

---

# Perspektiven der klinischen Sterbehilfe aus der Sicht des Mediziners

Erland Erdmann

## 1. Einleitung

Das Sterben beendet unser weltliches Leben. Wir alle müssen durch diesen Prozess hindurch. Den meisten von uns macht vor allem das *fremdbestimmte* Sterben Sorgen, besonders der Gedanke, dass wir unseren diesbezüglichen eigenen Willen nicht mehr äußern können. Ich werde im Folgenden versuchen, aus internistischer Sicht zu den Möglichkeiten der klinischen Sterbehilfe einige Gedanken zu formulieren, dabei aber weniger auf theoretische Aspekte als auf die klinische Praxis eingehen. Aus den dargelegten Ansichten und Beispielen zur Sterbehilfe wird sich schließlich auch ein Vorschlag zur praktischen Umsetzung ergeben.

## 2. Exemplarische Falldarstellungen

### Fall 1

Eine 89-jährige geistig völlig gesunde und verständige Patientin wird in die Klinik gebracht, weil sie mehrfach Ohnmachtsanfälle gehabt hat, in deren Verlauf sie gestürzt ist und sich eine Oberarmfraktur zugezogen hat. Sie klagt über ausgeprägte pektanginöse Beschwerden bei körperlicher Belastung und starke Luftnot schon bei geringen Betätigungen wie z. B. beim Toilettengang. Sie hat geschwol-

lene Beine und kann wegen Atemnot keinen Satz zu Ende bringen. Bei der körperlichen Untersuchung findet sich eine schwerste Aortenklappenstenose, die zu einer ausgeprägten Herzinsuffizienz geführt hat. Ein längeres Weiterleben unter konservativer, medikamentöser Therapie erscheint nicht möglich. Der hinzugezogene Herzchirurg hält eine Operation für technisch möglich und trotz des Alters der Patientin für erwägenswert. Man bespricht sehr genau das direkte Operationsrisiko (20–40 Prozent), aber auch die sich dann ergebenden Folgen. In diesem Alter erscheint eine postoperative Rehabilitation nicht nur langwierig, sondern auch nicht immer erfolgreich. Es ist damit zu rechnen, dass die geistige Kapazität durch die Operation an der Herz-Lungen-Maschine altersbedingt stark eingeschränkt bleiben wird. Auch die Fähigkeit, sich selbst weiter zu versorgen, wird wahrscheinlich in Frage gestellt sein. Die Familienangehörigen sind der Meinung, dass die Patientin hier selbst entscheiden muss. Die Patientin spricht sich eindeutig gegen eine Operation aus und meint, dass sie lieber sterben möchte als sich einem in ihrem Alter derart riskanten Eingriff zu unterziehen. Sie bittet darum, in der Klinik bleiben zu dürfen, und sagt, dass sie ihr Leben eigentlich gelebt habe. Medikamente möchte sie nicht mehr einnehmen. Man pflegt und versorgt sie in einem Einzelzimmer trotz zunehmender Lungenstauung, auftretenden Fiebers und dementsprechender Luftnot konservativ. 10 Tage später verstirbt die Patientin im Beisein ihres Sohnes.

## Fall 2

Ein 94-jähriger Patient wird wegen ausgeprägter Angina pectoris nach zwei Ohnmachtsanfällen in die Klinik gebracht. Bei der körperlichen Untersuchung zeigt sich eine Herzfrequenz von 40 pro Minute. Das EKG spricht für einen frischen kleineren Infarkt und einen AV-Block dritten

Grades. Die sofort durchgeführte Herzkatheteruntersuchung zeigt eine schwere koronare Dreifäßerkrankung ohne Möglichkeit einer Intervention mit Hoffnung auf Heilung. Die Familienangehörigen sprechen sich nachhaltig dafür aus, „alles dafür zu tun, das Leben des Großvaters zu erhalten.“ Der Patient selbst meint, dass er „so nicht mehr weiterleben kann“, trifft aber keine konkrete Entscheidung. Daraufhin entschließt man sich, wegen des kritisch langsamen Herzschlages einen Herzschrittmacher zu implantieren. Nach der relativ kleinen Operation steht der Patient nachts auf, um zur Toilette zu gehen. Dabei stürzt er und macht anschließend einen sehr verwirrten Eindruck. Er wird bettlägerig, bekommt eine Lungenentzündung und erklärt, dass er müde sei. In dieser Situation erscheint es vernünftig, den Patienten nur noch symptomatisch zu behandeln. Jetzt sehen auch die Angehörigen das nahende Lebensende. 14 Tage später verstirbt er an Herzkreislaufversagen.

