
Sterbebegleitung und Selbstbestimmungsrecht

Eggert Beleites

Einführung

Seit alters her haben Ärzte die Aufgabe zu heilen, Lebenszeit zu verlängern, und, wo dies nicht möglich ist, wenigstens Leid zu lindern. Sterbenszeit hinauszuzögern, gehört jedoch nicht zu den Aufgaben des Arztes. Heute ist es zunehmend problematischer, zu entscheiden, was noch Lebenszeit und was schon Sterbenszeit ist; denn nichts scheint sich rasanter zu entwickeln als die Möglichkeiten der Medizin. Die Erweiterung der medizinischen Handlungsmacht, z. B. durch moderne Pharmatherapeutika oder in der Intensivmedizin, bewirkt, dass Gegebenheiten, die früher als natürlich betrachtet wurden, wie Geburt, Tod, Erbanlagen und Organ-ausstattung, jetzt zu manipulierbaren Prozessen und steuerbaren Funktionen geworden sind. Bislang schicksalhafte Ereignisse des menschlichen Lebens können und müssen heutzutage sogar oft künstlich bestimmt werden:

- der Zeitpunkt der Befruchtung und die Geburt kann durch menschliches Handeln festgelegt werden;
- die genetische Ausstattung des Menschen kann durch genetische Diagnostik erkannt und durch Gentechnik beeinflusst werden;
- funktionsuntüchtige Organe können durch Verpflanzung ersetzt werden;
- der traditionell als Todeszeitpunkt angesehene Herz-Kreislauf-Stillstand kann maschinell rückgängig gemacht und aufgeschoben werden.

Im Umkreis von Sterben und Tod führt die Erweiterung der medizinischen Handlungsmacht dazu, dass heutzutage ganz anders, als es sich frühere Generationen hätten vorstellen können, gestorben wird. Es gelingt der Notfallmedizin heute, vielen Menschen das Leben zu retten, die noch vor wenigen Jahren an den Folgen eines Unfalls oder einer plötzlich auftretenden lebensbedrohlichen Erkrankung gestorben wären. Auf der anderen Seite gibt es viele Menschen, bei denen lediglich Sterbenszeit, nicht Lebenszeit, durch Intensivmaßnahmen verlängert wird. Die Entscheidung über Sterben oder Leben ist mittlerweile so ungeheuer schwierig geworden, dass die gern zitierte ca. 200 Jahre alte und sehr konsequente Formulierung Hufelands: „Der Arzt soll und darf nichts Anderes tun als Leben erhalten; ob es gleich oder ungleich sei, ob es Wert habe oder nicht, dies geht ihn nichts an, und maßt er sich einmal an, diese Rücksicht in sein Geschäft aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar, und der Arzt wird der gefährlichste Mensch im Staate“ uns leider nur noch wenig hilft.

Vor diesem Hintergrund gibt es unter Ärztinnen und Ärzten erhebliche Verunsicherung darüber, was sie tun oder was sie unterlassen dürfen bzw. müssen. Das besondere Problem besteht darin, dass sich Ärzte in der Regel ex ante, unter Zeitdruck und dazu häufig bei Prognoseunsicherheit und bei fehlender Kenntnis der Umgebungsverhältnisse entscheiden müssen. Bei ihren Entscheidungen fürchten sie sogleich immer schon sowohl die ex post getroffenen, geschliffen formulierten Urteile der Juristen als auch die ex post theoretisch durchdachten, tiefsinnigen Einschätzungen von Ethikern, gegenüber denen sie sich im Nachhinein rechtfertigen sollen.

Konkret heißt dies, dass so mancher von uns Ärzten, schon um sich haftungsrechtlich abzusichern, lieber die vielfältigen medizinischen Möglichkeiten zur Lebenserhaltung um jeden Preis nutzt als einen natürlichen Sterbepro-

zess geschehen zu lassen, denn geschäftige Aktivität im Sinne eines Zuviel ist viel schwerer vorwerfbar als unterlassene Hilfeleistung beim Geschehenlassen. Das Wissen darüber führt nun wiederum auf nichtärztlicher Seite dazu, dass Menschen vor der Allmacht der Medizin, vor einem künstlichen Hinauszögern des Todes durch „Maschinen“, vor dem Nicht-in-Ruhe-gelassen-Werden erhebliche Angst entwickeln. Von einem ärztlichen Kollegen wurde diese Befindlichkeit bereits vor über dreißig Jahren sehr treffend in einem Gedicht formuliert:

Für alle Fälle

G. Hentschel

Wenn ich einmal sterbenskrank bin, lasst mich sterben
und doktert nicht so viel an mir herum;
ein Tongefäß, ein altes, bricht in Scherben,
ein Mühlrad selbst ist eines Tages stumm.

