

Prof. Dr. med Gian Domenico *Borasio*, Lehrstuhl für Palliativmedizin, Ludwig-Maximilians-Universität München:

Referat beim 66. Deutschen Juristentag, Stuttgart, 20.9.2006

Liebe Frau Tepperwien, lieber Herr Schöch, meine Damen und Herren,

Die Definition der Palliativmedizin durch die Weltgesundheitsorganisation lautet:

Palliativmedizin dient der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebens-bedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung, hochqualifizierter Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur. (WHO 2002)¹

Es geht also um *Vorbeugung und Linderung von Leiden*, und das erklärt vielleicht auch, weshalb heute ein Palliativmediziner vor Ihnen steht. Wir werden im Folgenden zwölf Thesen diskutieren.

These 1:

Allgemein akzeptierte ethische Grundlagen ärztlicher Bemühungen sind: Patienten zu helfen, ihnen nicht zu schaden, ihre Autonomie zu respektieren, das Gerechtigkeitsprinzip (auch im Hinblick auf Ressourcenverteilung) zu befolgen und den Lebensschutz zu gewährleisten.

Das ist soweit unbestritten, aber es ist klar, dass zwischen diesen Prinzipien gelegentlich auch Spannungen auftreten. Wie jeder von uns auch aus der privaten Lebenserfahrung weiß, kann man Spannungsverhältnisse nicht immer ausräumen, man muss sie auch manchmal produktiv aushalten können. Dies ist auch Grundlage unserer palliativmedizinischen Praxis.

¹ World Health Organization. National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed., WHO, Genf 2002, S. 83-91

Die zweite These zur Änderung des Therapieziels ist im Wesentlichen ein Zitat aus den Grundsätzen der ärztlichen Sterbebegleitung der Bundesärztekammer von 2004:

These 2:

Die Rolle des Arztes ist grundsätzlich auf die Wiederherstellung der Gesundheit und die Erhaltung des Lebens ausgerichtet. Bei schwerster Erkrankung kann eine Änderung des Therapieziels indiziert sein, bei welcher statt der Lebensverlängerung die Maximierung der Lebensqualität für Patient und Familie durch palliativmedizinische Betreuung im Vordergrund steht.

Das Originalzitat lautet wie folgt: „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“.² Das ist etwas gewunden formuliert, denn es liegt auf der Hand: Wenn lebenserhaltende Maßnahmen Leiden nur verlängern, dann *kann* nicht nur eine Therapiezieländerung indiziert sein, sondern dann *ist* eine Therapiezieländerung indiziert. (Beifall)

Die These drei wurde von meinen Vorrednern dankenswerterweise schon vorweggenommen.

These 3

Die flächendeckende Bereitstellung von palliativmedizinischer und hospizlicher Versorgung ist eine wesentliche Voraussetzung für die wirksame Ausübung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende. Dazu gehört auch die Einführung von Palliativmedizin als Pflichtbestandteil der ärztlichen und pflegerischen Ausbildung. Die entsprechenden Rahmenbedingungen sind vom Gesetzgeber zu schaffen.

Leider sind wir von einer flächendeckenden Verwirklichung dieses Prinzips noch etwas entfernt. Nachfolgend ein Beispiel für die Bedeutung der Verfügbarkeit von Palliativmedizin für Entscheidungen am Lebensende. Vielleicht haben einige von Ihnen den Dokumentarfilm „Tod auf Verlangen“ gesehen, er spielt in Holland 1994.

² Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt Jg. 101, Heft 19, 7. Mai 2004, S. A1298-A1299

Der Film zeigt die letzten Lebenstage und die Euthanasie eines Patienten mit amyotropher Lateralsklerose (ALS). Aus dem Film geht klar hervor, dass dieser Patient an mindestens zehn verschiedenen, sehr belastenden und nicht behandelten Symptomen litt, u.a. Atemnot, Schmerzen, Angst und Depression. Zwei verschiedene Ärzte bestätigten dem Patienten, dass er ohne Euthanasie „qualvoll ersticken“ werde. Der Patient entschied sich dann mit einer gewissen Folgerichtigkeit für die Euthanasie. Das Problem ist nur, dass die Information falsch war. Denn über 90 % der ALS-Patienten sterben friedlich, und die ersten Veröffentlichungen dazu waren zum Zeitpunkt des Films schon bekannt. Die Wahrscheinlichkeit eines ALS-Patienten, friedlich zu sterben, ist sogar größer als die der Allgemeinbevölkerung, und Erstickten kommt praktisch nie vor. Eine dieses belegende Untersuchung mit 171 Patienten haben wir 2001 publiziert. (*Beifall*)

Zur vierten These:

These 4

Wesentliche Säule der Palliativmedizin ist die Kommunikation zwischen allen an der Versorgung Beteiligten, dem Patienten, seinen Angehörigen und seinem Stellvertreter. Jede bestehende oder geplante Regelung ist daraufhin zu prüfen, ob sie die Dialogbereitschaft durch Schaffung von Rechtssicherheit fördert oder durch Schaffung von Ängsten/Unsicherheit behindert. Dies gilt gleichermaßen für Straf-, Zivil- und Standesrecht.

