

Selbstbestimmtes Leben – selbstbestimmtes Sterben?

S. Boshammer

Die immer noch und immer wieder aktuelle Debatte über die Sterbehilfe dreht sich wesentlich um die Frage, ob Menschen das Recht haben (sollen), über den Zeitpunkt und die Art ihres Sterbens selbst zu bestimmen, und ob es insbesondere Ärztinnen und Ärzten erlaubt sein soll, sie in dieser Entscheidung zu unterstützen. Dass die Selbstbestimmung des einzelnen zu Lebzeiten und in Fragen der Lebensführung ein hoch zu achtender und strengstens zu schützender Wert ist, ist dabei nicht umstritten. Fraglich ist allein, ob auch der eigene Tod in den Bereich der persönlichen Freiheit fällt, ob also die Achtung vor der Würde der Person und die Anerkennung ihrer grundlegenden Rechte nicht nur zu Lebzeiten, sondern auch in der Phase des Sterbens Respekt vor dem Willen und den Wünschen des einzelnen gebietet.

Bernhard Wälti erzählt von einem solchen Fall, und seine ehrliche und einfühlsame Schilderung des Lebens und Sterbens von Frau E. ist, wie ich meine, aus verschiedenen Gründen ein äusserst hilfreicher und klärender Beitrag zur Frage der Sterbehilfe: Erstens, weil er deutlich macht, dass die Achtung vor dem Leben einer Person etwas anderes ist und sein muss als die medizinische Sorge um das Funktionieren ihres Stoffwechsels. Zweitens, insofern er Möglichkeiten aufzeigt, Respekt vor den Wünschen eines Menschen auszudrücken, auch wenn man sich nicht imstande sieht, diese Wünsche zu erfüllen. Vor allem aber dadurch, dass er drittens sichtbar werden lässt, dass die in der Debatte um die Zulässigkeit der Sterbehilfe immer wieder heraufbeschworene Gefahr des Missbrauchs der Macht des Menschen über den Menschen im Fall eines Verbots der Sterbehilfe nicht unbedingt geringer ist als im Fall ihrer Zulassung. «Doch alles der Reihe nach.»

Frau E. hat – offenbar infolge jahrelangen Nikotinmissbrauchs – ein «weit fortgeschrittenes und unheilbares Leiden». Sie akzeptiert ihre Situation, «wünscht, möglichst bald sterben» zu können und bittet um seine Hilfe. Er selbst ist bewegt, aber zunächst auch befremdet: «Wie kann man nur so unvernünftig sein und trotz der Mahnfinger und diverser Gespräche über das Rauchen und dessen Konsequenzen so liederlich mit dem Leben umgehen?», fragt er sich, und

seine Reaktion ist verständlich. Ist nicht das Leben das höchste Gut, das wir haben? Wo enden wir, wenn wir den Respekt vor dem Leben verlieren – wo hört das auf, und was fängt dann an?

Tatsächlich geraten Menschen, die um Sterbehilfe bitten oder sich für deren gesellschaftliche Akzeptanz einsetzen, schnell in Verdacht, das Leben (zu) gering zu schätzen. Ärzte/Ärztinnen, die das Anliegen der Sterbewilligen ernstnehmen und unterstützen, begegnen derselben Kritik und müssen sich noch dazu den Vorwurf gefallen lassen, ihre ärztliche Aufgabe zu verletzen und gegen das Berufsethos zu verstossen. Doch ist die Sache wirklich so einfach? Achtet nur der das Leben genug, der seine physische Existenz (und die seiner Patienten/-innen) um jeden Preis und unter allen Umständen verlängern und das Gefühl haben will, «dass alles versucht wurde»? Bernhard Wälti war offenbar, so wie viele andere Menschen auch, eben dieser Ansicht. Doch im Gegensatz zu vielen anderen Menschen war er bereit, sich zu korrigieren, sich eines anderen belehren zu lassen. Die intensive Begegnung mit seiner Patientin führte dazu, dass er «zunehmend begriff, warum sie so handeln wollte. [...] Die Gespräche zwischen uns haben mir deutlich gemacht, dass sie gerne mit Hilfe sterben würde. Für den Wunsch bringe ich Verständnis auf.» Es ist nicht der Austausch von Argumenten, der sein Umdenken bewirkt, sondern der Austausch von Erfahrungen im Gespräch mit einem Menschen, der todkrank ist und sterben möchte. Seine Bereitschaft, sich auf diesen Erfahrungsaustausch einzulassen, ermöglicht ihm einen intimen Einblick in das Leben eines Menschen, der weit über das hinausgeht, was medizinische Diagnostik erfassen kann. Aus der Krankengeschichte wird eine Lebensgeschichte, und diese Geschichte macht deutlich, dass der Entschluss, die eigene physische Existenz zu beenden, nicht nur verständlich sein, sondern auch Respekt verdienen kann.

