

Für den Mantel der Hilfe – gegen den Mantel des Schweigens

Beim 34. Workshop Medizinethik ging es um den Wunsch nach Sterbehilfe im Krankenhaus. Dabei wurden konkrete Fälle vorgestellt und klare begriffliche Unterscheidungen angemahnt.

Franziska Müller, 19 Jahre alt und mitten in der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin, ist mit einem Problem konfrontiert, über das in ihrer Ausbildung bisher noch nicht gesprochen wurde: Herr Baumann von Zimmer 111 hat sie gerade um eine Infusion gebeten, „die volle Dosis, damit ich nicht mehr aufwache“. Der 58-Jährige leidet unter Bauchspeicheldrüsenkrebs. Mit Metastasen im Bauchraum, nicht heilbar. „Was soll ich denn machen, wenn er nochmal zu mir sagt, dass er nicht mehr leben will?“, fragt Franziska. Die erfahrene Stationsschwester Maria Schubert empfiehlt der jungen Kollegin, sich erst einmal ein dickeres Fell zuzulegen. So eindeutig sei der Wunsch von Herrn Baumann schließlich nicht. „Und wenn er wirklich sterben will, dann wird er da auch Wege finden.“ Tatsächlich ergeben die Gespräche mit der Ehefrau und mit der Klinikseelsorgerin ein widersprüchliches Bild. Was Herr Baumann aber wohl ziemlich sicher sucht, das ist die Sicherheit, beim schwierigen Prozess des Sterbens von den Mitarbeitern des Krankenhauses Hilfe zu erfahren.

„Der Wunsch nach Sterbehilfe im Krankenhaus – ethische und theologische Herausforderungen“, so lautete das Thema des 34. Workshops Medizinethik, den die Evangelische Akademie zu Berlin, die Katholische Akademie in Berlin und das St. Joseph-Krankenhaus Tempelhof am 17. März 2012 in bewährter Tradition gemeinsam veranstalteten, diesmal im St. Joseph-Krankenhaus. Dessen Arbeitskreis Ethische Anspielungen hatte die zahlreich erschienenen Teilnehmer mit der Geschichte von Herrn Baumann und Azubi Franziska gleich zu Beginn ganz direkt mit der Themenfrage des Tages konfrontiert: Wie sollten die Mitarbeiter eines Krankenhauses umgehen mit sterbenskranken Patienten, die das Ende ihres Lebens ausdrücklich herbeisehnen – und die sich womöglich Hilfe wünschen, um es zu beschleunigen?

„Für diesen letzten Teil des Lebens sollten die Maßstäbe gelten, die für das Leben als Ganzes charakteristisch sind“, so die grundsätzliche Antwort von Prof. Dr. Reiner Anselm. Der evangelischer Theologe und Inhaber des Lehrstuhls für Ethik an der Theologischen Fakultät der Georg-August-Universität in Göttingen machte sich für den Gedanken stark, „dass die Gestaltbarkeit zur eigentümlichen Würde des menschlichen Lebens gehört“. Gerade als Geschöpfe Gottes hätten die Menschen den Auftrag, ihre eigene Lebensführung zu gestalten. Unter den Bedingungen der modernen Medizin sei auch das Sterben vielfach nicht „Geschick“, sondern Gegenstand einer solchen Gestaltung und Wahl. „Der gesamte Medizinapparat hat diese Konstellation ja erst herbeigeführt. Die Fragen des Sterbens stellen sich deshalb heute als praktische Fragen, und es gibt hier keinen Weg zurück.“ Anselm plädierte dafür, die Wünsche todkranker Menschen ernst zu nehmen. Und das sogar, wenn man „von außen“ darin Motive erkennen könne, die den Wünschenden selbst vielleicht gar nicht bewusst sind. „Wir sollten ihre subjektiven Gründe akzeptieren, weil sonst wieder andere den Anspruch stellen würden, besser zu wissen, was für sie gut ist.“

Doch wie stellt sich die Lage dar, wenn Menschen zur Realisierung dieser Wünsche die Mithilfe eines Arztes brauchen oder beanspruchen? Spätestens an diesem Punkt ist für die gesamte Debatte um die „Sterbehilfe“ eine Begriffsklärung unumgänglich. „Viele Missverständnisse und unnötiges Aneinander-Vorbeireden entstehen durch die falsche Terminologie“, sagte denn auch PD Dr. med. Jan Schildmann, Leiter der Nachwuchsforschergruppe „Medizinethik am Lebensende - Normen und

