

Anhörung im Landtag RLP am 29.05.15 zur Sterbebegleitung
Robert Gosenheimer, Palliativmediziner Ltd. Arzt der Palliativstation und des ambulanten
Palliativteams (Palliativstützpunkt am St. Marienwörth Bad Kreuznach)

Sehr geehrte Damen und Herren

Als Arzt einer Palliativstation und eines ambulanten Palliativteams begleite ich täglich Schwerstkranke und Sterbende, im Krankenhaus und zu Hause. Ich führe viele Gespräche mit Betroffenen und ihren Familien, und kenne Sorgen und Nöte in dieser besonderen, oft sehr verletzlichen, Situation am Lebensende.

Sterben findet nicht mehr in der Mitte unserer Gesellschaft statt. Die Erfahrung im Umgang damit ging ein Stück weit verloren. Und Sterben wird oft nicht mehr als natürlich dem Leben zugeordnet akzeptiert. Eine Entwicklung, die einerseits durch die high-tec – Medizin mit der Hoffnung auf Heilung und ein langes gesundes und unabhängiges Weiterleben entstand und dazu führte, dass Sterben nicht mehr als ein natürlicher Prozess wahrgenommen wird, sondern als Versagen ('Da geht doch sicher noch was; der Arzt muss sich nur ausreichend darum kümmern'). Andererseits ist diese Entwicklung durch die sozialen Umstände unserer Gemeinschaft mit Single Haushalten und gelebter persönlicher Unabhängigkeit verbunden.

Dennoch ist Sterben eine Tatsache, die jeder Lebende akzeptieren muss. Und das macht den Menschen Angst. Angst vor dem Sterbeprozess, der so unfassbar und endgültig ist. Daraus entstehen Vorstellungen von Siechtum, von körperlichem oder seelischem Leiden, und schließlich von einem qualvollem Ende.

Viele Menschen wissen jedoch nicht, was die Medizin, insbesondere die Palliativmedizin, am Ende des Lebens hilfreich und lindernd leisten kann. Sie brauchen Information über das, was auf sie zukommt, suchen Klarheit und Verbindlichkeit, und sie suchen Menschen, die sich mit diesem Unbekannten auskennen, die beraten und behandeln.

Durch eine einfühlsame Gesprächsführung, die den Patienten da abholt, wo er steht, die nicht bedrängt, aber auch keine Fragen offen lässt, können die notwendigen Informationen vermittelt und Ängste abgebaut werden.

In der palliativmedizinischen Versorgung Schwerstkranker ist eine klare Planung und Handlungsempfehlungen für Notsituationen sowie Kommunikation und regelmäßige Fallbesprechungen mit allen Beteiligten im Rahmen des palliativen Netzwerkes die Basis dafür, dass die medizinische und menschliche Begleitung gelingt, würdevoll, auf den Patienten individuell abgestimmt, ohne dass die Befürchtung entsteht, einen qualvollen Tod zu erleiden.

Das Wissen, dass der eigene Wille respektiert und umgesetzt wird, dass keine ungewollten medizinischen Maßnahmen durchgeführt werden, und das Erleben, dass in Grenzsituationen kompetente medizinische Hilfe zur Verfügung steht, schafft eine Situation, die die letzte Lebensphase erträglich macht - für den Patienten und seine Zugehörigen.

Dazu gehört auch das Vertrauen in das behandelnde Team, die Gewissheit, dass notwendige Maßnahmen zur Stabilisierung der Lebensqualität im Verlauf der Krankheit ergriffen werden, bei starken Symptomen aber auch entsprechend starke Mittel eingesetzt werden, um die letzte Wegstrecke ohne körperliche oder seelische Qual zu ermöglichen. Auf der Palliativstation einer Klinik, oder im häuslichen Umfeld unterstützt durch SAPV. Die Leidenslinderung als oberstes Prinzip steht dabei klar über dem Auftrag zur Lebensverlängerung, ein Grundsatz, der durch verschiedene Rechtsurteile inzwischen abgesichert ist.

