

„Leben bis an das Ende des Lebens“

Die Sterbehilfe-Debatte ist eine der wesentlichen ethisch-moralischen Auseinandersetzungen der aktuellen Legislaturperiode des Deutschen Bundestags. Das *Rheinische Ärzteblatt* sprach mit Professor Dr. Lukas Radbruch, Direktor der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin in Bonn und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, über die Forderung nach einem ärztlich assistierten Suizid und die Alternativen, die die Palliativmedizin bietet.

RhÄ: *Herr Professor Radbruch: Werden sterbenskranke Menschen am Ende ihres Lebens ausreichend begleitet?*

Prof. Radbruch: Im Rückblick auf die vergangenen 20 Jahre haben wir in der Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland unglaublich viel erreicht. Das gilt sowohl für die ambulante Versorgung wie auch im stationären Bereich. Wir sind in Deutschland auf einem guten Weg. In unseren Nachbarländern gibt es diese Möglichkeiten, innerhalb des Gesundheitssystems mit entsprechender Finanzierung im Krankenhaus und zuhause, ambulant und stationär zu behandeln, so nicht.

Einen massiven Ausbaubedarf haben wir allerdings zum Beispiel noch bei Pflegeeinrichtungen. So kommt es vor, dass Pflegeeinrichtungen für ihre Patienten noch zu wenig Gebrauch machen von den Angeboten spezialisierter ambulanter Palliativteams und von ambulanten Hospizdiensten. Auch auf dem Land können Patienten mit einem entsprechenden Bedarf nicht in ihrer häuslichen Umgebung betreut werden.

RhÄ: *Welche Optionen bietet die Palliativmedizin?*

Prof. Radbruch: Zunächst geht es um die Symptomlinderung, also zum Beispiel darum, Schmerzen zu lindern oder sie erträglich zu machen. Manchmal erleben wir Patienten, die den Grad der gewünschten Schmerzfreiheit genau abwägen. Volle Schmerzfreiheit bedeutet oft eben auch ein höheres Maß an Nebenwirkungen. Manche Patienten senken dann



Prof. Dr. Lukas Radbruch: „Und wenn unser Patient noch einmal ein Fußballspiel sehen will oder eine Patientin zurück in die Türkei will, versuchen wir, auch diesen Wunsch zu erfüllen.“
Foto: DGP

die Dosis, um aufstehen zu können. Im Liegen sind sie also schmerzfrei und bei aushaltbaren Schmerzen doch mobil. Wichtig ist mir die Feststellung, dass es um eine Palliativversorgung geht, die zusätzlich zur medizinischen Komponente auch die psychosoziale und spirituelle Begleitung sicherstellt. Das ist am Lebensende sehr wichtig.

RhÄ: *Welche Rahmenbedingungen müssen für eine gute Palliativversorgung herrschen?*

Prof. Radbruch: Wir brauchen zum einen Spezialisten, also gut aus- und weitergebildete Ärzte, Pflegendе, Physiotherapeuten, Apotheker und andere Mitarbeiter, die miteinander kooperieren. Ein Beispiel sind die Teams für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), die in Nordrhein und in einem anderen

Konzept in Westfalen ja vorgehalten werden, aber noch längst nicht in allen Bundesländern. Das zweite ist, dass bei allen Mitarbeitern im Gesundheitswesen, jedem Pflegenden im Pflegeheim, jedem Pflegenden und jedem Arzt im Krankenhaus sowie jedem Hausarzt ein Basiswissen der Palliativmedizin vorhanden sein sollte. Das erreichen wir mittlerweile über den Unterricht für die Medizinstudenten und teils in der Pflegeausbildung, aber das ist noch nicht ausreichend. Wir brauchen auch die Gesellschaft als solche. Wir benötigen Ehrenamtliche, die sich in ambulanten Hospizdiensten engagieren und wir brauchen eine bessere Akzeptanz des Sterbens und des Umgangs mit Sterbenden in der Gesellschaft.