Hier geht es um einen zentralen Begriff, den Begriff der *Kommunikation*, die als Basis für die medizinische Praxis wie auch für Selbstbestimmung und Fürsorge dient. Wenn die Kommunikation nicht stimmt, dann kann weder Selbstbestimmung noch Fürsorge wirksam ausgeübt werden. Das bedeutet auch, dass jede geplante Regelung daran gemessen werden sollte, ob sie die Kommunikation zwischen allen Beteiligten verbessert, z. B. durch Schaffung von Rechtssicherheit, oder sie behindert, z. B. durch Schaffung von Ängsten. Hierzu ein kleines Fallbeispiel:

Ein herzkranker Patient hatte vier verschiedene Gespräche mit seinem Hausarzt geführt, um eine Patientenverfügung zu erstellen. Zwei Tage vor dem letzten Gespräch, in dem er die Patientenverfügung schriftlich verfassen und unterschreiben wollte, kam der Herzinfarkt und mit ihm ein sehr schwerer Hirnschaden. Der Patient

wurde ins Krankenhaus eingeliefert, wo man uns mit dem Fall konfrontierte. Es gab keine Patientenverfügung, aber durch die ausführlichen Gespräche mit dem Hausarzt waren wir in der konkreten Situation viel besser über den mutmaßlichen Willen des Patienten und seine Hintergründe informiert, als wenn er im stillen Kämmerlein irgendein Formular ausgefüllt hätte. D.h. die stattgefundene Kommunikation zwischen Arzt und Patient hat es uns ermöglicht, mit bestem Wissen und Gewissen den Willen des Patienten zu ermitteln und diesem Willen auch Geltung zu verschaffen.

These fünf:

Die bestehende Terminologie mit den Begriffen „aktive“, „passive“ und „indirekte“ Sterbehilfe sollte aufgegeben werden, da sie verwirrend und für die Kommunikation hinderlich ist. Das Konstrukt der sog. „indirekten“ Sterbehilfe (zulässige Inkaufnahme einer nicht-intendierten Lebensverkürzung durch medizinisch indizierte Maßnahmen zur Leidenslinderung, z.B. hohe Dosis Schmerzmittel) ist zudem nach den neuesten wissenschaftlichen Untersuchungen *bei korrekter Medikamentengabe* auf wenige Ausnahmefälle beschränkt. Eine besondere gesetzliche Regelung ist damit nicht zwingend notwendig und allenfalls aufgrund der derzeit bei Ärzten, Staatsanwälten und Richtern nachweisbaren palliativmedizinischen und rechtlichen Unsicherheiten zu erwägen.

Hier weiche ich von der Meinung meiner juristischen Kollegen ab. Ich werde versuchen, Sie von der Nichtexistenz der so genannten „indirekten Sterbehilfe“ (in der Beschlussvorlage als „zulässige Leidenslinderung bei Gefahr der Lebensverkürzung“ bezeichnet) zu überzeugen.. Hierzu gibt es sehr gute wissenschaftliche Daten, die 2003 von Nigel Sykes und Andrew Thorns zusammengefasst worden sind.³ Die Autoren haben eine Metaanalyse von 17 verschiedenen, publizierten Studien durchgeführt, die eine Gesamtheit von über 3.000 verstorbenen Patienten umfassten. Es gab bei jeder einzelnen Studie wie auch bei der Gesamtheit der Studien keinen Hinweis auf eine Lebensverkürzung durch z.T. sehr hohe Dosierungen von Opioiden (z.B. Morphin) oder Sedativa (z.B. Benzodiazepine) in der letzten Lebensphase. In einer Studie gab es sogar Hinweise auf eine *Lebensverlängerung* durch eine medizinisch indizierte Sedierung am

³ Sykes N, Thorns A. The use of opioids and sedatives at the end of life. Lancet Oncology 2003, Band 4, S. 312-318.

