

**ZEIT Forum der Wissenschaft – 24.10.2005**

## **“Palliativmedizin: Das Recht auf einen würdigen Tod“**

**Christian Wachs**

Meine sehr verehrten Damen und Herren, im Namen der ZEIT-Stiftung Ebelin und Gerd Bucerius möchte ich Sie alle heute Abend hier ganz herzlich begrüßen.

Ein Blick in unser Grundgesetz ist eine gute Vorbereitung für den heutigen Abend. Es sagt in Art. 1: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen, ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ Doch scheint es Phasen zu geben, in denen dieser Schutz Auslegungssache ist, wenn nicht gar als verhandelbar gilt, vor allem am Anfang und am Ende eines menschlichen Lebens.

Der Hamburger Justizsenator Roger Kusch hat mit seinem Plädoyer für die aktive Sterbehilfe die Diskussion, welchen Schutz die menschliche Würde eigentlich verdient, erneut angefacht. Doch der Ausgangspunkt dieser Diskussion liegt bereits 30 Jahre zurück. Mit Slogans wie *mein Bauch gehört mir* begann damals die Diskussion über Schwangerschaftsabbrüche. In der Abwägung zwischen der Verzweiflung der werdenden Mutter und dem Lebensrecht des Embryos hat der Gesetzgeber einst eine salomonische Lösung gefunden, rechtswidrig, aber straffrei. Eine Rechtsordnung, die dies zulässt, kann klug beraten sein. Sie löst aber nicht das ethische Dilemma, das sich mit und in dieser Regelung verbirgt. Und sie ermutigt Nachahmer, auch an anderen Punkten als beim ungeborenen Leben Formelkompromisse bei der Beurteilung der Menschenwürde einzugehen.

Innerhalb einer Generation hat sich das Rechtsempfinden nachhaltig verändert. Die Debatte um die aktive Sterbehilfe mit ihrer Forderung nach der Möglichkeit einer neuen Euthanasie bezieht sich analog auf die Abtreibungsregelung. Unklares Recht rächt sich eben irgendwann.

Schon längst ist die Diskussion um die Sterbehilfe keine Fachdebatte mehr, sondern sie findet inmitten unserer Gesellschaft statt. Nach einer Forsa-Umfrage sprechen sich 74 % der Deutschen dafür aus, Ärzten die Möglichkeit zu gewähren, unheilbar Kranken auf deren ausdrücklichen Wunsch ein tödliches Mittel zu verabreichen. Der Bundespräsident hat sich jüngst gegen aktive Sterbehilfe ausgesprochen und verlangt eine gesetzliche Neuregelung zum Umgang mit Patientenverfügungen. Diese Diskussionen zur Frage des selbstbestimmten Sterbens füllen seit Jahren Zeitungsseiten ebenso wie die Akten der höchsten deutschen Gerichte. Dennoch bleibt das, worum es geht, nämlich der mutmaßliche Wille des Patienten, in vielen Fällen kein Wille, sondern reine Mutmaßung.

Auch im Gegenwartskino ist Euthanasie ein hochaktuelles Thema. Clint Eastwoods Film „Million Dollar Baby“ und Alejandro Amenábars „Das Meer in mir“, beide im Jahr 2005 mit Oscars bedacht, lösten heftige Debatten aus, denn sie drehen sich exakt um das heutige Thema.

Bei all diesen Überlegungen treten zuweilen die Wünsche der Patienten in den Hintergrund, die ebenso einfach wie einleuchtend sind. Die allermeisten Patienten, die den Tod vor Augen haben, ziehen einen Tod in der eigenen häuslichen Umgebung, zumindest aber im gewohnten Umfeld vor. Sie haben Angst vor Einsamkeit, Fremdbestimmung und Schmerzen am Ende ihres Lebens. Hier kommt die Palliativmedizin und die Hospizarbeit ins Spiel. Sie ist nicht auf Heilung einer Krankheit ausgerichtet, sondern soll das Sterben in Würde erträglicher machen, indem unnötiges Leiden durch Behandlung gemildert wird und bei suizidgefährdeten Menschen der Wunsch zu Sterben schwindet. In der Palliativmedizin und in der Hospizarbeit ist Deutschland erst am Anfang seiner Möglichkeiten.

Bei uns schaut man häufig auf die europäischen Nachbarn, wenn man gedanklich nicht mehr weiter kommt. Oftmals geht der Blick zuerst nach Holland. In diesem Fall führt er zu extrem zwiespältigen Eindrücken. Holland und Belgien sind seit 2002 weltweit die ersten Nationen, die Ärzten erlauben,

unter bestimmten Bedingungen tödliche Injektionen zu verabreichen. Ein großer Teil der Fälle von aktiver Sterbehilfe wird meist überhaupt nicht gemeldet und entzieht sich damit jeder Kontrolle. Immer mehr Niederländer tragen so genannte *Lebenswunscherklärungen* bei sich, indem sie die aktive Sterbehilfe ablehnen und glauben, ihrem Wunsch nach lebenserhaltenden Maßnahmen Erklärung schulden zu müssen. Mit Verlaub, das ist für viele ein schreckliches Bild.

Andererseits sind die Niederlande auf dem Gebiet der Palliativmedizin und der Hospizarbeit führend. Bereits seit 1998 können Arbeitnehmer zur Pflege sterbender Angehöriger bis zu sechs Monate bezahlten Urlaub nehmen. Sie werden dabei noch zusätzlich gefördert vom Staat. Palliativmedizin ist fester Bestandteil der staatlichen Gesundheitsforschung. An drei Lehrstühlen und sechs Forschungszentren für Palliativmedizin wird Ärzten und Pflegern das jeweils aktuellste Wissen vermittelt. Die Zahl der Palliativ- und Hospizbetten entspricht dem staatlich ermittelten Bedarf. Zwei Welten existieren hier offenkundig nebeneinander. Ausgerechnet im Land der aktiven Sterbehilfe und der Lebenswunscherklärung werden Sterbende offenbar intensiver und auch besser betreut als in Deutschland.

Mit ausgewiesenen holländischen und deutschen Experten diskutieren heute Abend Andreas Sentker aus der ZEIT und Ulrich Blumenthal vom Deutschlandfunk. Sie erörtern das Quadrat aus Würde, Wohl, Wehe und Wille, in dem sich die ganze Diskussion rund um die Sterbehilfe abspielt – mit all ihren Chancen und Risiken.

Für die ZEIT-Stiftung und den ZEIT Verlag danke ich den Podiumsteilnehmern für ihr Kommen und Ihnen, meine Damen und Herren, selbstverständlich auch. Ich wünsche Ihnen einen angenehmen und erkenntnisreichen Abend.

### **Moderation**

“Töten Sie mich, sonst sind Sie ein Mörder“, soll der sterbenskranke Franz Kafka seinen Arzt angeschrien haben. Der weigerte sich, seinen Patienten mit

einer Überdosis Morphin umzubringen. „Nicht durch die Hand eines anderen sollen Menschen sterben, sondern an der Hand eines anderen“, hat Bundespräsident Horst Köhler vor wenigen Tagen gesagt. Von Kafka zu Köhler, man merkt, sie ist verspätet die Debatte um den würdigen Tod. Die Begriffe sind unscharf, die Rechtslage unklar. In jedem Jahr sterben in Deutschland 900.000 Menschen. Sie sterben meist im Verborgenen, doch der Tod ist ein Tabu-Thema. Heute brechen wir dieses Tabu.

Wir wollen hier in den nächsten 80 Minuten beim ZEIT-Forum der Wissenschaft über das Recht auf einen würdigen Tod diskutieren. Auf dem Podium in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften haben Platz genommen: Prof. Hanfried Helmchen, Mitglied der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften, Psychiater. In zwei Wochen erscheint sein Buch „Ethik in der Altersmedizin“. Rob Jonquièere, Vorstand der niederländischen Vereinigung für ein freiwilliges Lebensende, Prof. Eckhard Nagel, Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth, Mitglied des Nationalen Ethikrates, Prof. Lukas Radbruch, Direktor der Klinik für Palliativmedizin am Universitätsklinikum Aachen, und Dr. Wolfgang Wodarg, Mitglied des Deutschen Bundestags und Sprecher der Enquetekommission Ethik und Recht der modernen Medizin des Deutschen Bundestags.

Wir haben hier im Publikum eine Umfrage vorgenommen und haben den Versammelten drei Fragen gestellt: Haben Sie eine Patientenverfügung geschrieben? Befürworten Sie die Aktive Sterbehilfe? Würden Sie sich eine Suizidpille in den Nachtschrank legen?

Die Frage nach der Suizidpille im Nachtschrank ist von der Mehrzahl mit Nein beantwortet worden. Eine ganz knappe Mehrheit gibt es auf die Frage, befürworten Sie die aktive Sterbehilfe, und die Mehrzahl hat keine Patientenverfügung geschrieben. Meine Herren, Herr Nagel, wie sieht es bei Ihnen aus?

### **Eckhard Nagel**

Ich persönlich habe eine Bevollmächtigung ausgestellt, dass meine Frau für mich entscheiden kann im Hinblick darauf, was passiert, wenn ich keine Möglichkeit mehr habe meinen Willen auszudrücken. Eine Patientenverfügung trage ich nicht bei mir, weil ich das Gefühl habe, dass meine Frau das dann hoffentlich doch schon ganz gut regeln wird. Es ist allgemein bei meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt, was ich von einer Überdosis Intensivmedizin halten würde in einer Situation, wo das vielleicht nicht mehr angemessen ist.

### **Rob Jonquière**

Natürlich habe ich eine Patientenverfügung und ich bin pro aktive Sterbehilfe. Das ist klar, weil es mein Glaube ist, dass der Mensch das Recht hat, Entscheidungen über sein Leben zu machen. Da der Tod sicher ein Teil des Lebens ist, kann der Mensch auch für den Tod eine Entscheidung treffen. Dafür habe ich eine Verfügung, damit meine Familie weiß, was ich will.

### **Moderation**

Herr Helmchen, wie sieht es bei einem Buchautor aus, der über Ethik in der Altersmedizin schreibt? Haben Sie eine Patientenverfügung gemacht?

### **Hanfried Helmchen**

Jawohl, ich habe auch eine Patientenverfügung und – ähnlich, nur umgekehrt, wie Herr Nagel es gesagt hat – meine Frau hat keine gemacht. Ich habe mit vielen Menschen darüber gesprochen. So wie das Umfrageergebnis hier im Auditorium war, hat auch nach meiner Erfahrung die Minderheit der Menschen eine Patientenverfügung. Bei Menschen, die überhaupt darüber nachgedacht haben, warum sie eine Patientenverfügung ablehnen, gibt es durchaus tiefgreifende Überlegungen. Das Hauptargument ist: *Ich weiß nicht, was mir in fünf, zehn oder auch in fünf Monaten wirklich zustößt. Ich kann mir diese Situation auch nicht konkret genug vorstellen, um dafür jetzt schon eine Entscheidung zu treffen. Ich verlasse mich darauf, dass die Menschen, die mich versorgen, dann, wenn ich nicht mehr selbst entscheiden kann, das nach den*

*tradierten Grundprinzipien des ärztlichen Berufes und der Pflegepersonen richtig machen werden.*

### **Lukas Radbruch**

Meine Patientenverfügung ist ziemlich kurz, im Prinzip nur ein Abschnitt, weil ich es – genau wie Herr Nagel – für wichtiger halte, dass ich eine Vorsorgevollmacht habe, in der meine Frau als mein Vertreter eingesetzt ist und dann für mich entscheiden kann. Ich erlebe in der Arbeit immer wieder, dass man sich als Gesunder kaum vorstellen kann, wie sich die Werte verschieben, wenn man eine schwere Erkrankung hat. So, wie ich jetzt hier sitze, kann ich keine Entscheidungen treffen für den Zustand, in dem ich dann vielleicht später sein werde. Meine Frau weiß aber, wie ich in solchen Dingen entscheiden würde und kann mich dann vertreten.

