



AUSGABE 163
Dezember 2014

ANALYSEN & ARGUMENTE

Was kann Palliativmedizin leisten?

SUIZIDWÜNSCHE TODKRANKER MENSCHEN UND DIE MÖGLICHKEIT, IHNEN ZU HELFEN. EIN BEITRAG ZUR AKTUELLEN „STERBEHILFE“-DISKUSSION

Thomas Sitte (ext.)

Die Palliativmedizin kann dazu beitragen, dass Schmerzen und andere belastende Symptome bei schwerer Krankheit und in der Sterbephase wirksam gelindert werden. Dies gilt auch für besonders schwere Fälle.

Anfängliche Wünsche der Patienten, vorzeitig aus dem Leben zu scheiden, werden im Laufe der palliativmedizinischen Behandlung meist nicht mehr aufrechterhalten.

Das vorliegende Paper entkräftet das Argument der Sterbehilfebefürworter, organisierte Suizidbeihilfe sei für ein „menschwürdiges“ Sterben notwendig.

Ansprechpartner in der Konrad-Adenauer-Stiftung

Dr. Norbert Arnold
Leiter Team Gesellschaftspolitik
Hauptabteilung Politik und Beratung
Telefon: +49(0)30 2 69 96-35 04
E-Mail: norbert.arnold@kas.de

Postanschrift

Konrad-Adenauer-Stiftung, 10907 Berlin

www.kas.de
publikationen@kas.de



INHALT

- 3 | 1. DEBATTE ÜBER EIN VERBOT DER SUIZIDBEIHILFE
- 3 | 2. SUIZID ALS AUSWEG AUS UNERTRÄGLICHEM LEID?
- 4 | 3. PALLIATIVVERSORGUNG TRÄGT WESENTLICH ZUR LEBENSQUALITÄT BEI
- 4 | 4. UNERTRÄGLICHES LEIDEN UND STERBEWUNSCH
- 5 | 5. UNTERSCHIEDLICHE AUFFASSUNGEN BEI PALLIATIVMEDIZINERN
- 5 | 6. ERFAHRUNGEN ALS PALLIATIVMEDIZINER
- 6 | 7. ERFAHRUNGEN MIT BESONDERS SCHWEREN FÄLLEN
- 7 | 8. UMFRAGE UNTER PALLIATIVE CARE TEAMS
- 9 | 9. ERGEBNIS
- 9 | 10. SCHLUSSFOLGERUNG
- 10 | LITERATURHINWEISE

DER AUTOR

Thomas Sitte

Jahrgang 1958, wurde frühzeitig beruflich als Zivildienstleistender mit Tod und Sterben konfrontiert. Ausbildung zum Krankenpflegehelfer, später Medizinstudium in Bochum, Bonn, Würzburg und Berlin. Weiterbildung zum Facharzt für Anästhesiologie mit den Zusatzbezeichnungen Palliativmedizin, Spezielle Schmerztherapie, Notfallmedizin, Sportmedizin u. a. Moderator, Kursleiter und Train the Trainer für Palliative Care. Von 1999 bis 2010 niedergelassener Arzt in eigener Praxis. 2003 Erstanwendung von nasalem Fentanyl Spray zur Anwendung zuhause bei Palliativpatienten gegen stärkste Schmerzen und Atemnot. Seit 2005 konnte er wesentlich den Aufbau der ambulanten Palliativversorgung mit gestalten, ebenso die Verträge zur Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung. Seit 2010 Vorstandsvorsitzender der Deutschen PalliativStiftung. Seit 2012 Geschäftsführer der ProPalliativNetz GmbH & Co. KG und seit 2014 Arzt im Kinder-Hospiz Sternenbrücke in Hamburg.



1. DEBATTE ÜBER EIN VERBOT DER SUIZIDBEIHILFE

Die Frage nach dem guten Sterben (*ars moriendi*) hat eine lange kulturelle Tradition. Sie bestimmt immer wieder – unter veränderten Vorzeichen: vor dem Hintergrund zunehmender medizinischer Handlungsoptionen und veränderter Werthaltungen, vor allem bezüglich der Selbstbestimmung bei der Gestaltung des eigenen Lebens, einschließlich des Sterbens und des Todes – die öffentlichen Diskussionen.¹

Im Jahre 2012 gab es in Deutschland eine politische Initiative, die „gewerbsmäßige“ Beihilfe zum Suizid, wie sie etwa von sogenannten „Sterbehilfeorganisationen“ geleistet wird, unter Strafe zu stellen. Sie scheiterte damals und wurde deshalb 2014 wieder auf die politische Agenda gesetzt. In der aktuellen Debatte steht die Frage nach einem umfassenden gesetzlichen Verbot aller Arten von „gewerbsmäßiger“, „geschäftsmäßiger“ und „organisierter“ Suizidbeihilfe im Mittelpunkt. Zugleich wird die besondere Situation der „ärztlichen“ Suizidbeihilfe diskutiert. Nicht zur Diskussion steht dagegen die Frage, ob der Suizid selbst unter Strafe gestellt werden soll. Unumstritten ist auch, dass die Suizidbeihilfe straffrei bleiben muss, sofern sie nicht eigennützig und nicht, wie oben skizziert, in organisierter Form geleistet wird.

Der Wunsch nach Suizid und Suizidbeihilfe kann verschiedene Ursachen und Gründe haben. Im Folgenden geht es nur um einen einzigen Aspekt, nämlich um die Frage, ob Beihilfe zum Suizid bei Patienten „benötigt“ wird, die terminal erkrankt und schwer leidend sind, die sich in Todesnähe befinden und von dem in dieser Lebenssituation auftretenden, als „unerträglich“ empfundenen Leiden erlöst werden wollen. Es geht also ausschließlich um Suizidwünsche aufgrund schweren Leidens, nicht aber um Suizidwünsche aus anderen Gründen, wie etwa aufgrund einer Lebensbilanzierung oder aufgrund psychischer Erkrankungen.

