Hausarztes körperlich stabil, jedoch pflegebedürftig: Sie kann sich nicht alleine waschen, nicht ankleiden, nicht zur Toilette gehen, kein Essen zubereiten. Ihr linker Arm ist teilweise gelähmt und lässt sich nur unter Schmerzen bewegen. In der Klinik hat sie wieder gelernt, zu gehen und Treppen zu steigen, doch sie braucht Begleitung. Ihr Sehzentrum ist geschädigt. Carine kann Bilder nicht mit Handlungen verknüpfen, es fehlt ihr die räumliche Orientierung. Obwohl die Wände in ihrer Wohnung mit bunten Punkten markiert sind, stößt sie ständig an, wenn ihr niemand hilft.

»Wie verbringen Sie Ihren Tag?«, fragt Wyffels, der Hausarzt, Carine in dem Interview. »Ich sitze im Sessel.« Was sie mache, wenn sie im Sessel sitze, fragt er weiter. »Ich langweile mich.« Während des knapp 40-minütigen Gesprächs sucht Carine manchmal lange nach Worten. Das Gesagte unterstreicht sie mit Gesten ihrer rechten, beweglichen Hand. Sie wirkt mitunter seltsam ungerührt. Wer an ihrem Todestag bei ihr in der Klinik sein sollte? Ihr Freund und die Kinder. Wenn sie das wollten. Sie sollten aber nicht das Gefühl haben, sie müssten. »Mir ist es einerlei, ob sie das wollen oder nicht.« Oft lächelt sie während des Interviews, dann wieder wirkt ihr Gesicht wie erloschen. Ob sie lesen oder fernsehen könne? Nein. Aber Musikhören sei möglich, mit Fernbedienung. Anfangs hatte Carine sich gefreut, wieder zu Hause zu sein. Nun, zwei Tage vor ihrem Tod, sagt sie: »Das ist kein Leben, das ist die Hölle.«

Aber darf man einen Menschen töten, der an seiner Behinderung verzweifelt? Das belgische Euthanasiegesetz schließt diese Möglichkeit nicht aus. [2002 erklärte Belgien](#) als zweiter Staat der Welt nach den Niederlanden die Tötung auf Verlangen unter bestimmten Umständen für straffrei. Auch Patienten, deren Tod nicht absehbar ist, können Euthanasie beantragen. So starb 2008 der international angesehene [Schriftsteller Hugo Claus](#) durch eine tödliche Injektion, weil er das Fortschreiten seiner Alzheimer-Erkrankung nicht erleben wollte. Das Töten ist bei einem Patienten, der nicht im Sterben liegt, allerdings an besonders strenge formale Vorgaben gebunden. Er muss entscheidungsfähig sein, unerträglich leiden, ohne Aussicht auf Besserung, und seinen Sterbewunsch wiederholt äußern. Und all das muss von drei Ärzten geprüft werden – bei Sterbenskranken nur von zwei.

Auch Carines beste Freundin bekam eine tödliche Spritze

Cras, der Neurologe, zählte bei Carine nicht zu den Gutachtern. Doch als Vorsitzender der Antwerpener Ethikkommission und als Arzt, der die junge Frau tötete, kennt er ihren Fall. Im Gespräch mit der *ZEIT* betont er, dass bei Schlaganfallopfern wie Carine ausreichend

Zeit zwischen dem Krankheitsereignis und der Euthanasieentscheidung liegen müsse. Nicht nur weil sich der Patient körperlich weiter erholen könne und seine Entscheidung dann womöglich revidiere. »Es geht auch um die psychologische Anpassung an diese neue Situation.« Nach Cras' Überzeugung hatte Carine ausreichend Zeit, sich an ihre Lage zu gewöhnen. Mindestens drei oder vier Jahre Rehabilitation habe sie gehabt. »Wir würden niemals weitermachen mit einer Euthanasieanfrage, wenn jemand etwa einen Schlaganfall hatte und dann nach drei Monaten um Euthanasie nachfragte.« Aber nach einem Jahr vielleicht? »Auch nicht nach einem Jahr, da bin ich sehr sicher.«

