

# „Richtig gemachte Palliativmedizin verlängert das Leben“

„Möglichkeiten und Grenzen der Medizin am Lebensende – zwischen selbstbestimmtem Sterben und ärztlich assistiertem Suizid“ lautete das Thema einer Podiumsdiskussion im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf. Während sich der Bonner Jurist Thorsten Verrel dafür aussprach, passive Sterbehilfe von Ärzten nicht als unethisch zu stigmatisieren, warnte der Kölner Palliativmediziner Raymond Voltz vor einem Dambruch.

von **Bülent Erdogan-Griese**

**K**aum eine existenzielle Sorge berührt die Menschen in Deutschland so sehr wie die Angst, im Alter bei einer schweren, zum Tode führenden Krankheit nicht würdevoll und selbstbestimmt sterben zu dürfen. Große Resonanz löste in den vergangenen Wochen der assistierte Freitod des ehemaligen Bundesligaprofis Timo Konietzka in der Schweiz aus. Konietzka, an Gallengangkrebs erkrankt, hatte seine Entscheidung auch damit begründet, niemandem als Pflegefall zur Last fallen zu wollen.

Wie vielschichtig die Thematik eines würdevollen Lebensendes aus rechtlicher Sicht ist, beleuchtete Professor Dr. Thorsten Verrel von der Juristischen Fakultät der Universität Bonn auf der Podiumsdiskussion „Möglichkeiten und Grenzen der Medizin am Lebensende – zwischen selbstbestimmtem Sterben und ärztlich assistiertem Suizid“ Ende April im Haus der Ärzteschaft. Eingeladen hatten das ASG-Bildungsforum und die Kreisstelle Düsseldorf der Ärztekammer Nordrhein.

## Recht auf Behandlungsverzicht

Verrel ist Mitglied der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Bonn, der Ständigen Kommission Organtransplantation sowie der Prüfungskommission und der Überwachungskommission bei der Bundesärztekammer. Jeder Mensch, so Verrel in seinem Vortrag, habe zum Beispiel das Recht darauf, einer ärztlichen Be-



**Professor Dr. Raymond Voltz**, Lehrstuhlinhaber und Leiter der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin der Universitätsklinik Köln: Palliativmediziner sind heute in der Lage, praktisch alle körperlichen Symptome von todkranken Patienten wie Schmerzen, Atem-

not, Übelkeit oder Angst zu lindern und Lebensqualität zurückzubringen.  
Foto: Medizin Foto Köln

handlung zu widersprechen oder auf diese zu verzichten, „auch wenn das bedeutet, dass er sterben wird“. Dies stelle auch die Ärzteschaft nicht in Frage, sagte der Jurist. Ein Ausdruck dieses Rechts auf Selbstbestimmung sei das Patientenverfügungsgesetz, das Aussagen für eine Situation trifft, die in der Regel erst viele Jahre später eintritt. Sei eine Verfügung nicht vorhanden, müsse bei einem bewussten Patienten dessen mutmaßlicher Wille soweit möglich ermittelt werden, so Verrel.

Patienten hätten immer auch einen Anspruch auf „effektive Leidenslinderung“. Diese Leidenslinderung sei auch dann zulässig, wenn sie mit einer Verkürzung des Lebens verbunden ist. Die Angst von Ärzten, sich mit einer wirkungsvollen, aber potenziell das Leben des Patienten verkürzenden Medikation strafbar zu machen, sei unbegründet, sagte Verrel. Eine unzureichende Schmerzbehandlung erfülle hingegen „den Tatbestand der Körperverletzung“, sagte er.

Schließlich haben Patienten auch das Recht, ihrem Leben selbst ein Ende zu set-

zen. Verrel: „Der Suizid ist in Deutschland straflos und die Teilnahme daran im Prinzip auch, sofern es sich um einen sogenannten freiverantwortlichen Suizid handelt. Verboten ist die sogenannte aktive Sterbehilfe, ein ausgesprochen missverständlicher Begriff. Darunter verstanden werden nach dem *Paragrafen 216 des Strafgesetzbuches* solche Eingriffe in das Leben des Patienten, die nicht medizinisch indiziert sind und ausschließlich darauf abzielen, das Leben zu beenden, zum Beispiel mit der Giftspritze oder der Überdosierung von Medikamenten.“ In diesem Punkt unterscheide sich die Rechtslage in Deutschland von der in den Niederlanden, Belgien oder Luxemburg, sagte Verrel.