2. SUIZID ALS AUSWEG AUS UNERTRÄGLICHEM LEID?

Das Hauptargument der Befürworter der organisierten Suizidbeihilfe basiert auf der Annahme, dass eine erhebliche Anzahl von Patienten am Lebensende nicht ausreichend therapiert werden könnte, um ihr Leiden soweit zu lindern, dass es für sie erträglich ist. Für diese Patienten sei die organisierte Suizidbeihilfe notwendig, um ihr Leben „menschwürdig“ und „selbstbestimmt“ zu gestalten. Aus Sicht der Palliativversorgung² ist dieses Argument

falsch. Palliativversorgung gelingt es nämlich in einem weit- aus größeren Umfang als von vielen vermutet, auch schwerstes Leiden zu lindern, so dass auch die letzte Lebensphase als lebenswert empfunden wird und der Wunsch, vorzeitig aus dem Leben zu scheiden, verschwindet. Im Folgenden werden Erfahrungen und empirische Befunde erörtert, die dies belegen.

Viele Menschen verkennen die geltende Rechtslage, wenn sie vermuten, dass Ärzte etwa aufgrund von Gesetzen einerseits alles tun müssten, um das Leben eines schwerkranken und sterbenden Menschen zu verlängern, und andererseits Ärzte aufgrund gesetzlicher Vorschriften nicht in der Lage seien, Leiden zu lindern. In Wirklichkeit weist die geltende Rechtslage dem Patientenwillen die entscheidende Rolle zu:³ Ohne Einwilligung des Patienten darf kein medizinischer Eingriff durchgeführt werden. Dies gilt selbstverständlich auch für die Sterbephase: Der Arzt muss dem Patientenwillen folgen und etwa eine lebenserhaltende Maßnahme abbrechen, sofern der Patient dies wünscht. Der Patientenwille gilt in jedem Fall, so dass das Recht auf Selbstbestimmung auch am Lebensende gewahrt bleibt. Ärzte müssen also Patienten nur lebenserhaltend behandeln, solange die Patienten damit einverstanden sind; insofern ist die Sorge vor Fremdbestimmung unbegründet. Gleichzeitig kann und muss körperliches Leiden durch ausreichenden Medikamenteneinsatz⁴ gelindert werden.

Auch ein weiteres Missverständnis bezüglich der Rechtslage in Deutschland bedarf nochmals der Klarstellung: Suizide sind in Deutschland nicht strafbar, genauso wenig ist es die Beihilfe, dies gilt nach meiner Einschätzung und entgegen der weit verbreiteten Meinung auch für Ärzte: Es gibt keine Strafbarkeit der Beihilfe zum Suizid für Ärzte. Auch die berufsrechtlichen Regelungen verbieten die ärztliche Suizidbeihilfe nicht.

Dies wird deutlich, wenn man in der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer⁵ die Formulierungen zum Töten auf Verlangen (aktive Sterbehilfe) und zur Suizidbeihilfe vergleicht: Bezüglich der Tötung auf Verlangen ist das Verbot eindeutig formuliert: „Dem Arzt ist die Tötung auf Verlangen verboten.“

In Bezug auf die ärztliche Suizidbeihilfe wird dagegen nur von nicht „dürfen“ und nicht „sollen“ gesprochen. Hier wird also dem einzelnen Arzt durchaus ein Ermessensspielraum zugestanden.⁶

Hilfreich ist, dass die Begriffe klar und eindeutig benutzt und Unklarheiten in der öffentlichen Debatte vermieden werden.⁷



3. PALLIATIVVERSORGUNG TRÄGT WESENTLICH ZUR LEBENSQUALITÄT BEI

Sterben und Tod werden in der Gesellschaft weitgehend tabuisiert. Was im letzten Lebensabschnitt geschieht, ist den meisten Menschen nicht vertraut. Erfahrungen mit Sterben und Tod werden zunehmend seltener. Vorstellungen und Wünsche bezüglich des eigenen Sterbens gibt es bei den meisten Menschen nicht im ausreichenden Maße.

Auch die Kenntnisse über Hospizarbeit und Palliativversorgung sind unzureichend. Viele Menschen wissen nicht genau, was „Hospiz“ und „Palliativmedizin“ bedeuten. Sie kennen erst recht nicht ihre menschendienliche Leistungsfähigkeit. So kommt es, dass sich die Ideen von Hospiz und palliativer Versorgung bei der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung, aber auch den Versorgenden nur langsam etablieren können.

Sehr hartnäckig hält sich die Sorge vieler Menschen, dass schwere Schmerzen und andere extreme körperliche Beschwerden nicht ausreichend behandelt werden können.⁸ Daraus entsteht oft der Wunsch nach Suizid und Suizidbeihilfe.

Und tatsächlich ist es so, dass eine Palliativversorgung mit der arzneimittelrechtlich zugelassenen oder der lehrbuchgemäßen medikamentösen Therapie bei bestimmten schweren gesundheitlichen Problemen in der letzten Lebensphase nicht ausreicht. In einer sehr großen Anzahl von Fällen sind nicht zugelassene, sogenannte off-label-Anwendungen medizinisch erforderlich, um schweres Leiden zu lindern. Zum Beispiel bei der angemessenen Behandlung von Atemnot ist dies die Regel. Selbst mit dieser off-label-Behandlung kann der Arzt an Grenzen stoßen. Solche extrem belastende Situationen treten z. B. auf bei besonders entstellenden, nässenden oder übelriechenden Wunden im Bereich des Kopfes oder der äußeren Genitales. Sie verursachen starke Beschwerden, heilen schlecht und führen oftmals sehr langsam zum Tode. Solange der Patient ansprechbar ist, muss im Arzt-Patient-Gespräch ermittelt werden, was der Patient zu ertragen bereit ist, und der Arzt sucht dann nach einem geeigneten Lösungsweg. Die rechtlichen Spielräume sind dabei, entgegen der oft zu hörenden Meinung, ausreichend; auch das Betäubungsmittelgesetz, das oft in diesem Zusammenhang kritisiert wird, bietet genügend Raum für die Schmerzbekämpfung.