Auszug aus Carines Krankenakte: »Die Patientin wird in unseren Dienst aufgenommen am 7.11.2003. Sie hat einen aktuellen Kopfschmerzanfall... Am 13.11.2003 entwickelte die Patientin plötzlich Sehstörungen, einhergehend mit einer Zunahme der Kopfschmerzen und einer Episode von erhöhtem Blutdruck.« Die Passage ist in einem detaillierten, mit Zeitangaben versehenen Protokoll über Carines Fall nachzulesen, das Hausarzt Wyffels der *ZEIT* zur Verfügung gestellt hat. Nach dem Blutdruckanstieg fällt Carine ins Koma und erwacht daraus mit schweren Hirnschäden. Zwischen dem Beginn ihrer Erkrankung im November 2003 und der Tötung auf ihren Wunsch im Januar 2005 liegen gut 14 Monate. Nicht drei oder vier Jahre, wie Cras behauptet.

Hat er das vergessen? Haben die anderen Mediziner das übersehen? Cras bleibt dabei: Carine habe mindestens drei Jahre Rehabilitation gehabt.

Als erster Arzt prüft Wyffels, ob die gesetzlichen Bedingungen für die aktive Sterbehilfe im Fall von Carine erfüllt sind. In seinem Protokoll hat er notiert, wann sie erstmals ihren Sterbewunsch äußert. Es ist der Tag nach dem Tod von Carines bester Freundin Luce*. Die beiden Frauen sahen sich fast täglich. In besseren Zeiten spielten sie miteinander Karten, fuhren gemeinsam in Urlaub, berichtet Wyffels. Luce litt an Brustkrebs im Endstadium und wollte sterben. Wyffels, der auch Luces Hausarzt war, setzte die tödliche Spritze. Als er am Tag darauf Carine sein Beileid übermittelt, trifft er sie in aufgewühltem Zustand an. »Kannst du mir nicht helfen«, soll sie ihn gefragt haben, »wie du Luce geholfen hast?«

Das ist im September 2004, gut vier Monate vor Carines Tod. Wyffels kennt Carine seit nahezu 20 Jahren, nicht nur als Patientin, sondern auch als Freundin der Familie. Eine Tochter aus reichem Haus sei sie gewesen, attraktiv, eine gute Tennisspielerin, überhaupt ein Glückskind. Der Ehemann ein gut verdienender Kapitän, drei gesunde Kinder, ein eigenes Haus. Dann aber habe Carines Leben eine Wende genommen. Der Scheidung von ihrem Mann folgten finanzielle Schwierigkeiten und ein Job als Diätpillenverkäuferin auf Märkten. Auf der Suche nach einem neuen Partner habe Carine turbulent gelebt. »Viel ausgehen, viel rauchen, hin und wieder zu viel trinken«, schreibt Wyffels. Unvorstellbar nennt er den »Unterschied zwischen ihrem brausenden Leben vor der Krankheit und dem Minimum von heute, mit einer fast vegetativen Existenz«.

Wyffels verspricht Carine, mit ihr über ihren Sterbewunsch zu reden. Dem Euthanasiegesetz gegenüber ist er positiv eingestellt. »Ich bin glücklich, dass wir in Belgien

diese Möglichkeit haben«, sagt er. Ein Set tödlicher Medikamente hat er beim Besuch der Reporterin vorrätig in seinem Schrank. Im gefilmten Interview nimmt Wyffels ein Buch zur Hand, das vor Carine auf dem Tisch liegt: *Zoals ik het wil*, »Wie ich es will«, lautet der Titel. Es sind Gespräche mit Patienten, die sich für den Tod durch den Arzt entschieden haben. Ihr Freund habe ihr daraus vorgelesen, sagt Carine. Was ihr dieses Buch gebracht habe? »Die Menschen in dem Buch lassen die Euthanasie machen, und dabei können sie noch viel mehr als ich«, antwortet sie. Anfangs habe sich ihr Zustand ja noch gebessert, aber inzwischen graue ihr vor der täglichen Therapie, denn es gebe es keinen Fortschritt mehr. Dies und die Abhängigkeit von anderen Menschen finde sie schrecklich. »Das ist auch so«, bestätigt ihr Wyffels.