Lebensende. Das ist auch unsere Erfahrung in der palliativmedizinischen Praxis. Es ist nachvollziehbar, dass ein Mensch, der, aus welchen Gründen auch immer, sehr stark leidet und dieses Leiden durch entsprechende Medikamente gelindert bekommt, im Zweifelsfall eher etwas länger lebt und nicht kürzer. *(Beifall)*

Dazu auch noch ein kleines Fallbeispiel, der die Sicherheit dieser Medikamente dokumentiert:

Wir bekamen einmal einen Patienten von einer Intensivstation zugewiesen. Die Kollegen hatten die Morphindosierung bei dem unter starken Schmerzen leidenden Patienten in bester Absicht innerhalb von 24 Stunden von 0 auf 48 mg Morphin i.v. pro Stunde erhöht. Den Ärzten im Auditorium wird bei dieser Zahl bange werden, denn das entspricht dreieinhalb Gramm Morphin oral pro Tag. Jeder rechtsmedizinische Gutachter würde bei solch einer Dosierung sagen, dieser Patient musste sofort tot sein. War er aber nicht. Als der Patient zu uns auf die Station kam, hat er noch selber geatmet, ein bisschen langsam zwar, aber er hat wirklich noch selber geatmet. Das zeigt eindrucksvoll, dass diese Medikamente wirklich sehr sicher sind und dass die Angst vor Opioiden, die nicht nur Ärzte sondern gelegentlich leider auch Staatsanwälte und Richter befällt, unbegründet ist.

Nun wird in der Beschlussvorlage vorgeschlagen, die Voraussetzungen für die Straflosigkeit einer nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft durchgeführten Leidenslinderung bei Gefahr der Lebensverkürzung gesetzlich zu regeln. Herr Kutzer hat dies näher ausgeführt. Es ergibt sich hier die Frage, ob bei etwas, das in der Praxis bei korrekter Anwendung so gut wie nie vorkommt, wirklich eine eigene gesetzliche Regelung im Strafrecht notwendig ist. Zwar hat eine von uns durchgeführte Umfrage, die Herr Kutzer bereits zitiert hat, Unsicherheiten bei Ärzten zu Tage gefördert: So geht ein Drittel der neurologischen Chefärzte davon aus, dass die so genannte „indirekte Sterbehilfe“ strafbar sei. Die Fehlvorstellung, dass hohe Dosierungen von schmerzlindernden Medikamenten unzulässig seien, besteht nicht nur bei Neurologen, sondern auch bei Onkologen oder Hausärzten. Wir müssen davon ausgehen, dass solche Unkenntnisse auch zu Behandlungsfehlern am Lebensende führen. Der beste Schutz vor ärztlichen Kunstfehlern am Lebensende besteht aber in einer besseren Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Ärzte im Fach Palliativmedizin. *(Beifall)*. Ob man ärztliche Wissenslücken durch neue Strafrechtsparagrafen ausfüllen kann, wage ich jedoch zu bezweifeln. *(Beifall)* Es

ist für mich juristischen Laien – ich bitte um Entschuldigung für diesen untauglichen Vergleich – ungefähr so, wie wenn man in der Straßenverkehrsordnung einen neuen Strafrechtsparagrafen einführen würde, der da lautet: „Das Passieren einer Kreuzung bei grüner Ampel ist straflos“. (*Beifall*)

These 6:

In vielen Entscheidungssituationen bezüglich der Nicht-Einleitung bzw. Einstellung lebensverlängernder Maßnahmen ist die Frage nach dem vorausverfügten oder mutmaßlichen Patientenwillen (i.S. der sog. „passiven Sterbehilfe“) entbehrlich, weil für die zur Diskussion stehende Maßnahme bereits die medizinische Indikation fehlt (dies ist der Fall, wenn kein vernünftiges Therapieziel vorhanden ist bzw. ein solches mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht oder nicht mehr erreicht werden kann). Wichtig für die Angehörigen: Bei einer Entscheidung auf der Basis einer fehlenden medizinischen Indikation trägt der Arzt die Verantwortung, die Familie wird psychologisch entlastet.

Hier hat mir Herr Putz sehr viel Arbeit abgenommen, wofür ich dankbar bin. Es ist tatsächlich so, dass oft vergessen wird, dass vor den Überlegungen über den Patientenwillen immer die Frage der Überprüfung der allgemeinen medizinischen Indikation stehen sollte. Die allgemeine Indikation wird mittels zweier Fragen überprüft. Erstens: Was ist das Therapieziel? Gibt es hier ein vernünftiges Therapieziel? Lebensverlängerung ist sicher ein vernünftiges und wichtiges Therapieziel, aber Sterbeverlängerung ist kein ärztliches Therapieziel. (*Beifall*)

Wenn es ein vernünftiges Therapieziel, z.B. Lebensverlängerung, gibt, dann ist die zweite Frage: Ist dieses Therapieziel auch realistisch? Leider bieten Kollegen gelegentlich schwerstkranken Patienten Therapien an, von denen sie selbst sagen, dass es nur eine verschwindend kleine Wahrscheinlichkeit gibt, dass sie bei diesem Patienten überhaupt wirkt. In solchen Fällen frage ich mich, wo die ethische Begründung zum Anbieten solcher Therapien liegt. Denn eine solche Therapie ist bei diesem Patienten *medizinisch nicht indiziert*.

