

Sterbehilfe versus Sterbebegleitung

Vorträge
25. Kammerversammlung
10. November 2001

Aus der Sicht eines Berufspolitikers

Ethische Werte sind keine Modeerscheinungen der Postmoderne. Ethische Werte sind Prinzipien des Humanismus, – ihrem Wesen nach unverbrüchlich, vielleicht sogar naturgegeben. Wie schnell allerdings solche Werte durch Ignoranz, Ideologie oder schlicht durch eine Gebrauchsethik ersetzt werden können, zeigt schon ein kurzer Blick zurück in die Vergangenheit Nazideutschlands.

Das Euthanasie-Programm der Nazis, die Vernichtung so genannten lebensunwerten Lebens, nahm seinen Anfang in der Diskreditierung des Verbots aktiver Sterbehilfe! Die schrecklichen Folgen sind bekannt.

Die Entscheidung des niederländischen Parlaments hat die Debatte über Sterbehilfe auch hier zu Lande neu entfacht. Denn auch in Deutschland gibt es eine Bewegung, die auf die Abschaffung des Paragraphen 216 des Strafgesetzbuches hinarbeitet, in dem die Tötung auf Verlangen unter Strafe gestellt ist. Die Befürworter der aktiven Sterbehilfe geben Mitleid als Hauptmotiv für ihre Forderungen an und reklamieren das Recht eines jeden auf einen „selbstbestimmten Tod“. Ärzte sollten dieses Recht anerkennen und ihre Patienten nicht nur sterben lassen, sondern sogar zum Sterben verhelfen, so die Forderung der Euthanasie-Befürworter.

Nicht selten werden Vergleiche mit der Tiermedizin gezogen. So würden auch unsere Haustiere geplant gezüchtet, ihr Leben von den Besitzern gestaltet und der Zeitpunkt ihres Todes vom Besitzer sowie dem Tierarzt festgelegt. Dieser vollzöge dann auch die Tötung, um dem Tier Qualen zu ersparen. Menschen würden somit schlechter, unbarmherziger und inhumaner behandelt als ihre vierbeinigen Mitgeschöpfe.

Diese Argumentation kann durchaus große Wirkung entfalten, wie demoskopische Umfragen zeigen. Bei entsprechender Formulierung der Fragestellung

ist es sogar möglich, Zustimmungsraten zu so genannter aktiver Sterbehilfe von 70 Prozent und mehr zu erreichen. In einer aktuellen, vom Meinungsforschungsinstitut Forsa durchgeführten Umfrage sprechen sich 64 Prozent der Bundesbürger dafür aus, aktive Sterbehilfe auch in Deutschland zu erlauben. Die gestellte Frage lautete lapidar: „Sollte die aktive Sterbehilfe erlaubt werden?“ Kein Wort dazu, was aktive Sterbehilfe ist, was sie bedeuten kann und wie sie praktiziert wird.

Mir ist auch keine Umfrage aus jüngster Zeit bekannt, welche exakt unterscheidet zwischen *aktiver Sterbehilfe*, also gezielter Tötung eines Menschen etwa durch Einschläferung, und sogenannter *passiver Sterbehilfe* – auch Sterbebegleitung – also **Hilfe beim Sterben statt Hilfe zum Sterben**. Ich bin sicher: Würde hier sauber differenziert, die Mehrheit würde einer hochqualitativen ärztlichen und pflegerischen Sterbebegleitung den Vorzug geben. Das ergab auch eine Emnid-Umfrage Mitte dieses Jahres. Danach lehnen 56,6 Prozent der Bevölkerung aktive Sterbehilfe ab und befürworten stattdessen einen stärkeren Einsatz von Palliativmedizin und Hospizarbeit.

Deshalb wenden wir uns mit aller Macht gegen jeden Versuch, Ärzte zu staatlich legitimierten „Euthanatikern“ zu machen und unterstreichen den ärztlichen Auftrag, Leben zu erhalten, Leiden zu lindern, zu trösten und ein Sterben in Würde zu ermöglichen.

Am 11. September 1998 verabschiedete der Vorstand der Bundesärztekammer die „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“, die in beständiger Diskussion weiter vervollkommen werden.

Wesentliche Neuerungen und Inhalte bestehen im Folgenden:

1. **Die Ärzteschaft bekennt sich weiterhin entschieden gegen aktive Sterbehilfe** und steht als Berufsgruppe nicht zur Verfügung – im Gegensatz zur niederländischen Ärzteschaft.

