

Die Sterbenden begleiten lernen, erst danach den Tod reglementieren

Zur Debatte über die Sterbehilfe

H. W. Iff

Die ethischen Diskussionen um die Stammzellen haben diejenigen über die Sterbehilfe in den letzten Wochen und Monaten verdrängt. Parlamentarische Initiativen, inzwischen sind es drei, werden das Thema in nächster Zeit wieder vermehrt in den Vordergrund rücken. Das ist gut so. War es doch Absicht des Bundesrates, eine Denkpause einzuschalten, nachdem eine Expertenkommission einen Vorschlag zur Entkriminalisierung der aktiven Sterbehilfe mit knapper Mehrheit eingegeben hatte. Ein neuer Artikel im Strafgesetzbuch würde die aktive Sterbehilfe unter gewissen Umständen zwar nicht rechtmässig, aber entschuldigbar machen: Hat der Täter eine in ihrer Gesundheit unheilbar beeinträchtigte, kurz vor dem Tod stehende Person getötet, um sie von unerträglichen und nicht behebbaren Leiden zu erlösen, so sieht die zuständige Behörde von Strafverfolgung oder Überweisung an das Gericht ab. So der Wortlaut dieses zusätzlichen Artikels.

Auch nach den Experten der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) ist eine solche Reflexions- und Diskussionszeit nötig. Die Ergebnisse ihres Symposiums «Sterbehilfe, Hilfe zum oder beim Sterben» vom Herbst 2000 werden in einer lesenswerten Auslegeordnung und Zukunftsbetrachtung [1–4] zusammengestellt. Ferner findet sich in der Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 25/2001 das Konzept einer interessanten europäischen Studie mit Schweizer Beteiligung zum Thema der «end of life decisions» [5, 6]. Es tut sich also was im Hinblick auf die Erfassung von Daten zum Sterben, die die nötige Diskussion auf eine gesichertere Ebene stellen könnten. In der Tat zeigen öffentliche Diskussionsveranstaltungen nicht nur die Komplexität der Materie, sondern auch immer wieder die Schwierigkeiten der Begriffsdefinitionen und der verschiedenen Denkweisen der beteiligten Berufsgruppen.

In den Diskussionen der Arbeitsgruppe Standesordnung FMH 1994–1997 wurde dem Thema «Sterbehilfe» überdurchschnittlich viel Zeit gewidmet. Etlliche kantonale Ärztesellschaften hatten damals

in ihren Standesordnungen noch eigene Bestimmungen zu diesem heiklen Thema, andere hatten bereits die Richtlinien der SAMW als standesrechtlich massgebend erklärt. In der Arbeitsgruppe war die Forderung nach FMH-eigenen Richtlinien zur Sterbehilfe gross, doch setzte sich diese nicht durch. Die Richtlinie der SAMW, «Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung Sterbender und cerebral schwerst geschädigter Patienten» (24. Februar 1995), wurde in der Standesordnung der FMH als verbindlich erklärt. Die Richtlinien sind auch heute noch ausgewogen, erlauben Wichtiges im Hinblick auf passive und indirekt aktive Sterbehilfe, setzten aber auch Grenzen unter anderem mit der Aussage, die «Beihilfe zum Suizid ist kein Teil der ärztlichen Tätigkeit». Dabei ist anzufügen, dass diese Beihilfe ohne selbstsüchtige Beweggründe nicht strafbar ist. Die SAMW ist sich im übrigen auch bewusst, dass ihre Richtlinien Revisionen und Ergänzungen bedürfen.

Erwähnenswert scheint mir noch im Hinblick auf die Entwicklung der Standesordnungen in den Kantonen, dass erst die Standesordnung FMH 1997 eine allgemeine Verankerung des Begleitens von Sterbenden als ärztliche Aufgabe für die ganze Schweiz postulierte. In den frühen neunziger Jahren, es sind seither also kaum 10 Jahre vergangen, definierte der entsprechende Artikel nur in einer einzigen kantonalen Standesordnung diese wichtige Aufgabe. Der Artikel lautet heute: «Es ist Aufgabe des Arztes und der Ärztin, menschliches Leben zu schützen, Gesundheit zu fördern und zu erhalten, Krankheiten zu behandeln, Leiden zu lindern *und Sterbenden beizustehen.*» Dieser Artikel der Standesordnung löst insbesondere die ethischen und juristischen Probleme um die Sterbehilfe nicht. Er hält aber in Kombination mit der Weisung, dass Beihilfe zum Suizid kein Teil ärztlicher Tätigkeit sein kann, jeden Arzt und jede Ärztin zur Begleitung sterbender Menschen an. Dies nicht zu tun, widerspricht der ärztlichen Berufsordnung und ist in deren Rahmen einklagbar.

In Anbetracht, dass die berufsethische Forderung des Begleitens von Sterbenden nur gerade 10 Jahre alt ist, müssen wir Ärzte und Ärztinnen uns bemühen, dass dieser Forderung auch nachgelebt wird. Das Begleiten von Sterbenden ist ja offensichtlich nicht selbstverständlich. Wir müssen lehren und lernen, wie mit Tod und Sterben umzugehen ist. Die Zeiten sind endgültig vorbei, in denen der Chefarzt auf seiner Visite einen Sterbenden im Spital «der Pflege übergeben» konnte und damit ausdrückte, dass das Ende dieses Menschen gekommen sei und er selbst seine medizinische Aufgabe als beendet ansehe. Wie auch die Politiker immer entscheiden, wie auch immer die juristischen Folgerungen lauten und wie auch immer der Wille des Patienten gewertet wird, Arzt und Ärztin werden in den Begleit- und den Entscheidungsprozess an vorderster Stelle eingebunden werden. Wir haben uns darauf vorzubereiten.