Für viele Patienten hat es sich als überaus hilfreich erwiesen, wenn der behandelnde Arzt ein umfassendes „Sicherheitsversprechen“⁹ abgibt, das für eine eventuell eintretende Situation mit sich verschlimmernden Beschwerden gilt: Der Patient kann sicher sein, dass er niemals mit seinen

Beschwerden alleine gelassen wird. Immer ist ein Team von Helfern für ihn da, die 24 Stunden am Tag und sieben Tage pro Woche bereit stehen, ihm zu helfen – auch wenn sein Zustand schlimmer werden sollte. Systemkontrolle und Schmerzbekämpfung stehen dabei im Mittelpunkt.

Sollten alle üblichen Therapiemöglichkeiten erschöpft sein, ohne dass sich das Befinden des Patienten bessert, bleibt als Rettungsanker die sogenannte „palliative Sedierung“. Durch sie erfolgt eine Bewusstseinsreduzierung – ohne Lebensverkürzung – so dass der Patient auch überaus belastende Lebenssituationen gut überstehen kann. Die subjektive Leidensempfindung wird so stark gedämpft, dass das verbleibende Leben noch als lebenswert empfunden wird. Patienten sollten sehr frühzeitig ein solches Sicherheitsversprechen erhalten, damit sie wissen, dass Hilfe immer möglich ist und dass kein Grund besteht, aufgrund des Leidensdruckes oder der Angst vor dem Leiden Suizid zu begehen.

Niemand kann vorhersagen, wie man selbst in einer solchen Situation denken und reagieren würde. Doch eine gut etablierte Palliativversorgung kann im Extremfall durch die genannte palliative Sedierung auch in schwierigsten Einzelfällen dazu beitragen, nicht aus Verzweiflung heraus die falsche Entscheidung zur falschen Zeit – nämlich das Verlangen, vorzeitig aus dem Leben zu scheiden – zu treffen.

Mitarbeiter von Palliative Care Teams er- und durchleben gemeinsam mit dem Patienten schwierigste Sterbesituationen. Sie erfahren in der täglichen Arbeit, dass es *immer* eine medizinische Lösung gibt. Auch Leid, das die bislang bestehenden Erfahrungen des Patienten und seiner Zugehörigen übersteigt, kann gelindert werden. Bei der palliativen Sedierung von einer „Symptomkontrolle“ zu sprechen, mag hierbei für manche Experten unangemessen klingen. Dennoch: Immer vorausgesetzt, dass als Nebenwirkungen zunehmende Müdigkeit und schließlich dauerhafter Schlaf akzeptiert werden, ist es möglich, in Extremfällen die Belastungen auszuschalten, ohne dem Patienten in verzweifelter Lage Suizidassistenten als Ausweg und damit den Tod anbieten zu müssen.¹⁰

4. UNERTRÄGLICHES LEIDEN UND STERBEWUNSCH

Der Begriff des Leidens am Lebensende beschreibt immer eine rein persönliche Beurteilung und Bewertung der eigenen Lebenssituation. Auf diese muss ich als Arzt eingehen, sie mittragen, auch ertragen, wenn ich selber einen anderen Weg der Behandlung vorziehen würde. Es können je nach Patient kaum sichtbare körperliche Veränderungen als sehr belastend empfunden oder andererseits schwerste Einschränkungen ohne Klagen getragen werden.



Die Empfindung von Leiden ist bei weitem nicht auf das Körperliche alleine beschränkt. Gerade beim Leiden am Lebensende muss man sehr genau unterscheiden lernen, an welcher Stelle vermutlich körperlich begründbare Ursachen liegen können und wo vielleicht seelisches Leid ausschlaggebend ist, z. B. durch den Verlust von intellektuellen Fähigkeiten bei Demenz, durch eingeschränkte Autonomie bei zunehmender Pflegebedürftigkeit, durch soziale Deprivation bei Bettlägerigkeit, durch fehlende Perspektiven bei einer fortgeschritten lebensbegrenzenden Erkrankung u.v.m.

Professionelle Palliative Care Teams haben nicht nur körperliches Leiden im Blick, sondern genauso auch das seelische. Es ist kennzeichnend für Palliative Care, dass eine umfassende Versorgung und Betreuung gewährleistet wird, die sich nicht in Medikamenten und Hightech erschöpft, sondern den ganzen Menschen umsorgt.

5. UNTERSCHIEDLICHE AUFFASSUNGEN BEI PALLIATIVMEDIZINERN

Wenn es um die Frage der organisierten und der ärztlichen Suizidbeihilfe geht, sprechen – wie nicht anders zu erwarten – auch Mediziner nicht mit einer Stimme, da persönliche Werthaltungen und Erfahrungen bei der Urteilsfindung stets eine große Rolle spielen. Es lassen sich drei Grundpositionen unterscheiden:

Erstens Ärzte, die die organisierte und die ärztliche Suizidbeihilfe auch in einem weiten Rahmen befürworten.¹¹ Als Arzt habe man die Aufgabe, auch Menschen in ihrem Wunsch, vorzeitig aus dem Leben zu scheiden, zu helfen.¹²

Zweitens Ärzte, die den Standpunkt vertreten, dass die meisten körperlichen Probleme durch palliative Maßnahmen auf ein erträgliches Maß reduziert werden können. Es bliebe aber noch ein (zu) großer Anteil an Patienten, bei denen man die körperlichen Beschwerden nicht ausreichend lindern könne. Für diese Patienten brauche man die Möglichkeit der Suizidassistenz. Diese Gruppe scheint unter überwiegend palliativ tätigen Ärzten geringer vertreten zu sein.¹³

Drittens jene Ärzte, vor allem Palliativmediziner, die aufgrund ihrer langjährigen Tätigkeit in Palliativ Care Teams, die Erfahrung gemacht haben, dass sie allen Menschen in ihren Leiden helfen konnten – und sei es auch mit Hilfe der palliativen Sedierung als ultima ratio. Diese Gruppe macht geltend, dass in ihrem Erfahrungszeitraum bei keinem der von ihnen versorgten Patienten ein wirklicher Bedarf für eine Suizidassistenz gegeben war. Diese Ansicht vertritt auch ich.