Gründe für diese Haltung sind unter anderem:

- die Unverfügbarkeit des Lebens bzw. Irreversibilität des Todes,
 - die als notwendig angesehene Lebensgarantenpflicht der Ärzte,
 - die immer vorhandene Prognoseunsicherheit,
 - die heutzutage guten palliativmedizinischen Möglichkeiten der Leidensminderung,
 - die Gefahr, den Menschen in bestimmten Situationen leicht einreden zu können, dass es „schicklich“ sei, das Ende des Lebens selber zu wünschen,
 - das Wissen darum, dass der Wunsch zu sterben häufig nur einem Ruf nach Zuwendung entspricht und natürlich
 - die Dammbuchgefahr, auch im Hinblick auf die NS-Vergangenheit.
2. Es ist eine **unverzichtbare Basisbetreuung für alle Patienten** definiert worden, für die seitens der Ärzteschaft in jedem Fall zu sorgen ist. Es gibt keine Ausnahme von der Pflicht zur leidensmindernden Behandlung – auch nicht bei unreifen Neugeborenen.
3. Es darf **keinen Behandlungsabbruch** geben. Eine mögliche Behandlungsbegrenzung wird durch Änderung des Therapiezieles von kurativ zu palliativ definiert. Wenn Begrenzung geboten sein sollte, tritt palliativ-medizinische Versorgung in den Vordergrund.
4. Die Entscheidungen über Änderungen des Therapiezieles
- müssen dem Willen des Patienten entsprechen
 - dürfen niemals von wirtschaftlichen Erwägungen getragen sein und
 - sollten möglichst im Konsens mit Angehörigen und Pflegenden getroffen werden. Betont wird zudem, dass Bewusstlosigkeit und deren Dauer kein entscheidendes Kriterium für Therapiebegrenzung sein darf.
5. Die **Patientenautonomie** wird in allen Kapiteln sehr betont. Das gilt speziell auch für alle einwilligungsfähigen Patienten.
6. **Patientenverfügungen werden als verbindlich angesehen**. Trotzdem wird auf die schwierige Problematik der Verbindlichkeit hingewiesen.

Mit den Grundsätzen hat die Bundesärztekammer natürlich auch viele Probleme nicht klären können. Die gestellte Frage, inwieweit die Nahrungszufuhr über eine PEG eine ärztliche Maßnahme ist, auf die man gegebenenfalls verzichten kann oder ob es sich dabei immer um unverzichtbare (pflegerische) Basisbetreuung handelt, ist nicht endgültig geklärt. Zumindest aber ist betont worden, dass auch bei schwersten zerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit aus Sicht der Ärzteschaft auf die Nahrungsgabe über die PEG nicht verzichtet werden darf.

Meinungsumfragen bei Ärzten und Pflegepersonal in Rheinland-Pfalz und in Sachsen zeigen, dass es erhebliche Probleme und Unsicherheiten mit dieser Problematik gibt und dass zum Beispiel die Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung der Bundesärztekammer und auch die Handreichungen zu Patientenverfügungen ihren Zweck bisher nicht erreicht haben. Auch deshalb scheint es mir sehr sinnvoll zu sein, diese Thematik auf möglichst vielen Ebenen zu diskutieren und damit weiter ins Bewusstsein zu rücken.

Ergebnisse solcher Befragungen zur Sterbebegleitung haben gezeigt, dass Ärzte und medizinisches Fachpersonal häufig mit dieser Problematik konfrontiert werden, sich selber aber wenig zu der Thematik fortbilden und sich auch schlecht ausgebildet fühlen.

Als weitere Problemfelder und Wünsche werden genannt:

- Eindeutige (juristische) Klärung für ärztliches Verhalten am Ende des Lebens,
- Angst/Unsicherheit gegenüber Juristen, deshalb oft Defensivmedizin und Entscheidung gegen das eigene Gewissen,
- Schwierigkeiten mit der juristischen Verbindlichkeit von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten,
- Wunsch nach Musterverfügungen mit zentraler Archivierung,
- Unsicherheiten beim Übergang von kurativer zu palliativer Medizin,

- Klagen über fehlende Regeln und Leitlinien zur begründeten Reduktion ärztlicher Maßnahmen,
- Annahmen verstärkter Lehraktivitäten und Vorbildwirkung in der Aus-, Weiter- und Fortbildung,
- Hinweise auf Unterversorgung bei Schmerz und Palliativversorgung einerseits und „Überbehandlung“ mit unsinniger Lebensverlängerung.

Weitere Stichworte aus den Befragungen lauten:

- „Was ist Menschenwürde; wie ist sie definiert?“
- „Wie sollte das Zusammenwirken mit dem Pflegesektor erfolgen?“ Pflegen-de denken oft anders als Ärzte.
- „Ist Sterben in der Rettungs- und Not-

fallmedizin ein Versagen der Intensivmedizin?“

- „Ist die PEG-Anlage in Altersheimen etwa ‚Nichtzulassung des Sterbens‘ oder gar ‚Zwangsernährung‘?“

Aus dem Gesagten geht hervor, dass erhebliche Defizite im Umgang mit Sterbenden in der medizinischen Profession vorzuliegen scheinen.