### **Wolfgang Wodarg**

Ich habe nichts schriftlich formuliert, sondern ich halte es für wichtig, jemanden zu bevollmächtigen. Bei mir ist es auch so, dass ich mich auf diejenigen verlassen möchte, die es schwer genug haben, dann zu entscheiden. Ich bin da zuversichtlich und kann mir auch nicht die Situation ganz konkret vorstellen. Deshalb will ich sie auch nicht aufschreiben. Ich möchte allen sagen, dass ich sehr am Leben hänge und schon dafür bin, dass alles unternommen wird, dass ich am Leben, welches ich nur einmal habe, dann auch so lange wie möglich sein darf. Von daher bin ich auch bereit Schmerzen auf mich zu nehmen oder schwierige Situationen durchzumachen, obwohl das heute keiner muss. Ich möchte so lange leben, wie es nur geht.

### **Moderation**

Sie gehören der Enquetekommission Ethik und Recht der modernen Medizin an. Die hat lange Zeit über die Patientenverfügung oder den Willen, wie möchte ich sterben, diskutiert. Sie haben ein Votum abgegeben, in dem es heißt, diese Patientenverfügung sei wirklich nur für den letzten Abschnitt der Krankheit, wenn es überhaupt keinen Weg mehr zurück gibt, einigermaßen verbindlich, aber auch da komme es noch auf den Arzt an. Entwerten Sie nicht die ganzen

Patientenverfügungen von Menschen, die sich anders als Sie entschlossen haben? Sind diese Menschen dann doch am Ende ausgeliefert?

### **Wolfgang Wodarg**

Das Problem bleibt immer: Ist das, was man aufgeschrieben hat, das Zutreffende? Ist es das, was dann wirklich die Situation ist? Stimmt das überein? Ist das, was ich aufgeschrieben, was ich mir vorgestellt habe, wo ich schriftlich Entscheidungen getroffen habe, identisch mit dem, was jetzt in der Wirklichkeit zu entscheiden ist? Das ist eben sehr, sehr selten der Fall. Dann wird es auch eine Erleichterung sein für die Betroffenen, die dann entscheiden müssen. Wenn ich weiß, ich habe eine bestimmte Krankheit, ich habe einen Krebs und weiß, dieser Krebs neigt dazu bestimmte Komplikationen zu machen, dann kann ich mir für die drei, vier verschiedenen Komplikationssituationen, die auftreten können, sagen: *Wenn das passiert, dann möchte ich das und das, wenn jenes passiert, dann das und das*. Das kann ich noch rechtzeitig machen. Eine solche Patientenverfügung hat dann auch großen Wert für alle Beteiligten. Aber eine allgemeine Verfügung für irgendwas, was da mal kommen kann, verschiebt praktisch nur das Problem. Obwohl man da etwas aufgeschrieben hat, ist die Klarheit häufig nicht gegeben.

### **Moderation**

Herr Radbruch, verschieben Sie die Verantwortung auf Ihre Frau oder sehen Sie mit dieser Entscheidung voraus, wie vielfältig und wie kompliziert, different das Leben und auch der Tod, das Lebensende sein kann?

### **Lukas Radbruch**

Ich habe da so meine Erfahrungen. Wir sehen zunehmend, dass Patienten mit einer Patientenverfügung kommen. Aber ich habe bis jetzt noch nicht einmal erlebt, dass die Entscheidung, die jetzt gerade anstand, in der Patientenverfügung drin war. Ich kenne auch keinen Kollegen, bei dem genau diese Entscheidung, die jetzt zu treffen war, in der Patientenverfügung festgehalten war. Selbst wenn das eine achtseitige handschriftliche ausführliche, detaillierte Patientenverfügung ist, die nach Beginn der

Erkrankung geschrieben worden ist, haben wir erlebt, dass Patienten jetzt aber anders entscheiden möchten, wenn sie das noch ausdrücken können. Wir erleben, dass eben doch nicht genau das drin stand oder dass jemand sagt, *Moment mal, das habe ich gar nicht so genau gewusst, mir fehlten diese Informationen, wie es eigentlich weitergeht.*

Deswegen unsere Betonung einer Vorsorgevollmacht, weil wir sagen, eine Patientenverfügung gibt uns einen Anhalt darüber, nach welchen Grundsätzen ein Patient entscheidet. Aber es gibt keine Hilfe für die konkrete Situation.

### **Moderation**

Herr Nagel, wie weitreichend ist die Vollmacht, die Ihre Frau hat? Erzählen Sie uns Details. Kann es nicht auch sein, dass Ihre Frau in eine Situation kommt, wo sie sagt, *diese Situation hat mein Mann mit der Übertragung der Verantwortung nicht vorher gesehen?*

### **Eckhard Nagel**

Ich glaube, das ist das generelle Missverständnis, was in den beiden Meinungsäußerungen zum Tragen gekommen ist, zu sagen, man muss es möglichst detailliert machen. Herr Wodarg hat ja eingeräumt, man kann am Ende eigentlich gar nicht genau wissen, was die konkreten Situationen sind. Ich bin selbst auch als Chirurg tätig und konfrontiere meine Patienten vor einer Operation mit der Frage einer Patientenverfügung, aber nicht dahingehend, dass ich sozusagen die *Einwilligungskomplikationsbesprechung* noch mal in anderer Form in eine Patientenverfügung übertragen und sagen will, *also, wenn dieses oder jenes passiert, dann möchte ich dieses oder jenes tun.* Ich glaube, das ist völlig unangemessen in der Situation, wo ich vor einer Operation stehe. Sondern das, was ich in einer Patientenverfügung oder auch in einer Vorsorgevollmacht kenntlich mache, ist meine Einstellung zum Leben, meine generelle Einstellung, nicht die Frage, ob ich eine Dialysebehandlung machen möchte oder ob ich in einer intensivmedizinischen Beatmungssituation zwei oder drei Wochen beatmet werden will, sondern wie stehe ich prinzipiell zum Leben. Welche Vorstellung habe ich? Was passiert nach meinem Tod? Das

sind doch die Punkte, die letztendlich in solch einer Vorsorgevollmacht zum Tragen kommen und auch in einer allgemeinen Patientenverfügung.

Ich glaube, man sollte die Patientenverfügung nicht mit einer Diskussion entwerten, die dahin geht, dass alles möglichst detailliert da drin stehen soll und, wenn es nicht detailliert da drin steht, keinen Wert hat. Das ist etwas, was meines Erachtens in die völlig falsche Richtung geht. Ich wäre froh, wenn wir das möglichst offen halten, um das Zentrum der Diskussion – das ist am Ende das Arzt-Patient-Verhältnis, das Vertrauensverhältnis zwischen denen, die therapieren und begleiten, und denjenigen, die sterben – nicht mit einer Form von Bürokratie zu überfrachten, die keinem in irgendeiner Weise hilft.

### **Hanfried Helmchen**

Zwei Bemerkungen: Ich würde das wesentliche Element der Patientenverfügung darin sehen, dass Menschen sich überhaupt mit der Frage ihrer Endlichkeit beschäftigen und darüber mal nachdenken.

**Einwurf Moderation**      Kann man doch ein Buch schreiben.

Natürlich, man kann vieles machen, aber ich glaube, die öffentliche Diskussion über die Patientenverfügung hat dieses Thema tatsächlich vielen Menschen näher gebracht und damit vielleicht auch manche Gedanken zur Endlichkeit des eigenen Lebens angestoßen.

Konkreter Fall: Ein Jurist sieht in seiner nächsten Familie einen Menschen mit einer schweren Demenz zum Ende kommen. Und er schreibt in seiner Patientenverfügung: *Wenn es bei mir ausbrechen sollte, dann will ich so nicht weiterleben. Dann soll keine Behandlung mehr gemacht werden, womöglich lebensverlängernde Maßnahmen abgebrochen werden.*

Das Schicksal will es so, dass dieser leitende Jurist eine schwere Demenz bekommt. Er muss in ein Pflegeheim. Er wird in dem Pflegeheim umsorgt und scheint den Tag ganz gut zu erleben. Er lässt sich in den Garten fahren, hört

scheinbar die Vögel singen. Er freut sich, aber man kann gar keinen richtigen Wortkontakt mehr mit ihm haben, weil die Demenz so fortgeschritten ist. Die Ärzte stehen nun vor der Situation: Er kriegt eine Bronchitis, nicht mal eine richtige Pneumonie. Behandeln oder nicht behandeln? In der Patientenverfügung steht klar drin, *in diesem Fall nichts machen, nicht behandeln*, denn dann würde die interkorrente, die Zweitkrankheit zum Tode führen. Die Ärzte und auch das Pflegepersonal meinen aber, in dieser Situation ist der aktuelle – die Juristen sagen dann *der natürliche* – Wille der, dass er sich eigentlich vielleicht am Leben erfreut, aber auf jeden Fall nicht sterbenswillig aussieht. Was macht man dann?

In solch einem Fall wäre die Ehefrau oder eine nahestehende Person, die von dem Betreffenden bevollmächtigt ist, sehr hilfreich, um mit dem Arzt und den Pflegepersonen gemeinsam zu überlegen, was machen wir denn nun, um dem Willen des Kranken Rechnung zu tragen und andererseits auch unserer ethischen Verpflichtung nachzukommen, die Sie, Herr Wodarg, vorhin ja sehr deutlich formuliert haben.

### **Moderation**

Nun kann ja nicht jeder sein Leben und die Entscheidung über die Art des Lebensendes vertrauensvoll in die Hände seiner Frau legen. Es soll ja auch Familien geben, in denen die Enkel und Verwandten auf das Ableben der reichen Erbtante geradezu warten. Wie gehen wir denn mit solchen Situationen um?

### **Hanfried Helmchen**

Es ist die Pflicht derjenigen, die dann entscheiden müssen, zu therapieren oder nicht zu therapieren. Sie müssen sich Gedanken machen, was will der Mensch, der mir anvertraut ist? Dazu gehört auch eine entsprechende Fremdanamnese. Das heißt, man muss versuchen mit Angehörigen zu sprechen. Man muss versuchen sich ein Bild zu machen, welche Interessen stecken wohl dahinter, und versuchen solche Konflikte zu erspüren. Die sind auch häufig zu spüren. Da ist es oft so, dass Angehörige Ja sagen und der Arzt oder das

Pflegepersonal spürt aber, da steckt irgendwas dahinter. So einfach kann ich dem nicht folgen, sondern da müsste ich noch mal Klärung haben. Im Zweifelsfall kann man so was dann ja auch vor Gericht klären lassen.