Am 21. November 2004, nach mehreren Terminen zwischen Hausarzt und Patientin, kommt die Familie hinzu – die Mutter, die beiden Schwestern, Carines Kinder und ihr Freund. Wyffels lehnt es gegenüber der *ZEIT* ab, einen Kontakt zu den Angehörigen herzustellen, er will ihre Anonymität wahren. Das Gespräch mit der Familie hat er laut seinem Protokoll moderiert. Er beschreibt die Verwandten als traurig, dennoch hätten sie viel Verständnis für Carines Wunsch. Ihr 17-jähriger Sohn allerdings sei fassungslos gewesen und habe geweint. Seine Mutter scheint dennoch entschlossen. Am Ende des Gesprächs bekommt sie einen nicht enden wollenden Lachanfall und verlangt nach Wein. Sie will mit ihrer Familie auf den guten Verlauf des Gesprächs anstoßen. Von Organspende ist bislang nicht die Rede. Es sind noch zwei Monate bis zu Carines Tod.

Wyffels ist nun überzeugt, dass seine Patientin tatsächlich sterben will. Er beginnt die beiden anderen Gutachter zu suchen. Der erste ist schnell gefunden. Es ist ein sogenannter Leif-Arzt. Leif steht für »LevensEinde InformatieForum«. Solche Mediziner verfügen über Kenntnisse in der Therapie am Lebensende, begutachten sterbewillige Patienten, beraten Kollegen in Fragen der Sterbehilfe und übernehmen in Ausnahmefällen das Töten, falls der behandelnde Hausarzt sie darum bittet. Leif-Ärzte praktizieren wie andere Ärzte auch, haben sich aber fortgebildet. Unter anderem erfuhren sie, wer nach dem Gesetz ein Recht auf Euthanasie hat, welche Formulare auszufüllen sind und mit welchen Medikamenten ein Patient sicher und schmerzlos getötet wird. Dieses Wissen gehört auch in Belgien nicht zur Mediziner Ausbildung. Außerdem werden Leif-Ärzte in der Ethik der Sterbehilfe geschult. Das alles an fünf Samstagen.

Der Sterbehelfer Jan Bauwens, der nicht mit richtigem Namen genannt werden möchte, trifft Carine erstmals am 31. Dezember 2004 im Beisein von Wyffels. Er ist überrascht, welche attraktive Frau ihm gegenüber sitzt, eine Frau, bei der man einen Sterbewunsch nicht vermuten würde. Im gefilmten Interview trägt Carine eine Fleecejacke und ihr blondes Haar kurz geschnitten. Sie ist schlank. Wenn sie lächelt, erscheinen Grübchen auf ihren Wangen. Bauwens verspricht, über Carines Anliegen nachzudenken. Ihr Sterbewunsch wird schriftlich festgehalten. Es sind noch vier Wochen bis zu ihrem Tod. Am 9. Januar 2005 treffen sich der Hausarzt und der Sterbehelfer mit Carine und ihrer Familie. Diesmal weint

die ältere Tochter und fragt: »Muss das jetzt schon sein?« Die Tochter denke ständig an den Tod der Mutter und träume davon, notiert der Hausarzt.

Auch Bauwens ist überzeugt, dass die Euthanasie berechtigt sei. »Sie hatte keine Lebensqualität mehr oder nicht genug, um leben zu wollen«, sagt er heute im Rückblick. Der Termin für die Tötung von Carine wird festgelegt. Doch noch fehlt der dritte Gutachter – er muss laut Gesetz Psychiater sein oder Spezialist für die Krankheit, an der die Patientin leidet. So sollen psychische Störungen ausgeschlossen werden, die womöglich die Entscheidungsfähigkeit beeinträchtigen.

