

NeuroGeriatric 2010; 7 (1): 29–31

Leben verlängern – Sterben verlängern: Wo sind die Grenzen?

G. S. Barolin

Wien

Jeder von uns wünscht sich eigentlich einen raschen, schmerzlosen Tod ohne langes Siechtum, auch ein »würdiges Sterben«. Die moderne Medizin bedingt jedoch, dass es nicht nur zu der erwünschten Lebensverlängerung kommen kann, sondern auch zu einem verlängertem Siechtum mit langem Leiden, Schmerzen, Verlust der körperlichen und geistigen Fähigkeiten, des Willens und der Selbstbestimmung: So z. B. bei Wachkoma-patienten, Patienten mit Koma nach schwerem, nicht rehabilitierbaren Zerebralin-sult, Patienten mit fortschreitender Altersdemenz etc. Durch moderne Medizintechnik kann (neben segensreicher Überbrückung reversibler Störungen) somit aus der »Lebensverlängerung« eine »Sterbensverlängerung«, ja »Sterbenserschwerung« werden. PEG-Sonde, Stoffwech-selbalancierung, Infektionsbekämpfung etc. können den Tod (über Jahre) hinaus-schieben und ein rein vegetatives Leben erhalten.

Viele von uns streben es an, noch bei klarem Verstand Vorsorge zu treffen, um nicht in diese Lage zu kommen. Daran knüpft sich die Frage: Darf und soll man einem Menschen nicht nur beim Sterben hilfreich beistehen, sondern auch zum Sterben?

Die Ansichten dazu sind nicht nur kontrovers, sondern auch vielfach verschwommen und/oder polemisch gefärbt. Hier wird eine klare Standortbestimmung angestrebt. Der Arzt steht dabei als wesentlicher Entscheidungsträger im Brennpunkt und muss sich damit auseinandersetzen. Als wertvoller Beitrag dazu ist kürzlich das Buch des emeritierten deutschen Ordinarius für Psychiatrie und Psycho-

therapie Payk erschienen, woraus ich etliches in meine folgenden Ausführungen einbeziehe.

In die persönliche Sicht strahlt vieles mit ein: philosophische, ethische, politische, religiöse sowie berufliche Überlegungen und Erfahrungen. Manches wird dabei auch durcheinandergebracht. Bevor ich einige systematische Klarstellungen mache, scheint es daher sinnvoll, kurz meinen eigenen Status zu deklarieren.

Als nunmehr 80-Jähriger habe ich die neurologische Schwerpunktabteilung des Landes Vorarlberg und das Ludwig-Boltzmann-Institut für Neurorehabilitation und -prophylaxe (als erstes derartiges in Österreich) aufgebaut. Während der 23-jährigen Leitung dieser Institutionen habe ich speziell in der Neurorehabilitation (gemeinsam mit meinen Mitarbeitern) eine meiner Hauptaufgaben darin gesehen, den von invalidisierenden Erkrankungen (Schlaganfall, Tumore etc.) Betroffenen möglichst viel Lebensqualität für ihr weiteres Leben zu ermöglichen. Dabei entstand auch mein Konzept der »Integrierten Psychotherapie« (im Gegensatz zu einer nur schuldogmatischen, viel engeren Psychotherapie). Mit der Titelfrage wurde ich durch viele meiner schwerkranken und sterbenden Patienten laufend konfrontiert. Ich betrachte auch dieses Thema als der **Integrierten Psychotherapie** zugehörig.

Folgend werden einige wichtige Begriffe und die daraus gezogenen Konsequenzen klargestellt.

Sterbebegleitung ist menschliche, soziale, ärztliche und pflegerische Begleitung Schwerstkranker und ihrer Angehörigen im Sinne einer humanen Medizin.

»**Passive Sterbehilfe**« bezeichnet das Weglassen lebensverlängernder Maßnahmen bei dahindämmenden Patienten ohne Besserungsaussicht. Rechtlich, ethisch und auch in der allgemeinen Meinung scheint das eine nicht nur tolerierbare, sondern wünschenswerte Maßnahme zu sein.

Ein kürzlich durch die Medien gegangener Fall zeigt aber, dass es auch darüber kontroverse Ansichten gibt. Bei einer jahrelang im Wachkoma liegenden Patientin beschlossen Ärzte und Angehörige gemeinsam, endlich die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr zu unterbrechen. Der populistische Premierminister Berlusconi versuchte es zu verbieten. Da jedoch der (einer anderen Partei angehörige) Präsident seine Unterschrift verweigerte, durfte die sinnvolle passive Sterbehilfe erfolgen.