RhÄ: *Benötigen wir in unserer Gesellschaft mehr Zuwendung gegenüber den Sterbenden?*

Prof. Radbruch: Selbst wenn die Gesellschaft Sterbenden keine Zuwendung gäbe, so sollte sie Menschen, die am Lebensende stehen und palliative Betreuung benötigen, wenigstens nicht verbannen oder ihre Situation verdrängen. In der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland gibt es fünf Themenfelder, die Rolle der Gesellschaft ist eines dieser Gebiete. Im Wesentlichen geht es darum, wie unsere Gesellschaft eigentlich mit dem Tod und Sterben umgehen sollte. Es gibt mittlerweile die Möglichkeit für pflegende Angehörige, Karenzurlaub zu nehmen. Das ist ein Schritt in die richtige Richtung. Was wir beobachten, ist darüber hinaus eine grundsätzliche Diskussion um den assistierten Suizid. Dahinter steckt meiner Meinung nach die Vorstellung, dass ein Mensch bis zum Lebensende, bis zum Tod, alles kontrollieren und selbst bestimmen kann. Ich glaube, das ist eine Illusion. Das Maß an Selbstbestimmung, was da eingefordert wird, ist so, jedenfalls für viele in unserer Gesellschaft, gar nicht umsetzbar.

RhÄ: *Welche Rolle spielen Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht in der Palliativmedizin?*

Prof. Radbruch: Das ist schon eine wunderbare Entwicklung, die wir da in den vergangenen Jahren verfolgen konn-

Zur Person

Nach dem Studium der Humanmedizin in Bonn promovierte Professor Dr. Lukas Radbruch 1987 an der dortigen Chirurgischen Klinik. Nach dem Studium war er in der Anästhesiologie des Universitätsklinikums Köln tätig, wo er ab 1995 die Schmerzambulanz leitete und sich im Jahr 2000 habilitierte. Im Jahr 2003 trat er die neu eingerichtete Grünenthal-Stiftungsprofessur für Palliativmedizin an der RWTH Aachen an. Mit dem Wechsel auf den Lehrstuhl für Palliativmedizin der Universität Bonn ist die Leitung des Zentrums für Palliativmedizin am Malteser Krankenhaus Bonn / Rhein-Sieg verbunden, sowie die Leitung der neu eingerichteten Klinik für Palliativmedizin am Universitätsklinikum Bonn. Von 2007 bis 2011 war Radbruch Präsident der European Association for Palliative Care. Seit Juni 2014 ist er Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.

ten. Andererseits diskutieren wir oft über Inhalte in diesen Patientenverfügungen und kommen immer wieder zu dem Schluss, dass nicht jede Formulierung, gelinde ausgedrückt, geschickt ist. Mein Anspruch an eine Patientenverfügung ist gar nicht, dass der Patient mir darin strikt mitteilt, was ich zu tun oder zu unterlassen habe. Ich erwarte von einer Patientenverfügung, dass sie mir ein klares Wertebild oder Meinungsbild meines Patienten vermittelt. Wenn jemand ausführt: „Mein Onkel ist damals an Lungenkrebs gestorben und qualvoll erstickt, das will ich nicht“, dann hilft mir das je nach Fall sehr viel mehr, als wenn er sagt: „Ich möchte keine lebensverlängernden Maßnahmen erhalten, wenn es nach ärztlichem Ermessen keine Chance auf Wiederherstellung gibt“. Ich rate jedem unserer Patienten, eine Patientenverfügung in Kombination mit einer Vorsorgevollmacht zu verfassen, damit auch ein Vertreter da ist, mit dem der behandelnde Arzt Wesentliches besprechen kann.

RhÄ: *Ist es Aufgabe der Politik, eine flächendeckende palliativmedizinische Versorgung sicherzustellen?*

Prof. Radbruch: Ja, unbedingt. Die Frage ist nur, was bezeichnen wir als flächendeckend? Ich finde, es sollte keinen Menschen in Deutschland geben, der keinen Zugang zur Palliativversorgung

hat. Das kann durchaus bedeuten, dass der Hausarzt entsprechend geschult ist und die Basismaßnahmen kennt. Wir werden Teams von Spezialisten nicht an jeder Stelle in Deutschland auf dem Land einsetzen können. Wir haben in unserer Stellungnahme den Palliativbeauftragten gefordert, ähnlich wie es den Hygienebeauftragten gibt. Warum haben wir nicht in jedem Krankenhaus, in jeder Pflegeeinrichtung einen Palliativbeauftragten? Der muss nicht die Leute selbst behandeln, der muss nur wissen, wo jemand ist, der dies kann und die simplen Basics umsetzen.