## Risiken für Ärzte

Abzugrenzen von der aktiven Sterbehilfe, genauer: der Tötung auf Verlangen, sei die passive Sterbehilfe. Strafrechtliche Risiken können aus unterschiedlichen Gründen aber auch hier gleichwohl bestehen bleiben, wie Verrel schilderte: So haben Ärztinnen und Ärzte nach der „älteren, bis heute nicht beseitigten Rechtsprechung“ einem „handlungsunfähigen Suizidenten“ gegenüber grundsätzlich „eine Rettungspflicht, und das auch dann, wenn es sich um einen freiverantwortlichen Suizid handelt“. Allerdings habe der Bundesgerichtshof in seiner jüngeren Rechtsprechung den Gedanken der Rettungspflicht fallengelassen, berichtete der Bonner Rechtsgelehrte.

Vorsicht sei bei der Abgabe von Medikamenten, die durch das Betäubungsmittelrecht erfasst werden, geboten, so Verrel: Sie dürfen nicht dazu verwendet werden, einem Menschen zu einem freiverantwortlichen Suizid zu verhelfen. Gleichwohl würde ein Arzt, der einem Patienten ein solches Medikament abgibt, nicht wegen der so ermöglichten Selbsttötung des Patienten strafrechtlich belangt, sondern lediglich wegen des Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz.

Einen ambivalenten Eindruck vermittelt laut Verrel das ärztliche Berufsrecht: So heißt es in den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebe-

### § 16 MBO: Beistand für Sterbende

„Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“

gleitung seit Anfang 2011, dass „die Teilnahme am Suizid“ keine „ärztliche Aufgabe“ ist. Verrel war an der Neuformulierung der Grundsätze beteiligt. Bis zu dieser Novelle handelten Ärztinnen und Ärzte, die Beihilfe zum Suizid leisteten, gar gegen das „ärztliche Ethos“. Die neue Formulierung habe „einen gewissen Freiraum für Ausnahmefälle“ geschaffen, so Verrel. Der im Juni 2011 auf dem 114. Deutschen Ärztetag in Kiel nach kontroverser Debatte geänderte *Paragraf 16 der Musterberufsordnung (MBO)* wiederum habe diesen Freiraum durch ein explizites Mitwirkungsverbot wieder beseitigt, bedauert Verrel (siehe *Kasten auf Seite 21*). Dies sei vielleicht das entscheidendste Hemmnis für Ärzte in Deutschland, an einem Suizid mitzuwirken.

Bundesweit hat die Ärzteschaft bislang unterschiedlich auf den neuen MBO-Paragrafen reagiert: Die Ärztekammer Nordrhein hat das Verbot des assistierten Suizids wörtlich in ihre Berufsordnung übernommen. Andere Kammern haben andere Formulierungen gewählt oder den *Paragrafen 16 MBO* noch nicht umgesetzt. Verrel sprach sich dafür aus, die in der Schweiz geltende Formulierung zur berufsrechtlichen Einordnung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid zu übernehmen (siehe *Kasten auf dieser Seite*).

## Warnung vor einem Dambruch

Ein Plädoyer für die Möglichkeiten der palliativmedizinischen Sterbebegleitung und gegen den ärztlich assistierten Suizid hielt Professor Dr. Raymond Voltz, Lehrstuhlinhaber und Leiter der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin der Universitätsklinik Köln. Er mache immer wieder die Erfahrung, wie fragwürdig geäußerte Todeswünsche seien, sagte Voltz: „Wir erleben tagtäglich, dass sich Wünsche, wie im normalen Leben auch, verändern.“ Voltz berichtete von Patienten, die in einem Gespräch zunächst einen Tötungswunsch äußerten, sich im nächsten Augenblick aber Hilfe zum Leben wünschten. „Gleichzeitig sterben und leben zu wollen, das ist ein normales menschliches Phänomen.“ Viele Patienten wüchsen mit ihrer Krankheit und empfänden das Leben trotz fortschreitender Symptome weiter als lebenswert. Patienten mit ein und derselben Erkrankung empfänden das Leben in höchst unterschiedlichem Maße noch als sinnvoll. Eine Erklärung hierfür

