

Thomas Sitte

Facharzt für Anästhesiologie
Palliativmedizin
Spezielle Schmerztherapie
Notfallmedizin
Sportmedizin

Vorstandsvorsitzender Deutsche PalliativStiftung

Büro: Am Bahnhof 2
36037 Fulda
0661 48049 797
thomas.sitte@palliativstiftung.de

Fulda, 14. September 2015

Stellungnahme des Vorstandsvorsitzenden der Deutschen PalliativStiftung zur Diskussion um ein Gesetz zur Sterbebegleitung

Über 1.000 Menschen habe ich selber bis in den hinein Tod begleitet, seit gut 30 Jahren be-
fasse ich mich mit den Phänomenen Schmerz und Sterben in allen seinen Facetten, pflege-
risch, medizinisch wie in den gesellschaftlichen Auswirkungen. Zuallermeist entspringt der
Wunsch nach lebensverkürzenden Maßnahmen bei Menschen aus einer unbegründeten,
subjektiven Angst vor zukünftigem Leiden verbunden mit der Unkenntnis moderner therapeu-
tischer Möglichkeiten.

Dies muss heute nicht mehr sein.

Im Herbst 2014 wurde zunächst eine orientierende Studie mit rund 12.000 Verstorbenen pro
Jahr durchgeführt¹, dann im Mai ein repräsentative Studie mit 17.772 Verstorbenen abge-
schlossen², sowie eine repräsentative Umfrage unter der Bevölkerung durchgeführt.

Bei rund 18.000 verstorbenen, schwerstbelasteten Palliativpatienten kam es zu keiner einzigsten Selbsttötung wegen unbehandelbaren Leidensdruckes.

1. Für die in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung durch eigenständige Palliative Care Teams versorgten Sterbenden kann vermutet werden, dass Palliative Care in dieser Struktur- und Prozessqualität zugleich eine effektive Suizidprävention bewirken könnte.
 2. Weil Fälle, in denen medizinisch (bis hin zur palliativen Sedierung) keine Linderung verschafft werden kann so sehr selten sind, darf der Staat keinesfalls regelhafte Erleichterungen für die Tötung von Patienten schaffen.
 3. Für medizinische Behandlungen muss Nutzen ebenso wie Nichtschädlichkeit bewiesen werden, für geschäftsmäßige Beihilfe zur Selbsttötung fehlen solche Beweise. Wenn Lebensverkürzung geschäftsmäßig erleichtert würde, ist deshalb davon auszugehen, dass sich mehr Menschen das Leben nehmen, obwohl für sie eine Behandlung möglich wäre.
 4. Der Kenntnisstand der Bevölkerung zu den Behandlungsmöglichkeiten und den rechtlichen Bedingungen ist unzureichend. Aus Mitleid scheint oft Tötung auf Verlangen gefordert zu werden. Die Validität bisheriger Umfragen sollte deshalb in Frage gestellt werden.
 5. Zur Suizidprävention müssen Kenntnisse in der Bevölkerung, bei den Versorgenden und Behörden usw. gleichermaßen vertieft werden, Strukturen der Versorgung müssen nachhaltig und ortsnahe zur Versorgung von schwerstkranken Palliativpatienten aufgebaut werden. Die Ressourcen dazu sind in unserem hochentwickelten, wohlhabenden Land vorhanden.
- Die Deutsche PalliativStiftung unterstützt Positionen, die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unterbinden wollen um Suizide nicht gefährlich zu erleichtern.

Ärzte, Patienten, Angehörige wollen in der Regel völlige Sicherheit, auch in Fragen der Lebensverkürzung. Völlige Sicherheit in Gesetzgebung und Rechtsprechung wird niemals zu erreichen sein. Gleich unter welcher Regelung werden Einzelfälle immer einer Beurteilung auf Rechtskonformität unterzogen werden können oder müssen.

¹ Sitte T. Was kann Palliativmedizin leisten? Analysen und Argumente Nr. 163, Konrad Adenauer Stiftung, 2015

² Dissertationsschrift des Verfassers

Es ist auch nicht durch die Gesetzgebung oder hospizlich-palliative Arbeit zu verhindern, dass Menschen sich aus Gründen einer eigenen subjektiven Bilanzierung ihres aktuellen von ihnen als nicht mehr lebenswert empfundenen Zustandes das Leben nehmen werden.

Was eine wohlhabende Gesellschaft sehr wohl für weitaus mehr als 99 % der Sterbenden verhindern kann, ist der Wunsch nach Lebensverkürzung aus Angst vor Schmerzen, Atemnot oder gar Verlassenheit heraus oder insbesondere auch wegen einer sehr konkreten Situation körperlichen Leidens.

Diese Stellungnahme beschränkt sich auf die Argumente aus medizinischer Sicht. In der Diskussion werden in verschiedenen Begründungen eine Vielzahl von Annahmen für einen Regelungsbedarf durch Nicht-Ärzte vorgetragen. Annahmen, die ohne ausreichende, praxisrelevante palliative Erfahrung, unmittelbar aus möglichem Leiden und möglichen Krankheitsverläufen zu entstehen scheinen.

Vergleiche zu den vorliegenden Gesetzesentwürfen aus medizinischer Sicht:

Medizinische Argumente	Medizinische Einwände hierzu
Entwurf Sensburg und andere	
Hier wird mögliches Leid, Krankheit und Todesnähe eines Patienten nicht auf einen zu ermöglichenden Suizid hin näher beschrieben, sondern darauf abgezielt, dass Leben nicht nur „eine von zwei möglichen Alternativen“ sein darf, „zwischen denen er entscheiden soll.“	
Künast, Sitte und andere	
KS1) „schwere und zum Tod führende Krankheiten“	KS1, RH2, RH3, RH4, RH5, RH6, RH8, RH9 beschreiben auf den ersten Blick aus nichtärztlicher Sicht Situationen von Ausweglosigkeit und Todesnähe. Einfach gesagt, es beträfe eine Vielzahl von Erkrankungen, die mit fortschreitendem Lebensalter auftreten.
KS2) „einen qualvollen Weg bis zum Ende gehen“	Bei den Passagen KS2, RH1, RH9 und RH10 müsste man zum Verständnis stets ergänzen „und der Patient eine palliative Behandlung ablehnt“. Bei belastenden Symptomen gibt es eine Vielzahl von Behandlungsmöglichkeiten bis hin zur palliativen Sedierung, die immer möglich ist, wenn in der Versorgung keine strukturellen oder fachlichen Defizite vorliegen.
In diesem Vorschlag wird auf medizinische Begründungen nur mit dieser einen Bemerkung zu Beginn in der Problembeschreibung eingegangen. Sie ist sehr allgemein gefasst. Das heißt letztlich kann jeder Suizidassistent einfordern, der nicht mehr leben will, unabhängig von mutmaßlich unbehandelbarem Leiden oder Todesnähe.	
Entwurf Brand, Griese und andere	
Hier werden keine medizinische Rahmenbedingungen, Leiden oder Diagnosen beschrieben. Es wird klar gestellt, dass Maßnahmen gegen eine übermäßige Erleichterung des Suizids ergriffen werden müssen. Ein Suizid selbst und die Beihilfe in Einzelfällen werden durch diese Verbote nicht berührt.	
Reimann, Hintze und andere	
RH1) „Obgleich die Palliativmedizin in der Regel eine ausreichende Schmerzlinderung ermöglicht, stößt sie in der Praxis in sehr wenigen Fällen an Grenzen. Dies dann der Fall, wenn eine ausreichende Schmerzbehandlung nach Maßgabe der für die Durchführung palliativme-	

<p>dizinischer Maßnahmen geltenden fachlichen Richtlinien ausnahmsweise nicht ermöglicht werden kann oder das Leiden daher rührt, dass der Patient – etwa aus Ekel vor sich selbst – seine Situation nicht mehr anzunehmen vermag. Das körperliche und psychische Leiden ihrer Patienten stellt auch für das medizinische Personal eine äußerst belastende Situation dar.“</p>	
<p>RH2) „...unheilbare Erkrankung unumkehrbar zum Tod führt, kann zur Abwendung eines krankheitsbedingten Leidens...“</p>	<p>„Leiden“ (RH 2,6,7,9) wird von dem meisten Laien am Lebensende mit dem Erleiden von unerträglichen Schmerzen verbunden. Die Angst, unter unbehandelbaren Schmerzen leiden zu müssen, ist dank der modernen Palliativversorgung unbegründet. Auch der hier stellungnehmende Palliativmediziner Dr. Thöns unterstützt diese Aussage zum Schmerz:</p>
<p>RH3) „... Unumkehrbarkeit des Krankheitsverlaufs sowie die Wahrscheinlichkeit des Todes...“ RH4) „... todkrank ...“,RH5) „... schwer krank ...“</p>	<p>„Schmerz ist eine der quälendsten Erfahrungen, er wird immer noch als ein Hauptgrund für den Ruf nach aktiver Sterbehilfe angegeben und gilt am Lebensende geradezu als „Normalität“. Das kann heute nicht mehr stimmen.“³</p>
<p>RH6) „... Dies betrifft Erkrankungen, bei denen nicht mehr das Ob eines krankbedingten Todes, sondern nur mehr der genaue Todeszeitpunkt noch offen ist. ... wie der Amyotrophen Lateralsklerose der Fall sein können, aus einer als unerträglich empfundene Schmerzbelastung sowie aus dem Gefühl ergeben, einer aufgrund des eingetretenen Versagens wesentlicher körperlicher Funktionen notwendigen Betreuung gleichsam ausgeliefert zu sein. Bei bestimmten Tumorerkrankungen, in deren Verlauf der Tumor aus dem Körper wächst, können die hiermit verbunden Entstellungen und unangenehmen Gerüche beim Patienten zudem einen unerträglichen Ekel hervorrufen, der auch die Ablehnung der eigenen Person umfassen kann.“</p>	<p>Aus palliativer Sicht ist das Gefühl, keine Luft mehr zu bekommen, wesentlich dramatischer. Es ist auch der Haupteinweisungsgrund für eigentlich unerwünschte Verlegungen am Lebensende von zuhause in die Klinik, wenn die bestehend Strukturen unzureichend waren. Denn: Mit guter Palliativversorgung muss kein Mensch am Lebensende mehr Atemnot erleiden. Diese Aussage wird von Dr. Thöns ebenso geteilt: „Patienten in SAPV-Betreuung können ohne Erstickenstnot versterben.“⁴</p>
<p>RH7) „... Suizidassistent, ... denen sie zur Abwendung eines hohen Leidensdrucks des Patienten durchgeführt werden kann, ...“</p>	
<p>RH8) „Mit dem Begriff der ‚unheilbaren, unumkehrbar zum Tode führenden Erkrankung‘ wird der Anwendungsbereich auf die Fälle von nicht mehr therapierbaren organischen und zugleich irreversibel tödlich verlaufenden Erkrankungen eingeschränkt.“</p>	
<p>RH9) „Die Formulierung ‚Abwendung eines krankheitsbedingten Leidens‘ bringt zum einen zum Ausdruck, dass die Umstände, ... typi-</p>	

³ Thöns, Repetitorium Palliativmedizin, Springer 2013

⁴ <http://www.der-schlafdokter.de/abstractersticken2010.pdf> Deutscher Krebskongress 2010 - Ist Ersticken eine Gefahr bei SAPV?

<i>scherweise von einem sehr hohen Leidensdruck auf Seiten des Patienten geprägt sind, Zum anderen ... unter die Voraussetzung eines bereits aktuell vorhandenen, tatsächlich feststellbaren, krankheitsbedingten Leidensdrucks.“</i>	
<i>RH10) „... wenn alternative palliative Behandlungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der Gesamtsituation des Patienten nicht mehr in Frage kommen. ...“</i>	

Zum Risiko, welche Ärzte im Rahmen ihrer „normalen“ Tätigkeit dem Risiko ausgesetzt werden könnten aus Gründen der Leidenslinderung geschäftsmäßige Suizidbeihilfe zu leisten, kann allgemein gesagt werden: **Bei allen Ärzten kommt der Patientenwunsch nach Beihilfe zur Selbsttötung außerordentlich selten vor, so dass diese nicht in die Gefahr einer Strafbarkeit kommen könnten, wenn geschäftsmäßige Beihilfe strafbar würde.** Diese Aussage wird selbst von den drei Vorstandstandsmitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Hämatonkologie bestätigt, die im August 2015 feststellten, dass, „es sich bei der Bitte um Hilfe zur Selbsttötung auch bei Ärzten, die auf dem Gebiet der Krebserkrankungen tätig sind, um eine seltene und sehr individuell ausgeprägte Konfliktsituation handelt.“

Sie ziehen aber den falschen Schluss daraus, dass deshalb eine Strafbarkeit geschäftsmäßiger Beihilfe nicht unter Strafe gestellt werden müsse. Dass sogar für Palliativmediziner kein Risiko bei einer Strafbarkeit geschäftsmäßiger Beihilfe besteht, wird im Folgenden ausgeführt.

