

## Deutsche Ärzteschaft weiterhin gegen Euthanasie

*Bergund FUCHS*

„Jeder Mensch hat das Recht auf Leben und auf ein Sterben in Würde – nicht aber das Recht, getötet zu werden.“ Die Bundesärztekammer beharrt auf ihrer vehement ablehnenden Haltung zur aktiven Sterbehilfe. Am 30. April 2004 verabschiedete die Organisation in Berlin eine Überarbeitung der „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ und bietet Ärzten damit eine Orientierungshilfe.

### Gründe der Novelle

Zuletzt hatte die Bundesärztekammer 1998 ihre Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung klar formuliert. Die gesetzliche Öffnung zur Euthanasie in den Niederlanden aber auch die politische Propaganda für diesen Weg in Deutschland haben eine Überarbeitung der Grundsätze zur Sterbebegleitung notwendig gemacht. In der Neufassung des Dokuments<sup>1</sup> hält die Deutsche Ärzteschaft weiterhin an ihrem strikten „Nein“ zur aktiven Sterbehilfe fest. Auch die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung sei weiterhin unärztlich. Die Probleme des Sterbens könnten nicht durch Öffnung der aktiven Sterbehilfe – auch im Sinn des ärztlich assistierten Suizids – gelöst werden. Im Gegenteil: die Bundesärztekammer befürchtet, dass die Bemühungen für eine bessere Betreuung sterbender Menschen durch die Zulassung von Krankentötungen noch behindert würden. In den „Grundsätzen“ werden bewusst die Begriffe „Behandlungsabbruch“ und „Sterbehilfe“ vermieden. Ärzte wollen und sollen bis zum Tod behandeln, in ausweglosen Situationen

jedoch nicht mehr mit dem Ziel zu heilen, sondern mit dem Ziel, Leid zu lindern.

### Neufassung nur Klarstellung

Die Novellierung der Grundsätze beinhaltet keine Meinungsänderung der Ärzteschaft, sondern stellt eine redaktionelle Bearbeitung und Klarstellung dar. So wurde beispielsweise das Kapitel „Behandlung bei sonstigen lebensbedrohlichen Schädigungen“ umbenannt in „Behandlung bei schwerster zerebraler Schädigung und anhaltender Bewusstlosigkeit“. Diese Änderung soll verdeutlichen, dass Komapatienten Lebende sind und dass Bewusstlosigkeit kein Kriterium für eine Einstellung der Behandlung oder Beendigung des Lebens sein darf. Noch konkreter wird darauf hingewiesen, dass auch die Dauer der Bewusstlosigkeit nicht alleiniges Kriterium für den Verzicht lebenserhaltender Maßnahmen sein kann.

Im Abschnitt, der sich mit den „Ärztlichen Pflichten bei Sterbenden“ beschäftigt, wird ausdrücklich betont, dass Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr nicht zur Basisbetreuung gehören, weil Sterbende gerade durch Flüssigkeitszufuhr unverhältnismäßig belastet werden können (es kann beispielsweise beim Versagen der Nieren zu Wassereinlagerungen oder einem Lungenödem kommen). Selbstverständlich bedeutet dies nicht, dass man künftig Sterbende verhungern oder verdursten lassen wird. Die Neuerung beruht auf der Erkenntnis, dass das subjektive Durstgefühl am Ende des Lebens nicht auf einer mangelnden Flüssigkeitszufuhr beruht, sondern wesentlich durch die Trockenheit

der Mundschleimhaut bestimmt wird. Somit wurde der Passus „müssen Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gestillt werden“ in den Grundsätzen aufgenommen.

Die Bedeutung und Verbindlichkeit von Patientenverfügungen wird in den neuen Grundsätzen noch mehr als in denen von 1998 herausgestellt. Hat ein Patient für den Fall, dass er bei fortschreitender Krankheit nicht mehr selbständig seinen Willen äußern kann, vorher schriftlich zum Ausdruck gebracht, dass er eine Behandlung ablehnt, so ist dies für den Arzt bindend. Gibt es auch keine Anzeichen für eine nachträgliche Willensänderung, muss die Patientenverfügung für den Arzt der Schlüssel zur Ermittlung des Patientenwillens sein.

