

Wenn Heilung nicht mehr möglich ist



STIFTUNG
MÄNNERGESUNDHEIT

24
Wenn Heilung
nicht mehr
möglich ist

Focus : Männergesundheit **21**



Palliativmedizin



Jeder Kranke, zumal jeder Schwerkranke, erhofft und erwartet vom Arzt und von der Medizin *Heilung*. So natürlich diese Hoffnung und Erwartung auch ist und so weitreichend die Verheißungen der Medizin auch sein mögen – nahezu jeder Mensch macht irgendwann die Erfahrung, spätestens dann, wenn sein Lebensende naht, dass die Grenzen des medizinisch Möglichen erreicht sind: Heilung ist außer Reichweite. Stattdessen rücken die Möglichkeiten und Angebote der *Palliativmedizin* in den Vordergrund: Umfassende Leidenslinderung wird zur Maxime ärztlichen und pflegerischen Handelns, und nicht zuletzt, menschliche Zuwendung und Trost.

Der wissenschaftliche Fortschritt der Medizin brachte es mit sich, dass ihr Auftrag, Heilung und Gesundheit herbeizuführen, einem Krankheitsmodell den Weg bahnte, das das Subjekt der Krankheit, den leidenden Patienten, weitgehend ausblendete. Mit Beginn der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde der Begriff »Apparatemedizin« zur Chiffre für eine Medizin, die sich einseitig an einem technologischen Selbstverständnis und am erkrankten Organ orientierte, kaum jedoch den Patienten und seine psychischen Befindlichkeiten, auch seine Ängste, Nöte und Sorgen, in der Gesamtheit betrachtete. So verfehlte die Medizin wesentliche Anteile ihres Auftrags und es wundert keineswegs, dass ihr oftmals und zu Recht das Attribut »menschlich« abgesprochen wird.

Die Trias Heilung – Linderung – Zuwendung bestimmt seit den Anfängen der Medizin den Wert ihres Handelns. Allein das Ineinandergreifen dieser drei Facetten ärztlichen und pflegerischen Handelns bietet die Gewähr für das, was »gute Medizin« ist. Sie offenbart sich in besonderer Weise am Lebensende. Dies wird nachfolgend näher erläutert.

■ Was ist »Heilung«?

Unsere Medizin leistet – trotz aller berechtigter Kritik an ihr – Großartiges. Sie verpflanzt Organe, hat durch Impfung die Polio nahezu ausgerottet, lässt Frühgeborene überleben und bewahrt Kranke mit lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen mittels Implantation eines Defibrillators vor dem plötzlichen Herztod. Auch zunehmend mehr Krebserkrankungen können heute schonend und mit viel Aussicht auf Erfolg behandelt werden, wie zum Beispiel manche Leukämieformen oder das Prostatakarzinom des Mannes.

Aber können wir bei einem uns gelungen erscheinenden Behandlungsergebnis immer von Heilung sprechen? Was ist Heilung? Im eigentlichen Wortsinn steht Heilung am Ende eines therapeutischen Prozesses, der die Krankheit vollständig zum Verschwinden bringt und in die restlose Wiederherstellung des vor der Krankheit bestehenden Zustands, den der Gesundheit (»Restitutio ad Integrum«), mündet. Das ist beispielsweise – von der Selbstheilung mancher Krankheiten, wie einem Infekt der oberen Luftwege, einmal abgesehen – bei der erfolgreichen operativen Behandlung eines Knochenbruchs oder der vollständigen Ausheilung einer Infektionskrankheit mit Hilfe eines Antibiotikums der Fall. Auch kann dies zutreffen für die Behandlung eines Nierensteinleidens, einer Unterzuckerung oder mancher Vergiftung. Dann spricht man mit Fug und Recht von einer heilenden oder kurativen Behandlung (oder von *kurativer Medizin*; lat. *curare* = heilen).

Für die Behandlung der weitaus meisten Erkrankungen jedoch bedeutet »Heilung« keineswegs ihr Verschwinden. Beispiele hierfür sind die Behandlung der großen Volkskrankheiten wie Bluthochdruck, Gefäßleiden, Diabetes, Osteoporose, Parkinsonsche Krankheit und viele Krebserkrankungen. Die Behandlung der koronaren Herzerkrankung mit Ballonausweitung und Stent etwa oder die Insulintherapie des Diabetes bringt ja nicht die Krankheit selbst zum Verschwinden; sie lässt den Patienten jedoch überleben, indem sie die Krankheit »in Schach hält«, ihre Auswirkungen und Symptome lindert und das Wohlbefinden steigert. Günstigstenfalls trägt eine solche Behandlung dazu bei, Lebenserwartung und Lebensqualität eines Kranken der eines Gesunden anzunähern.

■ Was ist, was leistet Palliativmedizin?

Ähnlich verhält es sich, wenn die kurativen (auf Heilung zielenden) Behandlungsmöglichkeiten – im Falle einer schweren Erkrankung, einer »ausbehandelten« Krebserkrankung beispielsweise – ausgeschöpft sind, die manchen Arzt vor noch nicht allzu langer Zeit in therapeutische Untätigkeit verfallen ließ. Der fand seinen Ausdruck nicht selten in einer deprimierenden Mitteilung des Arztes an den Patienten oder seine Angehörigen: »Wir können nichts mehr tun, um eine Heilung herbeizuführen.« Medizin kann aber auch in dieser Phase immer etwas tun und den Patienten helfen; wenn nicht mehr im Sinne der Gesundung und Lebensverlängerung, dann im palliativen Sinn umfassender Symptom- und Leidenslinderung.