Wissenschaftliche Daten zum Bedarf von lebensverkürzenden Maßnahmen in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung:

Im August 2015 hat der Verfasser als Beitrag zur aktuellen Diskussion eine wissenschaftliche Arbeit (Dissertation) zu lebensverkürzenden Maßnahmen fertig gestellt. Ende 2014 und im Frühjahr 2015 wurden dazu zwei umfangreiche Umfragen bei Palliativmedizinern durchgeführt, deren beruflicher Alltag in großem Maße davon bestimmt wird, Menschen bis zum Tod beizustehen. Insgesamt versorgten diese Ärzte im Jahr 2014 weit über 19.000 Palliativpatienten bis zu deren Tod.

Übereinstimmend gaben die Ärzte an, dass bei keinem dieser Patienten eine Beihilfe zur Selbsttötung notwendig geworden wäre, weil Leiden des Patienten ansonsten nicht hätte gelindert werden können. Auch wenn die Linderung nicht „perfekt“ gewesen wäre, wäre immer noch eine palliative Sedierung möglich gewesen.

Diese Aussage kann aus gut 20jähriger palliativer Praxis heraus bestätigt werden.

Wenn ein solches Ergebnis im Rahmen der aktuellen, politischen Diskussion bewertet werden sollte, sollten Fakten sachlich abgewogen werden. Gleichzeitig sollten auftretende Fragen aus jeweils ethischer, juristischer, religiöser und medizinischer Sicht heraus beleuchtet werden.

Zunehmend wird vor allem von palliativ wenig sachkundiger oder auch politisch interessierter Seite im Zusammenhang mit Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung über Palliativversorgung und deren Behandlungsoptionen diskutiert. So wird gar in völlig unzulässiger, implizit auch diffamierender Weise unterstellt, dass der palliativen Begleitung sozusagen die Beihilfe zur Selbsttötung häufig immanent wäre, wie dies in der Stellungnahme der „Strafrechtler“ geschah. Dies stellt eine absichtliche oder grob fahrlässige, falsche Darstellung der tatsächlichen Verläufe palliativer Begleitung bei, wie inzwischen selbst empirisch untermauert werden kann.

Oftmals entspringt Wunsch nach lebensverkürzenden Maßnahmen aus der subjektiven Angst vor zukünftigem Leiden verbunden mit der Unkenntnis moderner therapeutischer Möglichkeiten. In der o.g. Untersuchung wurden leitende Palliativmediziner aus Palliative Care Teams (PCT), die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erbringen, retrospektiv nach ihren Einstellungen und Erfahrungen zum Themenfeld der Lebensverkürzung befragt.

Aus den 42 Antworten der 49 befragten PCTs kann aufgrund der Ergebnisse zusammengefasst werden:

Von den PCTs wurden in den Jahren 2013 und 2014 bis zum Tod multiprofessionell versorgt und begleitet: 17.772 Patienten.

Der Wunsch nach lebensverkürzenden Maßnahmen in Form von Beihilfe zum Suizid oder Tötung auf Verlangen für diese Patienten wurde in dieser Zeit geäußert. Die Ergebnisse sprechen in beeindruckender Weise für die Palliative Begleitung auch geschwächter, partiell lebensmüder Menschen:

• Gesamtzahl der durch die PCTs begleiteten Patienten	17.772
• Suizidwunsch geäußert von Patienten (meist zu Beginn)	1.147
• Suizidwunsch zusätzlich geäußert von Angehörigen	305
• Suizidwunsch geäußert wiederholt und nachdrücklich von Patienten	326
• Suizidwunsch geäußert wiederholt und nachdrücklich von Angehörigen	164
• Durch Suizid – ohne Beihilfe des Palliativteams(!) – Verstorbene	17
• Durch Suizid wegen nicht behandelbaren Leidens Verstorbene	0
• Durch Tötung auf Verlangen Verstorbene	0

Der Wunsch nach Lebensverkürzung wird von Patienten häufiger sowohl drohender als auch bereits manifester, existenzieller Not sowie bei aus verschiedensten Gründen extrem hohem Leidensdruck geäußert. Die 17 Suizide erfolgten nach Einschätzung der befragten Palliativmediziner dabei kein einziges Mal, weil etwa ein Leiden palliativ nicht behandelbar gewesen wäre.

Einen besonders hohen Stellenwert unter Palliativmedizinern in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nimmt als effiziente Behandlungsoption und ultima ratio auch gegen schwerstes Leiden bei dafür geäußertem Behandlungswunsch die palliative Sedierung ein. Obgleich palliative Sedierung nach allgemeiner Einschätzung nicht häufig zum Einsatz kommen muss, ist sie unisono die Methode der Wahl, die immer dann angeboten werden kann, wenn ein Patient andere Behandlungen nicht mehr akzeptiert. Um die palliative Sedierung herum gibt es fachlich durchaus Unsicherheiten und Differenzen, sowohl mit Blick auf die möglichen Indikationen als auch auf die praktische Umsetzung. Hier besteht weiterhin großer Bedarf an fachlicher Aufklärung und Austausch.

In der Untersuchung stimmten außer einem einzigen Palliativmediziner alle der Aussage zu: „Die Sedierung führt nicht zu einer Lebensverkürzung, sondern zu einer Symptomkontrolle“. Alle außer einem vertraten die Einschätzung, diese Art und Weise der Leidenslinderung sei eben nicht lebensverkürzend, sondern lindere vielmehr das Leiden. Das fachlich nicht gestützte, vielmehr widerlegte Gegenteil wird zuallermeist – in nicht verantwortlicher Weise – vertreten und verbreitet von Personen, die über unzureichend detaillierte Kenntnisse in der Palliativversorgung verfügen. Diese weniger Erfahrenen befürchten und verbreiten oft die gegenteilige Ansicht.

