

STERBEHILFE

"In Einzelfällen sollten tödliche Medikamente erlaubt sein"

Darf man Todkranken tödliche Medizin verweigern? Es wäre schon viel geholfen, wenn die legalen Möglichkeiten genutzt würden, sagt der Medizinethiker Jochen Vollmann.

VON Parvin Sadigh | 24. November 2010 - 17:52 Uhr

Seit Dienstag berät der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte über einen deutschen Fall von Sterbehilfe. Das Bundesinstitut für Arzneimittel hatte einer querschnittsgelähmten Frau ein tödliches Medikament verweigert. Die Frau starb schließlich mit Unterstützung einer Schweizer Sterbehilfeorganisation. Fünf Jahre danach will der Witwer nun vor dem Menschenrechtsgericht erreichen, dass in Deutschland unter bestimmten Umständen ein Suizid-Medikament legal zu bekommen ist.

© Oliver Berg dpa



Ein Pfleger hält die Hand einer Bewohnerin eines Pflegeheims

ZEIT ONLINE: Herr Vollmann, Sie sind Medizinethiker und kennen den nun in Straßburg verhandelten Fall. Warum ist die Hilfe zur Selbsttötung mit Medikamenten hierzulande nicht erlaubt?

Jochen Vollmann: Zunächst einmal muss man hervorheben, dass vielen Menschen noch nicht bekannt ist, wie viel schon möglich ist. Bei der Mehrheit aller schwer kranken Patienten, die nicht weiterleben wollen, wäre schon viel gewonnen, wenn sie konsequent eine weitere Behandlung ablehnen würden. Ich hatte eine Patientin mit einer hohen Querschnittslähmung. Sie konnte entscheiden, das Beatmungsgerät abzuschalten, welches sie am Leben erhielt.

ZEIT ONLINE: Aber ist das nicht ein sehr qualvoller Tod?

Vollmann: Nein. Die Patientin würde sediert, also mit starken Schlafmitteln behandelt werden. Während einer solchen palliativmedizinischen Behandlung würde sie während des Sterbeprozesses nichts spüren. Es gibt auch die Möglichkeit der terminalen Sedierung. Der Patient wird in einen Dauerschlaf versetzt, der unterschiedlich tief sein kann. Stellen Sie sich einen wuchernden Krebs im Halsbereich vor. Der Patient weiß, dass der Tumor weiter wuchern und seine Halsschlagader treffen wird. Er wird im Blutsturz sterben. Die terminale Sedierung ist keine Tötung auf Verlangen, sondern die Möglichkeit, den eigenen Tod nicht bewusst miterleben zu müssen.

PROFESSOR DR. DR. JOCHEN VOLLMANN

Jochen Vollmann leitet das Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin an der Ruhr-Universität Bochum. Er ist Philosoph und Psychiater und erforscht unter anderem die Problematik der Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit von Kranken am Lebensende.

ZEIT ONLINE: Wenn die Abschaltung der Geräte gar nicht zum Tod führt?

Vollmann: Das macht die Sache tatsächlich schwieriger. Nehmen wir mal an, die Dame, deren Fall gerade Gericht verhandelt wird, wäre nur zusätzlich beatmet worden. Dann hätte sie also selbst noch eine ausreichende Atmung gehabt, um zu überleben.

ZEIT ONLINE: Und der Arzt könnte dem Wunsch der Patientin zu sterben nicht nachkommen, indem er die Behandlung abbricht.

Vollmann: Nein. Aber auch wenn ich als Patient in einer solchen Situation bin, habe ich trotzdem das Recht, über mein Leben und meinen Tod selbst zu entscheiden. Auch die Assistenz zur Selbsttötung ist möglich. Das hat nichts mit Tötung auf Verlangen zu tun, denn die Tatherrschaft muss immer beim Patienten selbst liegen. Das heißt, er oder sie muss sich selbst töten. Er oder sie muss das Glas mit den todbringenden Medikamenten selbst zu sich nehmen. Der Helfer kann diesen Becher vielleicht auf einem Wägelchen mit Trinkhalm vor den Mund stellen. Aber der Patient muss selbst steuern können, ob er wieder aufhört zu trinken.

ZEIT ONLINE: Aber wie kommt er oder sie an das Medikament?

Vollmann: Das ist der zentrale ethische Konflikt. Was hilft der Patientin das Recht auf Selbstbestimmung, wenn sie die Mittel nicht hat, sich selbst zu töten? Unter medizinethischen Gesichtspunkten sollte dieses Selbstbestimmungsrecht beinhalten, dass der Arzt die Möglichkeit hat, die Medikamente zu verschreiben. Das Gegenargument ist erstens immer, die Aufgabe des Staates sei der Lebensschutz. Aus meiner Sicht geht dieser Lebensschutz jedoch ins Leere, wenn der Patient den gegenteiligen Wunsch hat. Das überzeugt nicht.