Und schleppt mich nicht von einem Arzt zum anderen,
erspart das quälend' Suchen euch und mir;
ein jeder höret einmal auf zu wandern,
der alte Mensch sitzt gerne ruhig vor der Tür.

Macht, dass das leid'ge Sterben wird zum Schlafen
und nicht zum Tummelplatz der Medizin;
ein altes Schiff sucht Ruhe doch im Hafen,
ein krankes Tier legt sich in aller Stille hin.

Ich will das „Ruhe sanft!“ nicht erst am Grabe;
dann ist ja ohnehin der Deckel zu,
die Bitte, die ich an euch Ärzte habe,
wenn's mal so weit ist: lasst vorher mich in Ruh!

Allein die Angst davor, künstlich am Leben erhalten zu werden, fernab von Familie und Freunden dahinzuvegetieren und dabei vielleicht noch unerträgliche Schmerzen erleiden zu müssen, erklärt, warum bei Umfragen in Deutschland sich immer wieder eine Mehrheit dafür ausspricht, dass Ärzten unter gewissen Umständen die Tötung auf Verlangen erlaubt sein soll, so wie beispielsweise in den Niederlanden und Belgien. Dort kann der Todeswunsch eines Sterbenden von einem Arzt unter bestimmten Bedingungen und nach kritischer Prüfung straffrei erfüllt werden. Gleichzeitig wird allerdings die Sterbehilfe-Gesetzgebung dieser beiden Länder von vielen Patienten, von Selbsthilfegruppen, vor allem aber auch von vielen Politikern sehr kritisch gesehen und mit großer Sorge betrachtet.

Ich selbst halte es für falsch, aktive Sterbehilfe in Deutschland zuzulassen. Wir sollten uns nicht so sehr an den Entwicklungen anderer Länder orientieren, sondern einen eigenen Weg zum Abbau übertriebener medizinischer Aktivitäten gehen. Dazu haben wir viele gute und (wie ich meine) viel bessere Möglichkeiten als die Freigabe der ärztlichen Assistenz beim Suizid.

Trotzdem sollten wir den Diskussionen über aktive Sterbehilfe tunlichst nicht ausweichen. Es scheint mir jedoch nicht sehr hilfreich, wenn die Auseinandersetzungen zu diesem Thema von einer moralisierenden Einteilung in Gut und Böse ausgehen oder auch einfach nur in Schwarz-Weiß-Manier erfolgen. Als Beispiel für solch unangemessene Differenzierung in Gut und Böse sei hier auf eine nach der Gesetzesänderung in den Niederlanden in Deutschland gestartete Plakataktion verwiesen, die von manchen Gegnern der aktiven Sterbehilfe in deutschen Krankenhäusern begeistert aufgenommen wurde. Unter einem Verbotsschild mit der Aufschrift „*Euthanasie*“ kann man lesen: „*Auf dieser Station wird der hippokratische Eid eingehalten. Kein Arzt darf eine Maßnahme anordnen,*

die zum Tod des Patienten führt. Unser Beruf ist der Dienst am Leben.“ Heißt dies etwa, dass an nicht gekennzeichneten Stellen Euthanasie erlaubt ist? Heißt dies, dass Tumorpatienten Schmerzen erleiden müssen, weil hoch dosierte Schmerzmittel den Tod eines Sterbenden schneller herbeiführen könnten? Solche Aktionen helfen wohl niemandem weiter.

Was wir brauchen, ist eine sachliche Diskussion zur Sterbehilfe und zur Sterbebegleitung! Die 1998 von der Bundesärztekammer verabschiedeten Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung können als wichtiger Schritt in diese Richtung gewertet werden.