Dass dieses Zugeständnis noch keineswegs ein Bekenntnis zur aktiven Sterbehilfe beinhaltet, ist eine weitere wichtige Einsicht, die der Bericht ermöglicht. Am Ende versteht der Arzt den Wunsch seiner Patientin, und er respektiert ihn, weil er ihn für berechtigt hält. Doch berech-

Korrespondenz:
Dr. phil. Susanne Boshammer
Ethik-Zentrum der Universität Zürich
Arbeits- und Forschungsstelle
für Ethik
Zollikerstrasse 117
CH-8008 Zürich

E-Mail:
S.Boshammer@access.unizh.ch

tigte Wünsche sind etwas anderes als Rechte. Rechte nehmen andere Menschen in die Pflicht. Sie müssen nicht nur respektiert, ihnen muss entsprochen werden. Bernhard Wälti nimmt den Wunsch von Frau E. als das wahr, was er ist: eine Bitte, aber kein Anspruch. Ein Hilferuf, aber keine Forderung. Er sieht sich ausserstande, ihrer Bitte zu entsprechen, doch er überhört den Hilferuf keineswegs. Er bietet das an, was er anbieten kann – und während, ja vielleicht *weil* er ihren Wunsch respektiert, «respektierte sie auch meinen, dass ich keine aktive Sterbehilfe anbieten könne». Dass er ihr nicht geben kann, worum sie ihn bittet, heisst also nicht, dass er ihr nichts geben kann. Wo der Mediziner nichts mehr für sie tun kann, hat der Arzt noch jede Menge anzubieten. Er hört zu, er schenkt Zeit, er spricht mit ihr, respektiert ihre Entscheidungen und lindert ihre Ängste und Schmerzen so gut er kann. Am Ende haben sich die Wünsche von Frau E. erfüllt, auch ohne dass er tat, worum sie ihn gebeten hatte. «Sie hatte die Begleitung bekommen, die sie sich immer gewünscht hatte.»

Was ihn letztlich davon abhielt, Frau E. nicht nur beim Sterben zu helfen, sondern zum Sterben zu verhelfen, ist – so kann man meines Erachtens zwischen den Zeilen lesen – nicht seine moralische Überzeugung und ebenso wenig die Skepsis gegenüber der Berechtigung ihres Anliegens. Es ist die Furcht vor den juristischen Konsequenzen aktiver Sterbehilfe, die seine helfenden Hände bindet. Die Situation ist belastend. «Immer war es schwierig, mit ansehen zu müssen, wie jemand starke Schmerzen lei-

det.» In der Diskussion um die Sterbehilfe wird häufig und sicher zu Recht darauf hingewiesen, dass eine Legalisierung solcher Verfahren Ärztinnen und Ärzte einem unzumutbaren Druck und einer hohen psychischen Belastung aussetzen könnte. Sie würden mit Erwartungshaltungen konfrontiert, denen zu entsprechen ihr Gewissen vielleicht nicht erlaubt, und mit Entscheidungen belastet, die kein Menschen zu treffen gezwungen sein sollte. In Vergessenheit gerät dabei jedoch nicht selten, dass auch das Verbot der Sterbehilfe nicht nur todkranke Menschen und ihre Angehörigen, sondern auch Ärztinnen und Ärzte jeden Tag in zahllosen Fällen in nur schwer erträgliche Situationen bringt, in denen sie gezwungen sind, ohne Hoffnung auf Linderung mit ansehen zu müssen, wie jemand starke Schmerzen leidet und es ihm nicht erlaubt ist, ja nicht erlaubt *wird*, zu sterben. Frau E. hatte in ihrem Unglück das Glück, einen Arzt zu finden, der, auch wenn er ihr Leiden nicht beenden konnte, immerhin bereit war, sich ihm auszusetzen und es mit ihr gemeinsam auszuhalten. Es ist zu befürchten, dass diese Situation eher die Ausnahme als die Regel bildet. Wo sich die moderne Intensivmedizin mit einem ärztlichen Berufsverständnis verbindet, in dem es nur noch um Kranken-, aber nicht mehr um Lebensgeschichte geht, bringt sie viele Menschen in die entwürdigende Lage, um die Erlaubnis bitten zu müssen, sterben zu dürfen. Und häufig, so scheint mir, mag man nur hoffen, dass sie ihre Bitten an eine Adresse richten, die gnädiger sein darf als die geltenden Gesetze es erlauben.