In unserem Beispiel hat die 89-jährige Patientin durch ihre Entscheidung gezeigt, dass sie sterben möchte. Sie hat die mögliche komplizierte medizinische Intervention abgelehnt und um eine einfache Pflege und Hilfe zum Sterben gebeten. Allen Beteiligten erschien dieser Weg sinnvoll und würdig. Die Hilfe bestand lediglich darin, der Patientin ihren Willen zu lassen. Im Fall des 94-jährigen Patienten waren Angehörige und Patient sich noch nicht darüber im Klaren, dass das Ende nahe war und medizinische Interventionen letztlich fruchtlos bleiben würden. Man kam dem Wunsch der Angehörigen bei Passivität des Patienten nach und implantierte (im Nachhinein sinnlos) wegen der ausgeprägten Bradykardie bei kleinem Infarkt einen Schrittmacher. Wäre der Patient in der Lage gewesen, sein nahes Ende einzusehen, wären diese letztlich frustrierten medizinischen Interventionen unterblieben.

Natürlich ist es auch bei sehr alten Kranken nicht immer sofort offensichtlich, dass der Sterbeprozess begonnen hat. Häufig weiß man das erst im Nachhinein. Angehörige möchten für ihre Eltern zumeist alles tun, um das Leben zu erhalten. Die Erfüllung dieses verständlichen Wunsches mündet oft in einer mehr oder weniger würdelosen Verlängerung der Leidenszeit. Dies ist selbst erfahrenen Ärzten am Anfang häufig nicht klar.

### *3. Die Bedeutung der Angehörigen*

Es entspricht der heutigen medizinischen Erfahrung, dass Angehörige den beginnenden oder zeitlich bald zu erwartenden Tod als Diagnose nur selten akzeptieren. Gerade in der Laienpresse wird häufig darüber berichtet, dass medizinische Eingriffe das Blatt oft noch wenden können, so dass mancher Sohn und manche Tochter selbst im Falle eines sehr betagten Elternteils die Ärzte ersucht, „alles Mögliche“ zu unternehmen, um das Leben zu verlängern. Es erfordert größtes Fingerspitzengefühl, Angehörige darauf vorzubereiten, dass in solchen Fällen auch komplexe medizinische Maßnahmen in der Regel erfolglos sein werden. Der erfahrene Arzt weiß, dass die Krankheit meist weiter fortgeschritten ist und eine ernstere Prognose hat, als man es im ersten Augenblick vermutet. Kommt man dem Wunsch der Angehörigen nicht nach und beschränkt sich auf die ordentliche, aber einfache Versorgung und Pflege des Patienten, passiert es immer häufiger, dass Angehörige wegen vermeintlich unterlassener Hilfeleistung einen Anwalt bemühen, sich in dieser Angelegenheit an die Klinikleitung wenden oder gar über den Staatsanwalt ein Ermittlungsverfahren in Gang setzen. Deshalb bedarf es in der Regel eines größeren Zeitaufwandes, den Zustand des gefährdeten Patienten zu besprechen und die Diagnosen –

auch in Hinsicht auf den vielleicht unvermeidlichen Tod – im Detail zu erklären.