2. Wesentliche Inhalte und Neuerungen der „Grundsätze“ der Bundesärztekammer

Die Schwierigkeit des Themenkomplexes „Sterben und Sterbebegleitung“ zeigt sich nicht zuletzt auch darin, dass die verfasste Ärzteschaft in immer kürzeren Abständen offizielle Verlautbarungen dazu beschlossen hat. 1979 verabschiedete die Bundesärztekammer erstmals eine „Richtlinie zur Sterbehilfe“, die 1993 etwas umformuliert als „Richtlinie zur ärztlichen Sterbebegleitung“ veröffentlicht wurde. Bereits 1998 wurde dann vom Vorstand der Bundesärztekammer ein neues Papier mit dem Titel „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“ beschlossen. Neu war bei der Formulierung der Grundsätze unter anderem das Verfahren. Erstmals hat der Vorstand der Bundesärztekammer der Öffentlichkeit einen Richtlinien-Entwurf zur Diskussion übergeben, wohl wissend, dass allein schon mit dieser Prozedur möglicherweise politische Macht aus der Hand gegeben wird. Damit war ein neues Verfahren eingeleitet, welches signalisierte, dass die Ärzteschaft bei ethischen Auseinandersetzungen des gesamtgesellschaftlichen Kon-

senses bedarf. Dies ist seitens der Ärzteschaft auch ein Zeichen für das Schwinden von Paternalismus und überzogener Selbstsicherheit.

Kernpunkte der „Grundsätze“:

- 1: Der *Wille des Patienten* wird im Sinn des Übergangs vom Paternalismus des Arztes zur Autonomie des Patienten erstmalig ausgesprochen betont.
- 2: Aus tiefster Überzeugung und den Gesetzen entsprechend wird *aktive Sterbehilfe* (auch nach den Änderungen in den Niederlanden) weiterhin strikt abgelehnt.
- 3: Das wird auch dadurch verdeutlicht, dass die *ärztliche Assistenz beim Suizid* als unärztlich gewertet wird.
- 4: Erstmals wird aber jetzt deutlich zum Ausdruck gebracht, dass *Lebensverlängerung nicht unter allen Umständen angezeigt* ist.
- 5: Auf den Terminus *Therapieabbruch* wird bewusst verzichtet, dafür aber darauf hingewiesen, dass eine ärztliche *Behandlungspflicht* bis zum Ende des Lebens besteht.
- 6: Zusätzlich wird die ärztliche Pflicht, für eine als unverzichtbar angesehene *Basisbetreuung* zu sorgen, neu aufgenommen.
- 7: Eine Änderung des Therapiezieles von *kurativ* zu *palliativ* wird empfohlen, wenn dies medizinisch indiziert erscheint und dem Willen des Patienten entspricht.
- 8: Solche Änderungen des Therapieziels haben sich nicht nach *wirtschaftlichen Gesichtspunkten* zu richten.
- 9: Ebenso wird es strikt abgelehnt, die Dauer einer *Bewusstlosigkeit* als Entscheidungskriterium für eine Änderung des Therapieziels zuzulassen.
- 10: Die Arten der *Willenserkundung* werden detailliert ausgeführt.
- 11: Erstmals bekennt sich die Ärzteschaft zur Verbindlichkeit von *Patientenverfügungen*.

Mit diesen Grundsätzen hat die Ärzteschaft zwar ihrerseits viele der (weiter zunehmenden) Probleme hinsichtlich des medizinisch begleiteten Lebensendes differenziert angesprochen und eindeutig Stellung bezogen. Trotzdem bleiben naturgemäß viele offene Fragen und Probleme.

3. Ungelöste Probleme

Trotz der in Deutschland im Grunde großzügigen gesetzlichen Regelungen (passive Sterbehilfe, indirekte Sterbehilfe, der Suizid und die Beihilfe zum Suizid stehen bei uns nicht unter Strafe; Patientenverfügungen sind mehr oder weniger verbindlich; es ist leicht, eine Vertretung in Gesundheitsfragen zu benennen; ärztliche Handlungen bedürfen immer der ausdrücklichen Patientenerlaubnis, gegen den Patientenwillen darf nichts geschehen) und der berufsinternen Regeln für Ärzte in den „Grundsätzen“ gibt es im Umfeld von Sterben und Tod eine Menge ungelöster Probleme. Besonders deutlich wird dies beispielsweise in der Rettungsmedizin, wo der Arzt ohne Hintergrundkenntnisse und ohne Kenntnis der Prognose schnellstens das weitere Vorgehen entscheiden muss und eben nicht erst noch auf mögliche Willensbekundungen des Patienten warten kann.

