MEDIZIN

„Wir sind verführbar“

Der Göttinger Intensivmediziner Hilmar Burchardi über Sterbehilfe und die ärztliche Entscheidung über Leben und Tod



H. HOERSELJAU

Intensivmediziner Burchardi, Patient: *„Solche Worte machen Angst“*

Professor Burchardi, 63, ist Abteilungsleiter am Zentrum Anästhesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin der Universität Göttingen und hat sich immer wieder öffentlich mit der Frage der Sterbehilfe befasst. Jetzt hat die Diskussion erneut Aktualität gewonnen: Regine Hildebrandt, 59, ehemals Sozialministerin in Brandenburg und selbst seit über vier Jahren krebskrank, hat die Bundesregierung aufgefordert, das strikte Verbot aktiver Sterbehilfe zu überdenken.

SPIEGEL: Frau Hildebrandt erklärt, sie habe Angst vor dem „Horrorszenario“, ausgeliefert zu sein, „ohne zu wissen zu welchem Ziel“. Was sagen Sie Patienten wie ihr?

Burchardi: Leiden, Horrorszenario – solche Worte machen Angst. Ich denke, das Entscheidende ist, wieder ein natürlicheres Verhältnis zum Sterben zu bekommen. Wir können mit diesen letzten Dingen nicht umgehen. Entweder reden wir beschönigend von „Entschlafen“ oder, angstbesessen, vom „Horror des Sterbens“.

SPIEGEL: Langsam zu ersticken, wie Regine Hildebrandt es befürchtet, ist durchaus eine qualvolle Vorstellung.

Burchardi: Das verstehe ich natürlich und wünsche es keinem, aber eigentlich ist das Problem ein grundsätzlicheres. Die meisten Menschen sterben heute so einsam, wie sie leben – im Gegensatz zum alten Ideal, wo der Großvater noch einmal die Familie um sich versammelt und segnet. Diese Großfamilie muss man heute durch eine gute Palliativmedizin ersetzen. Wenn Frau Hildebrandt als öffentliche Person von Horrorszenario sprechen würde, um sich für Palliativmedizin, also auch das Lindern von Schmerzen, einzusetzen, wäre das besser.

SPIEGEL: Sie hält aktive Sterbehilfe offenbar für eine Chance, in Würde zu sterben.

Burchardi: Wäre aktive Sterbehilfe erlaubt, würden bald alle Patienten ihren Ärzten misstrauen. Jeder denkt dann doch insgeheim: „Na ja, der will ja nur, dass ich sein Budget nicht strapaziere.“

SPIEGEL: Könnte es nicht auch das Vertrauen fördern, wenn der Patient weiß: Mein Leben wird nicht gegen meinen Willen verlängert werden?

Burchardi: Wir müssen heute keine todbringenden Mittel verabreichen, um beim Sterben zu helfen. Dazu reicht oft eine gute Schmerzbehandlung. Die kann natürlich auch das Leben eines Menschen verkürzen, das muss man – als Nebenfolge – in Kauf nehmen.

SPIEGEL: In gewissem Sinne bringen Sie damit also den Patienten aktiv zu Tode?

Burchardi: Wenn man Morphium hoch dosiert, riskiert man, dass Herz oder Gehirn schlecht durchblutet werden – und natürlich kann ein Patient daran sterben. Viele unserer Maßnahmen haben gelegentlich schwer wiegende Nebenwirkungen. Künstliche Beatmung verändert die Lunge – sie kann zu Lungenentzündungen führen oder, wenn zu viel Druck auf das Lungengewebe ausgeübt wird, sogar zum so genannten Barotrauma. Wir balancieren täglich auf diesem schmalen Grad: Nützen wir oder schädigen wir?

SPIEGEL: Sie stehen permanent vor Ad-hoc-Entscheidungen und können sich wenig Zeit zum Nachdenken nehmen.

Burchardi: Natürlich. Bemerkenswert ist dabei, wie hilflos wir sind, wenn es darum geht, den Tod vorherzusehen. Es gibt eine Studie mit 16 622 Intensivpatienten: Eine Woche vor dem Tod schätzten die Ärzte noch bei jedem zweiten, er werde überleben; einen Tag vor dem Tod lag diese Quote immer noch bei 14 Prozent.

SPIEGEL: Für wie verführbar halten Sie sich selbst durch die Macht des Möglichen?

Burchardi: Wir sind oft verführt zu glauben, wir seien immer erfolgreich. Wir bekommen einen Patienten mit einem Schock, behandeln ihn, und nach einer Stunde ist sein Kreislauf wieder stabil. Dann klopfen wir uns auf die Schulter und denken: „Na, das haben wir ja wieder fein gemacht.“ Die schlechte Seite hingegen – wenn der Patient zum Beispiel wenige Tage später dann doch stirbt –, die verdrängt man schnell. Intensivmediziner machen sich oft zu wenig Gedanken darüber, was nach der Intensivbehandlung passiert. Sie gehorchen schlicht dem therapeutischen Imperativ: „Wenn du jetzt nichts tust, dann ist der Patient tot.“

SPIEGEL: Welche Rolle spielt dabei die Angst vor dem Staatsanwalt?