Gegenseitiger Respekt

U. Strebel

Die Redaktion Ethik der Schweizerischen Ärztezeitung hat mich um einen Kommentar zum Artikel «Eine Begleitung» von Dr. B. Wälti gebeten. Die erste Lektüre des Textes führte mich zur Überzeugung, dass ich ähnlich gehandelt hätte.

Beim zweiten Mal habe ich den Text unter dem Gesichtspunkt der vom Autor erwähnten Dilemmasituation gelesen. Er erwähnt die medizinische und ethische Herausforderung, welche die Behandlung und Betreuung dieser Patientin für ihn darstellte.

Zuerst beschäftigt ihn die Frage, wie weit wir Ärzte zur Erziehung unserer Patienten verpflich-

tet sind. Dr. Wälti fragt sich, ob er genügend getan hat, die Frau auf die Gefahren des Zigarettenkonsums hinzuweisen. Zur Diskussion steht das Prinzip der Patientenautonomie, deren Ausübung eine ausreichende Aufklärung voraussetzt. Ich bin der Ansicht, dass Dr. Wälti seine Pflicht erfüllt hat. Die Patientin hat für sich entschieden, dass der «Gewinn» des Rauchens das ihr sicher bekannte Risiko überwiegt.

Die präventive Beratung des einzelnen Patienten gehört zur ärztlichen Aufgabe. Die persönlichen Konsequenzen muss aber das aufgeklärte Individuum selber ziehen und tragen. Eine

Korrespondenz:

Dr. med. Urs Strebel
Kreisspital Männedorf
Asylstrasse 10
CH-8708 Männedorf

E-Mail:
u.strebel@spitalmaennedorf.ch

anspruchsvollere Pflicht zur Prävention schulden wir auch der Gesellschaft. Ich bin der Ansicht, dass wir Ärzte, unsere Verbände und die Fachzeitschriften aufgrund unserer Erfahrungen mit leidenden Menschen zu allen wichtigen Fragen der Prophylaxe und Leidverminderung öffentlich Stellung nehmen müssen. Diese Aufgabe umfasst nicht nur Impfkampagnen oder die Aufklärung über Gefässrisikofaktoren, sondern auch Themen wie Reklameverbot für Tabakprodukte und Alkohol, Geschwindigkeitsbegrenzungen, Waffenbesitz, ja Armut, Bildungsdefizite, soziale Ungerechtigkeiten, Hunger und Krieg.

Ebenfalls zur Autonomie der Patientin gehört das Recht, eine Abklärung oder Behandlung abzulehnen, während das Einfordern von Untersuchungen die Autonomie des Arztes und aus der Sicht der Solidargemeinschaft die Frage der Verteilungsgerechtigkeit betrifft.

Grundsätzlich hat jede mündige und urteilsfähige Patientin das Recht, eine Therapie abzulehnen. Der Arzt schuldet ihr die für den Entscheid nötige Aufklärung. Darum ist der Wunsch von Kollega Wälti gut nachvollziehbar, die aufgrund des Thoraxbildes vermutete Diagnose mittels CT und Punktion zu erhärten. Das kleinzellige Bronchuskarzinom unterscheidet sich prognostisch und therapeutisch vom nichtkleinzelligen (NSCLC). Die Kenntnis der Histologie ist daher für das Aufklärungsgespräch wichtig.

