

# INTERVIEW

mit Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages

## „Die ärztliche Ethik wird von allen ernst genommen“

Die Bundesärztekammer veröffentlicht in diesem Heft die Neufassung der Grundsätze zur ärztlichen Sterbegleitung. Prof. Hoppe erläutert die wesentlichen Änderungen und warum ärztliche Beihilfe zum Suizid keine ärztliche Aufgabe ist.

**Warum ändert die Bundesärztekammer ihre „Grundsätze zur ärztlichen Sterbegleitung“?**

**Hoppe:** Die Grundsätze wurden erstmals 1979 veröffentlicht und seitdem bei Bedarf überarbeitet, zuletzt 2004. Der Bedarf resultiert aus der Entwicklung der Medizin und Änderungen des Rechts. Die jetzt beschlossene Neufassung wurde erforderlich aufgrund des Dritten Betreuungsrechtsänderungsgesetzes, das insbesondere die Patientenverfügung regelt, sowie aufgrund der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs. Hier ist vor allem das Urteil zur Sterbehilfe vom 25. Juni 2010 zu nennen.

**In manchen Medien ist die Neuformulierung zum ärztlich assistierten Suizid als Kurswechsel dargestellt worden. Ist eine Lockerung von Ihnen beabsichtigt?**

**Hoppe:** Mit den Interviews zum Jahreswechsel habe ich einen Sachstand zur aktuellen Diskussion gegeben – und die war sehr intensiv. Die Formulierung, die wir jetzt in den Grundsätzen gefunden haben, ist sehr viel klarer als die, die wir vorher hatten.

**In der Fassung von 2004 hieß es, dass die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung dem ärztlichen Ethos widerspricht und strafbar sein kann. Warum haben Sie diese Formulierung jetzt geändert?**

**Hoppe:** Mit der Neuformulierung wollen wir im Kontext zu den posi-



Foto: Georg J. Lopata

tiven Aussagen über die Aufgaben des Arztes verdeutlichen, dass der ärztlich assistierte Suizid nicht zu den ärztlichen Aufgaben gehört. Das ist sehr viel klarer. Nach wie vor ist die ethische Grundeinstellung von uns Ärzten, Menschen gesund zu erhalten, Krankheiten zu erkennen und zu bekämpfen, Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Dabei ist ein entscheidender Punkt: Wann ist eine auf Heilung ausgerichtete Behandlung nicht mehr indiziert, wann muss auf Palliativmedizin umgestellt werden? Natürlich im

Einverständnis mit dem Patienten, der sich dann darüber klar werden muss, dass seine Krankheit jetzt in einem Stadium ist, in dem eine Heilung nicht mehr möglich ist.

**30 Prozent der Ärzte befürworten eine Regelung zur Legalisierung des ärztlich begleiteten Suizids . . .**

**Hoppe:** Ja, das hat die von uns in Auftrag gegebene Allensbach-Umfrage ergeben. Allerdings wurden von den Ärzten als wichtigste Bedingungen für eine Suizidbeihilfe eine medizinisch eindeutige – also hoffnungslose – Prognose, die gute

Kenntnis des Patienten sowie ein hoher Leidensdruck genannt. Vor diesem Hintergrund müssen Sie berücksichtigen, dass 95 Prozent aller Fälle, in denen bei Patienten Suizidgedanken aufkommen, mit einer behandelbaren Krankheit verbunden sind, insbesondere mit Depressionen in den verschiedenen Ausprägungen. Zur Sorgfalts- und Garantenpflicht des Arztes gehört, diese Krankheit zu erkennen und zu behandeln. Viele Patienten lassen dann ihren Todeswunsch fallen.

**Könnte man aus der neuen Formulierung nicht herauslesen, dass die ärztliche Beihilfe zum Suizid künftig zulässig ist?**

**Hoppe:** Es mag Ärztinnen und Ärzte geben, die ihren Patienten, wenn sie unter unerträglichen Schmerzen leiden und nicht durch eine geeignete Behandlung von diesen Schmerzen und den Ängsten befreit werden können, Suizidbeihilfe leis-

ten. Der Suizid ist ja nicht strafbar. Die Beihilfe zum Suizid ist auch nicht strafbar. Wir haben aber klargestellt, die die Suizidbeihilfe nicht zu den ärztlichen Aufgaben zählt. Wenn ein Patient den Arzt um Rat fragt, ist es seine Aufgabe, herauszufinden, ob er nicht doch eine Krankheit hat, die diesen Suizidwunsch begründet und die behandelt werden kann.

