

Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung

Statement von Prof. Dr. Eggert Beileites, Vorsitzender des Ausschusses für Ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer, zur Pressekonferenz am 04. Mai 2004 in Berlin

Sehr geehrte Damen und Herren,

viele Menschen verstehen leider unter den Begriffen **"Sterben in Würde"** und **"Selbstbestimmung am Lebensende"** lediglich die Zulassung der so genannten aktiven Sterbehilfe bzw. die Erlaubnis der ärztlichen Assistenz beim Suizid. Solche Vereinfachungen erfassen weder das Problem noch können sie zu echten Lösungen führen.

Wir können heute feststellen, dass einerseits viele Menschen Angst haben, Ärzte und Ärztinnen könnten über Gebühr Leben und damit auch Leid verlängern, andererseits aber wächst bei vielen auch die Befürchtung, dass es wegen knapper werdender Ressourcen zur vorzeitigen Aufgabe medizinischer Bemühungen kommen könnte. Dies führt dazu, dass ärztliche Verhaltensweisen am Ende des Lebens immer mehr zum Gegenstand von teils heftig und teils sehr emotional geführten öffentlichen und nicht öffentlichen Diskussionen gemacht werden. Gesetzgebende Gremien, Enquete- und Ethikkommissionen beschäftigen sich ebenso wie die Kirchen oder andere gesellschaftliche Gruppen mit dem, was Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten am Lebensende sein soll, wie viel, wie lange und unter welchen Umständen sie Leben retten, erhalten oder verlängern dürfen beziehungsweise sollen.

Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung von 1998 - Innovationen?

Die Bundesärztekammer hat in ihren Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung 1998 letztmalig klar die Meinung der verfassten Ärzteschaft zu diesem Thema formuliert. Mit ihnen hat die Bundesärztekammer eine neue Orientierung für ärztliches Handeln im Umfeld von Sterben und Tod gegeben. Ursache für diese Neuausrichtung war ein zweifacher Paradigmenwechsel in der Medizin. So wurde die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung, zuvor ein unumstößliches Prinzip ärztlicher Berufsausübung, erstmalig in den Grundsätzen von 1998 unter bestimmten Umständen eingeschränkt. Seitdem kann bei Sterbenden oder bei Patienten mit infauster Prognose die auf Gesundung gerichtete kurative Behandlung von einer das Sterben begleitenden palliativmedizinischen Therapie abgelöst werden. Die Entscheidung darüber, wann zu palliativmedizinischen Maßnahmen übergegangen wird, ist allein vom Willen des Patienten abhängig. Hiermit wird in den Grundsätzen von 1998 dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten Priorität eingeräumt und ein paternalistisch orientiertes Medizin-Modell von einem partnerschaftlichen abgelöst.

Ausdruck findet dieses zugleich darin, dass in den Grundsätzen erstmals Patientenverfügungen als verbindlich erklärt worden sind.

Warum erfolgte eine Überarbeitung?

Die Handlungsanleitung für Ärztinnen und Ärzte basierte 1998 auf einer den Erfordernissen der Zeit angepassten Standesethik, die nach wie vor noch gilt und eine gänzliche Veraltung der Grundsätze verhindert hat. Jedoch sind in den nun mehr vergangenen 6 Jahren diverse richterliche und auch höchstrichterliche Urteile im Zusammenhang mit ärztlichem Verhalten am Lebensende gefällt und damit gleichfalls neue Rechtsauffassungen formuliert worden. Zudem wurden in den letzten Jahren zu dieser Thematik viele Umfragen durchgeführt und Fernsehsendungen produziert, die immer wieder mehr oder weniger vordergründig die Bereitschaft von Ärztinnen und Ärzten zur Assistenz beim Suizid wünschten. In einigen benachbarten Ländern erfolgte außerdem die gesetzliche Öffnung zur so genannten Euthanasie. Einige Politiker propagieren diesen Weg auch für Deutschland.

Auf Grund dieser Entwicklungen und mancher noch immer bestehenden Unsicherheiten - auch innerhalb der Ärzteschaft - sah sich die Bundesärztekammer veranlasst, ihre Grundsätze noch einmal neu zu überdenken.

Der Ausschuss "Ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen" der Bundesärztekammer hat nun in Kenntnis der Entwicklungen in vielen Sitzungen und mit zahlreichen Anregungen von interessierten Ärzten und Nichtärzten die Grundsätze überarbeitet. Am 30. April 2004 hat der Vorstand der Bundesärztekammer die Neufassung verabschiedet.

Ablehnung aktiver Sterbehilfe bleibt

Danach hält die Deutsche Ärzteschaft weiterhin trotz aller Umfrageergebnisse an ihrem strikten "Nein" zur aktiven Sterbehilfe fest. Auch wertet sie die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung weiterhin als unärztlich. Wir Ärzte sind der Meinung, dass Probleme des Sterbens durch Öffnung der aktiven Sterbehilfe, auch im Sinn des ärztlich assistierten Suizids, nicht gelöst werden können. Eher ist das Gegenteil der Fall: Es besteht die Befürchtung, dass durch Zulassung von Krankentötungen die Bemühungen für eine bessere Betreuung sterbender Menschen geradezu behindert werden.