Das eigentliche Problem in der sprichwörtlich alltäglichen hospizlich-palliativen Praxis ist in keiner Weise etwa eine Notwendigkeit der bewussten Herbeiführung der Lebensverkürzung, sondern oftmals die fehlende menschliche Courage, das Sterben im Sinne des Patienten in immer wieder ähnlichen Verläufen auch zuzulassen.

Sterbenzulassen ist die Herausforderung für die Ärzte um Patienten zu ihrem Recht zu verhelfen nicht die Unterstützung von Handlungen zur Selbsttötung.

Unsicherheiten in dieser besonderen Phase des nahenden Todes führen immer wieder, ob bedingt durch mangelhaftes medizinisches Wissen oder mangelnde Erfahrung, oder auch Unkenntnis oder falsche Interpretation der rechtlichen Rahmenbedingungen, nicht selten

aber auch durch eigene, für den Patienten aber eigentlich irrelevante ethische Einstellungen Beteiligter, zu unnötig schwierigen Situationen, die dem eindeutigen und unstrittigen Patientenwillen sogar zuwiderlaufen können.

Bei der Frage von Lebensverkürzung geht es vor allem darum, das Leben des Patienten in seinem Sinne durch medizinische Maßnahmen nicht mehr als gewünscht zu verlängern. Allzu häufig geht es auch um die sogenannte „Futility“. Dazu konstatiert der Onkologe und Vorsitzende der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, Wolf-Dieter Ludwig: *„Die Tatsache, dass Patienten mit privater oder halbprivater Zusatzversicherung im letzten Lebensmonat fast doppelt so oft eine Chemotherapie erhielten wie Krebspatienten mit geringem Versichertenstatus, spricht dafür, dass medizinischen Entscheidungen am Lebensende sich nicht nur am Patientenwohl, sondern beispielsweise auch an ökonomischen Fehlanreizen orientieren.“*⁵

Auch unter Berücksichtigung oben genannter Kritikpunkte können als Resultat dieser Untersuchung zwei Aussagen ausdrücklich festgehalten werden:

1. Für die in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung durch eigenständige Palliative Care Teams versorgten Sterbenden kann vermutet werden, dass Palliative Care in dieser Struktur- und Prozessqualität zugleich eine effektive Suizidprävention bewirken könnte.
2. Weil Fälle, in denen medizinisch (bis hin zur palliativen Sedierung) keine Linderung verschafft werden kann so sehr selten sind, darf der Staat keinesfalls positive Regelungen für die Tötung von Patienten schaffen.

Vor dem Hintergrund wachsender medizinischer Handlungsoptionen und veränderter Werthaltungen, vor allem mit Blick auf die Selbstbestimmung bei der Gestaltung des eigenen Lebens, hat sich der Umgang mit Tod und Sterben sowie auch die Haltung der Ärzteschaft zu lebensverkürzenden Maßnahmen verändert. Dies geht bis zum Wunsch, selbst soweit als möglich Einfluss auf das Sterben und die damit zusammenhängenden Vorgänge nehmen zu können, einschließlich des Sterbens selbst, der Aufbahrung, Bestattung und der damit zusammenhängenden Rituale.

Hierbei ist es für das Gemeinwohl und die Produktivität der Gesellschaft keinesfalls gleichgültig, wie der Einzelne am Lebensende versorgt wird und irgendwann sein Leben beendet – selbst wenn dieses Ende erst in fernerer Zukunft liegen wird. Im Gegenteil im Sinne einer *„Letztverlässlichkeit“* könnte dies für die Leistungsfähigkeit in gesunden Jahren sogar ein entscheidender Faktor sein.⁶

Rechtskonforme Möglichkeiten bei unerträglichem Leiden und Sterbewunsch

Für die in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) durch eigenständige Palliative Care Teams versorgten Sterbenden kann vermutet werden, dass Palliative Care in dieser Struktur- und Prozessqualität zugleich eine effektive Suizidprävention bewirken könnte.

Laut der infratest-Umfrage im Auftrag der Deutschen PalliativStiftung vom August 2015 sind 87 % der Deutschen der Meinung: *„Die Beihilfe zur Selbsttötung ist strafbar“*.

Ausgehend von diesem weit verbreiteten Irrtum plädierten gleichzeitig 77 % aus derselben Gruppe für eine *„Freigabe der Tötung auf Verlangen in bestimmten Fällen“*. Dies ist in mehrfacher Hinsicht bemerkenswert und deutet auf eine gewaltige Fehleinschätzung großer Gruppen der Bevölkerung hin. Selbst jene, die sich laut eigenen Angaben intensiver mit dem Thema Lebensende zu beschäftigen, oder einen höheren Schulabschluss hatten oder zur oberen Einkommensgruppe gehörten, hatten hierzu keine bessere Sachkenntnis.

Mit diesem mehr als deutlichen Umfrageergebnis zum Wissenstand könnten bisherige Umfrage erheblich an Validität einbüßen.

⁵ Ludwig WD (2015) Die Behandlung von Krebspatienten am Lebensende – wann kann weniger mehr sein?. Frankfurter Forum 11: 36-45

⁶ Fleißa J (2014) Letztverlässlichkeit als Ressource – Der Wert der Palliativmedizin für die Volkswirtschaft. Zf Pall-Med 2014; 1:

Vor dem Hintergrund solcher dramatischen Wissenslücken ist das Risiko hoch, dass insbesondere diese der Natur der Sache nach stets auch emotional geführte Diskussion weithin ohne ausreichende Fakten und Analyse geführt wird und daraus resultierend zu dramatisch falschen Ergebnissen geführt wird. Deshalb fordert die Deutsche PalliativStiftung eine Aufklärungs- und Imagekampagne für hospizlich-palliatives Denken und Handeln wie sie z.B. für „Gib AIDS keine Chance“ bereits erfolgreich eingeführt und umgesetzt wurde.

Die Beihilfe zum Suizid ist schon heute prinzipiell straffrei und soll straffrei bleiben Die geltende Rechtslage schätzt völlig falsch ein, wer glaubt, dass wir Ärzte etwa aufgrund von Gesetzen einerseits alles unternehmen müssten, um das Leben eines schwerstkranken und sterbenden Menschen qualvoll zu verlängern und auf der anderen Seite aufgrund gesetzlicher Vorschriften daran gehindert würden, Leiden zu lindern.

