

Medizin am Lebensende: Hilfe beim Sterben, Hilfe zum Sterben?

Früher bedeutete Sterbebegleitung vor allem
Lindern und Trösten. Heute muss der Arzt oft bewusst
entscheiden, ob, wann und wie er den Tod zulässt.
Eine große Verantwortung: Was muss er, was darf er
tun – und was nicht? Lesen Sie, woran Sie sich bei der
Entscheidungsfindung orientieren können.

Die moderne Medizin vermag viele lebenswichtige Organfunktionen zu ersetzen: Sie kann Herzen am Schlagen halten und Lungen beatmen. Nahrung kommt per Schlauch direkt in den Magen. Ein Segen, wenn der Patient dadurch akute Krankheitszustände überlebt und sich erholt. Aber was, wenn eine Genesung ausgeschlossen ist und die „Apparatemedizin“ den Tod nur noch hinauszögern kann?

Sterben erleichtern, nicht verschlimmern

Behandlungsverzicht ist schwer auszuhalten Vielen Ärzten fällt es schwer, eine Behandlung abubrechen oder gar nicht erst aufzunehmen. Nichts zu tun und das Sterben zuzulassen, widerspricht dem ärztlichen Selbstbild vom „Wir tun, was wir können!“ Und obwohl dem Arzt selbst unwohl dabei sein mag, sterbende Patienten noch mit Intensivmedizin zu behandeln: Er möchte auf keinen Fall verbotene Sterbehilfe leisten.

Leiden lindern statt heilen Andererseits gilt aber: Heilen ist nicht die einzige Aufgabe des Arztes. Laut Berufsordnung (§ 1) gehört dazu auch, Leiden zu lindern und Sterbenden Beistand zu leisten. Und Leidenslinderung kann heißen, eher quälende Symptome zu behandeln als primär das Leben zu verlängern oder bestimmte Laborwerte zu verbessern. So schreibt die Bundesärztekammer (BÄK) in ihren Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebeglei-

tung [1]: „Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen.“ Sie wird ggf. abgelöst von der Verpflichtung, bei einem menschenwürdigen Sterben zu helfen:

„Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Maßnahmen künstlich in die Länge gezogen werden.“ [1]

Wille des Patienten hat Priorität

Keine Behandlung ohne Einwilligung Wie bei allen Behandlungen gilt auch am Lebensende: Was der Arzt tut, muss dem Willen des Patienten entsprechen.

► Medizinische Eingriffe ohne Einwilligung des Betroffenen gelten in der Regel als Körperverletzung [2].

In der Akutmedizin ist dieses Prinzip oft leicht einzuhalten: Patienten mit einem Armbruch oder einer Blinddarmentzündung wünschen meist die übliche, medizinisch indizierte Behandlung. Bei unheilbaren Erkrankungen und schweren Schädigungen sieht es manchmal anders aus: Operation oder Chemotherapie könnten zwar das Leben des Patienten verlängern – aber auch sein Leiden.

Indikation und Einwilligung überprüfen Besonders am Lebensende muss der Arzt daher genau prüfen:

1. Welche Behandlung ist erfolgversprechend, d. h. medizinisch indiziert? Nicht indizierte Behandlungen muss der Arzt nicht durchführen – das gilt auch für

künstliche Ernährung oder Antibiotika. Im Einzelfall mag dies schwierig zu entscheiden sein: Hier können klinikinterne Leitlinien helfen [3]. Beispiele findet man unter www.ethikkomitee.de.

2. Ist die indizierte Behandlung auch vom Willen des Patienten gedeckt?

Der Patient kann jede Behandlung jederzeit ablehnen – nicht nur bei unheilbaren Erkrankungen oder in der Sterbephase. Der Arzt kann und muss zwar ggf. versuchen, ihn vom Sinn der Behandlung zu überzeugen. Letztendlich muss er aber dem Willen des Patienten folgen, sofern dieser frei und ohne Zwang gebildet wurde.

Was ist mit laufenden Behandlungen?

Wichtig ist: Diese Anforderungen gelten auch für bereits begonnene Behandlungen. Der Arzt muss daher regelmäßig prüfen, ob die medizinische Indikation und die Einwilligung des Patienten z. B. für eine Beatmung oder Dialyse noch gegeben sind. Auch die künstliche Ernährung zählt spätestens seit einem entsprechenden Urteil des Bundesgerichtshofs in 2010 [4] als medizinische Maßnahme in diesem Sinne.

► Falls also ein Patient nach einem Schlaganfall wieder zu Bewusstsein kommt und schwer gelähmt ist, aber bei klarem Verstand z. B. die begonnene künstliche Ernährung ablehnt, ist dem prinzipiell Folge zu leisten.

Auch wenn Sie eine Behandlung aktiv abbrechen, z. B. eine Magensonde ziehen: Sofern dies eindeutig dem Patientenwillen entspricht, handeln Sie rechtlich und ethisch korrekt und leisten keine aktive Sterbehilfe [2].

