

Palliativversorgung und Sterbehilfe – kein Gegensatz



Die Palliativmedizin hat sich von Anfang an der Herausforderung gestellt, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu respektieren. In der Praxis fällt die Umsetzung allerdings nicht immer leicht, insbesondere, wenn Patienten den Wunsch nach einem vorzeitigen Sterben äußern oder etwa in einer Patientenverfügung bestimmte lebenserhaltende Maßnahmen abgelehnt haben. Während in der Medizinethik geklärt ist, dass eine entsprechende Verfügung nicht nur für die Ärzte, sondern auch für die Pflegenden verbindlich ist, ist noch unklar, wie weit die Befolgung derartiger Verfügungen in der Prüfung der Pflegequalität durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) berücksichtigt werden.

Es ist gut belegt, dass auch optimal versorgte Palliativpatienten den Wunsch zu sterben haben können. Dieser Wunsch ist selten ohne alle Ambivalenz. Aber er kann stabil und unabhängig von einzelnen Krisensituationen bestehen. Aus ethischer Sicht ist es wichtig, diese Wünsche nicht zu ignorieren oder zu übergehen. Sie sollten Anlass geben, nach ihren Hintergründen zu fragen. Welche Bedürfnisse, Wünsche, Gedanken, Überlegungen sind für den jeweiligen Patienten bestimmend? Sind die Motive des Patienten nachvollziehbar? Eines der wichtigen Ergebnisse der Basler Sterbewunsch-Studie von 2017 ist, dass Patienten das Bedürfnis haben, mit ihren Ärzten und Pflegenden über ihre Wünsche zum Thema Sterben und Tod zu sprechen, dass

sie sich jedoch nur öffnen, wenn ihnen offen, respektvoll und ohne Vorurteile begegnet wird. Vor allem sollten Sterbewünsche nicht als moralisch problematisch hingestellt werden.

Nach der Basler Studie sind zur Verwirklichung dieses Wunsches insbesondere der Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen und die assistierte Selbsttötung gewünscht. Dies gilt zumindest für die Schweiz. In Deutschland spielt angesichts der rechtlichen Grenzen seit einiger Zeit die Beschleunigung des Todes durch Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit eine zunehmende Rolle – ablesbar an dem Erfolg einschlägiger Veröffentlichungen (Chabot/Walther, „Ausweg am Lebensende“, 5. Auflage) und der wachsenden Zahl von Erfahrungsberichten (zur Nieden, Luckwaldt). Das sogenannte Sterbefasten hat mit dem Behandlungsabbruch gemeinsam, dass die physischen und psychischen Kräfte des Patienten allmählich abnehmen, dass zumindest in der ersten Woche die Möglichkeit besteht, den Prozess abbrechen, und dass über dieselbe Zeit die Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten erhalten bleibt. Der – rechtlich bedeutsame – Unterschied besteht darin, dass die Gabe von Nahrung und Flüssigkeit keine medizinische Behandlung, sondern einen Teil der Basisversorgung darstellt. Verständnis ist allerdings nicht genug. Die Palliativmedizin sollte den Patientenwünschen, sofern sie stabil und reflektiert sind, auch nachkommen können. Können, nicht



müssen, denn eine Verpflichtung zur Sterbehilfe würde den Bedenken, die der eine oder andere Behandelnde haben mag, nicht gerecht werden.

Die Verpflichtung zu einem vom Patienten gewünschten Übergang von einer kurativen zu einer palliativen Behandlung („Behandlungsabbruch“) ist weithin anerkannt, nicht zuletzt vom geltenden Recht. Eine Behandlung gegen den erklärten Willen des Patienten liefe auf eine Zwangsbehandlung hinaus. Weniger klar ist die Situation beim Sterbefasten und bei der assistierten Selbsttötung. Der entscheidende Unterschied besteht darin, dass beides von den Behandelnden ein gewisses Maß an aktiver Mitwirkung verlangt. Das gilt auch für das Sterbefasten, soweit sich der Patient mit Sterbewunsch der Bereitschaft der Behandelnden vergewissern will, den Prozess des allmählichen Schwindens der physischen und psychischen Kräfte zu begleiten. Die Zusicherung dieser Begleitung ist in der Regel eine notwendige Bedingung dafür, dass sich der Sterbewillige auf den Prozess einlässt.

Das im Herbst 2019 veröffentlichte Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin sieht vor, dass der Prozess des selbstbestimmten Sterbens durch den Verzicht auf Essen und Trinken nicht nur palliativ begleitet, sondern dass auch vor Beginn der Begleitung des Prozesses eine „ethisch sensible und reflektierte Abstimmung unter allen Beteiligten“ erfolgen sollte. Die rechtliche Seite dieser Begleitung ist allerdings noch nicht endgültig geklärt. Immerhin gilt das Sterbefasten nach überwiegender Auffassung rechtlich als eine Form von Selbsttötung.

Mit der Integration der Begleitung eines selbstbestimmten Sterbefastens hat die Palliativmedizin einen wichtigen Schritt zu einer verstärkten Honorierung des Selbstbestimmungsrechts getan. Es wäre konsequent, den nächsten Schritt zu tun und auch die selbstbestimmte Selbsttötung in den Rahmen der Palliativmedizin zu integrieren – statt

sie wie gegenwärtig in der „Schmuddelecke“ des Anrühigen oder Exzentrischen zu belassen. Die moralische Verantwortlichkeit der Selbsttötung auch unter den Bedingungen schwerer und terminaler Krankheit wird gegenwärtig fast nur noch von den Theologen der monotheistischen Religionen vertreten, hat aber keinen Rückhalt in der säkularen Ethik und in den überwiegenden Anschauungen der Bevölkerung der westlichen Länder.

Viele Menschen wollen selbst bestimmen, wann und wie sie sterben. Damit, dass man ihnen diese Wahlmöglichkeit nimmt und sie auf einen vorgezeichneten Weg verweist, erweist man nicht nur ihnen einen schlechten Dienst, sondern auch den vielen, die in gesunden Tagen für ihr Lebensende darauf hoffen, gegebenenfalls über einen Notausgang aus dem Leben zu verfügen.



Prof. Dr. Dr. h. c. Dieter Birnbacher

+
Univ.-Prof., Präsident der Deutschen Gesellschaft für
Humanes Sterben (DGHS)

+
www.dghs.de