Keineswegs also ist Palliativmedizin gleichzusetzen mit Sterbemedizin! Oftmals ist nämlich eine palliative »Haltung« von Ärzten und anderen Behandlern, sind palliativmedizinische Vorgehensweisen schon bei Diagnosestellung einer Erkrankung gefragt. Denn wenn Heilung ein fragliches Therapieziel oder bei fortgeschrittener Erkrankung gar ausgeschlossen ist, muss neben den kurativen Bemühungen umfassende Beschwerde- und Symptomlinderung einsetzen bzw. an ihre Stelle treten. In aussichtsloser Erkrankung schließlich wird das subjektive Wohlbefinden des Kranken, unabhängig von der zu erwartenden Lebenszeit zum alleinigen Prinzip aller ärztlichen und pflegerischen Bemühungen und Fürsorge. Wünsche, Ziele und das Befinden des Patienten stehen im Vordergrund der Behandlung.

Zutreffender ist es deshalb, von Palliativer Versorgung (»Palliative Care«) als dem umfassenderen Begriff zu sprechen, innerhalb dessen Palliativmedizin eine zentrale Stellung einnimmt.

Dabei bedeutet *Palliative Care* weitaus mehr als lediglich ausreichende Schmerzbehandlung (mit der sie oft gleichgesetzt wird). Denn nur für ungefähr 15% aller Schwerstkranken und Sterbenden ist der Schmerz das dominante Symptom ihres Leidens. Viel häufiger leiden sie unter Luftnot, unstillbarem Husten, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Muskelzittern, Juckreiz, Bauchwasser und anderen belastenden körperlichen Symptomen. Quälender als die physischen sind zudem oftmals Symptome psychischer oder mentaler Natur, wie zum Beispiel Angst, Verwirrtheit, Depression, Lethargie, Ruhe- und Schlaflosigkeit,



Kontrollverlust und Verlassenheit, die Sorge um die Familie und nicht mehr wahrnehmbare berufliche Aufgaben sowie beklemmende Fragen nach Jenseits und Transzendenz.

■ Palliative Sedierung

Sind alle Möglichkeiten der Leidens- und Symptomlinderung ausgeschöpft oder bestehen primär unerträgliche Symptome (beispielsweise schwerste Atemnot) ist die *palliative Sedierung* angezeigt. Sie versetzt den leidenden Patienten mittels einer gesteuerten Infusion, die sedierende Medikamente enthält, in einen bewusstseinsgedämpften oder bewusstlosen (narkoseähnlichen) Zustand, der zeitlich begrenzt sein oder kontinuierlich aufrecht erhalten werden kann. Über ihn muss der Patient detailliert aufgeklärt werden und er muss ihm zuvor zugestimmt haben, zumal er in sediertem Zustand nicht kommunikationsfähig ist.

Sowohl Indikation wie Absicht der palliativen Sedierung werden uneinheitlich beurteilt: Strittig ist beispielsweise, ob ausnahmslos unerträgliche körperliche Symptome (Atemnot, Schmerz u.a.) als Indikation zur palliativen Sedierung gelten dürfen oder auch psychische Symptome wie »existentielles Leiden«. Ferner kann bei einer kontinuierlichen Sedierung, deren Ausmaß sich nach Auffassung führender Palliativmediziner immer am Symptom orientieren muss und niemals den Tod beabsichtigen darf, die Abgrenzung zwischen palliativer und gezielter, das Leben verkürzender Sedierung unmöglich werden. Dann nämlich, wenn der Sterbende sich in einem Zustand befindet, der es verbietet, ihn wieder zu Bewusstsein kommen zu lassen.



■ Hoher Versorgungsanspruch

Entsprechend dem weiten Spektrum der Maßnahmen und Interventionen, die am Lebensende notwendig werden können, definiert auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Begriff *Palliative Care* in einem umfassenden Sinn:

»Palliative Care dient der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung, hochqualifizierter Beurteilung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen körperlichen Symptomen und Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur.«

Zum ersten Mal in der Medizingeschichte sind hier bei der Definition eines medizinischen Fachgebietes die physischen, psychosozialen und spirituellen Probleme *auf der gleichen Ebene* angesiedelt! Von Bedeutung ist auch, dass sich die Palliativbetreuung nicht allein auf den Patienten richtet, sondern in gleicher Weise seine *Angehörigen* und sein soziales Umfeld mit einbezieht.

Deutlich wird hier der hohe Versorgungsanspruch an all diejenigen, die mit der Behandlung und Betreuung Schwerstkranker und Sterbender befasst sind: Palliativärzte, Palliativ-Care-Pflegekräfte, Psychotherapeuten, Psychoonkologen, Seelsorger, insbesondere auch ehrenamtlich tätige Mitmenschen, müssen über eine hohe *kommunikative Kompetenz*, Zeit und Einfühlungsvermögen verfügen, um Menschen in schwerer Krankheit oder auf ihrem letzten Weg begleiten zu können. Sicher kann dieser Anspruch noch nicht in jeder Palliativstation und jedem Hospiz eingelöst werden, doch während der letzten Jahre sind – wenn auch noch manche Versorgungslücke, besonders in ländlichen Gebieten, zu schließen ist – auf dem Feld der palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgung in Deutschland erfreuliche Fortschritte erzielt worden:

Palliativmedizin wurde 2009 in die ärztliche Approbationsordnung aufgenommen und ist seit 2013 Prüfungsfach im ärztlichen Staatsexamen. Die Anzahl der stationären Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung hat von 1996 bis Anfang April 2016 deutlich zugenommen. Waren 1996 nur 28 Palliativstationen und -einheiten sowie 30 stationäre Hospize für Erwachsene verzeichnet, hat sich die Anzahl bis Anfang April 2016 auf 304 Palliativstationen und -einheiten sowie 235 stationäre Hospize, einschließlich der stationären Hospize für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, mehr als verachtfacht.