Der ärztliche Auftrag lautet Leben zu retten, Gesundheit zu erhalten, Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tode beizustehen. Ärztliches Handeln wird durch die medizinische Indikation und ein erreichbares Therapieziel bestimmt. Begrenzt wird dieses Handeln einerseits durch die Grenzen der medizinischen Therapie in Abwägung von Schaden und Nutzen, andererseits durch den erklärten Willen des Patienten.

Der Verzicht des Patienten auf medizinische Maßnahmen, außer Gabe von Medikamenten zur Linderung von belastenden Symptomen, ist rechtlich bindend, woraus sich die Unterlassung lebenserhaltender Therapien und eine klare medizinische Indikation zur palliativen Behandlung von Beschwerden in der Sterbephase ergibt. Und die Akzeptanz eines natürlich eintretenden Todes.

Ich habe in vielen Gesprächen die Erfahrung gemacht, dass die meisten Patienten nach einer intensiven palliativmedizinischen Beratung den Gedanken an Selbsttötung beruhigt beiseite gelegt haben. In den Jahren, die ich als Palliativmediziner tätig bin, wurde dieser Wunsch mir gegenüber nur wenige Male geäußert.

Ärzte leisten medizinische Hilfe beim Sterben, nicht zum Sterben. Sie begleiten gerade diese Menschen, die bewusst künstliche Maßnahmen zur Lebenserhaltung ablehnen und den natürlichen Sterbeprozess akzeptieren, intensiv mit den gebotenen Mitteln. Es sind Menschen, die sich auf dem Weg aus dem Leben befinden.

Es ist ein Weg, der seine Zeit braucht. Man braucht Monate, um auf die Welt zu kommen – man braucht auch Zeit, wieder von ihr zu gehen. Eine Zeit, die für die Angehörigen oft sehr wertvoll ist.

Gedanken zur ärztlich assistierten Selbsttötung

Die Entscheidungen unserer Patienten gründen sich auf das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, eines der höchsten Güter unserer Gesellschaft.

Trotz einer fortschreitenden schweren Erkrankung erlebe ich bei den meisten Patienten immer wieder Hoffnung – Hoffnung auf Besserung der Krankheit, auf ein paar gute Tage, darauf, vielleicht noch den nächsten Geburtstag zu erleben oder den ersten Schultag des Enkels.

Mit zunehmendem Kräfteverlust und Angewiesen sein auf Andere haben viele unserer Patienten das Gefühl, ihren Angehörigen zur Last zu fallen, vor allem wenn sie realisieren, dass es keine Besserung mehr geben wird, dass die Belastung für die ganze Familie zunimmt.

Wäre es nach einer Legalisierung der ärztlich assistierten Selbsttötung nicht naheliegend, dass der Pflegebedürftige eine soziale Verpflichtung spürt, den gesetzlich vorgegeben Weg einzuschlagen und sein Selbstbestimmungsrecht ausüben zu müssen – seinen Arzt zu bitten, die Mühen und Kosten von der Familie zu nehmen durch den eigenen vorzeitigen Tod?

Ist dann ein vertrauensvolles Gespräch zwischen Arzt und Patient noch möglich, in dem auch der Satz fällt 'Ach, Herr Doktor, ich wollte, es wäre schon soweit, dass ich gehen kann' ?

Der Weg einer vielleicht schwierigen Gesprächsführung und Begleitung eines Schwerkranken ist länger als der kurze Weg zur Tötungsassistenz. Von der Möglichkeit Gebrauch zu machen, zum Rezeptblock zu greifen und die lebensbeendenden Medikamente zu verordnen liegt dann vielleicht näher, als zeitintensive menschliche Zuwendung und das Bemühen, die Lebensqualität durch palliative Therapie auch in der letzten Phase zu erhalten.

Der ärztlich assistierte Suizid wird gewissermaßen zur 'normalen' ärztlichen Überlegung in einem Therapiekonzept am Lebensende. Zwangsläufig – aus der Behandlungsplanung heraus, durch die Fragen des Patienten oder die seiner Zugehörigen.

Die medizinisch begleitete Selbsttötung zu legitimieren würde bedeuten, dass diese als Therapieoption gleichwertig neben anderen medizinischen Behandlung steht, d.h. in den Handlungsauftrag des Arztes implementiert ist, was weit über den medizinischen Auftrag zur Leidenslinderung und ärztlichen Sterbebegleitung hinausgeht.