Empirie“ am Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin der Ruhr-Universität Bochum. Begriffe wie „indirekte“, „passive“ und „aktive“ Sterbehilfe stiften, wie er überzeugend darlegte, heute vielfach Verwirrung. „**Indirekte Sterbehilfe**“ meint dabei die Linderung von Symptomen, mit der eine **Verkürzung der Lebenszeit in Kauf genommen** wird. In der Praxis sei das wenig relevant, da Metaanalysen inzwischen gezeigt hätten, dass die Gabe von Morphin zur Schmerzlinderung das Leben der Betroffenen nicht verkürze, betonte der Mediziner. „**Passive Sterbehilfe**“ wiederum meint **Begrenzung medizinischer Maßnahmen** bei ausweglos Erkrankten, also entweder die Entscheidung, eine bestimmte Behandlung gar nicht zu beginnen, oder aber den späteren Entschluss, sie nicht weiter fortzuführen. Vor allem das (ausgesprochen aktiv wirkende) „Abschalten“ von Apparaten wird oft fälschlich als „**Aktive Sterbehilfe**“ bezeichnet. Schildmann plädierte wie der Münchner Palliativmediziner Gian Domenico Borasio dafür, diesen heiklen und missverständlichen Begriff gar nicht mehr zu verwenden. Er bezeichnet zwei Dinge, die man statt dessen präzise benennen sollte: Die **Tötung auf Verlangen** und die **Ärztliche Assistenz bei der Selbsttötung**. „Beides spielt in der Wirklichkeit eine viel geringere Rolle als die Behandlungsbegrenzung, wird dafür aber ausgesprochen kontrovers diskutiert.“

Eine im Jahr 2009 veröffentlichte anonyme Befragung von 483 Ärzten ergab: Ein knappes Drittel der Mediziner konnte sich vorstellen, eine solche ärztliche Beihilfe zum Suizid zu leisten. Während des Ärztetages 2011 beschlossen die Delegierten im Juni 2011 jedoch mit 166 gegen 56 Stimmen bei sieben Enthaltungen, in die Musterberufsordnung den Satz „Ärztinnen und Ärzte dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ aufzunehmen. Welche Sanktionen Medizinern drohen, die das im Einzelfall doch tun, müssen nun die Landesärztekammern festlegen.

Immer wieder haben sich in den letzten Jahren auch Juristen und Theologen in die Diskussion eingeschaltet. Beim Deutschen Juristentag 2006 wurde mehrheitlich beschlossen, bei schwerstem, anders nicht zu linderndem Leiden sei der ärztlich assistierte Suizid als ethisch vertretbare Form der Sterbebegleitung zu tolerieren. Die Denkschrift der Evangelischen Kirche Deutschlands (EKD) vom November 2008 gesteht den Ärzten bei der Beurteilung des jeweiligen Einzelfalles eines ärztlich assistierten Suizids einen „Verantwortungs- und Handlungsspielraum“ zu. In einem gemeinsamen Hirtenschreiben der katholischen Bischöfe von Freiburg, Straßburg und Basel vom Juni 2006 findet sich die vorsichtige Formulierung: „Es mag schwerste Krankheitsverläufe und Leidenszustände geben, angesichts derer ein Arzt nach sorgfältiger Gewissensprüfung zu dem Urteil kommt, dass er einem Suizidversuch seines Patienten nicht im Wege stehen soll.“

Welche Behandlungsentscheidungen am Lebensende heute in Deutschland wirklich eine Rolle spielen, wollte die Arbeitsgruppe von Jan Schildmann durch eine Befragung von Ärzten klären, die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin sind und zumeist auch die Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ tragen. Ausgewertet wurden jeweils die Angaben, die 780 Ärzte über ihren zuletzt verstorbenen Patienten machten. Die Mehrheit dieser Patienten war im Krankenhaus nach einem Tumorleiden eines „nicht plötzlichen Todes“ verstorben. Bei 692 von ihnen musste eine der „End-of-Life-Decisions“ getroffen werden, die dem Bereich der Sterbehilfe zuzurechnen sind. Dabei ging es in der überwältigenden Mehrheit der Fälle um Linderung der Symptome und um Begrenzung der ärztlichen Maßnahmen – also um ethisch und juristisch unproblematische Formen der Sterbehilfe. Sieben Ärzte gaben allerdings auch eine „Tötung auf Verlangen“ an, zwei sogar eine Tötung ohne erkennbaren Patientenwillen, und in einem Fall wurde von einem ärztlich assistierten Suizid berichtet. Über ein Fünftel der Mediziner gab zudem an, mit einer Maßnahme, die der „passiven Sterbehilfe“ zuzurechnen ist, eine Verkürzung des Lebens ihres

Patienten beabsichtigt zu haben. Schildmann merkte kritisch an, dass hier möglicherweise Bewertungen der Lebenssituation des Patienten in die Therapieentscheidung eingehen, die unreflektiert bleiben, nicht kommuniziert und diskutiert werden.

