
Perspektiven der klinischen Sterbehilfe aus der Sicht der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Hartwig Bauer

In der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen ist das Erkennen des „point of no return“ mit Beginn der Sterbephase wichtig. Übertherapie im Sinne unnützer, vermeintlich kausalthérapeutischer Handlungen ist ebenso wenig ethisch vertretbar wie lebensverkürzende Maßnahmen [8].

Der Arztberuf steht unter dem ethischen Imperativ des Helfens und Heilens und ist insofern auf Handlung und Aktivität ausgerichtet [2]. Unser insbesondere auch durch die klinische Ausbildung geprägtes Denken und vor allem das Handeln im klinischen Alltag läuft dabei in aller Regel unter sog. „Wenn-Dann-Bedingungen“. Das bedeutet, dass befundorientiert bei Vorliegen einer (wenn möglich durch sog. harte Daten belegten) Störung, also einer Abweichung vom Normalbefund, folgerichtig eine Kette von Handlungen ausgelöst wird, um diese Störung zu beheben bzw. deren Ursachen zu beseitigen. Unterlassung oder auch nur Begrenzung von Handeln und die „nicht intervenierende Akzeptanz eines natürlichen Krankheitsverlaufes“ [2] sind eher die Ausnahme. Die Abwägung dessen, was bezüglich der Intervention nicht nur wirksam, sondern vor allem für den Patienten von Nutzen ist, erhält vor allem in terminalen Krankheitsphasen gerade auch unter Berücksichtigung der Selbstbestimmung des Patienten eine besondere Bedeutung. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung be-

steht dabei nicht unter allen Umständen. Es gibt Situationen, in denen eine sonst angemessene Diagnostik und Therapie nicht mehr indiziert ist, sondern Begrenzung geboten sein kann [4].

Klinische Entscheidungsprozesse werden von Faktoren wie Ausbildung, eigene Erfahrung und die von Kollegen, klinikinterne Standards und, möglicherweise zunehmend, auch von ökonomischen Aspekten beeinflusst. Rechtliche Gesichtspunkte nehmen ebenfalls an Bedeutung zu, therapeutische und diagnostische Verfahren werden teilweise nur aus „forensischen Gründen“ durchgeführt [2]. Bis heute findet diese Problematik in der Ausbildung unserer Studenten und während der Weiterbildung zum Chirurgen nicht die notwendige Berücksichtigung. Diesbezügliche Defizite – gerade auch was die Orientierung am Patientenwillen ausmacht – werden bei uns zunehmend artikuliert und auch öffentlich diskutiert [3, 5, 8]. Die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit diesen Fragen hat während der letzten 10 Jahre auch in unserem Lande erheblich zugenommen. Das öffentliche Meinungsbild zur aktiven Sterbehilfe hat sich dabei zunehmend gewandelt [1, 7]. Aktuell wurde die Diskussion wieder verstärkt aufgenommen durch die neuen Gesetze in unseren Nachbarländern Belgien und Niederlande – wo der gesetzlichen Regelung ein jahrzehntelanger Diskussionsprozess in der Gesellschaft vorausging, der übrigens ebenso wie in Deutschland nicht von den Ärzten initiiert war [6]. Bahnbrechend war hier der Autonomiegedanke, wobei die öffentliche Diskussion um die aktive Sterbehilfe aus einem gewissen Widerstand gegen die Macht der Ärzte (Intensiv- und Apparatedizin) erwachsen ist.

Zunehmende Diskussionen in der Öffentlichkeit über „humanes Sterben“ bzw. „Nicht-sterben-Lassen auf den Intensivstationen“, über mögliche Grenzen intensivierten Therapieeinsatzes bis hin zu Fragen der passiven oder gar