Ärzte haben Angst vor der Diskussion um die Sterbebegleitung, weil sie darunter fälschlicherweise „aktive Sterbehilfe“ verstehen und Sorge vor einem „Dammbruch“ haben. Im Zusammenhang mit der Euthanasie im Dritten Reich und den Diskussionen in den Niederlanden möchte man am liebsten auf einen Diskurs in Deutschland verzichten.

Sterbehilfe versus Sterbebegleitung

Da ein solches „Vermeiden“ die anstehenden täglichen Probleme nicht lösen hilft, haben wir ganz bewusst dieses Thema heute angesprochen.

Als weiteren Denkanstoß möchte ich Sie mit einigen Thesen zur Sterbebegleitung meines Kollegen Prof. Beileites, Präsident der Ärztekammer Thüringen, konfrontieren:

1. Ärzte sind zu wenig über Sterbebegleitung ausgebildet.
2. Ärzte bilden sich zu diesem Thema zu wenig fort.
3. Juristische Unklarheiten überschatten das Feld.
4. Ärzte sind in der Mehrzahl zurzeit noch nicht in der Lage, Patienten bei der Aufstellung von Patientenverfügungen behilflich zu sein.
5. Obgleich die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen problematisch ist (weil die Prognose immer unsicher ist, weil der Wille sich häufig ändert, weil die vorherige Aufklärung nie exakt stimmt), sollten Ärzte Patientenverfügungen als Chance verstehen, das Verhältnis zwischen Patienten und Ärzten zu verbessern und das Sterben wieder mehr in das Leben zu holen.
6. Selbst die bekannten Definitionen wie
 - aktive Sterbehilfe, passive Sterbehilfe
 - Hilfe beim, im und zum Sterben
 - indirekte und direkte Sterbehilfe
 sind durch die Entwicklung der Medizin unklar und bedürfen ständig einer Konkretisierung, so wie es heutzutage den sogenannten „natürlichen Tod“ kaum noch gibt.
7. Sterben ist sehr unterschiedlich und wird von den einzelnen Arztgruppen ausgesprochen different wahrgenommen. Allgemein verbindliche Leitlinien sind deshalb unmöglich.

Zum Schluss: **„Memento mori“ – Gedanke, dass Du sterblich bist.**

Jeder hat das Recht auf einen würdigen Tod, niemand aber hat das Recht darauf, getötet zu werden.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

Aus der Sicht eines Juristen

1. Themeneinführung

Am Anfang soll ein Definitionsversuch stehen. Unter Sterbehilfe verstehe ich jede Form von Lebensverkürzung, also Hilfe zum Sterben. Sterbebegleitung hingegen ist jede Form von Zuwendung, die der Sterbende während des Sterbeprozesses erhält, also Hilfe beim Sterben.

Juristisch unterscheiden sich Sterbehilfe und Sterbebegleitung fundamental. Die Sterbebegleitung ist Aufgabe des Arztes, die er zu erfüllen hat. Sterbehilfe ist grundsätzlich verboten und strafbar. Prinzipiell muss der Arzt also die eine Form erbringen, die andere darf er nicht erbringen, sondern hat sie zu unterlassen.

Nicht verschwiegen sei freilich, dass beide Erscheinungsformen in der Praxis nicht immer so scharf getrennt werden können. Den Arzt können beide Pflichten – nicht zu töten und die notwendige Sterbebegleitung zu leisten – in einer Weise treffen, dass er nur eine von beiden zu Lasten der anderen erfüllen kann. So kann etwa aus palliativen Gründen eine Medikation notwendig sein, die lebensverkürzend wirkt (mittelbare Sterbehilfe).

2. Sterbebegleitung

Die Sterbebegleitung ist eine ärztliche Aufgabe, deren Umfang sich aus dem erforderlichen ärztlichen Tun, dem Standard ergibt. Was diesbezüglich alles von einem Arzt verlangt werden kann, bestimmen die Ärzte selbst durch ihr einschlägiges Handeln. Juristen haben nur die Möglichkeit zu überprüfen, ob im Einzelfall das ärztliche Tun dem Standard entsprochen hat. Diese Frage wird ein Jurist allenfalls bei krasser Sachverhaltsgestaltung alleine beantworten können. In der überwiegenden Anzahl der Fälle muss er auf einen medizinischen Gutachter zurückgreifen. Deshalb kann ich als Jurist zu diesem Aspekt meines Themas auch nur wenig beitragen.