„Mir ist es wichtig, die Situation des Sterbenden genau anzusehen. Es ist eine Situation, die häufig Zeichen einer Krise in sich trägt und stark emotional geprägt ist. Da brauchen wir Vorsicht im Urteil und in der Bewertung“, sagte in der anschließenden Diskussion zur Sterbehilfedebatte auch Prof. Dr. med. Jeanne Nicklas-Faust. Die Geschäftsführerin der Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. und Professorin an der Evangelischen Fachhochschule in Berlin wünscht sich, dass Ärzte und Pflegekräfte sterbenden Patienten als authentisches Gegenüber begegnen können.

Es ist eine Begegnung, die von plötzlicher Nähe gekennzeichnet sein kann. „Sterben ist intimer als Sexualität“, betonte Dr. med. Hermann Ewald, Ärztlicher Leiter des Katharinen Hospizes am Park in Flensburg, einer ökumenischen Einrichtung für Hospizarbeit und Palliativmedizin. Er wünscht sich mehr Ehrlichkeit im Umgang mit einer Phase, die perspektivisch zum Leben jedes Menschen gehört – und einen genaueren Blick darauf, wie sich Menschen in den letzten Wochen und Tagen vor dem Sterben verändern. Nur so könne man ihnen als Palliativmediziner optimal helfen.

„Das Bemühen um bestmögliche Palliativmedizin darf die Möglichkeit der ärztlichen Beihilfe zum Suizid nicht von vornherein ausschließen“, so die Überzeugung von Dr. med. Michael de Ridder. Der langjährige Leiter der Rettungsstelle des Vivantes Klinikums am Urban und Autor des Buches „Wie wollen wir sterben? Ein ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur“ (2010) machte deutlich, dass bei einigen wenigen unheilbar Krebskranken, aber auch bei Patienten mit Leiden wie Amyotropher Lateralsklerose (ALS) der Wunsch nach dem Tod nicht einer „Lebensmüdigkeit“, sondern einer „Leidensmüdigkeit“ entspringt. „Die zentrale Frage lautet dann: Sind wir als Gesellschaft mitfühlend genug, einsichtsfähigen Menschen, die in terminaler oder schwerster aussichtsloser Krankheit oder Versehrtheit maximale Zuwendung und Therapie erfahren und dennoch weiter leiden, zu gestatten, auf ihren klar und nachhaltig geäußerten Wunsch hin mit ärztlicher Hilfe ihr Leben zu beenden?“ Eine Frage an die Gesellschaft, nicht zuletzt aber auch an die Ärzte, deren Selbstverständnis als Heilende und Lindernde in diesen Fällen im Kern getroffen ist.

Zum Workshop, der mit dem Fallbeispiel des Arbeitskreises Ethische Anspielungen begonnen hatte, steuerte de Ridder einen weiteren Fall bei: Den des 60-jährigen Konrad W., der unter einem nicht mehr in Schach zu haltenden, unkontrolliert blutenden Rachentumor, unter Atemnot und Erstickungsangst leidet. „Er fleht seinen Arzt an, auf schnellstem Wege sterben zu dürfen. Der Arzt stellt ihm schließlich eine tödliche Dosis mehrerer Medikamente bereit, lässt sich unter dem Zeugnis der Familie von seiner Garantenpflicht entbinden und verabschiedet sich. Notfalls sei er zu erreichen. Noch am selben Tag verstirbt Konrad W. tief bewusstlos und friedlich im Kreise seiner Familie.“

Hat der Arzt von Konrad W. richtig gehandelt? Und will Herr Baumann von Zimmer 111 wirklich nicht mehr leben? Am Ende verließen die Teilnehmer diesen Workshop nicht unbedingt mit einer klaren Meinung. Dafür aber mit klaren Begriffen - und um einige wichtige Informationen und Gedanken reicher.

Adelheid Müller-Lissner