Die vielen Gespräche, die ich mit Kollegen aus der Ärzteschaft über Sterbebegleitung und Suizidbeihilfe geführt habe, zeigen mir, dass in der Tendenz die Ärzte vor allem dann für die ärztliche Suizidbeihilfe eintreten, wenn sie noch relativ wenige Erfahrungen im Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen haben und diese Erfahrungen außerhalb eines gut etablierten Palliative Care Teams gemacht haben. Arbeiten dagegen Ärzte in einem solchen funktionierenden Palliative Care Team so vertreten sie zunehmend die Position, dass die Palliativversorgung wirksam den Suizidwunsch verdrängen kann.

6. ERFAHRUNGEN ALS PALLIATIVMEDIZINER

Ich selber habe seit 1977 Sterbende zunächst in der Alten- und Krankenpflege betreut, später erst als Assistenz- und Facharzt in großen und kleinen Krankenhäusern und auch als niedergelassener Arzt in einer zunehmend wachsenden Praxis. In den letzten 15 Jahren arbeite ich überwiegend in der Palliativversorgung. Ich habe in dieser Zeit weit mehr als 1.000 Menschen bis zu ihrem Tod begleitet.

Zu Beginn der Palliativbehandlung steht bei vielen Patienten ein sehr hoher Leidensdruck im Vordergrund; die Lebens- oder besser Krankheitssituation ist nur noch schwer erträglich. Der Patient möchte weg aus der Häuslichkeit hin ins Krankenhaus, Hospiz oder auch einfach „erlöst werden und sterben“. Ernsthafte Sterbewünsche gibt es bei rund 10 Prozent der Patienten, die zu mir in die Palliativversorgung kommen – auch mit der konkreten Bitte um Beihilfe zur Selbsttötung und häufiger noch mit der Bitte um aktive lebensverkürzende Maßnahmen, also Tötung auf Verlangen („aktive Sterbehilfe“).

Wenn es schnell gelingt, belastende Symptome in den Griff zu bekommen, Vertrauen aufzubauen, indem wir professionelle Behandlungsoptionen aufzeigen und ein umfassendes Sicherheitsversprechen geben, verschwindet der Sterbewunsch und damit auch der nach aktiv lebensverkürzenden Maßnahmen – so war es bislang bei allen Patienten, die ich betreut habe.

Schnell die belastenden Symptome in den Griff zu bekommen, bedeutet in der Praxis, innerhalb sehr kurzer Zeit, etwa in fünf bis dreißig Minuten, bislang therapieresistente Schmerzen oder auch Atemnot sehr deutlich zu lindern. Für viele Patienten und auch für die Angehörigen verbindet sich dieser schnelle Erfolg mit einer positiven und hoffnungsbekundenden Erwartung für die weitere Palliativversorgung.

Ein umfassendes Sicherheitsversprechen, das wir den Patienten geben, bedeutet die Zusage, sich um alle Probleme zu kümmern, auch wenn sie nicht in die eigentliche Zuständigkeit fallen. Zusätzlich muss eine 24-Stunden- und 7-Tage-



pro-Woche-Bereitschaft garantiert sein, die eine sofortige telefonische Erreichbarkeit mit kompetenter Auskunft umfasst und die zeitnahe Möglichkeit des Hausbesuches binnen Minuten oder bis zu maximal einer Stunde Vorlaufzeit.

In den vielen Jahren, in denen ich mit schwerstkranken und sterbenden Menschen gearbeitet habe, gab es keinen Fall von Suizid, der aufgrund eines als übermächtig empfundenen Leidensdrucks heraus begangen wurde.¹⁴ In allen Fällen ist es meinem Team und mir gelungen, die Lebensqualität der Patienten soweit zu verbessern, dass der ursprünglich vorhandene Sterbewunsch erlosch und der Lebenswille der Patienten erstarkte.

7. ERFAHRUNGEN MIT BESONDERS SCHWEREN FÄLLEN

Palliativversorgung ist kein (All-) Heilmittel, auch palliative Behandlungen haben Nebenwirkungen. Durch eine umfassende palliative Versorgung wird der Patient (qua definitivem) nicht „gesund“ werden können und auch nicht mehr die alten Kräfte zurückgewinnen. Dies muss von allen Beteiligten akzeptiert werden, was nicht immer sofort und nicht bei allen gelingt.

Medizinisch-technische Behandlungsmöglichkeiten, die ein Krankenhaus üblicherweise vorhält, wie Drainagen, Beatmungsunterstützung, künstliche Ernährung, Bluttransfusionen u.v.m. müssen durch ein qualifiziertes Palliative Care Team zumindest prinzipiell auch für die Behandlung eines Patienten zu Hause zur Verfügung gestellt werden können. Nur dann kann guten Gewissens die Empfehlung abgegeben werden, eine Behandlung zu begrenzen, nicht durchzuführen – weil sie nicht mehr sinnvoll in dieser Situation ist und nicht, weil sie unter den gegebenen Bedingungen nicht zu Verfügung steht.

Die Hauptbegrenzungen medikamentöser Behandlungen liegen in der zunehmenden Müdigkeit als unerwünschter Medikamentenwirkung, wenn der Patient lieber wacher sein will, oder auch im Gegenteil, einem konfliktreichen Dissens im Behandlungsteam, wenn der Patient lieber stärker sediert sein möchte, auch wenn er nicht in unmittelbarer Todesnähe ist. Auch solche Probleme sind, wie die meisten anderen, mit einem gewissen, eventuell größeren Aufwand lösbar. Einen Hauptanteil zur Lösung tragen qualifizierte Gesprächsangebote bei.