■ Stationäres Hospiz und ambulanter Hospizdienst

Gerade am Lebensende kommt der *ambulant*en oder *stationären hospizlichen Versorgung* überragende Bedeutung zu. Dieser immer wichtiger werdenden, von den Kranken- und Pflegekassen finanzierten Versorgung ist für Menschen gedacht, die an einer unheilbaren Erkrankung mit einer begrenzten Lebenserwartung (ein halbes Jahr) leiden. Sie muss von einem Arzt in einem kurzen Gutachten, das der Krankenkasse zugleich als Kostenübernahme vorliegen muss, bestätigt und indiziert werden. Ist eine ambulante Betreuung im Rahmen der Familie durch einen Palliativarzt und ein Palliative-Care-Pflegeteam möglich und gewährleistet, ist dies einer Versorgung in einem stationären Hospiz vorzuziehen. Dort sollte ein Patient nur dann aufgenommen werden, wenn eine häusliche Versorgung sich als ungeeignet erweist, weil der Kranke sozial isoliert, die Familie überfordert oder der Pflegeaufwand so hoch ist, dass eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung unausweichlich ist.

Liegt der Schwerpunkt der Behandlung und Versorgung eines Schwerstkranken (und seiner Angehörigen) in der Palliativstation einer Klinik regelhaft noch eher auf der Seite der körperlich verursachten Symptome der Erkrankung, so zielt hospizliche Versorgung – auf der Grundlage bester medizinisch-pflegerischer Behandlung – noch stärker auf das *subjektive Wohlbefinden* des Kranken und seiner Angehörigen im Sinne menschlicher Begleitung durch Zuwendung und Gespräch: *Achtsamkeit, Respekt und Herzenswärme* bilden die Grundlage der Arbeit aller Mitarbeiter eines Hospizes oder eines Hospizdienstes. Diese Trias darf als das Wesen der Hospizidee bezeichnet werden. Und nirgendwo ist sie schlichter und zugleich prägnanter formuliert worden als in Großbritannien, ihrem Mutterland: »*Low tech – high touch*« (*Wenig Technik – viel Zuwendung*).

■ Beratung und Hilfe für Patienten und Angehörige

Die nachfolgend aufgeführten Internetseiten und Portale erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie können aber sicherlich dazu beitragen, zu krankheitsspezifischen sowie lokalen Angeboten zu gelangen.

Auf diesem Gebiet existiert erfreulicherweise große Dynamik, sodass sich die Suche im Internet in jedem Falle lohnt:

- www.palliativportal.de
- www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) – www.dgpalliativmedizin.de
- Deutscher Hospiz- und Palliativverband – www.dhvp.de
- Deutsche Krebshilfe – www.krebshilfe.de
- Deutsche Alzheimer-Gesellschaft – www.deutsche-alzheimer.de
- Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke (DGM) – www.dgm.org
- Leitfaden »Künstliche Ernährung und Flüssigkeitsversorgung«: www.verwaltung.bayern.de (»Broschüren«, »künstliche Ernährung«)
- Spiritual care: www.spiritualcare.de
- Patienteninformations-Portal – www.patienten-information.de
- Adressen von Palliativ- und Hospizeinrichtungen – www.wegweiser-hospiz-und-palliativmedizin.de

■ Weiterführende Literatur



Wie wollen wir sterben?

Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin
Dr. Michael de Ridder
Verlag DVA München, 2010



Über das Sterben

Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen.
Gian Domenico Borasio
Verlag C. H. Beck München, 2014



Sterben lassen.

Über Entscheidungen am Lebensende
Ralf J. Jox
Edition Körber-Stiftung, Hamburg, 2011



Wie wir sterben

Ein Ende in Würde?
Sherwin B. Nuland
Verlag Kindler, München, 1994

Suizid

Beihilfe zum Suizid

Sterbefasten

Schwerste, zumal aussichtslose Krankheit kann die Leidensfähigkeit und Leidensbereitschaft eines Menschen aufs Äußerste strapazieren, ja, ihn letztlich zermürben und überfordern. Seine Krankheit und sein Leiden haben ihn in eine unerträgliche und hoffnungslose Lage manövriert, die nach einem Ende verlangt, das als ein natürliches abzuwarten ihm nicht mehr zumutbar erscheint. Selbst beste soziale Aufgehobenheit und die Angebote und Möglichkeiten umfassender palliativmedizinischer Versorgung sind dann nicht in der Lage, den Entschluss eines Schwerstkranken, das Ende seines Leidens selbst herbeizuführen, zu revidieren.