Ermittlung des Patientenwillens Falls der Patient seinen Willen nicht (mehr) selbst erklären kann, geht man folgendermaßen vor [5]:

1. Ein Stellvertreter nimmt die Interessen des Patienten wahr. Dies ist nicht automatisch ein Angehöriger, sondern ein vom Patienten Bevollmächtigter oder ein gerichtlich bestellter Betreuer.
2. Liegt eine gültige, auf die Situation zutreffende Patientenverfügung vor, sind Arzt und Patientenvertreter an die dort geäußerten Wünsche gebunden – wenn es keine Anhaltspunkte dafür gibt, dass dieser Wille nicht mehr gilt oder nicht frei zustande kam.
3. Fehlt eine gültige Verfügung, gilt der mutmaßliche Wille des Patienten (abgeleitet aus früheren Äußerungen, seinen allgemeinen Einstellungen u. ä.).

Glossar

Palliativmedizin	Medizin, die nicht auf Heilung einer Krankheit, sondern auf Linderung des Leidens gerichtet ist: Schmerzbekämpfung bis hin zur palliativen Sedierung, Linderung von Symptomen wie Atemnot, Angst, Übelkeit und psychologische, soziale und spirituelle Betreuung	
indirekte Sterbehilfe	medizinisch indizierte Palliativbehandlung, die als Nebenwirkung das Leben des Patienten verkürzen könnte (z. B. starke Schmerzmittel)	erlaubt und geboten, wenn es dem Willen des Patienten entspricht
passive Sterbehilfe	Verzicht auf lebenserhaltende bzw. -verlängernde Therapie oder Abbruch einer solchen	
Beihilfe zum Suizid	Überlassen oder Bereitstellen eines tödlichen Mittels, das der Patient dann eigenständig nimmt	nicht strafbar, aber berufsrechtlich verboten nach § 16 Musterberufsordnung
aktive Sterbehilfe, Tötung auf Verlangen	medizinisch nicht indizierte Maßnahme, die auf Wunsch des Patienten seinen Tod herbeiführt (z. B. Injektion eines tödlichen Mittels)	strafbar (u. a. § 216 StGB) und berufsrechtlich verboten (§ 16 Musterberufsordnung)

4. Ist auch der mutmaßliche Wille nicht näher zu klären, bleiben als Richtschnur die medizinische Indikation und das objektive Wohl des Patienten. Genaueres lesen Sie im Beitrag „Patientenverfügung“, Lege artis 2011, S. 250–257.

Sterbehilfe: Das ist erlaubt

Enge vs. weite Definition Mit dem Reizwort „Sterbehilfe“ lassen sich reichlich Diskussionen befeuern. Nicht selten reden deren Teilnehmer allerdings aneinander vorbei: Manche verstehen unter Sterbehilfe die tödliche Spritze. Für andere gehört zur Sterbehilfe dagegen alles, was dem Sterbenden die letzten Tage, Wochen oder Monate seines Lebens erträglicher macht: Die Bekämpfung von Schmerzen und anderen Symptomen, aber auch menschliche Zuwendung sowie Betreuung durch Psychologen und Seelsorger.

Erlaubt: indirekte und passive Sterbehilfe Für die Praxis ist es hilfreich, zu unterscheiden zwischen

- indirekter Sterbehilfe,
 - passiver Sterbehilfe,
 - Beihilfe zum Suizid und
 - aktiver Sterbehilfe (♣ Glossar S. 229).
- Die indirekte und die passive Sterbehilfe gehören hierbei zum Spektrum der Palli-

Abb. 1 Sterben wie eine Kerze, die erlischt. Das ist nach Ansicht des Palliativmediziners Gian Domenico Borasio für manche Patienten möglich – die man dann nicht mit Dingen wie einer Magensonde „quälen“ solle [6].



Bildschweiz.ch/crelon (Symbolbild)

ativmedizin. Sie sind grundsätzlich erlaubt – den entsprechenden Wunsch des Patienten vorausgesetzt. In den Grundsätzen der BÄK [1] heißt es ausdrücklich:

Der Arzt darf das „Sterben durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung“ ermöglichen, wenn dies dem Patientenwillen entspricht. Das gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr.

Über die Palliativmedizin hinaus gehen die Beihilfe zum Suizid und die aktive Sterbehilfe.

Vorgehen im Einzelfall Entsprechend der Rechtslage unterscheidet die BÄK bei der Definition der ärztlichen Pflichten die folgenden Fälle [1]:

- Sterbende Patienten, bei denen der Tod in kurzer Zeit zu erwarten ist: Der Arzt muss ihnen helfen, menschenwürdig sterben zu können. Alles, was den Todeseintritt nur verzögert, soll unterbleiben. Die Hilfe besteht in palliativmedizinischer Versorgung, evtl. bis zur indirekten Sterbehilfe.
- Patienten mit infauster Prognose: Eine Änderung des Behandlungsziels hin zur palliativmedizinischen Versorgung ist geboten,
 - ▷ wenn lebenserhaltende Maßnahmen das Leiden nur verlängern würden,
 - ▷ oder wenn dies dem Patientenwillen entspricht (♣ Abb. 1).
- Patienten mit schwerster zerebraler Schädigung: Die anhaltende Bewusstseinsbeeinträchtigung allein rechtfertigt nicht den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen. Änderungen des Behandlungsziels sind mit dem Patientenvertreter zu besprechen. Dabei ist der zuvor geäußerte oder der mutmaßliche Wille des Patienten zu achten.
- In Notfallsituationen, in denen der Patientenwille unbekannt ist und für seine Ermittlung keine Zeit bleibt, „ist die medizinisch indizierte Behandlung einzuleiten, die im Zweifel auf die Erhaltung des Lebens gerichtet ist.“ Diese Entscheidung muss man später ggf. überprüfen.