**In der Diskussion wird auf unterschiedliche Vorstellungen von Moral und Ethik in Gesellschaft und Ärzteschaft verwiesen. Gibt es gar kein einheitliches ärztliches Ethos mehr, sondern nur noch verschiedene Ethiken von relativem Gewicht?**

**Hoppe:** Die ärztliche Ethik, die ich beschrieben habe, ist allgemeiner Konsens. Sie wird auch von den Ärztinnen und Ärzten ernst genommen und in ihrer täglichen Arbeit beachtet. Dass die ärztliche Assistenz beim Suizid nicht zu den

ärztlichen Aufgaben gehört, ist auch Allgemeinut. Ich glaube nicht, dass wir in diesen Fragen verschiedene Ethiken haben. Wenn ein Prozentsatz von Ärzten eher bereit ist, schwerstkranken Patientinnen und Patienten zu helfen, aus dem Leben zu scheiden, bin ich sicher, dass sie sich sehr intensiv Gedanken darüber machen, was sie tun. Es gibt ja auch noch die Methode der palliativen Sedierung. Die Absicht dabei ist nicht, den Tod herbeizuführen, sondern dem Patienten die Schmerzen zu nehmen und die Angst.

**Sollte auch die (Muster-)Berufsordnung entsprechend geändert werden?**

**Hoppe:** Darüber diskutieren wir im Moment. Wir prüfen in unseren Gremien verschiedene Formulierungen.

**Im Interview mit der „Frankfurter Rundschau“ sagten Sie, dass der Widerspruch zwischen Straf- und Berufsrecht aufgehoben werden sollte. Aber muss etwas, das strafrechtlich erlaubt ist, auch berufsrechtlich zulässig sein?**

**Hoppe:** Nein. Ich bin dafür, dass wir das Berufsrecht so formulieren, dass Nachdenklichkeit bei Ärztinnen und Ärzten erzeugt wird, wie sie sich berufsrechtlich zu verhalten haben. Auch unter den jetzt gültigen Bestimmungen hat es in der Vergangenheit mit Ausnahme des Falls Hackethal noch nie eine berufsrechtliche Auseinandersetzung gegeben. Ich glaube, wir müssen eine Formulierung finden, die für die Ärzte einen Anstoß gibt, sich sehr gründlich Gedanken zu machen über die Begleitung und Betreuung Sterbender.

**Warum wurde den neuen Grundsätzen ein eigenes Kapitel der Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Kindern und Jugendlichen gewidmet?**

**Hoppe:** Nachdem wir uns mit Kinderärzten, die insbesondere in der Onkologie tätig sind, beraten haben, haben wir uns zu einer ausführlicheren Fassung entschlossen. Wir möchten, dass Ärztinnen und Ärzte nicht nur die Sorgeberechtigten, also Eltern oder andere Sorge-

## ÄRZTLICH BEGLEITETER SUIZID

In Deutschland mehren sich die Stimmen, die sich für eine (berufs-)rechtliche Zulassung der ärztlichen Suizidbeihilfe aussprechen. So forderte beispielsweise der Deutsche Juristentag 2006 die Ärzteschaft auf, die Missbilligung des ärztlich assistierten Suizids durch eine Beurteilung zu ersetzen, „welche die Mitwirkung des Arztes an dem Suizid eines Patienten mit unerträglichem, unheilbarem und mit palliativmedizinischen Mitteln nicht ausreichend zu linderndem Leiden als eine nicht nur strafrechtlich zulässige, sondern auch ethisch vertretbare Form der Sterbegleitung toleriert“. Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe befürchtete bei einem Symposium der BÄK, dass der Juristentag mit seinen Beschlüssen zum ärztlich assistierten Suizid möglicherweise dem Druck des Mainstreams erlegen sein könnte. Auch beim Deutschen Ärztetag 2009 bezeichnete er jeden Suizidversuch und jeden Wunsch nach einem Suizid „immer auch als einen Hilfeschrei“. Da spiele es keine Rolle, ob die Möglich-