### **Moderation**

Mir scheint die Debatte um die Patientenverfügung in Deutschland etwas fest zu stecken. Ein Gesetzentwurf des Bundesjustizministeriums ist zunächst mal wieder zurückgezogen. Es gibt zwei verschiedene Voten von Enquetekommission und Ethikrat. Der Ethikrat möchte – jedenfalls in der Mehrheit – die Patientenverfügung etwas verbindlicher machen. Auf der anderen Seite, Herr Wodarg, schildern Sie sehr genau, in welchem Dilemma auch die Ärzte in solchen Situationen stecken. Ist nicht dringend Rechtssicherheit erforderlich, nicht nur im Sinne der Patienten, sondern um auch den behandelnden Ärzten zu helfen?

### **Wolfgang Wodarg**

Es ist immer wieder die Frage, ob man Rechtssicherheit über juristische Gesetzgebung am Ende tatsächlich erreichen kann? Das Beispiel, was Herr Helmchen erzählt hat, ist doch relativ markant. Wir würden jetzt annehmen, dass die Ehefrau sagt, *meinem Ehemann geht es eigentlich ganz gut*. Die allgemeine Situation, die gefühlte Lage ist so, dass die Ärzte und Pflegekräfte auch einer Behandlung der Bronchitis zustimmen. Was machen wir denn, wenn die Frau sagt, *nein, ich glaube, mein Mann hat das damals so aufgeschrieben, ich möchte, dass diese Bronchitis nicht behandelt wird?* Dann beginnt doch sofort die Situation, dass man diskutiert, *na ja, kann die Frau das überhaupt entscheiden?* Ist es überhaupt legitim, Selbstbestimmung an dieser Stelle bis zum Ende zu betreiben? Ich glaube, da müssen wir uns mal klar festlegen.

Auf der einen Seite sagen wir, dass ich selber tatsächlich zu jedem medizinischen Eingriff meine Zustimmung geben muss, solange ich zustimmungsfähig bin, und dass ich auch ganz bewusst auf Behandlung verzichten kann. Es muss doch möglich sein – auch in der Situation, wo ich für mich im Vorhinein entscheide, weil ich später unter Umständen nicht mehr

selbst zustimmen kann –, eine solche Verbindlichkeit tatsächlich zu erzielen und nicht aus der Situation heraus das Ganze dann noch mal umzustößen unter Maßgabe: *Vielleicht hat sich ja mein Wille geändert. Vielleicht gibt es einen natürlichen Willen, der meinem anderen, vorherigen Selbstbewusstsein nicht mehr entspricht.* Ich glaube, dass das tatsächlich auch Fragen sind, die wir schlussendlich gar nicht wirklich beantworten können, die mehr unser Menschenbild widerspiegeln, mit dem wir dann argumentieren.

### **Rob Jonquière**

Ich glaube, für die Niederlande ist diese Diskussion eigentlich eine fremde Diskussion. Wir haben natürlich Patientenverfügungen. Es gibt zwei, eigentlich drei. Die eine ist eine Verfügung, die sagt, ob Behandlung geschehen darf oder nicht. Die andere ist die Erklärung, mit der man um aktive Sterbehilfe bittet.

In den Niederlanden ist die Diskussion über Patientenverfügungen, die Sie im Augenblick führen, eigentlich schon seit 1995 reguliert. Das ist ein Gesetz, das sagt, dass der Patient das Recht hat, auf eine Behandlung zu verzichten. Ein Arzt soll auch den Verzicht nachleben, sonst kann man das Gericht in Anspruch nehmen. In unserer Diskussion geht es um die aktive Sterbehilfe. Das ist ungefähr dieselbe Diskussion, die Sie hier über die Patientenverfügung haben.

### **Wolfgang Wodarg**

Es ist in Deutschland ja auch so, dass jeder das Recht hat eine Therapie zu verweigern. Das Dilemma entsteht ja dann, wenn man nicht weiß, was er will und wenn man weiß, dass der Patient diese Situation gar nicht voraussehen konnte. Das heißt, das Angewiesensein auf andere ist das Problem. Ich sehe da noch ein vorgelagertes Problem. Die Möglichkeit zu bestimmen, wo ich mich in so einer Situation befinde, ist sehr, sehr wichtig. Bin ich da, wo ich in die Menschen, die dann entscheiden, Vertrauen haben kann? Oder bin ich an einer Stelle, wo mich das Schicksal hingeworfen hat und keiner hilft mir woanders hinzukommen, wo ich mehr Vertrauen hätte? Das heißt, ich komme in ein Krankenhaus. Ich werde dort zufällig eingewiesen. Ich kenne da keinen, bin fremd. Ich bin dann in dieser letzten Frage natürlich auf die Menschen

angewiesen, die da Verantwortung haben. Es wäre schön, wenn man auch diskutierte, welches Recht und welche Möglichkeiten ich habe. Wie kann ich fordern, wie von der Möglichkeit Gebrauch machen, dass ich noch dahin komme, wo ich Leute kenne, wo ich Vertrauen habe? Das Recht, verlegt zu werden, das Recht woanders hin zu kommen, wird viel zu wenig diskutiert und viel zu wenig wahrgenommen.

### **Helmfried Helmchen**

In Holland ist die Freigabe der aktiven Sterbehilfe übrigens ein kaschierendes Wort. Es geht nicht um Sterbehilfe in diesen Fällen, sondern es geht um Hilfe zum Tode, nicht Hilfe beim Sterben, sondern Hilfe zum Tode. Ich glaube, diese Klärung auch in der Begrifflichkeit würde die Diskussion etwas verdeutlichen.

Mich hat verwundert: Einerseits ist die Entwicklung der Palliativmedizin in Holland vorbildlich, gemessen an dem deutschen Niveau, wo wir noch viel Nachhilfebedarf haben. So wurde es eingangs dargestellt. Andererseits gibt es gleichzeitig die aktive Sterbehilfe mit ihren mangelnden Kontrollierbarkeiten oder auch Missbräuchen, die es gibt. Meine Frage ist: Hier wird argumentiert, in der Enquetekommission auch völlig zu Recht, wenn es hier rechtliche Regelungen gibt hinsichtlich der Kontrolle des Lebensendes, müssen sie dringend verbunden sein mit konkreten Maßnahmen zur Förderung der Palliativmedizin unter der Vorstellung, je besser die Palliativmedizin ist, umso weniger Bedarf besteht an aktiver Sterbehilfe oder aktiver Hilfe zum Töten, um meine eigenen Worte richtig zu benutzen.

Wenn das aber in Holland so ist, dass mit der Zunahme der aktiven Hilfe zum Tode gleichzeitig die Palliativmedizin entwickelt oder umgekehrt sich Palliativmedizin entwickelt und trotzdem die Zahl der aktiven Hilfe zum Tode nicht nachlässt oder nicht abnimmt, was ist da los? Warum nimmt beides zu? Warum reicht die Palliativmedizin nicht aus, um den Wunsch nach aktiver Hilfe zum Tode zu reduzieren?

## **Rob Jonquière**

Ich weiß nicht sicher, ob die absolute Zahl der aktiven Sterbehilfe nicht ein bisschen rückläufig ist. Ich glaube, dass das speziell in den letzten drei oder vier Jahren seit der Gesetzgebung so geschehen ist. Ich glaube auch, dass es daran liegt, dass wir jetzt eine bessere Palliativmedizin haben. Meiner Meinung nach, kann Palliativmedizin aber niemals alle Fragen für aktive Sterbehilfe wegnehmen. Das ist das, was wir in den Niederlanden sehen.

Wir nennen das nicht aktive Sterbehilfe, wir nennen es Euthanasie, aber in Deutschland ist es immer schwierig das Wort zu gebrauchen. Euthanasie und Palliativmedizin sind nicht zwei verschiedene Sachen. Das sind eigentlich zwei Dinge, die nebeneinander gehören, weil eine Euthanasiehilfe nicht gegeben werden kann, wenn nicht erst einmal eine gute Palliativmedizin auf Terminalversorgung da war. Ich glaube auch und sehe es in den Niederlanden, dass Euthanasie ein guter Schluss von einer sehr guten Palliativsorge sein kann.

## **Lukas Radbruch**

Vielleicht fange ich damit an, dass die letzten Veröffentlichungen aus den Niederlanden klar sagen, dass es erstaunlich wäre, wie selten vor der Euthanasie ein Palliativ- oder Schmerztherapeut dazu gerufen worden ist. Das wird von den niederländischen Kollegen gerade herausgehoben, dass das eben dort nicht der Fall ist. Es gibt viele Patienten, die Palliativmedizin erhalten und viele, die Euthanasie erhalten. Aber vor der Euthanasie wird eben offensichtlich keiner der Spezialisten gefragt.

Mich erschreckt immer wieder, wenn z.B. in Fernsehberichten auch klar wird, dass der Patient, der dort zur Euthanasie befragt wird, der dort nach Euthanasie fragt, unzureichende oder falsche Informationen bekommt, dass ihm dort gesagt wird, *Sie werden später qualvoll ersticken*, während wir wissen, dass wir bei 95 % der Patienten mit dieser Erkrankung Luftnot problemlos beseitigen können.

Zweitens glaube ich – um das mit der gesetzlichen Regelung noch mal aufzunehmen –, dass es keine absolute Sicherheit geben wird. Es wird eher eine Scheinsicherheit geben. Vielleicht ist auch das, was Sie eben zur holländischen Diskussion sagten, ein Beweis dafür. Worüber wir reden, ist ja nicht ein juristisches Problem. Ich möchte z.B. schon gerne eine Patientenverfügung, wenn der Patient sie mitbringt, beachten. Wenn ich sicher bin, dass das wirklich ein gut informierter Patient war, der den Willen aufgeschrieben hat, der der Situation entspricht, er also auch an die Situation gedacht hat, die jetzt vorliegt. Das weiß ich aber eben nicht. Ich habe ein ethisches Problem und kein juristisches.

Auch die Patienten selber sind eigentlich abgedeckt. Es gibt ja ein höchstrichterliches Urteil vom März 2003, wo klar festgehalten wird, dass eine Patientenverfügung beachtet werden muss, wenn nicht Gründe dagegen sprechen. Diese Art des Präzedenzurteils kann von jedem Angehörigen in Anspruch genommen werden. Das heißt, wir müssten sonst schon argumentieren, warum wir eine Patientenverfügung nicht beachten, wenn eine vorliegt.

### **Eckhard Nagel**

Ich glaube, das ist im Moment die Realität. Es wurde gefragt, ob es auch für Ärzte und Ärztinnen gut ist, wenn eine solche gesetzliche Regelung kommt. Es ist keine Frage, dass die Rechtssicherheit dadurch wahrscheinlich erhöht wird, wenn – das muss man gleich einschränken – diese Regelung dann nicht so bürokratisch wird, dass man am Ende damit gar nichts anfangen kann. Ich glaube, das ist ein wichtiger Punkt für den Gesetzgeber, dass man die eigentliche Spannweite der Situation, die auch schon beschrieben worden ist, damit offen lässt und nicht einschränkt.

