



OADr. Ursula-Maria Fürst PM.ME.
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Salzburg

Sterben in Würde als ärztliche Verantwortung

Warum müssen wir uns heute mit der Frage nach einem Sterben in Würde befassen? Welche Entwicklungen in der modernen Medizin stellen ein Sterben in Würde in Frage? Wie können Ärztinnen und Ärzte heute zu einem Sterben in Würde beitragen? Im folgenden Artikel soll diesen Fragen nachgegangen werden und die zentrale Bedeutung ärztlicher Verantwortung für eine ethisch geleitete medizinische Betreuung Sterbender dargelegt werden.

In einem Interview mit der Zeitschrift „GEO Wissen“ wurde der Arzt und Leiter eines Hospizes, Michael de Ridder gefragt: „Sie sagen also, ein Mediziner darf auch aktiv beim Sterben helfen?“ Der Arzt, der selbst eine Rettungsstelle geleitet hat, antwortete: „Ich bejahe das – in sehr engen Grenzen“¹ Die Antwort des berufserfahrenen Arztes kristallisiert eindrucksvoll das Problemfeld „Was heißt Sterben in Würde?“

Orte würdevollen Sterbens

Ein wesentlicher Teil würdevollen Sterbens betrifft den Ort. 2012 starben 43,8% der Verstorbenen in Salzburg im Krankenhaus, 25,8% zu Hause und 22,9% in Pflegeheimen. Wir wissen jedoch, dass die meisten Menschen zu Hause sterben möchten. Bei einer Umfrage der Bertelsmann-Stiftung in Deutschland 2016 gaben 76% der Deutschen an, zu Hause sterben zu wollen². Die Befragung förderte weiter zu Tage, dass der Sterbeort vom regionalen Angebot an Krankenhausbetten oder dem Ausbau der Palliativversorgung abhängt. Je häufiger Palliativversorgung mit ihren verschiedenen Einrichtungen angeboten wird, desto eher können Menschen den Sterbeort wählen und auf ein Sterben in Würde hoffen. Mit Recht kritisiert der Projekt-Manager der Bertelsmann Stiftung, Eckhard Volbracht, dass es eine Überversorgung im Bereich der kurativen Medizin am Lebensende gebe. Er nennt als Beispiele unnötige Krankenhausaufenthalte, das zu häufige Einsetzen von Defibrillatoren bei Menschen mit Herzschwäche und die Verabreichung von Chemotherapie im letzten Lebensmonat. Jennifer Temel hat in einer Meilenstein-

Studie 2010 nachweisen können, dass Patienten mit Lungenkarzinom unter einer hochprofessionellen palliativen Betreuung nicht nur weniger Chemotherapie benötigen, sondern auch länger leben, als mit Chemotherapie alleine.³ Dies führt uns zum nächsten Problemfeld, der Überversorgung. Ein medizinischer Notfall führt zu einer Krankenseinweisung, unabhängig, um welche Krankengeschichte es sich handelt. Dies ist notwendig, denn der erste und wichtigste ärztliche Auftrag ist Leben zu retten und zu erhalten, gleichwohl das Genfer Gelöbnis im Gegensatz zum Hippokratischen Eid das Tötungsverbot nicht mehr zweifelsfrei verbalisiert⁴.

Lebens- und Krankengeschichte wahrnehmen

Inwiefern jedoch die Behandlung den betroffenen Patienten gerecht wird, ist eine Frage, die häufig erst spät, zu spät im Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes zur Sprache kommt und auch heute noch stark davon abhängt, ob die behandelnden medizinischen Professionen die zeitlichen, personellen und ethischen Ressourcen haben, sich mit der Lebens- und Krankengeschichte der Betroffenen auseinanderzusetzen. Moderne Medizin macht Vieles möglich und hat auch bei schwerkranken und älteren Menschen erstaunliche Erfolge aufzuweisen. Ob das Erreichte dem Wunsch des Behandelten und seiner Vorstellung von Lebensqualität gerecht wird, ist mit einem Arztbrief über einen komplexen Aufenthalt im Krankenhaus oft nicht beantwortet. So kann ein Aufenthalt auf der Intensivstation, das Einsetzen eines Defibrillators,

