

BÄK-Grundsätze zur Sterbebegleitung

Bedenkliche Orientierung für MedizinerInnen

Der Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) agiert merkwürdig: Einerseits beantragte er beim Kieler Ärztetag Anfang Juni mit Erfolg, ärztliche Beihilfe bei der Selbsttötung ausdrücklich im § 16 (Muster-)Berufsordnung (MBO) zu verbieten. Andererseits weigerten sich die BÄK-Präsidenten ausdrücklich, die BÄK-Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung vom Februar 2011 an die neue MBO-Regel anzupassen.

Zwecks »Klarstellung« hatten gleich zwei Anträge von Ärztetagsdelegierten übereinstimmend gefordert, in die Grundsätze wieder hineinzuschreiben, dass die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung »dem ärztlichen Ethos widerspricht«. Über beide Anträge wurde beim Ärztetag jedoch nicht entschieden, sie wurden statt dessen »zur weiteren Beratung« an den BÄK-Vorstand überwiesen.

Es gibt weitere, bedenkliche Passagen in den Grundsätzen, die man sehr genau lesen und dringend – über Ärztekammargrenzen hinaus – öffentlich diskutieren sollte, etwa das Kapitel »Verhalten bei Patienten mit infauster Prognose« (Wortlaut siehe Randbemerkung). Die dort gewählten Formulierungen, mit dem eher unscheinbaren, hier aber sehr wichtigen Wort »oder« ermöglichen es prinzipiell, Therapien nicht nur einvernehmlich, sondern ausdrücklich auch gegen den Willen bestimmter PatientInnen abzubrechen oder gar nicht erst zu beginnen.

Verweigerung von Behandlungen soll gemäß Sterbegleitungsgrundsätzen legitim und sogar »geboten« sein, wenn zwei Voraussetzungen erfüllt sind: Erstens muss der behandelnde Arzt glauben, dass ein Kranker »in absehbarer Zeit« sterben wird. Der Begriff »absehbar« ist nicht definiert – bezieht sich diese Prognose auf zu erwartende Lebensstage, auf Wochen, Monate oder womöglich noch längere Zeiträume? Zweite Bedingung ist, dass »lebenserhaltende Maßnahmen Leiden nur verlängern würden«. Die BÄK-Grundsätze lassen offen, welche Leiden es denn sind, die einen lebensverkürzenden Therapieabbruch für »geboten« erscheinen lassen. Und sie sagen auch nicht, wer ermächtigt ist zu beurtei-

len, dass ein Kranker leidet – der Patient selbst, seine Angehörigen, der behandelnde Arzt?

Manche Menschen, die jetzt an ihren vertrauten Arzt denken mögen, werden so kritische Anfragen vielleicht irritierend oder unangemessen finden. Beim Nachdenken über das vornehmlich von JuristInnen inspirierte Thema »Änderung des Behandlungsziels« sind aber auch die institutionellen und politischen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen: ÄrztInnen und Pflegende in Krankenhäusern klagen seit Jahren zurecht über chronische Arbeitsüberlastung und Klinikfallpauschalen. Und im Verteilungskampf um Geld im Gesundheitswesen mehren sich die Stimmen von ÖkonomInnen und auch BÄK-Vorständlern, die dafür eintreten, medizinische Leistungen zu »priorisieren«, also bei begrenzten Ressourcen nach Rangfolge der Dringlichkeit zu gewähren. Die Behandlung »am Lebensende« haben sie bei solchen Überlegungen durchaus im Blick, man erinnert sich an gesundheitsökonomische Studien, die vorrechneten, dass die letzten beiden Jahre vor dem Tod eines Menschen in der Regel die teuersten in seinem Leben seien.

Die reformierten BÄK-Grundsätze enthalten auch neue Empfehlungen für den Umgang mit Minderjährigen. Anzuerkennen sei, meinen die AutorInnen, »dass schwerstkranke Kinder oder Jugendliche oft einen frühen Reifungsprozess

durchmachen«. Aufgrund ihrer Erfahrungen mit vorhergegangenen Behandlungen und deren Folgen könnten sie »ein hohes Maß an Entscheidungskompetenz erlangen«.

Die Schlüsse, die aus früher Reife gezogen werden, können zu endgültigen Folgen führen: Seien Minderjährige

erst einmal in der Lage, Bedeutung und Tragweite einer ärztlichen Maßnahme zu verstehen und zu beurteilen, stehe ihnen grundsätzlich ein »Vetorecht« gegen die Durchführung der empfohlenen Therapie zu – und zwar auch dann, wenn die Sorgeberechtigten in diese einwilligen wollen. Von der Fähigkeit zur selbstbestimmten Entscheidung könne nach Lesart der BÄK-Grundsätze zur Sterbebegleitung »ab einem Alter von 16 Jahren regelmäßig ausgegangen werden«.

So verstandene Autonomie kann zu ernststen Konflikten in Familien führen, das ist den BeraterInnen der Bundesärztekammer wohl bewusst. Wenn sich der minderjährige Patient und dessen sorgeberechtigten Eltern über die medizinische Behandlung nicht einigen können, »muss eine familiengerichtliche (Eil-)Entscheidung eingeholt werden«, stellen die BÄK-Grundsätze lakonisch fest.

Klaus-Peter Görlitzer

Änderung des Behandlungszieles

»Bei Patienten, die sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden, ist eine Änderung des Behandlungszieles geboten, wenn lebenserhaltende Maßnahmen Leiden nur verlängern würden oder [Hervorhebung durch BIOSKOP-Redaktion] die Änderung des Behandlungszieles dem Willen des Patienten entspricht. An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung tritt dann die palliativmedizinische Versorgung einschließlich pflegerischer Maßnahmen.«

aus den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, veröffentlicht am 18. Februar 2011 im *Deutschen Ärzteblatt*. Zitiert haben wir den Wortlaut des Abschnittes II, der vorgibt, wie ÄrztInnen sich »bei Patienten mit infauster Prognose« verhalten sollen.

Veweiherung und Abbruch von Therapien auch gegen den Willen bestimmter PatientInnen.