Die Ausweglosigkeit des Leidens in aussichtsloser Krankheit oder schwerster Versehrtheit erfährt in manchen Fällen noch eine Verschärfung dadurch, dass die Medizin während der letzten Jahrzehnte neben all ihren Errungenschaften tragischerweise auch beängstigende und grausame Existenzweisen hervorgebracht hat, in die Menschen ohne sie nie geraten wären, weil sie zuvor eines natürlichen Todes gestorben wären. Hierzu gehört beispielsweise manche Behandlung von Patienten, die auf eine mehr oder weniger dauerhafte intensivmedizinische Behandlung angewiesen sind: Menschen mit schwersten neurologischen Beeinträchtigungen, wie beatmete Patienten mit hoher Querschnittslähmung oder solche, die bei erhaltenem Bewusstsein nicht auch nur einen Muskel zu bewegen in der Lage sind (sog. Locked-In-Syndrom).



■ Palliativmedizin

Das klassische Angebot, auf das die übergroße Mehrheit aller Patienten in aussichtsloser Krankheit vertraut und das sie für sich wünscht – wenn es auch noch nicht flächendeckend in Deutschland verfügbar ist – ist das der *Palliativmedizin*: Auf der Grundlage bester medizinischer und pflegerischer Versorgung erfährt der Patient umfassende Linderung seiner Symptome und Beschwerden. Sein subjektives Wohl und seine Lebensqualität stehen im Vordergrund, unabhängig von der noch zu erwartenden Lebenszeit. Im Idealfall findet diese auf der Palliativstation eines Krankenhauses begonnene Behandlung und Betreuung ihre Fortsetzung in hospizlicher Versorgung (ambulant oder stationär). Ihr zentraler Auftrag besteht darin, über die Linderung der körperlichen und psychischen Symptome hinaus den Patienten mit Achtsamkeit, Zuwendung und Herzenswärme auf seinem letzten Weg zu begleiten. Nicht unwesentlich ist, dass sowohl palliativmedizinische wie *hospizliche Versorgung* Angehörige und Freunde mit einschließt.

■ Suizid in aussichtsloser Krankheit

Selten wünschen aussichtslos kranke Patienten jedoch, über das Ende ihres Sterbeprozesses und den Zeitpunkt ihres Todes selbst zu bestimmen. Sei es, dass sie Abhängigkeit und Kontrollverlust, die das Sterben oftmals begleiten, für sich als unerträglich erachten, sei es, dass sie sich bewusst und wachen Verstandes von ihren Nächsten und der Welt verabschieden wollen, oder sei es, dass sie die mit ihrer Krankheit verbundenen Lasten und Leiden nicht bis zum Ende durchleben wollen.

Suizidwünsche im oben genannten Sinne können respektabel, nachvollziehbar und plausibel sein und manche final kranken Patienten treten mit dem Wunsch an ihren Arzt heran, ihnen die nötige Beihilfe zu gewähren, um den Tod würdig, sicher und komplikationslos, regelhaft mit einem Medikament, herbeizuführen.

Dass ein Mensch die Entscheidung, sich selbst zu töten, treffen darf, mag zwar in philosophischer und religiöser Hinsicht strittig, ja angreifbar

Angemerkt sei, dass hier ausschließlich von Patienten die Rede ist, die von einer in absehbarer Zeit zum Tode führenden – nahezu immer – körperlichen Erkrankung betroffen sind.

Menschen mit Suizidgedanken, die unter primären psychiatrischen Krankheitsbildern (z.B. Psychosen oder Depressionen) leiden oder von akuten Lebenskrisen (z.B. Partnerverlust, Arbeitsplatzkündigung o.ä.) überwältigt werden, sind hier nicht angesprochen. Sie bedürfen immer akuter und fachgerechter psychischer oder psychiatrischer Hilfen, um sie vor dem Suizid zu bewahren! Damit soll allerdings nicht gesagt sein, dass psychiatrisch kranke Patienten grundsätzlich keine frei verantwortliche Suizidentscheidung treffen können.



sein, in rechtlicher Hinsicht ist sie es keineswegs. Denn unser Grundgesetz rückt die Selbstbestimmung in den Kernbereich der Menschenwürde, die von unserer Verfassung zwar garantiert, aus gutem Grund jedoch von ihr nicht definiert wird. Denn nur der einzelne Mensch als Grundrechtsträger ist befugt, darüber zu befinden, was seine Würde ausmacht, einschließlich der Verfügung darüber, wie weit sein Leben und seine körperliche Unversehrtheit zu schützen sind. Mit den Worten des Bundesverfassungsgerichts:

»Die Freiheit des Einzelnen besteht in der Selbstbestimmung eben dieses Einzelnen über den eigenen Lebensentwurf und seinen Vollzug, der das Lebensende mit einschließt.«

Ein Mensch, der sein Leben *frei verantwortlich* verlassen will, ist prinzipiell niemandem gegenüber rechenschaftspflichtig, weder was seine Motive noch den Zeitpunkt seines Suizids angeht. Das Grundgesetz erwähnt Suizid und Suizidbeihilfe an keiner Stelle; seine Verfasser haben gut daran getan, zu einer Problematik zu schweigen, die zum innersten Kern der Persönlichkeitsrechte gehört. Suizid und Suizidversuch sind straffrei, und so ist es auch die Beihilfe zum Suizid, wer immer sie auch leistet.