Herr Wodarg, Sie haben gesagt, dass letztendlich natürlich auch ein Recht da sein muss, dass in Zweifelsfällen für das Leben argumentiert wird. Ich glaube, dass es ziemlich klar ist, dass, wenn keine Eindeutigkeit vorliegt im Hinblick darauf, was der Patient tatsächlich will, immer in dubio pro vita, das hat auch

der Nationale Ethikrat so formuliert, entschieden werden soll. Das heißt also: Wenn ich nicht genau weiß, ob es eine Patientenverfügung, ob es Angehörige gibt, die wissen, was der Patient wollte, muss immer auch noch Folgendes gesehen werden: dass im Sinne dessen gehandelt wird, was das Leben verlängert – auch wenn es vielleicht an manchen Punkten medizinisch gesehen nicht unbedingt der richtige Weg ist.

Ein Punkt zu der Diskussion, die Herr Helmchen auch noch mal mit Holland angestoßen hat: Ich glaube tatsächlich, dass in Deutschland in der Diskussion, die wir jetzt gehabt haben, klar geworden ist, dass Euthanasie und Palliativmedizin nicht zusammengehen. In allen Äußerungen der letzten Tage ist klar geworden, dass alle diejenigen, die gerade gegen aktives Töten und in dem Sinne gegen aktive Sterbehilfe sind, die Palliativmedizin fördern wollen, und zwar als ein Substitut, als die Möglichkeit, auch den Anspruch auf aktive Sterbehilfe vielleicht zu reduzieren.

Es gibt gerade eine aktive Umfrage des Deutschen Ärzteblattes. 56 % der Bevölkerung sind für den Ausbau der Palliativmedizin und Hospizarbeit und gegen die aktive Sterbehilfe. Es kommt also immer auf die Art und Weise an, wie Sie fragen, um am Ende ein entsprechendes Ergebnis zu bekommen.

### **Moderation**

Aber, Herr Nagel, eine Umfrage sagt andererseits wieder, dass 50 % der Vormundschaftsrichter für die aktive Sterbehilfe sind. Das ist eine unveröffentlichte Studie, aber die Aussage auf dem Chirurgenkongress vor einigen Wochen in München. Woran orientiert man sich? Jede Zahl ist anders: Die Umfrage des Stern, dann kommt die Hospizstiftung und sagt, die 75 %, die für aktive Sterbehilfe sind, gibt es gar nicht. Es sind 36 %. Es ist eine Frage der Aufklärung, der Information über Hospiz und Palliativmedizin. Die Entwicklung dieser 36 % ist sogar von 41 auf 35 % in den letzten fünf Jahren rückläufig. Was weiß man eigentlich über die Entwicklung des Patienten in seiner Gesamtheit in Deutschland?

### **Wolfgang Wodarg**

Da können wir doch ganz viel aus Holland lernen. Wenn Sie sehen, dass es Palliativmedizin dort gibt, dass Palliativmedizin dort die ganzen Jahre Thema war und gleichzeitig die Euthanasie, dann sehen Sie eine Polarisierung dieser Debatte. Die einen kümmern sich darum, was mit mir in der Zeit passiert, wenn ich Schmerzen habe. Welche Hilfe ist dann die beste für mich? Auf der anderen Seite sind die, die dieses eigentlich gar nicht so sehr interessiert, die vielmehr von vornherein darauf fokussieren, *ich möchte selbst entscheiden*, und sich mit den Details des Vorausnehmens des Elends, welches da möglich ist, am liebsten gar nicht beschäftigen möchten, sondern *da will ich dann nicht mehr*. Das scheint mir eine Polarisierung zu sein. Die wird gefördert durch diese Diskussion, wie sie in Holland stattfindet.

### **Moderation**

Und dann kommt eine Schweizer Organisation nach Deutschland, will in Hannover eine Niederlassung in der Edenstraße gründen. Was heißt das auf einmal für die Diskussion hierzulande? Schreien jetzt alle auf und sagen *verbieten?*

### **Wolfgang Wodarg**

Wir haben natürlich große Schwierigkeiten, wenn hier in Deutschland dann eine solche Niederlassung eröffnet wird, weil diese Praxis, wie sie in der Schweiz durchgeführt wird, mit Sicherheit in Deutschland nicht gesetzmäßig wäre. Wenn jetzt jemand in Deutschland ein Büro aufmachen und hier illegale Abtreibung und dann auch gleich den Transfer in das entsprechende Land oder illegale Transplantationen anbieten würde, dann würde das unter Strafe stehen. Ich gehe davon aus, wenn eine Organisation in Deutschland für illegale Dinge wirbt und dann diesen Eingriff im Ausland anbietet und vermittelt, dass das dann auch strafbar ist. Ich denke, damit muss jedes Land selber klar kommen. Für ungesetzliche Eingriffe, die dann in dem Land, wo man es selber nicht machen darf, verkauft werden, gibt es Strafe. Das ist bei uns so und sollte auch so bleiben.

### **Moderation**

Da zweifle ich ein wenig. Dignitas wurde 1998 gegründet, hat 5.000 Mitglieder, mehr Deutsche als Schweizer inzwischen. Seit der Gründung haben 454 Menschen eine tödliche Dosis eines Schlafmittels bekommen, davon 253 Deutsche.

### **Wolfgang Wodarg**

Es ist so, dass natürlich jetzt schon viele Menschen – auch durch die Diskussion – wissen, dass in der Schweiz und in Holland und in Belgien anders verfahren wird, dass man auch in Oregon in Amerika diese Medikamente vom Arzt verschrieben bekommt. Es ist aber so, dass man dann in die Schweiz fahren muss. In der Schweiz kommen dann diese Helfer und bringen die tödliche Dosis mit und bleiben am Bett sitzen, bis derjenige, der diese Dienstleistung in Anspruch nimmt, dann auch tot ist. In Oregon ist es anders. Da verschreibt der Arzt auf Wunsch ein Medikament. Man hat das verglichen in den beiden Ländern. Das war sehr, sehr eindrucksvoll. In Oregon war es so, dass von 44 Patienten, die diese Verschreibung bekommen hatten, nicht mal die Hälfte dann diese Medikamente genommen hat. Ein Teil davon ist am Grundleiden dann irgendwann gestorben. Nach einigen Jahren hat man nachgesehen, elf von den 44 waren weder gestorben, noch hatten sie das Medikament genommen. In der Schweiz ist es anders. Wenn man Dignitas anruft, kommen sie. Die sind dann hinterher alle tot, da traut sich keiner mehr dann *Nein* zu sagen, wenn der am Bett wartet. Und man hat ja auch dafür bezahlt.

### **Moderation**

Herr Nagel, noch mal die Frage an Sie: Was ist der Wille hier in diesem Land?

### **Eckhard Nagel**

Ich glaube, man kann nicht formulieren, dass es *einen* Willen gibt. Darum haben wir ja auch die Diskussion und das ist gut so. Wir haben sehr unterschiedliche Entwürfe, was unser Lebensende, was unser Menschenbild,

was unsere Vorstellung nach dem Tode angeht. Ich glaube, das wird in der gesamtgesellschaftlichen Diskussion auch ziemlich deutlich.

Es gibt an der Situation nur einen Punkt, der ganz entscheidend ist: Aktive Sterbehilfe kann für die deutsche Ärzteschaft gar nicht infrage kommen, und zwar aus dem Grund heraus, den Herr Wodrag vorhin gesagt hat. Wenn wir im Zweifel für das Leben und den Lebensschutz argumentieren, dann ist auch klar, dass derjenige, dem ich vertrauen muss, weil ich aus welchen Gründen auch immer akut in ein Krankenhaus gekommen bin, nicht das Recht haben kann mich zu töten.

Insofern ist die Ärzteschaft eine ganz klare Trennungslinie, die sich auch nur mühsam in Richtung Sterbebegleitung bewegt hat. Das liegt an der Tradition. Die Ärzte haben sich früher – auch aus hippokratischer Tradition heraus – von Sterbenden abgewandt. Bis 1990/92/93 war die Sterbegleitung überhaupt kein ärztliches Thema. Das war ein Thema für ganz andere Berufsgruppen. Ärzte hatten an dieser Stelle gar nichts zu suchen. Langsam und sicherlich ein Stückweit verspätet haben wir das in Deutschland auch nachgeholt und werden das auch nachholen. Aber über die Sterbebegleitung hinaus gibt es keine Möglichkeit, dass Ärzte hier im Tötungsrahmen tatsächlich tätig werden.

### **Moderation**

Was wird, wenn die Alternative – Euthanasie versus Palliativmedizin oder Palliativmedizin statt Euthanasie – nicht funktioniert? Ulla Schmidt hat es gerade vorgeschlagen. Wir investieren 250 Mio. Euro. Wir errichten 300 neue ambulante Palliativteams für die Bundesrepublik. Wenn das nicht funktioniert, ist dann nicht der hohe Prozentsatz von 75 % der Leute, die schnell mal sagen, *ich möchte die aktive Sterbehilfe in Deutschland zugelassen haben*, nicht die ganz normale Angst vor dem ganz normalen, ganz alltäglichen Tod? Ist diese Angst nicht geschürt von der Debatte um Pflegeversicherung, von den Berichten über Zustände in Pflegeheimen, von der Angst, dass der Sohn, der Enkel die Oma nicht mehr versorgt und verschwindet? Ist das nicht davon viel

mehr getrieben als vor der Angst vor entsetzlichen Schmerzen, wie sie die Palliativmedizin behandelt?

### **Lukas Radbruch**

Wenn Sie die Umfragen angucken, wird erstens ja nie gefragt, wollen Sie denn aktive Sterbehilfe haben, sondern es wird gefragt: Wollen Sie das in Deutschland legalisiert haben? Auch wenn wir auf einer Palliativstation rumfragen, gibt es tatsächlich gar nicht so wenige Patienten, die sagen, sie sind eher für eine Legalisierung der Sterbehilfe, wenn jemand starke Schmerzen oder eine unheilbare Krankheit und nicht mehr lange zu leben hat. Die gleichen Patienten wollen das für sich aber auf gar keinen Fall. Es geht einmal um eine theoretische Diskussion und zum anderen darum, wie geht es mir jetzt gerade im Moment.

Es wurde gefragt, ob Palliativmedizin dazu führt, dass keiner mehr nach Sterbehilfe fragt. Uns fällt auf, das tut es nicht. Auch auf einer Palliativstation fragen Menschen nach Sterbehilfe. Aber wir wollen gerne wissen, warum sie das tun und stellen fest, dass es oft gute Gründe gibt und dass eigentlich immer ein Bedürfnis nach Kommunikation dahinter steckt. Vereinfacht gesagt: Die Patienten sagen, *ich möchte nicht mehr leben*, aber was sie uns damit sagen wollen, ich möchte *so* nicht mehr leben. Ich möchte nicht ohne Versorgung, nicht ohne Zuwendung leben. Ich möchte vielleicht auch nicht mit Schmerzen leben, also noch mal mehr anstrengen an der Stelle. Bis jetzt haben wir eigentlich immer irgendeinen Weg gefunden, eine gute Problemlösung zu finden, ohne dass wir hätten auf Sterbehilfe zurückgreifen müssen.

