

2 Ethik

S. Husebø

Die für uns wichtigen Aspekte der Dinge sind durch ihre
Einfachheit und Alltäglichkeit verborgen –
man kann es nicht bemerken, weil man es immer vor Augen hat.
Die eigentlichen Grundlagen seiner Forschung fallen
dem Menschen gar nicht auf.
(LUDWIG WITTGENSTEIN)

2.1 Autonomie oder Paternalismus?

Wie alles menschliche Handeln ist auch und gerade das Tun des Arztes ethischen, d. h. sittlichen Wertungen unterworfen. Diese führen zu gewichtigen Fragen, über die in der Medizin nur selten gesprochen wird, wie z. B.:

- Wann beginnt das Leben?
- Wann ist eine Therapie zu beenden?
- Wo verläuft die Grenze zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe?
- Müssen lebensbedrohliche Komplikationen immer behandelt werden?

Es gibt aber auch alltägliche, scheinbar unbedeutende Fragen ethischer Art, die für einen Patienten wichtig sein können:

- Wie kann ich mir ein Bild von den Bedürfnissen eines Patienten machen, damit ich diesen in bestmöglicher Weise gerecht werden kann?
- Wie vorsichtig und wie deutlich muss ich bei der Aufklärung sein?
- Kann es sein, dass die Informationen, die ich dem Patienten gebe, so kompliziert sind, dass sie mehr Unsicherheit und Verwirrung hervorrufen, als dass sie zur Klarheit beitragen?

Von großer Bedeutung für die Kommunikation zwischen dem Arzt und seinem Patienten sind oft Kleinigkeiten während der ersten Begegnung, die aber in entscheidender Weise mitbestimmen, ob das zukünftige Verhältnis zwischen beiden durch Bereitschaft und Offenheit oder durch Ablehnung

und Gleichgültigkeit geprägt ist. Das Verhalten des Arztes wird vom Kranken aufmerksam registriert:

- Hat er herzlich und offen begrüßt?
- Wie war der Händedruck?
- Hat der Arzt ein Interesse daran, Näheres über mich, meine Herkunft, meine Interessen zu erfahren?
- Hat er sich hingesezt?
- Hat er mir in die Augen gesehen?
- Hat er Pausen gemacht, um mir zu erlauben, Fragen zu stellen, die für mich wichtig sind?
- Worüber wurde bei der Visite nicht gesprochen?

Für die Zukunft des Patienten und für das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist es von entscheidender Bedeutung, wie diese und ähnliche Fragen beantwortet werden (Randall u. Downie 1996). Um diesen Ansprüchen gerecht zu werden, sollte der Arzt während seines Studiums mit den elementaren Fragen der Kommunikation vertraut gemacht werden.

Wohl wäre es wünschenswert, wenn jeder Arzt während seines Studiums eine Unterweisung für den Umgang mit Patienten bekäme. Noch wichtiger wäre es freilich, mehr über seine eigenen persönlichen Stärken und Schwächen im Umgang mit anderen Menschen zu erfahren, um Unzulänglichkeiten in der Ausübung seines Berufes berücksichtigen zu können (Fallowfield 1997).

Das gilt vor allem für die in der Palliativmedizin tätigen Ärzte, da deren Tätigkeit über das Medizinisch-Fachliche hinaus eine besondere Aufgeschlossenheit für ethische Fragen erfordert. Es ist nicht möglich, sich ohne ethische Einstellung mit schwerkranken Patienten zu beschäftigen und dies immer wieder neu zu überdenken.

Der Tod ist seit jeher eine Herausforderung für den Menschen. Wer täglich mit dem Tod in Berührung kommt, gewinnt eine bewusstere Haltung zum Leben und zu religiösen, ethischen und moralischen Fragen.

Die Ethik der Palliativmedizin beschränkt sich dabei keineswegs nur auf Fragen des Sterbens. Sie ist immer durch eine intensive Auseinandersetzung mit dem Alltagsleben gekennzeichnet (Randall u. Downie 1996):

- Es geht um das Leben der Patienten, die bei fortschreitender Krankheit die ihnen verbleibende Zeit zu gestalten haben.

2.1 · Autonomie oder Paternalismus?

- Es geht um die Angehörigen der Patienten, denen eine Lebenswende bevorsteht; es geht darum, wie sie mit ihren Gedanken, Gefühlen und praktischen Problemen am besten fertig werden.
- Und es geht um den Arzt, der immer wieder mit der bedrückenden Tatsache konfrontiert wird, dass ein Patient nicht geheilt werden kann und in seiner Gegenwart eine schwere Zeit durchlebt.
- Schließlich geht es um die anderen Berufsgruppen, die es sich zur Aufgabe gesetzt haben, schwerkranke Patienten zu betreuen und zu behandeln.

Alle werden von einer solchen Begegnung mit dem Sterben und dem Tod beeinflusst und zum Nachdenken angeregt.

2.1.1 Ethik und Moral

Bevor näher auf ethische Fragen des medizinischen Alltags eingegangen wird, sei ein kurzer Blick auf die Begriffe »Ethik« und »Moral« geworfen.

Während unter »Moral« die sittliche Grundhaltung eines Einzelnen, einer Gruppe, einer Zeitperiode verstanden werden kann, beschäftigt sich die »Ethik« u. a. mit der Suche nach allgemeingültigen Antworten auf die Frage: »Was ist ein gutes Leben?« Daraus entsteht für das Gesundheitswesen die Frage: »Wie können wir ein gutes Leben für unsere Patienten fördern und eine so gut wie mögliche Lebensqualität für sie aufrechterhalten?«

Die moralischen Vorstellungen eines Menschen sind aus seinem kulturellen und gesellschaftlichen Umfeld erwachsen. Sie bestimmen sein Alltagsleben, seinen Umgang mit seiner Familie und anderen Menschen. Auch das Wirken medizinischer Berufsgruppen und das verantwortliche Handeln der Ärzte wird von bestimmten moralischen Regeln geprägt. Diesen Regeln fehlt aber das Merkmal der Allgemeingültigkeit. Um solche allgemeingültigen Einsichten und Bewertungsmaßstäbe für das menschliche Handeln bemüht sich die Ethik seit den Zeiten der großen Philosophen Sokrates, Platon und Aristoteles, denen auch der Arzt Hippokrates beizuordnen ist, bis auf den heutigen Tag.

Ethik darf dabei keineswegs als etwas Theoretisches betrachtet werden, als etwas, das den Philosophen und Weisen zu überlassen sei. Ethische Fragen und Probleme sind wichtig für uns alle; sie begegnen uns zahlreiche Male an jedem Tag, ohne dass wir uns dessen bewusst werden. Der folgende Text des

zeitgenössischen dänischen Moralphilosophen Løgstrup drückt sehr deutlich aus, wie entscheidend ethisches Denken und Handeln im Alltag für uns und unseren Nächsten sein kann:

Der Einzelne hat niemals mit einem anderen Menschen zu tun, ohne dass er etwas von dessen Leben in seiner Hand hält. Es mag wenig sein: eine vorübergehende Stimmung, eine Heiterkeit, die man erstickt oder erweckt; ein Leiden, das vertieft oder gelindert wird. Aber es kann auch unendlich viel sein, sodass der Einzelne es in seiner Hand hat, ob das Leben des Anderen gelingt oder nicht gelingt.
(LÖGSTRUP 1989)

Dass auch und gerade der Arzt »es in seiner Hand hat, ob das Leben des Anderen gelingt oder nicht gelingt«, braucht nicht besonders betont zu werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Bedenken der ethischen Probleme innerhalb des medizinischen Fachgebietes, die medizinische Ethik, auf das Engste verknüpft ist mit Entscheidungen über die Anwendungen medizinisch-fachlicher Kenntnisse und Mittel. Das zeigt sich besonders, wenn es um Fragen geht, deren Beantwortung über Leben und Tod entscheidet. Die diese Antwort tragende medizinisch-ethische Grundhaltung ist von zentraler und allgemeiner Bedeutung für den Arzt, den Patienten, die Angehörigen und die Gesellschaft.

Bevor wir anhand einiger Beispiele medizinisch-ethische Fragen erörtern, erscheint es sinnvoll, zwei Hauptrichtungen in der neuzeitlichen Ethik kurz vorzustellen. Sie sind durch die Namen Immanuel Kant (1724–1804) und John Stuart Mill (1806–1873) gekennzeichnet. Kant, der sich in seinem Werk »Kritik der praktischen Vernunft« grundlegend zu ethischen Fragen äußert, sieht moralisches Handeln an das Gesetz des »kategorischen Imperativs« gebunden:

»Handle so, dass die Maxime deines Willens jederzeit zugleich als Prinzip einer allgemeinen Gesetzgebung gelten könnte.«

Die Pflicht, dem kategorischen Imperativ gemäß zu handeln, hat einen absoluten Charakter. Nicht Nutzen oder Schaden einer Tat entscheiden über ihre sittliche Qualität, sondern die Überzeugung des Handelnden, dass sein Tun grundsätzlich von allen Menschen so vollzogen werden kann und soll.

Dieser »Pflichtethik« steht die aus dem Utilitarismus des 19. Jahrhunderts hervorgegangene, vor allem durch Mill vertretene »Konsequenzethik« gegen-

über. Sie fordert ein Handeln, das durch den Gedanken an den Nutzen eines Einzelnen, einer Gruppe, der Menschheit bestimmt wird. Bei anstehenden Problemen ist die Lösung zu bevorzugen, die so viel Gutes bzw. so wenig Schlechtes wie möglich für *alle* verspricht.

Das unterschiedliche Denken beider ethischen Richtungen hat natürlich auch die medizinische Ethik beeinflusst. Die konventionelle medizinische Denkweise war wohl durchgängig von der Pflichtethik bestimmt. Der Arzt verfügte über das notwendige Wissen und Können. Er setzte es nach bestem Wissen ganz im Interesse des Patienten ein, ohne diesen an seinen Entscheidungen zu beteiligen.

Eine Einflussnahme der Konsequentialethik auf das medizinisch-ethische Denken zeigt sich heute daran, dass dem Patienten ein Recht auf Entscheidung bzw. Mitentscheidung bei ärztlichen Maßnahmen eingeräumt ist. An Stelle des an den Arzt gerichteten »Du sollst...!« ist ein Prozess gemeinsamen Überlegens getreten, eines gemeinsamen Erwägens der Fragen, was unter den vorhandenen Möglichkeiten gut oder schlecht, nützlich oder weniger gut sei.

Das Gemeinte wird an einem Beispiel aus der Praxis deutlich:

➤ Beispiel aus der Praxis

Eine Frau, Mitte 60, hatte mich rufen lassen. Es ging um ihre Schmerzen, aber auch um ihren bevorstehenden Tod. Ihr Zustand war von fortgeschrittener Metastasierung geprägt. Sie war bettlägerig und konnte keine Nahrung mehr behalten. Schließlich fragte sie: »Wie lange noch?« Wir hatten uns wiederholt über diese Frage unterhalten; sie hatte nach allen Erfahrungen nur noch Tage zu leben, und es schien ihr wichtig, eine offene Antwort zu bekommen. Ich machte ihr vorsichtig klar, dass ihr aller Wahrscheinlichkeit nach nur noch kurze Zeit bliebe, vielleicht Wochen, vielleicht Tage nur. Sie nahm es gefasst auf. Ihr Mann war vor Jahren gestorben. Ich fragte nach den Kindern. Ihre Tochter war Schauspielerin. Sie hatte die Mutter im Krankenhaus noch nicht besucht. Sie sei beschäftigt, sagte die Mutter; in der nächsten Woche gebe es eine Premiere.

Ich fragte, ob ich die Tochter anrufen dürfe. Das wollte die Mutter nicht. Das Gespräch ging zu Ende; ich versprach, am nächsten Tag wiederzukommen. Als ich davonging, dachte ich über die Autonomie der Patientin nach. Es war ihr eindeutiger Wunsch, dass ich ihre Tochter nicht anrufen sollte. Auf der anderen Seite hatte ich das Gefühl, dass diese Tochter sehr viel für die Mutter bedeutete und dass diese die Tochter vor ihrem bevorstehenden Tod schützen

wollte. Alle meine Gefühle und Instinkte sagten mir, dass es eine Unterlassungssünde sei, sie nicht anzurufen. Was tun?

Ich ging zurück, setzte mich hin und sagte: »Ich habe ein Problem. Ich muss deine Tochter anrufen. Ich glaube, sie würde mir nie verzeihen, wenn sie erfährt, dass du nicht mehr am Leben bist und sie keine Nachricht bekommen hat, damit sie dich noch rechtzeitig besuchen konnte. Sie muss selbst entscheiden, ob sie kommen kann oder nicht.« Dabei betrachtete ich die Mutter aufmerksam. Sie schwieg. Aber in den Augen war deutlich eine Erleichterung zu erkennen, dass die Entscheidung von ihren Schultern genommen war. Die Tochter kam auch; beide erlebten wichtige Tage zusammen, bevor die Mutter starb. Die Tochter hat wiederholt ihre Dankbarkeit dafür ausgedrückt, dass sie angerufen wurde.

Dieses Beispiel zeigt, wie schwer es ist zu wissen, was die Patienten mit ihren Aussagen ausdrücken wollen, weil unsere Sprache begrenzt ist und weil wir nicht in der Lage sind, im Voraus zu wissen, wie wir uns ausdrücken müssen, damit unser Zuhörer das versteht, was wir verstanden wissen wollen.

Ich hatte das Gefühl gehabt, dass die Mutter etwas anderes zum Ausdruck bringen wollte als das, was sie sagte – etwa: »Ich liebe meine Tochter. Ich möchte sie schützen vor meinem Tod. Es ist für mich schwierig zu sterben. Ich brauche jetzt Hilfe. Bitte nimm mich ernst und versuche zu verstehen, was mich bedrückt.«

Der Verlauf dieser Geschichte hätte aber auch ein anderer sein können. Die Mutter hätte mir wiederholt und eindeutig verbieten können anzurufen. Oder die Beziehung zu ihrer Tochter oder die Beziehung der Tochter zur Mutter hätten gestört sein können. Nur ein ausführliches Gespräch und häufiger gestellte Fragen können klären, welche guten oder welche schlechten Konsequenzen eine bestimmte Intervention haben kann.

Kommunikation findet immer zwischen mehreren Menschen statt. Nur durch gegenseitiges Vertrauen, Zuhören, Beobachten, Fragen, Wiederholen und Probieren kann Kommunikation gelingen. Ohne Kommunikation ist das Recht auf Entscheidung bzw. Mitentscheidung des Patienten nicht mehr wert als Druckerschwärze auf dem Papier.

Im Gespräch mit der Mutter taten sich zwei gleich schwer zu bewältigende Möglichkeiten auf (ein echtes »Dilemma«). Welche Entscheidung war in ihrer Situation die richtige? Die Mutter selbst wusste es nicht.

2.1 · Autonomie oder Paternalismus?

Die Situation, dass ein Patient oder seine Angehörigen andere Perspektiven entwickeln oder andere Prioritäten setzen als der Arzt, kommt häufig vor. Worauf aber gründen sich in solchen Fällen die Entscheidungen des Arztes?

Bevor wir diese Frage zu klären versuchen, ist es erforderlich, einige Begriffe zu definieren:

- **Autonomie:** Das Recht des Patienten, selbst Entscheidungen zu treffen.
- **Paternalismus:** Die Haltung des Arztes, der für einen Patienten eine Entscheidung trifft, da er aufgrund seiner besseren Einsichten weiß, was in einer bestimmten Situation für diesen das Beste ist.
- **»Weicher« Paternalismus:** Der Patient wird vor unmöglichen Entscheidungen geschützt.
- **Informiertes Einverständnis** (»informed consent«) bedeutet, dass der Patient nicht einer Behandlung oder einem wissenschaftlichen Experiment ausgesetzt werden kann, ohne vorher
 - ausreichende Information über die Diagnostik, die Behandlung und deren Konsequenzen erhalten zu haben,
 - vor der Behandlung ausdrücklich und freiwillig »Ja« zu der vorgeschlagenen Therapie gesagt zu haben.

Die Autonomie des Patienten, sein Recht auf Selbstbestimmung, spielt heute in der medizinischen Ethik eine entscheidende Rolle (Eser et al. 1992; Tranöy 1992). Das war keineswegs immer so. Bis etwa 1970 war es normal, dass der Arzt oft ohne vorherige Rücksprache mit dem Patienten wichtige Entscheidungen über Therapie und Operation völlig selbstständig traf (Paternalismus). Es stellt sich nun aber die Frage, ob es immer gut ist, wenn der Patient entscheidet oder mitentscheidet. Wird er nicht häufig vor Fragen gestellt, die er nicht beantworten kann? Ist er nicht überfordert, wenn er über die Anwendung ärztlicher Maßnahmen entscheiden soll, deren Voraussetzungen und Konsequenzen er einfach nicht überblickt?

2.1.2 Der Helfer muss zuerst knien vor dem, dem er helfen möchte

Es ist für den Arzt keine leichte Aufgabe, die Meinungen des Patienten zu respektieren. Aber wie zeigt man diesen Respekt? Im Falle der oben beschriebenen Patientin bestand die Aufgabe darin, nicht nur zu hören, was die

Patientin sagte, sondern auch zu ergründen, was sie noch nicht aussprechen konnte, ihr durch Zuhören und Hinterfragen die Möglichkeit zu geben, das Unausgesprochene doch zu sagen.

Der aufmerksame Arzt wird sich in solchen Situationen zwei Fragen stellen:

- Welches anstehende Problem gilt es zu verdeutlichen?
- Wie gebe ich dem Patienten am besten die Möglichkeit, das Problem zu erfassen und die richtigen Entscheidungen zu treffen?

Der Arzt hat dabei alles in seiner Hand. Er kann sich dafür entscheiden, den Patienten offen, verständlich und vollständig zu informieren. Er kann einen Teil der wichtigen Informationen zurückhalten, oder er kann, was häufiger vorkommt, die Information in eine für den Patienten unverständliche Fachsprache fassen (Fallowfield 1997). Er kann den Patienten auf den Weg zu einer freien Entscheidung bringen, indem er seinen Darlegungen etwa hinzufügt: »Ich möchte versichern, dass Sie, unabhängig davon, für welche der möglichen Alternativen Sie sich entscheiden, meiner vorbehaltlosen und vollen Unterstützung gewiss sein können.«

Der Arzt kann aber auch, wenn er davon überzeugt ist, dass er eine oder mehrere der angebotenen Alternativen mit seiner Überzeugung nicht vereinbaren kann, dem »kategorischen Imperativ« folgen und die Entscheidung des Patienten in seinem Sinne massiv beeinflussen, indem er etwa ausführt: »Bitte sehen Sie ein, dass die von Ihnen erwogene Behandlung eine Reihe von für Sie sehr unangenehmen Nebenwirkungen nach sich ziehen wird, ohne dass wir die geringste Gewissheit haben, dass sie Ihre Krankheit positiv beeinflussen könnte.«

Sollte der Patient weiterhin die ärztlicherseits vorgeschlagene alternative Behandlungsmöglichkeit ablehnen, bleibt dem Arzt, was nicht selten vorkommt, als letzte Möglichkeit sich durchzusetzen, die Drohung mit der Aufgabe der Betreuung: »Bitte sehen Sie ein, dass ich unmöglich die Verantwortung für Ihre Behandlung weiterhin übernehmen kann. Falls Sie auf der nach meiner Auffassung nicht vertretbaren Behandlung bestehen, müssen Sie sich einen anderen Arzt suchen.« (Callahan 1991)

Es ist einleuchtend, dass eine solche »Lösung« für beide Seiten unbefriedigend wäre. Sie ist, von Ausnahmen abgesehen, vermeidbar, wenn dem Prinzip des informierten Einverständnisses (»informed consent«) Geltung verschafft wird. Das Recht des Patienten auf Information ist zu respektieren.

Es schließt auch das Recht ein, unangenehme Fragen zu stellen und ggf. eine vorgeschlagene Therapie abzulehnen. Für den Arzt, der das Beste für den Kranken will und dessen Handeln durch eine auf Fachkompetenz beruhende Verantwortlichkeit bestimmt ist, kommt es dann darauf an, im Gespräch dem Patienten ein Gefühl der Geborgenheit zu vermitteln und durch ausgiebige Information eine Entscheidung herbeizuführen, die keine negativen Konsequenzen für das beiderseitige Verhältnis hat.

Das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung findet da seine Grenze, wo dieser eine Behandlung fordert, die nach Kenntnis des Arztes keinerlei Einfluss auf den Verlauf der Krankheit hat, möglicherweise sogar zu lebensbedrohlichen Folgen führt. An seine Stelle sollte dann sinnvollerweise die auf Vertrauen und Information gegründete Mitbestimmung des Patienten treten.

Ihre Handhabung und ihre Problematik sei an einem angenommenen Beispiel verdeutlicht: Ein Patient, der so unter einer fortgeschrittenen Krankheit leidet, dass er das Leben für unerträglich hält, bittet den Arzt, ihm durch Verabreichung einer Überdosis an Medikamenten weiteres Leiden zu ersparen. Es ist eine Bitte um aktive Sterbehilfe.

Viele Ärzte werden in aller Bestimmtheit diese Bitte ablehnen; für sie gilt diesbezüglich der »kategorische Imperativ«. Ein Arzt kann aber auch, anstatt die Bitte kategorisch abzulehnen, versuchen, mit großer Geduld die tieferen Gründe für den Wunsch des Patienten, sein Leben zu beenden, zu erfahren.

In dieser Alternative spiegelt sich der oben aufgezeigte Gegensatz der durch Kant und Mill vertretenen ethischen Auffassungen. Nach Kant muss der Wunsch des Patienten kategorisch abgelehnt werden, weil er gegen eines der grundlegenden ethischen Gesetze verstößt: Du sollst nicht töten. Nach Mill hätte der Arzt zu fragen, was dem Patienten den größten Nutzen bringe. Bei ihm stehen Fragen, die das Wohlergehen des Patienten betreffen, im Vordergrund: Was kann ich Gutes für den Patienten tun? Wie kann ich die Hintergründe für seine Ängste und sein Leiden besser verstehen? Die Nutzetik (Mill) würde hinterfragen, welchen Nutzen der Patient – andere Patienten – der Arzt – die Gesellschaft bei der einen oder anderen Entscheidung haben. Dabei stellt sich wieder die Frage, ob die von uns vorgezogene Handlung wirklich im Interesse des Patienten liegt.

Die beiden ethischen Grundhaltungen stehen seit jeher in einem scharfen Gegensatz zueinander; wir müssen uns mit beiden Richtungen auseinander-

setzen. Es gibt einerseits moralische Grenzen unseres Handels, die in jedem Fall zu beachten sind. Andererseits müssen wir aufgeschlossen sein für alles, was für den Patienten von Nutzen sein könnte.

Es liegt in der Hand des Arztes, Entscheidungen der Patienten und ihrer Angehörigen durch Information, Desinformation oder deren Unterlassung zu manipulieren; d. h. damit wird er in der Regel die Antwort bekommen, die er hören möchte. Es ist dann eine auf seine Verantwortung und Fachkompetenz gegründete Entscheidung: Paternalismus.

Paternalismus ist manchmal notwendig. Wenn etwa ein Schwerverletzter ins Krankenhaus eingeliefert wird und lebensrettende Maßnahmen innerhalb von Minuten eingeleitet werden müssen, bleibt kaum Zeit für Information und Debatte mit Patient oder Angehörigen. Sie müssen uns vertrauen, und es ist die Aufgabe des Arztes, diesem Vertrauen gerecht zu werden.

Wenn bei einem schwerkranken, beatmeten Kind auf einer Intensivstation trotz aller Therapiebemühungen ein Hirntod diagnostiziert wird, dann wäre es für die Eltern eine unzumutbare Belastung, ihnen die Entscheidung zu überlassen, ob die Beatmung beendet oder fortgeführt werden solle.

In einer solchen Situation könnte der Arzt nach einleitenden Worten die Aussage machen: »Bei der letzten Untersuchung wurde festgestellt, dass bei Ihrem Kind die Funktion des Gehirns unwiderruflich erloschen ist.« Er könnte dann fortfahren: »Wir haben die Situation sehr, sehr genau überlegt. Unter diesen Umständen halten wir es für Sie und für Ihr Kind für das beste, wenn wir jetzt die Therapie und die Beatmung beenden.«

Etwas anders wird die Lage für die Eltern, wenn der Arzt nach der oben erwähnten Einleitung sagt: »Aber diesen Entschluss, jetzt die Therapie zu beenden, wollen wir selbstverständlich nicht fassen ohne Ihre Einwilligung. Welche Entscheidung halten Sie für richtig?«

Die große Herausforderung für den Arzt liegt in solchen Fällen darin zu wissen, was der Patient oder die Angehörigen in ihrer Autonomie entscheiden sollen, und herauszufühlen, wann es für diese unmöglich wird, Entscheidungen zu treffen. In dem zuletzt erwähnten Beispiel kann die sicher wohlgemeinte Offenheit des Arztes bei den Eltern das Gefühl hinterlassen, dass sie letzten Endes mehr oder weniger verantwortlich für den Entschluss gewesen seien, die Therapie zu beenden – eine Belastung, unter der sie vielleicht ein Leben lang zu leiden haben.

Der Arzt muss in solchen Situationen *immer* unterstreichen, dass er allein die fachliche Verantwortung für die getroffene Entscheidung trägt. Es

2.1 · Autonomie oder Paternalismus?

gibt nicht wenige solche Situationen, in denen der Arzt allein die Verantwortung zu tragen hat, und er muss diese Verantwortung offen zu tragen wissen.

Bei schwierigen klinischen Entscheidungen entsteht immer die Frage:

- Welche Wertvorstellung soll bei der Entscheidung eine Rolle spielen?

Hinter dieser Frage liegt eine andere zentrale Frage:

- Wer soll entscheiden, welche Wertvorstellung zugrunde liegen soll?

Solange die Entscheidungen des Arztes und des Personals auf allgemeingültigen Auffassungen von Recht und Moral beruhen, ist eine bewusste Antwort auf diese Fragen nicht dringend erforderlich. Aber nicht selten haben Patienten, Angehörige, Arzt und Pflegepersonal verschiedene Interessen und verschiedene Wertvorstellungen, wodurch sie unterschiedliche Entscheidungen treffen werden.

➤ Beispiel aus der Praxis

Ein Patient hatte wiederholt den Ärzten und Krankenschwestern signalisiert, nicht länger am Respirator behandelt werden zu wollen. Er litt unter einem Larynxkarzinom mit ausgedehnten Metastasen in Leber, Lunge und Rückenmark. Trotz einer Entlastungsoperation wegen zunehmender Lähmung führte eine zunehmende Ateminsuffizienz zu der Respiratortherapie. Eine Entwöhnung davon war jetzt aufgrund der fortgeschrittenen Krankheit nicht mehr möglich.

Der Patient machte schriftlich geltend, dass er eine Lebensverlängerung durch die Respiratortherapie verbiete. Diese Entscheidung wurde von seinen Angehörigen unterstützt. Sein Arzt meinte dagegen, der Patient könne noch einige Monate mit Respiratortherapie leben und verweigerte den Abbruch der Therapie. Er gab auch an, der Patient sei in der gegebenen Situation schwer depressiv und nicht entscheidungsfähig. Er wies auf seine Erfahrung mit einem anderen Patienten hin, der den Abbruch von lebensverlängernden Maßnahmen verlangt hatte. Der Arzt hatte dessen Wunsch nicht respektiert, und dieser Patient hatte ihm kurze Zeit später zu verstehen gegeben, dass er für diese Entscheidung sehr dankbar war (Cohen 1989).

Viele werden den Überlegungen dieses Arztes kritisch gegenüberstehen. Wir sehen, wie Ärzte andere Entscheidungen treffen können als ihre Patienten. In diesem Fall hat der Arzt eine andere Vorstellung davon, was lebenswert ist,

und er hat die Macht, seine Entscheidung geltend zu machen und die Kompetenz des Patienten in Frage zu stellen.

Das Ausmaß der Macht ist zu bedenken, das der Arzt über seinen Patienten ausübt. Diese Macht ist weitgehend unsichtbar und unreflektiert; sie ist komplizierter als andere offene Machtkonstellationen in der Gesellschaft. Medizinethische Fragen sind treibende Kräfte in der ethischen Debatte unserer Zeit; viele Ethiker sind der Meinung, dass moderne Ethik ohne die medizinischen Herausforderungen bedeutungslos wäre (Toulmin 1982; ► Kap. 9: »Die Rolle des Arztes«).

Wohl kaum einer hat so scharfsinnig und selbstkritisch zu diesem Thema geschrieben wie der dänische Philosoph Søren Kierkegaard. In einem vielzitierten Aufsatz über die Kunst des Helfens beschreibt er die Wertgrundlage für diese schwierige Aufgabe. Es wäre sehr zu wünschen, dass der Arzt, das Pflegepersonal oder andere »Helfer« sich stets vergegenwärtigen, was Kierkegaard wie folgt formulierte:

Wenn wir beabsichtigen, einen Menschen zu einer bestimmten Stelle hinzuführen, müssen wir uns zunächst bemühen, ihn dort anzutreffen, wo er sich befindet und dort anfangen. Jeder, der dies nicht kann, unterliegt einer Selbsttäuschung, wenn er meint, anderen helfen zu können.

Wenn ich wirklich einem Anderen helfen will, muss ich mehr verstehen als er, aber zu allererst muss ich begreifen, was er verstanden hat. Falls mir dies nicht gelingt, wird mein Mehr-Verständnis für ihn keine Hilfe sein. Würde ich trotzdem mein Mehr-Verständnis durchsetzen, dürfte dieses wohl in meiner Eitelkeit begründet sein. Ich möchte meine Unterstützung durch seine Bewunderung ersetzen.

Aber jede wahre Kunst der Hilfe muss mit einer Erniedrigung anfangen.

Der Helfer muss zuerst knien vor dem, dem er helfen möchte.

Er muss begreifen, dass zu helfen nicht zu herrschen ist, sondern zu dienen;

- dass Helfen nicht eine Macht, sondern eine Geduldausübung ist;
- dass die Absicht zu helfen einem Willen gleichkommt, bis auf weiteres zu akzeptieren, im Unrecht zu bleiben und nicht zu begreifen, was der Andere verstanden hat.

(KIERKEGAARD 1859: *Eine einfache Mitteilung*)

2.2 Sterbenlassen – passive Sterbehilfe

Meine Aufgabe ist es, mich um die Gesundheit des Patienten zu kümmern.
Es gibt Zeiten, in denen es im Interesse der Gesundheit liegt, zu sterben.
Es ist nicht gesund, das Sterben hinauszuziehen.
(CICELY SAUNDERS)

2.2.1 Gibt es Situationen, in denen der Tod nicht mehr der Feind des Patienten ist?

Ziel des ärztlichen Strebens ist es, Krankheit zu bekämpfen und Gesundheit zu fördern. Liegt das aber immer im Interesse des Patienten? Vor 30 Jahren war es noch ungewöhnlich, größere Operationen an Patienten vorzunehmen, die das 70. Lebensjahr überschritten hatten. Heute werden nicht selten 90-Jährige nach großen Operationen geheilt nach Hause entlassen.