Junge Ärzte erzählen den Angehörigen gelegentlich sprachlich ungeschickt, dass sie wegen Aussichtslosigkeit etwa die Katecholamininfusionen „abstellen“ oder die Dialyse „nicht mehr durchführen“ werden. Das kann zu leicht nachvollziehbaren Irritationen bei Angehörigen führen, ist aber in der Regel so auch falsch formuliert. Eine derartige lebens- und leidensverlängernde Therapie ist nicht mehr indiziert, wenn der Sterbeprozess begonnen hat. Es bedarf natürlich sehr großer Erfahrung, diesen Wendepunkt des Lebens zu erkennen und ebenso offen wie einfühlsam mit allen Beteiligten zu besprechen. Vor allem sollten Ärzte niemals missverständliche Formulierungen gebrauchen, etwa die, dass sie auf „eine bestimmte Therapie verzichten“. Man kann auf ein Glas Wein oder ein Stück Schokolade verzichten, oder auch – als Patient! – auf eine angebotene Therapie. Wenn ein Arzt aber „auf eine Therapie verzichtet“, so setzt er sich dem Verdacht aus, dass er durch medizinisches Handeln selbst eine Befriedigung erfährt und das Unterlassen der Eingriffe für ihn Verzicht bedeutet. Ärzte wollen Leben erhalten und freuen sich, wenn sie aktiv dazu beitragen können. Die Rolle des Arztes – wie ich sie verstehe – besteht aber auch (und besonders in ernstesten Situationen) darin, nach genauer Besprechung mit dem Patienten seine Hilfe *anzubieten*. Wenn bestimmte Therapiemaßnahmen im Hinblick auf das nahende Ende überflüssig oder unsinnig werden, sind sie nicht indiziert. Mit „Verzicht“ hat dies natürlich nichts zu tun.

Wenn eine gründliche Aufklärung der Angehörigen eines Schwerstkranken aus welchen Gründen auch immer unterbleibt, leiden diese an ihrer Ohnmacht und fühlen nur ihre Hilflosigkeit. Da sie den wahren Sachzusammenhang nicht erkennen, sind Fehlreaktionen oft nicht zu vermeiden.

Selten (aber dann oft latent aggressiv!) fordern Angehörige die Einstellung maschineller Unterstützungsmaßnahmen bei intensivmedizinisch behandelten Kranken. Erfahrungsgemäß ist dies jedoch nur dann ein wirkliches Problem, wenn kein kompetenter Arzt zuvor ausführlich mit allen Beteiligten gesprochen hat.

In dem Zwiespalt zwischen dem Versuch, ein Weiterleben zu ermöglichen, auf der einen Seite und der Notwendigkeit, die Unausweichlichkeit des Sterbens zu akzeptieren, auf der anderen Seite wird es nie eine eindeutige, für jedermann nachvollziehbare Entscheidung geben. Da das medizinische Personal häufig auch an mögliche juristische Folgen denkt, wagt es nur selten, was eigentlich geboten wäre, nämlich der Natur ihren Lauf zu lassen. Gerade dies würde aber in den meisten Fällen dem ernsthaften Wunsch des sterbenden Patienten entsprechen. Wer möchte schon das Versagen eines Organs nach dem anderen bewusstlos, eventuell künstlich beatmet und ohne die Möglichkeit, selbstbestimmt zu handeln, erdulden müssen? Hier bedarf es wirklicher ärztlicher Kunst, aber ebenso auch klarer Verfügungen von Patienten, die optimal schon lange vorher überlegt und geäußert werden sollten. Die öffentliche Diskussion dieser Thematik ist nach wie vor dringend erforderlich.

#### *4. Die lediglich symptomatische Therapie als eine Form der Sterbehilfe*

In einer Klinik kann es Sterbehilfe nur als Therapiebeendigung geben, die aber nicht mit dem Behandlungsende gleichzusetzen ist. Für eine aktive Sterbehilfe gibt es in Deutschland keine gesetzliche Grundlage. In den Niederlanden ist das anders. So stirbt dort auf eigenen Wunsch jeder fünfte Patient im Endstadium der ALS unter aktiver Mitwirkung eines Arztes.<sup>1</sup>