In Wirklichkeit weist die geltende Rechtslage dem Patientenwillen die entscheidende Rolle zu, so schreibt der Anwalt für Medizinrecht Wolfgang Putz: *„Ohne Einwilligung des Patienten darf kein medizinischer Eingriff durchgeführt werden.“*⁷

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 also in jedem Fall, um das Recht auf Selbstbestimmung auch am Lebensende zu wahren. Ärzte dürfen und/ oder müssen Patienten nur lebenserhaltend behandeln, solange hierzu eine medizinische Indikation besteht und die Patienten damit einverstanden sind; insofern ist die Sorge vor Fremdbestimmung tatsächlich unbegründet, sofern bestehende rechtliche Regelungen stets Beachtung fänden.

Gleichzeitig kann und muss körperliches Leiden durch ausreichenden Medikamenteneinsatz gelindert werden. Leider werden in der Praxis häufig die breiten Möglichkeiten der Medizin ebenso wenig eingesetzt, wie der Rechtsrahmen zur Behandlung ausgeschöpft. So konstatierte Putz: *„Bei über ,300 Sterbemandaten‘ stellen wir fest, dass sich durch diese Entwicklung bei gleichbleibender Rechtslage das Bewusstsein der Beteiligten beim Umgang mit Sterben erheblich positiv verändert hat.“*⁷

Gleichwohl stellen auch heute noch Maßnahmen des Sterbenzulassens in Form von neu definierten Therapiezielen und dem Beenden lebenserhaltender Maßnahmen insbesondere in eher konservativ geprägten Pflegeheimen oft Streitpunkte dar, die letztlich in manchen Fällen sogar zu dem nicht hinnehmbaren Umstand führen, dass Patienten zur Durchsetzung ihres eigenen Willens in ein anderes Heim verlegt werden müssen.

Dies gilt naturgemäß insbesondere dann, wenn Menschen nicht mehr in der Lage sind, ihren Willen selbst zu äußern. *„Dauerhaft bewusstlose Patienten, deren Organfunktionen vital und funktionsfähig sind, werden dabei nicht als Sterbende betrachtet“*⁸. Auch bei diesen Patienten ist eine Einstellung der Beatmung oder der künstlichen Ernährung ein erlaubter Therapieverzicht bzw. eine Therapiezielneuausrichtung, wenn sie dem Patientenwillen folgen. Dies stellt keine unerlaubte aktive Tötung dar, auch wenn das irrtümlich im Umfeld eines solchen Sterbenzulassens immer wieder geglaubt wird.

Der Begriff des Leidens am Lebensende beschreibt eine individuelle und rein persönliche Wahrnehmung und Bewertung der eigenen Lebenssituation. Auf diese muss der verantwortliche Arzt eingehen, sie mittragen, und auch dann ertragen, wenn er selbst einen anderen Weg der Behandlung vorziehen würde: Es werden je nach Patient kaum sichtbare körperliche Veränderungen als sehr belastend empfunden und andererseits schwerste Einschränkungen ohne subjektive unerträgliche Belastung ertragen. Obgleich in Deutschland die obengenannten, verschiedenen Möglichkeiten für jeden einzelnen Patienten möglich sind, um ein Leben mithilfe von Therapieverzicht nicht verlängern zu müssen oder deren Leben durch FVNF oder Suizid mit oder ohne Beihilfe beendet wird, nimmt doch die zunehmende Zahl von Menschen, die zur „Sterbehilfe“ in die Schweiz reisen.

⁷ Putz W, Steldinger B, Patientenrechte am Ende des Lebens. München: CH Beck Verlag München 2014: 187

⁸ Geremek A. Wachkoma. Medizinische, rechtliche und ethische Aspekte. Deutscher Ärzteverlag. Köln 2009: 133

Unterschiedliche Auffassungen bei Ärzten:

Möglicherweise haben neben medizinischen Erwägungen persönliche Werthaltungen und Erfahrungen bei der Entscheidungsfindung eine Bedeutung⁹. Es lassen sich drei Grundpositionen unterscheiden:

• Gruppe 1:

Erstens Ärzte, welche die organisierte und die ärztliche Suizidbeihilfe auch in einem mehr oder weniger weiten Rahmen befürworten¹⁰ und diesem Vorgehen klare Regeln geben wollen, die insbesondere für Menschen in wahrscheinlicher Todesnähe gelten sollen.

Einige Ärzte gehen davon aus, ein Arzt habe sogar die Aufgabe, Menschen unabhängig von einer lebensverkürzenden Erkrankung und gleichzeitiger Todesnähe in ihrem Wunsch vorzeitig aus dem Leben zu scheiden, zu helfen¹¹.

• Gruppe 2:

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. Dieser Gruppe zuzurechnende Ärzte sind z. B. in einer zufälligen Auswahl von 641 ärztlich tätigen Medizinern zu finden, bei denen nur 2 ihren Tätigkeitsschwerpunkt in der Palliativversorgung angaben (Schildmann 2014). Dort gaben 35,5 % der befragten Ärzte an, bei ihrem letzten verstorbenen Patienten hätte die Medikamentengabe „wahrscheinlich oder sicher“ zur Beschleunigung des Todeseintritts“ geführt und 9,2 % der Befragten hatten diese Lebensverkürzung sogar intendiert. Bei einer vorherigen Studie¹² waren es noch 27,3 % der Ärzte die angaben, sie hätten bei ihrem letzten verstorbenen Patienten beabsichtigt, den Tod mit der Medikation zu beschleunigen. Es scheinen bereits im Jahr 2010 diese Ärzte unter überwiegend palliativ tätigen und höher qualifizierten Palliativmedizinern geringer vertreten zu sein.

„On this background it is a remarkable finding that a relevant proportion of respondents, and even more of those who have not acquired the added certificate of qualification in palliative medicine, not only foresee but also intend shortening of life as part of their practice“¹².

Erfahrene Palliativmediziner kommen damit vermehrt in Gruppe 3 vor^{12,1}.

