

Nur der Patient darf entscheiden

Palliativtag Elbe-Weser: Austausch mit hochkarätigen Referenten über das Ende des Lebens und die Grenzen ärztlichen Handelns

VON MAREN REESE-WINNE

CUXHAVEN. „Danke für die Referenten“, sagt eine Zuhörerin beim Herausgehen zu Ursula Insel. Drei Stunden – und keine Minute davon langweilig – war es am Sonnabendmorgen beim Palliativtag Elbe-Weser um das Thema „Selbstbestimmtes Sterben“ gegangen, mehr noch aber um den Schwerpunkt, was Ärzte dabei dürfen und was nicht. Was dazu zwei führende Wissenschaftler und Wortführer in Deutschland zu sagen hätten, erwarteten die Zuhörer im Schloss Ritzebüttel gespannt.

Dr. Ursula Insel, Vorsitzende des Vereins „Palliativnetz Elbe-Weser“, der gemeinsam mit dem Palliativstützpunkt Cuxhaven eingeladen hatte, wünschte sich eine Ergänzung des Wissens, auf dessen Grundlage jeder die Entscheidung über die Vorstellungen für sein Lebensende treffen könnte.

Die Referenten Dr. med. Michael de Ridder, Notfallmediziner und Begründer des Vivantes-Hospizes in Berlin und Kritiker des modernen Medizinbetriebs, und Dr. phil. Michael Wunder, psychologischer Psychotherapeut, aktiv in der Evangelischen Stiftung Alsterdorf und bis vor kurzem Mitglied des Deutschen Ethikrates, spielten sich die Bälle zu.

Es gibt Fälle höchster Not

Einig waren sie sich in einer elementaren Frage: Es kann Situationen höchster Not geben, in denen Patienten den Wunsch äußern, sterben zu wollen und sich dabei Hilfe wünschen. Und die müssten Mediziner ihnen auch straffrei gewähren dürfen. Ein Gesetz hierzu



Beim Palliativtag im Saal des Schlosses traten Dr. Michael de Ridder (stehend, l.) und Dr. Michael Wunder (r.) in einen regen Austausch mit dem Publikum und hatten Spaß daran, sich auch gegenseitig immer wieder die Bälle zuzuspielen.

Foto: Reese-Winne

lehnten beide ausdrücklich ab. Den im November 2015 vom Bundestag verabschiedeten Gesetzentwurf zum Verbot geschäftsmäßiger Sterbehilfe bewerteten beide sehr unterschiedlich. „Dieses Gesetz war überflüssig. Es gab keinerlei Hinweise auf missbräuchlichen Umgang, es gab keinen Druck“, so de Ridder.

Statt Klarheit zu schaffen, habe der Entwurf in der Ärzteschaft für große Verunsicherung gesorgt. Schon, wer dem Patienten ausreichende Medikamentenmengen überlasse oder entscheide, eine Dialyse zu beenden, gerate in Sorge, wegen Beihilfe zum Suizid verfolgt zu werden. Dies könne die

Versorgung der Patienten zum Negativen beeinflussen. Völlig überflüssige Bedenken, hielt Michael Wunder, der den Entwurf als Mitglied des Ethikrates mitverfasst hatte, entgegen.

Gegen Vereine gerichtet

Das Gesetz richte sich allein gegen die Aktivitäten umstrittener Sterbehilfe-Vereine, gekennzeichnet durch übermäßige Öffentlichkeitsarbeit mit Werbung und im Internet (Michael de Ridder: „Warum haben Sie das dann nicht ausdrücklich so ins Gesetz reingeschrieben?“ Zudem, so Wunder, könne dieser Vorwurf niemals Gegenstand des Strafrechts sein, denn Suizid sei in Deutschland nicht straffähig und somit auch nicht die Beihilfe dazu.

„Wenn alle verfügbaren Mittel ausgeschöpft sind und das Sterben in den Gedanken des Patienten in den Vordergrund drängt, dann kann dies auch dessen Wohldienen“, hatte Michael de Ridder zuvor verdeutlicht. Entscheidend sei, dass allein der Patient entscheide, was seinem Wohl diene. Grundlage einer solchen Ent-

scheidung kann für ihn nur eine enge Arzt-Patientenbeziehung sein – auch zum Schutz des Arztes: „Ich muss diese Person begleitet haben, denn auch ich muss mich entscheiden. Keiner kann mich verpflichten.“

Er bezeichnete sich als überzeugten Vertreter palliativmedizinischer Methoden und Ansichtsweisen – das heißt: alles zu tun für ein lebenswertes Leben bis zum Tod – aber selbst die Palliativmedizin habe ihre Grenzen.

Sind wir mitfühlend genug?

„Die Frage ist: Sind wir als Gesellschaft mitfühlend genug, Menschen in aussichtsloser Krankheit, die alles ausgeschöpft haben, die maximale Zuwendung erfahren, die über alle palliativen Möglichkeiten aufgeklärt sind und dennoch weiter leiden, die Möglichkeit einräumen, ihr Leben auf deutlichen Wunsch hin mit ärztlicher Hilfe zu beenden?“ Schließlich habe die moderne Medizin auch die Verantwortung dafür, dass Menschen heute Zustände überlebten, in denen sie früher bereits lange gestorben wären. Eine

Normierung des Sterbeprozesses werde es niemals geben. Als Kern bezeichnete de Ridder die Selbstbestimmung.

Michael Wunder vermisste eine „Kultur des guten Sterbens“, angebunden an eine Kultur des guten Lebens, an der es in Deutschland oft schon hapere. „Wir brauchen eine Antwort auf die Angst vor körperlichen und seelischen Schmerzen, Abhängigkeit und Fremdbestimmung, Einsamkeit und einer nicht mehr loslassenden Medizin.“

Optionen wie die palliative Sedierung (freiwillig eingeleiteter tiefer Schlaf bei Verzicht auf Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr) könnten laut Wunder keinesfalls als Beihilfe zum Suizid ausgelegt werden: „Es ist eine Unterinformation von Ärzten, wenn sie meinen, dass das neue Gesetz sich auch auf passive Maßnahmen wie Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeiten erstrecken könnte.“

Das Thema Sterben und Sterbehilfe müsse im Gesundheitswesen mehr in den Vordergrund rücken, ebenso müsse die Forschung dazu verbessert werden.

Wenn Grenzen verschwinden

Beide Referenten äußerten sich sehr kritisch über die Vorgehensweise in den Niederlanden, wo es ein Euthanasieerlaubnisgesetz gibt. Mit dem Argument, Patienten, die ihren Wunsch (zu sterben) nicht äußern könnten, müsse dieses „Recht“ zukommen, würden auch Menschen ohne ausdrückliche Einwilligung zum Tode befördert, erklärten beide Referenten. Dort werde die Todesspritze (auch bei Patienten, die selbst entscheiden) dreimal häufiger eingesetzt als der ärztlich assistierte Suizid. „Das ändert die Mentalität von Wissenschaft und Medizinern“, so Michael Wunder. „Ich befürchte, dass die Beratung dort nicht mehr die vollumfänglichen Informationen über die palliative Behandlung enthält. Die Frage ist: Wann beginnen die Versicherer, zu sagen: ‚Eine Behandlung lohnt sich nicht mehr?‘“