Wenn bei uns ein Patient sein Recht auf Selbstbestimmung ausübt, dann muss er die gewünschte Behandlung ohne Einschränkung (jede Form aktiver Tötung durch den Arzt natürlich ausgeschlossen) erhalten. Das gilt selbstverständlich auch für die Unterlassung lebensverlängernder Maßnahmen. Dies bedeutet natürlich, dass er vorher entweder eine Patientenverfügung schriftlich formuliert und optimalerweise auch seinen Angehörigen mitgeteilt hat oder sich, wie im Fall unserer Patientin, klar geäußert hat. Gegen diesen Willen darf und wird vernünftigerweise kein Arzt handeln. Auch die Unterlassung lebensverlängernder oder eingreifender intensivmedizinischer Maßnahmen muss vom Patienten selbst gefordert worden sein. Wir Ärzte sollten besonders bei ernsthaften Krankheiten bzw. Eingriffen versuchen, unseren Patienten den Gedanken an einen möglichen Tod, aber auch ihr diesbezüglich bedeutungsvolles Selbstbestimmungsrecht nahe zu bringen. Liegt eine derartige Verfügung mündlich oder schriftlich bereits vor, muss sie befolgt werden. Aus meiner Sicht ist es nicht statthaft, sich über den Willen des Patienten hinwegzusetzen mit dem Argument, dass er die konkrete Situation bei Abfassung seiner Verfügung nicht übersehen konnte oder etwa mit dem Hinweis, dass manche Kranken hinterher zufrieden waren, wenn sie gegen ihren Willen intensivmedizinisch behandelt und so in Einzelfällen gerettet wurden. Das sind häufig Schutzbehauptungen paternalistischer Ärzte, die nicht einsehen wollen, dass zum einen der Tod zum Leben gehört bzw. an dessen Ende steht und zum anderen der Wille eines Menschen, seinen eigenen Tod würdig und selbstbestimmt zu erleben, Respekt verdient.

Natürlich ist vor komplexen medizinischen Eingriffen auch eine detaillierte Aufklärung erforderlich, die den Fall des Scheiterns und die Möglichkeit anschließender Reanimationsmaßnahmen und intensivmedizinischer Behandlungen einbezieht. Dann sollte der Patient dezidiert gefragt

werden, wie er in diesem Falle behandelt werden möchte. Viele Eventualitäten sind ja doch immerhin so weit absehbar, dass sie – wenn wirklich eine sorgfältige Aufklärung des Patienten stattfindet – schon vorher zwischen Arzt und Patient besprochen werden können.

Die Rolle des Arztes als Begleiter und Berater des Patienten schließt es aus meiner Sicht aus, sich über dessen Willen hinwegzusetzen, wenn Komplikationen auftreten, die tödlich enden können. Häufig ist das Stolpern von einer Komplikation in die nächste die Ursache für langwierige intensivmedizinische Behandlungen mit Organersatz (künstliche Beatmung, Dialyse), die letztlich frustrierend bleiben, für alle Beteiligten aber unnötiges Leiden zur Folge haben und in der Regel auch nicht dem Willen des Patienten entsprechen. Un-erträglich ist es, wenn die Grundkrankheit unheilbar ist – was auch heute leider noch oft vorkommt! – und dennoch wegen einer therapiebedingten Komplikation nach der Devise „Daran darf der Kranke nun nicht sterben“ lediglich lebensverlängernde Maßnahmen mit großem Aufwand, aber in der Regel vorhersehbarem unguten Ausgang initiiert werden. Selten ist es unmenschlich, wie man schon in der Antike erkannte, der Natur ihren Lauf zu lassen.

### *5. Das Unbehagen an der heutigen Medizin*

„Der Geist der Medizin ist leicht zu fassen,  
Ihr durchstudiert die groß' und kleine Welt,  
Um es am Ende gehen zu lassen,  
Wie's Gott gefällt.“

Als Goethe vor 200 Jahren diese Zeilen Mephisto in den Mund legte, galt es uneingeschränkt, dass der Arzt am Ende des Lebens machtlos und eher der Priester gefragt war. Seit der Mitte des 19. Jahrhunderts, vor allem aber in