Der Hausarzt Wyffels bittet eine Psychiaterin um Hilfe, allerdings verschiebt sich der Termin mit ihr mehrfach. Und dann wird die Zeit auf einmal ganz knapp. Am 17. Januar 2005 fragt Carine laut Protokoll den Hausarzt, ob sie ihre Organe spenden könne, dann tue sie noch etwas Gutes. Wyffels findet dies »eine sinnvolle Frage«. Er gibt Carine allerdings zu bedenken, dass ein solcher Fall noch nie vorgekommen sei. Er verspricht ihr, die Frage zu klären. Umgehend kontaktiert er Cras, den Vorsitzenden der Ethikkommission der Universitätsklinik Antwerpen, und erhält ein erstes, positives Signal. Die Frage sei juristisch zulässig, müsse allerdings weiter geprüft werden. Von Carines Frage bis zu ihrem Tod sind es noch zwölf Tage.

Am 19. Januar 2005 sucht die Psychiaterin als dritte Ärztin Carine auf – und lehnt die aktive Sterbehilfe in diesem Fall ab. Die Patientin habe noch Potenzial. Eine hoffnungsvolle Nachricht, eigentlich. Doch der Hausarzt Wyffels reagiert verärgert. Die Gutachterin habe in Carines Gegenwart geweint, sie stehe unter dem Eindruck eines unverarbeiteten Sterbefalls in ihrer eigenen Familie, ihre Entscheidung sei nicht objektiv. Wyffels verspricht, einen neuen dritten Arzt zu suchen – »auch wenn die Zeit drängt«. Drängt die Zeit? Die Ärzte könnten das negative Votum der Kollegin ignorieren, denn nach dem Gesetz genügt es, einen dritten Arzt zu konsultieren, egal, wie dieser entscheidet. Doch offenbar ist Carines Fall, da auch noch Organspende im Gespräch ist, zu heikel, um mit nur zwei positiven Voten weiterzumachen.

Parallel dazu wird die Entscheidung über die Organspende vorangetrieben. 24. Januar. Cras habe in Eile die Ethikkommission der Universitätsklinik zusammengerufen, notiert Wyffels. Die Ärzte, die die Tötung vornehmen sollen, sind ebenfalls geladen. In den Beratungen sei es vor allem darum gegangen, sagt Cras, wie man auch nur den Anschein eines Interessenkonflikts vermeiden könne. Für die Kommission sei klar gewesen, »dass die Euthanasieprozedur komplett von der Organgewinnung getrennt sein muss«. Um den Eindruck zu vermeiden, Carine werde getötet, damit Patienten im eigenen Haus profitieren, soll die Universitätsklinik darauf verzichten, bei der Organverteilung berücksichtigt zu werden. Man sorgt sich darum, wie die Öffentlichkeit reagieren könnte. Und beschließt, die Sache »für unbestimmte Zeit unter Verschluss zu halten«, so Wyffels. Es sind noch fünf Tage bis zu Carines Tod.

26. Januar. Der neue Gutachter untersucht Carine. Es ist der Neuropsychiater, der sie schon während ihrer Rehabilitation betreut hat. Peter Paul De Deyn trägt eine graue Lockenmähne zu seinem Vollbart und ist von kräftiger Statur. Ein lockerer Typ, der gutes Essen, guten Tabak und guten Wein zu schätzen weiß. Als wissenschaftlicher Direktor am renommierten Antwerpener Born-Bunge-Institut ist er Herr über 6.000 Hirne, die der Wissenschaft gespendet wurden. Der 54-jährige De Deyn streitet dafür, dass Patienten mit Demenzerkrankung die eigene Tötung verlangen können, solange sie noch entscheidungsfähig sind. Er hilft ihnen auch, den rechten Zeitpunkt nicht zu verpassen: Wenn ein Demenzpatient in einem frühen Krankheitsstadium einen Sterbewunsch äußert, erinnert ihn De Deyn zu gegebener Zeit, dass nun die letzte Gelegenheit für eine Entscheidung gekommen sei. Seinem Schriftstellerfreund Hugo Claus setzte er die tödliche Spritze selbst.

