
Klinische Sterbehilfe im Alltag in Deutschland

Volker Schumpelick, Andreas Tittel, Stefan Willis

In diesem Beitrag möchte ich über den Alltag der klinischen Sterbehilfe in Deutschland berichten; und tue ich dies vor dem Hintergrund einer großen Universitätsklinik mit mehr als 40.000 stationären Patienten pro Jahr, 1.600 Betten in der Maximalversorgung, zehn Intensivstationen und einem Einzugsbereich von über fünf Millionen Menschen. Wir kennen das Sterben aus allernächster Nähe, es begleitet uns tagtäglich, bedrückt uns, lässt uns verzweifeln und macht uns nicht selten ratlos. Wir haben Palliativstationen, *stroke-units*, Reanimationseinheiten, aber keiner von uns betreibt aktive Sterbehilfe.

Wir halten uns in unserem täglichen Tun an die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbehilfe, wonach es Aufgabe des Arztes ist, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu mindern und schließlich den Sterbenden bis zum Tode beizustehen. Art und Ausmaß dieser Behandlung sind vom Arzt zu verantworten, d. h. das Ermessen liegt bei ihm.

Gerade wegen der Grenzlage von Aachen werden wir nicht selten von Angehörigen unserer Patienten (aus unterschiedlichen Motiven) gebeten, aktive Sterbehilfe zu betreiben, um endlich dem Leiden ein Ende zu machen. Es fällt schwer, sich diesem Druck zu widersetzen, zumal solche Ansinnen immer häufiger unter Hinweis auf die Geset-

zeslage im benachbarten Belgien und Holland vorgebracht werden. Es sind nicht immer egoistische Motive der Anverwandten, die sie veranlassen, uns um Sterbehilfe zu ersuchen. Häufiger ist das Ansinnen mit dem Motiv verbunden: „Nun machen Sie doch endlich dem Leiden ein Ende. Was soll denn diese ganze seelenlose Apparatemedizin? Haben Sie denn gar kein menschliches Empfinden?“

Aus dieser Richtung kommen die meisten Vorwürfe und treffen uns fast schutzlos. Ein Schwerstkranker unter maximalen intensivmedizinischen Maßnahmen wirkt derart abschreckend und entpersönlicht, dass der so genannte normale Menschenverstand kaum anders kann, als dies als unmenschlich abzulehnen.

Ich erspare Ihnen Bilder von unseren Intensivstationen mit Schwerstkranken; aber allein schon das ständige Geräuschniveau, allein das Volumen der den Kranken umgebenden Maschinen und die Notwendigkeit, annähernd im Minutentakt am Patienten Vorrichtungen vorzunehmen, stoßen auf einhellige Ablehnung aller Angehörigen. Hier sind die Intensivtherapeuten allein. Einsam kämpfen sie um das Leben der Schwerstkranken und ernten dafür nicht selten Hohn, Ablehnung oder Verachtung. Der normale Menschenverstand hat lange aufgehört, das Leben für sinnvoll zu erachten, und wir als professionelle Sachwalter des Lebens erfahren besonders schmerzlich den Riss zu einer Gesellschaft, die eher technikfeindlich sowie augenblicksorientiert und hedonistisch ist und die Sinnhaftigkeit unseres Tuns abstreitet. Sind es nicht die Angehörigen, so ist es häufig der Patient, der nach Erlösung von seinen Leiden schreit, so wie Tolstojs Anna Karenina im Kindbettfieber nach der Geburt ihres Sohnes: „Mein Gott, mein Gott, wann wird das nur enden, Doktor, geben Sie mir doch Morphium, oh mein Gott, oh mein Gott.“ Der behandelnde Arzt von Anna Karenina widersetzte sich diesem Aufruf, ähnlich wie wir das heute tun, obwohl zu dem damaligen Zeitpunkt

das Kindbettfieber in 90 Prozent der Fälle tödlich war. Anna Karenina überlebte jedoch, und Tolstoj konnte 200 weitere köstliche Seiten verfassen und Anna Karenina ihr verwirrendes Beziehungsgeflecht weiter ausbauen. Gut, dass es damals keine aktive Sterbehilfe gab, die Literatur wäre ärmer geworden. Aber der nicht handelnde Arzt erschien schon damals als unmenschliches Monster.

Der Schlüssel zu allem Folgenden ist die Frage nach dem Zeitpunkt des Sterbens. Wann stirbt ein Mensch? Wir kommen nicht umhin, eine Definition zu geben. Wir definieren im folgenden als Sterben das Erlöschen der Vitalfunktion mit infauster, d. h. hoffnungsloser Prognose. In dieser Situation darf sich der Arzt nicht davonstellen, er hat ärztliche Pflichten.

Nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer sind die ärztlichen Pflichten bei Sterbenden: menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, das Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie das Stillen von Durst und Hunger. An diese Richtlinien hat sich jeder Arzt zu halten.¹

Fragt man die Ärzte im Einzelnen (dies erfolgte beispielsweise durch eine Umfrage in Rheinland-Pfalz im Jahre 2001²), was sie in der Praxis beim Sterben tun zu müssen glauben, herrscht zu 99 % Einverständnis darüber, dass Schmerzlinderung das erste Gebot ist. Auch bezüglich der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme über den Mund gibt es kaum Zweifel, wenngleich 4 % der Ärzte glauben, man müsse bei einem Sterbenden sogar die Nahrung vermeiden. Schwierig wird die Situation bei allen instrumentellen Maßnahmen. Hier glauben nur 55 %, dass eine parenterale, d. h. venöse Flüssigkeitszufuhr sinnvoll ist, 45 % halten eine Flüssigkeitszufuhr über die Sonde und schließlich 20 bzw. 30 % eine Ernährung über den venösen Weg oder eine Sonde für notwendig. Ein Viertel der Ärzte ist unsicher, was sie tun sollen, nur etwa 50 % der Ärzte lehnen

eine Ernährung des Sterbenden durch eine Sonde oder durch venöse Zufuhr ab – was sicherlich der richtige Standpunkt ist (vgl. *Tabelle 1*).

Schwieriger wird noch die Situation bei der Frage, welche Maßnahmen der Arzt bei einem Sterben abbrechen zu dürfen glaubt. Hier zeigt sich ein nahezu spiegelbildliches Verhalten. Erlaubt scheint den Ärzten das Absetzen von Herz-Kreislauf-aktiven Medikamenten, von parenteraler Ernährung und von Antibiotika bei Pneumonie. Schwierig wird schon die Frage, ob man bei einem Sterbenden die künstliche Beatmung oder die Ernährung über die Sonde absetzen darf. Bei der Flüssigkeitszufuhr über die Sonde oder parenteral meinen 50 %, dass man diese nicht abbrechen dürfe, sie sehen also die parenterale oder Sondenflüssigkeitszufuhr beim Sterbenden als geboten an (vgl. *Tabelle 2*).

Befragt man dieselben Ärzte, ob sie bestimmte Therapieformen aus ihrem ärztlichen Ethos heraus oder aus Angst vor Gesetzesverstoß beenden, so antworten zwar 79 %, dass die Beendigung von parenteraler Ernährung ärztlich geboten sei, aber nur 48 % halten dies auch für gesetzlich erlaubt. Gleiches gilt für die künstliche Beatmung: 70 % für „ärztlich geboten“ und nur 42 % für „gesetzlich erlaubt“; und schließlich bei kreislaufaktiven Medikamenten, wo fast alle Ärzte meinen, dass deren Absetzung ärztlich geboten sei, aber nur zwei Drittel von ihnen glauben, dass dies auch gesetzlich erlaubt sei. Hier klafft also zwischen dem ärztlichen Ethos und dem, was man für die Rechtslage hält, eine erhebliche Lücke.

Viele Maßnahmen erfolgen nur deshalb, weil der Arzt glaubt, er müsse es aus juristischen Gründen tun, nicht weil er meint, es sei ärztlich sinnvoll oder geboten. Dies ist sicher ein wichtiger Bereich für eine Diskussion über die Gesetzesauslegung durch die Ärzte.

Befragt man die Ärzte zu ihrer Definition der aktiven Sterbehilfe, so halten 49 % der Ärzte das Abstellen der Be-

atmung beim Sterbenden für aktive Sterbehilfe, weitere 9 % sind unsicher. Über die Hälfte der Ärzte glaubt also, dass das Abstellen der Beatmung bei einem Sterbenden aktive Sterbehilfe sei. Gleiches gilt für das Ende der Katecholamingabe und der parenteralen Ernährung, was ein Drittel der deutschen Ärzte für aktive Sterbehilfe erachtet – im Gegensatz zur Auffassung der Rechtsprechung, die hierin passive Sterbehilfe sieht.

Was die Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens betrifft, betrachten 79 % der Ärzte die Patientenverfügung als die wichtigste Maßnahme, gefolgt von der persönlichen Kenntnis des Patienten. Demgegenüber spricht nur eine relativ kleine Minderheit (21 %) den Äußerungen nächster Angehöriger eine wesentliche Bedeutung zur Erfassung des Patientenwillens zu.

Was die Verbindlichkeit der Patientenverfügung für die eigenen Entscheidungen angeht, halten 85 % die Verfügung für verbindlich, wenn Bezug zu einer konkreten Behandlungssituation vorliegt, 38 % für nicht verbindlich bzw. nur für einen groben Anhaltspunkt, und 27 % äußern Skepsis, da es sich um eine Meinung aus so genannten gesunden Tagen handelt.