den letzten 50 Jahren hat sich das Blatt gewendet. Die Dialyse, der Organersatz, die Antibiotikatherapie, der Herzschrittmacher oder Zytostatika sind allgemein verfügbar geworden. Die künstliche Beatmung ermöglicht extrem komplizierte Operationen. Alle diese Maßnahmen wurden ursprünglich für vorübergehende Erkrankungen eingesetzt mit der Möglichkeit, das Leben sinnvoll zu verlängern, ja eine Heilung herbeizuführen. In den letzten Jahren ist zunehmend zu bemerken, dass die allgemeine Verfügbarkeit lebensverlängernder technischer Maßnahmen dazu führt, dass diese auch bei Finalzuständen in Anspruch genommen werden. Man akzeptiert die Chance zur Lebensverlängerung selbst mit sehr geringer Aussicht auf Erfolg (und sogar dann, wenn dadurch ein späteres, teilweise schlimmeres Leiden bewirkt werden kann!). Die Gesellschaft (und das sind wir alle!) halten ein längeres Leben schon grundsätzlich für erstrebenswert. Aus dieser Haltung heraus werden von Arzt und Patient hochriskante Eingriffe gewagt, die im Falle des Scheiterns nicht mit dem Tod enden – das wäre vielleicht noch hinnehmbar –, sondern eher mit dem Verlust eigenverantwortlicher und selbstbestimmter Lebensführung. Nicht selten geschieht es nämlich, dass nach einer sehr komplizierten Operation bei hochbetagten Kranken anschließend ein mehr oder weniger großer Ausfall der geistigen Fähigkeiten festzustellen ist. In den meisten Fällen nimmt man solche Konsequenzen eines medizinischen Aktionismus billigend in Kauf. Natürlich ist hinterher guter Rat teuer, und nicht selten kommen Vorwürfe wegen einer vermeintlich mangelnden vorherigen Aufklärung auf. Die heute zur Verfügung stehenden medizinischen Techniken sind zwar häufig, jedoch nicht immer erfolgreich und wollen deshalb sehr kritisch angewendet werden.

Auf der einen Seite lesen und hören wir gerne etwas über die Erfolge der modernen Medizin. Andererseits sind sie

dem Laien, der noch nicht einmal die rein biologischen menschlichen Abläufe versteht, kaum verständlich. Zudem werden die Nebenwirkungen und Misserfolge nicht mit derselben Ausführlichkeit in der Öffentlichkeit mitgeteilt. Selbst viele Ärzte, die von dem Nutzen ihrer Behandlungstechnik überzeugt sind, sprechen nur verklausuliert von den manchmal gar nicht so erfreulichen Folgen ihres Handelns. Die Öffentlichkeit könnte sich zwar ein einigermaßen genaues Bild von den unerwünschten Neben- und Folgewirkungen medizinischer Eingriffe machen, wünscht dies aber offensichtlich nicht und unternimmt hierzu auch (außer in Einzelfällen und dann oft durch sensationslüsterne Journalisten) kaum ernsthafte Anstrengungen.

Andererseits scheint ein schwer zu fassendes Gefühl verbreitet zu sein, dass die gewünschte Therapie im Falle von Komplikationen gar nicht so selten (durch den Ehrgeiz unbarmherziger Ärzte mit dem Anspruch auf Lebensverlängerung um jeden Preis) in einer unnötigen Leidensverlängerung endet, der man dann ohnmächtig und hilflos gegenübersteht. So ist es verständlich, wenn insbesondere ältere Kranke Angst davor haben, dass ihr Leiden dann unnötig verlängert wird, wenn sie nicht mehr Herr ihres Willens sind oder andere über sie in kaum nachzuvollziehender Weise bestimmen.

In diesem Zusammenhang erscheinen auch immer wiederkehrende Presseberichte vielen Menschen als völlig unverständlich, in denen berichtet wird, dass Juristen und medizinisches Personal sich gemeinsam über den Willen von Patienten hinwegsetzen, wie im Fall des seit einem Selbstmordversuch vor vier Jahren im Koma liegenden Patienten, der weiter von Pflegern gegen seinen Willen zwangsernährt wird. Das Landgericht Traunstein wies die Klage des 37-Jährigen ab, mit der er über seinen Vormund den Anspruch auf seinen eigenen Tod geltend machte. Das Gericht nannte den Anspruch des 37-Jährigen auf den eige-

nen Tod zwar rechtens. Daraus könne aber keine Verpflichtung für das Pflegepersonal abgeleitet werden ...

Solche Fälle sind von Nichtjuristen schwer nachzuvollziehen. Auch stellen Journalisten den Zusammenhang nicht immer korrekt dar. Dennoch sind solche Berichte geeignet, das Unbehagen an, ja die Empörung über die „unnötig leidensverlängernde Medizin“ zu nähren.