Erst wenn die ersten zwei Fragen mit „ja“ beantwortet worden sind, kann man zur individuellen Indikationsüberprüfung schreiten und fragen: Stimmt dieses Therapieziel mit dem Patientenwillen tatsächlich auch überein? Oft ist dies gar nicht notwendig: Wenn wir auf Intensivstationen Konsile zur Frage der

Therapiezieländerung durchführen, dann stellen wir in der Mehrzahl der Fälle fest, dass der Patientenwillen nicht relevant ist, weil es schon an der allgemeinen medizinischen Indikation für die durchgeführten Maßnahmen mangelt. Das ist für die Praxis sehr bedeutsam, denn wenn Ärzte wirklich die Verantwortung übernehmen und sagen: es gibt keine Indikation für die Maßnahmen, die wir durchführen, dann haben die Angehörigen nicht den Eindruck, sie hätten über Leben und Tod des Patienten entschieden. Damit hat man auch die Gefahr einer komplizierten Trauerphase ein Stück weit vermieden.

These 7:

Die rechtliche Verbindlichkeit einer Patientenverfügung darf keiner Reichweitenbeschränkung auf den sog. „irreversiblen tödlichen Verlauf“ der Grunderkrankung unterliegen, da eine solche Beschränkung aus medizinischer Sicht unsinnig ist (irreversibel tödlich verläuft das Leben an sich).

Die Sinnlosigkeit einer Reichweitenbegrenzung von Patientenverfügungen wurde schon ausführlich besprochen, und ich stimme voll damit überein. Dazu auch ein kurzes Fallbeispiel:

Denken Sie an einen 98jährigen rüstigen Greis, der im Altersheim sitzt und völlig gesund ist, bis auf leichte Herz-Rhythmus-Störungen. Sein Hausarzt klärt ihn über die Möglichkeit eines Herzstillstandes aufgrund der Herz-Rhythmus-Störungen auf. Der Greis sagt: „Wunderbar. Ich habe mein Leben gelebt, ich möchte auf gar keinen Fall reanimiert werden, das ist ein schöner Tod für mich.“ Diese Aussage stellt formal gesehen eine mündliche Patientenverfügung dar, verbunden mit der Ablehnung der Reanimation. Diese Patientenverfügung wäre nach dem Wunsch der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages nichtig und unzulässig, weil ein Herzstillstand natürlich keine „unumkehrbar tödliche Krankheit“ ist, man kann ja reanimieren. Dieses Beispiel zeigt alleine schon, wie absurd die Vorstellung der Reichweitenbegrenzung von Patientenverfügungen aus medizinischer Sicht ist. Das Konzept des „unumkehrbar tödlichen Verlaufs“ ist in der medizinischen Praxis de facto nicht anwendbar. Denn, meine Damen und Herren, unumkehrbar tödlich verläuft das Leben an sich. *(Beifall)*

Ein kurzer Satz noch zum so genannten „natürlichen Willen“. Es ist wichtig, Äußerungen eines Patienten, auch eines einwilligungsunfähigen Patienten, ernst zu nehmen. Eine Patientenverfügung ist Auftrag zur Kommunikation und auch Auftrag zur Fürsorge. Es ist aber auch wichtig, diese Äußerungen ergebnisoffen ernst zu nehmen. Bis zu 30 Prozent der Demenzpatienten zeigen im fortgeschrittenen Stadium eine ausgeprägte Nahrungsverweigerung, die auch therapieresistent sein kann. Es kann doch nicht sein, dass eine „natürliche Willensäußerung“ nur dann ernst genommen wird, wenn sie sich zufällig mit der ethischen Grundüberzeugung des Beobachtenden deckt. (Beifall)

These 8:

Das *Fürsorgeprinzip* kommt in der modernen Medizin nicht durch paternalistische Bevormundung des Patienten durch den Arzt, sondern durch partizipatorische Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient auf der Basis einer umfassenden und angemessenen Aufklärung zur Geltung. Eine unmittelbare Rechtsverbindlichkeit, die eine Entscheidung durch den Betreuer oder Bevollmächtigten überflüssig macht, sollte deshalb nur denjenigen Patientenverfügungen zukommen, die nach einer *dokumentierten, qualifizierten ärztlichen Beratung* schriftlich erstellt werden. Patientenverfügungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, sind keineswegs unwirksam, sondern gewichtiges Indiz für die Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens.