»Wir sind keine doctors of death, Ärzte des Todes, sondern wir versuchen, qualitätsvolles Leben zu erhalten«, sagt De Deyn. Selbstverständlich komme es auch vor, dass er eine Euthanasieanfrage ablehne. Etwa im Fall jener dementen alten Frau, die von ihrer Familie zu ihm gebracht wurde, damit er sie töten solle, wie sie es eineinhalb Jahre zuvor in einer Patientenverfügung gewünscht hatte. De Deyn fragt die alte Frau, wie es ihr gehe. Gut, antwortet sie strahlend. Ob sie glücklich sei? Sehr glücklich! Viel mehr habe die Patientin auch nicht sagen können, meint De Deyn, sie sei nicht entscheidungsfähig gewesen. Von unerträglichem Leiden ebenfalls keine Spur. Der Neuropsychiater weist das Ansinnen der Familie zurück. Die sucht daraufhin andere Ärzte auf und findet einen, der aus »menschlicher Perspektive« der Tötung zustimmt. Erneut kommt die Familie zu De Deyn, weil er der ausführende Arzt sein soll. Erneut lehnt er ab.

De Deyn erzählt solche Fälle, um zu zeigen, dass Belgien ein gutes Euthanasiegesetz habe. Die Entscheidung des Kollegen sei nicht korrekt gewesen, er habe ihn dies wissen lassen und mehrere Telefonate geführt, um die Tötung der alten Dame zu verhindern. Allerdings ist nicht völlig auszuschließen, dass die Angehörigen ihr Ziel durch Ärzte-Hopping am Ende doch noch erreichen.

Eigentlich müsste es eine Kontrolle gegen Missbrauch geben. Jeder Sterbehilfefall in Belgien muss einer Kommission aus Ärzten, Krankenschwestern, Psychologen und Juristen gemeldet werden, damit diese überprüfen kann, ob die gesetzlichen Vorgaben eingehalten wurden. Doch nur jeder zweite Fall von geschätzt 1.040 Fällen im Jahr 2007 wird der Kommission überhaupt bekannt, so eine Untersuchung im Landesteil Flandern, die im angesehenen *British Medical Journal* veröffentlicht wurde. Und bei 17 Prozent der gemeldeten Tötungen fehlt sogar die schriftliche Einverständniserklärung des Patienten. Die Kommission könnte zweifelhafte Fälle zur Ermittlung an die Staatsanwaltschaft weiterleiten. Sie hat es nach Auskunft ihres Vorsitzenden in neun Jahren nicht ein einziges Mal getan.

De Deyn sieht Carines Sterbewunsch als berechtigt an und hält sie auch für entscheidungsfähig. Die Patientin habe zwar eine Weile Antidepressiva genommen, doch bloß zur Aufhellung ihrer Stimmung. Eine Depression im klinischen Sinn sei das nicht gewesen. Das dritte positive Gutachten liegt nun vor. Noch vier Tage bis zu Carines Tod.