3. Sterbehilfe

Das sieht bezüglich der Sterbehilfe ganz anders aus, weil es insoweit gesetzliche Vorgaben gibt, die vom Arzt eingehalten

werden müssen. Das Thema bedarf insoweit noch einer Ausdifferenzierung und zwar zunächst einmal in die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe, die dann weiterer Differenzierung bedarf.

Unter aktiver Sterbehilfe verstehen wir eine Lebensverkürzung durch ärztliches Tun, zum Beispiel das Setzen einer tödlichen Spritze. Hierher gehören auch die lebensverkürzende Medikation aus palliativen Gründen sowie die Beihilfe zur Selbsttötung. Passive Sterbehilfe meint den Behandlungsverzicht beim Sterbenden, das Sterbenlassen, das Nichtaufhalten des Sterbevorganges.

Grundsätzlich ist nach deutschem Recht jede Form der Lebensverkürzung verboten und daher strafbar. Wer also einen Sterbenden tötet und dessen Leben auch nur um wenige Minuten verkürzt, verstößt gegen ein im Strafgesetzbuch normiertes Verbot und macht sich daher strafbar. Dabei unterscheidet das deutsche Strafrecht unter bestimmten Voraussetzungen (Garantenstellung des Täters) in der Rechtsfolge nicht zwischen Töten durch aktives Tun und Töten durch Unterlassen. Die Mutter, die ihr Kind verhungern lässt, macht sich ebenso strafbar wie diejenige, die ihr Kind erschlägt.

Auch das Unwerturteil hängt nicht unbedingt von dieser Unterscheidung ab. Je nach Fallgestaltung empfinden wir bei der Mutter, die ihr Kind verhungern lässt, es also passiv tötet, mehr Abscheu als bei der Mutter, die ihr Kind erschlägt.

Bei den Unterlassensdelikten kann die Strafbarkeit aber nicht alle möglichen „Täter“ treffen. Schließlich haben Milliarden von Menschen dem verhungerten Kind nichts zu essen gegeben. Diese können nicht alle für seinen Tod verantwortlich gemacht werden. Vielmehr bedarf es einer besonderen Beziehung zwischen dem „Täter“ und dem Opfer, der sogenannten Garantenstellung. Nicht nur die Eltern sind Garanten für ihre Kinder, sondern zum Beispiel auch Ärzte für ihre Patienten. Fehlt es an einer Garantenstellung, kann immer noch eine Strafbarkeit

Sterbehilfe versus Sterbebegleitung

gemäß § 323c StGB (unterlassene Hilfeleistung) vorliegen. Ist auch das nicht der Fall, so ist der „Unterlasser“ kein Täter im Sinne des deutschen Strafrechts. Töten durch aktives Tun und durch Unterlassen sind zunächst einmal keine geeigneten Unterscheidungen zwischen Erlaubt- und Verbotensein. Das gilt auch für die aktive und passive Sterbehilfe.

4. Die Bedeutung des Willens des Sterbenden

a) Allgemein

Es muss also noch ein weiteres Element hinzukommen und das ist der Wille des Sterbenden.

Grundsätzlich gilt, dass keine ärztliche Behandlung und demzufolge auch keine lebensverlängernde Maßnahme ohne die Einwilligung des Patienten erfolgen darf. Die zivilrechtliche Rechtsprechung zur ärztlichen Aufklärungspflicht hat das immer, auch in dieser Konsequenz, betont. Das bedeutet allerdings nicht, dass der Arzt alles tun darf oder sogar muss, was der Patient von ihm verlangt. Vielmehr rechtfertigen drei Elemente das ärztliche Tun: die Indikation, die Einwilligung und die fachgerechte Durchführung. Alle ärztlich nicht (mehr) indizierten Behandlungsmaßnahmen werden daher auch durch die Einwilligung nicht gerechtfertigt. Das kann den Arzt praktisch vor große Schwierigkeiten stellen, ist aber in diesem Zusammenhang nicht das aktuelle Problem. Hier handelt es sich vielmehr im Gegenteil um den Patientenwillen zur Lebensbeendigung. Zu untersuchen ist also zunächst einmal, welches Gewicht dem Patientenwillen zukommt. Für diese Fragestellung gewinnt nun die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe an Bedeutung.

b) Bei der passiven Sterbehilfe

Wenn der Patient nicht in die lebensretende Behandlung einwilligt, darf der Arzt diese nicht durchführen. Der Arzt muss den Patienten sterben lassen, und zwar auch dann, wenn er noch zu retten wäre, es sich also nicht um ein prolongiertes Sterben handelt. Die fehlende Einwilligung des Patienten rechtfertigt das ärztliche Unterlassen.