Wir Mediziner leben davon, Leben zu erhalten. Aber sehen wir auch, dass wir nicht selten über das Ziel hinausschießen? Fast jeden Tag kann man in jedem Krankenhaus beobachten, wie Patienten am gleichen Tag, an dem sie sterben, noch einer Reihe von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen unterzogen werden, die nicht nur sinnlos und kostspielig sind, sondern auch einen Ersatz darstellen für das, was der Patient am meisten braucht, aber nicht bekommt (Jecker u. Pearlman 1992).

Dabei ist die Kostenverschwendung größer, als die meisten es sich vorstellen. Es ist berechnet worden, dass wir im Gesundheitswesen 50.000–100.000 Euro für das jeweils letzte Lebensjahr unserer Patienten ausgeben (Smith 1995). Damit soll nicht zum Ausdruck gebracht werden, dass dieses Geld einfach eingespart werden sollte. Aber vielleicht sollten wir uns bemühen, kritischer zu beobachten, welche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen für welche Patienten mit diesen Geldern finanziert werden. Ist es wirklich notwendig, jeden Tag Blut abzunehmen, einen Tropf anzuhängen, Antibiotika oder Herzmittel zu verabreichen und Untersuchungen vorzunehmen, wenn wir alle eingesehen haben, dass das Leben eines Patienten nicht mehr zu retten und die verbleibende Lebenszeit nur noch sehr begrenzt ist?

Schwerwiegender als die Kostenfrage ist das körperliche und seelische Leiden für Patient und Angehörige in einer solchen Situation. Unsere unnötigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen lenken vom Wesentlichen ab, wenn es um das Lebensende eines Patienten geht. Sowohl der Patient wie auch die Angehörigen brauchen, um eine solche Situation verstehen und durchstehen zu können, eine offene, vertrauliche Führung des Arztes. Sie brauchen eine Atmosphäre, in der Fragen, Verzweiflung, Angst und andere Reaktionen zugelassen sind. Wir wissen durch Aussagen von Hinterbliebenen, dass die letzten Wochen und Tage eines Sterbenden, selbst wenn er um sein nahes Ende weiß, als die wichtigsten in seinem Leben bewertet wurden.

So kann es beispielsweise um die Frage gehen, ob der Kranke im Krankenhaus verbleiben oder nach Hause verlegt werden soll, um dort in Frieden zu sterben. Es kann wichtig sein, Angehörige oder Bekannte zu erreichen und zu verständigen. Vielleicht braucht jemand Informationen über den Zustand des Patienten; vielleicht sind Angehörige zu unterstützen, damit sie in der Lage sind, die letzten Stunden mit dem Kranken zu verbringen.

All dies setzt voraus, dass der Arzt nicht nur alles unterlässt, was falsch ist, sondern auch sieht, was er an Gutem ausrichten kann.

Informiertes Einverständnis

➤ Beispiel aus der Praxis

Frau A. sollte am nächsten Tag operiert werden. Bei der präoperativen Visite fiel mir auf, dass ihr Allgemeinzustand sehr schlecht war. Sie hatte seit 6 Jahren ein schweres Krebsleiden mit multipler Metastasierung im Gastrointestinalbereich. Viermal war sie in diesem Bereich operiert worden. Jetzt litt sie unter Fistelbildung vom Darm zu Harnblase und Scheide. Dünnpflüssiger Stuhl bildete sich und plagte sie sehr. Frau A. war eine aufgeschlossene und lebensbejahende Frau, die gegen ihre Krankheit mit großer Intensität gekämpft hatte. Jetzt sagte sie: »Ich kann nicht mehr, bitte hilf mir.«

Da das Operationsrisiko sehr groß war, suchte ich ihren Chirurgen auf. Auf meine Fragen sagte dieser: »Du hast Recht, das OP-Risiko ist mehr als groß. Ich fürchte, ihre Aussichten sind mit oder ohne Operation sehr gering. Aber haben wir eine Wahl?«

Darauf suchten wir gemeinsam die Frau auf und wiederholten unser Gespräch. Sie stellte dabei einige Fragen. Dann schaute sie uns an und sagte: »Wenn ich also richtig verstanden habe, habe ich die Wahl zwischen einer

risikoreichen Operation und der Möglichkeit, nach Hause zu fahren. Wie ich mich auch entscheide, es sieht für mich schlecht aus; es bleibt mir nur noch eine kurze Zeit. – Vielen Dank für diese sehr wertvolle Offenheit. Jetzt habe ich das erfahren, was ich wissen wollte. Ich möchte nicht operiert werden, ich will nach Hause.«

Dann fügte sie noch hinzu: »Wissen Sie, auf dem Weg zum Krankenhaus, kurz bevor wir ankamen, sagte ich noch zu meinem Mann: Ich glaube, dass die einzige Möglichkeit zu sterben für mich darin besteht, mit dem Essen aufzuhören.«

Nicht alle Patienten besitzen die Entscheidungskraft dieser Frau. Nicht alle haben das Verständnis, sich damit abzufinden, dass die Krankheit nicht mehr aufzuhalten ist; nicht alle kommen zu der Einsicht, dass nicht eine risikoreiche und folgenschwere Behandlung für sie hilfreich ist, sondern eine Unterstützung, die sie in die Lage versetzt, dem Ende mit offenen Augen entgegensehen zu können.

Diese letzte Aussage der Frau weist auch auf eine andere Perspektive. Einige werden fragen: Wenn sie, bevor sie zum Krankenhaus fährt, selbst sagt, »Ich sehe jetzt, dass der Tod bevorsteht, ich bin bereit zum Sterben«, warum bleibt sie dann nicht einfach zu Hause? Hier dürfen wir nicht die Bedeutung übersehen, wenn ein Arzt die Vermutungen des Patienten bestätigt oder entkräftet. Der Arzt als Besitzer der medizinischen »Wahrheit« ist gefragt. Diese Frau hat eine Familie. Sie weiß, dass sie noch gebraucht wird. Sie möchte nicht sterben, und sie braucht in ihrer Lage den medizinisch kompetenten Gesprächspartner.

Verhindern wir Ärzte aber nicht häufig durch fehlende Offenheit oder mangelnde Bereitschaft zur Kommunikation ein friedliches Sterben unserer Patienten (Buckman 1996)? Sollten wir nicht vielmehr durch offene Darlegung des Krankheitsverlaufs, der Therapiemöglichkeiten und ihrer Folgen die Voraussetzung dafür schaffen, dass der Patient zusammen mit seinen Angehörigen die letzten Wochen und Tage seines Lebens sinnvoll gestalten kann? Eine solche Aufklärung ist nicht einfach. Sie erfordert hohe fachliche und menschliche Kompetenz.

Das bereits erwähnte »informierte Einverständnis« wird in solchen Situationen uns und dem Patienten helfen, richtig vorzugehen. Unsere Aufgabe ist es daher zunächst, ihn über die Krankheit, über die Therapiemöglichkeiten und deren Folgen zu informieren. Danach sollen wir einfühlsam dem Patienten aus-

reichend Zeit lassen, Fragen zu stellen und sich zu entscheiden. Unsere Aufgabe ist es, eine oder mehrere Therapiealternativen anzubieten. Die Aufgabe des Patienten ist es, sich für die eine oder andere Alternative zu entscheiden.

Wenn der Patient sich für eine Alternative entscheiden sollte, die wir nicht für gut halten, liegt es bei uns, dies auf die eine oder andere Weise auszudrücken, um ihn damit auf mögliche negative Folgen aufmerksam zu machen. Wenn er sich für eine Therapie entscheiden sollte, die wir selbst aus fachlichen Gründen nicht vertreten können, ist es unsere Pflicht, dies in aller Deutlichkeit auszusprechen. Der Patient hat zum Beispiel kein Anrecht auf eine Operation, die der Arzt für unverantwortlich hält (Smith 1995).

Es kommt darauf an, die Autonomie des Patienten und die Fachkompetenz des Arztes in ein Verhältnis gegenseitigen Respektes zu bringen. Das setzt einmal voraus, dass der Arzt sich nicht nur für Behandlungsalternativen einsetzt, die er bisher bevorzugte. Es muss für den Patienten die Möglichkeit gewährleistet sein, freiwillig, d. h. ohne äußeren Druck, seine Entscheidung zu treffen. Das traf bei Frau A. zu. Dieses Beispiel hat nichts mit passiver Sterbehilfe zu tun. Es ging hier nicht um die Frage, ob eine lebensnotwendige Therapie unterbrochen oder nicht durchgeführt werden sollte, sondern um die autonome Entscheidung der aufgeklärten Patientin.

Es ist ideal, wenn Patient und Arzt in der Lage sind, Gespräche auf einer Ebene zu führen, die es dem Patienten ermöglichen, reife und gute Entscheidungen zu treffen. Es gibt viele Gründe, warum das nicht immer möglich ist.

Manchen Patienten und Ärzten fehlen die fachlichen und menschlichen Voraussetzungen für eine solche Verständigung. Auch in diesen Fällen hat der Arzt daran zu denken, dass er professioneller Helfer zu sein hat und darauf bedacht sein muss, den Patienten zu verstehen und ihm zu helfen (► Kap. 3: »Kommunikation«). Häufig ist ein Patient nicht mehr in der Lage, wichtige Entscheidungen zu treffen, weil die kognitiven Voraussetzungen bei ihm nicht oder nicht mehr vorhanden sind. Er begreift die Therapiealternativen und ihre Konsequenzen nicht mehr, weil die Krankheit zu weit fortgeschritten ist und seine Bewusstseinslage evtl. bis hin zu einem Bewusstseinsverlust beeinträchtigt.

Während bei entmündigten Menschen ein Vormund bestellt wird, der rechtskräftige Entscheidungen für diesen Menschen treffen kann und muss, ist dies bei Patienten mit einer durch die Erkrankung eingeschränkten Entscheidungsfähigkeit selten der Fall. Dies hat ganz unterschiedliche Gründe und stellt den Arzt vor schwierige Entscheidungen.

Der bewusstlose Patient

➤ Beispiel aus der Praxis

Ein 81-jähriger Patient kommt nachts als Notaufnahme in das Krankenhaus. Die diensthabenden Ärzte stellen fest, dass sein akuter Zustand durch ein rupturierendes Aortenaneurysma (Riss der Hauptschlagader) bedingt ist. Ohne Operation würde er innerhalb von Stunden sterben. Der Patient ist im Schock, kann also vor der Operation nicht gefragt oder informiert werden. Kein Angehöriger ist anwesend. Die Operation ist erfolgreich. Wegen des Schweregrads seines Zustands wird er nach der Operation auf die Intensivabteilung verlegt und beatmet.

Die Angehörigen, Ehefrau und zwei Töchter, werden darüber informiert, dass sein Zustand kritisch, aber stabil ist. Aufgrund des Krankheitszustands und der Wirkung der zugeführten Medikamente ist es nicht möglich, mit ihm Kontakt zu bekommen. In den nächsten Tagen ändert sich die Lage nicht. Den Angehörigen wird mitgeteilt, dass Überlebenschancen vorhanden sind, dass es aber erst in den folgenden Tagen möglich sein wird, genauere Äußerungen dazu zu machen.

Am 4. Tag der Intensivbehandlung bitten die Angehörigen um ein Gespräch. Sie erkundigen sich nach dem Zustand des Patienten. Dann erklären sie, dass der Kranke selbst sich wiederholt in den letzten Jahren dazu geäußert habe, wie man sich ihm gegenüber verhalten solle, falls er in einen behandlungsbedürftigen lebensbedrohlichen Zustand wie diesen gerate. Er wolle dann die Möglichkeit bekommen, in Frieden zu sterben und habe ein »Patiententestament« ausgefüllt. Unter keinen Umständen wolle er in einer solchen Situation einer längeren Intensivtherapie unterzogen werden.

Wie sollten die Ärzte jetzt vorgehen? Die für diesen Fall deutlich dokumentierte Entschlossenheit des Kranken und das ebenso eindeutige und einhellige Verhalten der Angehörigen machten es schwer, den Wunsch des Kranken zu übersehen. In dieser speziellen Situation brauchen die Ärzte fünf Wochen, bevor sie sich zu einer Aufgabe der therapeutischen Maßnahmen entschließen konnten. Es waren fünf Wochen mit zunehmenden Komplikationen.

Schon frühzeitig hatte sich eine Mehrheit der Ärzte zu der Einsicht bekannt, dass die Fortführung der Therapie lediglich zu einer Verlängerung des Sterbens führe. Doch sprachen sich auch immer ein oder zwei erfahrene Ärzte gegen eine Aufgabe der Therapie aus, die dann auf dieser Grundlage fortgesetzt wurde. War das notwendig? War das richtig?

Die weitere Krankheitsentwicklung des Patienten gab den Befürwortern einer Therapiefortsetzung nicht Recht. Die erfahrenen Chirurgen beriefen sich bei ihrer Argumentation auf Erfahrungen in gleich gelagerten Fällen, die einen positiven Ausgang genommen hatten. Dies ist bestimmt einer der Hauptgründe dafür, dass es vielen Ärzten so schwer fällt, eine Therapie zu beenden, auch wenn die Aussichten eines Patienten auf eine Verbesserung längst nicht mehr gegeben sind und der Tod allen Erfahrungen nach kurz bevorsteht (Andrae 1994).

Im Nachhinein ist es einfach zu sagen: Dieser Patient hätte wenigstens vier Wochen vorher die Möglichkeit bekommen sollen, in Ruhe zu sterben. Zweifellos gibt es auch Grund zu der Aussage, dass viel zu häufig in solchen Situationen sinnlos »um jeden Preis« weiter therapiert wird.

Sollten wir Ärzte uns nicht häufiger darauf besinnen, dass unsere Aufgabe vor allem darin besteht, das Leben der einzelnen Patienten zu respektieren? Und gehört dazu nicht auch das Recht jedes einzelnen Menschen auf ein möglichst würdevolles Sterben?

Wenn ein Patient sich selbst in einer solchen Situation äußern kann, ist es unsere Pflicht, seine Wünsche zu respektieren (Tranøy 1992a).

Wenn ein Patient aus welchen Gründen auch immer sich nicht äußern kann, dann muss es unser Anliegen sein, auf andere Weise zu erfahren, für welche der vorhandenen Alternativen er sich entscheiden würde. Erst wenn wir entweder aus Zeitnot oder aus anderen Gründen nicht mehr in der Lage sind zu erfahren, wie der mutmaßliche Patientenwille ist, dürfen wir die Verantwortung auf uns nehmen und eigenständig im Interesse des Patienten handeln.

In vielen Ländern gibt es für Erwachsene die Möglichkeit, ein sog. »Patiententestament«, eine Patientenverfügung, aufzusetzen. Hierin wird schriftlich niedergelegt, wie man grundsätzlich oder in bestimmten Fällen behandelt und/oder betreut werden möchte und wie nicht. Ein solches Dokument muss beachtet und ernst genommen werden. Denn unser Anliegen ist es, den Willen und die Wünsche der Patienten so weit wie möglich zu respektieren (Beleites 1997, 2004; Enquete-Kommission »Ethik und Recht der modernen Medizin« des Deutschen Bundestags 2005; Strätling et al. 2004).

Gleichwohl gibt es Einwände gegen die Schaffung einer juristisch verpflichtenden Gültigkeit eines solchen Dokuments. Wie kann, so wird gefragt, ein Patient zum Zeitpunkt der Unterzeichnung einer solchen Verfügung beurteilen, was er in der Zukunft bei Krankheitssituationen, die er vielleicht selbst noch gar nicht erlebt hat, wollen würde? Auch würden

oftmals generelle Verzicht auf bestimmte Maßnahmen (Beatmung etc.) verfügt, und die behandelnden Ärzten wären im Zweifelsfall nicht in der Lage herauszufinden, ob der Patient gewusst hat, dass er damit auch solche Fälle ausschließt, in denen er etwa durch eine vollwertige Intensivtherapie innerhalb von Wochen wiederhergestellt werden könnte.

Patientenverfügung (Kutzer 2005)

Viele Menschen haben Angst vor Schmerzen, vor einem schmerzvollen Sterben, Angst vor dem Alleingelassenwerden, Angst vor unwürdiger Behandlung und Angst vor einer nicht mehr loslassenden Medizin. Sie hoffen, durch eine Patientenverfügung sich davor schützen zu können. Sie erwarten, dass ihre Patientenverfügungen von den Handelnden beachtet werden und dazu beitragen, Leiden, bleibende Behinderung und Siechtum sowie unverhältnismäßige Belastung ihrer Angehörigen zu vermeiden und ihnen die Möglichkeit zu geben, bis zum Ende nach eigenen Vorstellungen menschenwürdig zu leben. Zurzeit sind sehr unterschiedliche von den verschiedensten Organisationen herausgegebene Formulare in Umlauf. Der mögliche Inhalt von Patientenverfügungen reicht von Wünschen bis zu verbindlichen Anordnungen. Er betrifft die Ausschöpfung von Lebensverlängerungsmöglichkeiten oder deren Begrenzung. Noch so gut gemeintes paternalistisches Handeln der Ärzte, das sich über den rechtlich erheblichen Willen des Patienten hinwegsetzt, ist mit dem Grundrecht des Art. 2 Abs. 2 des Grundgesetzes auf körperliche Unversehrtheit nicht vereinbar und in der Regel als Körperverletzung strafbar.

Aus dem grundrechtlich verbürgten Selbstbestimmungsrecht des Patienten folgt also auch für die ärztliche Behandlung des dem Tode geweihten Menschen, und zwar unabhängig davon, ob der Tod unmittelbar bevorsteht oder nicht, dass jeder ärztliche Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten, der von diesem nicht oder nicht mehr gewollt wird, rechtswidrig ist. Die erteilte oder versagte Einwilligung ist maßgeblich, wenn der Patient einwilligungsfähig und über die Bedeutung des Eingriffs hinreichend aufgeklärt ist.

Patientenverfügungen sind jedenfalls eine nützliche, aber nicht notwendige Option des Patienten. Dieser kann sich auch ohne Patientenverfügung uneingeschränkt der Fürsorge des Arztes und seines sozialen



Umfelds anvertrauen. Empfehlenswert erscheint es jedoch, rechtzeitig eine mit schriftlicher Vollmacht auszustattende Vertrauensperson auszuwählen, die dem Arzt als Sachwalter des Patienteninteresses zur Seite steht, wenn es darum geht, die Vor- und Nachteile schwerwiegender Maßnahmen gegeneinander abzuwägen und dann die entsprechenden Entscheidungen gemäß dem mutmaßlichen Patientenwillen zu treffen oder zu unterlassen.«

Es ist nicht einfach, sich generell zu äußern über das, was in den einzelnen Fällen das »richtige« Vorgehen ist. Jede Situation ist in ihrer Weise einzigartig und muss individuell beurteilt werden. Es besteht trotzdem Grund zu der Annahme, dass wir Ärzte Angst haben vor einem Aufgeben unserer Therapiemaßnahmen. Wir haben Angst, Fehler zu begehen und setzen deshalb lieber auf »Nummer sicher«: maximale Therapie bis zum bitteren Ende (Smith 1995).

Von Anfang an war es ein wichtiges Anliegen der Palliativmedizin, diese Fragen zu beleuchten. Einen Menschen sterben zu lassen, ist etwas, das wir nach den Grundsätzen unserer medizinischen Ausbildung als eine Niederlage zu betrachten haben, auch in solchen Situationen, in denen der Tod für den Kranken eine Erlösung wäre.

Die Palliativmedizin sagt nicht, dass sie für dieses ethische Dilemma ein allgemeingültiges Lösungsangebot zur Hand hätte. Sie will aber die Situation des Patienten und die der Angehörigen auf eine Weise beleuchten, die es uns ermöglicht, in schwierigen Situationen gute Entscheidungen zu treffen.

Eine gute Stütze bei schwierigen Entscheidungen im medizinischen Alltag ist die Frage:

Wie würde meine Entscheidung aussehen, wenn der Patient in diesem Bett nicht eine mir unbekannte Person wäre, sondern meine Mutter, mein Ehegatte, mein Kind oder ich selbst?

»Wenn man sieht, was die heutige Medizin fertigbringt, fragt man sich unwillkürlich: Wie viele Etagen hat der Tod?« (Jean-Paul Sartre)

In diesen Worten Sartres kommt zum Ausdruck, dass manche Ärzte sich weigern, sich überhaupt mit den Fragen der Änderung des Behandlungsziels, des Nichtergreifens sog. »futiler« Maßnahmen oder der passiven Sterbehilfe auseinanderzusetzen. Sie sagen, ihre ärztliche Aufgabe sei es, immer Leben zu retten und Leben zu erhalten. Sie glauben, damit eine sichere Grundlage für ihr ärztliches Handeln gefunden zu haben und sich schwierigen ethischen Entscheidungen entziehen zu können. Dabei vergessen sie aber, dass sie sich

mit einer solchen Einstellung gerade den Grundregeln ärztlichen Verhaltens und ärztlicher Ethik widersetzen (Pellegrino u. Thomasma 1994). Wenn Ärzte sich ausschließlich darauf konzentrieren würden, alles medizinisch Mögliche zu tun, werden sie medizinethisch viele Fehler machen. Sie werden kaum in der Lage sein, für den Patienten das zu tun, was dieser am meisten braucht.

2.2.2 Entscheidungen über Behandlungsabbruch

Der entscheidungsfähige (autonome) Patient

Wie wir in ► Kap. 2.1.1 deutlich gemacht haben, hat jeder Patient das Recht auf Information und das Recht auf Respektierung seiner eigenen Entscheidungen über weitere Diagnostik und Therapie. Der Wille eines Patienten, der bei vollem Bewusstsein Aussagen über eine Unterbrechung oder ein Unterlassen von Therapiemaßnahmen macht, muss respektiert werden. Das gilt auch für den Fall, dass diese Therapiemaßnahmen lebensnotwendig sind. Wenn der Patient also eine bestimmte Behandlung ablehnt, so entzieht er damit dem Arzt das Behandlungsrecht für diesen ganz bestimmten Fall, der Arzt darf nicht gegen den Willen des Patienten handeln. Dem entspricht es, dass die mit ärztlichen Maßnahmen verbundenen Eingriffe im rechtlich geschützten Interesse des Menschen grundsätzlich nur mit Einwilligung des Betroffenen zulässig sind (Beleites 1997; Beleites 2004).

Wenn ein autonomer Patient jede weitere Therapie ablehnt, kann nicht von passiver Sterbehilfe gesprochen werden. Diese Entscheidung, aus freiem Willen eine Therapiemöglichkeit wahrzunehmen oder nicht wahrzunehmen, entspricht einem grundlegenden Rechtsgut in der Verfassung (Eser et al. 1992).

Der nichtentscheidungsfähige Patient

Bei verwirrten Patienten oder Patienten, die nicht oder nicht mehr in der Lage sind, ihren Willen zu artikulieren und diesen auch nicht zu einem früheren Zeitpunkt schriftlich festgelegt hatten, und bei Minderjährigen kann die Einwilligung in der Regel nur von deren gesetzlichem Vertreter – also nicht von anderen Angehörigen – erteilt werden. Gesetzliche Vertreter sind bei Kindern die Eltern bzw. der Vormund, bei Volljährigen der Vorsorgebevollmächtigte oder Betreuer. Vorsorgebevollmächtigte und Betreuer können vom einwilligungsfähigen, volljährigen Patienten im Voraus schriftlich für den Fall

des Eintritts einer Nichteinwilligungsfähigkeit bestimmt werden; ein Betreuer kann bei Bedarf und fehlender Vorausverfügung des Patienten durch ein Vormundschaftsgericht eingesetzt werden. Wer zu einer Einrichtung, in welcher der Betreute untergebracht ist oder wohnt, in einer engen Beziehung steht, darf nicht zum Betreuer bestellt werden (§ 1897 Abs. 3 BGB).

Patientenvertreter (Kutzer 2005)

Ist der Patient zur Abgabe einer den rechtlichen Erfordernissen genügenden Einwilligung nicht in der Lage, so kommt es für das ärztliche Handeln auf die Einwilligung des Vertreters des Patienten an. Vertreter des Patienten kann sein der vom Vormundschaftsgericht bestellte Betreuer in gesundheitlichen Angelegenheiten oder der vom geschäftsfähigen Patienten durch eine schriftliche Vollmacht bestellte Bevollmächtigte. Die Befugnis des potenziellen Patienten zur Erteilung einer so genannten Vorsorgevollmacht auch in gesundheitlichen Angelegenheiten, Gesundheitsvollmacht genannt, ist nach dem Inkrafttreten des Betreuungsrechtsänderungsgesetzes am 1. Januar 1999 (BGBl I S. 1580) nicht mehr in Frage gestellt.

Die rechtliche Institution der Betreuung und des vom Vormundschaftsgericht zu bestellenden Betreuers ist unter Ärzten allgemein bekannt. Dagegen ist die neu geschaffene Rechtsfigur des privatrechtlichen Gesundheitsbevollmächtigten unter Ärzten und Patienten noch vielfach unbekannt. Die Vollmacht braucht nicht notariell beurkundet oder beglaubigt zu werden. Soll die Vollmacht auch die Bevollmächtigung zur Entscheidung über ärztliche Maßnahmen einschließen, die zum Tode des Vollmachtgebers oder zu schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schäden führen können, so muss die Vollmacht diese Maßnahmen ausdrücklich umfassen und schriftlich erteilt worden sein. Es empfiehlt sich dringend, in oder neben einer Patientenverfügung eine Vertrauensperson als Gesundheitsbevollmächtigten zu bestellen. Hierbei kann man seit dem 1. Juli dieses Jahres auch die Hilfe der örtlichen Betreuungsbehörde in Anspruch nehmen. Dadurch vermeidet man die gerichtliche Bestellung eines Betreuers.

Die Entscheidung über fehlende Einwilligungsfähigkeit sollte der Arzt nicht allein treffen, sondern hierzu einen erfahrenen Kollegen, nach Möglichkeit

einen Fachmann (Psychiater), oder – in Zweifels- und Streitfällen – das Gericht zu Rate ziehen.

Bei Minderjährigen wird die Einsichts- und Urteilsfähigkeit vom Reifegrad und der konkreten vorliegenden Situation abhängig sein. Alltägliche und verhältnismäßig harmlose Eingriffe wird ein älteres Kind selbst gut beurteilen können, während das Risiko bei größeren oder folgenschweren Operationen (z. B. Sterilisation) für es noch nicht überschaubar ist.

Bei der Beurteilung, inwiefern psychisch Kranke in der Lage sind, eine Entscheidung mitzutragen, kommt es auf den Grad ihrer Störung einerseits und die Größe und Folgen des Eingriffs andererseits an.

Wenn der Arzt eine Behandlung vornimmt, ohne eine wirksame Einwilligung eingeholt zu haben, obwohl dies möglich gewesen wäre (was besonders bei mangelhafter Aufklärung der Fall sein kann), oder wenn der Arzt die Grenzen der erteilten Einwilligung überschreitet, so ist sein Handeln rechtswidrig – und kann strafrechtliche Folgen haben (Eser et al. 1992).

Der mutmaßliche Patientenwille

Kann die Zustimmung zu einer Behandlung nicht eingeholt werden, z. B. bei bewusstlosen Patienten oder Nichterreichbarkeit des gesetzlichen Vertreters, so kann sie weder durch die Einwilligung eines anderen Angehörigen ersetzt werden noch darf der Arzt selbst sich grundsätzlich die Entscheidungskompetenz zuschreiben.

Hat der eigentliche Sterbeprozess bereits begonnen, so werden lebensverlängernde Maßnahmen in aller Regel schon ärztlich nicht mehr indiziert sein, sodass sie auch ohne Feststellung eines ausdrücklichen oder mutmaßlichen Patientenwillens unterlassen werden dürfen.

In Fällen, in denen weder das Überleben noch das langfristige Wohl des Patienten von äußerst raschem Handeln abhängt, ist der Arzt gehalten, den mutmaßlichen Willen des Patienten zu ermitteln (BÄK 2004). Dies muss er tun, wenn keine Patientenverfügung vorliegt oder eine, in der die vorausverfügten, an bestimmte Bedingungen geknüpften Behandlungswünsche nicht auf die aktuelle Situation anwendbar sind und aus der auch sonst keine eindeutigen Wertekategorien des Patienten zu ersehen sind. Der mutmaßliche Patientenwille sollte über Befragungen von Menschen, die dem Patienten nahe stehen, evtl. auch den Hausarzt, ermittelt werden.

In Situationen, in denen das Überleben und/oder das langfristige Wohl eines Patienten (Sauerstoffunterversorgung des Gehirns etc.) von raschem Handeln abhängen und der Wille des Patienten unklar ist, gilt »in dubio pro vita«. Dies entbindet aber nicht davon, nach der Durchführung der zunächst notwendigen Maßnahmen den Willen des Patienten zu ermitteln und eingeleitete Maßnahmen ggf. einzustellen.

Wachkomapatienten, Demenz und künstliche Ernährung

Ein wichtiges Urteil des Bundesgerichtshofs 2004

1. »Bei einem unheilbar erkrankten, nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten kann der Abbruch einer ärztlichen Behandlung oder Maßnahme ausnahmsweise auch dann zulässig sein, wenn die Voraussetzungen der von der Bundesärztekammer verabschiedeten Richtlinien für die Sterbehilfe nicht vorliegen, weil der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat. Entscheidend ist der mutmaßliche Wille des Kranken.
2. An die Voraussetzungen für die Annahme eines mutmaßlichen Einverständnisses sind strenge Anforderungen zu stellen. Hierbei kommt es vor allem auf frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen des Patienten, seine religiöse Überzeugung, seine sonstigen persönlichen Wertvorstellungen, seine altersbedingte Lebenserwartung oder das Erleiden von Schmerzen an.«

Urteil des 1. Strafsenats vom 13. September 1994 (BGHSt 40, 257)

Dazu Klaus Kutzer (2005):

Durch dieses Urteil ist einer weiten Öffentlichkeit erstmals klargeworden, dass Patienten bei irreversibler Bewusstlosigkeit eine jahrelange künstliche Ernährung rechtlich nur vermeiden können, wenn sie zuvor ihren Willen auf Einstellung der lebenserhaltenden Maßnahmen bekundet haben. Die Form dazu bietet eine schriftliche oder auch mündliche Patientenverfügung. Dieses Problem ist von erheblicher praktischer Bedeutung. Denn die Zahl der so genannten Wachkomapatienten, also der Kranken mit apallischem Syndrom,

deren Zustand sich während der Akutbehandlung oder Frührehabilitation nicht gebessert hat, liegt nach Schätzungen des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahr 2001 bei rund 5.000, von denen etwa 70% in der häuslichen Umgebung versorgt werden. Die Zahl der irreversibel hirngeschädigten Wachkomapatienten steigt ständig, zum Teil auch als Folge zu später Reanimationen.

Ähnliche Probleme ergeben sich durch die unaufhaltsame Zunahme von Demenzerkrankungen. Will der Patient also vermeiden, dass er jahrzehntelang künstlich durch die Bauchdecke ernährt wird, ohne dass er die Chance einer Wiedererlangung des Bewusstseins oder der Kommunikationsfähigkeit hat, so muss er tunlichst eine Patientenverfügung errichten. Dies gilt nicht nur für ältere Menschen. Denn auch junge Menschen können, z. B. aufgrund eines schweren Unfalls, ins irreversible Wachkoma fallen.