Der Bayreuther Psychiater Manfred Wolfersdorf hat Carines Fall auf Wunsch der ZEIT hin geprüft. Er ist ein international renommierter Spezialist für Depression und Suizidvorbeugung, Autor vieler Bücher zu diesen Themen, Mitherausgeber und wissenschaftlicher Berater von Zeitschriften. Wolfersdorf kann die Entscheidung De Deyns und seiner Kollegen nicht nachvollziehen. »Wir wissen, dass viele Patienten nach einem Schlaganfall eine Depression bekommen«, sagt er. »Die ersten zwei Jahre nach dem Ereignis sind die schlimmsten. Danach orientieren sich die meisten Patienten neu.« Wolfersdorf hält bei Carine eine ausgeprägte Depression für wahrscheinlich. Außerdem seien die Möglichkeiten der Rehabilitation bei ihrem Krankheitsbild nicht ausgeschöpft. Nach sieben Monaten Therapie in der Klinik und weiteren sieben Monaten ambulanter Behandlung sei noch Besserung möglich. Sein Fazit: »Die Patientin hätte dringend eine längerfristige intensive Therapie und Begleitung gebraucht.«

Carines letzte Tage sind ausgefüllt mit der Vorbereitung auf die Organentnahme. Sie muss in die Klinik, damit im Ultraschall die Qualität ihrer Organe untersucht werden kann. Ihr wird Blut abgenommen. Der Cheftransplanteur der Universitätsklinik Antwerpen, Dirk Ysebaert, erklärt ihr in einem ausführlichen Gespräch, wie die Organentnahme vor sich gehen wird. Cras erinnert sich, dass ihm bei dem Gedanken unwohl war. »Ich versuchte mir vorzustellen, wie sie sich fühlen würde, wenn sie mit dem Chirurgen spricht, der die Organe nach ihrem Tod entnehmen würde.« Der Hausarzt Wyffels fragt Carine zwei Tage vor ihrem Tod, ob sie noch wisse, wie ihr die Ärzte den geplanten Ablauf geschildert haben. »Ich komme dort an, und sie versetzen mich zuerst in Schlaf«, sagt Carine. Danach solle es möglichst nicht so weitergehen wie bei jenem Luftröhrenschnitt, den sie einmal erleben musste, bei vollem Bewusstsein. Sie wolle nicht, »dass sie sagen: Wir nehmen jetzt Ihre Leber, und gleich anfangen zu schneiden«. Carine lacht. »So lieber nicht.«

Am 29. Januar gegen Mittag ist es so weit. Drei Ärzte – Cras, Wyffels und Bauwens – betreten das Krankenzimmer, in dem Carine mit den Kindern und ihrem Freund die letzten Stunden verbracht hat. Der Freund, erinnert sich Wyffels, habe versucht, stark zu bleiben, vermutlich wegen der Kinder. Er hält Carines Hand. Kurz bevor die Tötung beginnt, will Carine noch mal telefonieren. Sie ruft den Mann ihrer verstorbenen Freundin Luce an. Um ihm zu sagen, dass auch sie gleich sterben wird. Dann bekommt sie von Cras zunächst ein Medikament gespritzt, das sie einschläfern soll. Es läuft nicht wie gewünscht. Carine schläft ein, wacht aber wieder auf, schläft wieder ein – im Beisein der Angehörigen. »Diese langsame Sedierung, sie gibt Anlass zu sehr emotionalen...« Cras führt den Satz nicht zu Ende. Er sagt jetzt: »Wir hätten es nicht so machen sollen und werden es wohl nie wieder so machen.«

Als Carine endlich schläft, wird sie in den dritten Stock der Klinik gebracht, in den für sie reservierten Operationssaal. Die Angehörigen bleiben wie besprochen zurück, die drei Ärzte folgen ihr, so Cras. Im Operationssaal spritzt der Neurologe der Schlafenden die Mittel, die sie töten werden: zuerst Pentobarbital, ein Mittel zum Einschlafen von Tieren, das in den USA bereits bei Hinrichtungen eingesetzt wurde, danach Esmeron, ein Präparat zur Muskelentspannung, das die Atmung lähmt. Fast zeitgleich injiziert Cras nach eigener Aussage zwei andere Medikamente. Sie sollen Carines Organe nach dem Herzstillstand vor Schäden durch Sauerstoffmangel bewahren. Eine Maßnahme im Interesse der Organempfänger, die laut Cras mit Carine abgesprochen gewesen sei.