Basisbetreuung fortführen Egal, welche Therapieziele Sie bei einem Patienten verfolgen: Zuwendung und die sogenannte Basisbetreuung erhält er auf jeden Fall. Dazu gehört neben der Körperpflege das Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie von Hunger- und Durstgefühlen [1].

Manche Patienten können noch selbst essen und trinken, stoppen dies aber freiwillig, um ihren Tod zu beschleunigen (Bsp. in [7, 8]). Auch hier kann man das subjektive Durstgefühl pflegerisch lindern.

Sterbehilfe jenseits der Palliativmedizin

Den Tod aktiv herbeiführen Auch wenn die Palliativmedizin das Leiden der meisten Patienten erfolgreich mildern kann: In manchen Fällen stößt sie an ihre Grenzen. Einige Patienten möchten ihren Tod dann aktiv herbeiführen und bitten den Arzt um Hilfe dabei.

Verboten: aktive Sterbehilfe Selbst wenn es dem Willen des Patienten entspricht: Die aktive Sterbehilfe z. B. durch die Injektion eines tödlichen Mittels ist in Deutschland eindeutig verboten [2, 9].

- Und zwar nicht nur berufsrechtlich (§ 16 Musterberufsordnung),
- sondern auch strafrechtlich (§ 216 StGB: Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren).

Umstritten: Beihilfe zum Suizid Wenn der Arzt dem Patienten das tödliche Medikament nicht selbst verabreicht, sondern es z. B. lediglich auf dessen Nachtschisch bereitstellt und ihn dann verlässt, begeht er Beihilfe zum Suizid [10]. Der Patient nimmt das Mittel zwar eigenhändig ein und führt damit selbst seinen Tod herbei, der Arzt hat ihm aber offensichtlich geholfen.

Beihilfe zum Suizid ist momentan die umstrittenste Art von Sterbehilfe – spätestens seit der Ärztetag im Juni 2011 die Musterberufsordnung (MBO) geändert hat. Seitdem widerspricht das Berufsrecht nämlich klar dem Strafrecht:

- Da der Suizid an sich in Deutschland nicht strafbar ist, wird auch derjenige, der einem anderen beim frei verantwortlichen Suizid hilft, vom Strafgesetzbuch nicht belangt [2, 9].
- Die neue MBO geht eindeutig darüber hinaus: Ärzte „dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ (§ 16).

In den Grundsätzen der BÄK [1], nur wenige Monate vor der neuen MBO verfasst, heißt es dagegen vorsichtiger: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“ In aktuellen Meldungen hält die BÄK allerdings am strikten berufsrechtlichen Verbot der Suizidbeihilfe fest [11].

Cave Falls Sie einem Patienten ein Medikament zur Selbsttötung überlassen, verstoßen Sie evtl. auch gegen das Arzneimittel- oder Betäubungsmittelgesetz (nicht bestimmungsgemäßer Gebrauch).

Tauziehen um die Suizidbeihilfe

Rechtliche Unsicherheit für Ärzte Das Verbot der Beihilfe zum Suizid in der MBO verunsichert viele Ärzte. Das Risiko, bis zu 50 000 € Strafe zu zahlen (festgelegt in den Heilberufe-Kammergesetzen), geht niemand gern ein. Was viele aber nicht wissen: Die MBO ist lediglich ein Vorschlag, den die jeweiligen Landesärztekammern dann in ihr Kammerrecht übernehmen – oder auch nicht.

► Verbindlich für den einzelnen Arzt ist nur die jeweils gültige Berufsordnung seiner (Landes-)Ärztekammer [12].

In der Berufsordnung der Bayerischen Landesärztekammer z. B. heißt es im umstrittenen §16 nur [13]: „Der Arzt hat Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen.“ Sachsen und Niedersachsen dagegen haben die verschärfte Formulierung der MBO übernommen.

Gerichtsurteil kritisiert Berufsordnung

In einem der wenigen berufsrechtlichen Verfahren wegen Suizidbeihilfe urteilte das Verwaltungsgericht Berlin im März 2012 [14]:

► Verbietet eine Ärztekammer ihren Mitgliedern kategorisch jegliche Beihilfe zum Suizid, widerspricht das den Grundrechten (Freiheit der Berufsausübung, Gewissensfreiheit).

Konkret ging es um einen Arzt, der – nach Ansicht der Ärztekammer Berlin – im Jahr 2007 einer Patientin ein tödliches Medikament überlassen wollte. Die Ärztekammer hatte dies untersagt und ihm ein Zwangsgeld von 50 000 € angedroht.