Hier weiche ich wieder von der Meinung der juristischen Kollegen ab und gehe deshalb etwas genauer darauf ein. Meine These ist, dass eine Möglichkeit, Fürsorge in der Praxis auszuüben, durch die Aufklärung, und zwar durch die ärztliche Aufklärung, gegeben ist. Deswegen plädiere ich tatsächlich, was juristisch kaum zu begründen ist, für eine *Pflichtaufklärung* vor der Abfassung einer Patientenverfügung. Es gibt nämlich in der Praxis ein Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge. Auf der einen Seite gibt es Patienten, die alle Informationen wollen und alles ganz autonom entscheiden. Sie sind selten, aber sie gibt es. Auf der anderen Seite des Spektrums gibt es Patienten, die überhaupt nichts entscheiden wollen, die nicht einmal ihre Diagnose hören möchten, die dem Arzt voll vertrauen und sagen: „Sie machen’s schon richtig. Ich möchte eigentlich gar nichts wissen.“ Diese Patienten sind selten, aber auch diese Patienten gibt es. Die allermeisten Patienten liegen

irgendwo dazwischen auf diesem Gradienten. Schwierige Aufgabe der Ärzte ist es, jedem Patienten die Mischung aus Autonomie und Fürsorge zu geben, die er oder sie in diesem Moment benötigt. Das ist besonders schwierig deswegen, weil dieses „Mischungsverhältnis“ sich mit der Zeit, z.B. im Verlauf einer schweren Erkrankung ändern kann. Das heißt, man muss immer wieder schauen, wo der Patient steht. Wunderbar ausgedrückt hat es der dänische Philosoph Søren Kierkegaard: *„Wenn wir jemandem helfen wollen, müssen wir zunächst herausfinden, wo er steht. Das ist das Geheimnis der Fürsorge. Wenn wir das nicht tun können, ist es eine Illusion zu denken, wir könnten anderen Menschen helfen. Jemanden zu helfen impliziert, dass wir mehr verstehen als er, aber wir müssen zunächst verstehen, was er versteht.“*

Das ist eigentlich die Basis der gesamten Arbeit in der Medizin. Der Einfluss von Informationen, also von Aufklärung, auf die Patienten ist enorm. Hier ein wissenschaftliches Beispiel aus dem Jahr 1994, veröffentlicht im New England Journal of Medicine.⁴ Dr. Murphy fragte fast 300 ältere Patienten, ob sie im Falle eines Herzstillstandes eine Wiederbelebung wünschen. 41 Prozent bejahten dies. Danach hat er die Patienten darüber aufgeklärt, wie ihre statistische Überlebenschance mit und ohne schwere Behinderung aussieht. Nach dieser Aufklärung fiel die Ja-Antwortrate von 41 auf 22 Prozent. Und bei einer hypothetischen Erkrankung mit einer Lebenserwartung von weniger als einem Jahr wünschen nur noch 5 Prozent eine Reanimation. Das heißt, die Entscheidungen der Patienten sind naturgemäß ganz stark davon abhängig, welche Informationen ihnen zur Verfügung gestellt werden.

Deswegen plädiere ich hinsichtlich der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen für einen dritten Weg. Alle Patientenverfügungen, seien sie mündlich oder schriftlich, sind ohne Zweifel rechtswirksam: wenn man sie kennt, kann man nicht einfach so tun, als ob es sie nicht gäbe. Es sollte aber Unterschiede in der Verbindlichkeit geben. Eine uneingeschränkte, hundertprozentige Verbindlichkeit, die in letzter Konsequenz sogar die Bestellung eines Vertreters überflüssig macht, sollte nur dann gegeben sein, wenn eine dokumentierte ärztliche Beratung vor der Abfassung stattgefunden hat. Außerdem sollte die Verfügung hinreichend präzisiert sein: eine

⁴ Murphy DJ, Burrows D, Santilli S, Kemp AW, Tenner S, Kreling B, Teno J. The influence of the probability of survival on patients' preferences regarding cardiopulmonary resuscitation. New England Journal of Medicine 1994, Bd. 330, S. 545-549.

Verfügung wie sie Herr Putz vorgestellt hat („Bei ernsthafter Erkrankung wünsche ich keine lebensverlängernden Maßnahmen“) ist für die Praxis relativ wertlos und kann allenfalls als Indiz für den mutmaßlichen Willen benutzt werden. Schließlich sollte die Patientenverfügung schriftlich oder in einer äquivalenten Dokumentationsform vorliegen.

Alle anderen Verfügungen sind keineswegs unwirksam, denn jeder hat das Recht sich nicht aufklären zu lassen. Sie sind vielmehr das stärkste Indiz für den mutmaßlichen Willen des Patienten, und man wird nicht ohne weiteres darüber hinwegsehen können.

Es gibt durchaus auch bei Patienten Unterschiede in der erwünschten Verbindlichkeit von Patientenverfügungen: Wir haben gerade eine Studie mit fast 400 Teilnehmern beendet, die alle eine Patientenverfügung erstellt hatten. Etwa hundert waren lebensbedrohlich erkrankt, die anderen waren gesund. Wir haben nach der erwünschten Verbindlichkeit gefragt: „Wollen Sie, dass Ihre Patientenverfügung (a) uneingeschränkt verbindlich ist, (b) mit leichten Einschränkungen verbindlich ist (also der Bevollmächtigte eventuell davon abweichen darf) oder (c) nur als Hinweis für die Ermittlung Ihres mutmaßlichen Willens verstanden wird?“ Knapp 70% der Befragten sprachen sich für eine uneingeschränkte Verbindlichkeit (a) aus, aber immerhin 30% wollen eine abgestufte Verbindlichkeit haben (24% (b) und 6% (c)).⁵ Das ist eine interessante Information, die man vielleicht in die zukünftige Diskussion mit einbauen könnte.