Dass drei Ärzte eine Tötung begleiten, ist ungewöhnlich. Die Chirurgen hätten dies gewünscht, sagt Cras. Ihnen ist offenbar wichtig, dass die Feststellung des Todes bei Carine unangreifbar ist. Erst wenn Carine für tot erklärt ist, dürfen die Chirurgen aktiv werden. Verlangt wird eine punktgenaue Diagnose: Wenn Carines Herzschlag aussetzt und ihre Atmung stillsteht, zählt jede Minute. Jede Minute Sauerstoffmangel mehr kann ihre Organe schädigen und damit die Chancen der Organempfänger verschlechtern. Damit die Chirurgen die Todesfeststellung nicht beeinflussen, warten sie während der Tötung im Nebenraum, bereits in steriler Kleidung. Doch auch die Euthanasieärzte wissen um das Risiko der Organschädigung. Sehen sie Carine in diesen Minuten noch als sterbende Patientin, für deren Wohl sie bis zum letzten Moment sorgen müssen? Oder schon als Spenderin? Lässt sich das überhaupt noch trennen?

Cras kontrolliert den Herzschlag der Sterbenden mit einem Stethoskop und beobachtet ihre Atmung. Wenige Minuten nach der tödlichen Injektion ist es so weit: Carines Herz steht still, sie atmet nicht mehr, ihre Pupillen sind starr. Cras bescheinigt als Erster ihren Tod. Wyffels und Bauwens bestätigen den Befund. Dann geht es nach den Erinnerungen der Ärzte sehr schnell. Die Chirurgen kommen herein und legen los, noch ehe die Euthanasieärzte den Operationssaal verlassen haben. Carines Kleider werden heruntergeschnitten, ihre Haut wird desinfiziert. Zwei Teams beugen sich gleichzeitig über den leblosen Körper, etwa fünf Minuten nach der Todesdiagnose. Das eine öffnet mit schnellen Schnitten den Bauch und schüttet Eiswasser zur Kühlung hinein, das andere arbeitet sich zur Arterie und Vene der Leiste vor, um dort einen Katheter anzuschließen, durch den ebenfalls Kühlflüssigkeit in den Körper geleitet wird.

Der Ethiker Cras zeigt sich noch heute beeindruckt von der Effizienz des Teams. »Ich habe die ersten 30 Sekunden gesehen«, sagt er, »und ich muss zugeben, es war sehr belastend für mich.« Auch Bauwens beobachtet die ersten Handgriffe der Chirurgen, er sagt: »Es war eine der schwersten Euthanasien, die ich erlebt habe.« Nachdem er gesehen habe, wie Carines Bauch aufgeschnitten wurde, habe er den Raum verlassen, »weil ich das emotional nicht mitmachen wollte«. Wyffels spricht rückblickend von Kummer, aber zugleich von Erleichterung. Auch Stolz schwingt mit, wenn er sagt: »Es war das erste Mal in der Menschheitsgeschichte.« Dass es niemals zuvor passierte, sei wohl der Angst vor üblen Machenschaften geschuldet. Der Hausarzt malt das Szenario aus: »Diese extrem

reichen Menschen, die eine Bauchspeicheldrüse brauchen, und dann ist da jemand, der ein passendes Organ hat und nicht sterbenskrank ist... Vielleicht würden sie mir zehn Millionen Euro zahlen, um den Patienten zu überreden, seine Organe zu spenden.«

Als eine internationale Medizinerschaft 2009 beim europäischen Anästhesiekongress in Mailand mit Carines Fall konfrontiert wird, hält sich die Kritik in Grenzen. Ein Anästhesist allerdings fragt, warum die Chirurgen nicht auch noch Carines Herz transplantiert hätten, erinnert sich Cras. Die Frage ist als Provokation gemeint: Herzen sind besonders empfindlich gegen Sauerstoffmangel. Wenn sie einmal zu schlagen aufgehört haben, ist es nahezu ausgeschlossen, sie zu transplantieren. Hätte man auch Carines Herz verpflanzen wollen, so hätte man es der jungen Frau unter Narkose entnehmen müssen – vor ihrem Tod. Carine wäre dann nicht durch die Medikamente getötet worden, sondern infolge der Organentnahme. Die Antwerpener Ethikkommission hatte diese Möglichkeit im Vorfeld tatsächlich diskutiert – und sich dagegen entschieden. Weil die Tötung von der Organentnahme komplett getrennt sein musste, sagt Cras.