Im Folgenden möchte ich einen typischen Fall aus meiner palliativmedizinischen Erfahrung darstellen:¹⁵

Peter, 48 Jahre (Bauchspeicheldrüsenkrebs)

Peter kann durch eine intensive hospizliche und palliative Begleitung noch einmal über viele Monate eine Zeit mit hoher Lebensqualität ermöglicht werden. Nachdem es ihm einige Zeit im Krankenhaus so richtig schlecht ging, wurde er wieder beweglicher, konnte teils selber Auto fahren und nahm mit viel Freude am alltäglichen Leben teil. Aber der Krebs verschlechterte sich natürlich, breitete sich weiter aus. Peter ernährte sich mithilfe seiner Familie und auch des Pflegedienstes über seinen Port direkt in die Vene.

Doch irgendwann, da war er schon eine Zeitlang bettlägerig, verlor er ganz den Lebenswillen, er konnte einfach nicht mehr.

Er hatte Schmerzen, immer wieder Übelkeit und Erbrechen, die schwer zu behandeln waren und verlor völlig den Lebensmut.

Die Behandlung wurde jetzt von ihm mehr als eine Sterbendenn als eine Lebensverlängerung empfunden. Auf Wunsch von Peter setzten sich alle Beteiligten zusammen, erst das Palliative Care Team mit Ehefrau, Tochter Petra; später auch noch mit dem Hausarzt und dem Pflegedienst. Peter sagte klipp und klar, dass er jetzt so lange alles mitgemacht habe, es nun einfach nicht mehr ertragen könne und schlafen möchte. Eigentlich wollte er sterben. Die Ehefrau und seine Tochter baten ihn aber inständig, sich nicht aufzugeben.

So gelang es im Gespräch, einen Kompromiss zu finden. Er sollte einfach ein paar Tage schlafen können, so etwas gelingt auch mit der palliativen Sedierung. Wir vereinbarten, ihn zwischendurch etwas wacher werden zu lassen, um ihn fragen zu können, wie es ihm geht und wie es weitergehen soll. Und damit war Peter einverstanden.

Daraufhin wurde die Schmerzmitteldosis etwas erhöht, ein Schlafmittel dazugegeben. Die künstliche Ernährung und die Flüssigkeitsgaben wurden unverändert fortgeführt.

Um die Sedierungstiefe und die weitere Notwendigkeit zu kontrollieren, kam das Palliative Care Team mindestens täglich ins Haus und auch die Familie wurde genau eingewiesen und bekam die wichtigen Punkte alle schriftlich ausgehändigt.

So wurde die Medikamentengabe zwischendurch vorsichtig reduziert, und Peter sagte dann nach zwei Tagen gleich, als er wacher und ansprechbar wurde, er wolle weiter schlafen.

Nach weiteren zwei Tagen fühlte er sich wesentlich besser als man ihn wacher werden ließ und gewann wieder Lebensmut, sodass die palliative Sedierung wieder eingestellt werden konnte.

Hätte Peter aber bestätigt, dass er nicht mehr will, dass er auch keine Ernährung und Flüssigkeit mehr wolle, dann hätte man auch diesem Willen folgen können oder besser sogar: folgen müssen. Er hätte dann noch etliche Tage ohne zu leiden geschlafen und wäre schließlich irgendwann friedlich, ohne das Bewusstsein wieder zu erlangen, gemäß seinen Vorstellungen verstorben.

Aber, durch die Erholung ging es ja wieder. Das war eine große Beruhigung für die Familie. Es war aber auch ganz besonders beruhigend für Peter, weil er nun wusste: Er muss keine Angst haben.



Es ist in der Praxis so, dass eine solche palliative Sedierung zur zeitweiligen Entlastung oder auch bis zum Tod hin rechtssicher und nach den ärztlichen Standards durchgeführt werden kann¹⁶, die seit Jahren bekannt, ausreichend beschrieben und konsentiert sind.

8. UMFRAGE UNTER PALLIATIVE CARE TEAMS

Die Deutsche PalliativStiftung führte im Oktober 2014 bei 21 Palliative Care Teams in Deutschland eine vertrauliche Umfrage durch. Diese Palliativversorger sind hauptberuflich und nicht nur neben einer anderen medizinischen Tätigkeit palliativ tätig. Es wurden in Form einer persönlichen Umfrage besonders spezialisierte und erfahrene Kollegen befragt. Die Umfrage war niederschwellig und informell gehalten, ohne den Anspruch auf eine größere statistisch oder wissenschaftlich nachweisbare Validität zu erheben. Auch wenn sie nicht im strengen Sinne repräsentativ ist, so kann ihr Ergebnis aufgrund der Auswahl der Befragten wohl als typisch bezeichnet werden. Eine vergleichbare Umfrage oder

eine vergleichbare Studie wurde bislang nicht durchgeführt. Eine Folgestudie ist in Planung unter Einbeziehung aller SAPV-Teams (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung), Palliativstationen und Hospize in Deutschland, die zur Absicherung der bisherigen vorläufigen Ergebnisse dienen soll. Bei der vorliegenden Erhebung wurden 21 Palliativeinrichtungen per E-Mail nach ihren Erfahrungen gefragt, in wie weit bei einer professionellen, fachlich optimalen palliativmedizinischen Versorgung ein eventueller Suizidwunsch der Patienten anhalten oder aufgrund der Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen nicht weiter aufrecht erhalten werde. Konkret wurden zwei Fragen gestellt, nämlich:

1. Wie viele Menschen sterben pro Jahr in Ihrer Betreuung?
2. Wie viele dieser Menschen haben den Weg des Suizides oder der Tötung auf Verlangen gewählt?