Der Arzt führte die Suizidbeihilfe zwar nicht aus, die er nach eigenen Worten in diesem Fall gar nicht geplant hatte, legte aber Widerspruch gegen die Verfügung der Kammer ein. Das Verwaltungsgericht gab ihm recht, da das Verbot zu weit gehe. Ein Verbot der Suizidbeihilfe bei körperlich Gesunden und bei psychisch Kranken sowie gewerbliche Sterbehilfe hält das Gericht aber für verfassungsrechtlich unbedenklich.

Gewerbsmäßige Suizidbeihilfe soll verboten werden Ein aktueller Gesetzentwurf des Bundesjustizministeriums sieht vor, die „gewerbsmäßige“ Beihilfe zum Suizid unter Strafe zu stellen [15]. Dies könnte auch auf Vereine wie *Dignitas Deutschland* oder *Sterbehilfe Deutschland* zutreffen, die ihren Mitgliedern Sterbegleitung anbieten. Wann das Gesetz kommt und wie es genau lauten wird, ist aber noch nicht klar.

Sterbewunsch als Grenze der Autonomie

Befürworter einer restriktiven Regelung betonen, dass der Arzt nicht nur die Patientenautonomie achten muss, sondern auch eine Fürsorgepflicht hat. Diese gebiete ihm, die „wahren“ Gründe für einen Todeswunsch zu ermitteln, statt ihm einfach nachzugeben.

► Durch Behandlung und Zuwendung könne man viele Suizidwillige nämlich zum Weiterleben ermutigen.

► Die Suizidassistenten dagegen rühre an den Kern des ärztlichen Ethos und Selbstverständnisses [12, 16].

Vertreter dieser Position sind z. B. der Medizinethiker PD Dr. Gerrit Hohendorf [16], der Arzt und Philosoph Prof. Dr. Eckhard Nagel [17], der Moralthologe Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff [18] – und der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery [12, 19].

Nötigung zum frühen Ableben? Viele sehen auch die Gefahr eines Dammbereichs: Wenn der ärztlich assistierte Suizid erst einmal gesellschaftlich akzeptiert sei, würden schwerkranke Patienten sich genötigt fühlen, ihr Leben zu beenden und z. B. ihren Angehörigen nicht weiter zur Last zu fallen [16, 20–22].

Es werde „das Signal gesetzt, dass wir es in unserem Staat eigentlich für vernünftig halten, in bestimmten schweren Lebenssituationen [...] sich selber unsichtbar zu machen, [...] damit niemandem Leid oder die Mühe des Begleitens zugemutet werden“, sagt etwa Schockenhoff [18]. Nach Ansicht z. B. von Montgomery ist es von der Suizidassistenten nur ein kleiner Schritt zur Tötung auf Verlangen [19, 21].

Gegenstandspunkt: Kein Lebenszwang

Trotz der obigen Bedenken halten andere Ärzte die Suizidbeihilfe in Einzelfällen für gerechtfertigt, darunter der Palliativmediziner und Buchautor Dr. Michael de Ridder [24], der Medizinethiker Prof. Dr. Jochen Vollmann [10] oder der Schweizer Onkologe Prof. Dr. Franco Cavalli [25]. Ihrer Meinung nach soll der Patient näm-

Das sagen Ärzte in Deutschland

Eine repräsentative Befragung von Ärzten im Jahr 2009 [20] ergab:

- 34 % der Ärzte sind schon um Hilfe beim Suizid gebeten worden. 85 % von ihnen konnten die Gründe für diesen Wunsch nachvollziehen.
- Für 37 % aller Befragten kam – unter bestimmten Bedingungen – eine Unterstützung beim Suizid infrage, für 25 % auch aktive Sterbehilfe.
- Eine Legalisierung des assistierten Suizids lehnten 61 % ab, eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe 78 %.
- Gleichzeitig waren lediglich 74 % der Ärzte für die Einstellung lebensverlängernder Maßnahmen auf Wunsch des Patienten – obwohl dies der gültigen Gesetzeslage entsprach.
- In einer Befragung unter Ärzten der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin gaben rund 1 % der Antwortenden an, bei ihrem letzten Patienten den Tod mit einem Medikament absichtlich beschleunigt zu haben [23].

lich auch dann entscheiden können zu sterben, wenn sein Leben nicht unmittelbar von einer Behandlung abhängt, deren Abbruch zum Tod führen würde.

► Einem hochgradig gelähmten Patienten, der den Suizidwunsch nachhaltig und selbstbestimmt äußert, solle der Arzt daher z. B. ein tödliches Medikament in Reichweite stellen dürfen [10, 26].

Sich selbst zu töten könne für ihn die einzige verbliebene Möglichkeit sein, die Integrität seiner Persönlichkeit zu wahren, ein „Akt letzter Selbstbehauptung“ [24].

Cave Es ist evtl. schwer einzuschätzen, ob

- ein Patient sich tatsächlich frei verantwortlich zum Suizid entschließt,
- der Wunsch nur eine akute Verzweiflungsausprägung ist
- oder der Patient psychisch krank ist.