• Gruppe 3:

Drittens jene Ärzte, vor allem Palliativmediziner, die aufgrund ihrer langjährigen Tätigkeit in Palliative Care Teams die Erfahrung gemacht haben, dass sie nahezu allen Menschen in ihren insbesondere körperlich begründbaren 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, wenn ein entsprechend versiertes PCT dem Patienten zur Verfügung stand¹. Existierte bei diesen Palliativpatienten ein Todeswunsch, weil sie Behandlungsoptionen ablehnten, gab es hier naturgemäß keine Möglichkeiten palliativer Behandlung.

⁹ Müller-Busch HC. Euthanasie bei unerträglichem Leid? Eine Studie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum Thema Sterbehilfe im Jahre 2002. Zf Palliativmed, 2003; 4: 75-84

¹⁰ Borasio GD (2013) Über das Sterben: Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen. CH Beck Verlag, München

¹¹ Arnold UC (2014) Letzte Hilfe. Rowolth Verlag, Berlin

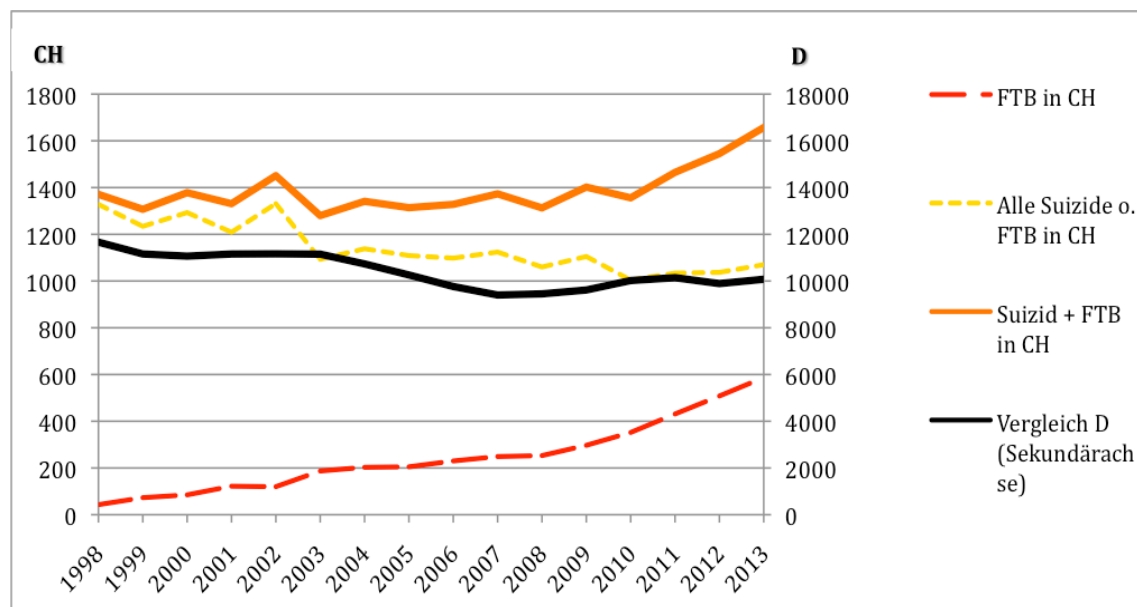
¹² Schildmann e.a. (2010) End-of-life-practices in palliative care: a survey among physician members of the German Society of Palliative Medicine. Zf PallMed, online first 06.09.2010

Entwicklung in Nachbarländern Am Beispiel der Schweiz:

In allen Ländern, in denen positive, die Beihilfe zur Selbsttötung erleichternde Regelungen geschaffen werden, sind bereits die entsprechenden, offiziell erfassten Zahlen von Jahr zu Jahr zunehmend, auch wenn eine Dunkelziffer nicht berücksichtigt wird.

Suizide und Freitodbegleitungen in der Schweiz Ansässiger im Vergleich zu Suiziden in Deutschland. Entwicklung 1998 bis 2013 (Anzahl/ Jahr)

Grafik 1 (ohne „Suizidtouristen“)



Entspricht dem Verhältnis 1 : 10 der Bevölkerungszahlen CH versus D in 2013: CH 8,08 Mio (mit der Ordinate links) versus D: 80,6 Mio (Ordinate rechts)

Tabelle 1 Nur sogenannte „Freitodbegleitungen“ in der Schweiz ansässiger Menschen (ohne „Suizidtouristen“)

Jahr	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14
EXIT	114	88	106	128	114	132	154	162	150	179	167	217	257	305	356	459	583
EXIT-ADMD				17	35	48	42	54	65	66	75	69	91	111	144	155	175
Dignitas Ansässige	6	4	4	11	17	9	14	12	15	6	10	4	6	11	13	8	6
Σ Vereine	120	92	110	156	166	189	210	228	230	251	252	290	354	427	513	622	764
ΣRegierung	43	73	85	122	120	187	203	205	230	249	253	297	352	431	508	587	?

- EXIT** Von Exit, deutschsprachige Schweiz, veröffentlichte Zahl (keine FTB von Ausländern)
- EXIT-ADMD** Von Exit, französischsprachige Schweiz, veröffentlichte Zahl (keine FTB von Ausländern)
- Dignitas Ansässige** Von Dignitas veröffentlichte Zahl, (FTB von in der Schweiz Ansässigen ohne FTB von Ausländern)
- Regierung** Summe der Suizide und Freitodbegleitungen, wie sie vom Statistischen Bundesamt der Schweiz veröffentlicht wird. Es werden ausschließlich in der Schweiz Ansässige erfasst.

Auffällig ist, dass bei den rot hervorgehobenen Zahlen die von der Regierung erfasste Anzahl von Menschen, die in der Schweiz ansässig waren und eine Freitodbegleitung erhielten, niedriger waren als die Summe der für die entsprechenden Jahre angegebenen Zahlen der

Organisationen, obgleich sie bei korrekten Angaben und gleichen Definitionen übereinstimmen müssten.

Signifikant niedriger in der Untersuchung vom Mai ist die Suizidrate von Patienten in der SAPV im Vergleich mit jener in der Gesamtsterblichkeit in Deutschland¹³. Der Anteil der Suizide bei SAPV-Patienten beträgt nur ein Zwölftel des bundesweiten Durchschnittes aus 2013, bzw. im vorliegenden Klientel weniger als 0,1 % der SAPV-Patienten. Nur circa 1,2 % der Patienten, von denen oder für die zuvor der Wunsch oder die Bitte nach Lebensverkürzung geäußert wurde, begingen schließlich Suizid.