keit eines assistierten Suizids nach geltendem Recht straffrei sei. Diese Einschätzung wird auch von einer Mehrheit der deutschen Ärzte geteilt: In einer repräsentativen Befragung sprachen sich mehr als 60 Prozent gegen eine „gesetzliche Regelung des ärztlich begleiteten Suizids“ ab. Dazu Hoppe: „Es ist wichtig, klar darauf hinzuweisen, dass das Mitwirken des Arztes bei der Selbsttötung dem ärztlichen Ethos widerspricht. Kranke Menschen haben einen Anspruch darauf, dass Ärzte ihnen in ihrer Not beistehen und ihr Leiden lindern.“ Interviewäußerungen Hoppes zum Jahreswechsel waren in der Öffentlichkeit so verstanden worden, dass er eine „Liberalisierung“ der BÄK-Position in dieser schwierigen ethischen Frage anstrebe. Gegenüber dem Deutschen Ärzteblatt stellt Hoppe nun seine Haltung klar. Inzwischen hat der Vorstand der Bundesärztekammer die „Grundsätze zur ärztlichen Sterbegleitung“ überarbeitet. Sie werden in diesem Deutschen Ärzteblatt unter „Bekanntgaben“ dokumentiert. *Kli/Stü*



Foto: Eberhard Hähne

## „In der Palliativmedizin sind wir auf dem richtigen Weg. Wir müssen aber noch mehr stationäre Einrichtungen etablieren.“

berechtigte, fragen, wie sie verfahren sollen, sondern auch berücksichtigen, was die Kinder selbst für Wünsche äußern. Das ist besonders wichtig, wenn sie schon ein größeres Reifestadium erreicht haben. Kranke Kinder, die sich mit ihrer Krankheit beschäftigen, sind häufig sehr viel reifer, was die Beurteilung ihrer Krankheit angeht, als Kinder, die ohne diese Erkrankung aufwachsen.

**In den Grundsätzen wird sich auch für eine palliativmedizinische Versorgung von sterbenden und schwerstkranken Menschen ausgesprochen. Ist das Netz palliativer Versorgung Ihrer Ansicht nach ausreichend ausgebaut?**

**Hoppe:** Wir sind auf dem richtigen Weg. Wir müssen aber noch mehr stationäre Einrichtungen etablieren. In der ambulanten Versorgung haben wir mittlerweile vor allem im hausärztlichen Bereich eine große Zahl von palliativmedizinisch fortgebildeten Kolleginnen und Kollegen. Aber auch hier müssen noch weitere Anstrengungen unternommen werden.

**Der Umgang mit Patientenverfügungen und anderen vorsorglichen Willensbekundungen des Patienten nimmt in den Grundsätzen breiten Raum ein. Wie fällt Ihre Bilanz der gesetzlichen Regelung aus?**

**Hoppe:** Ärztinnen und Ärzte richten sich danach, was ihre Patienten verfügt haben, auch wenn sie in manchen Fällen davon überzeugt sind, dass eine andere Behandlungsform die bessere wäre. Wenn Patienten verfügt haben, dass sie bestimmte Eingriffe nicht wollen, die zumeist auch sehr detailliert beschrieben sind, dann müssen sich Ärzte danach richten. Ich bin zum Beispiel von einer Ärztin angerufen worden, die einen Patienten mit amyotropher Lateralsklerose behandelt hat, der ihr gegenüber eindeutig geäußert hatte, dass er sterben wolle. Die technischen Hilfsmittel, die sein Weiterleben ermöglichen, sollten nicht mehr aktiviert werden. Die Ärztin fragte, ob dies zulässig sei. Daraufhin habe ich ihr geantwortet, dass sie dazu verpflichtet sei. In Deutschland spielt das Selbstbestimmungsrecht der Patienten zu Recht eine große Rolle.

**Hat sich Ihrer Ansicht nach die Rolle des Arztes in letzter Zeit grundlegend verändert?**

**Hoppe:** Im Betreuungsrecht ist eine Passage enthalten, die feststellt, dass Ärzte nur noch eine beratende Funktion haben. Ärzte sind aber schon immer Berater gewesen, denn wenn Patienten eine Behandlung verweigerten, dann konnten sie dazu nicht gezwungen werden. Wir haben sowohl in unseren Grundsätzen als auch in den Empfehlungen zum Umgang mit Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten dargelegt, dass Ärzte sich an diese Verfügungen gebunden fühlen sollten, es sei denn, sie müssen etwas tun, was gegen ihr Gewissen verstößt. Dann sind sie aber verpflichtet, andere zu benennen, die die Behandlung dieses Patienten weiterführen. ■

*Das Interview führten Gisela Klinkhammer und Heinz Stüwe.*

@ Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung im Internet: [www.aerzteblatt.de/grundsätze](http://www.aerzteblatt.de/grundsätze)