Eine CT-Untersuchung des Schädels bei einer Frau, die sich nicht behandeln lassen will, ist aus medizinischer Sicht nicht indiziert, zumal sich das ZNS klinisch gut beurteilen lässt. Es ist aber verständlich, dass auch die Patientin für ihren Entscheid die für sie nötige Sicherheit braucht. Und die Ärzteschaft kann (mit Unterstützung der Industrie) nicht dauernd die neusten diagnostischen Mittel anpreisen und gleichzeitig von den Laien verlangen, dass für sie in einer entscheidenden Situation die klinische Beurteilung genügt. Auch im Hinblick auf die bescheidenen Kosten des Schädel-CTs im Vergleich etwa zu einer Chemotherapie halte ich die Indikation für den von der Patientin gewünschten Untersuch für vertretbar, zumal er ihr und dem Hausarzt die nötige Sicherheit gab, den Behandlungsverzicht durchzutragen. Anzumerken ist höchstens, dass wir mit einer Patientin vor jeder Untersuchung die Frage diskutieren müssen, wie wir uns bei einem unerwarteten Befund verhalten sollen. Nehmen wir Metastasen einfach zur Kenntnis oder ändern sie den Therapieentscheid? Verzichten wir auf die Weiterabklärung eines banalen Zufallsbefundes? Diagnostischer Aktivismus als Therapieersatz ist eine genauso schlechte Medi-

zin wie die Anwendung eines unwirksamen «ut aliquid»-Medikamentes.

Gute Aufklärung setzt Kenntnisse der Behandlungsmöglichkeiten voraus. Aus diesem Grunde kann ich den Satz, «So war auch die chemotherapeutische Annäherung unmöglich.», nicht ganz stehen lassen. Korrekter wäre die Feststellung, dass nur ein geringer Teil der Patientinnen mit NSCLC auf eine Chemotherapie anspricht, und dass deren Nutzen auch im besten Falle zeitlich beschränkt ist. Diese Formulierung hätte den Entscheid der Patientin allerdings kaum beeinflusst oder gar erschwert. Vielleicht ist die pointierte Formulierung von Dr. Wälti im Sinne des «therapeutisches Privilegs» zu verstehen.

Eine zentrale Stellung nimmt für den Autor die Frage der Sterbehilfe ein. Angelpunkt der guten Arzt-Patienten-Beziehung war (und ist) der gegenseitige Respekt. Der Arzt hat den Wunsch der Patientin auf Behandlungsverzicht ernstgenommen und ihr ein Sterben im familiären Umfeld ermöglicht, die Patientin hat Wältis Ablehnung der aktiven Sterbehilfe akzeptiert und sich trotzdem gut betreut gefühlt.

Der Verzicht auf eine Behandlung mit geringer Aussicht auf Erfolg oder der Abbruch einer nicht zum Ziel führenden Therapie bei einem schwerkranken Menschen werden als passive Sterbehilfe bezeichnet und entsprechen der medizin-ethischen und juristischen Praxis. Zudem ist der Wille der aufgeklärten Patientin für den Arzt bindend.

Obwohl zweimal darum gebeten, hat Dr. Wälti auf die in der Schweiz verbotene aktive Sterbehilfe zugunsten einer optimalen palliativen Behandlung verzichtet, die auch ein Sterben in der häuslichen Umgebung ermöglichte. Das grosse zeitliche und emotionale Engagement des Hausarztes und seiner Ehefrau ist hervorzuheben, wobei ich hoffe, dass der Autor unrecht hat, wenn er meint, dass die heutigen Ärzte dazu nicht mehr willig sind. Und – um es nicht unwidersprochen stehen zu lassen – sicher unrecht hat Dr. Wälti mit seiner Ansicht, in der heutigen Zeit würden die Sterbenden im Spital so respektlos betreut und abgeschoben, wie er es offenbar vor vielen Jahren erlebt hat. Die Betreuung und Begleitung Sterbender gehört explizit zum Leistungsauftrag eines Spitals und wird äusserst ernstgenommen.