Kaum jemand hat die existentielle Not aussichtslos kranker und deswegen zum Suizid entschlossener Menschen eindrucksvoller zum Ausdruck gebracht als der Psychiater und Philosoph Karl Jaspers:

»Wo unheilbare körperliche Erkrankung, Mangel aller Mittel und völlige Isolierung zusammenkommen, kann in höchster Klarheit ohne Nihilismus das eigene Dasein nicht überhaupt, sondern das, was jetzt noch bleiben könnte, negiert werden. Es ist eine Grenze, wo Fortleben keine Pflicht mehr sein kann: Wenn der Prozess des Selbstwerdens nicht mehr möglich ist, physisches Leid und Anforderungen der Welt so vernichtend werden, dass ich nicht mehr bleiben kann, der ich bin; wenn zwar nicht die Tapferkeit aufhört, aber mit der Kraft die physische Möglichkeit schwindet ... kann dem tiefsten Leid ein Ende gemacht werden, obgleich und weil die Bereitschaft zum Leben und zur Kommunikation die vollkommenste ist.«

■ Ärztliche Suizidbeihilfe

Aus der Tatsache, dass die Selbsttötung in Deutschland straflos ist, folgt konsequenter Weise, dass auch die Beihilfe zur Selbsttötung grundsätzlich nicht strafbar ist: Angehörige und Freunde eines Suizidenten oder ein nahe stehender Arzt dürfen ihn bei der Realisierung seines Suizidwunsches unterstützen. Unverzichtbar ist indes, dass der Suizidwillige den eigentlichen Akt der Selbsttötung selbst vollzieht. Das heißt konkret, dass er selbst die *Tatherrschaft* über sein Handeln ausübt und nicht etwa eine andere Person. In einem solchen Fall, etwa dann, wenn der Suizidwillige das Glas mit einem tödlich wirkenden Mittel nicht selbst ergreift und austrinkt, sondern ein Arzt es ihm einflößt, handelte es sich nicht mehr um einen Suizid, sondern um Tötung auf Verlangen, die nach § 216 verboten ist und bestraft wird.



»Der Schierlingsbecher«

Andere Hürden jedoch, die hier nur angedeutet werden sollen, erschweren die ärztliche Suizidbeihilfe nicht unerheblich:

- Da ist zum einen die ärztliche *Verschreibungsverordnung*, (insbesondere das *Betäubungsmittelgesetz*), die die Verordnung eines Arzneimittels an bestimmte Indikationen knüpft, zu denen die Selbsttötung eines Patienten in keinem Fall gehört.
- Da ist zum anderen die sogenannte *Garantenstellung*, die grundsätzlich jede bei einem Suizid anwesende Person, insbesondere aber den Arzt trifft. Sie besagt, dass dann, wenn der Suizident infolge der Einnahme des Suizidmittels bewusstlos wird (i.e. seine Einsichtsfähigkeit eingebüßt hat), die Tatherrschaft auf den Arzt übergeht, der dann lebensrettende Maßnahmen einzuleiten hat! Nach jüngerer Rechtsprechung trifft den Arzt die Garantenpflicht jedoch dann nicht, wenn es sich um einen *frei verantwortlichen Suizid* handelt und der Suizident ihn *von seiner Garantenpflicht zuvor entbunden* hat. (Vielmehr ist der Arzt nunmehr Garant für die Umsetzung des Patientenwillens, was gleichbedeutend damit ist, dass dessen Umsetzung vor dem eventuellen Lebensschutz des Patienten rangiert!)

- Hinzu kommen die einschlägigen Vorschriften der *ärztlichen Berufsordnung* zur ärztlichen Suizidbeihilfe. Die siebzehn *Landesärztekammern* haben diesbezüglich uneinheitliche Vorschriften erlassen: Zehn Landesärztekammern verbieten ihren Ärzten die Suizidbeihilfe, die übrigen haben keine oder aber liberale Regelungen erlassen. (Zu ersteren gehören: Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Sachsen, Saarland, Thüringen. Zu letzteren: Berlin, Westfalen-Lippe, Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein.)
- Eine weitere Erschwernis der ärztlichen Suizidbeihilfe datiert vom 4. November 2015. An diesem Tag beschloss der Bundestag mit dem neuen § 217 des Strafgesetzbuches *die bisher bestehende liberale Rechtslage zur (ärztlichen) Hilfe bei der Selbsttötung erheblich einzuschränken*. Ursprüngliches Ziel des Gesetzes war es, den Zugang zu gewinnorientiert arbeitenden Sterbehilfevereinen oder Ärzten einzuschränken, die Sterbehilfe als »Geschäftsmodell« anbieten. Seine Auswirkungen gehen jedoch weit darüber hinaus.

Der neue § 217 "*Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung*" lautet:

- (1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahe steht.

Damit ist die Beihilfe zur Selbsttötung zwar nicht generell unter Strafe gestellt worden (wie es in der Mehrzahl der europäischen Länder der Fall ist), doch verschärft sich deutlich der bereits bestehende standesrechtliche Druck auf die Ärzteschaft, von Suizidbeihilfe Abstand zu nehmen. Auch will das Gesetz einer Entwicklung entgegenwirken, die zu einer Ausweitung bisher strafloser individuell geleisteter Beihilfe zum Suizid als Ausdruck persönlicher Autonomie führt.

Die neue Regelung des § 217 ist im hiesigen Strafrechtssystem ein Fremdkörper, da eine Beihilfehandlung unter Strafe gestellt wird, während die Haupttat selbst (die Selbsttötung) nach wie vor straffrei bleibt.