Die Entscheidung des Bundesgerichtshofs hat damit zwar die grundsätzliche rechtliche Bindungswirkung einer Patientenverfügung anerkannt, wenn sie die konkrete Entscheidungssituation betrifft und nicht widerrufen worden ist. Der Bundesgerichtshof hat jedoch auch eine weit reichende Ausnahme postuliert, nämlich das Verbot, eine auf den Verzicht lebenserhaltender Maßnahmen gerichtete Patientenverfügung umzusetzen, wenn keine »letzte Sicherheit« darüber zu gewinnen ist, dass das Grundleiden des Betroffenen einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen hat, und wenn durch die abgelehnte ärztliche Maßnahme das Leben des Betroffenen verlängert oder erhalten würde.

Wichtig an dieser Entscheidung ist ferner die Aussage, dass für das Einstellen lebenserhaltender Maßnahmen außerhalb des eigentlichen Sterbeprozesses eine Genehmigung des Vormundschaftsgerichts nur erforderlich ist, wenn Arzt und Patientenvertreter insoweit unterschiedlicher Auffassung sind. Das Vormundschaftsgericht ist also nicht mehr, wie es früher noch ein Strafsenat des Bundesgerichtshofes entschieden hatte, in jedem Fall der Einstellung der künstlichen Ernährung im Vorfeld des Sterbens, z. B. bei einem nicht im Sterben liegenden Wachkomapatienten, einzuschalten, sondern nur noch, wenn ein so genannter Konfliktfall vorliegt, weil der Patientenvertreter sich gegen ein Weiterbehandlungsangebot des Arztes entscheidet. Hat der Sterbeprozess jedoch schon begonnen, dürfte die Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen maßgeblich von der allein vom Arzt zu verantwortenden medizinischen Indikation abhängen, sodass er frei von Weisungen Dritter ist.

2.2.3 Passive Sterbehilfe – Klinische Beurteilung und Definition

Passive Sterbehilfe betrifft nur nichteinwilligungsfähige Patienten, bei denen nicht die Möglichkeit zu vorbereitenden Gesprächen gegeben war und bei denen eine Fortführung bestimmter lebenserhaltender Therapien oder das weitere Ergreifen von lebenserhaltenden/-verlängernden Maßnahmen aus medizinischen, ethischen und humanitären Gründen sehr fraglich erscheint. So wäre es z. B. passive Sterbehilfe, wenn der Arzt auf die Behandlung einer Pneumonie oder einer anderen lebensbedrohlichen Komplikation verzichtet, um bei einem Sterbenden den Sterbeprozess nicht zu verlängern.

Das Nichtfortführen oder Nichtergreifen therapeutischer Maßnahmen bei einwilligungsfähigen, aufgeklärten Patienten entsprechend deren Willen hingegen ist *keine* passive Sterbehilfe.

Ärzte werden regelmäßig vor Situationen stehen, in denen sie bei der Behandlung eines nichtautonomen, schwerkranken und sterbenden Patienten zu der Einsicht kommen, dass es nicht im Interesse des Patienten liegen kann, die jetzt laufende Therapie weiter durchzuführen. Wenn sie dann nach reifer und gründlicher Überlegung, wobei die zuvor beschriebenen Betrachtungen über Einwilligung, mutmaßlichen Patientenwillen und Autonomie ernsthaft erwogen wurden, zu der Ansicht kommen, dass die das Sterben verlängernde Therapie unterbrochen werden sollte, wird dies juristisch und in der medizinischen Ethik als passive Sterbehilfe bezeichnet.

Passive Sterbehilfe ist im Bereich der Medizin ein international etablierter Begriff (Rachels 1975). Viele halten ihn für unglücklich gewählt und meinen, er solle ersetzt werden durch das einfachere und korrektere »Sterbenlassen«. Die Hauptfunktion des Begriffes liegt wohl darin, den Ärzten den Unterschied deutlich zu machen zwischen dem, was unter gewissen Voraussetzungen erlaubt sein kann (passive Sterbehilfe), und dem, was nicht erlaubt ist (aktive Sterbehilfe).

Die Europäische Gesellschaft für Palliativmedizin (EAPC) hält die Unterteilung in »aktive Euthanasie/Sterbehilfe«, »passive Euthanasie/Sterbehilfe« und »indirekte Euthanasie/Sterbehilfe« für grundsätzlich fragwürdig und in der Praxis v. a. für missverständlich. Sie schlägt vor, nur noch in *Euthanasie* und *ärztlich assistierten Suizid* zu unterscheiden. Beides sei in den meisten Ländern der Erde strafbar, passive und indirekte Sterbehilfe aber nicht, und zur Definition des Terminus Euthanasie gehöre ja der ausdrückliche Wunsch und die Einwilligung des Patienten, was daher aus rein logischen Gründen

Termini wie passive und indirekte Euthanasie absurd erscheinen lasse (EAPC Ethics Task Force 2003).

Definition

Passive Sterbehilfe

Passive Sterbehilfe ist die Entscheidung des Arztes, bei einem sterbenden, nicht einwilligungsfähigen Patienten

- entweder auf eine das Sterben verlängernde Therapie zu verzichten
- oder eine bereits begonnene das Sterben verlängernde Therapie zu unterbrechen.

Das Ziel dieser Maßnahme ist es, einem schwerkranken, sterbenden Menschen die Möglichkeit zu geben, an seiner Krankheit zu sterben – ihn sterben zu lassen.

Die ethische Grundlage dieser sog. passiven Sterbehilfe ist der Respekt vor dem Leben und vor dem Sterben des Patienten.

Aufgabe der Medizin ist es zwar, Krankheit zu bekämpfen und Krankheitssymptome unter Kontrolle zu halten. In Bezug auf den gesamten Lebenslauf eines Menschen gehört es aber auch zu den Aufgaben des Arztes, den persönlichen Tod eines jeden zu respektieren und zuzulassen.

Wenn die therapeutischen Maßnahmen, die wir eingesetzt haben, um Krankheit zu bekämpfen oder sie unter Kontrolle zu halten, beim Patienten nichts Gutes mehr bewirken, sondern nur sein Leiden verlängern, dann muss er von uns erwarten können, dass unnötige Therapiemaßnahmen eingestellt werden. Das führt dann nicht dazu, dass der Patient getötet wird, sondern dass die Krankheit ihren natürlichen Verlauf nehmen kann. Passive Sterbehilfe bedeutet »sterben lassen«. Es bedeutet keineswegs, den Patienten »aufzugeben« (Randall u. Downie 1996, Husebø u. Tausjø 1986)!

Besonders in den letzten Wochen und Tagen brauchen sterbende Patienten eine kompetente ärztliche Betreuung. Ausgezeichnete Symptomkontrolle und zugewandte menschliche Fürsorge gewährleisten, dass der Patient in der ihm verbleibenden Zeit seine Würde behalten kann. Für den Angehörigen ist diese Zeit entscheidend für seine Erinnerungen und, was noch wichtiger ist, für seine seelische Verarbeitung des erlebten Krankheitsverlaufes und des Verlustes.

Technisch und ethisch gesehen kann bei passiver Sterbehilfe *jede* Therapie unterbrochen werden, damit der Krankheitsverlauf ein friedliches Sterben ermöglicht.

Dabei kann es sich um die Einstellung oder Unterlassung der Therapie mit z. B. Antibiotika, Kreislaufmitteln, Ernährung, Respirator, Zytostatika oder einer Flüssigkeitssubstitution oder Dialyse handeln.

Es gibt oft unterschiedliche Auffassungen unter den Ärzten darüber, wie die Frage der passiven Sterbehilfe im Einzelfall zu beurteilen sei. In einem Krankenhaus begegnet man dieser Frage in großer Offenheit, im anderen ist dies nicht der Fall. Diese Unterschiede können in einem Krankenhaus zwischen den Abteilungen ebenso wie innerhalb einer Abteilung vorhanden sein.

Die Frage der passiven Sterbehilfe stellt in der praktischen Medizin sowohl in ihrer Quantität als auch in ihrer Qualität ein viel größeres Problem dar als die Frage der aktiven Sterbehilfe.

Einige dieser Probleme sowie die sich anbietenden Lösungsmöglichkeiten sollen im Folgenden dargestellt werden.

2.2.4 Wann sollen wir eine das Sterben verlängernde Therapie einstellen?

Die für den Arzt schwer zu beantwortende Frage ist: »Weiß ich mit Sicherheit, dass das Leben des Patienten jetzt zu Ende geht?« Sich in der Beantwortung dieser Frage zu irren, ist für jeden Arzt eine hohe Belastung. So ist es verständlich, wenn Ärzte zugeben, wie schwer es für sie ist, aufgrund unsicherer Voraussetzungen einen Beschluss zu fassen, der über Leben und Tod entscheiden kann.

Rechtliche Grenzen in Abhängigkeit der medizinischen Leistungsfähigkeit (Kutzer 2005)

Wenn die Würde des Menschen – wie der Bundesgerichtshof zu Recht festgestellt hat – es gebietet, das in einwilligungsfähigem Zustand ausgeübte Selbstbestimmungsrecht auch dann noch zu respektieren, wenn der Patient später infolge Unfalls, Alters oder Krankheit zu eigenverantwortlichem Entscheiden nicht mehr in der Lage ist, ist dies ein grundrechtlich



gesicherter Achtungsanspruch. Das heißt: Der mängelfrei und formgerecht vorweg bekundete Wille des Patienten gilt immer dann, wenn er auf die konkrete Entscheidungssituation zutrifft und der Patient die Bekundung nicht zwischenzeitlich widerrufen hat. Er gilt also ohne Rücksicht auf Art und Stadium der Erkrankung. Soll der Patient trotz entgegenstehender Patientenverfügung erst dann sterben dürfen, wenn sicher ist, dass die irreversible Erkrankung schon einen tödlichen Verlauf angenommen hat? Was soll in den häufigen Zweifelsfällen gelten, in denen der Arzt nicht ausschließen kann, dass eine weitere kurative Behandlung doch noch den tödlichen Verlauf aufhalten kann?

Würde die rechtliche Grenze des Selbstbestimmungsrechts sich je nach dem Inhalt der ärztlichen Prognose verschieben und von der sich verändernden Leistungsfähigkeit medizinischer Apparaturen und von der tatsächlichen Ausstattung des Krankenhauses abhängen, so wäre sie nicht mehr eigengesetzlich festgelegt, sondern zu einer Variablen der jeweiligen ärztlichen Prognose degradiert. So könnte der lebensmüde hochbetagte Mensch, der an mehreren schweren Erkrankungen oder an einem multiplen Organversagen leidet, von denen jedes Symptom für sich genommen noch kurativ behandelbar erscheint, nicht mehr rechtswirksam verfügen, bei einem Notfall nicht mehr in ein Krankenhaus eingeliefert und nicht wiederbelebt werden zu wollen.

Richtige Entscheidungen zu treffen setzt ebenso gute medizinische Fachkenntnisse voraus wie einen genauen Einblick in die zu beurteilende Situation. Der Arzt muss den Patienten aus der Anamnese genauso gut kennen wie die aktuelle Entwicklung und die Prognose. Es wäre eine Katastrophe (und u. U. strafbar), wenn leichtfertig über Leben und Tod entschieden würde (Downie u. Calman 1994).

Bei einigen Krankheiten können erfahrene Ärzte trotzdem mit großer Wahrscheinlichkeit voraussagen, ob eine Heilung außerhalb des Möglichen liegt. Bei einer Reihe von Krebskrankheiten im fortgeschrittenen Stadium ist dies der Fall, ebenso bei zahlreichen anderen fortgeschrittenen Organerkrankungen. Das Finalstadium einer Erkrankung ist grundsätzlich schwierig zu beschreiben. Jede Krankheit hat bei jedem Patienten ihren besonderen Verlauf. Am deutlichsten wird dies bei alten Patienten. Sie können unabhängig

von ihrem Alter lange ihre Autonomie und ihre Integrität bewahren. Sie mögen ihre gesamte Familie verloren haben, und sie können trotz altersbedingter Funktionsstörungen ein Leben führen, das für sie eine hohe Lebensqualität hat. Dies kann eigentlich nur derjenige selbst oder ein anderer beurteilen, der diesen Menschen genau kennt, etwa der ihn seit Jahren betreuende Arzt (Morgan 1996).

Gleichwohl gibt es für das Finalstadium bestimmte Merkmale. Wenn zusätzlich zum nicht heilbaren Grundleiden schwere Begleitsymptome oder Sekundärerkrankungen auftreten, der Allgemeinzustand schwer beeinträchtigt ist, mehrere Organsysteme versagen, die Richtung der Verschlechterung deutlich ist, das Bewusstsein zunehmend beeinträchtigt ist, der Patient selbst nicht mehr die Kraft und den Willen hat, für seine Genesung zu kämpfen, dann spricht vieles dafür, dass er bald sterben wird. Die Engländer nennen diese Situation »the point of no return«. Die Flieger verwenden diesen Ausdruck für das Abhebe- und das Landemanöver, bei denen jeweils ein Punkt erreicht wird, von dem an sie nicht mehr umkehren können. In der Medizin ist damit gemeint, dass der Punkt erreicht wird, an dem sich das Ziel der medizinischen Behandlung ändert. Der Arzt muss jetzt erkennen und akzeptieren, dass ein friedliches und würdevolles Sterben Hauptaufgabe seiner weiteren Patientenbetreuung ist.

Der Ausdruck »point of no return« hat für den Piloten noch einen anderen positiven Aspekt. Es ist für ihn »the moment of maximal attention«, der Augenblick, der größte Aufmerksamkeit verlangt.

Diese »größte Aufmerksamkeit« finden wir am Anfang des Lebens, bei der Geburt. Viele Menschen halten diesen Augenblick für einen heiligen, unendlich wichtigen Moment des Lebens. Im Vergleich dazu kann die Lage der Sterbenden oft traurig sein. Sie bekommen selten die Zuwendung, die sie brauchen; sie sterben häufig unter großem Therapieeinsatz und in großer Einsamkeit. Ist aber der Augenblick des Sterbens nicht ein genauso wichtiger Augenblick wie der der Geburt?

2.2.5 Wann sollen wir die lebenserhaltende Therapie nicht einstellen?

Wenn ein 80-Jähriger eine Schenkelhalsfraktur erleidet, können eine schnelle Operation und Mobilisation dem Kranken innerhalb weniger Wochen gut

rehabilitieren. Würden Operation und Mobilisation nicht erfolgen, wäre die Wahrscheinlichkeit nicht gering, dass der Patient dann im Bett liegen bliebe und dass wegen der fehlenden Mobilisation dann innerhalb von Wochen und Monaten medizinische Komplikationen eintreten, die unter Umständen einen vorzeitigen Tod hervorrufen könnten. Läge einer solchen Nichtbehandlung die Beurteilung oder gar Anordnung eines Arztes zugrunde, so dürfte diese keineswegs befolgt werden, da sich aus ihr der Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung ergäbe.

Als unterlassene Hilfeleistung (vielleicht sogar als Tötungsdelikt) wäre auch zu werten, wenn in einem Krankenhaus bei knapper Bettenzahl einem alten, unsympathischen, allein stehenden Pflegepatienten, der aus sozialen Gründen nicht entlassen werden kann, aus diesen Gründen bei einer schweren Pneumonie die notwendigen Antibiotika vorenthalten würden.

Beim zerebrovaskulären Insult folgt oft eine Halbseitenlähmung und eine Bewusstseinstörung des Patienten. Als Folge davon kann dieser völlig außerstande sein, Nahrung oder Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Es kann sogar vorkommen, dass ein solcher Patient sich weigert, mit Hilfe anderer Nahrung und Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Diese Weigerung kann auf die auf den Schlaganfall folgende Bewusstseinsstörung zurückzuführen sein.

Diese Krankheitssymptome können, wie wir wissen, reversibel sein. Erst nach Tagen oder Wochen der aktiven Therapie kann genauer bestimmt werden, wie schwer der Gehirnschaden und die Funktionsstörung des Patienten sind und ob sie irreversibel sein werden. Während dieser Zeit wird es aber richtig sein, dem schwerkranken Patienten, vielleicht sogar gegen seinen bewusstseinsgetrübten Willen, eine maximale Therapie anzubieten. Falls sich jedoch nach dieser Zeit der Zustand des Kranken als so ernst herausstellt, dass er mit dem Leben nicht mehr vereinbar erscheint, dann kann es genauso richtig und wichtig sein, die angefangene Therapie zu unterbrechen.

An dieser Stelle sollte ein international anerkanntes, in Deutschland aber oft verkanntes Prinzip der medizinischen Ethik erwähnt werden: der Appleton Consensus. Er wurde im Jahr 1989 bei einem Treffen führender medizinischer Ethiker aller westlichen Nationen beschlossen. Das Dokument hat weltweite Anerkennung und großen Einfluss gewonnen. Daraus ein Zitat: »Ethisch betrachtet, besteht kein Unterschied zwischen dem Unterlassen und dem Unterbrechen einer aktiven Behandlung.« (Appleton Consensus 1989)

2.2.6 Wenn die Entscheidung besonders schwer fällt, sollte man sich Zeit lassen

Eine wichtige Aussage des zuvor zitierten Appleton Consensus gibt uns das, was wir vor schwierigen ethischen Entscheidungen vor allem brauchen: Zeit. Bei all den oben angeführten Fällen sind wir mehr oder weniger davon ausgegangen, dass wir alle notwendigen Informationen sammeln konnten, bevor die wichtigen Entscheidungen getroffen wurden. In der klinischen Praxis ist dies häufig nicht möglich. Die Patienten werden nicht selten notfallmäßig im Krankenhaus aufgenommen, und es gibt keine Angaben zur Vorgeschichte der Patienten. In solchen Situationen, in denen wir nicht die Hintergründe kennen, weder über die Krankheitsentwicklung noch über den Allgemein- und Funktionszustand des Patienten informiert sind, können wir nur in Ausnahmefällen Entscheidungen über Einstellung oder Abbrechen der therapeutischen Maßnahmen treffen. Dazu brauchen wir Zeit und ausreichende Information.

Es kommt leider durchaus vor, dass sterbende Patienten als Notfall zur Aufnahme ins Krankenhaus geschickt werden, weil die Versorgung zu Hause unzureichend war oder weil ein Notarzt gerufen wurde, dem der Patient unbekannt ist. Wenn ein solcher Patient im Krankenhaus ankommt und die genaue Krankengeschichte hier bei der Aufnahme nicht vorliegt, kann der Aufnahmearzt nichts anderes tun, als die vorliegenden behandlungsbedürftigen Probleme anzugehen. Das Gleiche gilt, wenn ein Patient in akuter Lebensnot aufgefunden wird – sei es auf der Straße oder zu Hause oder auf einer Krankenstation. Wenn dem dann gerufenen Arzt die genaue Krankengeschichte und die aktuelle Krankheitsentwicklung nicht vorliegen, muss er sich zunächst für ein sehr aktives Handeln entscheiden, um womöglich das Leben des Patienten zu retten oder schwere Komplikationen zu verhindern.

Der Consensus von Appleton zeigt uns nun, dass durch diese aktiven primären Behandlungsmaßnahmen die weitere ärztliche Behandlung keineswegs präjudiziert wird. Wenn am nächsten Tag die genaue Krankengeschichte bekannt wird und die medizinische Gesamtsituation zu überblicken ist, kann, falls es für sinnvoll und richtig erachtet wird, die begonnene Therapie durchaus abgebrochen werden. Das kann selbstverständlich nur dann geschehen, wenn die behandelnden Ärzte nach einer Gesamtbeurteilung zu der Einsicht gelangen, dass eine Fortsetzung der Therapie nicht im Interesse des Patienten liegt und dass weitere Therapiemaßnahmen tatsächlich nur dazu dienen können, den fortgeschrittenen Sterbeprozess hinauszuziehen.

2.2.7 Wie soll eine Therapie eingestellt werden?

Soll die Einstellung erfolgen

- durch »Einfrieren« der Therapiemaßnahmen?
- durch vorsichtige Reduktion der Therapiemaßnahmen?
- durch das Absetzen aller Therapiemaßnahmen?

In der folgenden Diskussion setzen wir voraus, dass die medizinisch-ethischen und die rechtlichen Grundlagen für ein passives Sterbenlassen – wie Entsprechung des mutmaßlichen Patientenwillens und irreversibler Sterbeprozess – bei einem nichtautonomen Patienten erfüllt sind.

Vor uns liegt ein Patient im Sterben, der aufgrund seiner Krankheit keine Entscheidungen treffen kann. Die behandelnden Ärzte sind sich einig, dass der Sterbeprozess irreversibel ist. Wir haben die zuverlässige Information – z. B. durch eine Patientenverfügung, einen von den Patienten ernannten Gesundheitsbevollmächtigten, durch vorherige Gespräche mit dem Arzt oder durch Angaben von mehreren glaubwürdigen Angehörigen –, dass der Kranke einer Verlängerung des Sterbens nicht zugestimmt hätte.

Es ergeben sich grundsätzlich fünf verschiedene Handlungsmöglichkeiten:

1. Das therapeutische Regime bleibt unverändert, d. h. die intensivtherapeutischen Maßnahmen werden weder gesteigert noch reduziert. Je nach der Situation werden auftretende Komplikationen behandelt oder nicht behandelt.
2. Die medikamentöse Substitution wird teilweise oder vollständig reduziert (z. B. Antibiotika, Kreislaufmittel).
3. Die Ernährung und Flüssigkeitssubstitution wird teilweise oder vollständig reduziert.
4. Technischer Behandlungsabbruch, z. B. durch teilweise oder vollständige Reduktion von Dialyse oder Beatmung.
5. Die Einstellung jeglicher Therapie – inklusive der Beatmung.

Unter den beschriebenen Voraussetzungen sind diese Maßnahmen ethisch und rechtlich einem passiven Sterbenlassen zuzuordnen; der Patient stirbt infolge seiner Grundkrankheit – nicht infolge unserer Handlung.

Trotzdem kann beobachtet werden, dass Ärzte diese Entscheidungen ethisch verschieden bewerten. Für viele ist es weitaus problematischer, eine begonnene Therapie zu beenden, als eine Therapie nicht zu beginnen. Es ist

nicht einfach für Ärzte, Patienten sterben zu lassen, besonders dann nicht, wenn sie dabei das Gefühl haben, für das Sterben mitverantwortlich zu sein.

Man kann sogar feststellen, dass sich das Verhalten deutscher Ärzte in diesen Entscheidungsprozessen von dem ihrer Kollegen in den westlichen Ländern unterscheidet. In Deutschland wird auch nicht selten dann noch weiter therapiert, wenn sich in einem vergleichbaren Fall ausländische Kollegen für einen Behandlungsabbruch bei sterbenden Patienten entschieden hätten. Die Erklärung dafür kann in der jüngeren deutschen Geschichte zu finden sein. Deutsche Ärzte wollen nicht noch einmal angeklagt werden, Menschen vorzeitig dem Tode ausgeliefert zu haben.

Jemand braucht Zeit

Bringt eine Verzögerung des Sterbeprozesses für einen sterbenden, bewusstlosen oder schwer bewusstseinsgestörten Patienten Vorteile? Es kann sein, dass Angehörige oder Behandlungspersonal noch Zeit brauchen, um die gefallene Entscheidung zu akzeptieren und um sich auf den bevorstehenden Abschied vorzubereiten. Falls möglich, sollte diese benötigte Zeit – Stunden oder Tage – gewährt werden. In dieser Situation kann es sinnvoll sein, sich für Punkt 1 zu entscheiden: Das therapeutische Regime bleibt unverändert, d. h. die intensivtherapeutischen Maßnahmen werden weder gesteigert noch reduziert. Der Patient stirbt an den zu erwartenden medizinischen Komplikationen, die symptomatisch behandelt werden.

Die Frage »Wie lange« muss uns vor Augen stehen, denn die gewährte Zeitspanne *kann* eine zusätzliche Belastung für den Patienten, für Angehörige und Personal bedeuten. Es kann aber auch eine gute Zeit der Vorbereitung auf den bevorstehenden Abschied bedeuten. Auf jeden Fall muss der behandelnde Arzt in den Gesprächen mit den Angehörigen klarstellen, dass *er* die Verantwortung für die getroffene Entscheidung trägt. Dabei sollte er sich die notwendige Zeit nehmen, um ungeklärte Fragen und Reaktionen zuzulassen.

Zusätzliches Leiden verhindern

Oft empfinden die Ärzte, dass eine Therapie leichter abzusetzen ist als eine andere. Oft fällt es leichter, die Therapie graduell zu reduzieren oder sie »einzufrieren«. Einfrieren bedeutet, dass man auf weitere Therapiemaßnahmen

verzichtet, die man eingesetzt hätte, wenn Hoffnung auf die Genesung des Patienten bestanden hätte.

Das Abbrechen einer Antibiotikatherapie, eine Einstellung der Ernährung, der Flüssigkeitszufuhr, der Dialyse oder Respiratortherapie bereitet vielen Ärzten große Bedenken, da sie glauben, das Leiden des Patienten zu vergrößern.

Bei sterbenden Patienten treten häufig Komplikationen wie eine Pneumonie oder ein Lungenödem auf. Beides kann qualvoll sein. Sollte es dann nicht unsere Aufgabe sein, diese Komplikationen der Grunderkrankung zu behandeln? Aber sind auf der anderen Seite nicht gerade ein Lungenödem oder eine Pneumonie die häufigsten Todesursachen – eine Gelegenheit für sterbende Patienten, dass sie sterben dürfen?

In der Palliativmedizin haben wir gesehen, wie friedvoll Patienten trotz dieser Komplikationen sterben können. Die Voraussetzung ist, dass nicht länger die Krankheitsursache, sondern die Folgen und das Leiden durch gezielte Therapiemaßnahmen behandelt werden.

Komplizierter zu beantworten ist für viele die Frage der Ernährung oder Flüssigkeitssubstitution bei Patienten, die nicht länger essen oder trinken. Es ist qualvoll zu hungern, sagen viele, und noch schlimmer, zu verdursten. Wir haben im Medizinstudium gelernt, dass Patienten, die nicht trinken können, auf jeden Fall eine Infusion bekommen müssen.

Die Erfahrungen bei einem bis zum Tod durchgeführten Hungerstreik zeigen uns einen nichtqualvollen Sterbeprozess, ein allmähliches Schwächerwerden des Betroffenen – bis zur Bewusstlosigkeit und zu einem friedvollen Sterben (Ahronheim u. Gasner 1990).

Und die Flüssigkeitssubstitution? In der gesamten medizinischen Dokumentation liegt *kein* Nachweis vor, der zeigt, dass Durst bei Sterbenden durch Zufuhr von Flüssigkeit gelindert werden kann (Twycross 1993). Basierend auf einer Übersicht der wissenschaftlichen Literatur ist es wahrscheinlich, dass fortgeschrittene Dehydrierung und Hunger zu keinen Schmerzen und nur zu geringem Unbehagen durch trockenen Mund führen. Letzteres kann gelindert werden. Bei Personen, die unter der Belastung von fortgeschrittener Krankheit und Invalidität leiden, oder bei denjenigen, bei denen eine Verbesserung ihres Zustands in der allerletzten Phase ihres Lebens nicht mehr zu erwarten ist, sollte eine Ernährung oder Hydrierung im Finalstadium nicht angeboten, ggf. abgebrochen werden. Ängste, dadurch das Leiden des Patienten zu vergrößern, sind von der Sache her unbegründet (Sullivan 1993).

Oft können wir erleben, dass die Angehörigen vehement verlangen, dass der sterbende Patient, wenn er nicht mehr trinkt und isst, Flüssigkeit und Nahrung durch eine Sonde oder über eine Infusion erhält. Viel zu oft lenkt der Arzt in diesen Situationen ein, um einen Konflikt mit den Angehörigen zu vermeiden, ohne dass er den notwendigen Kommunikationsprozess hierüber erst tatsächlich in Gang gebracht hätte. Im Fachjargon wird dieser »finale Tropf« häufig »Angehörigentropf« genannt.

Hier ist wieder eine kompetente Analyse gefragt. Wir wissen, dass in den meisten Kulturen Essen und Trinken mit Gesundheit und Leben auf das Engste verknüpft sind und dass das Gegenteil, nicht zu essen und zu trinken, interpretiert wird als ein Versagen derer, die sich um den Patienten kümmern, möglicherweise als Uneinsichtigkeit des Patienten in Bezug auf seine »Gesundung« und als zum Tode führend. Wenn die Angehörigen noch nicht erfasst haben, dass der Patient bereits sterbend ist, ist es mehr als zu erwarten, dass sie Ernährung und Hydrierung verlangen.

Die zentrale ethische Aufgabe ist wieder *Kommunikation*. Den Angehörigen muss mit Kompetenz und Empathie verständlich gemacht werden, dass der Augenblick des Todes nahe ist. Weiterhin müssen sie verstehen, wie wichtig jetzt ihre Anwesenheit und die Durchführung palliativer Maßnahmen sind, dass aber »künstliche« Hydrierung oder Ernährung nach unserem Wissenstand nicht mehr eine Linderung von Durst oder Hunger bringen kann, sondern - im Gegenteil - oft zu einer bedeutenden Verschlechterung des Zustands in den letzten Tagen und Stunden beitragen kann, z. B. durch Verursachung/Begünstigung eines Lungenödems. Nach meiner Erfahrung lenken die Angehörigen nach einem gut gelaufenen Kommunikationsprozess immer ein und sagen: »*Vielen Dank, das haben wir nicht gewusst...*«

Musgrave et al. (1995) fanden in einer Studie keine Korrelation zwischen Flüssigkeitszufuhr, Serumanalyse von Kalium, Natrium und Harnstoff und Durstangaben der Patienten, obwohl 70% von ihnen bereits manifeste Zeichen einer Harnretention zeigten.

Eine Reihe wissenschaftlicher Beiträge (Twycross 1993; McCann et al. 1994) dokumentieren das Hauptproblem, die durch Mundatmung bedingte Mundtrockenheit mit Infektionen und Belägen im Lippen-, Zungen- und Rachenbereich.

Viele dieser Patienten bekommen einen Tropf, obwohl nach unserem heutigen Wissen *kein Nachweis* vorliegt, dass dieser Linderung oder Vorteile für den Sterbenden bringt. Die notwendige kompetente Mundpflege und

Mundhygiene, Befeuchtung von Lippen, Zunge und Rachen, erhalten diese Patienten *nicht!* (Andrews et al. 1993; McCann et al. 1994)

Wir müssen uns bei jedem Patienten fragen, welche Vor- und Nachteile eine Infusion bringen kann – für den Patienten, für die Angehörigen und für den Arzt. Die heute vorliegenden wissenschaftlichen Daten deuten zunehmend darauf hin, dass eine iatrogene Flüssigkeitszufuhr Sterbenden keinen Nutzen bringt und für sie eine erhebliche Belastung darstellt.

In einer Studie zeigte Ahmedzai (unveröffentlicht), dass bei Sterbenden, die Infusionen bekamen, das Durstzentrum des Gehirns nicht deaktiviert wurde. Eine deutliche Deaktivierung hingegen erfolgte durch gute Mundhygiene und wiederholte Befeuchtung von Lippen, Mund und Rachen.