Das führt nicht zwangsläufig zu dem Gedanken, dass Patienten im Endstadium einer schweren Erkrankung ein qualvolles Sterben zugemutet werden muss. Ein Sterben ohne Möglichkeit des assistierten Suizids bedeutet nicht, dass ein schmerzhafter und langer Tod zu erwarten ist. Für Patienten mit einer unheilbaren Erkrankung, die schweres körperliches oder seelisches Leiden entwickeln, und deren Symptome nicht mit den gängigen Mitteln effektiv gelindert werden können, steht uns jetzt schon die Möglichkeit der palliativen Sedierung offen, d.h. die kontinuierliche Gabe von Medikamenten, die einen schmerzfreien milden Schlaf herbeiführen, eingesetzt als intermittierende Therapie für Ausnahmesituationen, meist allerdings auch bis zuletzt.

Die Palliativmedizin kann das tatsächlich eingetretene psychische und körperliche Leid einer schweren fortgeschrittenen Erkrankung im Endstadium erfolgreich behandeln. Sie bietet aber keine Lösung für Menschen die Angst haben vor dem Älterwerden oder Gebrechlichkeit, dem Nachlassen der Geisteskräfte oder Pflegebedürftigkeit, und die an einen selbstbestimmten Tod denken. Dieses gesamtgesellschaftliche Problem müssen wir anders lösen.

Durch eine gesetzliche Regelung zur ärztlich assistierten Selbsttötung – wenn auch nur für ausgewählte Indikationen - wird eine Grenze überschritten. In der aktuellen Debatte wird eine Legalisierung für Schwerstkranke und Sterbende zur Abwendung von nicht mehr erträglichem Leid gefordert.

Die entschiedensten Befürworter der assistierten Selbsttötung gehen weit darüber hinaus – sie fordern den assistierten Suizid nicht nur für Menschen mit einer fortschreitenden Erkrankung im Endstadium mit bereits eingetretenem körperlichem oder seelischem Leiden, sondern für fast jede Krankheitssituation, die dem Einzelnen unerträglich erscheint, die terminale Konsequenz eines intellektuellen Kalküls.

Der selbstbestimmte Tod muss sauber und schnell eintreten, und zu dem Zeitpunkt, an dem ich will. Aber assistiert – ärztlich assistiert, qualitätsgesichert. Eine Forderung, die dem Zeitgeist entspricht – die Fortentwicklung der Patientenautonomie, maximale Individualisierung ohne Betrachtung der Ausmaße und Folgen für unsere gesamte Gesellschaft.

In logischer Konsequenz folgt aus einem Gesetz, das auf dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten basiert, dass eine wirksame Begrenzungen der Reichweite dieser Regelung (auf Dauer) nicht möglich ist.

Was macht das mit uns Ärzten, wenn wir – auf Suizidassistenz spezialisiert oder nicht – häufig mit dem Wunsch konfrontiert werden, dass Menschen durch unsere Hilfe aus dem Leben gehen wollen – auch wenn sie dem Lebensende noch nicht nahe sind. Oder wenn Menschen mit Erkrankungen, die nicht auf einer zugelassenen Indikationsliste stehen, den Arzt bitten, ihnen bei ihrem selbstbestimmten Tod zu helfen.

Den Ärzten wird dadurch eine besondere Belastung aufgebürdet – Entscheidungen für das Weiterleben treffen zu müssen und dann begründen zu müssen, warum man nicht die Medikamente aufschreibt, die gesetzlich geregelt das ungewollte Leben beenden könnten.

Im medizinischen Alltag mit hoher Arbeitsbelastung und Zeitdruck wird eine wohl abgewogene, mit dem Patienten ausdiskutierte, psychologisch ausreichend bewertete, medizinisch gewürdigte mit dem Patienten gemeinsam zu treffende Entscheidung für den handelnden Arzt eine schwere Verantwortung, wenn man nicht leichtfertig zum Rezeptblock greifen will und die notwendige Überprüfung des im Patienten gereiften Sterbewunsches zu kurz kommen lässt. Die assistierte Selbsttötung ist kein unabhängiges selbständiges Handeln, der zur Assistenz Beauftragte trägt ein Teil der Verantwortung dafür mit.