Die »**aktive Sterbehilfe**« ist das Setzen von Maßnahmen, die den Tod einer unheilbaren und nur mehr dahindämmenden Person herbeirufen. Erleichtert wird das, wenn von dem Patienten eine (folgend beispielhaft angeführte) Patientenverfügung vorliegt, oder wenn man aus früheren Gesprächen weiß, dass er oder sie das für einen solchen Fall gewünscht hat. Dazu gehört auch der Tod auf Verlangen bei klaren Menschen, die aber nicht mehr in der Lage sind, sich zu suizidieren (Beispiel: amyotrophe Lateralsklerose). 2008 ergab eine demographische Befragung in Deutschland (1.786 Personen): Zustimmung 58%; Ablehnung 19%. Bei den (teilweise sehr emotional geführten) Diskussionen Pro und Contra aktive Sterbehilfe werden unterschiedliche rechtliche, ethische, religiöse und biologische Argumente

angeführt. Mir erscheint daraus Folgendes vordergründig:

- **Pro:** Man muss den Willen eines kranken Menschen achten (Patientenautonomie).
- **Contra:** Es kann auf alte und kranke Menschen Druck entstehen (unter Umständen auch durch ihre Angehörigen), »der Gesellschaft nicht zur Last zur fallen.«

Die »Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben« gibt die Zeitschrift »Humanes Leben – Humanes Sterben« heraus, die für die Legalisierung jeder Art von Sterbehilfe eintritt. Die Gesetzgebung ist diesbezüglich diametral verschieden. **Österreich und Deutschland verbieten jede Art von aktiver Sterbehilfe; die Benelux-Staaten hingegen gestatten sie** (selbstverständlich unter gewissen Sicherungskautelen). In den Niederlanden gibt es diesbezüglich Erfahrungen seit 2001. Der ursprünglich von den Gegnern der aktiven Sterbehilfe befürchtete »Dambruch-Effekt« ist nicht eingetreten. Die Zahlen sind etwa gleichgeblieben.

Eine weitere kontrovers betrachtete Frage ist die nach dem Suizid (ich verwende hier deshalb nicht den deutschen Ausdruck »Selbstmord«, da für den Mord rechtlich »niedere Beweggründe« vorhanden sein müssen). Hilfe zum Suizid (»**assistierter Suizid**«) ist in der Schweiz erlaubt. Die schweizerische Akademie der Wissenschaften hat 2003 empfohlen, bei älteren und pflegebedürftigen Personen deren Wunsch nach Mithilfe zum Suizid angemessen Rechnung zu tragen.

Ärztlich muss das – wenn man dem Wunsch folgen will – sehr differenziert betrachtet werden.

- a) Vor allem muss klargestellt werden, ob nicht eine **Depression** im Hintergrund steht, die medikamentös und psychotherapeutisch behandlungsfähig ist.
- b) Es gibt Probleme und Schwierigkeiten, die so plötzlich und groß auf den Menschen zukommen, dass sie unüberwindlich scheinen, und bei denen der Mensch sich so eingeengt fühlt, dass er in den Suizid flüchtet (»**Kurzschlussuizid**«), den man

unbedingt verhindern soll. In einem solchen Fall spricht man auch von **Krisenintervention**. Für a.) und b.) kommen Psychopharmaka und Psychotherapie infrage; jedoch unterschiedlich. Bei der Depression geht es medikamentös um Antidepressiva, die erst allmählich wirken und langfristig eingenommen werden müssen. Bei der Krisenintervention hingegen muss man sofort wirksame Mittel geben, diese aber nur für kurze Zeit (Tranquilizer). In beiden Fällen muss die Psychotherapie empathisch zugewandte Gesprächs-therapie enthalten.

- c) Es gibt aber auch Suizide, die man als **Bilanzsuizide** bezeichnet, welchen sinnvoller- und ethischerweise nichts entgegengesetzt werden soll:
 - Die vielfachen Suizide in Wien 1938, als Juden nach dem Einmarsch Hitlers ihrem Leben ein Ende setzten.
 - Ein Chirurg, der von der Diagnose der Hirnmetastase nach Bronchuskarzinom bei sich wusste und sich das Leben nahm.
 - Dieses letztere Beispiel steht für alle unheilbar fortschreitenden Krankheiten, in welchen Autonomieverlust und leidvolles Pflege-siechtum zu erwarten sind; analog dem bei aktiver Sterbehilfe Gesagten.