### **Wolfgang Wodarg**

Das ist doch vorher schon so, auch bei Menschen, die keinen Krebs haben, die verzweifelt sind, bei den vielen Selbstmordversuche, die wir sehen. Ich habe in einem großen Krankenhaus in Hamburg gearbeitet und habe dort in der Ambulanz, in der Notaufnahme gearbeitet. Jede Nacht kamen Menschen, die nicht mehr leben wollten – ältere, jüngere. Die hatten alle solch plausible Gründe für sich selbst, dass sie es dann tatsächlich auch versucht haben sich

umzubringen. Wir haben sie immer wieder mit Gewalt davon abgehalten. Einige haben es dann noch mal versucht und wir haben sie wieder davon abgehalten. Wir haben wieder den Magen ausgepumpt. Wir haben sie auf die Intensivstation gebracht. Wir haben den Psychologen dazu gebracht, haben versucht ihnen zu helfen. Aber die Hilfsmöglichkeiten, die man dann hat, sind häufig unzureichend. Eine Notaufnahme, eine Krankenhausambulanz hat eine bestimmte Liegezeit, die vertretbar ist. Dann muss das ambulant weitergehen, aber die Schnittstellen sind nicht geregelt. Da ist dann keiner, der sich draußen drum kümmert. Die kommen wieder in dasselbe Elend zurück und dann machen sie noch mal einen Selbstmordversuch. Ich kann gut verstehen, wenn Leute Elend nicht aushalten können. Wenn ihnen dann nichts, keine andere Hilfe geboten wird, ist es traurig mit anzusehen, wie sie dann nach solchen Hilfsmitteln suchen und sagen, *ich möchte nicht mehr leben, bitte helft mir, dann soll der Arzt mir helfen*. Aber es ist dieser Schrei nach Hilfe, der immer dahinter steckt. Der muss uns immer fragen: Was können wir tun, damit dieser Mensch nicht mehr nach Hilfe schreien muss? Was können wir tun, damit er wieder leben will? Das muss die Aufforderung sein. Wir dürfen es uns da nicht bequem machen und einfach das tun, was der Patient will.

### **Moderation**

Herr Wodarg, können Sie absehen, was dann getan werden muss, wenn dieser Patient vor Ihnen liegt, den Magen voller Tabletten, und Sie helfen oder helfen ihm nicht, indem Sie den Magen auspumpen? Das Danach kennen Sie doch auch nicht.

### **Wolfgang Wodarg**

Ich sage das selbstkritisch: Es ist bei uns so, dass es Spezialisten fürs Magenauspumpen gibt. Die holen dann noch einen zweiten Spezialisten, einen Psychiater dazu. Der schätzt dann die Suizidalität ab. Der unterhält sich dann mit dem, wenn er wieder klar im Kopf ist, versucht das rauszufinden, macht vielleicht auch noch eine Fremdanamnese und schreibt dann darüber einen Bericht. Und der Stationsarzt muss entscheiden, ob er den entlässt oder nicht. Es ist eine Wahnsinnsbelastung.

Den Übergang zu schaffen, zu wissen, dass demjenigen, wenn er dann nach Hause geht, auch jemand hilft und die Konflikte mit ihm bespricht, ist nicht sicherzustellen. Das kann auch nicht jeder. Nicht jeder schafft es zum Psychologen zu gehen und diese Schwelle zu überschreiten.

### **Moderation**

Aber ist Suizid nur ein Schrei nach Hilfe oder ist Suizid nicht auch ein Wille? Brechen Sie damit nicht den Willen eines Menschen, der eine Entscheidung getroffen hat?

### **Wolfgang Wodarg**

Ein Wille in einer konkreten Situation, ein Wille, der in einer Situation ausgeführt wurde, wo ich keine Alternativen gesehen habe.

### **Hanfried Helmchen**

Etwa 85 % derjenigen, die einmal oder wiederholt einen Suizidversuch gemacht haben, überleben auf die Dauer. Etwa nur 15 % wiederholen einen Suizidversuch und überleben den dann nicht. Das heißt, die Mehrzahl der Menschen überlebt, dieser Todeswille ist nicht konstant. Und wenn er nur vorübergehend ist, kann er situativ bedingt sein. Er kann auch Ausdruck einer Depression oder anderer Krankheiten sein. Die muss man dann behandeln. Wenn es sich um eine Depression handelt, ist es Aufgabe des Psychiaters, dass er nicht nur als Konsiliarius einen Bericht schreibt, sondern den Patienten in seine Klinik übernimmt und ihn dort behandelt.

Das ist übrigens auch eine Frage zur Patientenverfügung überhaupt. In welcher Situation wird eine Patientenverfügung verfasst? Ist der Betreffende, der eine Patientenverfügung verfasst, gesund? Kann er wirklich bedenken und entscheiden? Hat er vielleicht gerade eine Depression, vielleicht sogar mit Suizidendenzenzen, wo er dann sagt, *ich will keine Hilfe mehr haben?* Aber er stirbt gar nicht, er ist kein Sterbender, sondern er ist ein Verzweifelter, ein Depressiver, der dann eine Patientenverfügung macht, deren

Rechtswirksamkeit eigentlich nicht gegeben ist. Auch das ist zu bedenken bei der Frage der Gültigkeit und Verbindlichkeit einer Patientenverfügung.

### **Moderation**

Während wir hier diskutieren, geht auch in den Niederlanden die Diskussion schon weiter. Wenn ich es recht gelesen habe, geht die Diskussion in die Richtung, dass eine aktive Sterbehilfe auch bei so genannten sozialen Leiden möglich sein darf. Das heißt, wenn ich Ihnen hinreichend nachweise, dass ich des Lebens müde bin und dafür Gründe habe, auch ohne schwer krank zu sein, auch in solchen Fällen soll die Sterbehilfe zulässig sein.

### **Rob Jonquière**

Sie haben Recht, so ist die neue Diskussion. Die Diskussion ist möglich, weil unser Gesetz nicht über eine terminale Krankheit spricht.

Die Diskussion geht dahin, ob man nur krank sein soll, um zu leiden, oder ob auch Leute, die am Ende des Lebens und nicht krank sind, doch sehr ernsthaft leiden können. Das ist eine Diskussion, die schon einige Zeit anhält und noch einige Jahre weitergehen wird.

Ich wollte noch etwas über die Euthanasie sagen. Wenn Sie das mit Suizid und Notfall vergleichen, dann scheint es, als ob in den Niederlanden die Euthanasie nur am Ende des Lebens in die Diskussion kommt. Unsere Erfahrung zeigt, dass – weil Euthanasie eine legale Möglichkeit ist – das Angebot der Euthanasie schon lange Zeit ein Kommunikationsthema zwischen Patient und Arzt ist und nicht nur am Ende des Lebens. Das ist auch so, weil man es erst mit dem Angebot der Palliativmedizin versucht. Wenn das nicht geht, dann kann auch die Euthanasie eine Möglichkeit sein. Weil Euthanasie eine Möglichkeit ist, sehe ich jetzt in den Niederlanden, dass die zwei zusammenkommen. Ich glaube, das ist besser für beide, für Palliativsorge und für Euthanasie.

### **Lukas Radbruch**

Ich persönlich glaube nicht, dass die Gesundheitsversorgung in Holland durch

das Euthanasiegesetz besser geworden ist, zumindest mit den Patienten, mit denen ich spreche, oder von solchen, bei denen man über solche Lebenswunscherklärungen etwas hört.

Herr Wodarg, ich glaube aber auf der anderen Seite auch nicht, dass wir z.B. die tatsächlich terminal kranken Patienten mit suizidalen vergleichen dürfen. Ich glaube, das sind völlig unterschiedliche Gruppen, zwei völlig unterschiedliche Aufträge, die die Medizin auch in der Versorgung hat. Ich habe gerade am Wochenende einen Patienten beim Sterben begleitet, den ich seit 20 Jahren begleite. Ich war junger Assistenzarzt, als ich ihn das erste Mal mit operiert habe. Dieser Mensch hat 20 Operationen über sich ergehen lassen und ist in relativ jungem Alter jetzt gestorben. Er hatte immer Angst vorm Sterben, all die vielen Jahre. Er hatte keine Angst vor Operationen, aber die ganzen Jahre Angst vor dem, was in den letzten Stunden passiert, weil das unabsehbar war. Die ganze Familie war dabei. Es war ein ausgesprochen hilfreiches Umfeld. Dennoch war die Angst immer ständiger Begleiter. Wie werden die letzten Stunden aussehen? Wird es noch mal Situationen geben, in denen ich leide? Werde ich bei Bewusstsein sein? Das sind alles Fragen, die wir auch mit bestem medizinischem Wissen nicht beantworten können.

Ich glaube, da ist es doch auch verständlich, um auf Ihre Frage zurückzukommen, was der Patient, der Mensch möchte, dass man sich sagt: Bei aller guten medizinischen Betreuung möchte ich doch eigentlich keine schwere Leidenssituation. Sie haben sich vorhin hier hingestellt, Herr Wodarg, und haben gesagt: *Schmerzen kann und will ich auch ertragen*. Das ist mutig und sehr honorig. Aber wenn wir jetzt rumfragen würden, wer fest dazu steht, dass er am Ende noch Schmerzen erleidet, ich weiß nicht, ob ich persönlich nicht auch sagen würde, *eigentlich möchte ich gerne wohl behütet einschlafen und schmerzfrei sein*. Das ist legitim. Das in einer Patientenverfügung festzulegen bzw. auch dann zu fragen, *kann mir ärztliche Sterbebegleitung eine Hilfe sein*, das muss gut vermittelt werden. Da müssen die Menschen unterstützt werden. Dann kann man ihnen auch sagen, dass eine aktive Tötungshandlung dazu nicht notwendig ist.

## **Moderation**

Herr Radbruch, so etwas zu gewährleisten, darin sehen Sie die Aufgabe der Palliativmedizin, schmerzfrei, gegen Atembeschwerden, gegen Übelkeit Medikamente einzusetzen, am Ende über eine ambulante palliative Betreuung den Menschen sogar einen würdevollen Tod zu Hause möglich zu machen. Wie sieht denn die Versorgungssituation in Deutschland aus? Es ist so viel auf die Palliativmedizin, die schlechte Versorgung in Deutschland eingeprengelt worden. Schildern Sie doch bitte mal die realen Umstände.

## **Lukas Radbruch**

Ein würdevoller Tod ist zunächst mal für jeden Menschen etwas anderes. Für die meisten, die hier oben sitzen, ist es so, dass man schmerzfrei in Ruhe einschläft. Vielleicht liegt das daran, weil wir Ärzte sind. Wenn Sie sich mit anderen Gruppen unterhalten, ist manchmal ein klares Bewusstsein viel wichtiger.