Die Gesellschaft wünscht eigentlich den mitfühlenden und „menschlich entscheidenden“ Arzt. Im Augenblick besteht die Sorge, dass Mediziner ausgebildet werden, die, *technisch* auf der Höhe ihrer Zeit, in einer verrechtlichten medizinischen Umgebung arbeiten. Noch ist es nicht lange her, dass der Slogan „Mein Bauch gehört mir“ dazu führte, dass werdendes Leben straffrei getötet werden kann. Längst wird auch der Eid des Hippokrates nicht mehr geschworen – sonst könnte man die Abtreibung ja auch nicht zur Dienstaufgabe erklären. Man kann so leicht den Eindruck gewinnen, dass ein ethisch fundiertes Konzept für den Gebrauch der inzwischen ungeheuer weit reichenden medizinischen Möglichkeiten fehlt. Zu viele Unstimmigkeiten bei fehlendem gesellschaftlichen Konsens verhindern zuweilen die Freude über die durchaus vorzeigbaren medizinischen Erfolge. Auch vor diesem Hintergrund muss die uns aktuell beschäftigende Frage gesehen werden.

## *6. Perspektiven zur klinischen Sterbehilfe*

Eine detaillierte Aufklärung über die Folgen medizinischen Tuns ist eigentlich selbstverständlich. Hierüber braucht in diesem Zusammenhang nicht mehr gesprochen zu werden. Doch auch eine Aufklärung über eventuelle Komplikationen und das darauf folgende Handeln muss diskutiert werden. Das Problem ist besonders dann relevant, wenn der Kranke an einer schweren, oft nicht mehr heilbaren Er-

krankung leidet oder hochbetagt ist. In diesen Fällen sollten hochriskante Eingriffe tunlichst vermieden werden oder sie sollten mindestens – im Falle des Scheiterns – nicht in leidensverlängernde Maßnahmen münden.

Am wichtigsten erscheint mir jedoch die konsequente Erfüllung des vorher eingeholten Patientenwunsches. Man könnte in der alten Regel „salus aegroti suprema lex“ das Wort „salus“ durch „voluntas“ ersetzen. Wenn wir unsere Patienten in dieser Hinsicht beraten und sie grundsätzlich dazu auffordern, sich schon in gesunden Tagen bzw. vor notwendigen Eingriffen zu äußern, wären manche Probleme eher regelbar. Ein Arzt, der sich als Berater und Begleiter seines Patienten versteht, wird sich über dessen Willen jedenfalls nicht hinwegsetzen. Ich kann mir sehr gut vorstellen, dass dieser auch die passive Sterbehilfe einschließt.

Wie wichtig dieser Punkt gerade dann ist, wenn man seinen Willen nicht mehr äußern kann, ersieht man aus der Formulierung über die Selbstbestimmung am Ende des Lebens in der Patientencharta<sup>2</sup>: „Bei Patienten, die nicht entscheidungsfähig sind, muss auf ihren mutmaßlichen Willen abgestellt werden. Zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens sind insbesondere frühere schriftliche oder mündliche Äußerungen des Patienten und seine sonstigen erkennbaren persönlichen Wertvorstellungen zu berücksichtigen. Eine wesentliche Rolle nimmt dabei die Befragung von Ehepartnern oder Lebensgefährten, Angehörigen und Freunden sowie von anderen nahestehenden Personen über die mutmaßlichen Behandlungswünsche des Patienten ein. Patienten können für den Fall, dass sie nicht mehr entscheidungsfähig sind, vorsorglich im Rahmen einer sog. Patientenverfügung auf lebenserhaltende oder lebensverlängernde Maßnahmen verzichten. Der in einer Patientenverfügung niedergelegte Wille ist für den Arzt im Grundsatz bindend.“ Bis hierhin ist dem aus meiner Sicht

uneingeschränkt zuzustimmen. Doch fahren die Autoren dann fort: „Bei einer Patientenverfügung muss der Arzt im Einzelfall jedoch genau prüfen, ob die konkrete Situation derjenigen entspricht, die sich der Patient beim Abfassen der Verfügung vorgestellt hatte, und ob der in der Patientenverfügung geäußerte Wille im Zeitpunkt der ärztlichen Entscheidung nach wie vor aktuell ist.“

Dieser Satz legt die Entscheidung realiter wieder in die Hände des Arztes. Offensichtlich besteht eben doch großes Vertrauen zu uns Ärzten, wenn es um Leben und Tod geht.

### Anmerkungen

1 Veldink J et al.: *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide Among Patients With Amyotrophic Lateral Sclerosis in the Netherlands*. NEJM 2002; 346: 1638.

2 [www.bmj.bund.de](http://www.bmj.bund.de).