c) Bei der aktiven Sterbehilfe

Anderes gilt für die aktive Sterbehilfe, deren Strafbarkeit im StGB ausdrücklich auch für den Fall ausgesprochen ist, dass eine Einwilligung des Getöteten vorliegt. § 216 Abs. 1 StGB lautet: „Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.“ Die juristische Diskussion um den Geltungsumfang dieser Norm ist hochdiffizil, jedoch besteht im Ergebnis weitgehende Einigkeit, dass nur die aktive Sterbehilfe von der Strafbarkeit erfasst werden soll.

d) Spezielle Fallgestaltungen bei der aktiven Sterbehilfe

In diesem Zusammenhang sind drei Fallgestaltungen zu nennen: die Beihilfe zur Selbsttötung, die schmerzlindernde Medikation, die als unbeabsichtigte Nebenwirkung das Leben verkürzt, und das Abstellen lebenserhaltender Geräte.

Die Beihilfe zur Selbsttötung ist straffrei, weil die Selbsttötung es auch ist. Von daher sind die juristischen Probleme *prima vista* gering. Die Frage, ob derartige Beihilfehandlungen arztethisch vertretbar sind, müssen Sie sich beantworten. Meiner Meinung nach sind sie es nicht.

Bei der schmerzlindernden Medikation, die das Leben verkürzt, fällt die juristische Antwort im Ergebnis wiederum viel einfacher aus als in der Begründung. Eine solche Behandlung ist zulässig, wohl auch geboten. Die Rechtsordnung kann vom Arzt nicht die Erfüllung zweier sich widersprechender Pflichten verlangen. Eigentlich müsste die Pflichtenkollision abstrakt zu Gunsten des höheren Rechtsgutes entschieden werden, aber in der konkreten Situation bedeutete das Verweigern von schmerzlindernden Mitteln eine unmenschliche Behandlungsweise. Im übrigen wird in der aktuellen Diskussion häufig betont, dass bessere und effektivere Schmerzlinderung im Sterbeprozess vielfach den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe verstummen lassen würde.

Das Abstellen lebenserhaltender Geräte wird von den Juristen überwiegend nicht

als aktives Tun angesehen, sondern als passive Sterbehilfe. Das strafrechtlich relevante Verhalten sei nicht das Abstellen der Maschine, sondern das Sterbenlassen. Außerdem dürfe es von der Wertung her keinen Unterschied machen, ob zunächst einmal der Geräteeinsatz versucht werde oder ob von Anfang an darauf verzichtet wird. Im Interesse des Patienten soll ein Behandlungsversuch erfolgen, ohne dass der Arzt Gefahr läuft, wegen des folgenden Abbruchs bestraft zu werden. Alle drei speziellen Fallgestaltungen der aktiven Sterbehilfe werden also juristisch behandelt wie die passive Sterbehilfe, so dass sich die unterschiedlichen Rechtsfolgen doch aus zwei Grundmustern ergeben.

5. Die Feststellung des Willens des Sterbenden

a) Allgemein

Ein Problem habe ich bisher bewusst ausgeklammert, wie nämlich der Wille des Sterbenden festgestellt werden kann. Dieses Problem dürfte für die Ärzte das praktisch wichtigste sein. Ganz einfach zu beantworten ist es auch für den Juristen nicht. Dabei kommt es entscheidend auf die Aktualität der Willensäußerung an, sowie auf den Bezug zur konkreten Situation.

b) Die aktuelle Äußerung des einwilligungsfähigen Patienten

Als Idealfall ist der einwilligungsfähige Patient anzusehen, der nach Information durch den Arzt seine Lage erkennt und in Kenntnis aller Umstände die Behandlung verweigert. Selbst wenn er im Laufe des Sterbeprozesses sein Bewusstsein verliert, ist seine letzte Willensäußerung so aktuell, dass sie auch nun noch als gültig anzusehen ist.

c) antizipierte Willenserklärungen

Das deutsche BGB kennt zwei Formen der antizipierten Willensäußerung: Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten. Patientenverfügungen enthalten in schriftlicher Form – häufig als Vordruck – Willensäußerungen für den Zeitraum, in dem der Sterbeprozess schon eingetreten und der Patient nicht mehr artikulationsfähig ist. Vorsorgevollmachten er-

Sterbehilfe versus Sterbebegleitung

mächtigen einen Vertreter, für den Patienten einzuwilligen, wenn dieser nicht mehr einwilligungsfähig ist. Beide Mittel sind geeignet, den Willen des Patienten in die Entscheidungsfindung am Sterbebett einzubringen, allerdings unter der Prämisse, dass eine solche antizipierte Willenserklärung erstens möglichst konkret und zweitens möglichst aktuell sein soll.

d) Der Betreuer

Fehlt es an vorgezogenen Willensäußerungen und wird der Patient einwilligungsunfähig, so sind nicht seine Angehörigen für ihn einwilligungsberechtigt, sondern es muss in einem förmlichen Verfahren ein Betreuer für dieses Aufgabengebiet bestellt werden. Dessen Wille, der allerdings am Wohl des Patienten/ Sterbenden orientiert sein muss, ist dann maßgeblich und bindend. Hier gewinnt die medizinische Indikation breiten Raum. Ob daneben noch die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts erforderlich ist (§ 1904 Abs. 1 BGB), ist in der Rechtsprechung und im juristischen Streit nicht geklärt.