Wir kennen viele Patienten – und das lernen wir oft erst dann, wenn wir mit anderen Berufsgruppen darüber sprechen –, die sagen, die wollen lieber etwas weniger Schmerzmittel und dafür ein klares Bewusstsein in der letzten Lebensphase behalten. Das sind aber Entscheidungen, die Patienten treffen können. In Würde sterben heißt für mich, dass wir genau diese Vorstellungen und Wünsche in irgendeiner Form aufnehmen können. Auch das Zuhause-Sterben-Können ist für über 70 % der Patienten, der Menschen eigentlich das wichtigste Ziel.

Es gibt in ganz Deutschland Modellversuche, die dazu gemacht werden, wo sich Kollegen die Beine ausreißen und unter Selbstaussbeutung rund ums Jahr zur Verfügung stehen. Wir haben z.B. in Aachen zwei Ärzte, die sich das in einem Modellprojekt teilen. Das heißt, die sind jede zweite Nacht verfügbar und fahren dann zu Patienten hin. Wenn der eine Urlaub hat, ist der andere dann die ganze Zeit da. Das funktioniert allerdings wunderbar. Letzte Woche ist gerade wieder eine Patientin zu Hause verstorben, für die das ganz wichtig war, dass sie trotz der Beschwerden, die sie hatte, nicht wieder ins Krankenhaus

zurück musste. Das ging nur, weil sich dieser Kollege da dermaßen engagiert drum gekümmert hat.

Während wir bei den Palliativstationen, bei den Hospizen – grob gesagt – ungefähr die Hälfte des Bedarfs gedeckt haben, gibt es im ambulanten Bereich überhaupt keine Regelversorgung und nur ein Tropfen auf dem heißen Stein. Da gibt es riesige weiße Flecken auf der Landkarte. Das in irgendeiner Form zu stopfen, ist sicherlich im Moment das wichtige Projekt.

### **Moderation**

Man rechnet, dass man etwa 50 Betten pro eine Million Einwohner in Palliativstationen und Hospizen braucht. Im Schnitt haben wir 26 mit gravierenden Unterschieden. Ich glaube, in Thüringen sind es 8,5 Betten, Baden-Württemberg ist auch sehr schlecht ausgestattet, Bremen dagegen erstaunlich gut. Das heißt, man braucht dann 50 Betten, wenn man eine gute ambulante Versorgung hat. Die haben wir noch nicht.

Aber, Herr Radbruch, wenn wir all diese Beispiele immer wieder sehen von Wach-Koma-Patienten, von den Dingen, die mit der Pflegeversicherung, dem Pflegedienst verbunden sind, dann entstehen Bilder, die auch Angst machen können, dass der würdevolle Tod wirklich so aussieht, wie ich ihn mir als Patient vorstelle, sondern dass er für mich eher mit Leiden verbunden ist. Was muss aus Ihrer Sicht über die Palliativmedizin hinaus passieren, damit dieser würdevolle Tod auch für jeden Einzelnen möglich ist? Die Pflegeversicherung steht wirtschaftlich sehr kompliziert da. Das lässt nicht gerade für dieses Lebensende hoffen.

### **Lukas Radbruch**

Das ist ein Problem. Man muss ganz klar sagen: Eine angemessene Versorgung am Lebensende kostet einfach Geld. Man kann damit argumentieren, dass mit einer guten palliativmedizinischen Versorgung, Hospizbegleitung unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden werden. Dann

kommt vielleicht auch wieder ein bisschen Geld rein. Aber unterm Strich kostet eine gute Versorgung einfach Geld.

### **Wolfgang Wodarg**

Darf ich das relativieren? Geld ist hier gleich Zeit. Denn es kostet dann Geld, wenn man es professionalisiert. Wenn ich den Angehörigen ermögliche, dass sie dabei sein können, weil sie nicht arbeiten müssen z.B., wenn ich diese Möglichkeit als Gesetzgeber schaffe, so wie das in Holland ja der Fall ist, dann kann ich da eine Menge Geld sparen. Dann muss ich diese Betreuung, diese Präsenz nicht von Profis kaufen, sondern es ist sogar derjenige da, den ich kenne, der mit mir zusammensein möchte.

### **Lukas Radbruch**

Dann brauchen Sie aber immer noch die Krankenschwester oder die Altenpflegerin, die im Altenheim eben auch Zeit hat, den Angehörigen mit zu betreuen und zu helfen, die nötige Medikamente verabreichen kann, die nötige Therapien durchführen kann, die alle zwei Stunden eine Lagerung machen kann, wenn es nötig ist. Das ist einfach so. Da können wir eigentlich auch nur sagen, da soll sich die Gesellschaft doch überlegen, wie viel ihr das wert ist, ob diese Investition nicht gemacht werden muss.

### **Eckhard Nagel**

Ich denke, das ist ein wichtiger Punkt. Frau Schmidt hat gesagt, dass sie 250 Mio. Euro zur Verfügung stellen will. Wenn ich das Interview von heute richtig lese, dann sagt sie, *die will ich zur Verfügung stellen, wenn 2,9 Mrd. an anderer Stelle im Gesundheitswesen gespart werden*. Ich glaube, es muss endlich mit dieser Debatte aufhören, zu sagen, wenn ihr irgendwo Rationalisierungspotential im Gesundheitswesen frei schaufelt, dann können wir es in die Palliativmedizin bringen. Das wird in dieser Gesellschaft eher zu einer Verunsicherung führen, so dass die Leute sagen, ja dann doch lieber – wenn ihr dafür kein Geld habt – aktive Sterbehilfe. Es hat dieses Modellprojekt „Support“ in Niedersachsen gegeben, was hervorragend funktioniert hat, wo Theologen, Mediziner und Pflegekräfte sich um onkologische Patienten gekümmert haben.

Obwohl das Projekt ausgezeichnet worden ist, ist es einfach eingeschlafen, nachdem die Drittmittelgeber – die Ärztekammer oder auch die Industrie – weggebrochen sind. Man hat gesagt, im Rahmen der KV gibt es kein Geld, das können wir nicht bezahlen. Wir sind doch definitiv im Moment nicht bereit, Geld in diesen Bereich zu investieren. Ich glaube, das ist ein Punkt, der kann nicht über Jahre hinausgeschoben werden, sondern es muss endlich was geschehen.

### **Moderation**

Herr Nagel, lassen Sie mich nachfragen. Es gibt eine Krankenkasse, die wirbt beispielsweise dafür, die Gesundheitskasse zu sein. Führen wir die Diskussion eigentlich, ohne einen der Hauptbeteiligten mit anzusprechen. Wo sehen Sie die Verantwortung, die Aufgabe oder auch die Pflicht von Krankenkassen? Denn die Altersstruktur und damit die Beitragszahler deutet ja nun eher auf ein Übergewicht der Alten gegenüber den Jungen hin. Damit stellt sich die Frage, wie realistisch sind Szenarien für einen würdigen Tod. Was müssen die Krankenkassen machen?

### **Eckhard Nagel**

Das ist eine ganz naive Frage, die Sie da stellen. Die Pflicht der Krankenkassen wäre das eine. Wir haben 260 Krankenkassen. Die sind in einem Beitragswettbewerb. Diese Krankenkassen bemühen sich, möglichst Versicherte zu haben, die nicht so viel kosten. Jeder weiß aber, dass Kranke am Ende ihres Lebens die meisten Kosten verursachen. Eine Krankenkasse, die sich um Hospize, um Palliativmedizin, um Schmerzmedizin, um Krebskranke kümmert, die wäre mit dem Klammerbeutel gepudert. Da würden sie alle hingehen. Die würde attraktiv werden im Wettbewerb für diejenigen, die am teuersten sind. Das macht keine Krankenkasse.

Wenn Sie als Arzt jetzt Support gemacht haben oder solche guten Dinge machen, dann ist völlig klar, die Krankenkassen drücken sich und gucken weg. Wenn eine Krankenkasse von den 260 das machen würde, das würde sich in der Hospizbewegung rumsprechen, *geh dahin, du kannst ja die Krankenkasse*

*wechseln*. Das ist der Hauptgrund, weshalb keine Krankenkasse von sich aus hier initiativ wird, es sei denn, der Chef der Krankenkasse hat mal schlechte Erlebnisse in der Familie gehabt und meint, da muss er was tun. Das kann im Einzelfall vorkommen. Aber grundsätzlich, ist unser Krankenkassenwettbewerb vom Prinzip her so angelegt, dass in Deutschland nichts passieren wird, wenn nicht der Gesetzgeber die Krankenkassen wieder mal zum Jagen trägt. Das heißt, wenn wir nicht vorschreiben, dass sie das anzubieten haben, was ich für unbedingt erforderlich halte.

Im Bereich der Hospizbewegung haben wir es ja schon getan. Die Hospize werden jetzt über Krankenkassen finanziert und können finanziert werden. Ambulante Schmerztherapie kann mittlerweile auch in Krankenhäusern bezahlt werden, auch durch Krankenkassen. Also, es hat sich was getan. Wahrscheinlich wäre die Politik an dieser Stelle gut beraten, in den Koalitionsverhandlungen, die gerade laufen, diese 250 Millionen erst mal aus Steuermitteln zu finanzieren und zu sagen, *wenn ihr Ärzte und Krankenkassen das dann einspart, dann....*

### **Wolfgang Wodarg**

Sie vertreten Krankenhäuser. Da wird so viel Geld zum Fenster raus geschmissen für unnötige Sachen. Sie kennen den Bericht des Sachverständigenrates über Unter-, Über- und Fehlversorgung. Sowohl die Unterversorgung als auch die Überversorgung, erst recht die Fehlversorgung sind rausgeschmissenes Geld. Da gibt es wirklich sehr, sehr viel Potential.

Wenn wir vergleichen, wie viel andere Länder verbrauchen, um ihre Leute gesund zu halten – so sind das in Skandinavien z.B. 9 % des Bruttoinlandsprodukts, bei uns sind es über 12 % –, dann gibt es einfach keine Entschuldigung dafür. Natürlich muss man gucken, was ist notwendig, was nicht.

### **Eckhard Nagel**

Herr Wodarg, da haben wir gar keinen Dissens. Aber der Dissens liegt da, ob

wir so lange warten sollen, bis die 2,9 Mrd. eingespart sind, bevor wir in der Palliativmedizin Geld investieren, oder ob wir da einen anderen Weg gehen sollten. Ich denke, da sollte man vielleicht ein bisschen in die Vorhand treten.

### **Moderation**

Laufen wir nicht Gefahr, dass der würdige Tod in Deutschland allmählich unbezahlbar wird?

### **Lukas Radbruch**

So viel Geld ist es dann nun wieder auch nicht. Wenn Sie sich mal überlegen, 250 Millionen sind 0,6 % der Ausgaben für die Gesundheitsvorsorge. Das ist jetzt ein Betrag, der noch handhabbar ist.

Es gibt sicherlich auch noch andere Dinge, die man ergänzend machen kann und muss, z.B. eine bessere Ausbildung. Wir fangen damit an, Palliativmedizin ins Medizinstudium zu integrieren. Genauso müsste es in die Krankenpflege reingetragen werden. Noch wichtiger wäre es wahrscheinlich, das an den Schulen in irgendeiner Form zu thematisieren. Es gibt ja extrem viele Menschen, die bis zum 40. Lebensjahr noch nie einen Toten gesehen haben oder auch nur einmal mit dem Tod in Berührung gekommen sind. Wir hatten Krankenschwestern auf der Palliativstation, als wir aufgemacht haben, die vorher noch nie einen Sterbenden oder einen Toten gesehen haben und dann auch unsicher sind, wie man damit umgeht.