Die meisten sterbenden Patienten werden nicht unter Dehydrierung leiden (Andrews et al. 1993). Andererseits könnte es Situationen geben, wie z. B. bei präfinalem Delirium, wo die Symptome durch Zufuhr von Flüssigkeit gebessert werden (Fainsinger u. Bruera 1994; ► Kap. 4.10).

Als besonders schwierig empfinden im deutschsprachigen Raum viele Ärzte die Fragen des *technischen Behandlungsabbruchs*.

Bei sterbenden Patienten mit Nierenversagen die Dialyse einzustellen, trifft häufig auf Verständnis, da eine Urämie weitgehend ein friedvolles Sterben ermöglicht. Dem gegenüber steht die Unterbrechung einer etablierten Respiratortherapie. Die Einstellung dieser Behandlung würde für einen über längere Zeit beatmeten Patienten das Eintreten des Todes innerhalb weniger Minuten durch eine respiratorische Insuffizienz bedeuten. Hypoxämie und Hypoventilation durch eine unzureichende Atemmechanik spielen hierbei eine entscheidende Rolle. Beendigung der Beatmung und Extubation des Patienten kann eine Dyspnoe und damit zusätzliches Leiden zur Folge haben in einer Situation, in der alles unternommen werden muss, Leiden zu verhindern.

Aber stehen wir hier nicht vor einem ähnlichen Problem wie bei der Behandlung des finalen Lungenödems und der finalen Pneumonie? Könnte nicht die Weiterbeatmung, unter Umständen bei bis auf Raumluft reduzierter Sauerstoffzufuhr, eine Verlängerung des Leidens des Patienten bedeuten? Und ist diese Weiterbehandlung nicht eine zusätzliche Belastung für die Angehörigen und das Personal?

Aber die Befürchtung einiger deutscher Mediziner, der Patient könne durch die Extubation wegen fortgeschrittener Ateminsuffizienz ersticken, was für Patient, Angehörige und Personal zu unangenehmen Erlebnissen und Erinnerungen führen könnte, kann aus der intensivmedizinischen Praxis aus

den skandinavischen und angelsächsischen Ländern und auch von deutschen Kollegen nicht bestätigt werden (Pellegrino u. Thomasma 1994; Downie u. Calman 1994; F.J. Tentrup, persönliche Mitteilung 1997). Die medizinischen Probleme konnten, wenn es die Situation erforderte, durch Applikation von Analgetika und Sedativa suffizient unter Kontrolle gehalten werden.

Die große Mehrheit der Angehörigen berichtete, dass es für sie eine positive Erfahrung gewesen sei, beim Abschluss der Behandlung und beim Sterben des Patienten dabei gewesen zu sein. Es war für sie nicht erschreckend zu sehen, wie innerhalb weniger Minuten der Tod eingetreten sei. Der Lebensausklang verbinde sich in ihrer Erinnerung mit einem Gefühl der Erleichterung, das sowohl den Patienten wie sie selbst betraf. Wiederholt berichteten Angehörige, dass ihnen die Zeit der Extubation und die Zeit danach wie eine tiefgreifende Feier des Abschieds erschien (Husebø 1992). Um den Patienten und den Angehörigen einen bewussten Abschied zu ermöglichen, sollte eine ordnungsgemäße Entwöhnung vom Respirator angestrebt werden, falls dies eine realistische Möglichkeit darstellt. Bei bewusstlosen sterbenden Patienten kann unter Umständen auch die Beendigung der Beatmung mit Extubation eine Möglichkeit sein, die im Interesse des mutmaßlichen Patientenwillens liegt. Dies ist dann moralisch und ethisch nicht anders zu bewerten als andere Formen des technischen Behandlungsabbruchs (Pellegrino u. Thomasma 1994, Brock 1993).

Unser Hauptanliegen muss das Wohl des Patienten bleiben. Keine Entscheidungen dürfen getroffen werden gegen den mutmaßlichen Patientenwillen oder weil Angehörige oder das Krankenhauspersonal ihre eigenen persönlichen Interessen oder Gefühle in den Vordergrund stellen. Die Fortführung oder der Abbruch von Maßnahmen dürfen auch niemals eine Frage wirtschaftlicher Überlegungen sein (Beleites 1997).

Welche Motive hat der Arzt?

Es ergibt sich eine Reihe von Fragen:

- Welche Motive liegen den Entscheidungen und Handlungen des Arztes zugrunde?
- Welche Konsequenzen ergeben sich für den Patienten und seine Angehörigen?
- Ist der Nutzen einer weiteren Therapie größer, oder überwiegt die Belastung?

2.2 · Sterbenlassen – passive Sterbehilfe

- Braucht jemand Zeit (Ärzte, Pflegepersonal, Angehörige), um die getroffene Entscheidung zu akzeptieren?
- Hat die Entscheidung, die Therapie einzufrieren oder zu reduzieren, nicht die gleiche Konsequenz wie das Absetzen aller lebenserhaltenden Therapiemaßnahmen?
- Trifft es zu, dass der Entschluss zur Reduktion oder zum Abbruch der Therapie ausschließlich gefasst wird, um das Sterben des Patienten nicht unnötig zu verlängern?

Wir sehen hier wichtige und zentrale Fragen der medizinischen Ethik.

Auf wen sollen wir Rücksicht nehmen (Jecker u. Pearlman 1992):

- auf den Patienten?
- auf den Arzt?
- auf das Krankenpflegepersonal?
- auf die Angehörigen?
- Gibt es andere wichtige Personen?
- Wer beeinflusst noch unsere Entscheidungen?

Wenn wir diese Fragen genau betrachten, sehen wir, dass unterschiedliche Interessen bestehen, aus denen sich Konflikte ergeben können. Konflikte entstehen aber nicht nur im Verhältnis Arzt–Patient, im eigenen ärztlichen oder pflegerischen Team, sondern auch gegenüber den Angehörigen, interdisziplinär und über das eigene Krankenhaus hinaus (Callahan 1991).

Aus der Sicht der Autonomie und der Würde der sterbenden Patienten können wir die in ► Kap. 2.2.7 genannten fünf Entscheidungsmöglichkeiten auf drei reduzieren (Smith 1995):

1. Das therapeutische Regime bleibt unverändert.
2. Das therapeutische Regime wird reduziert.
3. Jegliche Therapie wird eingestellt, inklusive technischer Behandlung wie z. B. Dialyse oder Beatmung.

Auch bei diesen Alternativen gehört es unverzichtbar zu den ärztlichen und pflegerischen Aufgaben, für eine menschliche und palliativmedizinische Basisbetreuung zu sorgen. Welcher Weg der richtige ist, muss der Arzt in der jeweiligen Situation mit seinen Kollegen gemeinsam entscheiden. Es gibt keine Universallösung wie und wann eine Therapie beendet werden soll. Es ist schwer, feste Regeln aufzustellen, wie im Einzelfall Entschei-

dungen aussehen sollen und welche Vorgehensweise adäquat ist. Diese ethischen Entscheidungen müssen immer individuelle Entscheidungen sein (Buchanan u. Brock 1989, Randall u. Downie 1996). Im Zweifelsfall werden der fachlichen Begründung und den Motiven des Arztes moralisch wie rechtlich entscheidender Wert beigemessen (Eser et al. 1992; Brock 1993).

Können wir aus dieser Diskussion etwas lernen? Ärzte, Pflegepersonal, Patient und Angehörige haben häufig jeweils unterschiedliche Motive und Argumente für die eine oder andere Entscheidung. Für sterbende Patienten kann eine Verzögerung des Sterbeprozesses eine Verlängerung des Leidens bedeuten. Wir können verschiedene Gründe haben, die mehr oder weniger berücksichtigt werden sollten, um Zeit zu gewinnen.

Wir Mediziner haben allen Anlass, unser Verhalten und dessen Rechtfertigung kritisch und neu zu überdenken (Buchanan u. Brock 1989). Bisher war es einfach, sich hinter der häufigen Argumentation zu verschanzen, eine Fortsetzung der Therapie sei für Patienten und Angehörige gut. Dabei wird übersehen, dass das Problem des Aufhörens häufig ein Problem des behandelnden Arztes ist.

Um dem belastenden Augenblick eines unausweichlichen Todes zu begegnen, kann es für den Arzt leichter sein, sich für das Einfrieren oder die langsame Reduktion der bisherigen Therapie zu entscheiden. Aber entspricht dies den Interessen der Patienten? Die Aufgabe des Arztes ist es, dieses Interesse zu erkennen, zu respektieren und zu vertreten, unter Berücksichtigung des eigenen Ethos und der vorhandenen Rechtslage.

Juristisch gesehen gibt es in Deutschland (ebenso in Österreich und der Schweiz) keine direkten Vorschriften zu den Fragen der passiven Sterbehilfe. Juristen beschäftigen sich zunehmend mit diesen Themen, wobei zwei aktuelle Urteile des Bundesgerichtshofs zeigen, dass ein Raum für passives Sterbenlassen unter bestimmten Voraussetzungen gegeben sein muss.

Urteil des BGH Mai 1991

Bei todkranken Patienten ist die Nichteinleitung oder der Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen rechtlich zulässig.

Dies entspreche dem natürlichen, der Würde des Menschen gemäßen Verlauf des Sterbens. Maßstab sei der mutmaßliche Wille des Sterbenden und nicht das Ermessen der behandelnden Ärzte.

Die Ausschöpfung intensivmedizinischer Technologie ist, wenn sie dem wirklichen oder anzunehmenden Patientenwillen widerspricht, rechtswidrig.

Urteil des BGH September 1994

Die Erlaubnis zur passiven Sterbehilfe gilt auch bei Personen, die sich nicht im akuten Sterbeprozess befinden.

Der 1. Strafsenat hob die Verurteilung eines Arztes und des Sohnes einer unheilbar schwerst hirngeschädigten 72-jährigen Frau auf, die sich für den Abbruch der künstlichen Ernährung entschieden hatten.

Auch bei Komapatienten komme es nach dem verfassungsrechtlich verbürgten Selbstbestimmungsrecht auf den mutmaßlichen Willen des Patienten an.

Strafbar bleibt weiterhin die aktive Sterbehilfe – die gezielte Tötung eines Menschen, auch eines Todgeweihten, auf Verlangen. Die entscheidenden Urteile sind:

Urteil des BGH (Zivilsenat) vom 17. März 2003 (NJW 2003, 1588):

Lebenserhaltende oder -verlängernde Maßnahmen müssen unterbleiben, wenn dies der Patient vorher so angeordnet hat, wenn

- das Grundleiden des Betroffenen einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen hat,
- der Arzt diese lebenserhaltende Maßnahme als nicht indiziert ansieht und sie nicht anbietet.

Im Konfliktfall entscheidet das Vormundschaftsgericht.

Beschluss des BGH (Zivilsenat) vom 08.06.2005 (XII ZR 177/03):

Wenn zwischen Arzt und Patientenvertreter Übereinstimmung besteht und die Unterlassung der Ernährung dem (mutmaßlichen) Willen des Patienten entspricht, kann die Durchsetzung dieser Anordnung gegenüber dem Heim (oder auch dem Krankenhaus) erzwungen werden. Der Hinweis auf den anders lautenden Pflegevertrag zwischen Patienten und Heim sowie die Gewissensentscheidungen des Pflegepersonals ist nicht stichhaltig.

2.3 Aktive Sterbehilfe (Euthanasie)

Das Wort »Euthanasie« ist aus dem Griechischen hergeleitet (*euthanatein*: »einen leichten, schönen Tod haben«). Historisch betrachtet, hat der Begriff »Euthanasie« eine andere Bedeutung als aktive Sterbehilfe. Euthanasie bedeutet »ein guter Tod«. Der Begriff könnte vom Wort her ein Synonym für das sein, was das Anliegen der Hospizbewegung ist. Ist doch ein gutes Sterben das, worum diese Bewegung sich bei vielen Menschen bemüht. Dabei wird von den Mitgliedern dieser Bewegung immer wieder betont, dass sie aktive Sterbehilfe grundsätzlich ablehnen und in ihrer eigenen Aktivität die entscheidende Alternative zur aktiven Sterbehilfe sehen (Moulin et al. 1994). Die menschliche Kulturgeschichte ist voll von Zeugnissen und Auseinandersetzungen über die Frage eines guten Todes des Menschen. Namhafte Historiker und Philosophen haben sich für einen angenehmen, vom Arzt herbeigeführten Tod ausgesprochen (Rachels 1975), noch mehr aber haben eindeutig dagegen Stellung bezogen (Brock 1993; Gaylin et al. 1988; Pellegrino u. Thomasma 1994; Roy 1990; Dunstan u. Shinebourne 1989).

In Deutschland wird die Diskussion über die aktive Sterbehilfe mit besonderer Sensibilität geführt. Zum Teil liegt es daran, dass viele Menschen vor und während des letzten Krieges von deutschen Ärzten umgebracht wurden – ihrer Rasse, ihrer Hautfarbe, einer Diagnose wegen oder weil sie physisch oder psychisch behindert waren. Überraschenderweise ist gerade in einem als besonders humanitär geltenden Nachbarland seit einigen Jahren die aktive Sterbehilfe unter Einhaltung bestimmter Voraussetzungen straffrei: in den Niederlanden.

Heute werden auf internationaler Ebene die Begriffe »aktive Sterbehilfe« und »Euthanasie« synonym verwandt, und wir werden in dem vorliegenden Buch ähnlich verfahren. In England wird dieses Verfahren »mercy killing« – »Töten aus Barmherzigkeit« – genannt, ein Ausdruck, der einen wichtigen Hinweis enthält: den Hinweis auf das Töten.

Definition

Aktive Sterbehilfe – Euthanasie

ist das aktive, bewusste ärztliche Eingreifen zur Beendigung des Lebens auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten. Ziel der Handlung ist es, den schnellen Tod des Patienten herbeizuführen – zu töten.

2.3 · Aktive Sterbehilfe (Euthanasie)

Die Begriffe Euthanasie und aktive Sterbehilfe werden in der medizinischen Fachliteratur meistens dann verwendet, wenn das Leben eines schwerkranken Patienten durch Injektion von letalen Arzneimitteldosen, z. B. durch eine Kombination von Medikamenten wie Barbituraten, Morphin, Curare und/oder Kalium, vom Arzt beendet wird.

Die aktive Sterbehilfe ist in Deutschland wie in allen westlichen Ländern ein Straftatbestand, in einigen Nationen (Niederlande, Belgien) allerdings nur dann, wenn eine Verletzung der gesetzlich vorgeschriebenen Regelungen vorliegt. In der Schweiz ist die ärztliche Beihilfe zum Suizid legalisiert, was in der Praxis in unseren Augen gleich zu werten ist wie die aktive Sterbehilfe.

Obwohl in der Geschichte die Euthanasie immer wieder als gesellschaftliches Problem auftaucht, wird ihre Legalisierung in der medizinischen Fachwelt fast geschlossen mit der Begründung abgelehnt, dass ihre Konsequenzen nicht zu übersehen sind (World Medical Association 1987). Die heutige Euthanasiebewegung hat ihren Ursprung zum einen in den unwürdigen Umständen, bei denen Menschen ihr Leben unter Schmerzen, Leiden und Verlassenheit beenden, und zum anderen im Protest gegen die Macht der modernen Medizin.

Zum Thema der Euthanasie wurde in den letzten Jahren in Laien- und Fachgremien gleichermaßen Stellung bezogen. Wie Meinungsumfragen ergeben haben, nahm die Zustimmung der deutschen Bevölkerung zur aktiven Sterbehilfe in den letzten 20 Jahren deutlich zu. So stieg sie von 1974 mit 54% bis zum Jahr 1994 auf über 80%.

2.3.1 Argumente, die für eine aktive Sterbehilfe sprechen könnten

Das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung (Autonomie)

Wenn nun ein schwerkranker Patient, erschöpft und geplagt von Symptomen, die nicht mehr unter Kontrolle zu bringen sind, völlig auf die Hilfe anderer angewiesen, zu uns sagt: »Ich leide, ich kann nicht mehr, hilf mir, damit es vorbei ist« – ist diese Bitte nicht verständlich und wohlbegründet? (Jens u. Küng 1995)

Wenn der Patient nun zusätzlich enttäuscht ist: von Angehörigen, die sich nicht länger kümmern, vom Gesundheitswesen, von den Ärzten, die nichts mehr zu bieten haben – wenn er das Gefühl hat, dass er seiner gesamten Umgebung nur zur Last fällt –, sollte man seine Bitte nicht respektieren? (Singer u. Siegler 1990)

Unerträglich und ungelinderte Schmerzen und andere physische und psychische Probleme

Viele, die die letzten Wochen und Tage mit einem Sterbenden verbracht haben, berichten, dass es für den Patienten grausam war. Dies kann von vielen Angehörigen, Schwestern, Ärzten und anderen bestätigt werden. Die Schmerzen wurden unerträglich, eine Reihe anderer Symptome oder Probleme war nicht mehr zu kontrollieren: mochte es sich um Übelkeit, Erbrechen, Schwäche, Atemnot oder andere »physische« Symptome handeln oder auch um psychische Probleme wie Angst, Depression, Isolation, Hysterie oder Ähnliches.

Die Aufgabe der Ärzte ist es, das »Beste« für ihre Patienten zu tun

Wenn die Not und die Qualen des Patienten nicht mehr unter Kontrolle zu bringen sind, ist es dann nicht die Pflicht des Arztes, dem Patienten zu helfen, auch wenn dies das Herbeiführen eines schnellen Todes bedeutet? Hat die Pflicht zur Barmherzigkeit nicht immer im Mittelpunkt unserer Kulturschichte gestanden? (Jens u. Küng 1995; Boisvert 1990, Quill et al. 1992)

Die Ärzte haben längst angefangen, Leben und Tod zu manipulieren

Bei der Betrachtung der modernen Medizin wird deutlich, dass ein Teil der heutigen medizinischen Praxis darin besteht, Entscheidungen über Leben und Tod zu treffen. Wir beschrieben im vorigen Abschnitt, wie Ärzte fast täglich (notwendige) Entscheidungen treffen, um das Leben eines Patienten unter bestimmten Umständen nicht zu verlängern. Diese Entscheidungen haben in vielen Fällen den Tod des Patienten innerhalb weniger Tage oder Stunden zur Folge. Für die ethische Analyse ist es sehr schwierig, in solchen Fällen zwischen »Sterbenlassen« und »Töten« zu unterscheiden.

Dieser ethische Konflikt wird noch deutlicher am Anfang des Lebens, indem wir der Mutter das Recht zugesprochen haben, über das Leben des ungeborenen Kindes zu entscheiden. Sollte es moralisch und ethisch nicht vertretbarer sein, wenn ein Arzt einem schwer leidenden Patienten auf dessen ausdrückliche Bitte hilft, aus dem Leben zu scheiden, als das Leben eines Kindes zu beenden, das bestimmt hätte leben wollen?

2.3.2 Argumente, die gegen aktive Sterbehilfe sprechen

Aktive Sterbehilfe ist verboten und strafbar

Nach geltendem Recht ist aktive Sterbehilfe verboten und strafbar. Aus *juristischer Sicht* steht die »Tötung auf Verlangen« bisher in fast allen Ländern prinzipiell unter Strafe. In Deutschland ist dies festgelegt durch den §216 StGB (Eser et al. 1992). Die erste Ausnahme war der australische Bundesstaat Northern Territory, der 1995 beschloss, dem Arzt in bestimmten Fällen eine Tötung auf Verlangen zu erlauben. Dieser Beschluss wurde 1997 vom australischen Bundesgerichtshof wieder aufgehoben.

Es wird immer wieder Ärzte geben, die sich mit ethischen Fragestellungen wenig auseinandergesetzt und sich deswegen auch keine Kompetenz in der Ethik der Medizin angeeignet haben. Besonders diese Ärzte müssen wissen, welche Entscheidungen sie nach dem Gesetz treffen sollten und welche sie nicht treffen sollten, was strafbar ist und was nicht strafbar ist. Daher brauchen wir zu diesem Thema eine klare gesetzliche Vorlage.

Berufsethische Aspekte

Seit es eine Berufsethik für Ärzte gibt, haben diese sich gegen das Ansinnen der Gesellschaft zu wehren, ihnen auch (für bestimmte Fälle) eine Erlaubnis zum Töten einzuräumen. Sie fürchten, dass ihnen durch die Erlaubnis zu töten der ethisch-moralische Halt verlorengehen könnte, den sie in ihrem Berufsalltag dringend benötigen, und dass darüber hinaus aus der Erlaubnis zu töten eine Pflicht zum Töten entstehen könne. Autonomie und Selbstbestimmung eines Menschen können nicht dazu führen, einen Dritten dazu zu verpflichten, zu töten.

Ein Arzt, der bewusst einen Patienten tötet, auch wenn dieser schwer krank ist und schwer leidet, muss mit erheblichen Konsequenzen rechnen. Er sieht einer Freiheitsstrafe entgegen; eine Ausübung seines Berufs wird ihm weiterhin kaum noch gestattet werden.

So nahm der 98. Deutsche Ärztetag 1995 wie folgt Stellung:

Mit Sorge verfolgt der Deutsche Ärztetag die Entwicklung der Praxis und der gesetzlichen Regelung der Euthanasie in den Niederlanden, droht mit ihr doch die Tötung unheilbar kranker Menschen zu einem Bestandteil ärztlicher Aufgaben zu werden.

Und weiter wird ausgeführt:

Die Angst vor unerträglichem Leiden und vor den medizinischen Möglichkeiten der Lebensverlängerung darf nicht dazu führen, dass der Arzt auch mit der Erlaubnis zu töten ausgestattet wird. Der Deutsche Ärztetag tritt daher allen Bestrebungen zur Durchführung und Legalisierung aktiver ärztlicher Euthanasiemaßnahmen entschieden entgegen.

Diese Aussage wurde auf dem 99. Deutschen Ärztetag 1996 bekräftigt.

Auf dem 113. Deutschen Chirurgenkongress 1996 in Berlin wurde in den Leitlinien bezüglich der Begleitung Sterbender folgende Aussage gemacht:

Inhalt ärztlicher Sterbebegleitung sind ärztliche und menschliche Zuwendung, die Linderung von Beschwerden sowie Schmerzbekämpfung. *Nicht* zum ärztlichen Behandlungsauftrag gehören: die Anleitung zur Selbsttötung, die Hilfe bei der Selbsttötung und die aktive Sterbehilfe.

Nachdrücklich wird darauf hingewiesen, dass die aktive Sterbehilfe »keinesfalls Inhalt des ärztlichen Behandlungsauftrages ist [...] und mit großem Nachdruck abzulehnen ist«.

Auch die Bundesärztekammer hat in den Stellungnahmen *Richtlinien zur Sterbehilfe* (1979) und *Richtlinie zur Sterbebegleitung* (1993) sowie in den *Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung* (2004) eindeutig gegen aktive Sterbehilfe Stellung genommen (Beleites 1997; BÄK 2004).

Menschen werden vorzeitig sterben

Die Erfahrungen aus den Niederlanden zeigen, dass die Möglichkeit zur aktiven Sterbehilfe, die eigentlich nur bei sterbenden und schwerst leidenden Patienten angewandt werden darf, auch in Fällen genutzt wird, in denen die Patienten nicht sterbend und nicht schwerst leidend sind. Es darf keine Praxis akzeptiert werden, die dazu führt, dass Menschen getötet werden, die statt aktiver Sterbehilfe eine Hilfe zum Leben benötigt hätten (Roy 1991).

Menschen können es als ihre Pflicht ansehen, aus dem Leben zu scheiden

Menschen können es als ihre Pflicht ansehen, aus dem Leben zu scheiden, weil sie glauben, von ihren Angehörigen, von ihrer Umgebung oder von der Gesellschaft nicht mehr ertragen zu werden (Ten Have u. Welie 1996). Patienten können alt und krank werden und sich einsam und verlassen fühlen. Durch scheinbar unerträgliches chronisches Leiden suchen sie aus Verzweiflung nach Auswegen. Wenn der Arzt die Erlaubnis hätte, unter solchen Umständen aktive Sterbehilfe zu leisten, könnte ein solcher Patient eine solche Lösung suchen, wenn der Arzt und die Gesellschaft das Signal gäben, aktive Sterbehilfe sei eine bequeme Lösung aus diesem Dilemma.

Schmerzen, andere Symptome, Angst und Not können durch gute Palliativmedizin gelindert werden

Die Mehrheit der Patienten, die vor dem natürlichen Tod getötet werden möchten, gibt als Hauptgrund Schmerzen und unerträgliches Leiden an (Van der Wal et al. 1996). Sie leiden unnötig, weil sie keine kompetente palliative Behandlung, Pflege und Fürsorge bekommen (World Medical Association 1987; Moulin et al. 1994). Die Alternative dazu, dass Inkompetenz und fehlendes Interesse zu unerträglichem Leiden führen, kann nicht darin liegen, diesen Menschen zu zeigen, dass sie für uns nichts mehr wert sind, indem wir sie töten.

Durch Euthanasie zeigen wir diesen Patienten, dass sie für uns nichts mehr wert sind

Eine Gesellschaft, in der der Arzt, aus welchen Motiven auch immer, nicht mehr das Leiden bekämpft, sondern den Leidenden tötet, ist auf dem besten Weg zu einer Menschenfeindlichkeit, die im »Kranken« und dem »Leiden« nur das »Unnütze« sieht, das durch die Euthanasie beseitigt werden soll. Der Wert, den ein Mensch seinem Leben beimisst, hängt entscheidend von dem Wert ab, den andere seinem Leben beimessen. Seine Würde hängt wesentlich vom Ansehen ab, das er in den Augen der Umwelt hat. Wenn wir ihm zu verstehen geben, dass wir sein Leben so wenig achten, dass wir bereit sind, ihn zu töten, nehmen wir bereits im Voraus seiner Existenz Würde und Wert. Nicht mehr die Erlösung des anderen, sondern die Erlösung vom anderen würde angestrebt.

Argumente, die für eine aktive Sterbehilfe sprechen

- Das Recht des Patienten auf Autonomie.
- Unerträgliche Schmerzen und andere physische und psychische Probleme.
- Die Aufgabe der Ärzte ist es, das »Beste« für ihre Patienten zu tun.
- Die Ärzte haben längst angefangen, Leben und Tod zu manipulieren.

Argumente, die gegen aktive Sterbehilfe sprechen

- Aktive Sterbehilfe ist verboten und strafbar.
- Berufsethische Aspekte.
- Menschen werden durch Inkompetenz anderer vorzeitig sterben.
- Menschen können es als ihre Pflicht ansehen, aus dem Leben zu scheiden.
- Schmerzen, andere Symptome, Angst und Not können durch gute Palliativmedizin gelindert werden.
- Durch Euthanasie zeigen wir diesen Patienten, dass sie für uns nichts mehr wert sind.

2.3.3 Die Erfahrungen in den Niederlanden

In den Niederlanden besteht seit Ende der 1970er Jahre die Möglichkeit, aktive Sterbehilfe auszuüben. Entgegen der Meinung vieler ist sie nicht legalisiert, d. h. dass derjenige, der eine aktive Sterbehilfe durchführt, sich theoretisch strafbar macht. In der Praxis verzichtet man aber in den Niederlanden in den letzten 20 Jahren in diesen Fällen auf eine Strafverfolgung. Dieser Verzicht soll aber nur unter bestimmten Voraussetzungen stattfinden.

Voraussetzungen, die die Straffreiheit bei aktiver Sterbehilfe gewährleisten, sind (Van der Wal et al. 1996):

- Dem Arzt muss ein ausdrückliches, freies und beständiges Verlangen des über seinen Zustand vollständig unterrichteten Patienten nach Tötung vorliegen.
- Es muss die Rede sein von einem untragbaren Leiden des Patienten.

2.3 · Aktive Sterbehilfe (Euthanasie)

- Der Patient muss sich in einem irreversiblen, unheilbaren Zustand befinden.
- Der Arzt muss einen weiteren, unabhängigen Mediziner zu Rate ziehen.
- Allein der behandelnde Arzt oder ein Arzt, der mit diesem gemeinsam beratschlagt hat, darf dem Gesuch des Patienten nach Sterbehilfe Folge leisten.
- Auf all sein Handeln muss der Arzt die größtmögliche Sorgfalt legen.
- Der Arzt hat einen ausführlichen Bericht über den gesamten Fall zu erstatten.

Dieses Verfahren nennt man in den Niederlanden verkürzt »Meldeprozedur – Euthanasie«, obwohl sie ebenso für medizinisch assistierten Suizid sowie für Tötung des Patienten ohne dessen ausdrückliche Bitte Gültigkeit besitzt. Ziele des Gesetzgebers bei der Einführung dieser Meldepraxis waren:

- Die Sicherstellung der Überprüfbarkeit von Handlungen, die eine Beendigung des Lebens des Patienten zur Folge haben;
- den Ärzten über ihre lebensbeendenden Handlungen Auskunft zu geben;
- das Wissen über sorgfältiges medizinisch-ethisches Handeln zu vergrößern;
- die Vereinheitlichung der Meldeweise.

Die Kriterien, bei deren Erfüllung der Arzt mit Straffreiheit rechnen kann, wurden 1984 von der Königlich Niederländischen Ärztekammer, in der die überwiegende Mehrheit der niederländischen Ärzte organisiert ist, veröffentlicht. Voraussetzung für das Aussetzen einer Strafverfolgung muss die Erfüllung aller Kriterien sein (Van der Wal et al. 1996).

1983 wurden zehn Fälle gemeldet, davon wurden zwei strafrechtlich verfolgt; 1989 waren es bereits 338 Fälle, von denen einer strafrechtlich verfolgt wurde; 1994 wurden von 1427 gemeldeten Fällen zehn strafrechtlich verfolgt.

Da ganz offensichtlich nicht alle Fälle gemeldet wurden, wurden Anfang der 1990er Jahre zwei breit angelegte Studien durchgeführt und veröffentlicht, mit deren Hilfe man einen genaueren Überblick über die tatsächliche Anzahl der Euthanasiefälle zu gewinnen hoffte.