Ein weiterer Punkt betrifft die ausreichende Analgesie und Sedation der todkranken Patientin. Diese Form der Hilfe beim Sterben wird unglücklicherweise als indirekt aktive Sterbehilfe bezeichnet, da eine (geringe) Verkürzung der

Lebensdauer als Folge der Therapie nicht ausgeschlossen werden kann. Der alte Ausdruck der «Handlung mit Doppelwirkung» zeigt besser, dass die Therapieabsicht auf die Leidensverminderung und nicht auf die Beschleunigung des Todesintritts abzielt. Selbstverständlich gibt es eine Grauzone, die das Parlament regeln möchte (Motion Zäch) und auf die Dr. Wälti in seinem letzten Satz wohl anspielt. Ich glaube allerdings, dass die Grauzone in der Regel äusserst schmal ist, da wir zwar grosses Gewicht auf die Schmerzfreiheit und wenn nötig die Sedation legen, was eine genügende Dosierung der Medikamente voraussetzt, dem Sterbeprozess aber auch Zeit lässt, die von den Angehörigen im nachhinein meist als sehr wertvoll beurteilt wird. Ich nehme an, dass der Hausarzt seine Patientin auf diese Art behandelt hat, auch wenn bei der Betreuung einer Schwerkranken gelegentlich der Gedanke aufkommen mag, ob ein Schnellerstellen der Infusion nicht eine Erleichterung (für alle Beteiligten) wäre. Damit komme ich noch einmal auf den Schlusssatz des Textes zurück: Die Kontrolle der Medikamentendosis im Spital ist wegen der

zahlreich Beteiligten strenger als zu Hause, wo der Arzt allein entscheiden muss und gelegentlich einem grossen Druck von Patienten und Angehörigen ausgesetzt ist, die «Infusion schneller zu stellen», was aus ethischen und rechtlichen Gründen nicht zulässig ist.

Die Beihilfe zum Suizid wird im Text nicht erwähnt. Sie ist in der Schweiz nur verboten, wenn sie aus selbstsüchtigen Motiven erfolgt. Sie nimmt in der Sterbehilfedebatte aber eine zentrale Stellung ein und ist im Schweizerischen Strafrecht einzigartig geregelt (allerdings ist der einschlägige Art. 115 bereits in der ersten Ausgabe des Strafgesetzbuches von 1942 enthalten, als die Sterbehilfedebatte noch kein Thema war; Suizid wurde vielmehr zur Rettung der Ehre begangen). Persönlich lehne ich die Beihilfe ab, da ich meine Funktion als betreuender Arzt und Verschreiber eines todbringenden Medikaments nicht klar trennen kann und Bedenken habe, zum Komplizen zu werden, der dem Patienten mit dem Rezept bestätigt, dass er sein Leben nicht bis zum Schluss für lebenswert hält.

Ethische Fallbeschreibungen in der Schweizerischen Ärztezeitung

Unter der Rubrik «Ethik» werden unter anderem in loser Folge Beiträge veröffentlicht, die anhand von Situationen aus dem klinischen Alltag ethisch interessante Fragestellungen illustrieren. Die Redaktion holt Kommentare ein, welche diese Situation aus verschiedenen Perspektiven kommentieren.

Die Leserinnen und Leser der Schweizerischen Ärztezeitung (SÄZ) sind eingeladen, der Redaktion eigene Fallbeschreibungen, die sich für eine Fallbeschreibung eignen könnten, einzureichen (E-Mail: redaktion.saez@emh.ch). Bei diesen Fallbeschreibungen kommt es weniger darauf an, dass bereits ein elaborierter ethischer Diskurs stattgefunden hat. Vielmehr sollte aufgrund einer auf das Wesentliche beschränkten und präzisen Schilderung die zur Diskussion stehende klinische Situation und die in ihr aufgetretenen ethischen Probleme auch für Dritte nachvollziehbar sein und einen Kommentar erlauben. Wir bitten aber, nur abgeschlossene Fälle einzureichen, da die Redaktion in keinem Fall die Rolle eines beratenden Gremiums, ja einer Ethikkommission übernehmen kann und will. Auch für diese Beiträge gelten die Autorenrichtlinien der SÄZ, die auf der Website (www.saez.ch) konsultiert werden können. Als Maximalumfang für Beiträge gilt ein Richtwert von 10 000 Zeichen.

Die Redaktion «Ethik»