eine Chemotherapie oder eine Magensonde Sterben in Würde in Frage stellen oder verunmöglichen. Aber auch andere, auf den ersten Blick nicht so einschneidende medizinische Maßnahmen können ein Sterben, das dem betroffenen Menschen gerecht wird, erschweren, so der unreflektierte Einsatz von Medikamenten oder das wiederholte Einweisen eines palliativ Betreuten ins Krankenhaus. Dies bedeutet, dass ärztliches Personal heute nicht nur hervorragend in medizinischer Hinsicht ausgebildet sein muss, sondern, dass eine Schulung in der Bewältigung ethischer Fragestellungen zum festen Bestandteil der ärztlichen Ausbildung werden muss. Davon sind wir leider noch weit entfernt. Zudem haben ethische Fragestellungen im ärztlichen Alltag weder zeitlich noch räumlich ihren Platz. Die Belastungen durch Personalknappheit, überbordende nicht-ärztliche oder nicht-pflegerische bürokratische Tätigkeiten nehmen zu.

Medizinische Ethik

Erfreulicherweise erkennen Krankenhausträger zunehmend ihre Verantwortung, Patientinnen und Patienten auch in ihren ganz persönlichen Lebensbedürfnissen wahrzunehmen und diese Erkenntnisse in die Betreuung der Kranken miteinzubeziehen. Die Barmherzigen Brüder Österreich haben den Handlungsbedarf bereits 2010 erkannt und mit einer kick-off-Veranstaltung, in der der Ethikkodex der Barmherzigen Brüder⁵ vorgestellt wurde, eine Bildungsoffensive in Sachen Ethik gestartet. Ein wichtiger Schritt sind Ethikkomitees, ethische Fallbesprechungen oder Konsile, in welchen speziell ausgebildete

Professionalisten die behandelnden Ärzte und Pflegekräfte in der Wahrnehmung und Aufarbeitung ethischer Fragestellungen unterstützen. Dies kann nur ein erster Schritt zu einer Integration medizinischer Ethik in den ärztlichen und pflegerischen Alltag sein. Mithilfe eines Ethikkomitees werden therapeutisch futile Situationen für das behandelnde Team häufig klarer und die Möglichkeit, dass Patientinnen und Patienten gemäß ihrer Lebens- und Krankengeschichte und unter Berücksichtigung ihrer Wünsche behandelt werden, größer. Einen wichtigen Beitrag hierzu können Vorsorgedokumente leisten. Der Dachverband Hospiz Österreich⁶ hat in der Vergangenheit große Anstrengungen unternommen, in der Bevölkerung das Anfertigen von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten zu befördern. Unabhängig von der noch schlechten Durchdringung in der Bevölkerung ist der Inhalt dieser Dokumente oft nur bedingt hilfreich oder die Dokumente sind nicht verfügbar. Hier ist eine berechtigte Hoffnung in das neue Erwachsenenschutzrecht, das im Juli 2018 in Kraft tritt, zu setzen. Die nun neue Möglichkeit der abgestuften Angehörigenvertretung wird dem Willen des Schwerkranken und Sterbenden hoffentlich mehr Gehör verleihen. Die ärztliche Verantwortung für ein Sterben in Würde ist damit nicht weggenommen, vielmehr steht ihr nun ein weiteres Instrument zur Verfügung. Das neue Erwachsenenschutzrecht ist in den größeren Zusammenhang einer gesundheitlichen Vorsorgeplanung zu stellen, zu der in erster Linie eine frühzeitige Aufklärung chronisch kranker Menschen im fortgeschrittenen Stadium ihrer Erkrankung gehört. Dies ist ärztliche Aufgabe und kann nicht delegiert werden. Die Zielgruppe sind keineswegs nur Karzinompatienten, sondern auch Patienten im Endstadium einer Herzkreislauf-, Lungen- oder Demenzerkrankung. Nur wenn der Kranke über den Verlauf seiner Erkrankung Bescheid weiß und ihm in mehreren Gesprächen Zeit für eine verantwortete Entscheidung gegeben wird, kann er den ihm gemäßen Weg gehen und sich z.B.

gegen eine Wiederbelebung im Falle eines Herz-Kreislaufstillstandes entscheiden. Einige Länder, wie USA, Australien, Neuseeland, Schweiz machen mit verschiedenen Formen des „advanced care planning“⁷, der gesundheitlichen Vorausplanung, sehr gute Erfahrungen. In Österreich sind ebenfalls Projekte wie der Vorsorgedialog auf dem Vormarsch. Allen diesen Projekten ist Leben und Sterben in Würde ein zentrales Anliegen.