Natürlich ist der Tod verdrängt. Gleichzeitig ist aber auch der Tod viel präsenter als er jemals war. Wie viele Todesfälle haben alle von uns schon in irgendeinem Fernsehfilm, in irgendeinem Kontext gesehen, was früher nie der Fall war. Ich erinnere nur an den Tod von Johannes Paul II. So präsent jemanden sterben zu sehen, das hat es doch früher überhaupt nicht gegeben.

### **Moderation**

Herr Helmchen, wir geben Ihnen das letzte Wort, bevor wir für das Publikum die Diskussion aufmachen.

### **Hanfried Helmchen**

Ich bezweifle, dass wir aufgrund der Fernsehbilder und Bilder in der Gesellschaft Begegnung mit dem Tod haben. Wir werden zugeschüttet mit solchen Bildern. Wir wollen sie gar nicht mehr sehen, gucken weg. Aber sich wirklich mit dem auseinandersetzen, was da passiert, können wir eigentlich nicht. Wir brauchen das persönliche Erleben.

Da fand ich einmal die Freistellung, die der Gesetzgeber für die Begleitung von Sterbenden machen muss, eine ganz dringende Sache. Und warum sollen zweitens nicht auch junge Menschen in der Schulzeit oder am Ende der Schulzeit oder kurz danach im Rahmen eines sozialen Praktikums die Möglichkeit bekommen, in Pflegeheimen oder in Palliativstationen Begegnungen mit Sterbenden zu haben? Junge Menschen, die diese Möglichkeit hatten, die haben eine Erfahrung für ihr Leben mitgenommen. Wenn junge Menschen alt werden und 40, 50 Jahre nie unmittelbar mit dem Tod zu tun hatten, dann ist es auch kein Wunder, wenn in der Gesellschaft die tatsächliche Bereitschaft, die Gelder anders zu verteilen, nicht gegeben ist.

### **Lukas Radbruch**

Als Abschluss dazu: Als das erste moderne Hospiz 1967 in England gegründet wurde, hat die Gründerin Cicely Saunders mit voller Absicht in diesem Hospiz einen Kindergarten integriert.

### **Anschließend Diskussion mit dem Publikum**

#### **Publikumsfrage**

Ich habe eine Frage besonders an die Mediziner unter Ihnen. Meine Meinung ist: Wenn die Ärzte nicht nur wissenschaftlich, sondern auch mehr ethisch denken würden, wären viele komplizierte Entscheidungen zu diesem Thema überflüssig. Aber solange die Mediziner bei Schwerstkranken, alten und jungen, auch neugeborenen, alle Experimente unternehmen, nur um den Tod nicht zuzulassen, weil sie das als ein Versagen ansehen, haben wir ein großes Problem.

### **Eckhard Nagel**

Auf der einen Seite kann man Ihnen sicherlich zustimmen, dass es der modernen Medizin nicht leicht fällt und uns als Ärztinnen und Ärzten nicht leicht fällt, den Tod tatsächlich zu akzeptieren. Gerade wenn man z.B. mehrere Wochen und Monate um einen Patienten gerungen hat, dann ist es nicht leicht, sich tatsächlich am Ende zu entscheiden, eine Therapie zu begrenzen oder tatsächlich dann auch keine weiteren therapeutischen Maßnahmen zu ergreifen.

Auf der anderen Seite finde ich die Pauschalverurteilung, die moderne Medizin macht Versuche, nicht haltbar und in die falsche Richtung leitend. Denn die moderne Medizin ist wie von jeher darauf angewiesen, Indikationen zu stellen, sich genau zu überlegen, ob eine Behandlung, eine Operation, eine Beatmung sinnvoll ist. Das wird nach meinem Wissen, auf meiner Intensivstation oder auch in anderen Häusern sehr intensiv diskutiert. Man macht es sich nicht leicht, dann am Ende eine invasive, also eine weiterführende Behandlung durchzuführen. Genauso schwer ist natürlich auch dann aufzuhören und zu wissen, dass das den Tod des Menschen nach sich zieht.

### **Rob Jonquière**

Ich denke, Sie haben völlig Recht. Wenn Sie über einen würdigen Tod sprechen, so glaube ich, dass ein Tod würdig ist, wenn er auf die Weise geschieht, wie es die Patienten wollen. Es ist manchmal so, dass Ärzte mehr und mehr und mehr machen wollen. Ich glaube auch, dass die Mündigkeit der Patienten – jedenfalls in den Niederlanden – der Ursprung der Euthanasiediskussion war.

### **Lukas Radbruch**

Mein Lehrstuhl gehört zur RWTH Aachen, zur Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule, ein Zentrum der Hochleistungsmedizin, wo Wissenschaft bis in alle Einzelheiten gemacht wird. Aber selbst die haben eben vor zwei Jahren jemanden wie mich gerufen, der genau für das eintreten soll, was Sie eben gefordert haben.

### **Wolfgang Wodarg**

Ich habe die größte Hochachtung vor den Gesprächen, die in jedem Krankenhaus stattfinden zwischen Pflegepersonal und Ärzten, wenn Schichtwechsel ist z.B. oder während der Kaffeepausen, wo es genau um solche Sachen geht, wo man wirklich ernsthaft diskutiert und merkt, wie beim Personal auch überlegt wird, *was würdest du machen, wenn das jetzt dein Sohn wäre, wenn das deine Mutter wäre*. Genau das ist die Haltung, die wir brauchen. Was würdest du mit deinem Liebsten machen in dieser Situation? Genauso sollst du deine Patienten behandeln. Das ist noch in den Köpfen.

Je mehr wir das formalisieren, je mehr wir das zum Abhaken machen, je unpersönlicher wir das machen, umso mehr gefährden wir diese Empathie, dieses Mitfühlen des Personals. Das müssen wir pflegen und belohnen. Dafür muss die Zeit sein. Das ist auch die Basis dafür, dass man Vertrauen haben kann in die Leute, in deren Hände man sich dann begeben muss.

### **Hanfried Helmchen**

Die Ärzte müssen auch etwas umlernen. Wir sind ja Jahrhunderte damit erzogen worden, Leben zu erhalten, Leben zu bewahren. Durch die aktuelle Diskussion, die natürlich auch die Ärzte berührt, wird bei vielen Patienten dann diese Diskussion, die Herr Wodarg eben erwähnt hat, auch durchgeführt.

Ich erinnere mich an einen Patienten, der uns monatelang beschäftigt hat, einen Patienten mit einer Demenz in einem weit fortgeschrittenen Stadium, wo mir dann das passierte, was Sie von Kafka zitiert haben, dass mir die Frau des Patienten als ich ihre Bitte, dem Patienten eine Todesspritze zu geben, ablehnte, dann sagte: Sie Mörder! Eine Übersprungshandlung, die man dann nur verstehen kann, wenn man etwas mehr von dem ganzen Kontext weiß. Über diesen Patienten haben wir mit der ganzen Pflegestation, mit dem Personal wochenlang gesprochen: Wie machen wir das am besten? Der Patient ist dann gestorben. Der Patient hat mich, obwohl das jetzt 15 Jahre her ist, bis heute nicht verlassen. Haben wir das alles richtig gemacht oder nicht? Ich habe das immer wieder besprochen. Da müssen wir auch umlernen. Haben wir

damals alles richtig gemacht? Machen wir es heute vielleicht etwas anders als früher?

### **Publikumsfrage**

Warum führen wir diese Diskussion zu dieser Zeit? Ich kenne diese Diskussion seit etwa 30, 40 Jahren. Wissen Sie, wie das vorher war, wie es in anderen Kulturen ist? Ist es nur ein medizinisches Problem? Geht es nur um Fortschritt der Medizin? Oder spielt es nicht auch eine große Rolle, dass vielleicht Ansichten in der Gesellschaft sich geändert haben, eine andere Einstellung zu Leben oder Tod da ist?

### **Hanfried Helmchen**

Die Diskussion, Sie haben Recht, gab es schon vor hundert Jahren sehr intensiv in Deutschland. Da gab es damals schon Anträge auf gesetzliche Regelung, 1913 der Vorschlag von Gerkan usw. Aber in den letzten Jahren ist es deswegen aus meiner Sicht so bedeutungsvoll auch in der Öffentlichkeit geworden, weil wir zunehmend mehr Patienten haben, die der Preis für den Fortschritt der Medizin sind.

Vorhin wurden Wachkoma-Patienten erwähnt. Sie sind sozusagen der Preis für den Kampf gegen den Tod. Wir wissen ja bei einem akuten Unfall nicht, wo lebenserhaltende Maßnahmen von den Rettungsärzten durchgeführt werden, ob der Patient wieder in Ordnung kommen wird. Wird er überleben, aber mit einem schweren Residualschaden? Also, wird die Beatmung oder die künstliche Ernährung eingesetzt. Dann ist der Patient erst mal am Apparat. Dann geht das Problem los. Welche Überlebenschancen hat er? In welcher Form lebt er? Welche Lebensqualität hat das? Dann kommt der nächste Punkt. Das ist nicht die vom Patienten bestimmte, selbstbestimmte – der ist ja bewusstlos – Lebensqualität, sondern es ist die Lebensqualität, die andere beurteilen. Das haben wir schon einmal erlebt. Das ist sehr problematisch.

### **Wolfgang Wodarg**

Eine ganz kurze Bemerkung dazu: Beim Hirntod, das heißt, wenn jemand

wirklich so schwerst geschädigt ist, dass das Gehirn zerstört ist, da gibt es eine Lösung. Da darf dann das Leben nicht verlängert werden. Wenn es sich um komatöse Patienten handelt oder um Wachkoma-Patienten, dann gelten die als Schwerstbehinderte. Und wir werden dieser Gesellschaft die Diskussion nicht ersparen können, was wir mit unseren Schwerstbehinderten machen.

Von daher ist es gefährlich, wenn die Grenzen verwischt werden. Wenn jemand, der mit einer Pflege lange leben kann, auch mit einer Pflege, die sehr arbeitsaufwendig ist, bei uns leben kann, der auch sehr viel Geld kostet, dann müssen wir uns als reiche Gesellschaft schon fragen: Wollen wir das bezahlen oder wollen wir das nicht bezahlen?

### **Eckhard Nagel**

Jetzt bin ich ganz verwirrt über das, was Sie gerade gesagt haben, Herr Wodarg. Der Hirntod ist der Tod des Menschen nach der naturwissenschaftlichen Auffassung. Ein Wachkoma-Patient ist ein Mensch, der eine Lebensperspektive hat, wie auch immer die dann aussieht, also ein großer Unterschied.