Die Umfrageergebnisse sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

Befragte Einrichtungen Lfd. Nr.	Verstorbene, die pro Jahr betreut werden	Palliativpatienten, die aufgrund nicht behebbaren Leidensdrucks den Wunsch nach Lebensbeendigung aufrecht erhielten ⁽¹⁾	Vermutete Suizidfälle im eigenen Patientenkontext pro Jahr ⁽²⁾
1	500	0	0 ⁽⁷⁾
2	500	0	0 ⁽⁷⁾
3	500	0	0 ⁽⁷⁾
4	400	0	0 ⁽⁷⁾
5	400	0	0 ⁽⁷⁾
6	500	0	0 ⁽⁷⁾
7	1.350	0	0 ⁽⁷⁾
8	150	0	0 ⁽⁷⁾
9	200	0	0 ⁽⁷⁾
10	350	0	0 ⁽⁷⁾
11	1.300	0	0 ⁽⁷⁾
12	250	0	0 ⁽⁷⁾
13	1.750	0	0 ⁽⁷⁾
14	400	0	0 ⁽⁷⁾
15	350	0	0 ⁽⁷⁾
16	600	0	0 ⁽⁷⁾
17	560	0	0 ⁽⁷⁾
18	400	0,2-0,5% ⁽³⁾	0 ⁽⁵⁾
19	300	5% ⁽⁴⁾	keine Angabe
20	keine Angabe ⁽⁶⁾	keine Angabe ⁽⁶⁾	keine Angabe ⁽⁶⁾
21	1.200	0	0
	11.960		

Umfragestand 30.10.2014

- (1) Vom Palliative Care Team eingeschätzte Notwendigkeit aktiv lebensverkürzender Maßnahmen wegen der fehlenden Möglichkeit ausreichender Symptomlinderung oder Symptomkontrolle.
- (2) Keine medizinische Indikation, Palliativversorgung abgebrochen und nicht ausgereizt. Aktiv lebensverkürzende Maßnahmen durch Dritte angewendet.
- (3) In diesen Fällen wurde die Symptomlinderung oder Symptomkontrolle vom Palliativmediziner als unzureichend eingeschätzt.
- (4) Ca. 5% der Patienten wollen „ihr Ende selbst bestimmen“. Palliative Sedierung käme für diese Patienten daher nicht in Frage, sondern nur (assistierter) Suizid oder Tötung (auf Verlangen).
- (5) Es ist dort ein Patient bekannt, der sich in einem Hospiz suizidierte.
- (6) Der ärztliche Leiter möchte keine genauere Auskunft geben, da die Fragen 1 und 2 sich nicht auf denselben Zeitraum bezögen und deshalb keine tauglichen Ergebnisse generiert werden könnten.
- (7) Es betrifft viel weniger als einen Patienten pro Jahr.



In den 21 befragten Einrichtungen werden pro Jahr mehr als 11.000 Palliativpatienten bis zu ihrem Tod begleitet. Sie repräsentieren einen Anteil der Patienten mit besonderer Symptomlast aus einer Gesamtzahl von rund 50.000 bis 100.000 Verstorbenen pro Jahr in den Regionen, in denen sich die befragten Palliativeinrichtungen befinden. Diese bis zum Tode begleiteten Patienten wurden in unterschiedlichen Einrichtungen – Kliniken, Hospize, SAPV und AAPV – versorgt. Vertreten sind sowohl städtische als auch ländliche Regionen.

Bei allen behandelten Palliativpatienten mit hohem Leidensdruck und dem Wunsch nach lebensverkürzenden Maßnahmen am Beginn der Behandlung konnte – nach Aussagen der Ärzte – der Leidensdruck deutlich reduziert werden, so dass der Wunsch nach lebensverkürzenden Maßnahmen nicht mehr weiter geäußert wurde. Es gab in den befragten Palliative Care Teams keinen einzigen Fall, in dem sich ein Patient wegen mangelnder Symptomkontrolle für assistierten Suizid oder Tötung auf Verlangen entschied.

Gleichwohl gab es eine sehr geringe Anzahl Menschen, bei denen es zu Suiziden kam. Dies geschah unerwartet, meist

ohne Ankündigung – weder in Form von Gesprächen, noch in der Inanspruchnahme von Hilfe irgendeiner Art durch das Palliative Care Team. Diese Patienten hatten in der Regel keine hohe Symptomlast durch die Palliativsituation oder hatten sich gegen eine palliative Begleitung entschieden.

Einer der befragten Palliativmediziner (Tabelle, Nr. 18) schätzte, dass bei etwa 0,2 bis 0,5 Prozent seiner 400 Patienten die Möglichkeiten der Symptomkontrolle am Lebensende unzureichend seien. Ein weiterer Palliativmediziner (Nr. 19) konstatierte, dass bei seinen rund 300 Patienten etwa 5 Prozent einen „selbstbestimmten Tod“ wünschen.

In einem dieser Teams mit zusammen 700 Verstorbenen pro Jahr wird die Meinung vertreten, der assistierte Suizid sei auch für Patienten, die nicht in Todesnähe sind, notwendig. Auf die Gesamtbevölkerung in der jeweiligen Region bezogen, betrifft dies wiederum nur einen sehr geringen Anteil.