Garantenpflicht des Arztes beim Suizidversuch

Der Arzt behält grundsätzlich seine Garantenstellung, die ihn normalerweise verpflichtet, z. B. bei einem Unglücksfall einzuschreiten. Das heißt: Falls der Arzt den Suizid nicht zu verhindern versucht und anschließend verklagt wird, könnte es sein, dass ein Gericht den Suizid nicht als frei verantwortlich einstuft – und dem Arzt vorwirft, seine Garantenpflicht verletzt zu haben (unterlassene Hilfeleistung, Tötung durch Unterlassen). Wie weit die Garantenpflicht genau geht, muss ein Gericht also ggf. im Einzelfall klären [9, 19].

Sterbehilfe im Ausland

Aktive Sterbehilfe Im Jahr 2001 haben die Niederlande als erster Staat der Welt die aktive Sterbehilfe legalisiert und gesetzlich geregelt. 2002 und 2009 folgten Belgien und Luxemburg. Ärzte dürfen dort seitdem unter bestimmten Voraussetzungen aktive Sterbehilfe leisten [27–29].

- Unter anderem muss der Wunsch des Patienten freiwillig und überlegt sein,
- er muss ihn wiederholt äußern,
- sein Leiden muss unheilbar und unerträglich sein, und
- er muss sich in der Sterbephase befinden.
- Ein 2. Arzt muss hinzugezogen werden.

Beihilfe zum Suizid In den Benelux-Staaten gelten für eine legale Beihilfe zum Suizid dieselben Voraussetzungen wie für die aktive Sterbehilfe. In einigen anderen Ländern ist aktive Sterbehilfe zwar verboten, die Beihilfe zum Suizid aber erlaubt und gesetzlich geregelt.

- Schweiz: Die Beihilfe zum Suizid aus „selbstsüchtigen Beweggründen“ ist strafbar [30], andernfalls ist sie unter Bedingungen erlaubt [9, 31]. Viele Suizide werden von Organisationen wie EXIT oder Dignitas begleitet.
- Oregon und Washington: In diesen US-Bundesstaaten ist der ärztlich assistierte Suizid unter gewissen Bedingungen seit 1997 (Oregon) bzw. 2009 (Washington) erlaubt [32, 33].

In anderen Ländern ist die Suizidbeihilfe strafrechtlich verboten (z. B. Kanada [34]).

Statistik Nach den neuesten verfügbaren Zahlen gab es folgende Fälle aktiver Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid:

- Niederlande: ca. 4000 (Jahr 2010) [35]
- Belgien: 1133 (Jahr 2011) [36]
- Luxemburg: 4 (Jahr 2010) [37]
- In Oregon erhielten 114 Patienten [38],
- in Washington 103 Patienten [39] Verschreibungen für Medikamente zum assistierten Suizid. Allerdings nahmen nicht alle diese ein.
- Die Schweiz verzeichnete in 2009 ca. 300 Fälle von assistiertem Suizid [40].

◉ Lesen Sie zur Kontroverse rund um die Sterbehilfe auch das folgende Interview mit Dr. Michael de Ridder.

Julia Rojahn

Fazit Auch am Lebensende braucht man für jeden medizinischen Eingriff die Zustimmung des Patienten. Lehnt der Patient frei verantwortlich eine Behandlung ab, tut der Arzt nichts Verbotenes, wenn er diese unterlässt oder abbricht – im Gegenteil, er muss diesem Wunsch im Regelfall folgen. Er darf allerdings den Tod nicht aktiv herbeiführen, z. B. durch die Verabreichung eines tödlichen Mittels. Hilft der Arzt einem Patienten, sich selbst umzubringen, muss er zumindest berufsrechtliche Konsequenzen befürchten. Die gesellschaftliche Diskussion über die Suizidbeihilfe hat gerade erst begonnen. ◀

Bücher zum Thema

Borasio GD. **Über das Sterben. Was wir wissen, was wir tun können, wie wir uns darauf einstellen.** 5. Aufl. München: Beck; 2011

Jox RJ. **Sterben lassen: Über Entscheidungen am Ende des Lebens.** Hamburg: Edition Körber Stiftung; 2011

de Ridder M. **Wie wollen wir sterben? Ein ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin.** München: Pantheon; 2011

Wehrli H, Sutter B, Kaufmann P (Hrsg.). **Der organisierte Tod. Sterbehilfe und Selbstbestimmung am Lebensende – Pro und Contra.** Zürich: Orell Füssli; 2012

Literatur online

Das vollständige Literaturverzeichnis zu diesem Beitrag finden Sie im Internet:

Abonnenten und Nichtabonnenten können unter „www.thieme-connect.de/ejournals“ die Seite der *Lege artis* aufrufen und beim jeweiligen Artikel auf „Ergänzendes Material“ klicken – hier ist die Literatur für alle frei zugänglich.

Abonnenten können alternativ über ihren persönlichen Zugang an das Literaturverzeichnis gelangen. Wie das funktioniert, lesen Sie unter: <http://www.thieme-connect.de/ejournals/help#SoRegistrieren>

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1325308>

Interview



Bildnachweis: Siegfried Böker

„Selbstbestimmung auch auf dem letzten Weg wahren“

? Herr Dr. de Ridder, Sie fordern, ärztliche Suizidbeihilfe in bestimmten Fällen zu erlauben. Verteidiger eines strikten Verbots führen u. a. an, als Mensch dürfe man prinzipiell nicht selbst über seinen Tod verfügen. Was setzen Sie solchen Argumenten entgegen?