Es ist die *Ethik des Dialogs* zwischen Arzt, Patient und Angehörigen, die dazu führt, dass eine gemeinsame Entscheidungsfindung möglich ist. Das ist der wahre Ausdruck der ärztlichen Fürsorge. Fürsorge sollte nicht durch Bevormundung geschehen, und es ist genauso schlimm, wenn es sich dabei um ärztlichen Paternalismus oder um ethischen Paternalismus handelt. Fürsorge sollte durch rechtzeitige Aufklärung und durch gemeinsame Entscheidungsfindung mit allen Beteiligten erreicht werden. Das ist die Begründung für den „Aufklärungsbonus“, den ich für Patientenverfügungen vorschlage. Kleiner Tipp: Durch einen solchen Dialog bekommen Sie nicht nur bessere Verfügungen, Sie bekommen auch bessere Ärzte.
(Beifall)

⁵ R. Jox, G.D. Borasio et al., Publikation in Vorbereitung

These 9:

Die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen ist unbedingt und ausnahmslos in der jetzigen Form (§ 216 StGB) aufrechtzuerhalten. Die Erfahrungen aus den Niederlanden haben gefährliche Ausweitungstendenzen auf nicht-einwilligungsfähige Patienten nach der strafrechtlichen Lockerung der Tötungsverbots gezeigt.

Über die Ablehnung der Tötung auf Verlangen brauche ich nichts zu sagen. Die Daten aus Holland, die Ausweitungstendenzen auf Menschen zeigen, die dieses Verlangen nicht freiverantwortlich oder gar nicht äußern können, sind ausreichend, um eine Ablehnung ohne Wenn und Aber zu begründen.

These 10:

a) In Deutschland ist die Beihilfe zum freiverantwortlichen Suizid nicht strafbar. Aus ärztlicher Sicht ist zu betonen, dass die weit überwiegende Mehrheit der Suizidhandlungen im Zustand der krankhaften seelischen Verfassung durchgeführt werden, was eine Freiverantwortlichkeit ausschließt und die ärztliche Pflicht zur Lebensrettung begründet.

b) Eine Suizidentscheidung angesichts schwerster Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung kann im Einzelfall auch aus psychiatrischer Sicht freiverantwortlich sein, und sollte dann vom Arzt ohne standesrechtliche Missbilligung und ohne strafrechtliche Risiken respektiert werden können. Zu fordern ist aber unbedingt eine vorherige fachärztlich-psychiatrische Untersuchung zum Ausschluss behandelbarer seelischer Krankheitszustände.

Das Thema des frei verantwortlichen Suizids ist Gegenstand einer komplexen Diskussion. Dazu als Hintergrund einige medizinische Daten:⁶ Die Gesamtzahl der Suizide hat sich in Deutschland in den letzten Jahren eingependelt auf etwa 11.000 pro Jahr. Das ist eine große Verbesserung im Vergleich zu den 80er Jahren: damals waren es über 18.000. Aber es sind immer noch etwa 15 von 1 000 Todesfällen, und damit mehr, als die Verkehrstoten, die AIDS-Toten, die Drogentoten und die Opfer von Gewaltverbrechen zusammen. Es ist also medizinisch ein ganz relevantes

⁶ Georg Fiedler: Suizide, Suizidversuche und Suizidalität in Deutschland. Version 5.0, April 2005.
Quelle: <http://www.suicidology.de/online-text/daten.pdf>

Problem. Die allermeisten dieser Suizidfälle finden nicht bei Schwerstkranken am Lebensende statt, sondern bei somatisch gesunden aber depressiven Menschen. Diejenigen Suizide, die am Lebensende bei schwerer Krankheit durchgeführt werden, sind nicht alle freiverantwortlich, weil es auch am Lebensende unerkannte und unbehandelte Depressionen gibt. Nur ein ganz kleiner Teil dieser Suizide ist also als freiverantwortlich zu betrachten. Diese gibt es. Aber die allermeisten Suizidenten sind Menschen, die ärztliche Hilfe zur Verhinderung des Suizids brauchen.