Der Text des Gesetzes enthält zudem zu viele Unbestimmtheiten, um dem Bestimmtheitsgebot der Verfassung zu genügen. Beispielsweise bleibt der Begriff der »Geschäftsmäßigkeit« unscharf: Zwar meint er ein auf Wiederholung angelegtes Handeln; wann dies jedoch für einen Arzt zutrifft, bleibt offen. Kann man die Frage einer ärztlichen Gewissensentscheidung davon abhängig machen, wie oft eine solche zu treffen ist?

Inwieweit hingegen das Rechtsinstitut der »Rechtfertigenden Einwilligung« das neue Gesetz faktisch zur Bedeutungslosigkeit verurteilt, wird die Zukunft zeigen. »Rechtfertigende Einwilligung« heißt, vereinfacht ausgedrückt, dass sämtliche von § 217 unter Strafe gestellten Handlungen dann straffrei bleiben, wenn diese mit Einwilligung des Suizidwilligen erfolgen. Mit Sicherheit wird das Verfassungsgericht im neuen § 217 möglicherweise enthaltene gesetzgeberische Unschärfen und Fehlleistungen aufzudecken haben und gegebenenfalls korrigieren.

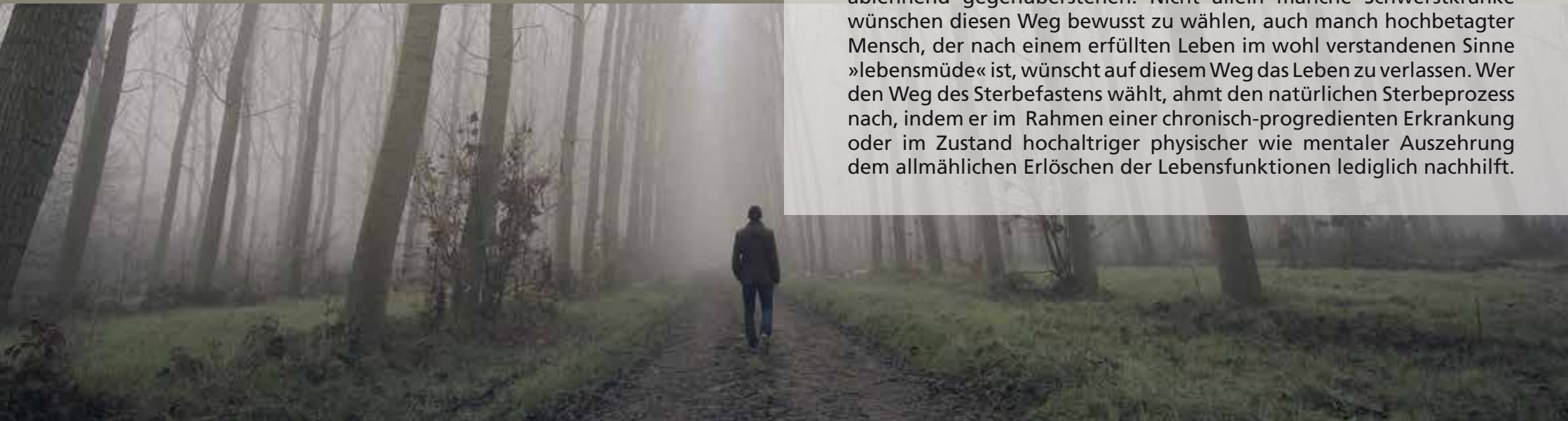
Der hier dargestellten rechtlichen Seite des Suizids und der ärztlichen Suizidbeihilfe ist die ethisch-moralische Dimension unbedingt an die Seite zu stellen.

Weil das Leben ein kostbares Gut ist, das, einmal aufgegeben, unwiederbringlich verloren ist, ist es für einen Arzt, der um Suizidbeihilfe gebeten wird, eine ethische Verpflichtung, im Vorfeld der Entscheidung eines sich mit Suizidwünschen tragenden schwerstkranken Patienten seine

Lage gemeinsam mit ihm ausführlich zu erörtern und seinen Suizidwunsch zu befragen. Insbesondere muss er prüfen, ob sein Patient die Tragweite seines Entschlusses überblickt und eine wirklich frei verantwortliche Entscheidung trifft, unberührt von äußerem Druck und Zwängen jeglicher Art. Der Arzt muss ihm sodann alle (palliativmedizinischen) Optionen darlegen, die ihm ein zumutbares Weiterleben ermöglichen. Letztlich muss der Arzt für sich selbst zu einer Gewissensentscheidung kommen: Er sollte zu der Überzeugung gelangen, dass seine Hilfe zum Sterben zumindest gerechtfertigt, wenn nicht sogar geboten ist. Erst dann, und nur dann, sollte ein verantwortlich und gewissenhaft handelnder Arzt die Möglichkeit der Suizidassistenz mit seinem Patienten ernsthaft erwägen und sie gegebenenfalls umsetzen.