Bei aller Bedeutung, die dem Dialog und der gemeinsamen Entscheidungsfindung zwischen Patient, Arzt und Angehörigen bei terminaler Erkrankung zukommt: Nur der Schwerstkranke und Sterbende hat letztlich das Recht, das „gute Sterben“ zu

Dr. med. Michael de Ridder ist Internist und Rettungsmediziner. Bis 2011 war er Chefarzt der Rettungsstelle des Vivantes-Klinikums Am Urban in Berlin, ab Oktober 2012 wird er das Vivantes-Hospiz leiten. Dr. Ridder ist Vorsitzender einer Stiftung für Palliativmedizin. In seinem 2010 veröffentlichten Buch „Wie wollen wir sterben?“ fordert er eine neue Sterbekultur und mehr Palliativmedizin, außerdem schreibt er über Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe. Mit ihm sprach Julia Rojahn.

definieren. Niemand sonst: weder die Kirchen noch die Hospizverbände, weder die Ärzteschaft noch der Staat. Der Kern der Menschenwürde ist nämlich nicht – so die überwiegende Meinung der Verfassungsrechtler – der Lebensschutz, so hoch er auch anzusiedeln ist, sondern die Selbstbestimmung!

Sie wird von unserer Verfassung garantiert, aus gutem Grund jedoch *nicht definiert*. Denn nur der einzelne Mensch kann entscheiden, was seine Würde ausmacht und wie weit sein Leben zu schützen ist. Das schützt uns auch davor, zum Objekt der Menschenwürde-Definition anderer zu werden, wie unter den NS-Euthanasie-Programmen geschehen.

? Warum sollte ausgerechnet der Arzt beim Suizid helfen? Eine Überdosis an Medikamenten könnte man auch ohne Hilfe eines Arztes nehmen.

Diese Frage ist – mit Verlaub – am Rande des Zynismus. Natürlich kann der Patient sich vor einen Zug werfen, von einer Brücke stürzen oder eine Überdosis nehmen. Falls er denn in der Lage ist, sich ein geeignetes Mittel in ausreichender Menge zu beschaffen – das ist nämlich keineswegs einfach. Und für den Patienten ist es entwürdigend, wenn der Arzt ihn ausgerechnet beim letzten Schritt allein lassen muss.

? Manche Ärzte meinen aber, durch die Bitte um Suizidbeihilfe in einen Rollenkonflikt zu geraten.

Einen Rollenkonflikt erkenne ich hier nicht, weil sich für mich Palliativmedizin und ärztlich assistierter Suizid nicht antagonistisch, sondern komplementär zueinander verhalten: Der Suizid als allerletzter, selten nötiger Ausweg, wenn alles andere versagt oder der Patient eine palliative Behandlung ablehnt.

? Warum sollte er sie ablehnen?

Weil er sich eine bestimmte Leidenssituation nicht zumuten will – oder die Kontrolle über sein Lebensende allein und selbstbestimmt wahrnehmen möchte.

? Angenommen, ich bin im Nachtdienst und allein auf Station: Muss ich sofort die Beatmungsmaschine abstellen, wenn ein schwer kranker Patient das wünscht?

Zunächst müssen Sie unterscheiden:

- Ist der Patient akut erkrankt, z.B. an einer schweren beidseitigen Lungenentzündung,
- oder wird er chronisch beatmet, z.B. nach hoher Querschnittslähmung?

Im 1. Fall müssen Sie klären, ob hier nicht eine „Kurzschlussreaktion“, ein psychischer Ausnahmezustand vorliegt. Das würde ein Abstellen der Maschine verbieten. Im 2. Fall muss man die Beatmung abbrechen, wenn dies der klar, mehrfach und nachhaltig geäußerte Wunsch des Patienten ist.

? Auch wenn er daran stirbt?

Jeder Patient hat das Recht, sich gegen die Vernunft bzw. gegen das zu entscheiden, was ärztliche Rationalität nahe legt – und zwar keineswegs nur dann, wenn es um sein Sterben geht. Man mag das bedauern, aber unsere Verfassung lässt eine selbstbe-

stimmt unvernünftige Entscheidung auch dann zu, wenn sie den Tod zur Folge hat.

? Wie entscheide ich denn in der akuten Situation, nachts und allein?

Eine Beatmung abbrechen ist nichts, was Sie allein im Nachtdienst, ohne Kenntnis der Vorgeschichte, entscheiden müssen oder sollten. Man muss und darf einen solchen Entschluss des Patienten hinterfragen und auf einem Dialog bestehen, das ist Aufklärung im besten Sinn. Grundsätzlich gilt aber die Umkehr der Beweislast: Wenn der Arzt den Patientenwillen nicht umsetzt, muss er positive Belege dafür bringen, dass der Patient zum Zeitpunkt seiner Entscheidung *nicht* über einen freien Willen verfügte. Zum Beispiel, weil er unter einem äußeren Zwang stand oder psychiatrisch erkrankt ist.