Fasst man die Ergebnisse dieser Befragung zusammen, so muss man feststellen, dass es erstens eine weitgehende Unkenntnis des gesetzlichen Rahmens gibt, dass zweitens die passive Sterbehilfe weithin befürwortet wird und dass drittens hinsichtlich der konkreten Entscheidungen in der Behandlungssituation große Unsicherheit herrscht.

Fragt man, in welchen Fällen aus der Sicht der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie überhaupt Sterbehilfe in Betracht kommt, dann sind dies: Patienten im Sterbeprozess, bei kritisch kranker Situation mit infauster Prognose, bei potentiell letaler Komplikation einer Grundkrankheit mit infauster Prognose und bei schweren chronischen Erkrankungen ohne effektive Behandlungschance, bei Thera-

pieablehnung, bei kontinuierlicher Abhängigkeit von der Substitution vital wichtiger Funktionen und schließlich beim Langzeitkoma.³ Dieses breite Spektrum deckt eine Vielzahl von Krankheitszuständen ab, ohne bereits konkrete Entscheidungen zu ermöglichen. Auch eine Fokussierung auf die klinische Sterbehilfe (die in unserem Zusammenhang natürlich im Vordergrund stehen soll) ändert wenig an dieser Feststellung.

Von Bedeutung in der Diskussion über klinische Sterbehilfe ist auch, dass wir die Dimension des Problems gar nicht kennen: Es gibt keine Register, es gibt keine epidemiologischen Daten – es gibt nur (oder immerhin) eine anhaltende, öffentliche und auch private Diskussion, und schließlich gibt es Gesetzesänderungen in den Nachbarländern, die in letzter Zeit die Diskussion wieder angefacht haben.

Vor diesem Hintergrund haben wir die 1165 Patienten, die im Laufe des Jahres 2001 auf unserer chirurgischen Intensivstation lagen, hinsichtlich der Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie evaluiert, also diejenigen herausgefiltert, für die nach diesen Kriterien eine Sterbehilfe überhaupt in Frage käme. Wählt man zunächst diejenigen Patienten aus, die mehr als sieben Tage auf unserer Intensivstation gelegen haben (wobei die durchschnittliche Verweildauer zwischen zwei und drei Tagen liegt) und wendet auf diese Patienten die Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie an, so bleiben 44 der 1165 Patienten übrig, bei denen eine mögliche Indikation zur Sterbehilfe bestand, d. h. 3,8 %.

Vergleicht man diese 44 Patienten mit Potentialität zur Sterbehilfe mit der anderen Intensivgruppe, findet sich für die 44 Patienten ein höheres Lebensalter (71 gegenüber 60 Jahren), eine längere Liegezeit (71 gegenüber drei Tagen), eine höhere stationäre Sterblichkeit (84 % gegenüber 2 %) und schließlich ein Langzeitüberleben von nur 2 % gegenüber etwa 70–80 % in der anderen Gruppe.

Im Detail besteht bei dieser selektionierten Gruppe an Grunderkrankungen meist ein fortgeschrittenes Karzinom mit einer Zweiterkrankung (in 16 Fällen), ein fortgeschrittenes Karzinom mit Komplikationen (in 19 Fällen), eine infauste Akuterkrankung mit einer Zweiterkrankung (in vier Fällen), eine chronische Erkrankung ohne Chance, z. B. COPD (in einem Fall), eine Therapieablehnung (in drei Fällen) und ein Langzeitkoma (in einem Fall).

Betrachtet man den Ressourcenverbrauch pro Patient, erfährt in dieser Gruppe der Patient im Durchschnitt drei Operationen, ist im Durchschnitt neun Tage beatmet worden, hat 30 Blutkonserven oder Frischplasmakonzentrate gebraucht und ist achtmal mit einer Blutwäsche behandelt worden (vgl. *Tabelle 3*).

Insgesamt ergibt sich für den Ressourcenverbrauch in der Gruppe der Intensivpatienten eine Zahl von 3348 Behandlungstagen gegen 913 Behandlungstagen in der Gruppe mit „formaler Eignung“ zur Sterbehilfe, die Kosten für die 1121 Intensivpatienten rechnen sich auf 2.467.476 €, in der „Sterbehilfegruppe“ auf 672.881 €, d. h. pro Patient wurden in der Intensivgruppe 2.211 € ausgegeben, in der Gruppe potentieller Sterbehilfe 52.327 € pro Patient.