Van der Wal et al. befragten 1024 der insgesamt 6300 Hausärzte in den Niederlanden über ihre Euthanasiepraxis in den Jahren 1986–1989 (■ Tab. 2.1). Etwa 75% aller befragten Hausärzte waren in diesem Zeitraum

■ **Tab. 2.1.** Euthanasiepraxis in den Niederlanden (nach Van der Wahl et al. 1996)

a) Anzahl der Fälle			
	1995	1990	
Anzahl der Sterbefälle insgesamt	135.700	128.800	
Anzahl der von Patienten ausdrücklich ausgesprochenen Bitten um Euthanasie	9.700	8.900	
Anzahl der tatsächlichen Euthanasiefälle	3.200	2.300	
Anzahl der Fälle von medizinisch assistiertem Suizid	400	400	
Anzahl der Fälle von Tötung ohne ausdrückliche Bitte	900	1.000	
b) Ärztliches Verhalten in Hinsicht auf Euthanasie und medizinisch assistierten Suizid			
Euthanasie oder medizinisch assistierter Suizid	Hausärzte 1995 (n = 124) [%]	Ärzte 1995 insgesamt (n = 405) [%]	Ärzte 1990 insgesamt (n = 405) [%]
haben sie bereits einmal ausgeführt	63	53	54
haben sie nicht ausgeführt, wären aber unter bestimmten Umständen dazu bereit	28	35	34
würden sie selbst nie ausführen, den Patienten jedoch an einen anderen Kollegen verweisen	7	9	8
würden sie weder selbst ausführen noch den Patienten an einen anderen Kollegen verweisen	2	3	4
c) Begründung der Patienten für das Verlangen nach Euthanasie/medizinisch assistiertem Suizid nach Aussagen der Ärzte (Angaben in %)			
Aussichtsloses und unerträgliches Leiden		74	
Vermeidung von Entwürdigung		56	

■ Tab. 2.1. Fortsetzung

Vermeidung von stärkerem bzw. weiterem Leiden	47
Sinnloses Leiden	44
Schmerz	32
Lebensmüdigkeit	18
Vermeidung von Ersticken	18
Wunsch, der Familie nicht mehr zur Last zu fallen	13
Vermeidung von Schmerz	10
d) Wichtigste Gründe bei der Entscheidung des Arztes, ohne ausdrückliche Bitte das Leben des Patienten zu beenden (1995) (Angaben in %)	
Jede medizinische Handlung war sinnlos geworden	67
Keine Aussicht auf Verbesserung	44
Die Nächsten konnten es nicht mehr ertragen	38
Geringe Lebensqualität	36
Wollte nicht unnötig verlängern	33
(Unterstellter) Wunsch des Patienten	30
Vermeidung von Entwürdigung/weiterem Leiden	9
Eine Behandlung war eingestellt, doch der Patient verstarb nicht	2
Andere Gründe	8

wenigstens einmal mit dem Wunsch nach aktiver Euthanasie oder Hilfe zum Selbstmord konfrontiert worden; 47% von ihnen hatten mindestens einmal eine Tötung auf Verlangen durchgeführt oder Hilfe zur Selbsttötung geleistet. Die Initiative zum ersten Gespräch ging in 83% der Fälle vom Patienten aus, in 10% vom Hausarzt und in 6% von den Angehörigen.

Aus Teil b) der ■ Tab. 2.1 können wir entnehmen, dass Euthanasie unter den holländischen Kollegen eine akzeptierte Handlung ist, obwohl etwa die Hälfte angeben, sie würden diese selbst nicht ausführen.

Nach diesem Bericht äußern in den Niederlanden jährlich etwa 9.000 Patienten (7% der Todesfälle) die konkrete Bitte um aktive Sterbehilfe. Etwa 2.300 Personen (1,8% der Todesfälle) sterben pro Jahr durch aktive Sterbehilfe, die gemäß der aufgeführten Kriterien gewährt wurde. 400 Personen (0,3%) erhielten Beihilfe zur Selbsttötung. In diesem Bericht wird auch mitgeteilt, dass in den Niederlanden in jedem Jahr bei etwa 1.000 Menschen (0,7% der Todesfälle) aktive Sterbehilfe durchgeführt wurde, ohne dass sie die Bitte um Euthanasie geäußert hatten. Zum Teil konnten sie diese Bitte nicht äußern, da sie nicht bei klarem Bewusstsein waren. Etwa die Hälfte dieser Patienten hatte zuvor selbst wiederholt den Wunsch nach Euthanasie geäußert oder klar ausgedrückt, dass sie Euthanasie wünschten, falls ihr Leiden unerträglich werde. Diese Patienten waren alle schwerkrank und hatten nach Angaben der Ärzte nur mehr kurze Zeit zu leben. Ihr Leiden wurde als unerträglich angesehen. Nur 4% der Ärzte in den Niederlanden lehnen die aktive Sterbehilfe grundsätzlich ab. Weitere 4% würden, falls ein Patient den Wunsch nach Euthanasie äußert, diesen an einen anderen Kollegen verweisen; 88% der niederländischen Ärzte halten die aktive Sterbehilfe oder die Hilfe zur Selbsttötung für ethisch vertretbar.

Selbst wenn mit Ausnahme der Niederlande weltweit praktisch alle ärztlichen Standesorganisationen die aktive Sterbehilfe ablehnen, ergibt sich die Frage, ob nicht auch in diesen Ländern aktive Sterbehilfe geleistet wird, ohne dass dies öffentlich bekannt wird. Dass wir uns in Deutschland damit auseinandersetzen müssen, zeigen nicht zuletzt Stellungnahmen und Umfragen in der Fach- und Laienpresse.

Sind die niederländischen Ärzte weniger moralisch eingestellt, weniger ethisch bewusst und geschult als ihre Kollegen in anderen westlichen Ländern? Oder sind die Niederländer nur mutiger, ein großes ethisches Problem offen anzusprechen und zu diskutieren?

In unseren Augen zeigen gerade die Erfahrungen aus Holland, wie gefährlich es für eine Gesellschaft werden kann, wenn die aktive Tötung von schwerkranken Menschen geduldet wird (Ten Have u. Welie 1996). Hauptgründe für die aktive Tötung waren für die Ärzte »Respekt vor Autonomie«, »Unerträgliches Leiden«, »Sinnlose Therapie«. Wie kann aber ein Arzt wissen, dass jemand getötet werden möchte, wenn der betreffende bewusstlos ist? Und sind nicht diese Begriffe sehr subjektiv, setzen sie nicht voraus, dass die Person, die »unerträglich leidet«, sich selbst dazu äußern kann?

Angebot erzeugt Nachfrage. Die Zahl der in Holland auf Verlangen getöteten Menschen zeigt zwar eine sinkende Tendenz (Onwuteaka-Philipsen

2.3 · Aktive Sterbehilfe (Euthanasie)

2003), aber die Anzahl der Patienten, die aktive Sterbehilfe bekommen, ohne ausdrücklich darum gebeten zu haben, ist nicht gesunken.

Die Vermutung liegt nahe, dass einige Patienten diese »Lösung« suchen, weil sie als einzige Alternative in einer schwierigen Lebenslage angeboten wird.

Allein die Tatsache, dass Patienten der aktiven Sterbehilfe zugeführt werden, ohne dass sie ausdrücklich selbst dies eingefordert haben, ist eine Bestätigung der Befürchtungen vieler Gegner einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe. Diese führen als eines der wichtigsten Argumente gegen die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe die Gefahr an, dass möglicherweise Patienten »unfreiwillig« getötet werden könnten. Die Befürchtung vieler Kritiker scheint zuzutreffen. Es werden »unschuldige« Menschen getötet (Chochinov 1995).

Die wichtigste Frage, die moralische Auseinandersetzung mit dem großen Thema, ob es moralisch und ethisch akzeptabel ist jemanden zu töten, rückt in Holland immer weiter in den Hintergrund. Die Diskussion hat heute zunehmend ihren Fokus auf technischen Lösungen und auf Meldeprozeduren. Die Moral hat sich in Prozedur aufgelöst wie bei der Praxis des Schwangerschaftsabbruchs.

Wäre nicht ein einziger Mensch, der mit aktiver Sterbehilfe getötet wird, ein Mensch zuviel, wenn er mit kompetenter Hilfe hätte leben können? Und ist dies nicht unsere Aufgabe, diese Hilfe kompetent anzubieten?

2.3.4 Aktive Sterbehilfe oder Palliativmedizin?

Die neue Entwicklung in Europa und deren Konsequenzen

Was einen Preis hat, an dessen Stelle kann etwas anderes
als Äquivalent gesetzt werden.

Was dagegen über allen Preis erhaben ist, das hat seine Würde.

(IMMANUEL KANT)

Als erstes europäisches Land haben die Niederlande eine Gesetzesänderung angenommen, die aktive Sterbehilfe unter bestimmten Vorbedingungen nicht unter Strafe stellt. Das niederländische Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen ist am 01.04.2002 in Kraft getreten. Jedes Jahr erhalten ungefähr 3.000 Patienten nach wiederholtem Drängen aktive Sterbe-

hilfe durch ihren Arzt mit Hilfe einer tödlichen Injektion, die ihr Leben beendet. Zusätzlich wird bei schätzungsweise 1.000 Patienten aktive Sterbehilfe durchgeführt, ohne dass sie darum gebeten haben. Diese Patienten waren bewusstlos oder aus einem anderen Grund nicht in der Lage, in ihrer letzten Lebensphase auf Fragen zu antworten. In diesen Situationen hat der Arzt die Entscheidung im Namen des Patienten getroffen.

Im Jahr 2005 wurden in den Niederlanden parlamentarische Vorstöße unternommen, Euthanasiemaßnahmen bei unheilbar kranken Neugeborenen gesetzlich zu regeln; das Justizministerium bereitet eine Gesetzesvorlage vor. Aktive Euthanasie soll strafbar bleiben, aber nicht verfolgt werden, wenn Ärzte bestimmte, so genannte Sorgfaltskriterien beachten und einer Kommission anschließend Bericht erstatten. Die medizinische Prognose der in Frage kommenden Neugeborenen muss »aussichtslos« sein, die Kinder müssen »unerträglich leiden«, die Zustimmung der Eltern ist zwingend. Auch muss die Meinung eines weiteren Arztes eingeholt werden. Sind diese Kriterien auch für Ungeborene erfüllt, darf eine Schwangerschaft auch noch nach der 24. Woche abgebrochen werden.

Damit soll Empfehlungen von Experten gefolgt werden, die diese im »Protokoll von Groningen« zusammengestellt hatten (Verhagen et al. 2005). Darin hatten Ärzte für 22 Neugeborene im Zeitraum von 1997–2004 die Durchführung gezielt lebensbeendender Maßnahmen dokumentiert. Im Juli 2005 hat der niederländische Verband der Kinderärzte die dort formulierten Kriterien als Richtlinie anerkannt (Ärzte Zeitung Online, 1.12.2005).

Als zweites europäisches Land hat Belgien am 30.09.2002 ein Gesetz zur eingeschränkten Legalisierung der Euthanasie verabschiedet. Es sieht die Straffreiheit für eine Tötung auf Verlangen für unheilbar kranke Menschen unter Einhaltung bestimmter Auflagen vor: Der Kranke, der um Sterbehilfe ersucht, muss unheilbar krank, handlungsfähig, bei Bewusstsein und volljährig sein sowie seinen Wunsch mehrfach äußern.

Im Gegensatz zu Holland ist die Legalisierung der Sterbehilfe in Belgien nicht an das unmittelbare Bevorstehen des Todes geknüpft, sondern weiter gefasst. Unter anderem wurde es auch auf Fälle »dauerhaften und unerträglichen physischen oder psychischen Leidens« ausgedehnt. Zwischen Antragsstellung und Tötung müssen vier Wochen vergehen.

Die belgischen Regelungen sind detaillierter als die holländischen und schreiben unter anderem vor:

2.3 · Aktive Sterbehilfe (Euthanasie)

- Umfassende Aufklärung des Patienten durch den Arzt über Gesundheitszustand, Lebenserwartung, mögliche alternative Maßnahmen einschließlich der Palliativmedizin, mehrere Gespräche in zeitlichem Abstand.
- Einbeziehung des etwaigen Behandlungsteams.
- Wenn der Arzt der Überzeugung ist, dass der Tod nicht in Kürze eintritt, Hinzuziehung eines Psychiaters oder eines auf die betreffende Krankheit spezialisierten Arztes.
- Voraussetzungen und Form einer Patientenverfügung.
- Widerrufsmöglichkeiten.
- Keine Verpflichtung des Arztes zur Euthanasie.
- Rechtsanspruch auf Palliativmedizin.

Für Behinderte und Demenzzranke gilt das Gesetz nicht. Voraussetzung für Euthanasiemaßnahmen ist, dass die Sterbewilligen volljährig und im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte sind. Auch müssen sie mündlich oder schriftlich ausdrücklich den Wunsch nach Sterbehilfe geäußert haben. Laut einer Umfrage der Freien Universität Brüssel (VUB) bei 175 Neonatologen in Flandern (Provoost et al. 2005) befürworteten jedoch viele auch die Legalisierung einer tödlichen Medikamentengabe bei schwerkranken Neugeborenen und Säuglingen. Ein Team der VUB hatte die Totenscheine aller Neugeborenen und Säuglinge in Flandern ausgewertet, die zwischen August 1999 und Juli 2000 gestorben waren. Von den 175 für das Ausstellen des Totenscheins verantwortlichen Ärzten hatten 121 an der anonymen Befragung teilgenommen. Innerhalb des Beobachtungszeitraums hatten 292 Kinder die ersten 12 Monate nicht überlebt. Mehr als die Hälfte von ihnen waren vor der 37. Schwangerschaftswoche geboren worden. Ein Drittel wies schwere angeborene Missbildungen auf.

In 143 Fällen (57%) trafen die Neonatologen gemeinsam mit den Eltern die Entscheidung zur aktiven oder passiven Euthanasie. Bei 68% von ihnen wurde die Intensivbehandlung abgebrochen oder gar nicht erst begonnen, 16% erhielten das Leben verkürzende Schmerzmittel, bei 9% verabreichten die Ärzte Medikamente, die das Leben des Kindes beendeten. Die Hauptgründe für diese Maßnahmen waren nach Angaben der Ärzte das Fehlen einer realen Überlebenschance oder im Falle des Überlebens eine zu erwartende sehr niedrige Lebensqualität.

Obgleich, wie oben bereits angeführt, die Anwendung von letalen Medikamenten bei Minderjährigen trotz des seit September 2002 geltenden

liberalen Sterbehilfegesetzes auch in Belgien illegal geblieben ist, erklärten 95 der 121 befragten Ärzte, dass es manchmal zur Erfüllung ihrer Pflicht gehöre, unnötiges Leiden zu verhindern. Eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe bei Neugeborenen in speziellen Fällen forderten 69 von ihnen.

In einem zweiten Gesetz wird Kranken ein Anspruch auf Schmerztherapie garantiert. Die Regierung Belgiens hat eine Regierungskommission eingesetzt, die über die Einhaltung der Bedingungen wachen soll.

Das Gesetz stößt aber v. a. deshalb auf erhebliche Bedenken, weil es:

- eine aktive Lebensbeendigung weit vor dem natürlichen Todeszeitpunkt zulässt und somit nicht die Sterbehilfe, sondern die Tötung auf Verlangen normiert,
- nicht nur auf dauernde und unerträgliche physische, sondern auch auf die psychischen Leiden abstellt und damit letztlich die subjektive Lebensablehnung ausreichen lässt,
- durch die Übertragung der Kontrolle auf eine Kommission praktisch die »Exmittierung« der Staatsanwaltschaft aus diesem Bereich der Strafverfolgung bedeutet – ein für unser Rechtsverständnis gravierendes Defizit an rechtstaatlicher Kontrolle.

Wenn alle europäischen Länder die niederländische und belgische Praxis einführen würden, müsste man, berechnet nach den niederländischen Daten, jährlich mit etwa 200.000 Patienten in Europa rechnen, die infolge aktiver Sterbehilfe sterben. Darunter würden sich 50.000 Patienten befinden, die nicht darum gebeten hätten.

Die folgenden Argumente waren für holländische Ärzte die wichtigsten Gründe, aktive Sterbehilfe durchzuführen (Van der Wal et al. 1996; Ten Have u. Welie 1996):

- Leiden kann nicht ausreichend gelindert werden (74%),
- Vorbeugung zum Verlust der Würde (56%),
- Vorbeugung stärkerer Leiden (47%),
- unnötiges Leiden (44%),
- Schmerzen (32%).

Diese Begründungen nehmen ihren Ausgang in den Begriffen: *Leiden, Würde, Schmerzen*. Zahlreiche Publikationen zeigen, dass nur wenige Menschen keine Leiden oder Schmerzen in ihrer letzten Lebenszeit haben. Ungefähr 70–80% aller Tumorpatienten erleben im Laufe ihrer Erkrankung starke

Schmerzen. Dyspnoe, Todesrasseln, Übelkeit, Angst, Unruhe und Panik sind häufige am Lebensende beschriebene Symptome.

Diese Probleme gelten nicht allein für Tumorpatienten. Andere Patientengruppen mit ernststen chronischen Organerkrankungen, wie z. B. Herz-Kreislauf-Leiden oder neurologische Erkrankungen, haben umfassende Probleme mit Schmerzen und Leiden über viele Jahre, bevor sie sterben. Patienten mit psychischen Problemen klagen nahezu ohne Ausnahme über Leiden, Schmerzen und den Verlust der Würde.

■ Schmerzen

sind ein unangenehmes Erleben und häufig verbunden mit einer akuten Erkrankung. Schmerzen sind subjektiv. Nur die Person, die Schmerz erlebt, ist in der Lage, das Gefühl und die Intensität zu beschreiben. Niemand anderer als der Patient selbst kann beurteilen, welche Schmerzen unerträglich sind und mit welchen Schmerzen er leben kann.

■ Leiden

ist möglicherweise noch stärker verbunden mit der menschlichen Existenz. »Ich habe ein ernstes Leiden«, so sagt vielleicht ein Krebspatient zu uns, und wir nicken verständnisvoll. Wir wissen, was dies für den Einzelnen bedeutet, weil wir aus der Erfahrung im Umgang mit vielen Krebspatienten die Konsequenzen dieser Erkrankung beurteilen können.

Aber das Leiden ist nicht nur ausschließlich an die Erkrankung geknüpft. Leben und Tod, Trauer und Freude, Freiheit und Unterdrückung, Sinn und Kränkung, Krankheit und Gesundheit, Nahrung und Hunger, Ruhe und Erschöpfung, Liebe und Einsamkeit sind einige Wortpaare, die eine schmale Balance zwischen Leid und Wohlbefinden beschreiben. Die Wahrnehmung von Leiden ist gebunden an die individuelle Lebensgeschichte, den kulturellen Hintergrund und die persönliche Beurteilung der aktuellen Lebenssituation.

Wenn jemand zu uns sagt: »Ich habe Schmerzen«, oder: »Ich leide«, dann ist es nicht unsere Aufgabe, das Gegenteil zu beweisen. Die Aufgabe ist weit mehr zu tun als nur zu verstehen, was gesagt wurde.

■ Würde

Wer hat Würde? Oder vielleicht einfacher gefragt: Wer hat keine Würde? Unser Arbeitsalltag im Gesundheitswesen ist geprägt durch den Umgang mit Menschen, die mit akuten oder chronischen Erkrankungen in unterschiedlicher Ausprägung leben. Oft begegnen wir Menschen mit umfassenden Problemen. Es stellt sich dann die Frage, ob diese Menschen ihre

Würde verlieren, wenn sie ernsthaft erkranken, vollständig von der Hilfe anderer abhängig sind, von Schmerz und Leid geprägt oder sich bereits im Prozess des Sterbens befinden.

Können Sie sich in die folgende Situation hineinversetzen?

Bevor Sie sterben, wird es vielleicht eine Zeit für Sie geben, in der Sie durch den Verlust an physischer und psychischer Gesundheit schwach und hilfsbedürftig sind. Vielleicht brauchen Sie täglich Hilfe bei der Körperpflege. Vielleicht können Sie nicht mehr das Bett verlassen und sind nicht mehr voll orientiert. Sie sind von der Hilfe anderer abhängig. Haben Sie dann Ihre Würde verloren?

Kinder sind in ihrer ersten Lebensphase rund um die Uhr von Liebe und Fürsorge abhängig. Wenn alles gut geht, erhalten sie das, was sie brauchen. In den ersten Jahren müssen sie gefüttert, gewickelt und an der Hand geführt werden. Später entwickelt sich ihre Selbstständigkeit zunehmend. Doch auch weiterhin ist der Bedarf an Unterstützung und Fürsorge gegeben, bis dass das Kind 15 oder 20 Jahre alt ist. Niemand stellt in diesem Zusammenhang die Frage, ob ein Kind Würde hat, trotz des enormen Bedarfs an Fürsorge und Hilfe. Was ist die Ursache dafür, dass wir auf Schwäche und Hilflosigkeit bei Kranken und Alten herabsehen? Warum sehen wir auf denjenigen herab, dem sein Leben nicht gelingt? Haben diese Menschen ihre Würde verloren?

Besonders Schwäche, verbunden mit Erkrankung und Altwerden, ist zu allen Zeiten mit Minderwertigkeit in Verbindung gebracht worden. Aussagen wie: »Zum Glück trifft es nicht mich« oder: »Der arme Kerl« signalisieren, dass wir glauben, uns auf der »sicheren Seite« zu befinden. Die Alten haben den Höhepunkt des Lebens passiert, wir hingegen sind geprägt durch Unverletzbarkeit, Selbstbegeisterung, Zukunftschancen und Arbeitsaktivitäten. Die Alten sind die Verlierer.

Doch Vorsicht: Wenn wir lange genug leben, werden wir selbst unter diesen Vorurteilen zu leiden haben. Denn was vielleicht noch schwerer wiegt, ist unsere Unfähigkeit, die positiven Seiten von Schwäche und Alter zu sehen: die Lebenserfahrung, die langen Freundschaften und die historischen Lehrstücke, die unsere Zeit braucht, um klüger zu werden.

Alle Menschen haben Würde (Janssens u. Gordijn 1998). Es ist undenkbar, dass einige Menschen keine Würde haben. Die Herausforderung besteht darin, dass Würde gekränkt/verletzt werden kann. Je größer die Schwäche des

2.3 · Aktive Sterbehilfe (Euthanasie)

einzelnen Menschen, je größer seine Abhängigkeit von Hilfe, desto größer das Risiko und die Wahrscheinlichkeit, dass seine Würde verletzt wird.

Wenn ein Sterbender in ein Krankenhaus oder ein alter Mensch in ein Pflegeheim eingewiesen wird, kann es bedeuten, dass er Hilfe und Fürsorge rund um die Uhr braucht. Wenn niemand diesen Patienten besucht, weil er krank, dement oder schwach ist, dann wird seine Würde gekränkt. Wenn dieser Patient Windeln erhält, obwohl er mit Hilfe die Toilette besuchen könnte, wenn wir seine Einsamkeit übersehen und den Bedarf an Schmerzmedikamenten, dann zeigen wir, dass er eine Belastung ist und wertlos. Unsere Gleichgültigkeit gegenüber diesen Menschen, Mangel an Kompetenz, Verständnis und Liebe ist ihre größte Kränkung.

Die Würde der Schwachen, der Sterbenden und der Alten muss jeden Tag durch uns bestätigt werden!

Die aktive Sterbehilfe hat zu allen Zeiten in dieser Debatte einen zentralen Platz eingenommen. Wenn Kränkung und Leid groß genug sind, ist es verständlich, dass der Patient und seine Angehörigen um Hilfe aus dieser unerträglichen Situation bitten. Die entscheidende Frage ist, wie diese Hilfe aussehen kann (Janssens u. Gordijn 1998; Gordijn u. Janssens 2000).

Auf einem internationalen Ärztekongress in Wien (1999) hielt ein amerikanischer Arzt einen Vortrag, in dem er die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe befürwortete. Unter anderem erzählte er über Gespräche mit seinem krebserkrankten Vater. Er hatte seinem Vater versprochen, ihm die notwendigen Medikamente für aktive Sterbehilfe zu geben, falls seine Leiden oder Schmerzen unerträglich würden.

In den USA gibt es in vielen Staaten Bestrebungen, »physician-assisted suicide« (vom Arzt assistierten Suizid) zu legalisieren. In einigen wenigen Staaten ist dies bereits legalisiert. Die Amerikaner – wie die Holländer und Belgier – geben als Hauptgrund für diese Legalisierung von »Tötung auf ausdrückliches Verlangen« an, dass die Autonomie, das Recht der Bürger auf eigene, freie Entscheidungen, in ihren Ländern einen besonders zentralen Stellenwert hat.

In unseren Augen hat dieser amerikanische Sohn und Arzt zwei Alternativen. Er könnte zu seinem Vater gesagt haben:

Vater, natürlich möchte ich auf keinem Fall, dass du leidest. Wenn deine Probleme unerträglich werden, rufst du mich an. Dann werde ich dir mit einer Spritze helfen, damit du schnell stirbst und von deinen Leiden befreit wirst.

Oder er könnte zu seinem Vater gesagt haben:

Vater, du bist ein Stern für mich. Ich liebe dich. Ich verspreche dir, alles zu tun, was in meiner Macht steht, damit du kompetente Hilfe bekommst, um deine Leiden so gut wie möglich zu lindern. Ich werde jeden Tag bei dir sein und dich in meinen Armen halten in der Zeit, die dir noch bleibt. Du bedeutest mir alles, besonders jetzt, wo du so krank bist.

Kann man die Würde eines Menschen mehr kränken, als dadurch, dass man ihm anbietet, ihn zu töten?

Oder indem wir Augen und Ohren vor seinen Wünschen verschließen, die um Fürsorge, Kompetenz und palliative Behandlung bis zu seinem Lebensende bitten? Ist nicht die Gefahr unendlich groß, dass verzweifelden, einsamen, unnötig leidenden Patienten eine Tötung angeboten wird – wenn Fürsorge, Pflege und kompetente palliative Behandlung nicht vorhanden sind?

In unzähligen Fällen haben wir im medizinischen Alltag Situationen erlebt, in denen sterbende und leidende Patienten mit großer Verzweiflung dem Sterben entgegensehen. Wenn diese Patienten mit der Liebe, Fürsorge und Kompetenz der Palliativmedizin behandelt werden, fiebern sie nicht länger dem schnellen Tod entgegen. Sie – und ihre Angehörigen – berichten, dass diese letzten Tage und Wochen für sie eine Zeit sind, die zu einer unvorstellbaren Bereicherung und einem würdevollen Abschied beiträgt.

Ein wichtiger Grundsatz von Palliative Care ist: »Wenn die Lebenssituation eines Patienten hoffnungslos erscheint, gibt es noch unendlich viel, was wir ihm anbieten können«. Unser Angebot besteht in einer kompetenten medizinischen Behandlung und ausgezeichneten Pflege. Verständnis und Einsicht für die Schmerzen und Leiden eines Menschen sind keine leeren Versprechungen. Aber dieses Engagement und diese Kompetenz soll nicht nur Einzelpersonen gelten, die das Glück haben, auf einer »guten Palliativstation« behandelt zu werden.

So lange nicht alle sterbenden und schwerst leidenden Patienten die Sicherheit haben, Palliative Care zu erhalten – und die haben sie wegen der jetzigen, fehlenden Aus- und Weiterbildungsstandards für Palliativmedizin in den meisten europäischen Staaten nicht –, ist es fast verständlich, wenn die Bevölkerung den »schnellen, schmerzfreien Tod« als Sicherheitsausweg herbeiwünscht. Das Angebot der Zukunft, Palliativmedizin, muss für *alle* Patienten gelten, die unter lebensbedrohlichen Erkrankungen leiden, unabhän-

2.3 · Aktive Sterbehilfe (Euthanasie)

gig von Diagnose, Alter und Aufenthaltsort: im Krankenhaus, im Pflegeheim oder zu Hause.

Mit Vertretern aller europäischer Staaten verabschiedete im Juni 1999 der Europarat einstimmig ein Dokument (Protection of the Human Rights and Dignity of the Terminally Ill and the Dying – Recommendation 1418 – 1999), das detailliert den Bedarf für Palliative Care beschreibt. Das Dokument wurde erarbeitet und dem Europarat vorgelegt von den Universitätsprofessoren Günter Virth und Franz Lackner (beide Universität Wien), Henk Ten Have (Universität Nijmegen) und Stein Husebø (Universität Wien/Bergen). In diesem Dokument wird unterstrichen, dass alle europäischen Staaten verpflichtet sind, schwerkranken und sterbenden Patienten kompetente Palliative Care anzubieten. Gleichzeitig ist dieses Dokument eine deutliche Aussprache gegen die aktive Sterbehilfe.

In einem bemerkenswerten Aufsatz im Juli 2002 kommentiert Generalstaatsanwalt Dr. Heinrich Kintzi (Braunschweig) einige rechtliche Grundlagen in Deutschland für ein würdevolles Sterben, wo er unterstreicht, dass in den Diskurs über Sterbehilfe nicht nur die Medizin, sondern die Rechtswissenschaft, die Theologie und die Ethik involviert sind:

In dem notwendigen Dialog der Wissenschaften ist der Beitrag der Rechtswissenschaft nicht als Anmaßung oder Reglementierung zu verstehen, sondern als Hilfe. Der Arzt/die Ärztin muss sicheren Boden unter den Füßen spüren, um verantwortungsvolles Wirken sachgerecht ausüben zu können... Was die Standesethik vom Arzt fordert, übernimmt das Recht weithin zugleich als rechtliche Pflicht...

Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens dürfen in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unterlassen oder nicht weitergeführt werden, wenn diese nur den Todeseintritt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann...

Durch die Hinweise auf den Willen und den mutmaßlichen Willen des Patienten, die die Rechtssprechung vornimmt, haben die Patientenverfügung und die Vorsorgevollmacht einen erheblichen Bedeutungszuwachs erfahren... Im selben Maß, in dem der Patient durch Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen seinem Willen hinsichtlich lebensverlängernder Maßnahmen verbindlich Geltung verschaffen kann, schwindet die Besorgnis, im Sterben eine Missachtung seines Selbstbestimmungsrechts zu erfahren...



Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf...

Zu Grenzziehung zwischen indirekter und passiver Sterbehilfe und direkter Lebensbeendigung schreibt Kinzi:

Bei der gebotenen indirekten und verbotenen aktiven Sterbehilfe liegt kein Etwas-in-die-Tasche-Lügen vor, indem die Ärzte gleichartiges Handeln unter verschiedenen Etiketten vollziehen. Zwar ist die Einflussnahme auf das Leiden das verbindende voluntative Element des ärztlichen Tuns, doch bekanntlich heiligt nicht der Zweck jedes Mittel.

Es besteht nicht nur ein gradueller, sondern ein substanzieller Unterschied zwischen der zielgerichteten absichtlichen Tötung eines Menschen und der Lebensverkürzung, die ungewollt, aber unvermeidbar als Nebenfolge eintritt oder eintreten kann. Der Wertungsunterschied wird auch daran deutlich, dass sich die aktive Sterbehilfe aus dem Erfolg der Lebensbeendigung definiert, während bei der hier reflektierten Therapie nur das Risiko, aber nicht die Gewissheit der Lebensverkürzung besteht. Drängt sich hier nicht der Vergleich mit der allgemeinen Medikation auf, die mit negativen Nebenwirkungen verbunden ist? Es ist ein gutes ärztliches Tun, das auf Heilung oder Linderung gerichtet ist, auch wenn der Beipackzettel gravierende Nebenwirkungen aufweist.

Der wesentliche Ansatz der passiven Sterbehilfe ist der Verzicht auf kurative Therapie, auf die künstliche Verlängerung des Sterbevorganges. Das Ärztlich-ethische und das Rechtliche können sich in der tragfähigen Zäsur vereinigen, die begrifflich zwischen der direkten Euthanasie, die auf Tötung abzielt, einerseits und der schicksalhaften Entwicklung andererseits unterscheidet, deren natürlichem Verlauf der Arzt nicht in den Arm zu fallen braucht.

Die Zusammenfassung seines Aufsatzes könnte wie folgt ausgedrückt werden:

Die in unserer Verfassung bestehende Grundrechtsbindung an die Unantastbarkeit der menschlichen Würde schließt auch das Recht auf Respekt der Würde eines Sterbenden ein.