? In Ihrem Buch beschreiben Sie das Schicksal von Katharina S., die nach einem Unfall querschnittsgelähmt ist und nur noch ihren Kopf bewegen kann. Obwohl sie bei klarem Verstand sagt, nicht weiterleben zu wollen, haben Sie sie überredet, zunächst abzuwarten. Warum?

Ich habe Katharina S. keineswegs *überredet*, ich habe sie vielmehr in ausführlichen Gesprächen davon *überzeugen* können, dass sie ihre Entscheidung in einem „stabilen“ Zustand treffen sollte. Das heißt:

- wenn eine weitere Rehabilitation nach menschlichem Ermessen auszuschließen ist
 - unter „Alltagsbedingungen“, also nicht in der Klinik, sondern in ihrem künftigen Zuhause und unter bestmöglicher menschlich-pflegerischer Versorgung
- Beim Suizidwunsch eines Patienten ist es entscheidend, in einen ergebnisoffenen Dialog zu treten. Der Patient muss über alle palliativmedizinischen Optionen informiert werden – oft kennt er sie gar nicht. Dann kann es sein, dass er sich überzeugen lässt, vom Suizidwunsch Abstand zu nehmen oder sich zumindest auf ein Moratorium einzulassen.

? Ist Katharina S. Ihnen dankbar, dass Sie sie vom Sterben abgehalten haben?

Nicht unbedingt! Sie hatte relativ früh – ca. 8 Wochen nach dem operativen Dekompressionsversuch ihres Halsmarks – den verantwortlichen Ärzten gegenüber klar und nachhaltig geäußert, sie tief zu sedieren, in diesem Zustand ihre Beatmung einzustellen und sie sterben zu lassen. Diesem Verlangen kamen die Ärzte

nicht nach – genau genommen ein Rechtsbruch. Inzwischen atmet sie wieder selbstständig und bedauert oft, dass sie damals nicht sterben durfte! Die Option hält sie sich noch offen. Für mich plausibel, denn als eine – wie sie es oft formulierte – „zum Leben Verurteilte“ leidet sie endlos.

? Und wenn sie entscheiden würde, jetzt doch sterben zu wollen?

Ich würde mein ihr gegebenes Versprechen einlösen und einen Weg finden, ihr zu helfen. Denn ich wüsste dann: Katharina S. ist nicht lebensmüde – sie ist leidensmüde.

? Besteht nicht die Gefahr, dass der Arzt vorschnell das Leben eines Patienten beendet, wenn er ihn nicht so gut kennt wie Sie Katharina S.?

Natürlich, gerade bei einem Suizidwunsch gilt: Um zu einer wirklich verantwortlichen Entscheidung zu kommen, muss der Arzt seinen Patienten sehr gut kennen. Es muss ein tiefes gegenseitiges Vertrauen geben, ein intuitives Verständnis.

? Ein Beispiel aus einem Internet-Forum: Eine 98-jährige, hochgradig demente Bewohnerin eines Pflegeheims wird in eine neurologische Klinik eingeliefert. Ihr Allgemeinzustand hat sich verschlechtert, seit sie aufgrund der Demenz zunehmend weniger Nahrung aufnehmen kann. Der Oberarzt lässt eine nasale Magensonde legen und würde bei Infektionen eine Antibiose anordnen. Nach einigen Tagen wird sie zurück ins Pflegeheim entlassen. Der Assistenzarzt hält die Behandlung für aussichtslos. Was raten Sie ihm?

Bevor der Oberarzt eine Magensonde legt oder eine Antibiose anordnet, hat er grundsätzlich

- den mutmaßlichen, schriftlich oder mündlich geäußerten Willen der Patientin in Erfahrung zu bringen bzw.
- die Zustimmung des Betreuers oder Bevollmächtigten einzuholen.

Bei der erwähnten Patientin ist sich zudem die Fachliteratur einig, dass ein solcher Eingriff nicht mehr indiziert ist – ganz unabhängig vom Willen der Patientin. Allein aus diesem Grund dürfte also schon keine Magensonde gelegt werden, sondern man müsste alle palliativmedizinischen Möglichkeiten ausschöpfen.

? Was ist die Alternative zur Ernährung per Sonde?

Der natürliche Weg der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, mag er auch noch

so zeitraubend sein. Man kann der Patientin z. B. kleine Eisstückchen anbieten, um das Durstgefühl zu lindern. Der Assistenzarzt könnte dies vorschlagen und gleichzeitig die unüberlegte – und kaum human zu nennende – Vorgehensweise seines Oberarztes zurückweisen.

? In gewisser Weise der Demenz ähnlich ist das sogenannte Wachkoma, der permanente vegetative Status. Sie beschreiben ihn als Zustand „abgrundtiefer Entmenschlichung“. Ist man denn kein Mensch, wenn das Gehirn nicht mehr funktioniert?