In Deutschland gibt es zum Begleiten eines Suizids, ohne dagegen einzugreifen, unterschiedliche Rechtsmeinungen und Rechtsentscheidungen. Bei einem Arzt wurde das vor Gericht als unterlassene Hilfeleistung verurteilt. Erst in der höheren Instanz wurde das Urteil aufgehoben.

Indirekte Sterbehilfe bedeutet, dass man bei der ärztlich und ethisch angezeigten zureichenden Dämpfung von Schmerz, Unruhe und Angst mit in Kauf nimmt, dass durch die Medikation eine (eventuelle) Lebensverkürzung erfolgt. (Im Gegensatz zur aktiven Sterbehilfe wird die Lebensverkürzung nicht angestrebt. Sie wird nur als weniger schwerwiegend angesehen, als den Patienten ohne entsprechende Medikation in Schmerz, Unruhe und Angst zu belassen.) Es wird

dafür auch der Ausdruck »terminale Sedierung« verwendet. Das entspricht nicht nur unserem geltenden Recht, sondern auch dem katholischen Kirchenrecht: Als »*principium duplicis effectus*« wird eine solche Doppelwirkung des Medikamentes ausdrücklich gutgeheißen.

Die **Ökonomie** sollte bei unseren ärztlich-ethischen Überlegungen nicht mit ins Spiel kommen. Sie steht allerdings im Hintergrund, da die letzten Lebensjahre eines Menschen im Durchschnitt die höchsten Kosten verursachen. Man wird also wachsam sein müssen, dass Ethik nicht durch Ökonomie verfälscht wird.

Payk betont, dass die Frage des Umgangs mit dem eigenen und fremden Sterben nach wie vor nicht generell reglementierbar ist, und warnt vor dessen »Verrechtlichung«. Ich schließe mich dieser Meinung vollinhaltlich an. Es bedarf immer der **gewissenhaften Befassung mit dem Einzelfall, ethischer Vorbildung und Weiterbildung sowie Supervision**.

Eine **Patientenverfügung** (auch Patiententestament genannt) soll ermöglichen, dass man bei klaren Sinnen darauf Einfluss nimmt, was mit einem geschieht, wenn man keine Entscheidungen mehr fällen kann. Sie wird vom österreichischen Recht als verbindlich bezeichnet, wenn sie – von einem Arzt und einer Rechtsperson mitunterschieden – alle fünf Jahre per Unterschrift erneuert wird. **Verbindlichkeit ist aber nur relativ**, wie folgende Kriterien zeigen. Die Patientenverfügung muss

- a) konform mit den geltenden Rechtsnormen sein. (Diese sind wie gezeigt je nach Land grundlegend verschieden und werden überdies auch unterschiedlich ausjudiziert.)
- b) Es hängt davon ab, wie der Arzt seine eigenen Wertvorstellungen mit den Wünschen des Patienten und den Rechtsnormen zur Deckung bringen kann.
- c) Es hängt natürlich auch davon ab, ob der Arzt die Patientenverfügung überhaupt in die Hand bekommt.

Es gibt unterschiedliche Formular-Vorschläge für Patientenverfügungen

Patientenverfügung

Wenn bei mir ein **nicht mehr selbstbestimmtes Leben ohne Aussicht auf Besserung** besteht, wünsche ich professionelle **aktive Sterbehilfe**. Kann mir diese aber nicht gewährt werden, so hat **Folgendes zu unterbleiben**:

- a. Beatmung
- b. Herz-Kreislauf-Stützung
- c. Infektionsbekämpfung
- d. künstliche Ernährung
- e. Lebensverlängernde (»sterbensverlängernde«) Operationen
- f. Stoffwechselbilanzierung und -balancierung

Es soll durch zureichende **Medikamentengabe** (Morphium, Neuroleptika oder ähnliches) ein ruhiges Lebensende ohne Angst, Unruhe und Schmerzen ermöglicht werden, auch wenn damit eine (eventuelle) Lebensverkürzung gegeben ist (»terminale Sedierung«).

Wenn von mir der klare Entschluss gefasst wurde, mein **Leben selbst zu beenden**, soll dem nichts entgegengesetzt werden.

Falls meine **Organe** noch für andere von Nutzen sein können, befürworte ich das.