6. Schluss

Ich hoffe, mir ist es gelungen, Ihnen zumindest die grundsätzlichen juristischen Fragen, wenn auch nicht unbedingt immer zugleich die Antworten deutlich zu machen. Bedauerlicherweise sind die Grenzen zwischen Sterbebegleitung, Sterbensverkürzung, Lebensverkürzung, Selbsttötung und Tötung auf Verlangen, praktisch bei weitem nicht so einfach zu erkennen wie in der Theorie. Die Konturen verschwimmen häufig. Auch ist die praktische Handhabung der Einwilligung nicht so einfach wie in der theoretischen Begründung. Hinzu kommt eine gewisse Diskrepanz in der Rechtsprechung der Zivilgerichte zur Aufklärungspflicht und der Straferichte zur Sterbehilfe. Das alles zeigt, dass Ärzten und Juristen auf diesem Felde noch viel zu tun bleibt. Dabei wird hoffentlich die Tendenz erhalten bleiben, unabhängig von der dogmatischen Begründung, praktikable Ergebnisse zu erzielen.

Prof. Dr. Bernd-Rüdiger Kern
Universität Leipzig, Juristenfakultät
Burgstraße 27, 04109 Leipzig

Gedanken aus ärztlicher Sicht

Menschen, die sich einer Gefahr ausgesetzt sehen, durchlaufen nahezu regelhaft bestimmte Phasen der Auseinandersetzung mit dieser Bedrohungssituation. Nach anfänglichem Schock sind Nicht-Wahrhaben-Wollen, Aggressivität, Verhandeln, Depression und Zustimmung typische Reaktionsweisen, die je nach Persönlichkeitsstruktur und zeitlebens eingeübten Verhaltenschemata in unterschiedlicher Reihenfolge, Intensität des Erlebens und Auslebens sowie unter Umständen mit Phasenwiederholungen ablaufen. Dr. Elisabeth Kübler-Ross hat in ihren Studien zur Situation Sterbender die oben genannten Phasen „Sterbephase“ genannt. Wir wissen heute, dass sie eine viel weiterreichende Gültigkeit haben.

Erklärungsmodell

der Krankheit nach Thomae

Zwingt eine Erkrankung zu intensiverer Auseinandersetzung, so entwickeln Menschen sehr unterschiedliche Erklärungsmodelle für ihre Situation. Krankheit wird in einem Modell nach Thomae als Herausforderung oder Feind, als Gewinn, Strafe, Verlust oder Schicksal verstanden. Darüber hinaus erleben wir Menschen, die ihre Krankheit als Schwäche, als Erleichterung, als Strategie oder als Wert interpretieren.

Der Krankheitsbearbeitungsprozess

Unterschiedlich intensiv ist der Prozess der Auseinandersetzung mit der Erkrankung, auch Coping. Er reicht vom konsequenten Verleugern über den mehr oder minder lauten Ruf nach Hilfe bis zum Akzeptieren der Erkrankung und Entwicklung aktiver Strategien für das weitere Leben mit dieser Bedrohung. Dabei unterscheiden wir handlungsbezogene, kognitionsbezogene und emotionsbezogene Copingstrategien.

Eine unheilbare Erkrankung, das nahe Lebensende oder die Angst vor einem schmerzreichen Weg bis dorthin werden von sehr vielen Menschen als eine solche Bedrohungssituation empfunden und lösen entsprechende Reaktionen aus. Sie

reichen vom defensiven Nicht-Zulassen über die evasive Flucht, die aggressive Gegenwehr bis zum Sich-Anpassen und Entwickeln leistungsbezogener Techniken im aktiven Einfluss-Nehmen auf die weitere Diagnostik und Therapie.

Eine mögliche Reaktion ist also die Flucht. Eine Fluchtmöglichkeit scheint der Freitod zu sein, eine andere die Tötung auf Verlangen. Medienberichte und Umfrageergebnisse erwecken den Eindruck, dass diese Fluchtmöglichkeiten von einem Großteil der Bevölkerung akzeptiert, ja gewünscht werden. Meine Erfahrungen als Stationsärztin einer Palliativstation widersprechen diesem Eindruck.