Generell gibt es Patientengruppen wie Alzheimer- oder Schizophreniepatienten, bei denen die Berücksichtigung des Patientenwillens auch bei Vorliegen einer Patientenverfügung sehr problematisch sein kann, weil sich einerseits die Persönlichkeit (und damit natürlich auch ihr Wille) durch die Krankheit oft erheblich verändert und weil andererseits mit einem u.U. gegen die eigene Person gerichteten Willen besonders schwer umzugehen ist. Analog schwierig kann der Umgang mit entschieden entschlossenen Suizidpatienten sein. Diffizil und juristisch umstritten

ist gleichfalls, ob bei Bewusstlosen – wenn der mutmaßliche Wille dafür spricht – unter bestimmten weiteren Umständen auf die Fütterung über die PEG-Sonde verzichtet werden darf und, wenn ja, unter welchen Voraussetzungen (zumal ja das Stillen von Hunger und Durst zur unverzichtbaren Basisbetreuung gehört und wir nicht ganz sicher sind, ob bei eingetrübtem Bewusstsein Durst empfunden werden kann).

All diese Probleme sind in keiner Weise durch Gesetzgebung vernünftig regelbar, auch wenn eine Mehrheit der Bevölkerung glaubt, mit einer Lockerung des Tötungsverbotes im Sinn der Legalisierung aktiver Sterbehilfe wären viele Probleme am Ende des Lebens ohne weiteres lösbar. Ganz egal, wie unsere Parlamente in Zukunft entscheiden werden, die Ärzteschaft sollte vor möglichen parlamentarischen Auseinandersetzungen ihrerseits klarstellen, welche Kernpunkte für sie unverzichtbar sind.

4. Was ist für uns Ärzte beim Thema Sterbebegleitung unverzichtbar?

Aus Sicht der Ärzteschaft bedarf es in Deutschland augenblicklich keiner Gesetzesänderung zur Sterbebegleitung, schon gar nicht hinsichtlich aktiver Sterbehilfe. Sollten sich doch Änderungen andeuten, dann sollte die Ärzteschaft zumindestens streng darauf achten, dass Folgendes nicht angerührt wird.

(1) Wir dürfen nicht zulassen, dass die *Lebensgarantenstellung* durch eine Tötungserlaubnis im Sinne eines Sonderstrafrechtes für Ärzte aufgeweicht wird. Wir würden sonst als Berufsgruppe erheblich an Vertrauen verlieren.

(2) Wir müssen streng darauf achten, dass wir als Ärzte immer nur individuelle Entscheidungen zu treffen haben. Der Entschluss zur Begrenzung lebensverlängernder Maß-

nahmen darf niemals auf Grundlage der Zugehörigkeit des Patienten zu einer bestimmten Gruppe – sei sie durch Alter, Krankheit, Behinderung, ethnische Zugehörigkeit oder wodurch auch immer definiert – vorgenommen werden. Dies lehrt allein schon unsere nationalsozialistische Vergangenheit in Deutschland.

(3) Wir dürfen niemals zulassen, dass uns eine Entscheidung darüber übertragen wird, ob ein bestimmtes Leben als *lebenswert* gelten soll oder nicht.

(4) Auf *freie Arztwahl, auf Therapiefreiheit*, auch und besonders am Ende des Lebens, ist strengstens zu achten.

(5) Die medizinische Indikation hat die entscheidende Kategorie für die weitere Therapie zu sein. *Wirtschaftliche Erwägungen* dürfen dabei *keine Rolle* spielen.

(6) Der Übergang von kurativer zu palliativer Therapie darf *nicht vom Alter oder Behinderungsgrad abhängig gemacht* werden.