Aber auf Ihre Fragen hin: Natürlich hat es immer unterschiedliche Menschenbilder und unterschiedliche Arten zu Sterben gegeben. Die Ars Moriendi im Mittelalter war eine ganz zentrale Anleitung, wie man vom Leben in den Tod gehen sollte, um dann auch weiterzuleben. Das hat sich heute ganz verändert, weil viele Menschen tatsächlich eine solche Vorstellung nicht mehr haben. Dann braucht es unter Umständen auch andere Antworten. Wenn das einzige Leben, das ich habe, an einem bestimmten Punkt endet, dann möchte ich natürlich auch, wenn es irgend geht, selbst bestimmen, wie das funktioniert. Ich glaube, da kann man eine Veränderung in unserer Anthropologie, in unserem Menschenbild sehen, die jetzt diese Diskussion noch mal deutlich zutage fördert.

### **Publikumsfrage**

Ich möchte noch mal ganz kurz auf die Diskussion zu diesem Thema zu

sprechen kommen. Natürlich sind Diskussionen über dieses Thema innerhalb des Personals sehr wichtig, aber meine Erfahrung aus deutschen Krankenhäusern ist, dass es häufig ein Defizit bei den Ärzten gibt, mit dem Patienten über dieses Thema zu diskutieren.

Ich habe einige Zeit in Großbritannien gearbeitet und dort kennen gelernt, dass die Entscheidung der Patienten, die nicht wiederbelebt werden wollen, frühzeitig mit diesen diskutiert wird. In Deutschland, so mein Eindruck, drückt man sich um solche Entscheidungen bereits im Vorfeld und auch mit dem Patienten spricht man sehr ungern darüber, weil man sich vielleicht auch überfordert fühlt. Sehen Sie in dem Bereich ein Defizit im deutschen Medizinsystem? Und haben Sie irgendwelche Lösungsvorschläge?

### **Eckhard Nagel**

Es ist ohne Frage so, dass wir da ein erhebliches Defizit haben. Allein in der Überbringung der Trauernachricht, ob es das schlechte Ergebnis der Operation ist oder die Nachricht, dass ein Tod bevorsteht, da haben wir ein großes Defizit sowohl bei den Pflegekräften wie beim ärztlichen Personal. Das beginnt schon in der Frage der Ausbildung. Es gibt jetzt seit einigen Jahren Schulungen, die auch nicht immer intensiv genutzt werden. Ich kenne auch auf meinen eigenen Stationen durchaus die Situation, dass man in ein Zimmer nicht mehr gerne reingeht. Da bedarf es dann auch der Ausbildung der Mitarbeiter, dass man wirklich lernt über diese Situation zu sprechen, weil man selber auch natürlich Angst hat vor der Konfrontation mit dem Tod.

### **Lukas Radbruch**

Solche Therapieentscheidungen sollten unbedingt mit dem Patienten abgesprochen werden, wenn es geht, am besten auch mit den Angehörigen. Allerdings sollte das auch nicht aufgedrängt werden. Es gibt immer auch Situationen, wo wir feststellen, dass wir das Gespräch anbieten, aber der Patient uns doch sehr klar zu verstehen gibt, dass er das jetzt nicht besprechen möchte. Das ist dann auch etwas, was man dann teilweise respektieren muss.

### **Publikumsfrage**

Ich würde das gerne noch mal unterstützen, was der Kollege eben gesagt hat. Ich bin selber Ärztin, lange auch auf Intensivstationen tätig gewesen. Das Entscheidende ist, dass tatsächlich das Gespräch zwischen Ärzten und Patienten, Ärzten und Angehörigen und dem Pfllegeteam und den Angehörigen und den Ärzten insgesamt in Gang kommt, weil es problematisch ist. Ich glaube auch nicht, dass so eine Polarisierung hilft – die Ärzte können den Tod nicht aushalten und die Patienten würden gerne würdig sterben. Ich selber habe sehr häufig erlebt, dass weder die Patienten, noch die Angehörigen vom Leben lassen mochten und dass ich es als Ärztin zum Teil schwer ausgehalten habe, noch etwas zu machen. Ich hatte weinende Angehörige, weinende Patienten vor mir stehen, durchaus in sehr fortgeschrittenem Alter. Ich erinnere mich an einen 88-jährigen Patienten, der nicht verstehen wollte, warum der Krebs ihn jetzt tatsächlich umbringen würde und dass ich wirklich nichts mehr dagegen tun könnte, außer seine Schmerzen zu nehmen. Es ist wichtig, dass wir uns tatsächlich über unser Bild vom Sterben unterhalten und auch unser Bild vom Leben.

Patientenverfügungen vermitteln diese Scheinsicherheit: Ich kann es für mich regeln. Und weil ich es dann für mich geregelt habe, wird es gut ablaufen. Das, was Leute wollen – ich mache Volkshochschulveranstaltungen für Patienten – ist häufig, sie wollen nicht von anderen abhängig sein und sie wollen nicht leiden müssen. Ich glaube, wir müssen uns davon verabschieden, dass – wenn wir in der Situation sind, von anderen abhängig zu sein – wir das als so schlimm empfinden und dass wir dann den Tod vorziehen. Die meisten Leute ziehen den Tod dann nicht vor. Die meisten Leute wollen dann lieber weiterleben.

### **Lukas Radbruch**

Ich kann das nur bestätigen, dass es enorm wichtig ist, sich als Arzt in so einer Situation im Kontakt mit dem Patienten darüber im klaren zu sein, wie sein eigenes Bild, seine eigene Vorstellung ist. Wir haben mit den Ärzten, mit dem Pflegepersonal auf unserer Station öfter die Erfahrung gemacht: Wenn wir das schlimm fanden, was gerade bei dem Patienten passiert, liegt es oft daran,

dass es unserem Bild nicht entspricht, für den Patienten aber vielleicht genau richtig war.

Es ist eigentlich noch schlimmer, als Sie es schildern. Es gibt durchaus Patienten, die besprechen so was nicht mit dem Arzt. Es ist nicht immer gut, wenn man mit dem Arzt darüber spricht, wie man gerne sterben möchte, weil der einen eigentlich ganz anders behandeln sollte. Es gibt große Untersuchungen darüber, dass gegenüber Ärzten enorme Barrieren bestehen, über Tod und Sterben, über Therapieverzicht und Verzicht auf Wiederbelebung zu reden. Dann tut der ja gar nix mehr.

Wir erleben dann oft in den Besprechungen mit dem Pflegepersonal, dass da ganz andere Äußerungen gekommen sind und dass da viel ehrlicher und offener gesprochen worden ist. Wenn ich auch sage, dass wir als Ärzte unbedingt mit dem Patienten über diese Dinge sprechen müssen, ist es mindestens genauso wichtig, dass wir irgendwo auch auf andere hören, die den Patienten genauso gut kennen wie wir.

### **Wolfgang Wodarg**

Es kommt darauf an, dass das in der Institution, innerhalb der Kollegenschaft thematisiert wird und dass hier geeignete Menschen sind, die als Ansprechpartner das aushalten, die sich trauen zu sprechen. Das sind manchmal Pflegekräfte, manchmal Ärzte, die das können. Das hat mit der Ausbildung zur Pflege, mit der Ausbildung zum Mediziner leider heutzutage kaum etwas zu tun. Solche Dinge kann man natürlich trainieren. Man kann Angschwellen überwinden. Es gibt einige, die können es besser. Andere haben es eben ganz, ganz schwer. Die kann man dann auch nicht dazu zwingen, so was zu machen.

Ich sehe aber eines. Das, was Sie gesagt haben, hat mir noch mal in Erinnerung gerufen, dass wir eine ganz wichtige Verantwortung tragen. Es gibt Menschen, die – wenn sie sterben sollen – anderen nicht zur Last fallen wollen, die stark sind und die das dem Arzt deshalb nicht sagen, weil sie merken, der

Arzt ist zwar ein guter Arzt, aber davon versteht er nichts. Menschen verzichten dann auf Leistungen, auf Hilfe, auf Schmerztherapie, weil sie anderen nicht zur Last fallen wollen. Das sieht man ganz häufig. Es gibt Menschen, die sagen ihren Angehörigen, *ich möchte keinen Grabstein. Da müsst ihr dann ja immer hin*. Aber wenn sie mitkriegen würden, wie man heimlich sagt, *doch, da machen wir eine richtige Feier, da machen wir einen tollen Stein, gehen immer hin und singen*, dann sind sie doch stolz und dann würden sie sich doch freuen. Aber sie wollen das den anderen nicht zumuten.

Dieses Dilemma ist immer da. Das kann dann dazu führen, dass sich – wenn wir allzu sehr proklamieren, dass man sagen kann, ich möchte dann nicht mehr, ich schreibe das schon mal auf – jemand, der anderen nicht zur Last fallen will, gezwungen fühlen kann, solche Dinge aufzuschreiben, um anderen nicht mehr zur Last zu fallen. Das muss uns zu denken geben.

### **Moderation**

Herr Radbruch, die letzte Frage an Sie: Was ist *würdevoll* am Tod? Was ist Würde, mit der ich sterben will? Wie würden Sie es für sich definieren?

### **Lukas Radbruch**

Ich kann es ja nur für mich definieren. Das würde wahrscheinlich auch so aussehen, wie schon öfter genannt – schmerzfrei, in Ruhe, friedlich.

Ich habe auch schon erlebt, dass für einen Patienten der würdevolle Tod hieß, dass er gekämpft hat bis zum Schluss. Eine Patientin wollte einfach nicht im Liegen sterben. Die hatte starke Luftnot, wollte trotzdem zwischendrin noch rauchen gehen. Und die hat das genauso gemacht. Die ist sitzend im Bett gestorben. Das war für sie der richtige würdevolle Weg.

### **Eckhard Nagel**

Ich glaube, ein wichtiger Punkt wäre für mich, tatsächlich Zeit zu haben, von meiner körperlichen Existenz Abschied zu nehmen. Das würde ich mir

zumindest wünschen. Das bedeutet natürlich, auch ein gewisses Bewusstsein dafür zu haben.

**Nachfrage Moderation** Das heißt doch, *mit dem Leben abgeschlossen zu haben, sich verabschiedet zu haben.*

Genau, also wirklich Zeit zu haben sich zu verabschieden, das Bewusstsein zu haben, dass hier eine Phase meiner Existenz zu Ende geht. Das würde ich mir wünschen.

### **Moderation**

Herr Wodarg, was ist für Sie würdevoll sterben, ein würdevoller Tod?

### **Wolfgang Wodarg**

Alle Möglichkeiten, die mir gegeben sind, mit anderen Menschen so lange zu nutzen, wie es nur geht.

### **Hanfried Helmchen**

Wie Herr Nagel Zeit und das Glück haben, von verständnisvollen und kompetenten Menschen in dieser Phase umgeben zu sein. Das kostet Zeit und die Zeit ist oft nicht da.

### **Rob Jonquière**

Für mich ist ein würdevoller Tod auch, dass ich die Möglichkeit habe, bei vollem Bewusstsein eine Wahl zu treffen. Das kann Schmerztherapie sein, das kann Euthanasie sein. Das kann auch eine terminale Situation in diesem Augenblick sein. Das weiß ich in diesem Augenblick noch nicht.

### **Moderation**

Das war das ZEIT-Forum der Wissenschaft: Das Recht auf einen würdigen Tod. Ich möchte mich bei Ihnen auf dem Podium für die interessante, spannende und sehr intime Diskussion bedanken und bei Ihnen, dem Publikum für die Aufmerksamkeit.