Beim Sterben begleiten

Die Kehrseite des Sterbens nach eigenen Vorstellungen darf jedoch nicht verschwiegen werden. Zunehmend werden Wünsche nach Beihilfe zur Beendigung des Lebens (ärztlich assistierter Suizid) an Ärztinnen und Ärzte herangetragen. Noch ist dies in Österreich verboten. Die Haltung zu dieser Entwicklung ist in der Ärzteschaft aber keineswegs eindeutig. Blicken wir auf die Antwort des Mediziners Michael de Ridder zurück. Seine Haltung ist durchaus repräsentativ. In Hinblick auf die Entwicklung in den Niederlanden und in Belgien, wo Sterbehilfe in verschiedenen Formen legalisiert ist, darf der ärztlich assistierte Suizid jedoch selbst in Einzelfällen keine Option sein. Das Gewähren und Begleiten des natürlichen Weges zum Tod, wenn eine chronische Erkrankung zu ihrem Ende kommt oder wenn ein Mensch, hochaltrig, gebrechlich und immobil, am Ende seines Lebens angekommen ist, soll und muss ärztliche Aufgabe und Verantwortung sein. Ärzten das Töten eines Menschen zuzumuten, macht sie zu Handlangern einer zutiefst menschenverachtenden Haltung und stellt ihre Garantenpflicht gegenüber den ihnen anvertrauten Patienten in Frage.

Grenzfragen: Hirntod, Organspende

Aus diesem Grund ist auch die Debatte um das Thema Organspenden und die Definition des Hirntodes neu aufgeflammt. In Deutschland steht möglicherweise die Einrichtung der Widerspruchsregelung an, wie sie auch schon in Österreich praktiziert wird. Nicht erst jetzt gibt es in der Fachwelt große Zweifel an der bisher geltenden Hirntoddefinition.

Zunehmend können Fachleute den Tod des Menschen nicht mehr mit dem Tod des Organs Gehirn gleichsetzen. Bei einer Anhörung im Deutschen Ethikrat am 21. März 2012 erklärte Professor Alan Shewman aus Los Angeles, der selbst jahrelang die bisher geltende Hirntoddefinition verteidigt hatte, dass diese Definition einer Wunschvorstellung, nicht aber einer biologischen Realität entspricht⁸. Es ist nicht einfach, sich dieser Realität und den Folgen zu stellen – das Hirntodkriterium, das mit einer gewissen Willkür eine statische Definition für den dynamischen Vorgang des Sterbens schafft, damit Organentnahmen möglich gemacht werden, die den Tod des Spenders zur Folge haben. Die Diskussion um das Hirntodkriterium zeigt uns erneut die Verantwortung behandelnder Ärzte für das Leben der ihnen anvertrauten Patienten.

Linderung des Leidens

Die Grenze zur palliativen Betreuung ist dünn und nicht selbstverständlich zu ziehen. Es darf nicht verschwiegen werden, dass auch falsch verstandene Palliativmedizin die Grenze zur Beihilfe zur Tötung überschreiten kann. Die Intention des behandelnden Arztes, der Ärztin muss immer die Linderung des Leidens sein, niemals die vorzeitige Beendigung des Lebens eines Menschen. Nur dann wird er seiner Verantwortung gegenüber seinen Patientinnen und Patienten, aber auch gegenüber der Gesellschaft gerecht.

1 Geo Wissen, download vom 10.06.2018, <https://www.geo.de/magazine/geo-wissen/2793-rtkl-interview-wie-wollen-wir-sterben>

2 Deutsches Ärzteblatt, download vom 10.06.2018, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/68021/Die-meisten-Patienten-wollen-zu-Hause-sterben>

3 Temel, download vom 10.06.2018, <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1000678>

4 Genfer Gelöbnis, download vom 12.06.2018, <https://link.springer.com/article/10.1007/s00481-018-0471-2>

5 Ethik-Kodex, download 12.06.2018, <https://barmherzige-brueder.at/site/karriereausbildung/grundsatzethikcodex>

6 <https://www.hospiz.at/>

7 Coors, Jox, in der Schmitt, Advance Care Planning, Kohlhammer, 2015

8 ALfA Lebensforum download 13.06.2018: https://www.alfa-ev.de/fileadmin/ALfA/Magazine/Lebensforum/2018/LF_126_080518_WEB.pdf