Was macht das mit unserer Gesellschaft ? Was gewinnen wir durch eine gesetzliche Regelung? In diesen Situationen stellt sich mir die Frage nach der Verantwortung, die jeder von uns innerhalb der Gesellschaft hat – nicht nur für sich, sondern auch direkt oder indirekt für seine Mitmenschen und Zugehörigen. Und welches Signal von dieser Handlung für die nachfolgenden Generation ausgeht.

Ich bin mir sicher, dass wir keine gesetzliche Regelung des ärztlich assistierten Suizids brauchen – nicht mit Blick auf die Sterbebegleitung von Schwerstkranken mit einer fortschreitenden Erkrankung und ausgeprägten Symptomen. Die gesetzlichen Regelungen reichen vollkommen aus, um diese Menschen am Ende ihres Weges gut symptomkontrolliert zu begleiten. Eine Gesetzesänderung könnte meines Erachtens dazu führen, dass die ärztlich assistierte Selbsttötung zur Normalität wird und die beschränkenden Regelungen zwangsläufig auf andere Lebenssituationen ausgeweitet werden. Dem Arzt wird dabei eine Rolle zugewiesen, der er schwerlich gerecht werden kann. Beihilfe zum Selbstmord soll keine ärztliche Aufgabe sein.

Ich halte es jedoch auch für problematisch, dass das ärztliche Berufsrecht Ärzte mit einem Berufsverbot bedroht, wenn sie im Einzelfall in besonderen Situationen im Rahmen einer sehr persönlichen Gewissensentscheidung zu dem Schluss kommen, dass es keinen medizinisch erträglichen Ausweg für den Patienten gibt und ihm dann bei einem Suizid beistehen. Das von der Bundesärztekammer in der Musterberufsordnung ausgesprochene Verbot: 'Ärzte dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten', wurde von 9 der 17 Landesärztekammern übernommen. Im Berufsrecht zweier Landesärztekammern wurde die Formulierung: 'Ärzte sollen keine Hilfe zum Suizid leisten', eingefügt. In den verbleibenden 6 Berufsordnungen wurde keine Stellung zur ärztlich assistierten Selbsttötung genommen. Rheinland Pfalz gehört dazu, was ich aus meiner Sicht für klug halte.

Mit Blick auf den Entwurf des Hospiz – und Palliativgesetzes bin ich der Meinung, dass der dort eingeschlagene Weg eine richtige Antwort auf die Forderung nach einem Gesetz zur Regelung des assistierten Suizides ist. Palliativmedizinische und hospizliche Sterbebegleitung statt Sterbehilfe.

Der Aufbau vernetzter Strukturen und die professionsübergreifende Zusammenarbeit ist für die Versorgung und Entwicklung in vielen Regionen unseres Bundeslandes notwendig. Die Bildung von SAPV - Teams ist in Rheinland Pfalz noch nicht in allen Landesteilen gelungen, es gibt noch etliche weiße Flecken auf der Karte. In den dünn besiedelten Regionen wie dem westlichen Hunsrück, der Eifel oder der Südwestlichen Pfalz, gibt es aufgrund der geringen Bevölkerungsdichte und der damit verbundenen weiten Fahrstrecken wirtschaftliche Probleme in der Umsetzung. In anderen Landesteilen liegen die Startschwierigkeiten mehr am Fehlen einer Trägerschaft für ein SAPV Team oder an der Bereitschaft der entsprechenden Beteiligten zur Netzwerkbildung vor Ort.

Ich wünsche mir, dass die politischen Vertreter in diesen Regionen sich vor Ort in den Prozess zur Entwicklung der SAPV einschalten und Schützenhilfe leisten.

Es braucht 'Kümmerer' und Menschen die bereit sind, gemeinsam ein palliatives Netzwerk aufzubauen.

Diese Menschen gibt es, sie brauchen vielleicht nur jemand, der sie einlädt, der die Partner zusammenbringt und eine Kommunikationsplattform eröffnet, damit sich ein Team finden kann.