aktiven Sterbehilfe haben die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie Mitte der 90er Jahre unter ihrem damaligen Präsidenten R. Pichlmayr veranlasst, sich mit den Fragen möglicher Therapiebegrenzung und vor allem der ärztlichen Sterbebegleitung intensiver auseinander zu setzen. Ziel war es, eine Leitlinie zum Umfang und zur Begrenzung der ärztlichen Behandlungspflicht in der Chirurgie zu erarbeiten [9], die insbesondere unseren Ärztinnen und Ärzten auf Intensivstationen eine Handlungshilfe sein sollte. Neben der Definition des ärztlichen Behandlungsauftrages und seiner Grenzen wurde die Bedeutung des Willens des Patienten für den individuellen ärztlichen Behandlungsauftrag und seine Grenzen herausgestellt. Kernstück war der Versuch, Situationen zu beschreiben, bei den Therapiebegrenzung in Betracht kommen kann. Gerade dieser Teil hat zu kritischen Diskussionen innerhalb der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften geführt und nicht zuletzt auch dazu beigetragen, dass die Bundesärztekammer ihre Position überdacht und sie nicht als Leitlinie, sondern als neu formulierte Grundsätze herausgegeben hat.

Das Leitlinienpapier der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ist somit streng genommen über einen breit angelegten Diskussionsvorschlag nicht hinausgekommen. Aus heutiger Sicht sind sicher auch verschiedene Handlungsempfehlungen, insbesondere bei den Situationsbeschreibungen, bei denen Therapiebegrenzung in Betracht kommen kann, in der vorliegenden Form kaum haltbar. Es besteht deshalb innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie kein konsentiertes Papier, auf das hier Bezug genommen werden könnte. Vor dem Hintergrund der derzeitigen Entwicklungen und vor allem auch der sich wiederum verstärkenden öffentlichen Diskussion sollte dieses Thema jedoch auch in der Fachgesellschaft wieder verstärkt aufgegriffen werden. Denn nur so wird es möglich sein, einerseits die erwähnten Defizite in der Aus- und

Weiterbildung unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abzubauen als Voraussetzung für problem- und vor allem patientenorientiertes und dadurch angemessenes Handeln in der Sterbephase unserer Patienten. Und nur so wird es möglich sein, Entwicklungen in Richtung einer freiwilligen aktiven Sterbehilfe vorzubeugen, die andernorts aus einer sich verselbständigenden öffentlichen Diskussion heraus zu Lösungen geführt haben, die sich nicht im Einklang mit unserem ärztlichen Selbstverständnis befinden.

Literatur.

1. Ärztezeitung 7.6.2000: Sterbehilfe ist für die meisten Deutschen kein Tabu. Forsa-Umfrage im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben.
2. Baberg HT, Kielstein R, de Zeeuw J, Sass HM. Behandlungsgebot und Behandlungsbegrenzung: Einflussfaktoren klinischer Entscheidungsprozesse. Dtsch Med Wochenschr 2002; 127: 1633–1637.
3. Baberg HT, Kielstein R, de Zeeuw J, Sass HM. Behandlungsgebot und Behandlungsbegrenzung: Einfluss des Patientenwillens und Prioritäten in der palliativen Versorgung. Dtsch Med Wochenschr 2002; 127: 1690–1694.
4. Bundesärztekammer. Ärztliche Sterbebegleitung. Grundsätze der Bundesärztekammer. DtÄrzteBl 1998; 76: A 2366–2367.
5. Christakis NA, Lamont ED. Extent and determinants of error in doctor's prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. BMJ 2000; 320: 469–473.
6. Gordijn B. Freiwillige aktive Sterbehilfe in den Niederlanden. Von der Duldung zur gesetzlichen Regelung. Dtsch Med Wochenschr 2001; 126: 1307–1309.
7. Helou A, Wende A, Hecke T, Rohrmann S, Buser K, Dirks ML. Das öffentliche Meinungsbild zur aktiven Sterbehilfe. Ergebnisse eines Pilotprojektes. Dtsch Med Wochenschr 2000; 125: 308–315.
8. Klaschik E. Behandlungsmaßnahmen bei Sterbenden. Chir Praxis 2002; 60: 379–384.
9. Pichlmayr R. Einführung zur Stellungnahme: „Therapiebegren-

zung und ärztliche Sterbebegleitung“. Entwurf einer Leitlinie zum Umfang und zur Begrenzung der ärztlichen Behandlungspflicht in der Chirurgie. *Langenbeck's Arch Chir Suppl II* (Kongressbericht 1996): 681–693