## Segen moderner Palliativmedizin

Der Präsident der Bundesärztekammer, Professor Dr. Jörg-Dietrich HOPPE, ist der Auffassung, dass die derzeitige Diskussion um die aktive Sterbehilfe anders verlaufen würde, wenn die Erfolge der modernen Palliativmedizin bekannter wären<sup>2</sup>. In der Tat wird dies von Frau Dr. Ingeborg JONEN-THIELEMANN bestätigt.<sup>3</sup> Sie gründete vor mehr als 21 Jahren die erste Palliativstation Deutschlands an der Kölner Universitätsklinik. Heute leitet sie das Mildred-Scheel-Haus, das neben einer Palliativstation mit fünfzehn Betten auch die Dr. Mildred-Scheel-Akademie beherbergt, die regelmäßig Ärzte aus dem deutschsprachigen Raum in Palliativmedizin ausbildet.<sup>4</sup> Die moderne Palliativmedizin ist heute in der Lage, Schmerzen und andere Symptome auf ein erträgliches Maß zu reduzieren und unnötiges Leid zu

verhindern. In der mehr als zwanzigjährigen Arbeit der Kölner Station für unheilbar Kranke wurde bisher nie der Wunsch geäußert, getötet zu werden. Ein Patient, der sich gut und umfassend versorgt fühlt, möchte nicht vor der Zeit sterben.

## Fazit

Die Debatte über aktive Sterbehilfe ist in Deutschland erneut entbrannt. Trotz klarer Grundsätze werden Ärzte immer wieder mit Konfliktsituationen konfrontiert werden, die mit dem Lebensende ihrer Patienten verbunden sind. Sie sind zur Orientierung und als Richtschnur für Beratungen gedacht, nach denen sie in Zweifelsfällen gemeinsam mit Pflegenden und Angehörigen die schwierigen Entscheidungen treffen.

## Referenzen

- 1 *Dokumentation: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung*, Dtsch Ärztebl (2004); 101: A1298-A1299
- 2 Statement des Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich HOPPE, zur Pressekonferenz am 04. Mai 2004 in Berlin
- 3 Vortrag beim Frühjahrsseminar zum Thema „Menschenwürde“ des Internationalen Studentinnenwohnheims Müngersdorf in Köln am 8. Mai 2004. (Eine Zusammenfassung des Vortrags kann unter [www.uni-koeln.de/studenten/muengersdorf](http://www.uni-koeln.de/studenten/muengersdorf) abgerufen werden.)
- 4 Nähere Informationen können unter <http://www.krebshilfe.de/neu/akademie/> abgerufen werden.

Dr. Bergund FUCHS, M. A., Dozentin für Bioethik an der Gustav-Siewert-Akademie Weilheim-Bierbronn  
Stadtwaldgürtel 39  
D-50935 Köln

## Grundsätze der Deutschen Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung

### Präambel

Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wieder herzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen.

So gibt es Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sein können. Dann tritt palliativ-medizinische Versorgung in den Vordergrund. Die Entscheidung hierzu darf nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden.

Unabhängig von anderen Zielen der medizinischen Behandlung hat der Arzt in jedem Fall für eine Basisbetreuung zu sorgen. Dazu gehören u. a.: menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.

Art und Ausmaß einer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten; dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr. Er muss dabei den Willen des Patienten beachten. Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Bei seiner Entscheidungsfindung soll der Arzt mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern einen Konsens suchen.

Aktive Sterbehilfe ist unzulässig und mit Strafe bedroht, auch dann, wenn sie auf Verlangen des Patienten geschieht. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.

Diese Grundsätze können dem Arzt die eigene Verantwortung in der konkreten Situation nicht abnehmen. Alle Entscheidungen müssen individuell erarbeitet werden.

### I. Ärztliche Pflichten bei Sterbenden

Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden, d.h. Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so zu helfen, dass sie unter menschenwürdigen Bedingungen sterben können.

Die Hilfe besteht in palliativ-medizinischer Versorgung und damit auch in Beistand und Sorge für Basisbetreuung. Dazu gehören nicht immer Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können. Jedoch müssen Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gestillt werden.

Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens dürfen in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unterlassen oder nicht weitergeführt werden, wenn diese nur den Todeseintritt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann. Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf. Eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen sollen, ist als aktive Sterbehilfe unzulässig und mit Strafe bedroht.

Die Unterrichtung des Sterbenden über seinen Zustand und mögliche Maßnahmen muss wahrheitsgemäß sein, sie soll sich aber an der Situation des Sterbenden orientieren

und vorhandenen Ängsten Rechnung tragen. Der Arzt kann auch Angehörige des Patienten und diesem nahe stehende Personen informieren, wenn er annehmen darf, dass dies dem Willen des Patienten entspricht. Das Gespräch mit ihnen gehört zu seinen Aufgaben.

## II. Verhalten bei Patienten mit infauster Prognose

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. An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung treten dann palliativ-medizinische Versorgung einschließlich pflegerischer Maßnahmen. In Zweifelsfällen sollte eine Beratung mit anderen Ärzten und den Pflegenden erfolgen.

Bei Neugeborenen mit schwersten Beeinträchtigungen durch Fehlbildungen oder Stoffwechselstörungen, bei denen keine Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht, kann nach hinreichender Diagnostik und im Einvernehmen mit den Eltern eine lebenserhaltende Behandlung, die ausgefallene oder ungenügende Vitalfunktionen ersetzen soll, unterlassen oder nicht weitergeführt werden. Gleiches gilt für extrem unreife Kinder, deren unausweichliches Sterben abzusehen ist, und für Neugeborene, die schwerste Zerstörungen des Gehirns erlitten haben. Eine weniger schwere Schädigung ist kein Grund zur Vorenthaltung oder zum Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen, auch dann nicht, wenn Eltern dies fordern. Wie bei Erwachsenen gibt es keine Ausnahmen von der Pflicht zu leidendmindernder Behandlung und Zuwendung, auch nicht bei unreifen Frühgeborenen.

## III. Behandlung bei schwerster zerebraler Schädigung und anhaltender Bewusstlosigkeit

Patienten mit schwersten zerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit (apallisches Syndrom; auch so genanntes Wachkoma) haben, wie alle Patienten, ein Recht auf Behandlung, Pflege und Zuwendung. Lebenserhaltende Therapie einschließlich – ggf. künstlicher – Ernährung ist daher unter Beachtung ihres geäußerten Willens oder mutmaßlichen Willens grundsätzlich geboten. Soweit bei diesen Patienten eine Situation eintritt, wie unter I – II beschrieben, gelten die dort dargelegten Grundsätze. Die Dauer der Bewusstlosigkeit darf kein alleiniges Kriterium für den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen sein. Hat der Patient keinen Bevollmächtigten in Gesundheitsangelegenheiten, wird in der Regel die Bestellung eines Betreuers erforderlich sein.

## IV. Ermittlung des Patientenwillens

Bei einwilligungsfähigen Patienten hat der Arzt die durch den angemessen aufgeklärten Patienten aktuell geäußerte Ablehnung einer Behandlung zu beachten, selbst wenn sich dieser Wille nicht mit den aus ärztlicher Sicht gebotenen Diagnose- und Therapiemaßnahmen deckt. Das gilt auch für die Beendigung schon eingeleiteter lebenserhaltender Maßnahmen. Der Arzt soll Kranken, die eine notwendige Behandlung ablehnen, helfen, die Entscheidung zu überdenken.

Bei einwilligungsunfähigen Patienten ist die in einer Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachte Ablehnung einer Behandlung für den Arzt bindend, sofern die konkrete Situation derjenigen entspricht, die der Patient in der Verfügung beschrieben hat, und keine Anhaltspunkte für eine nachträgliche Willensänderung erkennbar sind.

Soweit ein Vertreter (z. B. Eltern, Betreu-

er oder Bevollmächtigter in Gesundheitsangelegenheiten) vorhanden ist, ist dessen Erklärung maßgeblich; er ist gehalten, den (ggf. auch mutmaßlichen) Willen des Patienten zur Geltung zu bringen und zum Wohl des Patienten zu entscheiden. Wenn der Vertreter eine ärztlich indizierte lebenserhaltende Maßnahme ablehnt, soll sich der Arzt an das Vormundschaftsgericht wenden. Bis zur Entscheidung des Vormundschaftsgerichts soll der Arzt die Behandlung durchführen.