These 11:

Änderungen an den bestehenden Regelungen sind aus ärztlicher Sicht vor allem dann zu begrüßen, wenn sie die Möglichkeit eines *verbesserten Lebensschutzes* bieten. Die von der Rechtsprechung statuierte Garantenstellung des Arztes führt nicht selten zur Verheimlichung von Suizidgedanken seitens des Patienten (u.a. aus Angst vor einer Zwangseinweisung), was die Kommunikation und die Suizidprävention erschwert. Eine Verbesserung des Lebensschutzes kann erreicht werden, wenn man Suizidwilligen den Zugang zur ärztlichen Beratung erleichtert, indem die Garantenstellung des Arztes für den Fall des freiverantwortlichen Suizids aufgehoben wird.

In These 11 wird vorgeschlagen, die Garantenstellung beim freiverantwortlichen Suizid abzuschaffen, und zwar mit dem Ziel der Verbesserung des Lebensschutzes. Denn die Garantenstellung in der jetzigen Form ist ein Kommunikationshindernis. Es ist interessant zu sehen, dass die Garantenstellung beim Suizid in ihrer absoluten Form nicht einmal mehr von der katholischen Kirche unterstützt wird. Dazu folgendes Zitat:

„Es mag schwerste Krankheitsverläufe und Leidenszustände, angesichts derer ein Arzt nach sorgfältiger Gewissenprüfung zu dem Urteil kommt, dass er einen Suizidversuch seines Patienten nicht im Weg stehen sollte.“

Eine klare Aussage. Sie stammt aus einem gemeinsamen Hirtenschreiben der katholischen Bischöfe von Freiburg, Strasbourg und Basel im Juni 2006. Das zeigt eindrücklich, dass die Unhaltbarkeit eines absoluten Festhaltens an der Garantenstellung allgemeiner Konsens ist.

Ein eindrückliches Fallbeispiel hierzu: Wir hatten einen jungen Patienten auf der Palliativstation mit einem sehr aggressiven Tumor und stärksten Schmerzen. Die Schmerzen konnten innerhalb einer Woche gut gelindert werden. Der Patient war sehr zufrieden, hat sich bei allen bedankt, ist nach Hause gegangen und hat sich umgebracht. Das Team war am Boden zerstört: „Wieso hat er mit uns nicht geredet?“ Wir haben dann mit der Schwester des Patienten gesprochen, welche die einzige Person war, der er sein Suizidvorhaben vorab mitgeteilt hatte. Diese hatte ihm die gleiche Frage gestellt: „Weshalb hast Du nicht mit den Ärzten gesprochen?“ Die erschütternde Antwort des Patienten war: „Um Gottes Willen. Die Ärzte sind so gut zu mir gewesen, ich konnte sie doch unmöglich in Schwierigkeiten bringen.“

Dieses Beispiel zeigt, wie absurd und unmenschlich die jetzige Rechtsprechung zur Garantenstellung ist. Sie führt dazu, dass Menschen, die eigentlich gerne mit uns über ihren Suizidwunsch sprechen möchten, und denen wir vielleicht helfen könnten, dies nicht tun - entweder aus Angst, psychiatrisiert und zwangseingeliefert zu werden, oder, wie in unserem Fall, paradoxer Weise aus dem altruistischen Wunsch heraus, uns zu schützen. Dies ist durchaus plausibel, denn wir wissen aus einem kürzlich veröffentlichten Forschungsprojekt,⁷ dass die Wertekonstellation von Sterbenden sich zum Altruismus hin verändert, was auch eine interessante Hintergrundinformation für diese Debatte darstellt.

These 12:

Eine Koppelung des straflosen assistierten Suizids an den Arztberuf ist abzulehnen. Sie würde das Arzt-Patienten-Verhältnis nachhaltig negativ verändern, da die Assistenz im Suizid damit quasi zu einer ärztlichen Leistung gemacht würde. Dies verstößt gegen die ethische Grundausrichtung des Arztberufs und kann außerdem zu unzulässigen Interessenskonflikten führen. Es ist zeitaufwändiger, schwieriger und teurer, einem Patienten eine adäquate palliative Betreuung zukommen zu lassen, als ihm ein Rezept für eine tödliche Medikamentendosis auszuhändigen. Insoweit ist die standesrechtliche Missbilligung des ärztlich assistierten Suizids grundsätzlich zu bejahen.

⁷ Fegg MJ, Wasner M, Neudert C, Borasio GD. Personal values and individual quality of life in palliative care patients. *Journal of Pain and Symptom Management* 2005, Bd. 30, S. 154-159.