Die überwiegende Mehrheit der Befragten hält lebensverkürzende Maßnahmen für überflüssig. Dazu einige Kommentare der Befragten:

„Probleme mit Symptomkontrolle waren in allen 3 Fällen nicht die Ursache für den Sterbewunsch.“

„Ich habe es [Anm. des Autors: Option lebensverkürzender Maßnahmen] bei über 5.000 Patienten nie vermisst.“

„Quintessenz: Zur reinen Symptomkontrolle reichen die bisherigen medizinischen Möglichkeiten einschließlich einer palliativen Sedierung aus.“

„Das eigene Sterben ist eine existentielle Extremsituation, der Umgang damit bleibt schwierig und eine Herausforderung. Da erscheint die Abkürzung über den assistierten Suizid als sicherer Weg, nicht zu leiden („Ich akzeptiere das Sterben, möchte aber nicht dabei sein“). Es ist eine der wenigen nicht delegierbaren Aufgaben eines jeden Einzelnen, dies zu bewältigen, eine essentielle Lebensaufgabe.“

„Die Aufgabe einer Gesellschaft ist es doch, uns gegenseitig bei Problemen innerhalb unserer sozialen Solidargemeinschaft zu helfen. Es ist nach meiner Ansicht aber keine Aufgabe der Gesellschaft, dem Einzelnen zu helfen, sich aus der Gemeinschaft zu entfernen. Deshalb will ich für den Suizid (dessen Beihilfe ja auch straffrei ist) kein „erlaubendes“ Gesetz.“

„Ich teile Ihre Meinung, dass im Alltag die Frage nach assistiertem Suizid wegen mangelnder Symptomkontrolle nahezu nicht auftritt. Wir betreuen ca. 300 Patienten auf der Palliativstation jedes Jahr. Ca. 800 im Konsildienst und ca. 200 im SAPV-Team. Es gibt sehr vereinzelte Patienten, die das Thema ansprechen, aber in der Regel nicht wegen unkontrollierter Symptome und dann die Frage auch nicht weiter verfolgen. So weiß ich in all den Jahren eigentlich von keinem Fall (zumindest der mir in Erinnerung blieb). Letztes Jahr hat sich bei uns ein Ehepaar suizidiert, wobei die Ehefrau psychisch krank war und der Patient selbst es vermutlich gar nicht getan hätte. Aber die beiden hatten eine so ausgeprägte Symbiose, dass sie schon vor 25 Jahren beschlossen hatten, gemeinsam aus dem Leben zu gehen, wenn einer der beiden ernsthaft krank wird. Aus meiner Sicht würde ich diesen Fall für die Debatte nicht zählen, denn er ist nicht repräsentativ.“

„Aktuell haben wir in diesem Jahr zwei Wünsche nach assistiertem Suizid gehabt, eine Patientin davon ist in palliativer Sedierung verstorben. Eine andere Patientin hat die Dignitas-Unterlagen bei sich, ist fest angemeldet dort, war dort, hat ihre Begleitung (Enkelin) festgelegt und lebt bisher mit guter SAPV-Kontrolle der Symptome.“

- „a) 5% Patienten nicht ausreichend symptomkontrolliert – halte ich für massiv übertrieben, wenn man die palliative Sedierung als eine palliativ-medizinische Maßnahme ansieht und einsetzt.
- b) Die Tatsache unzureichender Symptomkontrolle/Total-pain-Aspekte korrelieren m. E. nur gering mit dem Sterbewunsch.
- c) Der Sterbewunsch heißt noch lange nicht Bereitschaft zum Suizid.
- d) Oft laufen bei Patienten, die einen Sterbewunsch äußern, noch medizinische Maßnahmen, Ernährung etc. Essen und Trinken werden fortgesetzt, nicht nur aus Gründen der Symptomkontrolle von Hunger und Durst.
- e) Bei ca. 2.000 stationär behandelten Patienten ist mir ein Fall eines Suizids – nach Entlassung – bekannt.
- f) Bei ca. 1.200 in der SAPV betreuten Patienten sind mir zwei Fälle eines Suizids bekannt.“

„Die Frage ist halt, ob wir nicht eine „besondere Auswahl“ der Schwerstkranken sehen. Ein Kollege, der die Suizidassistenz heftig befürwortet, ist der Ansicht, dass diejenigen, die sich suizidieren wollen bzw. aktive Sterbehilfe für sich einfordern, erst gar nicht zu uns in die Palliativmedizin kämen – sicher ein bedenkenswertes Argument.“



Die Umfrage deutet darauf hin, dass nach der Einschätzung von rund 90 Prozent der befragten Experten aus Klinik und Praxis der ambulanten und stationären hospizlich-palliativen Versorgung auch schwerstes Leiden sterbender Menschen soweit kontrolliert werden kann, dass ein eventuell vorhandener Wunsch nach Beihilfe zur Selbsttötung i. d. R. verschwindet. Um Leiden am Lebensende zu lindern, ist demnach organisierte, geschäftsmäßige oder gewerbsmäßige Beihilfe zur Selbsttötung überflüssig. Auch eine Regelung für Ärzte, in besonderer Weise Beihilfe zur Selbsttötung ausüben zu können, ist überflüssig.

9. ERGEBNIS

Zusammengefasst zeigt es sich, dass zwar, wie oben gesagt, Palliativversorgung nicht alle Probleme immer zur höchsten Zufriedenheit aller beteiligten Personen lösen kann. Eine gute, etablierte Palliativversorgung bietet aber dennoch eine hocheffektive Möglichkeit zur Symptomlinderung bis hin zur Symptomkontrolle – selbst bei stärksten Leiden, die man sich vorstellen kann. Die Möglichkeit des Suizides scheint für leidende Patienten, die palliativ versorgt werden, so gut wie nie gebraucht zu werden. Der Suizid scheint nicht (mehr) von Palliativpatienten nachgefragt zu werden, wenn diese Patienten von einem Palliative Care Team versorgt werden – nicht, weil sie überredet würden, es nicht zu tun, sondern weil die Patienten erfahren, dass es die Sicherheit von effektiven Versorgungsmöglichkeiten gibt und der Wunsch nach Lebensverkürzung deshalb verschwindet.

Hierbei ist entscheidend, dass zunächst sowohl dem Patienten und auch den An- oder Zugehörigen die Möglichkeit der Palliativversorgung überhaupt bekannt ist. Zudem ist es wichtig zu verdeutlichen, dass diese Art der Versorgung die Möglichkeit bietet, die Lebensqualität deutlich zu verbessern bei gleichzeitig tendenziell verlängerndem Einfluss auf die Lebenszeit. Es ist weiter von Bedeutung, dass solches Wissen nicht immer wieder durch das soziale Umfeld der Patienten in Frage gestellt wird. Das heißt, auch die Mitarbeiter in Pflegediensten, Apotheken, Krankenhäusern, Haus- und

Facharztpraxen müssen umfassend aufgeklärt sein: in erster Linie damit die Versorgung des Patienten nicht behindert wird und im Zusammenspiel der Verantwortlichen optimal verläuft. Ein solches positives Klima für die Palliativversorgung trägt wesentlich dazu bei, den Lebenswillen der Patienten zu stärken.