Wie der Wunsch von Palliativpatienten von den Ärzten wahrgenommen wird, welche palliativen Hilfen dann vom PCT angeboten und vor allem auch, welche Schlussfolgerungen gezogen werden, könnte möglicherweise auch nicht unwesentlich von eigenen Erfahrungen und Haltungen abhängig sein.

So konstatierte zum Beispiel der Onkologe Dr. Carlo Bock, Vorsitzender der Nationalkommission zur Bewertung und Überwachung des Euthanasiegesetzes in Luxemburg, „*die Qualität des Todes ist anders bei einer aktiven Sterbehilfe als wenn man noch ein paar Tage dahinsiechen muss*“¹⁴. Und weiter, dass ein Tod in zehn Minuten ein anderer sei als der über viele Tage und Wochen. Daher sei er von der Notwendigkeit des ärztlich assistierten Suizids überzeugt. „*Als Präsident unserer staatlichen Kontrollkommission kann ich Ihnen sagen, dass dies (Anm.: gemeint ist durch Euthanasie statt durch Symptomlinderung) ein guter Tod ist. Es ist ein großer Unterschied, ob man sediert in Pampers liegt oder bei vollem Bewusstsein und in Würde stirbt.*“¹⁵

Dr. phil. Michael Wunder, Mitglied des Ethikrates, der als Psychologe mit Schwerstmehrfachbehinderten arbeitet, bemerkt dazu, es gäbe kein unwürdiges Leben, sondern nur lebensunwürdige Umstände, die es dann zu ändern gelte¹⁶.

Je nach Hintergrund kann vermutet werden, dass in der identischen, sich als lebensunwürdig darstellenden Situation, je nach der nationalen Rechtslage, den medizinischen und strukturellen Möglichkeiten, der persönlichen Einstellung des Helfenden eher ein ärztlich assistierter Suizid, eine Tötung auf Verlangen oder ein angepasstes, intensiviertes Symptommanagement bis hin zur palliativen Sedierung angeboten wird.

Ob organisierte Angebote der Beihilfe taterleichternd wären, also die Suizidrate bei jenen erhöhen¹⁷, die darum bitten oder im Gegenteil suizidpräventiv, bzw. sogar „*suizidversuchspräventiv*“¹⁸ wirken würden, ist bislang nicht valide untersucht worden. Die rasante Zunahme der Zahl der sogenannten Freitodbegleitungen in der Schweiz und die gleichzeitige Zunahme der Summe aus Freitodbegleitung und nicht begleitetem Suizid kann, sehr vorsichtig ausgedrückt(!), diese Behauptung zumindest nicht bestätigen.

¹³ Statista (2015) Anzahl der Sterbefälle durch Suizid in Deutschland nach Art der Methode 2011 bis 2013

¹⁴ Bock C. Podiumsdiskussion „Letzte Hilfe“ von Right to Die Europe“ vom 30.06.2015 auf <https://www.youtube.com/watch?v=7jel5x60Eso&feature=youtu.be>

¹⁵ Humanistischer Verband Deutschland Pressemitteilung zur Podiumsdiskussion „Letzte Hilfe! Ärzte aus dem In- und Ausland diskutieren über Suizidhilfe“ vom 20.06.2015. <http://hpd.de/artikel/11883>

¹⁶ Wunder M (2015) in <https://www.bpb.de/dialog/netzdebatte/209110/contra-sterbehilfe-es-gibt-kein-unwuerdiges-leben-sondern-nur-lebensunwuerdige-umstaende>

¹⁷ Loenen Gv (2015) Das ist doch kein Leben mehr! Mabuse Verlag, Frankfurt

¹⁸ Minelli LA (2015) Wie wollen wir sterben? Vortrag in Oldenburg vom 23.01.2015

Weitere Daten:

Jedoch glauben zum Beispiel in der Bevölkerung gleichermaßen bei Befürwortern wie Gegnern von Suizidassistenten die Hälfte bis Zweidrittel der Befragten, dass durch einen leichteren Zugang zur Beihilfe die Zahl jener ansteige, die sich so das Leben nehmen würden¹⁹ (Ahrens 2015). In der Kriegsführung wurden solche individuellen, menschlichen Tragödien als „collateral damage“ verharmlost, der für eine Zweckerreichung leider notwendig sei.

Doch nicht die Suiziderleichterung ist suizidversuchspräventiv, wie könnte dies nüchtern betrachtet auch der Fall sein. Im Gegenteil; es zeigen auch die vorliegenden Daten, dass in einer intensivierten Sterbebegleitung, wie sie in der SAPV möglich ist, die Rate an Suiziden erheblich niedriger liegt als in der Gesamtbevölkerung.

Und diese SAPV hat keinen „Kollateralschaden“ verursacht.

Insgesamt gaben 34 der 42 antwortenden Palliativmediziner in oben genannter Studie an, dass in den letzten 2 a kein Patient durch Lebensverkürzung verstorben wäre. Nur bei 19 % war dies überhaupt der Fall.

Alle Palliativmediziner gaben an, dass keiner ihrer Patienten durch lebensverkürzende Maßnahmen verstarb, weil eine Linderung belastender Symptome anders nicht möglich gewesen wäre.

Alle durch Lebensverkürzung verstorbenen Patienten wählten diesen Weg aus ihrer eigenen Entscheidung und aus ihrer primären Intention heraus, das eigene Leben frühzeitiger zu beenden als durch einen wie auch immer behandelten Krankheitsverlauf; dies geschah teils ohne Ankündigung oder Vorahnung – selbst im engsten Familienkreis.