2.3 · Aktive Sterbehilfe (Euthanasie)

Um dieses Ziel, die Würde der Sterbenden in unserem Umgang mit ihnen zu achten, zu erreichen, bedarf es einiger Voraussetzungen. Unsere Gesellschaft muss mit einer Änderung ihrer Haltung gegenüber den Schwachen und Sterbenden zu dieser Entwicklung beitragen. Die Verantwortlichen im Gesundheitswesen müssen die Augen öffnen gegenüber den Sterbenden und den Alten, damit sie die Hilfe erhalten, die sie brauchen. Doch die Gesellschaft und das Gesundheitswesen werden diese Probleme nicht allein lösen können. Eine zentrale Voraussetzung ist, wie wir als Privatpersonen Verantwortung übernehmen, wenn unsere Angehörigen schwer erkranken oder alt werden.

Nur durch ein funktionierendes Netzwerk, in dem Angehörige, Ehrenamtliche, Nachbarn, die »professionellen« Helfer, Institutionen und Lehrereinrichtungen zusammen arbeiten mit Respekt gegenüber der Kompetenz des Anderen, kann es gelingen, das Empfinden ihrer eigenen Würde bei Schwachen und Schwerkranken bis zuletzt zu stärken.

Die Lösung für Schmerzen, Leiden und Kränkung von Würde eines Patienten besteht nicht in einer tötenden oder sedierenden Spritze. Die Lösung besteht darin, dass wir kompetente palliativmedizinische und -pflegerische Versorgung anbieten für alle, die sie brauchen.

2.3.5 Ärztliche Beihilfe zum Suizid

Ein wesentliches Argument gegen die aktive Sterbehilfe ist die Tatsache, dass der Patient eine andere Person einbindet und die Tötung durchführen lässt. Gegner der Euthanasie fordern deswegen häufig, dass der Patient in Wahrung und Achtung seiner Autonomie selbst die Tötung durchführen solle und könne (Quill et al. 1992).

Jeder Arzt wird Verständnis für Patienten haben, für die das Sterben ein äußerst qualvoller Prozess ist und die deswegen den Wunsch äußern, nicht weiter leben zu wollen. Aus diesem Verständnis kann aber nicht die Erlaubnis zur aktiven Sterbehilfe abgeleitet werden. Andererseits wird argumentiert, dass die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs Ärzten bereits die Erlaubnis zum Töten gegeben hat. Manche Ärzte (Quill et al. 1992) können sich durchaus vorstellen, unter bestimmten Voraussetzungen Beihilfe zum Suizid zu leisten, auch wenn dies in Deutschland von den Standesorganisationen abgelehnt wird.

Der Suizid ist in unserer Gesellschaft fast so umstritten wie die Euthanasie und der Schwangerschaftsabbruch. Der Suizidversuch war in vielen Ländern bis zur 2. Hälfte des vorigen Jahrhunderts strafbar. Die Beihilfe zum Suizid ist in einigen Ländern (u. a. in Deutschland, Schweden) *nicht* strafbar, in anderen Ländern mehr (Österreich, Norwegen) oder weniger (Schweiz) strafbar. Es wird aber prinzipiell als problematisch angesehen, wenn ein Arzt diese Beihilfe leistet.

Eine entscheidende Frage bei der Beurteilung des Suizids ist es, ob der Mensch nicht das Recht hat, über sein eigenes Leben zu befinden. Auf den ersten Blick könnte man glauben, eine Lösung dieser Fragen darin zu sehen, wenn dem Arzt das Recht zugestanden wird, Patienten, die das Leben nicht mehr ertragen können, den Weg zur Selbsttötung zu zeigen und unter Umständen die dafür geeigneten Medikamente bereitzustellen. Wie in anderen Ländern gibt es auch in Deutschland Ärzte, die öffentlich eine ärztliche Beihilfe zum Suizid befürworten, und auch solche, die in aller Öffentlichkeit darstellen, wie sie solche Hilfe geleistet haben. Ein pensionierter Pathologe in Michigan (USA) hat durch die Entwicklung und den Einsatz einer Selbsttötungsmaschine große öffentliche Wirkung erzielt. In Deutschland bietet eine Gruppe den Menschen, die nicht mehr leben wollen, Hilfe beim Suizid an. Sie setzt dabei Blausäure ein und verlangt für jede geleistete Beihilfe zum Selbstmord 5.000–25.000 Euro (Condrau 1991). Das Einnehmen von Blausäure führt zu einem schnellen und sehr qualvollen Tod.

Die Gegner der aktiven ärztlichen Beihilfe zum Suizid weisen darauf hin, dass ein Patient häufig die Möglichkeit habe, selbst, ohne fremde Hilfe Suizid zu begehen. Entgegen vielerlei Meinungen sei es nicht schwer, sich das Leben zu nehmen, unter der Voraussetzung, dass dafür die richtige Methode gewählt wird.

Es kann diskutiert werden, ob der Patient, der selbst in der Lage ist, Suizid zu begehen, einen höheren Grad von Autonomie und Integrität besitzt als ein Patient, der durch seine Krankheitsentwicklung keinerlei Möglichkeiten mehr hat, dass ein solches Vorhaben ohne fremde Hilfe gelingen könnte. Wir kennen Situationen, wo Patienten, wenn sie ausreichend Information über ihre Möglichkeit zum Suizid erhielten, durch die gewonnene Autonomie mehr Lebensmut bekamen und sich dadurch für ein weiteres Leben bis zum natürlichen Todeseintritt entschieden (Quill et al. 1992).

In der Betreuung sterbender Patienten erfahrene Ärzte berichten, dass es zwar zutrefte, dass einige Patienten den Wunsch äußern, vorzeitig aus

dem Leben zu scheiden, wenn die Krankheitsentwicklung zu einem unkontrollierbaren, unwürdigen Zustand führen sollte. Die Erfahrung zeige aber auch, dass ein solcher Wunsch vorwiegend in einer frühen oder mittleren Phase der Krankheit zum Ausdruck gebracht werde. Sterbende Patienten dagegen äußerten fast nie den Wunsch, sich zu töten oder töten zu lassen.

Es gibt in der Tat nur sehr wenige Fälle, in denen sterbende Patienten Suizid begehen (Bolund 1985). Dies ist umso bemerkenswerter, als vielen dieser Patienten mehr als ausreichend Medikamente zur Verfügung stehen, durch deren Einnahme der Tod herbeigeführt werden könnte (► Kap. 5.6.2: »Depression« und ► Kap. 5.7: »Suizid«). Was Patienten in einer so schwierigen Phase ihres Lebens brauchen, ist Unterstützung, Begleitung und das Gespräch. Gespräche mit solchen Patienten sind schwierig. Sie setzen voraus, dass der Arzt als Gesprächspartner über Kompetenz, Zeit und Mitgefühl verfügt. Mit der Aufgabe, den Patienten das zu geben, was sie als Alternative zum Tod brauchen, sind viele Ärzte überfordert.

Die Lösung dieses Problems kann nicht sein, dass der Arzt ein Rezept zum Sterben ausstellt. Wenn dieses Rezept ausgestellt und der Patient allein gelassen wird oder Unterstützung zu seinem Vorhaben bekommt, kann dies nur als eine Aufforderung zum Suizid aufgefasst werden. Eine solche ärztliche Beihilfe zum Suizid ist moralisch und ethisch gleichwertig mit aktiver Sterbehilfe – eine aktive Tötung eines Menschen. (Wilkinson 1990; Moulin et al. 1994; Husebø 1991)

2.3.6 Indirekte Sterbehilfe

Zunächst wollen wir auf Fälle hinweisen, die häufig missverstanden werden.

Wenn beispielsweise ein Patient mit ausgeprägter Metastasierung im Hals-Lungen-Bereich plötzlich eine Durchbruchblutung zum Bronchialsystem oder aus der Aorta bekommt, wird diese Komplikation innerhalb von Minuten zum Tode führen. Diese Zeit kann für den Patienten und für andere Anwesenden äußerst qualvoll sein. In einer solchen Situation ist es die Aufgabe des Arztes, eine adäquate Therapie des vorhandenen Schmerzes und der vorhandenen Panik durchzuführen. Sinnvoll wäre es, falls möglich, sofort einen intravenösen Zugang zu legen, um die notwendigen Medikamente rasch und effektiv zuführen zu können. Die wichtigen Medi-

kamente in dieser Situation wären Analgetika und Anxiolytika, am besten Morphin und Midazolam, die im Notfall auch tief intramuskulär gegeben werden können.

Der verantwortungsbewusste Arzt sollte bei dem Patienten bleiben und die notwendigen Dosen der Medikamente so titrieren, bis die Panik und das Leiden des Patienten unter Kontrolle sind. Dabei können die benötigten Dosen eine Bewusstlosigkeit des Patienten hervorrufen. Es kann auch durchaus sein, dass der Patient durch diese Behandlung einige Minuten früher stirbt als ohne eine solche Behandlung. Der Arzt nimmt bewusst diese unerwünschten Nebenwirkungen in Kauf.

Dies ist weder aktive noch passive Sterbehilfe, sondern gute Symptomkontrolle – oder wie es in Deutschland genannt wird: indirekte Sterbehilfe. Es handelt sich hierbei um eine kompetente und angebrachte medizinische Behandlung (Roy 1991; Müller-Busch 2004).

Das Gleiche würde beispielsweise auch bei einem Patienten mit schwerem, unkontrollierbarem Herzversagen zutreffen, bei dem abgeklärt ist, dass er nicht weiter beatmet werden soll, falls die Respiration versagt. Hier ist die intravenöse Zufuhr von Analgetika und Sedativa zur Minimalisierung des Leidens auch dann als adäquate medizinische Behandlung anzusehen, wenn der Patient dadurch früher sterben sollte.

Die häufigste Todesursache ist ein Linksherzversagen; das dabei entstehende Lungenödem wird oft vom Patienten als sehr qualvoll empfunden. Es sei hier mit Nachdruck betont, dass Patienten, deren Leben nicht mehr gerettet werden kann, in ihren letzten Stunden immer eine optimale Behandlung ihrer Symptome erhalten müssen. Es kann niemals akzeptiert werden, dass Ärzte sich von solchen Patienten zurückziehen unter dem Vorwand, doch nichts mehr tun zu können (Klaschik u. Husebø 1997). Passive und indirekte Sterbehilfe sind insbesondere für unerfahrene Ärzte und Krankenschwestern problematisch, da ihnen der fachliche Überblick fehlt und ihnen auch der Umgang mit den Medikamenten in der Finalphase Ängste bereitet. So haben sie Angst vor der eigenen Verantwortung bei der »letzten« Spritze. Derjenige, der die letzte Injektion gibt, fühlt sich oft für den Tod des Patienten verantwortlich. Diese Angst hat ihre Begründung in der Haltung, mit der Ärzte häufig dem Tod begegnen.

Die Beurteilung der Situation, welche Form der Sterbehilfe vorliegt, ob unsere Handlung ethisch, moralisch und rechtlich richtig ist, hängt davon ab, ob

2.3 · Aktive Sterbehilfe (Euthanasie)

- der Arzt kompetent und verantwortungsbewusst handelt,
- das Ziel seiner therapeutischen Intervention eine Linderung und nicht das Töten gewesen ist,
- der Patientenwille berücksichtigt wurde.

Dabei muss selbstverständlich das Recht des Patienten auf Mitbestimmung beachtet werden. Falls der Patient noch bei Bewusstsein ist, muss er selbst entscheiden dürfen, ob er Analgetika und andere angebrachte Medikamente bekommen will oder ob er es vorzieht, bei evtl. besserer Erhaltung seines klaren Bewusstseins länger zu leiden (Mount u. Hamilton 1994 Cherny et al. 1994 b).

Im Allgemeinen hat eine suffiziente Symptomkontrolle zur Folge, dass der Patient besser und länger lebt, nicht aber, dass sein Leben verkürzt wird. Die Ärzte sollen aber wissen, dass sie eine richtige Behandlung durchgeführt und sich keineswegs strafbar gemacht haben, wenn – was selten vorkommt – ein todkranker Patient, der eine suffiziente Symptomkontrolle erhalten hat, etwas früher stirbt als ohne eine solche Therapie (Eser et al. 1992; Cherny et al. 1994 b).

Ein BGH-Urteil zu diesen Problemen wird nachfolgend dargestellt.

Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH), November 1996

Zulässigkeit »indirekter Sterbehilfe«:

Indirekte Sterbehilfe ist die unbeabsichtigte, aber als unvermeidliche Nebenfolge in Kauf genommene Beschleunigung des Todesesintrittes durch schmerzlindernde Medikamente.

Die massive Schmerztherapie muss:

- dem Patientenwillen entsprechen,
- ärztlich geboten sein,
- darf den Tod nur um »kurze Zeit« beschleunigen.

Die Ermöglichung eines Todes in Würde und Schmerzfreiheit gemäß dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen ist ein höherwertiges Rechtsgut als die Aussicht, unter schwersten Schmerzen, insbesondere sog. Vernichtungsschmerzen, noch kurze Zeit länger leben zu müssen.

Das Urteil gegen zwei Ärzte wegen Totschlags wurde aufgehoben.

2.3.7 Der Wunsch (?), getötet zu werden

➤ Beispiel aus der Praxis

Eine Patientin ist 34 Jahre alt, ihr Sohn ist 15 Jahre alt. Zum Vater des Sohnes hat keiner von beiden seit der Geburt des Jungen Kontakt gehabt. Sie ist ausgebildete Sozialarbeiterin. Im Alter von 2 Jahren wurde sie von ihren Eltern adoptiert. Angeblich wurde sie nie darüber informiert.

Seit 2 Jahren hat sie einen Hirntumor. Der Tumor wurde sofort operiert und bestrahlt. Jetzt hat sie ein inoperables Rezidiv. Weitere tumorspezifische Maßnahmen sind nicht möglich.

Versetzen wir uns nun in die Lage ihres Hausarztes! Sie hat in den letzten Monaten zunehmend Beschwerden gehabt: Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Appetitverlust, Kopfschmerzen etc. Um diese Symptome des erhöhten Hirndrucks unter Kontrolle zu halten, bekommt sie Morphin, hochdosierte Steroide und Haloperidol. Der betreuende Arzt steht laufend in Verbindung mit sehr kompetenten Ärzten in der Uniklinik, um eine optimale Symptomkontrolle zu sichern.

Die Patientin will unter keinen Umständen ins Krankenhaus. Der Hausbetreuungsdienst versorgt sie gut zu Hause, unterstützt von einem befreundeten Ehepaar und ihrem Sohn. Zu ihren Eltern hat sie seit 2 Monaten jeden Kontakt abgebrochen.

Zweimal in der Woche bekommt sie Hausbesuche vom Hausarzt. Die Patientin hat kein Vertrauen zu anderen Ärzten. Er hat ihr versprochen, dass er ihr in der verbleibenden Zeit beisteht. Sie hat mehrfach gesagt, dass sie nur ihres Sohnes wegen noch am Leben ist. Sie sagt, dass sie Suizid begehen werde, falls ihr Zustand sich dramatisch verschlechtern sollte.

Dann kommt der Sohn in der Praxis. Er erzählt, dass die Mutter in den letzten Tagen wiederholt hingefallen sei; sie krieche mehr oder weniger auf dem Boden herum und leide schwer unter Übelkeit, Erbrechen, Schwindel und Schmerzen. Seine Mutter habe ihn gebeten, den Arzt zu holen. Er und seine Mutter seien beide fest entschlossen, dass die Mutter nicht mehr länger leiden solle. Beide bitten um Hilfe, das Leben der Mutter zu beenden. Als Alternative bleibe ihm nur, der Mutter beim Suizid behilflich zu sein.

Welche Möglichkeiten hat der Arzt? Soll er ihr Beihilfe zum Suizid leisten? Der weitere Verlauf dieser konkreten Krankengeschichte zeigt, welche Probleme und Konflikte ein solcher Fall in der Praxis mit sich bringen kann.

➤ Beispiel aus der Praxis (Fortsetzung)

Der Arzt hat am Abend nach dem Besuch des Sohnes einen Krankenbesuch bei der Patientin gemacht. Zuvor war er alle 2–3 Tage gekommen. Nachdem er sich einen Überblick über die aktuelle Lage verschafft hatte, schlug er der Patientin trotz ihres Wunsches, zu Hause zu bleiben, eine sofortige Krankenhauseinweisung vor. Dabei gab er an, dass es für ihn darum gehe, ihr die letzten Tage und Stunden so erträglich wie möglich zu machen und alles zu tun, um ihren Sohn auf diese und die dann folgende Zeit so gut wie möglich vorzubereiten. Die Patientin willigte ohne große Widerrede ein. Dem Sohn fiel es schwerer einzusehen, dass seine Mutter die letzten Tage ihres Lebens nicht zu Hause verbringen sollte. Sie wurde aber stationär im Krankenhaus aufgenommen.

In dieser Abteilung wurde sie zunächst gut gepflegt und versorgt. Der Hausarzt arbeitete im Krankenhaus eng mit den dort zuständigen Ärzten zusammen. Es gelang dabei, die von der Patientin als so qualvoll empfundenen Schmerzen, die Übelkeit, das Erbrechen etc. etwas besser unter Kontrolle zu bekommen. Sie bat aber weiterhin jeden Tag darum, ihr eine Überdosis an Medikamenten zu verabreichen, damit ihrem Leiden und ihrem Leben ein Ende gesetzt werde.

Etwa zehn Tage nach der Einlieferung bekam sie an einem Wochenende eine schwere Pneumonie. Zu diesem Zeitpunkt war ihr Allgemeinzustand sehr schlecht, es war kaum möglich, Kontakt mit ihr zu bekommen. Der am Wochenende Dienst habende Arzt entschloss sich, ihr Antibiotika zu verabreichen unter dem Vorwand, dass eine Komplikation wie die Pneumonie bei einem so schwachen Patienten unbedingt zu behandeln sei. Er argumentierte: »Sonst wird sie sterben.«

Diese von ihm getroffene Entscheidung wurde in der darauffolgenden Woche eingehend diskutiert. »Wie ist es möglich,« fragte der noch immer sehr um sie besorgte Hausarzt, »dass Kollegen in der Lage sind, auf diese Weise den sehr klar geäußerten Wunsch der Patientin, bei der ersten Gelegenheit zu sterben, zu überhören und zu missbilligen?« Er wurde dabei von vielen Kollegen in der chirurgischen Abteilung in seiner Haltung unterstützt. Die Therapie mit Antibiotika wurde trotzdem fortgesetzt.

Fünf Tage darauf, nach zweiwöchigem Aufenthalt, besserte sich der Allgemeinzustand der Patientin etwas. Es war über kürzere Zeitabstände des Tages möglich, sich mit ihr zu verständigen. Die chirurgische Abteilung hielt es nun unter Berufung auf die Bettenknappheit für notwendig, die Patien-

tin zu verlegen. Die einzige Stelle, die bereit war, sie aufzunehmen, war ein nahegelegenes Pflegeheim, wohin sie dann unter lauten Protesten der Angehörigen und des Hausarztes verlegt wurde. Hier verbrachte sie ihre letzten qualvollen Wochen, bis sie starb.

Der Hausarzt hat diese tragische Krankengeschichte eingehend in einer Publikation dargestellt und diskutiert (Husebø 1989).

War die Art und Weise, in der die Krankenhausärzte die Pneumonie der sterbenden Patientin gegen ihren Willen behandelt haben, nicht ein ernster Übergriff gegen die Autonomie dieser Frau?

In ihren letzten Lebenstagen ist dann etwas sehr Beeindruckendes geschehen.

➤ Beispiel aus der Praxis (Fortsetzung)

Sie wurde zunehmend so schwach, dass jeden Tag damit zu rechnen war, dass sie sterben werde. In diesen Tagen war sie über kurze Zeiträume bei vollem Bewusstsein. Sie hat dann nicht ein einziges Mal mehr um aktive Sterbehilfe gebeten. Sie hat dagegen unerwartet die Eltern darum gebeten, zu ihr zu kommen. Zuerst bat sie die Eltern, sich um ihren Sohn zu kümmern, wenn sie verstorben sei. Dann verriet sie, dass sie immer von ihrer Adoption gewusst habe, ohne in der Lage zu sein, darüber zu sprechen. Es sei ein großes Problem für sie gewesen, dass die Eltern dieses Thema nicht angesprochen hätten. Dies sei auch der Grund gewesen, warum sie während ihrer Krankheit über längere Zeit hin den Kontakt zu den Eltern abgebrochen habe.

Die Engländer sprechen von »unfinished business«, von »unerledigten Geschäften«. Sie sagen, dass die Sterbenden sich schwer tun, das Leben zu verlassen, solange unbewältigte Aufgaben auf ihrem Gewissen lasten.

Obwohl die letzten Monate eine fast unbeschreibliche Belastung für diese Frau waren, hatten nicht die letzten beiden Wochen aber einen Sinn für sie und für die Hinterbliebenen?

Dabei hatten die Ärzte eine medizinisch-ethische Frage übersehen. Die Frau bekam in den letzten Monaten immer höhere Dosen von Steroiden, um den sehr hohen Hirndruck unter Kontrolle zu halten. Wenn diese Steroide plötzlich abgesetzt worden wären, hätte dies zur Folge gehabt, dass die Patientin innerhalb von Stunden das Bewusstsein verloren hätte und innerhalb von Tagen friedvoll gestorben wäre. Bei erfahrenen Palliativmedizinerinnen ist es bei Hirntumorkranken nicht ungewöhnlich, ein solches schnelles Absetzen der

Steroide in ähnlichen Situationen nach Wunsch des Patienten durchzuführen (Twycross 1993).

Eigentlich ist es die *Pflicht* des Arztes, den Patienten über Wirkung und Nebenwirkung der Medikamente aufzuklären (Buchanan u. Brock 1989). Wenn die Patientin nach einer solchen Information die Kortisonbehandlung eingestellt hätte, wäre dies ihre eigenständige Entscheidung gewesen. Sie war zu diesem Zeitpunkt zu schwach für einen Suizid aus eigener Kraft. Das Absetzen des Kortisons wäre dabei nicht einmal Suizid gewesen und hat nichts mit aktiver Sterbehilfe zu tun; es ist eine autonome Entscheidung einer kompetenten Person.

2.3.8 Was bedeuten Begriffe wie »unwürdig«, »unerträglich« und »friedvoll«?

Wir können die Schmerztherapie optimieren und alles tun, damit andere Krankheitssymptome unter Kontrolle gehalten werden. Es wird Patienten geben, bei denen trotz maximaler Kompetenz und trotz maximalen Einsatzes die Forderungen nach »suffizienter Symptomkontrolle« und »würdiger Existenz« nicht erfüllt werden können. Bevor wir uns mit diesen seltenen »unerträglichen« Situationen befassen, wollen wir zunächst sehr wichtige und häufig verwendete Begriffe wie: »unerträglich«, »unwürdig« und »friedvoll« beleuchten (Cherny et al. 1994 a).

Diese Begriffe sind Wertbegriffe, Qualitätsbegriffe, subjektiv gewählte Wörter, die dem Menschen dazu dienen, das Gute und das Schlechte, das Böse und das Befriedigende, das Viel und das Wenig in der menschlichen Existenz zu bezeichnen. Diese Wörter sind für uns Menschen nützlich. Sie dienen uns in unserem Alltag, damit wir uns verständigen können. Sie machen uns deutlich, was wir geringschätzen oder für wertvoll halten. Die Begriffe sind auch wichtig für uns Mediziner, weil sie etwas aussagen über das subjektive Befinden unserer Patienten.

Wenn wir Ärzte mit schwierigen und »unerträglichen« Situationen auf der Grenze zwischen Leben und Tod konfrontiert werden, müssen wir hinterfragen, was »unerträglich« bedeutet und wer am meisten darunter leidet. Da die Feststellung des »Unerträglichen« immer in einem Gespräch zwischen mehreren Personen getroffen wird, ist es von Bedeutung, wie die einzelnen Gesprächsteilnehmer auf die Aussage der »Unerträglichkeit« reagieren.

Wir müssen auch hinterfragen, *für wen* etwas unerträglich ist. Diese subjektiven Werte haben nur für den Betroffenen eine Gültigkeit. Wenn der Patient sagt: »Es ist für mich unerträglich«, ist die Aussage für ihn gültig. Wenn die Angehörigen, das Pflegepersonal oder der Arzt sagt: »Es ist für den Patienten unerträglich oder unwürdig,« beschreiben sie, dass es für *sie* unerträglich oder unwürdig ist. Wie es für den Patienten ist, kann nur er oder sie selbst entscheiden.

So können schwerwiegende Leidensursachen für den Betroffenen subjektiv ein unlösbares Problem darstellen. Menschen aus einer solchen Situation herauszuführen, ist durch adäquate Reaktion oft weitgehend möglich.

Es gibt viele Beispiele dafür, wie scheinbare Kleinigkeiten für Menschen in einer schwierigen Lage große Bedeutung haben. Wer dem Schmerz und der Panik eines Patienten auf einer Station im Krankenhaus mit Unkenntnis, mangelnder Zuwendung und Unfähigkeit zur Kommunikation begegnet, sollte sensibel genug sein, diese Defizite auszugleichen, und bereit sein, von kompetenten Ärzten und Krankenschwestern dazuzulernen.

Wenn die Situation von uns als unerträglich oder unwürdig empfunden wird, sollten *wir* eine kompetente Hilfe bekommen (► Kap. 9: »Die Rolle des Arztes«).

Es zeigt sich also, dass nicht alles, was als unerträglich oder als unwürdig beschrieben wird, tatsächlich unerträglich oder unwürdig sein muss. Kann die Würde nicht darin liegen, das Unerträgliche sichtbar zu machen, den Kranken mit seinem Leiden nicht allein zu lassen, ihm zu zeigen, dass er für uns noch viel wert ist, und Linderung und Hilfe anzubieten?

Der Mensch ist in seinen Reaktionen nie allein, es kommt sehr darauf an, wie die Umgebung diese Reaktionen beeinflusst. Diejenige Gruppe, deren Einflussnahme auf die Reaktionen im allgemeinen zu wenig beachtet wird, ist die der Angehörigen. Ängste und Kränkungen, die den Angehörigen widerfahren, übertragen sich sehr schnell auf den Patienten – und umgekehrt.

Unerträglichkeit des Leidens ist auch abhängig von dem Ort, an dem der Patient sich befindet. Patienten, die z. B. im Krankenhaus – wo Zeitnot herrscht, menschliche und fachliche Kompetenz fehlen – unerträglich leiden, ändern ihre Einstellung, wenn es gelingt, sie nach Hause, in ein Hospiz oder auf eine Palliativstation zu verlegen. Patienten benötigen in diesen Situationen Personen, die Zeit haben und menschliche sowie fachliche Kompetenz besitzen. Unter diesen Voraussetzungen kann oft innerhalb von Stunden eine

Änderung der Beschreibung des Leidenszustandes beobachtet werden (Cherny et al. 1994 b).

Dabei spielt es weniger eine Rolle, was in den ersten Stunden gemacht wird. Das Entscheidende scheinen die dem Kranken vermittelten Eindrücke zu sein:

- Wir haben Zeit für Sie.
- Wir wissen, wie Ihre Schmerzen unter Kontrolle gebracht werden können.
- Sie können bei uns in Offenheit zeigen, wie Ihnen zumute ist.
- Sie sind uns viel wert.
- Wir sind für Sie da, wenn die Gedanken, das Leiden und die Einsamkeit Sie zu überwältigen drohen.

Wir haben die Aufgabe, »hoffnungslos« Kranke und Sterbende zu betreuen und zu behandeln und müssen uns fragen, ob das, was der Kranke als »unerträglich« und »unwürdig« beschreibt, allein eine angemessene Beschreibung seiner aktuellen Situation ist oder ob es ihm nicht auch dazu dienen könnte, das Unerträgliche erträglich zu machen. In letzterem Fall kann es nicht unsere Aufgabe sein, fortlaufend zu signalisieren, dass alles unternommen werde, um eine angemessene Therapie gegen die Angst, die Einsamkeit, den Schmerz zu finden.

Viele Kranke, aber auch Gesunde, machen Aussagen wie: »Ich wünsche mir ein friedvolles Sterben.« Dies sollte auch unser Ziel sein. Aber die Ereignisse im Leben, wie im Sterben, sind nicht immer friedvoll. Wer in Lebensnot und Lebenskrisen kommt, *ist noch am Leben*. Reaktionen auf die Lebenskrise können Wut, Zorn, Abweisung oder Apathie sein. Diese Gefühle oder Reaktionen sind oft erforderlich, um in dieser Lebenskrise existieren zu können.

Viele, die im Gesundheitswesen arbeiten, denken in solchen Situationen, dass es ihre Aufgabe sei, für alle vorhandenen Probleme eines Patienten eine Lösung bereit zu haben. So sehen wir es häufig als unsere Aufgabe an, die Voraussetzungen für ein schmerzfreies und harmonisches Sterben zu schaffen.

Die Umgebung, wie das Pflegepersonal, die Ärzte oder die Angehörigen, sollte in diesen Situationen Respekt vor den Reaktionen des Patienten haben. Ein Teil seiner Würde kann darin liegen, dass er vor dem Tod nicht »lieb«, »freundlich«, »friedvoll« oder »harmonisch« ist. Wenn der Patient seine existentielle Not zum Ausdruck bringt, wird es unsere wichtigste Aufgabe sein, diese Not zuzulassen und, soweit wir dazu in der Lage sind, zu teilen.

Wir dürfen nicht übersehen, dass wir den Patienten weder vor der Trennung noch vor den Ängsten und Gefühlen, die das Sterben begleiten, und auch nicht vor dem Tod bewahren können. Unsere gut gemeinten Bestrebungen in Richtung auf ein »friedvolles« Sterben können nicht nur für uns selbst eine große Belastung sein. Sie können das Leiden, die Verzweiflung und die Einsamkeit des Patienten und die Ängste der Angehörigen erheblich verstärken.

Oft ist es dieses Verständnis, das der Patient und die Angehörigen am meisten brauchen, wenn sie vor einer großen Lebenskrise stehen. Wenn uns dieses Verständnis fehlt und wir uns trotzdem gezwungen sehen zu handeln, dann entstehen Konflikte, die durch unsere »Lösungen« hervorgerufen werden und die die Krise beim Patienten und seinen Angehörigen nicht nur erhalten, sondern sogar verstärken können (Cassel 1982).

Der Ethiker Peter Kemp (1992) unterstreicht in seinem Buch über Medizin und Ethik, dass die Grundlage für ein ethisches Bewusstsein darin besteht, dass sich jeder von uns mit dem eigenen Leben und mit seiner Verwundbarkeit auseinandersetzt. Er sagt auch, dass die wichtigste Quelle für dieses Bewusstsein in den Geschichten, in der Literatur und in der Kunst zu finden sei.

Die Probleme der Sterbenden finden wir kaum eindrucksvoller in der Literatur als in der Geschichte *Der Tod des Iwan Iljitsch*, vor über 100 Jahren von Tolstoj geschrieben. Hier lesen wir von einem todkranken Akademiker, der zunehmend isoliert und allein gelassen wird, weil weder seine Familie noch der Arzt sich zu seinem Leiden und zu seiner fortschreitenden Krankheit verhalten können.