Als Fazit dieser Analyse der eigenen Intensivpatienten ergibt sich somit, dass nur 4 % der Intensivpatienten der chirurgischen Intensivstation potentiell für eine Sterbehilfe in Betracht kämen, dass sie zwar 21 % der jährlichen Ressourcen in der chirurgischen Intensivstation verbrauchten, dass sie aber mit Ausnahme eines Patienten alle innerhalb von sechs Monaten und in 84 % noch während des stationären Aufenthaltes verstarben.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Diskussion über Sterbehilfe ein relevantes klinisches Problem darstellt. Für aktive Sterbehilfe gibt es keine Indikation, passive Sterbehilfe wird zu zaghaft eingesetzt. Die Ärzteschaft ist unsicher im konkreten Vorgehen, es besteht

eine Kluft zwischen dem von den Ärzten vertretenen Ethos und dem, was sie für die Rechtslage halten, sodass ein Großteil der Ressourcen von einer Minderheit von Patienten erfolglos verbraucht wird.

Als Resümee gilt für mich persönlich: Es besteht in diesem Bereich ein dringender Diskussionsbedarf. Ich glaube, dass eine wohlindizierte, vielleicht auch zu einem früheren Zeitpunkt indizierte passive Sterbehilfe bei richtiger Auslegung der Gesetze im Einzelfall völlig ausreichend ist, und kann aus unseren Zahlen keinen Zwang zur Gesetzesänderung erkennen, wenn wir gemeinsam, d. h. Juristen, Ethiker, Philosophen, Journalisten, Ärzte u. a., bestehende Gesetze patientengerechter auslegen. Allein der uninformierte Umgang mit den Vorgaben des Gesetzes kostet aus meiner Sicht mehr Ressourcen als der Verzicht auf aktive Sterbehilfe.

Doch dieser Umgang muss gelernt sein, und er muss auch von allen Beteiligten im Interesse des Patienten einheitlich praktiziert bzw. beurteilt werden. Wenn das definitive Absetzen von Therapiemaßnahmen beim Sterbenden, das aus ärztlichem Gewissen heraus geschieht, auch nur den Hauch der Illegalität hat, wird sich der Arzt auch zukünftig im Zweifel dagegen entscheiden. Der Arzt muss lernen, den Sterbenden sterben zu lassen.

Tabelle 1

Praxis der ärztlichen Pflichten beim Sterbenden

<i>Was glaubt der Arzt tun zu müssen?</i>	<i>Ja</i>	<i>Bin unsicher</i>	<i>Nein</i>
Schmerzlinderung	99 %	0,5 %	0,5 %
Flüssigkeit / Nahrung peroral	92 %	4 %	4 %
Flüssigkeitszufuhr parenteral	55 %	19 %	26 %
Flüssigkeitszufuhr über Sonde	45 %	22 %	33 %
Ernährung parenteral	20 %	22 %	58 %
Ernährung über Sonde	30 %	24 %	46 %

(Ärztebefragung Rheinland-Pfalz 2001)

Tabelle 2

Praxis der ärztlichen Pflichten beim Sterbenden

Was glaubt der Arzt abbrechen zu dürfen?

	Ja	Bin unsicher	Nein
Flüssigkeitszufuhr parenteral	36 %	14 %	50 %
Flüssigkeitszufuhr über Sonde	34 %	17 %	49 %
Ernährung parenteral	79 %	10 %	11 %
Ernährung über Sonde	69 %	14 %	17 %
künstliche Beatmung	70 %	17 %	13 %
Herz-Kreislauf-aktive Medikation	92 %	4 %	4 %
Antibiotika bei Pneumonie	77 %	11 %	12 %

(Ärztebefragung Rheinland-Pfalz 2001)

Tabelle 3

Patientenkollektiv 1.1.–31.12.2001

Chirurgische Klinik der RWTH Aachen

	Intensivstation	mögliche Sterbehilfe
Anzahl	1121	44
Alter (Median)	60	71
Liegezeit (Tage)	3	71
statist. Sterblichkeit	2 %	84 %
Kosten pro Patient	2.211 €	52.327 €

Anmerkungen

1 Bundesärztekammer (1998): *Ärztliche Sterbebegleitung. Grundsätze der Bundesärztekammer*. DtÄrzteBl 76: A 2366–2367.

2 Weber, M./Stiehl, M./Reiter, J./Ritter, C. (2001): *Ethische Entscheidungen am Ende des Lebens. Sorgsames Abwägen der jeweiligen Situation. Ergebnisse einer Ärztebefragung in Rheinland-Pfalz*. DtÄrzteBl 98: A 3184–3188.

3 Pichlmayr, R. (1996): *Einführung zur Stellungnahme: „Therapiebegrenzung und ärztliche Sterbebegleitung“*. Entwurf einer Leitlinie zum Umfang und zur Begrenzung der ärztlichen Behandlungspflicht in der Chirurgie. Langenbeck's ArchChir Suppl. II: 681–693.

III.