Bewertet man die Antworten dieser problematischen Fälle im Einzelnen, so wird schnell klar, dass es keine völlige Sicherheit geben kann, keine 100%ige Leidenslinderung und auch nicht die Garantie, dass jeder Patient sein Leben mit palliativer Hilfe so beschließen kann, wie er es sich immer gewünscht hatte. Selbst Gesundheitsminister Hermann Gröhe, profiliertester Gegner geschäftsmäßiger Suizidassistenten, betonte in seiner Rede zur ersten Debatte über Sterbebegleitung vor dem Deutschen Bundestag,

„Ja, auch ich kann mir Grenzfälle vorstellen, in denen Ärztinnen und Ärzte um ihres Gewissens willen Normen brechen bzw. gegen sie verstoßen. Dann ist es Aufgabe der Rechtsanwendung, im Einzelfall dieser Gewissensentscheidung Rechnung zu tragen. Sie darf uns aber nicht Anlass sein, die Norm selber und damit den lebensschützenden Charakter unserer Rechtsordnung zu relativieren.“

Doch für nahezu alle Patienten mit hochproblematischer Symptomatik zeigt sich als eindeutige Antwort aus der Befragung, dass palliative Sedierung ein Angebot ist, das dem Patienten die Möglichkeit gibt, sein Leiden lindernd einzugrenzen oder ganz zu beseitigen. Generelles Ziel einer palliativen Sedierung²⁰ ist dabei eine Bewusstseinsdämpfung, die gerade nur so weit geht, dass Symptome ausreichend kontrolliert nicht mehr als belastend vom Patienten wahr genommen werden²¹.

Unter den 893.825 Verstorbenen in Deutschland²² des Jahres 2013 gab es 10.076 amtlich festgestellte Selbsttötungen (dort als „Selbstbeschädigung“ bezeichnet), entsprechend 1,13 Prozent aller Todesfälle.

Unter den schwerstkranken Palliativpatienten mit einer besonders ausgeprägten und ohne SAPV schwer behandelbaren Symptomlast in der Studie, war die Prävalenz der Todesursache (Selbst)Tötung im Jahr 2013 aber nur 8 von 8.209 (0,10 %) und 2014 nur 9 von 9.563 Patienten (0,09 %), also um über eine ganze 10er-Potenz geringer als mit den obengenannten 1,13 % in der durchschnittlich belasteten und durchschnittlich kranken Bevölkerung.

¹⁹ Ahrens PA, Wegner G (2015) Die Angst vorm Sterben. Sozialinstitut der Evangelischen Kirche Deutschland

²⁰ Alt-Epping B, Sitte T, Nauck F, Radbruch L (2010) Sedierung in der Palliativmedizin – eine Leitlinie für den Einsatz sedierender Maßnahmen in der Palliativversorgung. Zf Pallmed 11: 1–11

²¹ Müller-Busch HC (2014) „Im Schlaf sterben“ Sedierung am Lebensende – ein Kriterium für gutes Sterben? Praxis Palliative Care 25:26-28

²² Statistisches Bundesamt (2015) Todesursachen in Deutschland https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen2120400137004.pdf?__blob=publicationFile

Bedarf und Verantwortung:

Bei allen Palliativmedizinerinnen, welche angaben, eine Lebensverkürzung unter ihren Patienten erlebt zu haben, wurde explizit noch zu bekanntgewordenen Gründen nachgefragt. Das Ergebnis war eindeutig: **Bei keinem dieser Patienten war unbehandelbares Leiden Grund für den vorzeitigen Tod durch eine Lebensverkürzung.**

Wenn diese Aussage in zwei aufeinanderfolgenden Jahren bei einem so großen Anteil an Palliativpatienten getroffen werden kann und auch die Aussage aus der Umfrage von 2014 mit weniger Fragen bei einer noch größeren Zahl von Palliativpatienten in der SAPV bestätigt wurde, **besteht eine sehr große Wahrscheinlichkeit, dass der Bedarf an Suizid, ärztlich assistiertem Suizid oder auch Tötung auf Verlangen auf Grund von (körperlichem) Leiden bei Palliativpatienten gegen Null tendiert.**

Sozialrichter Dr. jur. utr. Carsten Schütz bringt die Diskussion im Für und Wider über eine Beihilfe zum Suizid auf den Punkt: Die Gesellschaft müsse sich durch ein Verbot des organisierten Suizids schützend vor die potenziellen ‚Opfer‘ stellen. *„Damit nicht auch nur ein einziger lebenswilliger Mensch den Tod wählt, um seine Umwelt vor Belastungen zu bewahren, sind die Lebensmüden in der Pflicht auch die schweren Seiten des Lebens zu ertragen.“*²³

Betrachten wir abschließend noch einmal die Einstellung, Zustimmung oder Ablehnung der befragten Palliativmediziner zu Fragen der Beihilfe zur Selbsttötung:

In dieser Untersuchung unter Palliativmedizinerinnen in der SAPV befürworteten ein berufsrechtliches Verbot des ärztlich assistierten Suizides 56,1 %.

70,7 % der Befragten stimmten mit der Aussage voll oder eher überein „Der Arzt soll keine Beihilfe zur Selbsttötung leisten“.

82,1 % waren für ein strafrechtliches Verbot der organisierten oder gewerbsmäßigen Suizidbeihilfe.

Eine Freigabe der Tötung auf Verlangen ähnlich wie in den Benelux-Ländern lehnten gar 97,5 % der Palliativmediziner ab.

Fazit:

Es besteht eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit, dass der Bedarf für Suizid, ärztlich assistierten Suizid oder auch Tötung auf Verlangen auf Grund von (körperlichem) Leiden bei Palliativpatienten gegen Null tendiert.

Die überwältigende Mehrheit der befragten Palliativmediziner, die als Experten in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung schwerstleidende Sterbende im spezialisierten Team versorgen, lehnt lebensverkürzende Maßnahmen als nicht zur Leidenslinderung notwendig ab. Die Experten treten gegen eine Erleichterung von Lebensverkürzung in Form von Beihilfe zur Selbsttötung und Tötung auf Verlangen ein.

Geschäftsmäßig verfügbare „Hilfen“ zur Selbsttötung werden höchstwahrscheinlich die Zahl der Selbsttötungen erhöhen.

Beratung und Behandlung durch ein spezialisiertes Palliative Care Team sind geeignet, bestehende Suizidwünsche wegen Angst vor Leiden zu beseitigen.

Niemand muss sich wegen körperlichem Leiden das Leben nehmen, wenn die derzeitigen Möglichkeiten ausgeschöpft werden können, die ein versiertes Palliative Care Team bieten kann. Diese Möglichkeiten sind aber nicht ortsnah überall für jeden vorhanden. Dennoch:

Es wäre ein fatales Signal, Selbsttötungen zu erleichtern, wenn zuvor nicht die hospizlich-palliativen Behandlungsmöglichkeiten für jeden Leidenden verfügbar sind.

²³ Schütz C (2015) Sterben als Gesellschaftsfrage. Betrifft JUSTIZ. 122: 83-85