Von diesem Augenblick begann jenes drei Tage lang ohne Unterbrechung währende Schreien, das so furchtbar war, dass man es hinter zwei Türen nicht ohne Entsetzen hören konnte. In dem Augenblick, wo er seiner Frau die Antwort gegeben hatte, war ihm klargeworden, dass er verloren sei, dass es keine Rückkehr mehr gebe, dass das Ende da sei, dass der Zweifel nicht gelöst sei und darum in ihm zurückbleibe. – Uh! Uh! Uh! schrie er in den verschiedensten Tonarten. Er hatte angefangen: Lass mich in Ruh und zog nun diesen einen Laut in die Länge.

In diesen drei Tagen, in deren Verlauf die Zeit für ihn aufgehört hatte, warf er sich in jenem schwarzen Sack herum, in den ihn eine unsichtbare, unüberwindliche Kraft hineinstieß. Er schlug um sich, wie ein zum Tode



Verurteilter in den Händen des Scharfrichters sich wehrt, und doch wusste er, dass er nicht zu retten sei. In jedem Augenblick fühlte er, dass er trotz aller Kraftanstrengungen dem immer näher und näher komme, was ihn mit Entsetzen erfüllte. Er fühlte, dass die Pein sowohl darin lag, dass er in dieses schwarze Loch gestoßen wurde, und noch mehr darin, dass er nicht hineinkam. Denn daran hinderte ihn noch der Gedanke, dass sein Leben gut war. Diese Rechtfertigung seines Lebens hielt ihn noch fest und ließ ihn nicht weiter und quälte ihn mehr denn alles andere.

Plötzlich stieß ihn irgendeine geheimnisvolle Kraft in die Brust, in die Seite, benahm ihm noch mehr den Atem. Er drang in das Loch hinein, und dort am Ende des Loches leuchtete etwas auf. Ihm ging es so, wie es einem in der Eisenbahn geht: Man glaubt vorwärts zu fahren und fährt rückwärts, und dann plötzlich weiß man die Richtung.

Ja es war alles nichts, sagte er zu sich – doch das hat nichts zu bedeuten. Aus dem Nichts kann etwas werden. Wie soll aber dieses Etwas sein? fragte er sich und wurde plötzlich still.

Das war am Ende des dritten Tages, eine Stunde vor seinem Tode. Um diese Zeit hatte sich der Gymnasiast leise zum Vater hereingestohlen und war an sein Bett getreten. Der Sterbende schrie verzweifelt und schlug mit den Händen um sich. Seine Hand fiel auf das Haupt des Gymnasiasten. Der Knabe fasste sie, drückte sie an seine Lippen und weinte.

In diesem selben Augenblick war Iwan Iljitsch ins Loch hineingefallen und sah das Licht, und ihm war offenbar, dass sein Leben nicht so war, wie es hätte sein sollen, aber dass er es noch gutmachen könne. Er fragte sich: Was ist denn gut? und war still und horchte. Da fühlte er dass jemand seine Hand küsste. Er öffnete die Augen und sah seinen Sohn. Er tat ihm Leid. Seine Frau kam zu ihm. Er sah sie an, sie blickte ihn mit verzweifelter Miene an. Ihr Mund stand noch offen, Tränen rannen ihr auf die Nase und die Backen. Sie tat ihm Leid.

Ja, ich quäle sie, dachte er. Ich tue ihnen leid, aber ihnen wird besser sein, wenn ich gestorben bin.

Er wollte ihnen das sagen, aber es ging über seine Kräfte. – Warum auch sprechen, tun muss man es, dachte er. Er sah die Frau an mit einem Blick auf seinen Sohn und sagte: Führe ihn hinaus... er tut mir Leid ... auch du.



Er wollte noch was sagen: – Verzeih mir! und versprach sich, und hatte nicht mehr die Kraft, sich zu verbessern, und er winkte nur mit der Hand ab, denn er wusste, dass der, auf den es ankam, ihn verstehen werde.

Und plötzlich war ihm klar, dass das, was ihn quälte und nicht aus ihm heraus wollte, auf einmal herausging von zwei Seiten, von zehn Seiten, von allen Seiten. Sie taten ihm Leid, er musste etwas tun, dass sie nicht mehr zu leiden brauchten; er musste sie retten und sich selber von den Leiden retten. – Wie gut und wie einfach, dachte er. – Und der Schmerz? fragte er sich. Wo soll der hin? Ja, wo ist denn der Schmerz? Und er horchte auf. – Ja da ist er. Nun, meinestwegen.

Und der Tod? Wo ist der Tod? Und er suchte seine frühere Todesangst und fand sie nicht. – Wo ist sie? Wo ist der Tod? Die Angst war nicht mehr da, weil auch der Tod nicht mehr da war. Anstelle des Todes war ein Licht da.

Das ist es also! sagte er laut. – Welche Freude!

Für ihn vollzog sich das alles in einem Augenblick. Und die Bedeutung dieses Augenblicks wechselte nicht mehr. Für die, welche an seinem Bett standen, dauerte der Todeskampf zwei Stunden. In seiner Brust brodelte es, sein ausgezehrter Körper bebte. Dann wurde das Brodeln und Röcheln immer seltener.

Es ist zu Ende, sagte jemand über ihm.

Er hörte diese Worte und wiederholte sie in seiner Seele.

Der Tod ist zu Ende sagte er sich, er ist nicht mehr.

Er schöpfte Luft, blieb mitten im Atemzug stecken, streckte sich aus und starb.

(LEO TOLSTOJ, *Der Tod des Iwan Iljitsch*)

2.3.9 Zusammenfassung: Respekt vor dem Leben und vor dem Sterben – aber nicht töten

Die Diskussion um die aktive Sterbehilfe ist vor allem eine Diskussion derjenigen, die Angst vor dem Sterben haben und vor unerträglichem Leiden. Sie fürchten, in Schmerzen, Einsamkeit, in Isolation, bei Verlust ihrer Würde und ihres Selbstbestimmungsrechtes zu sterben.

2.3 · Aktive Sterbehilfe (Euthanasie)

Die Reaktion auf diese Ängste darf nicht darin bestehen, dass diese Menschen der aktiven Sterbehilfe zugeführt werden.

Wir müssen uns darum bemühen, dass das Sterben wieder seinen Platz in unserem Leben gewinnt. Dabei ist Lebensverlängerung um jeden Preis, auch gegen den Willen und die Interessen sterbender Patienten, ebenso kritisch zu beurteilen wie die Situation, den Sterbenden die menschliche und fachliche Behandlung und Aufmerksamkeit vorzuenthalten, die ein friedlicheres Sterben ermöglichen können (Harris 1985; Roy 1990).

Es muss begriffen werden, dass die letzte Wegstrecke vor dem Tod es wert ist, gelebt zu werden, und dass dieser Weg gemeinsam vom Patienten und seinen Angehörigen und Freunden zu begehen ist und von der Gesellschaft gestützt und geschützt werden muss.

Es muss auch die Gefahr erkannt werden, die nicht auszuschließen ist, wenn Ärzte aktive Sterbehilfe durchführen dürfen: die Gefahr, dass Menschen getötet werden, die eigentlich Hilfe brauchen, um das Leben bis zum Tode zu ertragen.

Eine Gesellschaft, in der der Arzt, aus welchen Motiven auch immer, nicht mehr das Leiden bekämpft, sondern den Leidenden tötet, ist auf dem besten Weg zu einer Menschenfeindlichkeit, die im »Kranken« und im »Leiden« nur noch das Unnütze sieht, das durch die Euthanasie beseitigt werden soll.

Der Wert, den ein Mensch seinem Leben beimisst, hängt entscheidend von dem Wert ab, den andere seinem Leben beimessen. Seine Würde hängt wesentlich vom Ansehen ab, das er in den Augen der Umwelt hat. Wenn wir ihm zu verstehen geben, dass wir sein Leben so wenig achten, dass wir bereit sind, ihn zu töten, nehmen wir bereits im Voraus seiner Existenz Würde und Wert. Nicht mehr die Erlösung des anderen, sondern die Erlösung vom anderen würde angestrebt.

Das entschiedene »Nein« zur Legalisierung aktiver Sterbehilfe setzt aber voraus, dass diejenigen Patienten, die unerträglich leiden und nicht mehr mit ihrem Leben zurechtkommen, jederzeit und überall – wo immer sie sich befinden sollten: im Krankenhaus, zu Hause, im Pflegeheim usw. – eine kompetente und ausreichende menschliche, fachliche und soziale Hilfe bekommen. Das ist heute längst nicht überall der Fall (Foley 1991; Foley 2002).

Die Verantwortung dafür tragen wir alle. Wir leben in einer Gesellschaft, in der Tod und Sterben tabuisiert werden, in einer Gesellschaft, in der das Kranke und Schwache keinen Stellenwert hat, in einer Gesellschaft, die

Hoffnung in der Hoffnungslosigkeit, Menschenwürde in der Würdelosigkeit, Liebe im Leiden nicht zu geben bereit ist (Cassel 1982).

Wir müssen auf alle diejenigen Einfluss nehmen, die in unserem Gesundheitswesen Entscheidungen treffen, damit sie gemeinsam mit uns die Voraussetzungen für ein entschiedenes und allgemein akzeptiertes Nein zur aktiven Sterbehilfe herbeiführen.

Wir sollten dabei ihnen und uns die folgenden Fragen stellen:

- Wie möchten Sie sterben, wenn die Zeit dazu reif ist?
- Möchten Sie in der letzten Phase Ihres Lebens von inkompetentem Personal behandelt werden, das für Sie keine Zeit und kein Interesse mehr aufbringt?
- Möchten Sie sicher gehen, dass Sie eine suffiziente Behandlung Ihrer Schmerzen erfahren und dass man Ihnen mit Menschlichkeit, Zuwendung und Offenheit begegnet?
- Möchten Sie, weil wir alle nicht rechtzeitig zu den notwendigen fachlichen und menschlichen Voraussetzungen für ein friedvolles Sterben beigetragen haben, dass wir Sie töten?

2.4 Palliativmedizin und aktive Lebenshilfe – die Alternative zur Euthanasie

Die vorangegangenen Abschnitte haben die bestehende Problematik bei Schwerstkranken und extrem leidenden Menschen dargestellt. Es ergibt sich die Frage, ob es eine echte Alternative zur aktiven Sterbehilfe und dem assistierten Suizid gibt, und wenn ja, wie kann sie aussehen?

Dieses Problem zu erkennen und zu lösen ist die Grundlage der Hospizbewegung und der modernen Palliativmedizin.

Patienten, die ihr Leid als unerträglich empfinden, die Angst vor dem Sterben haben, benötigen eine umfassende Versorgung und Betreuung, die geprägt ist von Kompetenz und Empathie. Wenn die Ärzte und die Gesellschaft aus ethischer und fachlicher Überzeugung die aktive Sterbehilfe bei Patienten, die sich in solchen Situationen befinden, grundsätzlich ablehnen, dann müssen wir auch eine Alternative zum Leiden und zur Einsamkeit dieser Patienten schaffen.

Dabei wissen wir,

- dass es Medikamente gibt, die Schmerzen und andere Symptome lindern können,

- dass es Verständnis gibt, das helfen kann,
- dass der Patient weder getötet werden noch sich das Leben nehmen muss, um in Würde sterben zu können,
- dass es Zuwendung, Kompetenz und Pflege gibt, also Hilfen, um die Kluft zwischen Unwürde und Würde, zwischen Unerträglichem und Erträglichem, zwischen Hoffnungslosigkeit und Hoffnung, zwischen Todeswunsch und Lebenswunsch zu überbrücken.

Die aktive Behandlung und Betreuung von schwerkranken, leidenden Patienten ist die Alternative zur aktiven Sterbehilfe. Diese Alternative kann den Todeswunsch in einen Lebenswunsch wandeln.

Aktive Lebenshilfe ist die Aufgabe und der fachliche und menschliche Inhalt der Palliativmedizin. Das Hauptargument der Palliativmediziner gegen eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe beruht auf der Befürchtung, dass diese Legalisierung der aktiven Sterbehilfe von der heute noch immer nicht ernst genommenen Aufgabe der Ärzte und der Gesellschaft ablenkt, schwerkranken Menschen ein würdevolles Leben bis zu ihrem Tode zu ermöglichen.

Die Gesellschaft ist aufgefordert, sich wieder den Leidenden mitmenschlich zuzuwenden, damit der Kreislauf von Einsamkeit, Isolation, Depression und Verzweiflung durchbrochen wird. Wir Ärzte müssen umfassende Kenntnisse in der Symptomkontrolle inkl. der Schmerztherapie besitzen, um Patienten jederzeit und damit auch im Sterbeprozess die bestmögliche Versorgung zukommen zu lassen.

Es kann nicht angehen, dass Unwissenheit und mangelnde Kenntnisse in der Schmerztherapie und Symptomkontrolle Ärzte veranlassen könnten, aktive Sterbehilfe zu leisten.

Zahlreiche Studien zeigen, dass ca. 70% der Krebspatienten keine ausreichende Schmerztherapie erhalten (Foley 1991). Dagegen wissen wir, dass durch gute Palliativmedizin und Schmerztherapie bei fast allen Tumorpatienten in der Sterbephase eine gute Symptomkontrolle und Schmerzreduktion erreicht werden kann (Foley 1985, 2002).

Die Erfahrungen kompetenter Hospize und Palliativstationen zeigen auch, dass die hier behandelten Patienten fast nie um aktive Sterbehilfe oder um Beihilfe zum Selbstmord bitten. Es gibt Patienten, die sich am Anfang der Behandlung wiederholt für eine Durchführung der Euthanasie aussprechen. Sind wir in der Lage, die Probleme der Patienten zu erkennen und zur Lösung

beizutragen, wollen auch diese Patienten leben und haben kaum Verlangen nach aktiver Sterbehilfe.

Diese Erfahrungen zeigen auch, dass diese Patienten im Allgemeinen eine ebenso gute Betreuung und Versorgung zu Hause bekommen können, falls sie dabei von kompetentem Personal begleitet und behandelt werden (Beck-Friis 1993). Hier nimmt der Hausarzt eine Schlüsselrolle ein.

Gute Palliativmedizin darf aber nicht nur einigen wenigen beneidenswerten Patienten vorbehalten bleiben. In Zukunft müssen alle Ärzte, alle Schwestern und alle anderen, die im Gesundheitswesen tätig sind, eine Aus- und Weiterbildung erhalten, die sie durch der Vermittlung fachlicher Kenntnisse und ethischer Einstellungen in die Lage versetzt, schwerstkranken Patienten in ihrem für sie wahrscheinlich wichtigsten Lebensabschnitt die notwendige Hilfe geben zu können (James u. MacLeod 1993; Klaschik u. Husebø 1997).

Diese Aufgabe ist schwieriger zu lösen, als die meisten es sich vorstellen. Derzeit werden noch längst nicht an allen deutschsprachigen Universitäten Vorlesungen bezüglich Symptomkontrolle, Empathie, Kommunikation oder medizinischer Ethik gehalten (Klaschik et al. 2002; Jaspers u. Schindler 2004).

Diese Verhältnisse in deutschsprachigen Ländern sind aber immer noch weit entfernt vom Entwicklungsstand in Ländern wie Großbritannien, den USA, Kanada und Skandinavien, wo die Ausbildung auf diesem Gebiet bereits einen beachtlichen Umfang angenommen hat und auch geprüft wird (Scott u. MacDonald 1994; Husebø 1997).

Die Ausbildung in palliativmedizinischer Kompetenz als Alternative zur aktiven Sterbehilfe ist eine Aufgabe, die vor allem den Universitäten und Hochschulen zufällt. Hierfür die erforderlichen Voraussetzungen zu schaffen, liegt in der Verantwortung der für das Gesundheitswesen zuständigen Politiker und bei jedem Arzt und jeder Krankenschwester (Bruera 1994; Klaschik u. Husebø 1997).

Die demographische Entwicklung der europäischen Länder gibt Grund zur besonderen Sorge (► Kap. 6: »Palliativmedizin für alte Menschen«) und stellt die größte sozialpolitische und medizinethische Herausforderung in Europa in den kommenden Jahrzehnten dar. Kaum ein europäisches Land hat angefangen, sich auf diese Herausforderung bezüglich der notwendigen qualitativen und quantitativen Kompetenz für die medizinische und pflegerische Versorgung des proportional erheblich ansteigenden Anteils alter Menschen vorzubereiten. Schon derzeit ist der Bestand an Pflegeplätzen und

Pflegeheimen nicht bedarfsdeckend, und das Versorgungsproblem wird dramatisch zunehmen.

Für alte, schwerkranke Menschen ist der Zugang zu Palliative Care keineswegs sichergestellt, und ein viel zu geringer Anteil von ihnen erhält die eigentlich notwendige palliativmedizinische und -pflegerische Betreuung in der letzten Lebensphase. Es wird in allen Ländern Europas ein umfassendes Programm für diese alten Patienten auf den Weg gebracht werden müssen, mit einem Schwerpunkt auf Palliative Care, und zwar unabhängig von Diagnose, Alter und Aufenthaltsort des Patienten.

2.5 Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung – 2004

(Die Grundsätze sind eine Überarbeitung der im Jahr 1999 veröffentlichten Erstfassung. Sie gelten als wichtige Grundlage für den ärztlichen Umgang mit schwerkranken und sterbenden Patienten)

Präambel

Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wieder herzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen.

So gibt es Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sein können. Dann tritt die palliativmedizinische Versorgung in den Vordergrund. Die Entscheidung hierzu darf nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden.

Unabhängig von anderen Zielen der medizinischen Behandlung hat der Arzt in jedem Fall für eine Basisbetreuung zu sorgen. Dazu gehören u. a.: menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.

Art und Ausmaß einer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten; dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr. Er muss dabei den Willen des Patienten

beachten. Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Bei seiner Entscheidungsfindung soll der Arzt mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern einen Konsens suchen.

Aktive Sterbehilfe ist unzulässig und mit Strafe bedroht, auch dann, wenn sie auf Verlangen des Patienten geschieht. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.

Diese Grundsätze können dem Arzt die eigene Verantwortung in der konkreten Situation nicht abnehmen. Alle Entscheidungen müssen individuell erarbeitet werden.

I. Ärztliche Pflichten bei Sterbenden

Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden, d. h. Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so zu helfen, dass sie unter menschenwürdigen Bedingungen sterben können.

Die Hilfe besteht in palliativmedizinischer Versorgung und damit auch in Beistand und Sorge für Basisbetreuung. Dazu gehören nicht immer Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können. Jedoch müssen Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gestillt werden.

Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens dürfen in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unterlassen oder nicht weitergeführt werden, wenn diese nur den Todeseintritt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann. Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf. Eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen sollen, ist als aktive Sterbehilfe unzulässig und mit Strafe bedroht.

Die Unterrichtung des Sterbenden über seinen Zustand und mögliche Maßnahmen muss wahrheitsgemäß sein, sie soll sich aber an der Situation des Sterbenden orientieren und vorhandenen Ängsten Rechnung tragen. Der Arzt kann auch Angehörige des Patienten und diesem nahe stehende Personen informieren, wenn er annehmen darf, dass dies dem

Willen des Patienten entspricht. Das Gespräch mit ihnen gehört zu seinen Aufgaben.

II. Verhalten bei Patienten mit infauster Prognose

Bei Patienten, die sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden, weil die Krankheit weit fortgeschritten ist, kann eine Änderung des Behandlungszieles indiziert sein, wenn lebenserhaltende Maßnahmen Leiden nur verlängern würden und die Änderung des Therapieziels dem Willen des Patienten entspricht. An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung treten dann palliativmedizinische Versorgung einschließlich pflegerischer Maßnahmen. In Zweifelsfällen sollte eine Beratung mit anderen Ärzten und den Pflegenden erfolgen.

Bei Neugeborenen mit schwersten Beeinträchtigungen durch Fehlbildungen oder Stoffwechselstörungen, bei denen keine Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht, kann nach hinreichender Diagnostik und im Einvernehmen mit den Eltern eine lebenserhaltende Behandlung, die ausgefallene oder ungenügende Vitalfunktionen ersetzen soll, unterlassen oder nicht weitergeführt werden. Gleiches gilt für extrem unreife Kinder, deren unausweichliches Sterben abzusehen ist, und für Neugeborene, die schwerste Zerstörungen des Gehirns erlitten haben. Eine weniger schwere Schädigung ist kein Grund zur Vorenthaltung oder zum Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen, auch dann nicht, wenn Eltern dies fordern. Wie bei Erwachsenen gibt es keine Ausnahmen von der Pflicht zu leidensmindernder Behandlung und Zuwendung, auch nicht bei unreifen Frühgeborenen.

III. Behandlung bei schwerster zerebraler Schädigung und anhaltender Bewusstlosigkeit

Patienten mit schwersten zerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit (apallisches Syndrom; auch so genanntes Wachkoma) haben, wie alle Patienten, ein Recht auf Behandlung, Pflege und Zuwendung. Lebenserhaltende Therapie einschließlich – ggf. künstlicher – Ernährung ist daher unter Beachtung ihres geäußerten Willens oder mutmaßlichen Willens grundsätzlich geboten. Soweit bei diesen Patienten eine Situation eintritt, wie sie unter I–II beschrieben ist, gelten die dort dargelegten Grund-

sätze. Die Dauer der Bewusstlosigkeit darf kein alleiniges Kriterium für den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen sein. Hat der Patient keinen Bevollmächtigten in Gesundheitsangelegenheiten, wird in der Regel die Bestellung eines Betreuers erforderlich sein.

IV. Ermittlung des Patientenwillens

Bei einwilligungsfähigen Patienten hat der Arzt die durch den angemessen aufgeklärten Patienten aktuell geäußerte Ablehnung einer Behandlung zu beachten, selbst wenn sich dieser Wille nicht mit den aus ärztlicher Sicht gebotenen Diagnose- und Therapiemaßnahmen deckt. Das gilt auch für die Beendigung schon eingeleiteter lebenserhaltender Maßnahmen. Der Arzt soll Kranken, die eine notwendige Behandlung ablehnen, helfen, die Entscheidung zu überdenken.

Bei einwilligungsunfähigen Patienten ist die in einer Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachte Ablehnung einer Behandlung für den Arzt bindend, sofern die konkrete Situation derjenigen entspricht, die der Patient in der Verfügung beschrieben hat, und keine Anhaltspunkte für eine nachträgliche Willensänderung erkennbar sind.

Soweit ein Vertreter (z. B. Eltern, Betreuer oder Bevollmächtigter in Gesundheitsangelegenheiten) vorhanden ist, ist dessen Erklärung maßgeblich; er ist gehalten, den (ggf. auch mutmaßlichen) Willen des Patienten zur Geltung zu bringen und zum Wohl des Patienten zu entscheiden. Wenn der Vertreter eine ärztlich indizierte lebenserhaltende Maßnahme ablehnt, soll sich der Arzt an das Vormundschaftsgericht wenden. Bis zur Entscheidung des Vormundschaftsgerichts soll der Arzt die Behandlung durchführen.

Liegt weder vom Patienten noch von einem gesetzlichen Vertreter oder einem Bevollmächtigten eine bindende Erklärung vor und kann eine solche nicht – auch nicht durch Bestellung eines Betreuers – rechtzeitig eingeholt werden, so hat der Arzt so zu handeln, wie es dem mutmaßlichen Willen des Patienten in der konkreten Situation entspricht. Der Arzt hat den mutmaßlichen Willen aus den Gesamtumständen zu ermitteln. Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Willen des Patienten können neben früheren Äußerungen seine Lebenseinstellung, seine religiöse Überzeugung, seine Haltung zu Schmerzen und zu schweren Schäden in der ihm verbleibenden Lebenszeit sein. In die Ermittlung des mutmaßlichen Willens sollen auch Angehörige oder nahe stehende Personen als Auskunftspersonen einbezogen werden,

wenn angenommen werden kann, dass dies dem Willen des Patienten entspricht.

Lässt sich der mutmaßliche Wille des Patienten nicht anhand der genannten Kriterien ermitteln, so soll der Arzt für den Patienten die ärztlich indizierten Maßnahmen ergreifen und sich in Zweifelsfällen für Lebenserhaltung entscheiden. Dies gilt auch bei einem apallischen Syndrom.

V. Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen

Mit Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen nimmt der Patient sein Selbstbestimmungsrecht wahr. Sie sind eine wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes.

Eine Patientenverfügung (auch Patiententestament genannt) ist eine schriftliche oder mündliche Willensäußerung eines einwilligungsfähigen Patienten zur zukünftigen Behandlung für den Fall der Äußerungsunfähigkeit. Mit ihr kann der Patient seinen Willen äußern, ob und in welchem Umfang bei ihm in bestimmten, näher umrissenen Krankheitssituationen medizinische Maßnahmen eingesetzt oder unterlassen werden sollen.

Anders als ein Testament bedürfen Patientenverfügungen keiner Form, sollten aber schriftlich abgefasst sein.

Mit einer Vorsorgevollmacht kann der Patient für den Fall, dass er nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, eine oder mehrere Personen bevollmächtigen, Entscheidungen mit bindender Wirkung für ihn, u. a. in seinen Gesundheitsangelegenheiten, zu treffen (§ 1904 Abs. 2 BGB). Vorsorgevollmachten sollten schriftlich abgefasst sein und die von ihnen umfassten ärztlichen Maßnahmen möglichst benennen. Eine Vorsorgevollmacht muss schriftlich niedergelegt werden, wenn sie sich auf Maßnahmen erstreckt, bei denen die begründete Gefahr besteht, dass der Patient stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Schriftform ist auch erforderlich, wenn die Vollmacht den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen umfasst.

Die Einwilligung des Bevollmächtigten in Maßnahmen, bei denen die begründete Gefahr besteht, dass der Patient stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet, bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes, es sei denn, dass mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist (§ 1904 Abs. 2 BGB). Ob dies auch bei einem Verzicht auf

lebenserhaltende Maßnahmen gilt, ist umstritten. Jedenfalls soll sich der Arzt, wenn der Bevollmächtigte eine ärztlich indizierte lebenserhaltende Maßnahme ablehnt, an das Vormundschaftsgericht wenden. Bis zur Entscheidung des Vormundschaftsgerichts soll der Arzt die Behandlung durchführen.

Eine Betreuungsverfügung ist eine für das Vormundschaftsgericht bestimmte Willensäußerung für den Fall der Anordnung einer Betreuung. In ihr können Vorschläge zur Person eines Betreuers und Wünsche zur Wahrnehmung seiner Aufgaben geäußert werden. Eine Betreuung kann vom Gericht für bestimmte Bereiche angeordnet werden, wenn der Patient nicht in der Lage ist, seine Angelegenheiten selbst zu besorgen, und eine Vollmacht hierfür nicht vorliegt oder nicht ausreicht. Der Betreuer entscheidet im Rahmen seines Aufgabenkreises für den Betreuten. Zum Erfordernis der Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht wird auf die Ausführungen zum Bevollmächtigten verwiesen.

2.6 Schwerkranke und Sterbende – Richtlinien für ethische Entscheidungen angesichts des Abbruchs oder im Hinblick auf das Nichteinleiten lebensverlängernder Therapiemaßnahmen

1. Ethische Entscheidungen über das Nichteinleiten oder Abbrechen von lebensverlängernden Therapiemaßnahmen sowie über palliative Maßnahmen sollen vom Arzt in enger Kooperation mit Patient, Angehörigen und Pflegepersonal getroffen werden.

Kommentar

Das Stichwort heißt »vorbereitende Kommunikation«. Bei Patienten mit hohem Alter und/oder Diagnose(n) mit schlechter Lebensprognose kann fast allen potenziellen ethischen Konfliktsituationen durch offene, vorbereitende Gespräche vorgebeugt und ein Einvernehmen über weitere Vorgehensmaßnahmen erzielt werden, sodass das Einschalten des Gerichts oder eines »Gesundheitsachsverwalters« oder Betreuers überflüssig wird.

2. Wichtige Voraussetzungen für ethische Entscheidungen auf Seiten des Arztes sind gute Kenntnisse bezüglich der Krankheits- und Lebensgeschichte des Patienten und die fachliche Kompetenz, medizinische und ethische Herausfor-

derungen beurteilen zu können. Falls notwendig, sollte der Arzt Rat bei einem erfahrenen Kollegen einholen.

Kommentar

Die große Herausforderung ist zwar zunächst erst einmal die Erlangung der fachlichen Kompetenz, um den Krankheitszustand und die aktuellen medizinischen und ethischen Fragen und Behandlungsoptionen beurteilen zu können. Jedoch wird diese Beurteilung um ein Vielfaches kompetenter sein, wenn der Arzt den Patienten und dessen Angehörige kennt, verglichen mit einem im akuten Notfall dazu gerufenen Dienst habenden Arzt oder einem Notarzt, der diese Vorkenntnis nicht besitzt. In Situationen, in denen der Arzt im Zweifel oder in Bezug auf seine eigene fachliche oder ethische Kompetenz unsicher ist, sollte er Rat bei einem auf diesem Gebiet erfahrenen Kollegen, wie einem Palliativmediziner, einholen.

3. Bei Patienten, die selbst kompetente Entscheidungen treffen können, ist der Arzt immer verpflichtet, ein informiertes Einverständnis einzuholen bzw. herzustellen.

Kommentar

Bei der Planung aller diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen muss, soweit möglich, ein offenes Gespräch mit dem Patienten geführt werden. Ziel solcher Gespräche ist es v. a., ein gemeinsames Verständnis über die Erkrankung(en) und Diagnose(n) zu erzielen. Darauf folgend werden die Möglichkeiten und der Nutzen bezüglich weiterer Diagnostik und Therapieoptionen besprochen wie auch mögliche Nebenwirkungen oder Folgen dieser Maßnahmen.

Ist die Lebensprognose trotz optimaler Therapie begrenzt, ist der Arzt dem Patienten gegenüber verpflichtet, während der Gespräche die zeitliche Perspektive zu thematisieren.

Falls der Gesundheitszustand sich ändert, müssen neue Gespräche geführt werden, in denen ein der neuen Situation angepasstes informiertes Einverständnis anzustreben ist.

Wenn der informierte Patient dies ablehnt, dürfen weder diagnostische noch therapeutische Maßnahmen durchgeführt werden, auch dann nicht, wenn die Ablehnung im Konflikt steht zu den ärztlich vorgeschlagenen und medizinisch sinnvollen Therapiemaßnahmen. Im Klartext heißt das, wenn

z. B. ein schwerkranker, beatmungspflichtiger Patient das Einstellen der Beatmung fordert, v. a. wenn keine Aussicht auf eine Verbesserung seines sonstigen Krankheitszustands besteht, kann es auch rechtswidrig sein, die Beatmung fortzusetzen.

4. Bei diesen Gesprächen sollten nach Möglichkeit zusätzlich zum Patienten die nahen Angehörigen und ein Vertreter des Pflegepersonals anwesend sein.