5. Weshalb sollten Ärzte entschieden auf aktive Sterbehilfe verzichten?

Die deutsche Ärzteschaft lehnt sowohl im Wissen um die sich rasant entwickelnde Medizintechnik als auch angesichts anderer in Europa geltender Regelungen aktive Sterbehilfe ab und steht für sie nicht zur Verfügung. Wir Ärzte fühlen uns an die Verpflichtung, Leben zu erhalten, weiterhin gebunden, und dies nicht nur wegen der nationalsozialistischen Vergangenheit in Deutschland, sondern allein schon deshalb, weil der Tod ein absolut irreversibler Zustand ist, der selbst durch intensive Reanimationsbemühungen nicht mehr rückgängig gemacht werden kann. Die deutsche Ärzteschaft lehnt es ab, Leben auf Wunsch der Patienten zu beenden, auch wenn Umfragen zufolge etwa 65–80 % der Bevölkerung der aktiven Sterbehilfe positiv

gegenüberstehen.¹ Auch knapper werdende Ressourcen und Budgets sind keine Gründe, aktive Sterbehilfe zu befürworten.

Aktive Sterbehilfe ist auch deshalb inakzeptabel, weil durch die Zulassung einer gezielten Tötung auf Verlangen Gefahren für krankes und schwer beschädigtes Leben entstehen.² Angesichts der Tatsache, dass es viele Wege gibt, Druck auszuüben und jemandem zu suggerieren, es sei richtig und anständig, das eigene Ende zu verlangen, darf es auch für den Arzt keine Möglichkeit geben, die aktive Tötung auch in hoffnungslosen Situationen überhaupt zum Thema zu machen.

6. Maßnahmen gegen die Forderung nach aktiver Sterbehilfe

Zunächst sollten wir nicht vordergründig und aufgeregt nur über ausländische Regelungen debattieren, sondern uns darauf besinnen, welche Möglichkeiten es in Deutschland gibt. Die strikte Achtung der Menschenwürde, das Loslassenkönnen am Bett eines Sterbenden und das verantwortungsvolle Beachten von Patientenwünschen gehören zu den Grundvoraussetzungen für eine bessere Gestaltung des Lebensendes.

Zudem zähle ich Patientenverfügungen, die mit den „Grundsätzen“ der Bundesärztekammer als verbindlich anerkannt worden sind, zu den geeignetsten Präventionshilfen gegen den lautstarken Wunsch nach aktiver Sterbehilfe.

Solche Verfügungen stellen ein wesentliches Instrument für die Durchsetzung der Selbstbestimmung dar. Ich halte sie für so wichtig, dass ich meine, deren Aufstellung sollte sogar schon in der Schule, vor allem aber in der Aus- und Weiterbildung von Ärzten eingeübt werden.

Mit Patientenverfügungen können wir gewissermaßen das Sterben ins Leben zurückholen. Sie helfen uns, im Kreise der Familie, der Angehörigen oder in der Arztpraxis offen über das eigene Sterben zu sprechen und auch darüber, was wir selbst am Ende unseres Lebens wollen oder auch befürchten. Mit einer schriftlichen Niederlegung des Willens ordnet man in der Regel auch seine Gedanken, und das kann für das Finden von Klarheit, Ruhe und auch Gelassenheit sehr hilfreich sein. Es ist also ein Ordnen der Gedanken, das dazu dient, uns selbst Klarheit darüber zu verschaffen, was für uns am Ende des Lebens wichtig ist. Die Dinge, die uns angesichts des Todes besonders bedeutend sind, können wir anlässlich der Fixierung einer Verfügung und speziell in dem Gespräch über die Verfügung unserer sozialen Umgebung vermitteln. Allein die intensive Beschäftigung mit Patientenverfügungen und besonders die dazugehörigen Gespräche helfen uns, das Tabuthema Sterben wieder ins Leben und in unser soziales Umfeld zu integrieren. Wir können durch Gespräche über Patientenverfügungen sozusagen ein Stück weit sterben lehren und lernen. Es werden Missverständnisse ausgeräumt, es wird Aufklärung betrieben und auch Verantwortung eingeübt.