■ »Sterbefasten« – Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als eine Methode, das eigene Sterben zu beschleunigen, ist schon seit der Antike bekannt. Diese Weise selbstbestimmter Lebensbeendigung trifft nicht nur in Publikumsveranstaltungen zur »Sterbehilfe« zunehmend auf Interesse und Akzeptanz, sondern auch unter Ärzten, die eingreifenden Methoden aktiver Lebensbeendigung (Suizid / Suizidbeihilfe) eher ablehnend gegenüberstehen. Nicht allein manche Schwerstkranken wünschen diesen Weg bewusst zu wählen, auch manch hochbetagter Mensch, der nach einem erfüllten Leben im wohl verstandenen Sinne »lebensmüde« ist, wünscht auf diesem Weg das Leben zu verlassen. Wer den Weg des Sterbefastens wählt, ahmt den natürlichen Sterbeprozess nach, indem er im Rahmen einer chronisch-progredienten Erkrankung oder im Zustand hochaltriger physischer wie mentaler Auszehrung dem allmählichen Erlöschen der Lebensfunktionen lediglich nachhilft.





Die Natur nämlich hat es weise eingerichtet, dass am Lebensende beziehungsweise im Sterbeprozess das Bedürfnis nach Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme nachlässt: Ihre Minderung führt zu vermehrtem Anfall von Ketonkörpern in Blut und Gewebe und zur allmählichen Übersäuerung des Körpers, die ihrerseits das *körper eigene Opioidsystem aktiviert* und so zur Angst- und Schmerzlinderung beiträgt – durchaus erwünschte Wirkungen am Lebensende, ebenso wie eine sich gleichfalls einstellende Dämpfung des Bewusstseins. Je nach körperlicher Ausgangsverfassung erstreckt sich der Sterbeprozess beim Sterbefasten über ein bis zwei Wochen.

Die Hürden und Komplikationen, die nach dem Entschluss des Sterbewilligen, dem Ende seines Lebens auf diese Weise nachzuhelfen, sich einstellen können, halten sich fast immer in engen Grenzen: Während der ersten Tage noch auftretendes Durstgefühl wird am effektivsten durch *gute Mundpflege* vorgebeugt; eventuelle Unruhezustände lassen sich durch *sedierende Medikamente* beheben. Es versteht sich von selbst, dass ein solches Vorhaben reiflicher Überlegung bedarf: eine enge Absprache zwischen dem Sterbewilligen, seinen Angehörigen und einem das Sterbefasten befürwortenden Arzt sowie eine sorgsame palliativpflegerische Begleitung ist unverzichtbar. (*Einzelheiten zum Verlauf und zur Begleitung des Sterbefastens finden sich in den Literaturangaben.*)

Strittig ist, ob das *Sterbefasten als Suizid* anzusehen ist. Die weitgehende Akzeptanz des Sterbefastens auf Seiten der Palliativmediziner steht in auffälligem Gegensatz zu ihrer Ablehnung des ärztlich assistierten Suizids.

Worin sollte der grundsätzliche Unterschied zwischen beiden Methoden liegen? Ist es die *Umkehrbarkeit* des Entschlusses beim Sterbefasten, der im Gegensatz zur Einnahme eines Mittels, das den Tod unmittelbar herbeiführt, den Ausschlag gibt? Ist es die Entschiedenheit des Sterbewilligen, der im Sterbefasten seinen Entschluss einige Tage »durchhalten« muss und damit seine Ernsthaftigkeit unzweideutiger beweist? Oder ist es die Tatsache, dass der *kausale Anteil ärztlicher Unterstützung* bei ärztlicher Suizidassistenz für den Arzt schwerer wiegt, weil ohne seine Bereitstellung des Suizidmittels der Suizid gar nicht möglich wäre, im Falle des Sterbefastens jedoch der Sterbewillige auch ohne ärztliches Zutun einer eventuell notwendig werdenden palliativen Begleitung sterben würde?

Dass das Sterbefasten zumindest eine *passive Form des Suizids* darstellt, ist kaum zu bestreiten:

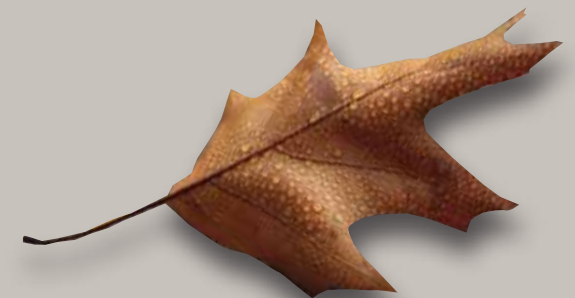
Sich zu suizidieren bedeutet ja nicht unbedingt, aktiv »Hand an sich selbst zu legen«. Es kann auch Formen geben, wie eben das Sterbefasten, mit dem sich der Suizident passiv, wenn auch bewusst, einer Lebensbedrohung aussetzt.



■ Ergänzende Empfehlungen für und Fragen an schwerstkranke Menschen, die erwägen, ihr Lebensende selbst beschleunigt herbeizuführen

- Sind Sie im *Gespräch mit sich selbst* über Ihr Lebensende? Umfassen Ihre eigenen, höchstpersönlichen Überlegungen tatsächlich auch die Möglichkeit und den Wunsch, Ihr Leben (mit ärztlicher Hilfe) selbst zu beenden?
- *Kommunizieren Sie offen mit denjenigen Menschen, die Ihnen nahe stehen* – insbesondere mit Angehörigen und Freunden sowie dem Arzt Ihres Vertrauens! Es wird Sie vermutlich erleichtern, vertraute Menschen in ihre Erwägungen mit einzubeziehen; es wird Sie gefasster und sicherer machen, wenn andere Ihre Entscheidung mittragen.
- *Erwägen Sie die Option des Sterbefastens!* Keineswegs ist dieser Weg, das Leben zu verlassen, mit Verhungern und Verdursten gleichzusetzen! Ganz im Gegenteil: die sukzessive Beendigung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme geht zumeist in ein Dahindämmern über, das friedlich in den Sterbeprozess mündet. Eventuelle vorübergehende Unruhezustände oder andere unerwünschte Vorkommnisse kann ärztliche Intervention immer beherrschen.
(Die auf Seite 21 aufgeführte Schrift »Sterbefasten« informiert über alle Einzelheiten auf diesem Weg des selbstbestimmten Sterbens).