Natürlich sind Patienten im permanenten vegetativen Status Menschen! Sie können spontan atmen und einige andere basale Körperfunktionen aufrechterhalten. Ihr Gehirn ist aber irreversibel schwerst geschädigt – sofern der Zustand korrekt diagnostiziert ist, was oft nicht der Fall ist. Diese Patienten können nicht mehr sich selbst oder ihre Umgebung wahrnehmen, kommunizieren oder gezielt auf Reize reagieren. Sie haben die Fähigkeiten verloren, die das Menschsein substantiell ausmachen.

► Sie sind gewissermaßen Menschen ohne ein Selbst, dauerhaft in sich eingeschlossen.

Jemanden in einer derart aussichtslosen Lage zwangsweise am Leben zu erhalten, ist zutiefst inhuman. Sie sollten daher auf natürliche Weise sterben dürfen.

? Befürchten Sie keinen subtilen Druck auf chronisch Kranke und ihre Ärzte, auf kostspielige Behandlungen zu verzichten?

Keineswegs! Ökonomische Erwägungen beeinflussen zwar zunehmend ärztliches Handeln. Aber im Zeitalter der Fallpauschalen sind die Missbrauchsanreize gerade bei geriatrischen Patienten eher gegenteilig:

► Manchem schwerstkranken Patienten wird die angemessene *palliative* Behandlung vorenthalten.
► Stattdessen erhält er eine kostspielige *kurative* Behandlung (Intensivmedizin, Chemotherapie etc.), die nicht sinnvolle

Lebensverlängerung, sondern qualvolle Sterbeverzögerung bedeutet – und die der Patient nur in seltenen Fällen wirklich will.

? Man behandelt kurativ statt palliativ, weil es mehr Geld bringt?

Die bessere Vergütung v. a. bei intensivmedizinischer Behandlung ist *ein* Grund. Ein weiterer ist ein falsch verstandener ärztlicher Auftrag: Allzu oft versteht man ihn als Auftrag zur unbedingten Lebenserhaltung – um den Preis von Humanität und eines friedlichen Sterbens.

? Die Sterbehilfe in der Schweiz und den Niederlanden sehen Sie skeptisch. Warum?

In den Niederlanden wird primär die Tötung auf Verlangen praktiziert.

► Sie traf und trifft auch Menschen, die *einwilligungsunfähig* sind, also psychisch Erkrankte.

Dies lehne ich ab – insbesondere wenn sie in der Organisationsform von „mobilen Sterbehilfeteams“ oder in „Sterbekliniken“ durchgeführt wird.

? Was genau ist schlimm daran? Auch solche Teams könnten Patienten ja monatelang einfühlsam begleiten.

Das tun sie aber nicht! Sie verstehen sich als Dienstleister – ein Begriff, der das Wesentliche an der ärztlichen Hilfe zum Sterben außen vor lässt.

? Was ist denn dieses Wesentliche? Ärztliche Hilfe zum Sterben bedarf eines „Intimraumes“ für den Patienten und seinen Arzt, der von gegenseitigem Respekt und gewachsenem Vertrauen getragen sein muss. Dies kann organisierte Sterbehilfe nicht bieten.

? In der Schweiz ist die Suizidbeihilfe aus „selbstsüchtigen Beweggründen“ immerhin strafbar – anders als momentan in Deutschland. Ist das nicht positiv?

In der Schweiz ist der ärztlich assistierte Suizid trotzdem ein kommerzielles

Geschehen. Patienten werden nicht ausreichend über palliativmedizinische Alternativen aufgeklärt, und die psychiatrischen Gutachten über Suizidwillige werden oft leichtfertig erstellt. Zugrunde liegende, behandlungswürdige psychische Erkrankungen werden übersehen bzw. ignoriert, die Alternativen zum Suizid werden nicht angemessen dargestellt.

? Wie geht es besser?

Das Verfahren in Oregon ist differenziert, transparent und gegen Missbrauch weitestgehend geschützt: Todkranken Menschen ermöglicht man den ärztlich assistierten Suizid durch ein geeignetes Arzneimittel. Aufschlussreich ist, dass die palliativmedizinische Versorgung in Oregon seitdem einen erheblichen Aufschwung nahm. Und: Mindestens ein Viertel aller Patienten, die ein Rezept erhalten hatten, ließen sich das Medikament letztlich nicht geben. Ihnen genügte offenbar die Sicherheit, jederzeit einem als unwürdig empfundenen Lebensende entgegen zu können.

? Sie übernehmen demnächst die Leitung eines neu eingerichteten Hospizes. Was wird dieses von anderen unterscheiden?

So viel Medizin und Pflege wie nötig – so viel Kommunikation und Zuwendung wie möglich, also „low tech – high touch“. Wir wollen Schwerstkranke und ihre Angehörigen mit Herzenswärme und Respekt begleiten und ihre Selbstbestimmung auf dem letzten Weg wahren. Ziel und Schwerpunkt ist die Linderung der mentalen und körperlichen Symptome, zumal von Angst und Schmerzen. Auch die psychosozialen, spirituellen und religiösen Bedürfnisse des Sterbenden wollen wir soweit wie möglich erfüllen. Und wir wollen ein Ort sein, an dem über das Thema Sterben gesprochen wird – auch mit der Öffentlichkeit, z. B. in Form von Tagungen.



Bildnachweis: Karl-Heinz Krauskopf (Symbolbild)