Wie kann nun dieses Ankurbeln des ärztlichen Engagements um Sterben und Tod erfolgen? In erster Linie müssen auszubildende Ärzte und Ärztinnen Sterbebegleitung lehren. Nicht unter dem Begriff der

Korrespondenz:
Dr. med. Hanswerner Iff
Baumgarten 751
CH-4622 Egerkingen
E-mail: hiff@hin.ch

Sterbehilfe! Es ist ein heimtückischer und beschönigender Begriff, der nur Verwirrung stiftet. Angehen sollten wir die Problematik der Sterbebegleitung, indem wir nicht nur über Krankheitsbilder und deren Behandlungen sprechen, sondern auch über die «natural history», den natürlichen Verlauf einer Erkrankung. Dies gibt Gelegenheit, über eine der wichtigsten Weichenstellungen in diesem Begleitprozess zu sprechen. Nämlich derjenigen, wo die mehrheitlich therapeutische Führung eines Patienten zu einer mehrheitlich palliativen wird. Zweifellos bedeutet das Stellen dieser Weiche für jeden Arzt und jede Ärztin ein unter Umständen schmerzhaftes Verlassen der vielleicht attraktiveren ärztlichen Aufgabe des Heilens und Behandeln. Doch kann es nicht angehen, dass der Arzt bei fehlenden weiteren Behandlungsalternativen deswegen dem Patienten den Tod vorschlägt. Das Stellen dieser Weiche bedeutet immer, den Patienten auch loszulassen, seinen eigenen Weg zu gehen. So machen Behandlungsregeln, die heute ja «evidence-based» oder auch studienabhängig sind, einem empathischen, auf individuelle Wünsche – nicht im Sinne von Mitleid, sondern Mitgefühl – basierenden Gespräch Platz. Die Erfassung des Zeitpunktes dieses Wechsels im Vorgehen ist schwierig. Darum muss er gelernt werden. Das resultierende Gespräch führt in der Regel zur Anerkennung der nötigen Patientenautonomie und lässt Patient und Arzt einen wichtigen Diskussions- und Handlungsspielraum.

Eine nützliche Arbeit zur Beschleunigung der Einführung einer korrekten Sterbebegleitung in der ganzen Schweiz wäre auch die Erfassung von Daten im Sinn «wie stirbt man in der Schweiz». Wir wissen zwar, an was für Diagnosen unsere Bevölkerung stirbt, hingegen wissen wir weder über die Relevanz der Diagnose im Sterbeprozess noch über dessen Dauer etwas genaueres. Es darf nicht sein, dass fast nur aufgrund von Krebs- und Intensivpatienten dis-

kutiert wird. Auch an anderen Krankheiten stirbt man! Evidenz darüber zu erhalten, wie lange ein Sterbeprozess dauert, wo er stattfindet, unter welchen Diagnosen, welche Personen ihn begleiten und anderes mehr, wäre in der aktuellen Situation wichtig. Dann sollten wir dringend zeigen können, dass eine Zeitspanne «kurz vor dem Tod», wie in einem eventuellen Strafbefreiungsartikel für die aktive Sterbehilfe postuliert, praktisch nicht zu definieren ist. Als unwahrscheinlich ergäbe sich wohl in einer solchen Erhebung, dass in der Schweiz nicht die meisten Menschen an Apparaten und Schläuchen sterben, vor dem Tod noch zwangsernährt werden, unerträgliche Schmerzen haben oder jahrelang mühsam in ihrer Demenz gepflegt werden. Ferner könnten die hauptsächlichsten individuellen Sorgen und Nöte Sterbender aufgrund solcher Daten besser aufgelistet werden.

Warum nicht eine solche Erhebung auch als Qualitätsförderung der Sterbebegleitung organisieren? Internistische Chefärzte, Geriater, Hausärzte und auch das Kollegium für Hausarztmedizin würden, so hoffe ich, sicher Hand dazu bieten.

Literatur

- 1 Weibel ER. Sterbehilfe: Hilfe zum oder beim Sterben? Schweiz Ärztezeitung 2001;82(21):1045.
- 2 Amstad H. Sterbehilfe: eine Auslegeordnung. Rückblick auf das SAMW-Symposium 2000. Schweiz Ärztezeitung 2001;82(21):1087-90.
- 3 Lüthi U. Wanderung auf einem «schmalen Grat». Schweiz Ärztezeitung 2001;82(21):1091-2.
- 4 Leuthold M. Sterbehilfe: die nächsten Schritte. Schweiz Ärztezeitung 2001;82(21):1093-5.
- 5 Stauffacher W. Medizinische Entscheidungen am Lebensende in der Schweiz. Schweiz Ärztezeitung 2001;82(25):1306.
- 6 Faisst K. Medizinische Entscheidungen am Lebensende in der Schweiz. Im Rahmen des EU-Projekts «Medical End-of-life Decisions: Attitudes and Practices in 6 European Countries». Schweiz Ärztezeitung 2001;82(25):1329-30.