Palliativmedizin

WHO-Definition

Palliativbetreuung ist die ganzheitliche Betreuung von Patienten, deren Erkrankung keiner kurativen Behandlung zugeführt werden kann. Kontrolle von Schmerz, anderen Symptomen sowie von psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen stehen im Mittelpunkt. Ziel der Palliativbetreuung ist die Schaffung der bestmöglichen Lebensqualität für die Patienten und ihre Familien.

Am 10. April 2000 konnte am Krankenhaus St. Joseph-Stift Dresden eine Palliativstation mit 10 Betten eröffnet werden. Einrichtungen dieser Art gibt es in Sachsen darüber hinaus an der HUMAINE-Klinik in Dresden, am St. Georg-Krankenhaus und am St. Elisabeth-Krankenhaus in Leipzig sowie am Onkologischen Fachkrankenhaus in Schwarzenberg. Im Aufbau befindlich ist eine Palliativstation am St. Carolus-Krankenhaus in Görlitz. Ab etwa 1995 habe ich in den Anamnesegesprächen bei Aufnahme infaust erkrankter Menschen die Frage „Was ist Ihnen angesichts der Schwere Ihrer Erkrankung jetzt besonders wichtig?“ gestellt. Tabelle 1 gibt die Antworten der Patienten in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit wieder.

In den ersten 12 Monaten des Stationsbe-

Tabelle 1: Wünsche und Bedürfnisse Schwerkranker und Sterbender

- keine Schmerzen zu haben
- keine Last zu sein
- gebraucht zu werden
- Beschwerden verstehen und als erträglich erleben zu können
- Vertrauen zu haben
- Gesprächsbereitschaft zu finden
- zu Hause zu sein
- bis zuletzt Hoffnung haben zu dürfen
- Wahrhaftigkeit im Umgang miteinander
- nicht einsam sein zu müssen

stehens wurden 263 Patienten behandelt, die um ihre unheilbare und in absehbarer Zeit zum Tode führende Erkrankung wussten. Von ihnen verstarben während des stationären Aufenthalts 124 Menschen.

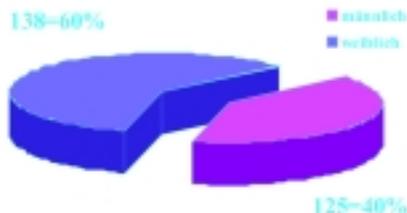


Abb. 1: Betreute Patienten 10. 4.2000 bis 10. 4.2001

Den folgenden Zahlen aus Dresden sind die Erhebungen der Palliativstationen in Bonn und Erfurt gegenübergestellt. Die Bonner Palliativstation gehört zu den erfahrensten Einrichtungen dieser Art in Deutschland, die Erfurter zu den ersten in den Neuen Bundesländern.

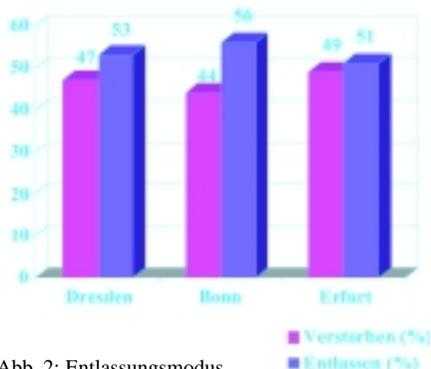


Abb. 2: Entlassungsmodus

Hauptgrund für die stationäre Einweisung der Patienten war der Schmerz. Von ihnen hatten etwa 80% starke und stärkste Schmerzen (VAS 6-10).

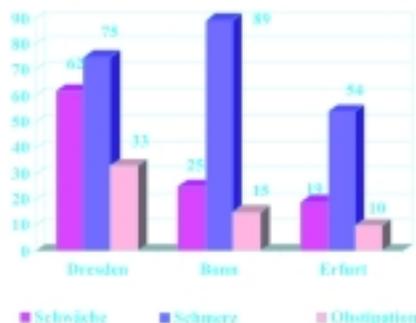


Abb.3: Einweisungsgrund Schmerz

Mit den Möglichkeiten medikamentöser Schmerztherapie (orale, transdermale, intermittierende oder kontinuierliche parenterale Gabe) konnte für mehr als 90% von ihnen eine zufriedenstellende Schmerzlinderung innerhalb kurzer Zeit erreicht werden.

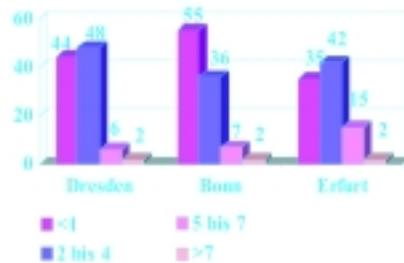


Abb. 4: Tage bis zur deutlichen Schmerzlinderung (Abnahme um VAS 6)

Allen Patienten wurde, wenn sie dies wünschten, eine intensive, helfend-begleitende Auseinandersetzung mit dem nahen Lebensende ermöglicht. Dazu steht ein multiprofessionelles Team aus Ärzten, Pflegenden, Psychologin, Seelsorger, Sozialarbeiterin, Physiotherapeuten und Musiktherapeutin zur Verfügung.