Kommentar

Unser Auftraggeber ist der Patient. Wenn der Patient wach und orientiert ist, sollten niemals Aufklärungsgespräche oder das Einholen eines informierten Einverständnisses über den Kopf des Patienten hinweg stattfinden, etwa nur in Abstimmung mit Angehörigen oder Betreuern. Es kann aber auch sein, dass der Patient ausdrücklich wünscht, an diesen Gesprächen nicht teilzunehmen. Ansonsten dürfen nur bei minderjährigen Kindern Angehörige das informierte Einverständnis für die Behandlungsmaßnahmen des Patienten erteilen.

Wenn nun einerseits die Angehörigen Informationen bekommen, die der Patient aber nicht hat, folgt daraus sehr häufig, dass die Familie ihrer Möglichkeiten beraubt wird, in der letzten Lebensphase des Patienten gemeinsam Herausforderungen und wichtige Themen besprechen zu können. Auch eine für alle Familienmitglieder heilende, vorbereitende Trauer kann so nicht gelebt werden. Auf der anderen Seite brauchen auch die Angehörigen wichtige Informationen über Krankheitsverlauf und Zukunftsperspektiven, und sie sollten so früh wie möglich in wichtige Aufklärungsgespräche integriert werden. Dabei hat es gerade für Kinder und jugendliche Angehörige des Patienten eine zentrale Bedeutung, dass sie soweit wie möglich in den bevorstehenden Prozess integriert werden.

Das Einbeziehen der Pflegenden in diese Gespräche kann die Qualität dieser Prozesse um ein Vielfaches erhöhen. Oft haben die Pflegenden Kenntnisse über den Patienten und seine Angehörigen, die der Arzt nicht hat. Des Weiteren gibt die Anwesenheit einer Pflegeperson den Patienten die Möglichkeit, später klärende oder vertiefende Gespräche mit diesen Pflegenden zu führen, wenn der Arzt nicht da ist. Zusätzlich können Pflegende eine Unterstützung für den Arzt vor, während und nach diesen oft schwierigen Gesprächen sein und im Betreuungsteam vermitteln, worüber gesprochen wurde und wo in den nächsten Tagen die Herausforderungen liegen.

5. Falls die Erhebung und Dokumentation des informierten Einverständnisses auf Grund von eingeschränktem Bewusstsein, Verwirrtheit, Delirium, Demenz oder Bewusstlosigkeit des Patienten nicht möglich ist, muss der Arzt den mutmaßlichen Patientenwillen nach Einholen entsprechender Information (Angehörige, Pflegepersonal, Hausarzt, Patientenverfügung, Gesundheitsbevollmächtigter etc.) ermitteln und als Grundlage für seine Behandlungsentscheidungen nehmen und dies hinreichend dokumentieren.

Kommentar

Ethische Entscheidungen bei bewusstseinsklaren, schwerkranken Patienten müssten einfach sein, weil diese Entscheidungen weitgehend von den Patienten selbst nach der Erhebung des informierten Einverständnisses getragen werden. Um ein Vielfaches schwerer sind diese Entscheidungen, wenn das eingeschränkte Bewusstsein aufgrund der Krankheitsentwicklung die Erhebung eines informierten Einverständnisses nicht länger ermöglicht. Das zentrale Problem ist dann die Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens, welche in vielfachen Entscheidungen des deutschen Bundesgerichtshofs und in den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung thematisiert wird.

Die Frage, die dann immer gestellt werden sollte, ist: *Welche Entscheidung hätte der Patient in seiner jetzigen Situation getroffen?*

Falls der Patient einen Gesundheitsbevollmächtigten ernannt hat, muss dieser gehört werden. Seine Aussage ist rechtlich mit der des vollmachtgebenden Patienten gleichzusetzen.

1. »Bei einem unheilbar erkrankten, nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten kann der Abbruch einer ärztlichen Behandlung oder Maßnahme ausnahmsweise auch dann zulässig sein, wenn die Voraussetzungen der von der Bundesärztekammer verabschiedeten Richtlinien für die Sterbehilfe nicht vorliegen, weil der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat. Entscheidend ist der mutmaßliche Wille des Kranken.
2. An die Voraussetzungen für die Annahme eines mutmaßlichen Einverständnisses sind strenge Anforderungen zu stellen. Hierbei kommt es vor allem auf frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen des Patienten, seine religiöse Überzeugung, seine sonstigen persönlichen Wertvorstellungen, seine altersbedingte Lebenserwartung oder das Erleiden von Schmerzen an.« Urteil des 1. Strafsenats vom 13. September 1994 (BGHSt 40, 257)

»Ist ein Patient einwilligungsunfähig und hat sein Grundleiden einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen, so müssen lebenserhaltende oder –verlängernde Maßnahmen unterbleiben, wenn dies seinem zuvor – etwa in Form einer sog. Patientenverfügung – geäußerten Willen entspricht. Dies folgt aus der Würde des Menschen, die es gebietet, sein in einwilligungsfähigem Zustand ausgeübtes Selbstbestimmungsrecht auch dann noch zu respektieren, wenn er zu eigenverantwortlichem Entscheiden nicht mehr in der Lage ist.« (BGHZ 154, 205 – Urteil vom 17. März 2003).

In dem gleichen Urteil heißt es weiter:

»Ist für einen Patienten ein Betreuer bestellt, so hat dieser dem Patientenwillen gegenüber Arzt und Pflegepersonal in eigener rechtlicher Verantwortung [und nach Maßgabe des § 1901 BGB] Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Seine Einwilligung in eine ärztlicherseits angebotene lebenserhaltende oder –verlängernde Behandlung kann der Betreuer jedoch nur mit Zustimmung des Vormundschaftsgerichts wirksam verweigern.

Für eine Einwilligung des Betreuers und eine Zustimmung des Vormundschaftsgerichts ist kein Raum, wenn ärztlicherseits eine solche Behandlung oder Weiterbehandlung nicht angeboten wird – sei es dass sie von vornherein medizinisch nicht indiziert, nicht mehr sinnvoll oder aus sonstigen Gründen nicht möglich ist...«

6. Alle wichtigen Therapieentscheidungen, die ein medizinethisches Problem betreffen, sollen in der Krankenakte dokumentiert und begründet werden – mit Blick auf das informierte Einverständnis oder den mutmaßlichen Patientenwillen.

Kommentar

Diese Dokumentation wird sehr häufig vernachlässigt. Eine fehlende Dokumentation kann jedoch besonders bei der Behandlung von bewusstlosen, sterbenden Patienten zu Fehlentscheidungen führen, die den Patienten und Angehörige mehr als geboten belasten, wie etwa unnötige Wiederbelebungsmaßnahmen, Transporte oder Krankenhauseinweisungen. Für einen in solchen Situationen gerufenen Notarzt ist es oft unmöglich, die medizinethische Lage zu erfassen, wenn eine entsprechende Dokumentation (am besten direkt am Krankenbett, auf dem Nachttisch etc.) nicht vorliegt.

7. Diese Entscheidungen sollten, falls möglich, in der normalen Arbeitszeit getroffen werden und in den entsprechend zuständigen Gremien (Team- oder Stationsbesprechung, Ärzte- und Pflegekompetenz, Patienten und Angehörige).

Kommentar

Mehr als die Hälfte aller Todesfälle im deutschsprachigen Raum findet in Kliniken statt. Die große Mehrheit dieser Todesfälle tritt nicht plötzlich und unerwartet ein, sondern ist bei angemessener fachlicher Betreuung vorauszu-sehen, d. h. dass die notwendigen medizinischen, ethischen, kommunikativen und palliativen Maßnahmen antizipiert, vorbereitet und geplant werden könnten. Diese Vorbereitung und Planung sollte mit optimaler Kompetenz geführt werden, d. h. – wenn möglich – in der normalen Arbeitszeit, damit alle professionell involvierten Personen einbezogen und erreicht werden können.

8. Sollten die Grundlagen für das erteilte informierte Einverständnis oder den ermittelten mutmaßlichen Patientenwillens sich unerwartet ändern, z. B. bei Veränderungen im Gesundheitszustand, müssen die Entscheidungen neu überprüft werden.

Kommentar

Die Beurteilung medizinethischer Herausforderungen, wie sie bei schwerkranken Patienten in Bezug auf Entscheidungen über Therapie oder den Abbruch von Therapiemaßnahmen entstehen können, bezieht sich stets auf die aktuelle, vorliegende Situation in der Patientenbehandlung. Ändert sich die Situation, müssen sowohl Beurteilung als auch Zustimmung (oder Ablehnung) erneuert werden.

Hat der eigentliche Sterbeprozess bereits begonnen, so werden lebensverlängernde Maßnahmen in aller Regel schon ärztlich nicht mehr indiziert sein, sodass sie auch ohne Feststellung eines ausdrücklichen oder mutmaßlichen Patientenwillens unterlassen werden dürfen.

9. Von zentraler Bedeutung ist es, den Patienten (falls möglich), die Angehörigen und das Pflegepersonal laufend über Änderungen des Gesundheitszustands und Veränderungen der ethischen Fragestellung und Entscheidung zu informieren.

Kommentar

Die Voraussetzung für kompetente Entscheidungen und Vorbereitungen ist, die Landkarte zu kennen. Klärende Fragen und gefühlsmäßige Reaktionen können vorbereitend zugelassen werden, wodurch das Vertrauen und der oft mühsame Prozess des Loslassens gefördert wird. Dadurch können potenzielle Konflikte vermieden werden.

10. Optimal sind offene, mutige, vorbereitende ethische Gespräche mit Patient, Angehörigen und Pflegepersonal – möglichst gemeinsam, möglichst zeitnah zu Aufnahme, Diagnose, Veränderung des Zustandes etc., damit die wichtigen Bezugspersonen sich vorbereiten können und die Möglichkeit bekommen, wichtige Fragen zu stellen und gehört zu werden.

Kommentar

Wenn Informationen über eine lebensbedrohliche Krankheitsentwicklung mit schlechter Prognose vermittelt werden, werden viele Betroffene in der akuten Phase mit Schock, Wut, Apathie oder Verdrängung reagieren. Oft wird der Botschaftsüberbringer zum Feind erklärt. Diese zu erwartenden Reaktionen sind vorwiegend Trauerreaktionen. Erst mit der Zeit kann die Situation erfasst und akzeptiert werden (► Kap. 3 »Kommunikation«).

Besonders in Pflegeinstitutionen können Pflegendе oder anderes Personal eine wichtige Rolle ähnlich derjenigen der Angehörigen einnehmen, daher sollten sie integriert werden in die Kommunikationsprozesse vor, während und nach dem Sterben des Patienten.

Ethische Konflikte am Lebensende können durch vorbereitende, offene Gespräche vermieden werden. Dabei ist v. a. zu bedenken, dass mehrere Gespräche geführt werden müssen, weil erst in dem Prozess der Kommunikation die Feindbilder erlöschen und eine Akzeptanz des zu Erwartenden erreicht werden kann.

11. Wenn der Arzt oder das Pflegepersonal erkennen, dass der Patient sterbend ist, sollen die Angehörigen darüber unverzüglich informiert werden, um ihnen die Möglichkeit zur Vorbereitung und zur Anwesenheit beim Sterben zu geben.

Kommentar

Es gibt Augenblicke, die wichtiger als alle anderen sind. Für die meisten Menschen ist dies der Augenblick, wenn ihre nächsten Angehörigen sterben.

Dieser Moment kann ein Höhepunkt des Lebens bedeuten, oder wie viele es ausdrücken: – *Es war wie eine Hochzeit...*

Nochmals ist das Stichwort: Vorbereitung. Hier geht es auch wieder um Deutlichkeit. Ist die Mutter oder der Ehepartner sterbend, müssen Sätze wie: »Ihre Mutter (Ihr Ehemann) stirbt jetzt« gesagt werden. Sehr viele Angehörige sind erst bei dieser Deutlichkeit in der Lage, sich auf den bevorstehenden Abschied einzustellen und in dieser Situation im Krankenzimmer zu bleiben. Die Angehörigen sollten auch aufgefordert werden, Kinder oder Enkelkinder in diesen Prozess zu integrieren.

12. Spätestens wenn das Sterben sich nähert oder unmittelbar bevorsteht, soll der Arzt sofort gemeinsam mit dem Pflegepersonal einen Plan für Palliative Care und Symptomlinderung erstellen, wobei alle unnötigen, belastenden oder unnötig sterbensverlängernden Therapiemaßnahmen einzustellen sind.

Kommentar

Palliative Care ist ein Gesamtkonzept für optimale Lebensqualität in der letzten Lebensphase. Gegenwärtig wird dies aber vorwiegend jüngeren Krebspatienten angeboten. So gut wie alle Sterbenden brauchen aber Palliative Care, und zwar unabhängig von ihrer Diagnose, ihrem Alter oder ihrem Aufenthaltsort. So sollte es Routine sein, bei allen Schwerkranken oder Sterbenden vorbereitend einen Plan für palliativmedizinische Maßnahmen zu erstellen, bevor es zu spät ist.

13. Falls das Pflegepersonal oder andere erkennen, dass der Sterbende an Schmerzen oder anderen belastenden Symptomen leidet, soll unverzüglich Kontakt mit dem zuständigen Arzt aufgenommen werden.

Kommentar

Schmerzen und andere belastende Symptome sind bei den Sterbenden die Regel und nicht die Ausnahme. Zum Beispiel sterben die meisten Menschen an einem Herzversagen. Die überwiegende Mehrzahl der Patienten entwickelt beim terminalen Herzversagen akute Dyspnoe mit einem vernichtenden Erstickengefühl. Die einzige suffiziente Linderung in diesem sich oft akut entwickelnden finalen Zustand ist die Applikation von Morphin (Opiode). Häufig aber ersticken diese Patienten, weil das Personal am Krankenbett das Problem nicht erkennt und kein kompetenter Arzt in der

notwendigen Reichweite ist oder aber, weil nicht für Verfügbarkeit eines Opioids für den Bedarfsfall gesorgt wurde.

14. Bei nicht erwartetem Todesfall sollen Arzt und Angehörige sofort informiert werden.

Kommentar

Einige Patienten sterben plötzlich oder unerwartet. Für die Hinterbliebenen kann dies oft eine erhebliche Belastung darstellen, weil die Möglichkeit der Vorbereitung und des Abschieds nicht gegeben war. War der Todesfall dramatisch, sollten auf jeden Fall Nachgespräche geplant werden.

Besonders in Pflegeinstitutionen können die Pflegenden oder andere eine wichtige Rolle ähnlich der von Angehörigen einnehmen, daher sollten sie integriert werden in die Kommunikationsprozesse nach dem Sterben des Patienten.

15. Den Angehörigen muss reichlich Zeit und Gelegenheit geboten werden, um Abschied von dem Toten nehmen zu können. Dies bedeutet auch, falls erwünscht, Gelegenheit zu bekommen, andere Angehörige, Kinder oder Enkelkinder usw. holen zu können, beim Waschen, Kleiden und Herrichten des oder der Verstorbenen teilzunehmen und später oder am nächsten Tag zurückzukommen.

Kommentar

Noch vor etwa 100 Jahren starb kaum jemand nicht in seiner häuslichen Umgebung, heute gilt dies nur noch für die meisten Entwicklungsländer. Das heißt, so gut wie alle Familien hatten seinerzeit aus nächster Nähe Erfahrung im Umgang mit Tod und Sterben. Heute finden Sterben und Tod weitgehend in Institutionen statt. Die früher über Tage stattfindende Verabschiedung von der Leiche hatte für den Trauerprozess und unsere Kultur eine zentrale Bedeutung, heute verabschiedet man sich oft nur wenige Minuten oder gar nicht, und viele wichtige Rituale sind in Vergessenheit geraten.

Das betreuende Personal hat beim Umgang mit dem Verstorbenen die Schlüssel in der Hand. Wir können die Angehörigen integrieren oder vor der Tür lassen. Wir können ihnen die notwendige Zeit und Rituale anbieten und sie auffordern, diese Zeit zu nutzen. Wir können sie auffordern, die Kinder

der Familie zu integrieren in die Verabschiedung, oder wir können sie auch in Fällen, in denen es erwünscht ist, unterstützen, damit sie den oder die Verstorbene bis zum Begräbnis zur Aufbahrung mit nach Hause nehmen können.

Was bedeuten Einverständnis und gute Kommunikation?

— Informiertes Einverständnis

bedeutet, dass der Patient über seinen aktuellen Gesundheitszustand, d. h. Diagnose, Krankheitsbild, weitere diagnostische und therapeutische Möglichkeiten sowie Alternativen, Risiken und Prognose informiert wird, und zwar auf eine Weise, die er versteht und, falls nötig, wiederholte Male. Nachdem der Patient die Information verstanden hat und seine Fragen kommentiert und beantwortet wurden, gibt er seine Zustimmung – informiertes Einverständnis – oder er gibt sie nicht, oder er entzieht sie. Falls der Gesundheitszustand sich ändert, muss der zur Erteilung eines informierten Einverständnisses notwendige Prozess erneut durchlaufen werden. Bei bewusstseinsklaren Patienten darf keine diagnostische oder therapeutische Maßnahme ohne das ausdrückliche, informierte Einverständnis durchgeführt werden.

— Mutmaßlicher Patientenwille

bedeutet, dass wir bei Patienten, die aufgrund ihrer Erkrankung oder ihres Zustands selbst nicht die Situation erfassen oder Entscheidungen treffen können (bewusstlose, kognitiv eingeschränkte, verwirrte, psychotische oder demente Patienten), erhebliche Anstrengungen aufwenden müssen, um zu erfassen, welche Entscheidung sie in ihrer aktuellen Situation getroffen hätten. Quellen der Information für diesen Prozess sind v. a. Personen: Angehörige, betreuendes Personal, Hausarzt oder andere Menschen, die dem Patienten nahe standen, und zusätzliche Informationen wie: Lebensgeschichte, Krankengeschichte, Patientenverfügung, frühere Gespräche, Lebenseinstellung oder Religion.

— Sowohl als auch –

Sehr viele Patienten, v. a. alte Menschen, können etwas oder viel verstehen und erfassen – aber nicht alles. Ein informiertes Einverständnis kann und muss nicht vollständig erreicht werden. Manche Kritiker halten das Konzept des informierten Einverständnisses für eine Fiktion.



Oft sagt der Patient, nicht selten zu Recht: *Das verstehe ich nicht – Sie müssen für mich entscheiden, Herr Doktor.* Die Aufgabe ist es, dann zu begreifen, dass diese Verhandlungen wichtig sind – um zu einer Entscheidung zu kommen, die dem tatsächlichen Willen des Patienten entspricht. Der Arzt sollte dann nicht die Entscheidungen treffen, die er in dieser Situation für sich selbst für richtig halten würde, sondern die Entscheidung, die dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht, gestützt auf das, was er von und über ihn erfahren konnte und unter Berufung auf seinen respektvollen Umgang mit dem Leben und Sterben des Patienten, der sich seiner Fürsorge anvertraut, indem er ihm das *Einverständnis* dazu gegeben hat, *für ihn* zu entscheiden.

Literatur

- Ärzte Zeitung Online (2005) Holland regelt Tötung unheilbar kranker Babies. Ärzte Zeitung vom 1.12.2005, www.aerztezeitung.de
- Ahronheim JC, Gasner MR (1990) The sloganism of starvation. *Lancet* 335: 278–279
- Andrae M (1994) Facing death. Physicians' difficulties and coping strategies in cancer care. Medical Dissertations No 395, Umeå University
- Andrews M, Beel ER, Smith SA (1993) Dehydration in terminally ill patients – is it a appropriate palliative care? *Postgrad Med J* 93: 201–208
- Appleton Consensus (1992) International guidelines for decisions to forgo medical treatment. Proceedings of guidelines for non-treatment decisions. In: Tranøy KE (ed) *Medisinsk etikk i vår tid*. Sigma forlag, 5060 Søreidegrend/Norwegen
- Beck-Friis B (1993) Hospital based homecare of terminal ill cancer patients. The Motala model. Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 309. Uppsala University
- Beleites M (1997) Entwurf der Richtlinie der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung und den Grenzen zumutbarer Behandlung. *Dtsch Ärztebl* 94/20: 1064–1065
- Beleites M (2004) Ärzte wollen in Zukunft dem Willen der Patienten entsprechen. *Ärzte Zeitung online* vom 05.05.2004, <http://www.aerztezeitung.de>
- Boisvert M (1990) About an »unconfirmed« stand. *J Palliat Care*: 2: 5–7
- Bolund C (1985) Suicide and cancer: II. Medical and care factors in suicide by cancer patients in Sweden 1973–1976. *J Psychosoc Oncol* 3: 17–30
- Brock D (1993) *Life and death. Philosophical essays in medical ethics*. Cambridge Univ Press, Cambridge
- Bruera E (1994) Ethical issues in palliative care research. *J Palliat Care* 10/3: 7–9
- Buchanan AE, Brock DW (1989) *Deciding for others*. Cambridge Univ Press, Cambridge
- Buckman R (1996) Talking to patients about cancer. No excuse now for not doing it. *BMJ* 313: 699–671

- Bundesärztekammer (2004) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Dtsch Ärztebl 19, 17. Mai 2004
- Bundesgerichtshof (1994) Urteil des 1. Strafsenats vom 13. September 1994 (BGHSt 40, 257)
- Bundesgerichtshof (2003) Zivilsenat, Urteil vom 17. März 2003 (BGHZ 154, 205 und NJW 2003, 1588)
- Bundesgerichtshof (2005) Zivilsenat, Beschluss vom 08.06.2005 (XII ZR 177/03)
- Callahan D (1991) Medical futility, medical necessity: the problem without a name. Hastings Center Report 21: 30–35
- Cassell EJ (1982) The nature of suffering and the goals of medicine. N Engl J Med 305: 639–45
- Cherny NI, Coyle N, Foley KM (1994 a) Suffering in the advanced cancer patient: a definition and taxonomy. J Palliat Care; 10: 57–70
- Cherny NI, Coyle N, Foley KM (1994 b) The treatment of suffering when patients request elective death. J Palliat Care 10: 71–79
- Cherny NI, Portenoy EK (1994) Sedation and the management of refractory symptoms: Guidelines for evaluation and treatment. J Palliat Care 10: 31–38
- Chochinov HM, Wilson KG (1995) The euthanasia debate: attitudes, practices and psychiatric considerations. Can J Psychiatry 40: 593–602
- Cohen S (ed) (1989) Casebook on the termination of life-sustaining treatment and the care of the dying. Indiana Univ Press, Indiana
- Condrau G (1991) Der Mensch und sein Tod. Kreuz-Verlag, Zürich
- Davies E, Higginson IJ (2004): Better Palliative Care for Older People. A WHO Collaboration Project. WHO, Geneva
- Downie RS, Calman KC (1994) Healthy respect: ethics in health care. Oxford Univ Press, Oxford
- Dunstan GR, Shinebourne EA (eds) (1989) Doctors' decisions: ethical conflicts in medical practice. Oxford Univ Press, Oxford
- EAPC Ethics Task Force (2003) Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. Eur J Palliative Care 10(2): 63–66
- Enquete-Kommission »Ethik und Recht der modernen Medizin« des Deutschen Bundestags, 15. Wahlperiode, Zwischenbericht »Patientenverfügungen«, BT-Drs. 15/3700, Berlin, 2005
- Eser A, Lutterotti M, Sproken P (1992) Lexikon Medizin-Ethik-Recht. Herder, Freiburg i. Br.
- Fainsinger R, Bruera E (1994) Management of dehydration in terminally ill patients. J Palliat Care 10: 55–59
- Fallowfield L (1997) Truth sometimes hurts, but deceit hurts more. In: Surbone A, Zwitter M (eds) Communication with the cancer patient. Information and truth. Ann N Y Acad Sci 809: 525–537
- Foley KM (1985) The treatment of cancer pain. N Engl J Med 313: 84–95
- Foley KM (1991) The relationship of pain and symptom management to patient request for physician-assisted suicide. J Pain Symptom Manage 6: 289–297
- Foley KM (2002) Improving Palliative Care: The need for change. J Am Med Womens Assoc 2002;5: 71–77
- Gaylin W et al. (1988) Doctors must not kill. JAMA 259: 2139–2140
- Gordijn B, Janssens R (2000) The prevention of euthanasia through palliative care: New developments in The Netherlands. Patient Educ Couns 41: 35–46
- Harris J (1985) The value of life. Routledge & Kegan, London
- Husebø S (1989) Is euthanasia a caring thing to do? J Palliat Care 4: 111–114

- Husebø S (1991) Er aktiv dødshjelp et alternativ? *Samtiden* 91/6: 24–32
- Husebø S (1992) *Medisin – kunst eller vitenskap*. Ad Notam Gyldendal, Oslo
- Husebø S (1993) Autonomi og paternalisme – hva betyr det ved alvorlig sykdom? *Omsorg* 3: 61–66
- Husebø S (1997) Communication, autonomy and hope. How can we treat serious ill patients with respect? In: Surbone A, Zwitter M (eds) *Communication with the cancer patient. Information and truth*. *Ann N Y Acad Scie* 809: 440–460
- Husebø S (1997) Undervisning i palliativ medisin. *Omsorg* 3
- Husebø S, Tausjø J (1986) Dying patients in hospital. *Tidsskr Nor Lægef* 110: 2233–2235
- James CR, MacLeod RD (1993) The problematic nature of education in palliative care. *J Palliat Med* 9: 5–10
- Janssens R, Gordijn B (1998) Palliativmedizin in den Niederlanden. *Dtsch Med Wochenschr* 123: 432–435
- Jaspers B, Schindler T (2004) Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten (Belgien, Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Schweden, Schweiz, Spanien), erstellt im Auftrag der Enquete-Kommission »Ethik und Recht der modernen Medizin« des Deutschen Bundestags, 15. Legislaturperiode, http://www.bundestag.de/parlament/kommissionen/archiv15/ethik_med/gutachten/gutachten02_palliativmedizin.pdf
- Jecker NS, Pearlman RA (1992) Medical futility: who decides. *Arch Intern Med* 152: 1140–1144
- Jens W, Küng H (1995) *Menschenwürdig sterben*. Piper, München
- Kant I (Ausg 1989) *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. In: Weischedel W (Hrsg) *Kant I: Kritik der praktischen Vernunft*. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Kemp P (1992) *Medisin, teknikk og etikk*. Munksgaard, Copenhagen
- Kierkegaard S (1859, Ausg 1994) *Fra en forfatters virksomhet* (Aus dem Wirken eines Verfassers). Eine einfache Mitteilung. Sören Kierkegaard *Gesammelte Werke*. Munksgaard, Copenhagen
- Kintzi H (2002) Ärztliche Indikationen zum Töten. *Deutsche Richter Zeitung* Juli: 256–263
- Klaschik E, Husebø S (1997) Palliativmedizin. *Anaesthesist* 46: 177–185
- Klaschik E, Ostgathe C, Nauck F (2002) Defizite in der studentischen Ausbildung. *Dtsch Ärztebl* 99: A 1286–1288
- Kutzer K (2005). Vorsitzender des 1. Zivilsenats des Bundesgerichtshofes a. D. Vortrag in Karlsruhe Oktober 2005.
- Lögstrup KE (1989) *Den etiske fordring*, 12. Aufl. Gyldendal, Copenhagen (1. Aufl. 1956)
- McCann RM, Hal WJ, Groth Juncker A (1994) Comfort care for the terminally ill patients, the appropriate use of nutrition and hydration. *JAMA* 272: 1263–1266
- Morgan JD (ed) (1996) *Ethical issues in the care of the dying and bereaved aged*. Baywood, New York
- Moulin DE, Latimer, EJ, MacDonald N et al. (1994) Statement on euthanasia and physician-assisted suicide. *J Palliat Med* 10: 80–81
- Mount BM, Hamilton P (1994) When palliative care fails to control suffering. *J Palliat Care* 10: 24–26
- Müller-Busch HC (2004) Sterbende sedieren? *Z Palliativmed* 5: 107–112
- Musgrave CF, Opstad B, Opstad J (1995) The sensation of thirst in patients receiving iv. hydration. *J Palliat Care* 11: 17–21

- Onwuteaka-Philipsen B, van der Heide A, Koper D, Keij-Deerenberg I, Rietjens JA, Rurup ML, Vrakking AM, Georges JJ, Muller MM, van der Wal G, van der Maas PJ (2003): Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001. *Lancet*, online publication, June 17, 2003, <http://image.thelancet.com/extras/03art3297web.pdf>
- Pellegrino ED, Thomasma DC (1994) *The virtues in medical practice*. Oxford Univ Press, Oxford
- Provoost V, Cools F, Mortier F, Bilsen J, Ramet J, Vandenplas Y, Deliens L (2005) Medical end-of-life decisions in neonates and infants in Flanders. *Lancet* 365: 1315–1320
- Putz u. Teipel, Rechtsanwälte, Pressemitteilung vom 24.07.2005
- Quill TE, Cassell TK, Meier DE (1992) Care of the hopelessly ill. Proposed criteria for physician-assisted-suicide. *N Engl J Med* 327: 1380–1384
- Rachels J (1975) Active and passive euthanasia. *N Engl J Med* 292: 78–80
- Randall F, Downie RS (1996) *Palliative care ethics. A good companion*. Oxford Medical Publications, Oxford
- Roy D (1990) Euthanasia – taking a stand. *J Palliat Med* 1: 3–5
- Roy DJ (1991) Relief of suffering: the doctor's mandate. *J Palliat Care* 7: 3–4
- Scott JF, MacDonald N (1993) Education in palliative medicine. In: Doyle D, Hanks J, MacDonald N (eds) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford University Press, Oxford, pp 761–781
- Singer PA, Siegler M (1990) Euthanasia – a critique. *N Eng J Med* 322: 1881–1883
- Smith GP (1995) Restructuring the principle of medical futility. *J Palliat Med* 11/3: 9–16
- Strätling M, Sedemund-Adib B, Schmucker P (2004) Patientenverfügungen und Rahmenbedingungen für Entscheidungen am Lebensende in Deutschland. Praktische, standesrechtliche und berufspolitische Konsequenzen der jüngsten Entscheidung des Bundesgerichtshofs. *Z Palliativmed* 5: 13–18
- Sullivan RJ (1993) Accepting death without artificial nutrition or dehydration. *J Gen Intern Med* 8: 220–224
- Ten Have HAMJ, Welie JVM (1996) Euthanasia in the Netherlands. *Crit Care Clin* 12: 97–108
- Tolstoj L (1884, Ausg 1994) *Der Tod des Iwan Iljitsch*. Insel Taschenbuch
- Toulmin S (1982) How medicine saved the life of ethics. *Perspect Biol Med* 32: 72–79
- Tranøy KE (1992 a) *Medisinsk etikk i vår tid*. Sigma forlag, 5060 Søreidegrend/Norwegen
- Tranøy KE (1992) Nobel conference on ethics in medicine. International review on health legislation. World Health Organization, Geneva
- Twycross RG (1993) Symptom control: The problem areas. *J Palliat Med* 7: 1–8
- Van der Wal G, Van der Maas PJ, Bosma JM (1996) Evaluation of the notification procedure for physician assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands. *N Engl J Med* 335: 1706–1711
- Verhagen E et al (2005) The Groningen Protocol – Euthanasia in severely ill newborns. *NEJM* 352: 959–962
- Wilkinson J (1990) *The ethics of euthanasia*. Palliat Med 4: 81–86
- World Medical Association (1987) Declaration on euthanasia. Ferney-Voltaire, Paris