Auch diese letzte These weicht etwas von dem ab, was die Juristen vorschlagen. Ich plädiere dafür, dass der straflose assistierte Suizid nicht per Strafrechtsparagrafen an den Arztberuf gekoppelt werden soll. Zum Thema des ärztlich assistierten Suizids sind vor allem die Daten aus dem US-Bundesstaat Oregon interessant, die kürzlich im „Spektrum der Wissenschaft“ referiert worden sind.⁸ In Oregon ist der ärztlich assistierte Suizid seit 1998 gesetzlich erlaubt. Interessant ist, dass die Anzahl der ausgehändigten Rezepte für eine tödliche Medikamentendosis deutlich höher ist, als die der tatsächlich durchgeführten Suizide. Etwa ein Drittel der Patienten lässt sich zwar das Rezept aushändigen, führt aber den Suizid tatsächlich dann nicht durch. Es geht also hierbei auch viel um die Sicherheit - um das Gefühl einer Kontrolle über die Möglichkeit des selbstbestimmten Todes. Was aus den Daten ebenfalls hervorgeht, ist, dass die Todesfälle durch ärztlich assistierten Suizid 1 Promille der Todesfälle in Oregon darstellen, was eine sehr kleine Zahl ist. Dazu muss man sagen, dass Oregon eine ganz hervorragende palliativmedizinische Versorgung hat.

Diese Daten zeigen die Situation bei den Patienten. Sie zeigen aber nicht die Situation bei den Ärzten. Eine Koppelung der Suizidassistenz mit dem Arztberuf würde das Arzt-Patienten-Verhältnis nachhaltig negativ verändern, weil die Suizidassistenz dann quasi als ärztliche Leistung vorhanden wäre, die man einfordern kann. Das verstößt gegen das Prinzip des Lebensschutzes und kann zu einer schweren Interessenskollision führen. Es ist heute in Deutschland für Kollegen insbesondere im ambulanten Bereich, aufwendiger, zeitraubender und auch teurer einen Patienten am Lebensende adäquat palliativmedizinisch zu behandeln (Schmerztherapie, Hausbesuche usw.), als diesem Patienten ein Rezept für die tödliche Dosis eines Medikamentes auszuhändigen. Diese Interessenskollision sollte unbedingt vermieden werden.

Jetzt werden Sie natürlich sagen, wenn das die Ärzte nicht machen sollen, wer dann? Wie kann man diesen Menschen helfen? Ich denke schon, dass man eine Lösung finden sollte und auch finden kann. Man sollte sich die Daten aus Oregon und aus der Schweiz sehr genau anschauen. Es gibt negative, aber auch positive Elemente in beiden Systemen, die Ausgangspunkt für Lösungsansätze sein könnten. Man sollte sich allerdings dabei immer über die Dimension des Problems im Klaren

⁸ Edgar Dahl. Dem Tod zur Hand gehen. Spektrum der Wissenschaft, Juli 2006, S. 116-120.

sein. Jedem Patienten mit schwerster Krankheit, der einen freiverantwortlichen Suizid durchführen möchte (und der, wenn man ihm keine adäquate Assistenz anbietet, tatsächlich darunter leiden wird) stehen 999 andere Sterbende gegenüber, für die der assistierte Suizid keine Option ist, bei denen aber der Wunsch nach einer guten medizinischen und menschlichen Sterbebegleitung besteht. Im Übrigen werden 14 von diesen 999 Patienten ebenfalls an Suizid sterben, allerdings in der Regel nicht an einem freiverantwortlichen. Es ist richtig, dass wir uns um diesen einen Menschen kümmern sollten, denn jedes Schicksal ist wichtig, und es stimmt, dass die betroffenen Menschen leiden - es gibt genügend Beispiele dafür. Aber wenn wir hier nach einer Lösung suchen, dann sollten wir uns auch überlegen, was die Folgen dieser Lösung für die 14 Menschen bedeuten, die an einem nicht-freiverantwortlichen Suizid sterben, für die übrigen 985 Sterbenden und für die ganze Gesellschaft. Wir sollten uns dann auch überlegen, dass wir konsequenterweise mindestens 14 mal so viel Energie für die Debatte über die Prävention nicht-freiverantwortlicher Suizide aufwenden sollten und entsprechend 1000 mal mehr Zeit, Energie und Ressourcen für die Debatte, wie wir allen Menschen eine gute palliativmedizinische und hospizliche Versorgung am Lebensende zugänglich machen. Wenn das einmal erreicht wäre, dann hätten wir wahrscheinlich eine andere Gesellschaft und möglicherweise auch eine andere und einfachere Diskussion.

Damit bin ich zum Schluss gekommen und möchte abschließen mit einer Feststellung, die auch Herr Putz gemacht hat: Es gibt sehr viele wirklich gute und friedliche Sterbeverläufe. Das Sterben ist - wie das Geborenwerden - ein natürlicher Prozess, und oft geschieht er am Besten, wenn man ihn nicht zu sehr stört. In unnachahmlicher Weise hat den Wunsch von Vielen bezüglich der Sterbestunde der große Dichter und Maler Carl Spitzweg formuliert, als er sagte:

„Oft denk‘ ich an den Tod, den herben,
und wie’s am End ich ausmach‘.
Ich möcht‘ ganz leicht im Schlafe sterben
und tot sein, wenn ich aufwach‘.“

Ich danke Ihnen.

(Beifall)