## Die Regelung in der Schweiz

Nach der Standesordnung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte „ist die Beihilfe zum Suizid straflos, wenn sie ohne selbstsüchtige Beweggründe erfolgt. Dies gilt für alle Personen. Die Rolle des Arztes besteht bei Patienten am Lebensende darin, Symptome zu lindern und den Patienten zu begleiten. Es ist nicht seine Aufgabe, von sich aus Suizidbeihilfe anzubieten, sondern er ist im Gegenteil dazu verpflichtet, allfälligen Suizidwünschen zugrunde liegende Leiden nach Möglichkeit zu lindern. Trotzdem kann am Lebensende in einer für den Betroffenen unerträglichen Situation der Wunsch nach Suizidbeihilfe entstehen und dauerhaft bestehen bleiben. In dieser Grenzsituation kann für den Arzt ein schwer lösbarer Konflikt entstehen. Auf der einen Seite ist die Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit, weil sie den Zielen der Medizin widerspricht. Auf der anderen Seite ist die Achtung des Patientenwillens grundlegend für die Arzt-Patienten-Beziehung. Diese Dilemmasituation erfordert eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes. Die Entscheidung, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, ist als solche zu respektieren. In jedem Fall hat der Arzt das Recht, Suizidbeihilfe abzulehnen.“

sieht Voltz darin, wie viel Hoffnung Kranke in ihrer jeweiligen Situation noch zu erleben fähig sind.

Nach Ansicht von Voltz wird die derzeitige Debatte auch von den Befürchtungen gesunder, junger Menschen bestimmt, die sich aus allgemeiner Angst vor dem Verlust körperlicher oder kognitiver Funktionen oder aus familiärer Erfahrung für das Recht auf einen assistierten Suizid aussprechen. Die Realität von Erkrankten stelle sich aber oft anders dar, schließlich seien sie es, die die Krankheit am eigenen Leib erleben. So litten Demenzkranke eher in der Übergangsphase in die schwere Phase ihrer Demenz. Wer bei dieser Diagnose den assistierten Suizid befürworte, müsste dann konsequenterweise bereits in der Übergangsphase für eine Beendigung des Lebens eintreten. Voltz: „Geht es also um das Leid des Betroffenen oder um das Leid des Angehörigen?“ Nichtsdestotrotz seien die Angehörigen ein wichtiger Teil der palliativmedizinischen Betreuung. Wenn die Frage laute: „Gibt es ein Leben nach dem Tod?“, dann müsse die Antwort lauten: „Natürlich gibt es ein Leben nach dem Tod, das der Angehörigen“, so Voltz.

Der Palliativmediziner warnte vor Versuchen, den Tod zu administrieren, um einem idealisierten Anspruch einer vermeintlichen Patientenautonomie zum Durchbruch zu verhelfen, denn: „Aus einem Recht wird oft eine Erwartung: Ein Patient, der in die Schweiz fährt, einen Termin macht und es seinen Freunden und der Familie sagt, der kann doch gar nicht mehr zurückkehren“, sagte er. Es werde ein sozialer Druck entstehen, dieses „Recht“ auch wahrzunehmen.

## Palliative Sedierung als Alternative

Palliativmediziner seien heute in der Lage, praktisch alle körperlichen Symptome von todkranken Patienten wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit oder Angst zu lindern und Lebensqualität zurückzubringen, sagte Voltz. „Richtig gemachte Palliativmedizin verlängert das Leben. Punkt.“ Mit der Entscheidung, nicht mehr kurativ vorzugehen, blieben Patienten belastende Behandlungen oder Medikamente erspart. Auch dies führe zu einer relativen Verlängerung des Lebens. „Wir wissen, wie es geht, und es funktioniert“, sagte Voltz. Für ihn ist Palliation daher auch nicht als Alternative zum ärztlich assistierten Suizid zu verstehen.

Als letzte Möglichkeit zur Leidlinderung und „für die wenigen Ausnahmen“, so Voltz, bleibt Ärzten und Patienten die „palliative Sedierung“: Im Unterschied zur Überdosierung von Opiaten oder zur Giftspritze habe der Patient bei der palliativen Sedierung die Chance, durch den Schlaf gestärkt noch einmal aufzuwachen. Wenn sich an der Symptomssituation nichts geändert habe, könne der Patient erneut in den Schlaf versetzt werden. Voltz berichtete von Studien, denen zufolge es bei Patienten, denen die Giftspritze gegeben worden war, bis zum Eintritt des Todes zu teils grausamen Komplikationen kam. Dies sei teilweise auch dann der Fall gewesen, wenn die Injektion durch einen Arzt erfolgt sei.

Der größte Effekt der Palliativmedizin bestehe in der Linderung von Angst, sagte der Mediziner. Palliativmedizin müsse bereits frühzeitig in Therapien eingebunden werden, da sie die Rolle des „Plan B“ einnehme, falls eine Heilung, der ursprüngliche „Plan A“, nicht möglich sei, so Voltz zum Beispiel mit Blick auf Tumorerkrankte. Oft sei Krebs heilbar, aber nicht jeder heilbare Krebs werde letztlich auch besiegt.