- Fassen Sie tatsächlich Ihren Suizid ins Auge – mit ärztlicher Hilfe, die die Bereitstellung eines in kurzer Zeit wirkenden tödlichen Mittels bedeutet – *wenden Sie sich vertrauensvoll an Ihren Arzt oder an eine Organisation*, die Sie zu diesen Fragen berät und Ihnen Hilfestellung gibt, wie z.B. die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) oder den Humanistischen Verband Deutschlands (HVD).
- In jedem Falle sollten Sie vor Ihrem Suizid ein *Schriftstück verfassen*, aus dem hervorgeht, dass Sie Ihre Entscheidung, Ihrem Leben durch Suizid ein Ende zu setzen, wohl überlegt, *frei verantwortlich* und ohne äußeren Druck getroffen haben. Zudem sollten Sie alle Personen, die möglicherweise während Ihres Suizids zugegen sind, aus Ihrer *Garantenstellung* (Garantenpflicht) schriftlich entlassen, das heißt, allen Anwesenden untersagen, im Falle eingetretener Bewusstlosigkeit ärztliche oder anderweitige Hilfe herbeizurufen.



■ Beratung und Hilfe für Patienten und Angehörige

Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS)

Postfach 64 01 43, 10047 Berlin

Tel.: 030 21222337 0

E-Mail: info@dghs.de

www.dghs.de

www.facebook.com/DGHSde

Humanistischer Verband Deutschlands (HVD)

Wallstraße 61, 10179 Berlin

Tel.: 030 613904 0

E-Mail: info@hvd-bb.de

www.hvd-bb.de

■ Weiterführende Literatur



Selbstbestimmt sterben

Was es bedeutet. Was uns daran hindert. Wie wir es erreichen können.

Gian Domenico Borasio

Verlag C.H. Beck, München

2014



Wie wollen wir sterben?

Ein ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin

Dr. Michael de Ridder

Verlag DVA, München

2010



Ausweg am Lebensende

Sterbefasten – Selbstbestimmtes Sterben

durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit.

Boudewijn Chabot und Christian Walther

Ernst Reinhardt Verlag, München

(3. Aufl.) 2012



STIFTUNG
MÄNNERGESUNDHEIT

HILFE FÜR MÄNNER



**GESUNDHEIT
KANN MAN(N)
BESSER
JETZT
MITGLIED
WERDEN**

ODER
SPENDEN

Wussten Sie ...

... dass Männer fast doppelt so häufig unter chronischen Erkrankungen leiden wie Frauen? Männer gehen regelmäßig an ihre körperlichen und seelischen Grenzen und oft darüber hinaus. Außerdem ist ihre Lebenserwartung fünf Jahre geringer. Das muss nicht so bleiben.

Die Stiftung Männergesundheit steht für unabhängige Forschung, Informationen und Aufklärung. Ein Beispiel ist unsere Ratgeberreihe.

Damit wir unser umfangreiches Informations- und Hilfsangebot auch in Zukunft erweitern und kostenlos zur Verfügung stellen können, benötigen wir Ihre Hilfe!

Fordern Sie noch heute Ihre Mitgliedschaft in unserem Förderverein an unter info@fv-stiftung-maennergesundheits.de

Oder unterstützen Sie uns mit einer Spende!

Stiftung Männergesundheit
IBAN DE19 1012 0100 1003 000049
BIC WELADED1WBB

Dieser Informationsratgeber ersetzt nicht das Arztgespräch!
Bitte beachten Sie auch, dass der Herausgeber keine
individuelle Patientenberatung anbieten kann.
Besprechen Sie alles Weitere bitte mit Ihrem Hausarzt.

Mit freundlicher Unterstützung

DR. LÖHR & KOLLEGEN

Rechtsanwalts-gesellschaft mbH

www.loehrundkollegen.de

Impressum

Männergesundheit 21 – Wenn Heilung nicht mehr möglich ist, 2017

Herausgeber

Stiftung Männergesundheit

Leipziger Straße 116

10117 Berlin

Telefon: 030 652126 0

Telefax: 030 652126 112

E-Mail: info@stiftung-maennergesundheit.de

www.stiftung-maennergesundheit.de

Wissenschaftliche Leitung

Dr. Michael de Ridder

Arzt für innere Medizin, Geschäftsführer a.D. Vivantes Hospiz Berlin

Redaktion

Dr. Michael de Ridder

Gestaltung

Klapproth + Koch

Fotos

© psdesign1 - Fotolia.com

© Photographee.eu - Fotolia.com (3)

© Klaus Epele - Fotolia.com

© cristina_conti - Fotolia.com

© Giorgio Pulcini - Fotolia.com

© valeryboyarsky - Fotolia.com

© Nailia Schwarz - Fotolia.com