Tab. 1: Beispiel einer Patientenverfügung

(auch bei *Payk*). Die meisten sind jedoch ziemlich kompliziert und unübersichtlich. Das wurde auch mehrfach von interessierten Personen mir gegenüber so ausgedrückt. Ich gebe folgend eine Version wieder, die möglichst einfach, kurz und verständlich ist. Sie wurde juristisch akkordiert, wofür ich Rechtsanwalt *Dr. Gerald Göbel* in Wien zu großem Dank verpflichtet bin (s. Tab. 1).

Kernfragen sind: a) Wann ist das Leben nicht mehr selbstbestimmt und b) ohne Aussicht auf Besserung?

Ein Mensch voller Metastasen hat zum Beispiel sicherlich keine Aussicht auf Besserung. Er kann aber noch bei klarem Verstand sein und einiges Wichtige für seine Familie erledigen wollen (also selbstbestimmt handeln). Es ist unsere Aufgabe, ihm mit allen Mitteln der Lebensverlängerung dabei zu helfen.

Ein jüngerer Patient mit Hirnmetastasen wünschte noch bei klarem Bewusstsein, seine langjährige Freundin (mit einem Kind von ihm) zu heiraten, um ihr bessere Pensionsverhältnisse für die Zeit nach seinem Tode zu ermöglichen. Wir gaben Cortison (das einerseits den Hirndruck senken, andererseits etwas anregend wirken kann) und bestellten den Standesbeamten ins

Spital. Ich selbst war Trauzeuge. Einige Tage später starb der Patient beruhigt.

Bei einem lang und optimal behandelten Zerebrovaskulärpatienten im Koma oder in dessen Nähe hat der Arzt zu entscheiden, wann er nicht mehr besserungsfähig ist und auch nichts Relevantes über sich selbst verfügen kann. Es soll darüber vom Arzt Konsens mit den Angehörigen oder dem folgend noch genannten Vorsorgebevollmächtigten hergestellt werden, um **von kurativer auf palliative Medizin überzugehen**. Es kann dabei ein fließender Übergang zur vorgenannten passiven Sterbehilfe bestehen.

Palliative Medizin bedeutet, dass die medizinischen Maßnahmen nicht mehr auf eine Heilung der Krankheit oder des Leidens abzielen, sondern darauf, den gegenwärtigen Zustand (die »Lebensqualität« des Patienten) möglichst gut zu gestalten. Dies ist eine ärztlich Entscheidung; man darf nicht etwa die Angehörigen entscheiden lassen. Sie wären damit völlig überfordert. Sie sollten aber einbezogen werden, auch um eventuelle spätere Anschuldigungen und Rechtsansprüche zu verhindern.

Dass in manchen (komplizierteren) Vorschlägen für Patientenverfügungen

die Meinung mehrerer Ärzte und andere Zusatzaufträge verlangt werden (siehe auch bei *Payk*), halte ich für überflüssig. Eine absolute Sicherheit kann es ohnehin nie geben, wie vor dem schon gezeigt.

Ich glaube aber, dass die schwerwiegende Entscheidung mit gutem Grundlagenwissen und gewissenhaftem Eingehen auf den Einzelfall eine schöne und wichtige Aufgabe für uns Ärzte darstellt.

Sinnvollerweise kann jeder bei seinem Hausjuristen gleichzeitig eine **Vorsorgevollmacht** hinterlegen. Das ist eine neuere rechtliche Bestimmung, die einen Vorsorgebevollmächtigten des eigenen Vertrauens bestimmt, der dann anstelle eines gerichtlich zu bestimmenden Sachwalters steht, wenn man nicht mehr über sich selbst bestimmen kann.

Es scheint wichtig, dass der Arzt als ständiger Vertrauter, Begleiter und Berater auch über die juristische Seite des komplexen Themas voll informiert ist.

Ausführlicher in:

1. Barolin GS. Integrierte Psychotherapie. Anwendung in der Gesamtmedizin und benachbarten Sozialberufen. Springer, Wien/New York 2006 (aktualisiert 2009).
2. Barolin GS. Beziehungsfacetten. Vom Mutterbauch bis zum Lebensabschied. Verlag Lehner, Wien (in Druck).
3. Payk TR. Der beschützte Abschied. Streitfall Sterbehilfe. Kösel-Verlag, München 2009.

Interessenvermerk:

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. hc. Gerhard S. Barolin
Matzingerstraße 11/20
A-1140 Wien
E-Mail: barolin@barolin.at