Burchardi: Oft ist für uns eine „defensive Medizin“ einfacher. Da liegt ein Patient seit Wochen auf der Intensivstation, sämtliche Organe sind nicht mehr funktionstüchtig. Wir haben immer wieder Entzündungen behandelt, mussten oft die Antibiotika wechseln – und plötzlich taucht schon wieder eine neue Infektion auf. Da stellt sich irgendwann schon die Frage nach dem Sinn. Sich gegen das Weitermachen zu entscheiden würde die Einsicht in die eigene Machtlosigkeit bedeuten. Wer hingegen, mit Blick auf den Staatsanwalt, defensiv denkt, versucht es wieder und wieder mit anderen Medikamenten. Das ist mit Sicherheit nicht im Sinne der Menschen.



BREUEL

Politikerin Hildebrandt
Horror vor dem Krebstod

SPIEGEL: Wenn es um die Entscheidung zwischen Leben und Tod geht: Darf da auch die Lebenssituation des Kranken eine Rolle spielen?

Burchardi: Eine starke Familie kann Leid auffangen.

Bei einem 80-jährigen Unfallopfer, dem wir beide Beine amputieren mussten, war es schon ein sehr starkes Argument, dass wir wussten: Der wird nach der Genesung wieder im Rollstuhl sitzen und am Familienleben teilnehmen können.

SPIEGEL: Aber wenn so jemand fortan bettlägerig und vollkommen abhängig von fremden Menschen wäre, dann würden Sie ihm das weitere Leben ersparen?

Burchardi: Ja, das würde ich tun. So ein Patient wird ja in keinem Altersheim mehr glücklich. Andererseits: Ein 80-Jähriger hatte trotz Glatteis etwas halsstarrig Zigaretten geholt und ist dabei ausgerutscht – schweres Schädelhirntrauma. Er wurde immer wieder operiert, die Familie forderte uns auf, die Behandlung zu beenden. In einem solchen Fall liegt die Autonomie eindeutig beim Patienten, und der war nicht ansprechbar. Deshalb durften wir ihn nicht sterben lassen.



J. LUEBKE / DDP

Patientin im Sterbezimmer: *Wir müssen Demut lernen*

SPIEGEL: Was machen Sie, wenn es klare Anweisungen des Patienten gibt, etwa als Patientenverfügung?

Burchardi: Wir wären froh, wenn es häufiger eindeutige Patientenverfügungen gäbe. Leider können wir die wenigsten Äußerungen ernst nehmen.

SPIEGEL: Warum?

Burchardi: Neulich wurde eine alte Dame mit einer gebrochenen Hüfte eingeliefert, die hatte einen Zettel bei sich: „Wenn es mir mal schlecht geht, will ich keine Apparate-Medizin.“ Sie brauchte aber nur zwei, drei Tage lang Blut-Transfusionen, und ihre Niere musste unterstützt werden. Da sagt kein Arzt: abschalten.

SPIEGEL: In so einem Fall setzen Sie sich über den Willen hinweg?

Burchardi: Ja. Natürlich kann auch alles schief laufen und der Patient geht an einer schweren Lungenentzündung zu Grunde. Dann muss der Arzt damit klarkommen, dass es diesen Zettel gab.

SPIEGEL: Gibt es Beispiele, wo Sie sich im Nachhinein anders entschieden hätten?

Burchardi: Durchaus. Ein junges Mädchen zum Beispiel hatte nach einem Verkehrsunfall ein schweres Schädelhirntrauma. Als sie eingeliefert wurde, wussten wir nicht, ob es gut oder schlecht ausgeht. In diesem Fall ging es schlecht aus – das Mädchen siechte lange Zeit mit einem apallischen Syndrom im Koma dahin. Natürlich frage ich mich da: Hatte ich nicht den Mut, mich gegen eine Behandlung zu entscheiden?

SPIEGEL: Und wenn diese Frau eine Patientenverfügung gehabt hätte?

Burchardi: Das wäre auf den Wortlaut angekommen. Wichtig ist vor allem, dass die Verfügung möglichst jüngeren Datums ist und am besten über einen längeren Zeitraum immer wieder bestätigt wird. Wie gesagt: Die Angaben sind in den allerwenigsten Fällen so konkret, dass wir etwas damit anfangen können. Und auch die so genannte Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens ist im Grunde nichts als juristischer Etikettenschwindel.

SPIEGEL: Wie kommen Sie darauf?

Burchardi: Der Patient braucht Übersetzer, die seinen Willen bekunden, und die sind alle befangen. Welcher Angehörige oder Freund weiß schon, was der mutmaßliche Wille des Patienten ist? Meine Frau würde meinen kaum kennen, ich kenne ihn ja selbst nicht einmal. Viele Angehörige denken natürlich auch an sich, ihre Wünsche oder an das Getratsche im Dorf: „Der hat den Onkel sterben lassen.“ Dann kommt noch der Arzt, auch ein subjektives Wesen, das auch nur heraushört, was ihm passt.

SPIEGEL: Für Patienten und Angehörige müssen Sie wie der Herr über Leben und Tod wirken. Sie selbst betonen die permanente Fehlbarkeit der Ärzte. Eine schizophrene Situation?

Burchardi: Wir sind nicht allmächtig, das müssen wir akzeptieren. Neulich kam ein Mann aufgebracht in mein Zimmer; sein Bruder war dabei, im Endzustand eines Leberkrebses zu sterben. Nach zwei Stunden lagen wir uns weinend in den Armen. Das mag kitschig klingen. Aber wir müssen Demut lernen. Wir Ärzte müssen von dem hohen Ross runter zu glauben, dass wir alles können.

INTERVIEW: KATJA THIMM