Liegt weder vom Patienten noch von einem gesetzlichen Vertreter oder einem Bevollmächtigten eine bindende Erklärung vor und kann eine solche nicht – auch nicht durch Bestellung eines Betreuers – rechtzeitig eingeholt werden, so hat der Arzt so zu handeln, wie es dem mutmaßlichen Willen des Patienten in der konkreten Situation entspricht. Der Arzt hat den mutmaßlichen Willen aus den Gesamtumständen zu ermitteln. Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Willen des Patienten können neben früheren Äußerungen seine Lebenseinstellung, seine religiöse Überzeugung, seine Haltung zu Schmerzen und zu schweren Schäden in der ihm verbleibenden Lebenszeit sein. In die Ermittlung des mutmaßlichen Willens sollen auch Angehörige oder nahe stehende Personen als Auskunftspersonen einbezogen werden, wenn angenommen werden kann, dass dies dem Willen des Patienten entspricht.

Lässt sich der mutmaßliche Wille des Patienten nicht anhand der genannten Kriterien ermitteln, so soll der Arzt für den Patienten die ärztlich indizierten Maßnahmen ergreifen und sich in Zweifelsfällen für Lebenserhaltung entscheiden. Dies gilt auch bei einem apallischen Syndrom.

## V. Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen

Mit Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen nimmt

der Patient sein Selbstbestimmungsrecht wahr. Sie sind eine wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes.

Eine Patientenverfügung (auch Patienten-testament genannt) ist eine schriftliche oder mündliche Willensäußerung eines einwilligungsfähigen Patienten zur zukünftigen Behandlung für den Fall der Äußerungsunfähigkeit. Mit ihr kann der Patient seinen Willen äußern, ob und in welchem Umfang bei ihm in bestimmten, näher umrissenen Krankheitssituationen medizinische Maßnahmen eingesetzt oder unterlassen werden sollen.

Anders als ein Testament bedürfen Patientenverfügungen keiner Form, sollten aber schriftlich abgefasst sein.

Mit einer Vorsorgevollmacht kann der Patient für den Fall, dass er nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, eine oder mehrere Personen bevollmächtigen, Entscheidungen mit bindender Wirkung für ihn, u. a. in seinen Gesundheitsangelegenheiten, zu treffen (§ 1904 Abs. 2 BGB).

Vorsorgevollmachten sollten schriftlich abgefasst sein und die von ihnen umfassten ärztlichen Maßnahmen möglichst benennen. Eine Vorsorgevollmacht muss schriftlich niedergelegt werden, wenn sie sich auf Maßnahmen erstreckt, bei denen die begründete Gefahr besteht, dass der Patient stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Schriftform ist auch erforderlich, wenn die Vollmacht den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen umfasst.

Die Einwilligung des Bevollmächtigten in Maßnahmen, bei denen die begründete Gefahr besteht, dass der Patient stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet, bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes, es sei denn, dass mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist (§ 1904 Abs. 2 BGB). Ob dies auch bei einem Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen gilt, ist umstritten. Jedenfalls soll sich der Arzt, wenn der Bevollmächtigte eine ärztlich indizierte lebenser-

haltende Maßnahme ablehnt, an das Vormundschaftsgericht wenden. Bis zur Entscheidung des Vormundschaftsgerichts soll der Arzt die Behandlung durchführen.

Eine Betreuungsverfügung ist eine für das Vormundschaftsgericht bestimmte Willensäußerung für den Fall der Anordnung einer Betreuung. In ihr können Vorschläge zur Person eines Betreuers und Wünsche zur Wahrnehmung seiner Aufgaben geäußert werden. Eine Betreuung kann vom Gericht für be-

stimmte Bereiche angeordnet werden, wenn der Patient nicht in der Lage ist, seine Angelegenheiten selbst zu besorgen, und eine Vollmacht hierfür nicht vorliegt oder nicht ausreicht. Der Betreuer entscheidet im Rahmen seines Aufgabenkreises für den Betreuten. Zum Erfordernis der Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht wird auf die Ausführungen zum Bevollmächtigten verwiesen.

Deutsches Ärzteblatt, Heft 19 vom 7. Mai 2004