Aktive Sterbehilfe ist auch deshalb inakzeptabel, weil durch Zulassung gezielter Tötung auf Verlangen Gefahren für krankes und schwer beschädigtes Leben entstehen. Angesichts dessen, dass es viele Wege gibt, Druck auszuüben und jemanden zu suggerieren, es sei

richtig und anständig, das eigene Ende zu verlangen, darf es kein Ausweg sein, die aktive Tötung auch in hoffnungslosen Situationen vom Arzt aus überhaupt zum Thema zu machen. Das heißt jedoch nicht, dass die Begleitung Sterbenswilliger oder auch die Anwesenheit beim Suizid den Ärzten generell verboten ist.

Die "Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung" vermeiden die Begriffe "Behandlungsabbruch" und "Sterbehilfe" um klarzustellen, dass Ärzte bis zum Tod behandeln wollen und sollen, in ausweglosen Situationen jedoch nicht mehr mit dem Ziel zu heilen, sondern mit dem Ziel, Leid zu lindern. Dabei erfolgt also kein Abbruch der Behandlung, sondern eine Änderung des Therapieziels im Sinn der Symptombekämpfung, d.h. Palliativmedizin ist geboten.

Der Begriff "Sterbebegleitung" meint zunächst ganz einfach jede Form mitmenschlicher Hilfe, die man einem Sterbenden schuldet und die sein Los erleichtern soll. Es wird darüber hinaus verdeutlicht, dass es um eine Hilfe im und beim Sterben und nicht um Hilfe zum Sterben geht.

Was hat sich in den Grundsätzen von 2004 geändert?

Die Neufassung ist vorwiegend als eine redaktionelle Bearbeitung zu begreifen, die für eine gewisse Klarstellung sorgt, sich allerdings auch den neuen Urteilen anpasst.

Der ursprüngliche Abschnitt der Grundsätze "Behandlung bei sonstiger lebensbedrohender Schädigung" ist zur Verdeutlichung seines eigentlichen Anliegens umbenannt worden. Mit der neuen Überschrift bezieht er sich nun ausschließlich auf schwerste cerebrale Schädigungen mit anhaltender Bewusstlosigkeit. Es soll mit dieser Umformulierung, gerade weil es in dem Zusammenhang mit der Betreuung von Komapatienten immer wieder zu Auseinandersetzungen gekommen ist, eindeutig klar gestellt werden, dass Komapatienten Lebende sind und dass für uns Ärzte die Bewusstlosigkeit kein Kriterium für eine Einstellung der Behandlung oder Beendigung des Lebens sein darf.

Auch wird nun in mehreren Passagen verdeutlicht, dass die Anlegung einer PEG sowie die Fütterung über sie, nur statthaft sind, wenn sie nicht gegen den Willen oder gegen den mutmaßlichen Willen des Patienten erfolgen.

Im Abschnitt I, welcher sich mit dem Verhalten bei Sterbenden beschäftigt, wurde ausdrücklich betont, dass Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr nicht zur Basisbetreuung gehören, weil Sterbende gerade eben durch Flüssigkeitszufuhr unverhältnismäßig belastet werden können - so kann es beispielsweise beim Versagen der Nieren zu

Wassereinlagerungen oder einem Lungenödem kommen. Dies heißt aber nicht, dass man künftig Sterbende verhungern oder verdursten lassen wird, sondern die Neuerung beruht auf der Erkenntnis, dass beispielsweise das subjektive Durstgefühl am Ende des Lebens nicht mit der Flüssigkeitszufuhr korreliert, aber wesentlich durch die Trockenheit der Mundschleimhäute bestimmt wird. Deshalb haben wir in den Grundsätzen das Stillen der subjektiven Empfindungen - Hunger und Durst - aufgenommen.

Die Präambel ist durch einige Sätze erweitert und präzisiert worden. Dazu gehört, dass Art und Ausmaß einer Behandlung gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten sind und dies auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr gilt. Ein Sterbevorgang soll nicht künstlich in die Länge gezogen werden und alle Entscheidungen müssen individuell erarbeitet werden. Das heißt, die Ärzteschaft lehnt alle gruppenorientierten Entscheidungen, seien sie auf Alter, Abstammung oder Gesundheitszustand bezogen, entschieden ab.

Im weiteren wird klargestellt, dass in Zweifelsfällen eine Beratung mit anderen Ärzten und mit den Pflegenden zu erfolgen hat.

Die Bedeutung und Verbindlichkeit von Patientenverfügungen wird in den neuen Grundsätzen noch mehr als in denen von 1998 herausgestellt.

Zum Abschluss

Auch die Neufassung der Grundsätze kann uns Ärzten die immer wieder schwierigen Entscheidungen am Lebensende nicht abnehmen. Wir werden selbst dann, wenn sich alle Ärzte an Inhalt und Geist der Grundsätze orientieren sollten, weiterhin mit Vorwürfen konfrontiert werden, dass wir einerseits zu viel tun und mit moderner Medizintechnik oder Pharmakotherapie das Sterben unnötig verlängern, andererseits aber zu wenig tun, um den Tod hinaus zu schieben.