Sonst wäre auch das letzte Tabu der Transplantationsmedizin gefallen: Lebenswichtige Organe dürfen nur Toten entnommen werden – lebende Menschen dürfen nicht für eine Organentnahme getötet werden. Diese eherne Regel ist seit den Anfängen der Transplantationsmedizin international akzeptiert, doch sie ist ins Wanken geraten. Macht es etwas, wenn Organspender nicht tot sind? So fragt etwa der einflussreiche amerikanische Bioethiker Robert Truog. Der Philosoph Julian Savulescu aus Oxford hat ein Szenario entwickelt, wie sich der Organmangel mindern ließe, sobald lebenswichtige Organe schon vor dem Tod einem Patienten entnommen werden könnten.

Einige Ärzte meinen: Ein guter Zweck heiligt fast jedes Mittel

Savulescu hat bei dem umstrittenen australischen Philosophen Peter Singer promoviert und ist wie dieser Utilitarist: Ein guter Zweck heiligt für ihn fast jedes Mittel. Savulescu fragt, warum man schwerstkranke Patienten mit begrenzter Lebenszeit auf Intensivstationen sterben lässt, deren Organe doch noch nützlich sein könnten, um anderen zu helfen. Wenn es ethisch akzeptiert sei, bei solchen Patienten die lebenserhaltenden Maßnahmen zu beenden, warum könnte man sie nicht vor ihrem Tod narkotisieren, ihnen die Organe entnehmen und sie auf diese Weise sterben lassen? Selbstverständlich müssten sich die Patienten zu Lebzeiten für so eine Option entschieden haben – oder stellvertretend ihre Angehörigen. Mögliche »Quellen für Transplantationsorgane« seien laut Savulescu dauerhaft bewusstlose Patienten oder auch ohne Gehirn geborene Säuglinge. Allein in Großbritannien, schätzt Savulescu, könnten auf diese Weise bis zu 2.200 Organe im Jahr mehr gewonnen werden.

In Belgien wurden bislang acht Patienten nach einer Tötung auf Verlangen zu Organspendern. Cras versichert der *ZEIT*, die Frage nach der Spende müsse stets von den Patienten gestellt werden, nicht von den Ärzten. Anders als noch bei Carine verzichtet die Universitätsklinik Antwerpen in späteren Fällen nicht mehr darauf, dass Patienten

des eigenen Hauses bei der Organverteilung berücksichtigt werden. Die belgischen Ärzte schätzen das Potenzial zusätzlicher Organspenden hoch ein. 2008 wurden 705 belgische Patienten auf ihren Wunsch hin getötet. 141 davon, also rund ein Fünftel, hatten neuromuskuläre Erkrankungen – solche Patienten wären als Organspender infrage gekommen.

Wie immer nach einer Tötung auf Verlangen wird auf Carines Totenschein »natürlicher Tod« vermerkt. Ihre Familie gibt auf der Website www.inmemoriam.be Carines Tod bekannt. Die Verbrennung, heißt es, finde im engsten Kreis der Familie statt. Zur kirchlichen Begräbnisfeier und der anschließenden Erdbestattung der Urne seien Freunde und Bekannte eingeladen. Carine sei am 29. Januar 2005 im Universitätskrankenhaus Antwerpen sanft entschlafen.

**Name von der Redaktion geändert*

COPYRIGHT: ZEIT ONLINE

ADRESSE: <http://www.zeit.de/2011/43/DOS-Euthanasie>