RhÄ: *Was ist die Kernbotschaft der Palliativmedizin?*

Prof. Radbruch: Laut Definition der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und der Weltgesundheitsorganisation bezeichnet Palliativmedizin die aktive ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer voranschreitenden, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt. Wenn ich das schlagwortartig zusammenfassen soll, dann würde ich sagen: „Leben bis an das Ende des Lebens“.

Uns geht es darum herauszuarbeiten, was dem Patienten wichtig ist und was wir beitragen können, um ihm zu helfen. Wenn die Symptomfreiheit für ihn das Wichtigste ist, dann sollte es eben auch nur darum gehen. Wenn es für ihn wichtiger ist, zuhause zu sein, dann macht man eben Abstriche in der Symptomkontrolle, Hauptsache, er ist zu Hause. Und wenn unser Patient noch einmal ein Fußballspiel sehen will oder eine Patientin zurück in die Türkei will, versuchen wir, auch diesen Wunsch zu erfüllen. Es ist nicht die Regel, dass wir vor solchen Fragen stehen. Aber wenn wir das zusammen mit Patient und Angehörigen schaffen, dann ist dies jeweils ein Highlight. Dann schließt sich der Kreis.

RhÄ: *Herr Professor Radbruch, vielen Dank für das Gespräch.*

Interview: Karola Janke-Hoppe

Internethinweis

- Die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zur aktuellen Sterbehilfe-Diskussion: www.dgpalliativmedizin.de
- Die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland: www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/

Assistierter Suizid: Ein heißes Eisen für das Hohe Haus

Der Deutsche Bundestag wird voraussichtlich in diesem Herbst über eine Regelung zum assistierten Suizid beraten. Aktueller Hintergrund ist die Tätigkeit sogenannter Sterbehilfevereine, die Menschen (gegen Entgelt) passive Sterbehilfe leisten. Dies hatte Ende 2013 Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe auf den Plan gerufen. Er sprach sich zunächst für ein Verbot der kommerziellen Sterbehilfe aus, um diese Forderung später auf die organisierte Beihilfe auszudehnen.

Im Kern geht es in der seit Jahren schwelenden Debatte indes um mehr: Ist ein sterbenskranker Mensch, der unter starken, gar unerträglichen Schmerzen und weiteren Symptomen leidet, wirklich frei und reif in seiner Entscheidung für einen vorzeitig herbeigeführten Tod? Darf man es andererseits Menschen (und auch Ärzten) verwehren, aus Nächstenliebe und nach Abwägung aller Argumente und Alternativen Beihilfe zum Suizid eines Angehörigen zu leisten? Oder

ist die von Befürwortern ins Feld geführte Selbstbestimmung am Ende des Lebens nur eine Illusion, so wie sie es de facto zu Anfang des Lebens ist? Sollte die Beihilfe zum Suizid nicht weiter im Binnen-Verhältnis von Arzt und Patient verbleiben? Was spricht dagegen, dass sich Menschen in Vereinen zusammenschließen, um sich im Fall der Fälle gegenseitig Beistand sowie logistische Unterstützung bei der Beschaffung eines tödlich wirkenden Mittels zu leisten? Und welche gesellschaftlichen Folgen könnte eine Stärkung des assistierten Suizids zeitigen?

Mit Fragen wie diesen werden sich die Abgeordneten des Deutschen Bundestags in den kommenden Monaten beschäftigen. Die unterschiedlichen Positionen verlaufen quer durch alle Bundestagsfraktionen. In ethischen Grundsatzen wird im Deutschen Bundestag das freie Mandat großgeschrieben, die sonst übliche „Fraktionsdisziplin“ greift in diesen

Fällen nicht. Zu erwarten sind bei der Formulierung von Gesetzentwürfen daher interessante Konstellationen über die Parteigrenzen hinweg.

Beihilfe zum Suizid, auch der ärztlich unterstützte Suizid, ist nicht strafbar, da auch die Haupttat, also der Suizid, nicht strafbar ist. Gleichwohl hat der Staat sowie der Arzt eine Schutzpflicht, sofern er von einer akuten Suizidabsicht eines Menschen Kenntnis erlangt. Die Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte postuliert in § 16: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“

ble