Es ist jedoch ein zweites Argument zu beachten. Die Mehrheit der Suizide und Suizidversuche sind die Folge einer psychischen Erkrankung oder einer psychischen Krisensituation. Ein schwer depressiver Patient zum Beispiel ist häufig nicht selbstbestimmt, er kann nicht einschätzen, dass er aus seinem Leiden wieder herauskommen kann. Hier wäre ich sehr skeptisch und würde sagen: lieber behandeln und das Leben retten. Der Patient muss ausreichende Informationen erhalten, um sich selbst ein Urteil gebildet zu haben und die Konsequenzen zu kennen, und dann muss er immer noch entscheiden: Ich will nicht weiterleben.

ZEIT ONLINE: Gibt es denn klare Kategorien, anhand derer man feststellen kann, ob jemand wirklich selbstbestimmt entscheidet?

Vollmann: Ja, und es ist wichtig, das transparent und sicher festzustellen und auch zu dokumentieren. Der Arzt sollte zunächst detailliert informieren, welche Möglichkeiten es in der modernen Palliativmedizin und Pflege gibt und wie das Behandlungskonzept genau aussehen würde. Viele Patienten stellen sich vor, ihr Leben würde nur noch unter den Bedingungen auf der Intensivstation fortgesetzt. Sie wissen nicht, dass sie auch zu Hause gepflegt und behandelt werden können. Dass sie erst einmal versuchen können, wie sie selbst und die Familie damit klar kommen.

Man sollte den Patienten deshalb auffordern, mit eigenen Worten die ärztlichen Informationen zu wiederholen, damit der Arzt sicher ist, dass der Kranke sie wirklich verstanden hat. Wenn er nach dem Verstehen aller Behandlungsangebote trotzdem nicht weiterleben will, muss herausgefunden werden, ob der Suizidwunsch mit der Werthaltung des Patienten übereinstimmt. Oder ob es sich nur um eine kurzfristige Willensäußerung aus der Verzweiflung heraus handelt.

Es stellen sich also Fragen wie: Was bedeutet das Sterben für mich, die Familie und Angehörigen. Hadere ich im Grunde damit, weil ich gläubiger Katholik bin und denke, das Leben sei ein Geschenk Gottes, das ich nicht beenden darf? Oder bin ich schon immer ein atheistischer Philosoph gewesen? Der Arzt muss erkennen, ob der Wunsch zu sterben stimmig und authentisch ist und ob der Patient selbstbestimmt urteilen kann.

ZEIT ONLINE: Was würden Sie sich wünschen?

Vollmann: Zunächst einmal wünsche ich mir, dass das Thema in den Fachkreisen und in der öffentlichen Diskussion bekannter wird. Dann wären schon viele Missverständnisse aus der Welt geschaffen. Denn nur in wenigen Einzelfällen ist die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung angebracht. Ärzte schöpfen bei der Therapiebegrenzung nicht aus, was sie schon dürfen. Das ist verständlich, denn Abbrechen ist viel schwieriger als eine Behandlung anzufangen. Normalerweise ist das auch gut so. Aber es gibt Situationen, wo der Abbruch der Behandlung die gute Medizin ist. Der überwiegenden Zahl der Patienten wäre damit schon geholfen. Die meisten möchten sich gar nicht selbst töten.

ZEIT ONLINE: Warum wissen so wenige Menschen Bescheid?

Vollmann: Es gibt zwar ein neues modernes Patientenverfügungsgesetz. Nach meiner Erfahrung sind die Anfragen nach Fortbildungen in den Krankenhäusern auch gestiegen. Aber viele Ärzte sind noch sehr zurückhaltend. Und es gibt auch nicht genügend Beratungsangebote für die Patienten. Die Ärzte können diese Beratung auch nicht angemessen abrechnen. Trotzdem können sich die Patienten rechtzeitig Gedanken machen und ihre Meinung dokumentieren, Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten erstellen.

ZEIT ONLINE: Und was würden Sie sich als Folge des Straßburger Prozesses wünschen?

Vollmann: Dass die ärztliche Assistenz zur Selbsttötung nicht generell verboten und sanktioniert wird. Sie sollte sowohl strafrechtlich als auch nach dem Betäubungsmittelrecht und dem Standesrecht der Ärzte in konkreten Einzelfällen erlaubt sein. Denn ich halte es für menschenverachtend, wenn man den Betroffenen sagt, sie könnten sich ja auch aufhängen oder vor den Zug werfen. Unsere Patientin hätte diese Option ohnehin nicht gehabt.

COPYRIGHT: ZEIT ONLINE

ADRESSE: <http://www.zeit.de/gesellschaft/familie/2010-11/sterbehilfe-strassburg>