10. SCHLUSSFOLGERUNG

- Menschen mit hoher Symptomlast, mit schwerem Leiden am Lebensende, kann immer medizinisch geholfen werden.
- Professionelle Palliative Care Teams können leidensbedingte Suizidwünsche regelhaft beseitigen.
- Geschäftsmäßige, organisierte und gewerbliche Suizidbeihilfe ist aus medizinischer Sicht überflüssig und möglicherweise aus sozialer Sicht schädlich. Sie ist daher kein geeigneter Weg, um Menschen am Lebensende zu helfen.
- Der bessere Weg ist es, die Palliativversorgung auszubauen, so dass diese Versorgungsmöglichkeit wohnortnah und in einer hohen Qualität allen bedürftigen Menschen angeboten werden kann.
- Die Palliativversorgung muss stärker als bisher ein regulärer Bestandteil des Gesundheitssystems werden. Eine enge Vernetzung aller Akteure des Gesundheitssystems mit ausreichend qualifizierten Palliative-Care-Einrichtungen ist für eine angemessene Patientenversorgung notwendig.
- Wenn für die Menschen das hilfreiche Wirken der Palliativversorgung erfahrbar wird, werden die Ängste vor dem Sterben kleiner und die Zustimmung zu lebensverkürzenden Maßnahmen, wie Suizidbeihilfe oder aktive Sterbehilfe, schwindet. Information und Aufklärung sind dringend geboten.



LITERATURHINWEISE

- *Alt-Epping B, Sitte T, Nauck F, Radbruch L: Sedierung in der Palliativmedizin – eine Leitlinie für den Einsatz sedierender Maßnahmen in der Palliativversorgung. Z Palliativmed 2010, 11: 1–11.*
 - *Fleßa J: Letztverläßlichkeit als Ressource – Der Wert der Palliativmedizin für die Volkswirtschaft. ZfPallMed 1/2014.*
 - *Huseboe S: Leben lohnt sich immer. Freiburg 2002.*
 - *Huseboe S, Klaschik E: Palliativmedizin. Heidelberg 2009.*
 - *Sitte T: Die Pflegetipps – Palliative Care. Fulda, 14. Aufl. 2013.*
 - *Sitte T: Vorsorge und Begleitung für das Lebensende. Heidelberg 2014.*
- 1| *Siehe z.B. Borasio, Jox, Taupitz, Wiesing. Selbstbestimmung im Sterben. Stuttgart 2014, Seite 14 ff.*
 - 2| *Palliativversorgung umfasst nicht nur die ärztliche Behandlung, sondern bindet in einem Team interdisziplinär und multiprofessionell alle notwendigen Berufsgruppen in die mehrdimensionale Patientenversorgung mit ein, vor allem die Palliativpflege, aber auch Seelsorge, soziale Arbeit und vieles mehr. Für ein solches Team hat sich die Bezeichnung „Palliative Care Team“ etabliert. Die Arbeit des Palliative Care Teams wird in der Regel ergänzt durch die hospizliche Arbeit im Sinne "hospizlich-palliativer Versorgung".*
 - 3| *Zum Beispiel Putz W, Steldinger B: Patientenrechte am Ende des Lebens. München 2014, Seite 187.*
 - 4| *Palliativversorgung ist jedoch mehr als nur Schmerzbekämpfung durch Medikamente. Jedoch ist gerade die unzureichende medikamentöse Behandlung ein immer wieder auftretendes Argument für eine Beihilfe zum Suizid. Deshalb ist es wichtig klarzustellen, dass die rechtlichen Handlungsspielräume für eine effiziente Schmerzbekämpfung groß genug sind.*
 - 5| *http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBO_08_20112.pdf*
 - 6| *Diese Lesart wird von vielen Fachleuten bestätigt, mit denen ich immer wieder über diese Frage gesprochen habe.*
 - 7| *Vgl. Glossar mit den wichtigsten Begriffen: http://www.palliativstiftung.de/fileadmin/user_upload/PDF/2014-08-26_1.3_Glossar_Suizidassistenzdiskussion.pdf*
 - 8| *Hintze P: Redebeitrag in der Debatte des Bundestages zur Sterbebegleitung vom 13.11.2014: http://www.peter-hintze.de/uploads/media/2014_11_13_Debatte_Sterbehilfe_Hintze_Wortlaut.pdf*
 - 9| *Schneider W: Wirksamkeit und Qualitätssicherung in der SAPV-Praxis. Augsburg 2011*
 - 10| *Alt-Epping B et al.: Sedierung in der Palliativmedizin. Stuttgart 2010.*
 - 11| *Hierzu gehört etwa der Palliativmediziner Borasio. Vgl.: Borasio G: Über das Sterben: Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen. München 2013.*
 - 12| *Arnold UC: Letzte Hilfe. Berlin 2014.*
 - 13| *Schildmann J et al.: End-of-life-practices in palliative care: a survey among physician members of the German Society of Palliative Medicine. In PallMed, online first 06.09.2010.*
 - 14| *Es gab in dieser Zeit bei meinen Patienten zwei Suizidfälle, die jedoch andere Gründe hatten.*
 - 15| *Aus: Sitte T: Vorsorge und Begleitung für das Lebensende. Heidelberg 2014.*
 - 16| *Alt-Epping B, Sitte T, Nauck F, Radbruch L: Sedierung in der Palliativmedizin – Leitlinie für den Einsatz sedierender Maßnahmen in der Palliativmedizin. Z Palliativmed 2010; 11: 1–11.*