Wunsch nach aktiver Sterbehilfe

Zwölf Patienten haben die Möglichkeit aktiver Sterbehilfe für sich in Erwägung gezogen. Den meisten konnte die Angst vor einem schmerzvollen Lebensende ge-

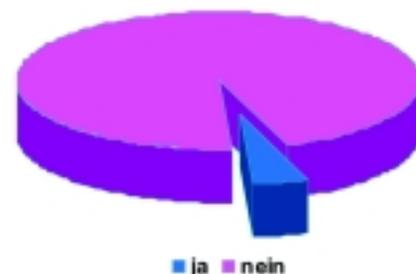


Abb. 5: Wunsch nach aktiver Sterbehilfe

nommen werden. Ein würdevolles Leben bis zuletzt wird offensichtlich von unheilbar kranken und sterbenden Menschen einer vorzeitigen Beendigung des Lebens vorgezogen.

Realitäten

Wie sehen jedoch die Realitäten unserer Patienten am Lebensende aus? Erhebungen der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zeigen, dass nur etwa 30% der an einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung leidenden Menschen eine effiziente Schmerztherapie erhalten. Die schmerztherapeutische Grundausbildung ist sowohl im Medizinstudium als auch in nahezu allen Fachdisziplinen unzureichend. Hinzu kommen Defizite im Wissen um eine gute Symptomkontrolle, im Kommunikationsbereich und in ethischen Fragen. Besonders erschwert wird die hausärztliche Versorgung final erkrankter Menschen außerdem durch die bestehenden Abrechnungsbedingungen (fehlendes und unzureichend refinanziertes Pflegepersonal für die zeitintensive häusliche Pflege des sterbenden Menschen, meist fehlendes Zeitkontingent und fehlende Refinanzierungsmöglichkeiten für unter Umständen mehrmalige Hausbesuche am Tag etc.). Die Menschen vereinsamen mehr und mehr, Familie entfällt als Schutzraum für ein Sterben zu Hause. Sind Angehörige dazu bereit, das Lebensende eines nahen Menschen zu begleiten, so stehen die Sorge um den Arbeitsplatz oder um die entsprechende berufliche Verfügbarkeit dem entgegen. So findet, wenn nicht Hospizeinrichtungen eine Entlastung

Sterbehilfe versus Sterbebegleitung

für die Familie oder sogar einen Familienersatz schaffen, das Sterben in immer größerem Umfang in Institutionen statt, obwohl dies von den Betroffenen in überwiegender Zahl nicht gewünscht wird. Auch wenn sich in den letzten Jahren Hospizarbeit und Palliativmedizin deutlich entwickelt haben, so erleben wir noch immer eine weitgehende Tabuisierung von Sterben und Tod. Nicht nur den Betroffenen und ihren Angehörigen, sondern auch uns Helfern fehlen Erfahrungswissen, Traditionen und Riten im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer. Die wissenschaftliche Präsenz der Thanatologie ist unzureichend.

Alternativen

Wollen wir den Rufen nach Legalisierung aktiver Sterbehilfe im Sinne einer Flucht vor dem angst- und schmerzvollen Lebensende als Ärzte kompetent und wirksam begegnen, so ist es dringliche Aufgabe, die Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Kollegen in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Kommunikation und ethischer Kompetenz zu verbessern. Vernetzung, Ausbau und intensivere Nutzung der bestehenden Angebote in Schmerzambulanzen, Palliativstationen, qualifizierten Palliative-care-Pflegediensten und Hospizeinrichtungen sind zu ermöglichen. Home-care-Projekte wie etwa in Berlin, Göttingen oder Greifswald haben

längst bewiesen, dass es Alternativen zum institutionalisierten Sterben gibt, die nicht nur den Wünschen der Betroffenen eher entsprechen und außerdem weniger kostenintensiv sind. Sie sollten auch hierzulande aufgebaut und gefördert werden. Stellen wir uns also immer wieder neu der Aufgabe, dem unheilbar kranken und sterbenden Patienten ein kompetenter ärztlicher Begleiter zu sein und klagen wir Rahmenbedingungen ein, die uns dies ermöglichen!

Barbara Schubert
FÄ für Innere Medizin
Lt. Oberärztin der Palliativstation am
Krankenhaus St. Joseph-Stift
Wintergartenstraße 15-17, 01307 Dresden