Wenn es auch gegen die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen durchaus berechtigte Einwände gibt – der Wille des Patienten kann sich wandeln, die Aufklärung war eventuell nicht vollständig, seit der Erstellung der Patientenverfügung ist eine lange Zeit vergangen, und außerdem fehlt eine befriedigende gesetzliche Regelung –, so helfen sie doch wesentlich dabei, Selbstbestimmung zu formulieren und durchzusetzen.

Die Verbindlichkeit einer solchen Verfügung kann freilich auch deshalb nicht absolut sein, weil die Menschen typischerweise gerade dann, wenn es ihnen sehr schlecht geht, zunehmend weniger an Selbstbestimmung interes-

siert sind. Sie wollen dann die mit der Selbstbestimmung eng verknüpfte Verantwortung nicht mehr tragen, sondern sich vertrauensvoll in andere Hände begeben. Insofern ist Vertrauen zu einem Arzt, mit dem man möglicherweise in guten Tagen anlässlich der Formulierung einer Patientenverfügung gesprochen hat, mindestens genauso viel wert wie die Verfügung selbst.

Unabhängig davon kommt natürlich der weiteren (und zu intensivierenden) Förderung der Palliativmedizin, der Hospize, der medizinischen Ausbildung wesentliche Bedeutung bei der Verbesserung des Umganges mit Sterbenden zu.

7. Zusammenfassung

Wir sind in Deutschland auf einem guten Weg. Das Tabuthema „Sterben“ wird zusehends mehr enttabuisiert und ins Leben zurückgeholt. Sterbebegleitung in all ihren Facetten sowie Patientenverfügungen werden öffentlich diskutiert. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten wird anerkannt. Immer mehr Hospize entstehen, auch wenn der Bedarf noch lange nicht gedeckt werden kann. Das Gleiche gilt für Palliativbetten. Die Möglichkeiten zur Schmerztherapie werden immer mehr verfeinert.

Deshalb brauchen wir in Deutschland die aktive Sterbehilfe nicht, und aus ärztlicher Perspektive kann ich nur sagen: Sie darf auch nicht von uns verlangt werden, denn für den Arzt als Akteur ist es ein gravierender Unterschied, ob er den Tod eines Menschen veranlasst oder bei einem Sterbenden den Sterbeprozess geschehen lässt und auf unnötige Apparatedizin verzichtet. In diesem Fall hat der Arzt die Pflicht, mindestens für eine gute Schmerztherapie und Basisbetreuung zu sorgen.

Zu dem guten Weg, auf dem wir uns befinden, gehört aber auch das kritische Benennen von Fehlern und Prob-

lemen. Fehlende Kenntnisse bei Ärzten über Sterbebegleitung, die unsinnige Angst von Ärzten, Tumor-Patienten durch Schmerzmittelgaben abhängig zu machen – solche Defizite müssen mit Namen und Hausnummer genannt werden, damit diese Fehler auch tatsächlich behoben werden können. Hier müssen wir uns engagieren, insbesondere im Bereich der ärztlichen Fort- und Weiterbildung. Wir sollten in Deutschland den eingeschlagenen Weg mutig und beharrlich weitergehen, uns durch Entwicklungen in anderen Ländern nicht irre machen lassen und dem Ruf nach gesetzlicher Regelung der aktiven Sterbehilfe auf keinen Fall folgen! Ich würde es mit Robert Leicht halten, dem früheren Chefredakteur der ZEIT, der sinngemäß schreibt: Wenn es ans Sterben gehe, hoffe wohl auch er auf einen gnädigen Arzt – aber in einem Land leben, in dem es zu aktiver Sterbehilfe ein Gesetz gebe, das wolle er nicht!

Anmerkungen

1 Vgl. eine Umfrage des Emnid-Instituts (in: Marburger Bund. Ärztliche Nachrichten, 11/1998, 10): Danach sprachen sich 63,5 % für eine Beendigung des Lebens von unheilbar Kranken auf deren Wunsch aus, 19,5 % waren dagegen und 17,5 % wussten keine Antwort. – Allerdings schwanken die Meinungen zu dieser Problematik je nach Art der Fragestellung.

2 Vgl. dazu: Schreiber, Hans-Ludwig, Die Behandlungspflicht und ihre Grenzen, in: HNO-Grundlinien. Wegweiser für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, 1, 1999.