

Sterbebegleitung in Deutschland

Gerhard Pott

Entwicklung und Definition der Palliativmedizin

Der naturwissenschaftlich-medizinische Fortschritt hat in den letzten zweihundert Jahren, insbesondere in den letzten einhundert Jahren, zu einer bisher noch nicht gekannten Lebensverlängerung und Lebenserleichterung für die Menschen in den Industrieländern geführt. Die steigende Lebenserwartung, der Rückgang der Kindersterblichkeit und die Eindämmung der Seuchen sind Meilensteine. Bisher konnte jedoch das Ziel, den Menschen bis zum Lebensende Wohlbefinden und Gesundheit zu ermöglichen, nur partiell erreicht werden. Häufig können Krankheiten, besonders im hohen Alter, nur gelindert und nicht beseitigt werden und gehen in ein chronisches Stadium mit Schmerzen und Hinfälligkeit über.

Bis zum Ende des vergangenen Jahrhunderts hat die Medizin in den Industrieländern dem letzteren Aspekt zu wenig Bedeutung beigemessen. Zu häufig und zu lange wurde lebenserhaltend behandelt, selbst wenn der Tod nahe oder die Krankheit, z. B. aufgrund eines irreversiblen Schadens des Gehirns („vegetative state“, fortgeschrittene Demenz), nicht mehr heilbar war. Auch in solchen Fällen wurde indirekt durch Sondenernährung, Antibiotika und sogar Intensivbehandlung der natürliche Verlauf der Krankheit zum Tode verhindert. Dieses Vorgehen wird besonders in deutschen Krankenhäusern durch Vergütungssysteme begünstigt, die sich zu einseitig an technisch-medizinischen Eingriffen orientieren.

Hier hat ein Umdenken stattgefunden: In den letzten fünfzig Jahren, vornehmlich in den letzten fünfzehn Jahren, hat *die* Medizin an Bedeutung gewonnen, die sich den unheilbar Kranken mit nur kurzer Lebenserwartung widmet. Diese Medizin wird als **Palliativmedizin** bezeichnet. Symptomkontrolle, Leidensminderung, seelische Begleitung und Betreuung der Angehörigen nach dem Tode sind die wesentlichen Behandlungsziele.

Ein Beispiel eines Kranken soll diese Überlegungen veranschaulichen:

Fallbeispiel

Ein 90-jähriger, bettlägeriger, seit Jahren fortgeschritten dementer Patient erkrankt zusätzlich mit Fieber und Auswurf. Die Symptome deuten auf eine Lungenentzündung hin. In einer besonderen Unruhephase versucht er, das Bett zu verlassen, stürzt und erleidet eine Fraktur (Bruch) des linken Oberschenkelhalses. Es gibt eine Patientenverfügung, eine Tochter hat eine Vorsorgevollmacht.

Die Ärzte geben Antibiotika und erwägen eine Operation. Der seit mehreren Jahren vollständig verwirrte Patient wird in seinen Willensäußerungen von seiner Tochter auf der Basis seiner Patientenverfügung vertreten. Diese entscheidet, dass der Vater in dieser Situation lebenssatt sterben wollte und stimmt einer Operation nicht zu. Schmerzen

und Atemnot durch die fortschreitende Lungenentzündung werden durch Morphin beseitigt, Antibiotika werden nicht mehr gegeben. Der Vater stirbt ohne große Qual im Beisein der Angehörigen.

Kommentar: Eine so fortgeschrittene Demenz gilt als palliativmedizinisches Krankheitsstadium. Nicht Lebensverlängerung, sondern Leidensminderung ist Ziel der Behandlung. Die Tochter hat ethisch und rechtlich richtig die Selbstbestimmung (Autonomie) des Vaters gewahrt.

Das Wort Palliativmedizin ist seit dem 17. Jahrhundert als *cura palliativa* (*pallium* = Mantel, der schützend um den Kranken gelegt wird) bekannt, die Wortbedeutung ist vergleichbar. Gemeint ist eine schützende, die Leiden des Patienten lindernde Medizin. Es handelt sich also nicht um etwas grundsätzlich Neues in der Medizin und Pflege, sondern um eine Wiederbesinnung und „Modernisierung“ alter Tugenden der Patientenfürsorge als Antwort auf eine einseitig technisch-apparative Medizin.

Ein besonderer Verdienst kommt Cicely Saunders zu, einer englischen Krankenschwester, die erst später Medizin studierte. Sie gründete 1967 ein Hospiz zur Sterbebegleitung in London. Ihr Wahlspruch lautete:

„Nicht dem Leben mehr Tage hinzufügen, sondern den Tagen mehr Leben geben.“

Dies sind die Ziele der Palliativmedizin und -pflege:

Ziele der Palliativmedizin und -pflege

- Beherrschung der Schmerzen und Minderung des Leids
- Einbeziehung psychischer und spiritueller Wünsche der Kranken
- Betreuung der Angehörigen
- Sorge um Beistand in der Todesstunde
- Bejahung des Lebens und Sterbens als existenziell unumstößlicher Ablauf
- Hilfe für Angehörige nach dem Tod einer nahestehenden Person

Palliativmedizin und -pflege, international mit dem gemeinsamen Begriff **palliative care** bezeichnet, waren die Antwort auf eine zunehmend inadäquate Betreuung am Lebensende. Es wurde zu häufig sinnlos lebenserhaltend behandelt, Schmerzen und Unruhe wurden nicht ausreichend wahrgenommen und gelindert. Die Kranken verloren Autonomie und Würde und ihre religiösen und spirituellen Wünsche wurden nicht beachtet.

Im Gegensatz zu früheren Jahrhunderten, in denen der Arzt in Form einer **paternalistischen Ethik** (s. Glossar, S. 124) über die Behandlung des Patienten entschied, kommt dem Kranken heute die Entscheidungshoheit zu. Wie können Patienten ihren Willen zur Betreuung am Lebensende äußern? Bür-

gerliche Gesellschaften in Industrienationen stellen zu Recht die Autonomie des Einzelnen mit seinen Entscheidungsfreiheiten zur Sterbebegleitung in den Vordergrund. Bevor wir diese Möglichkeiten im Einzelnen näher betrachten, ist es zunächst notwendig, einige Begriffe zu definieren.

Positionen in der Sterbebegleitung

In Deutschland werden folgende Begriffe zur Sterbebegleitung verwendet:

- **Passive Sterbehilfe:** Beendigung oder Unterlassung lebensverlängernder Behandlung
- **Indirekte Sterbehilfe:** Sedierung und Gabe von Schmerzmitteln zur Leidensminderung, auch unter Inkaufnahme einer Lebensverkürzung
- **Aktive Sterbehilfe:** Tötung auf Verlangen, in Deutschland verboten
- **Assistierter Suizid:** Beihilfe zur Selbsttötung, in Deutschland erlaubt

Da einige dieser Begriffe missdeutbar sind, wurden vom Deutschen Ethikrat die folgenden Begriffe vorgeschlagen:

- **Sterbenlassen**, d. h. Änderung des Therapieziels der Lebensverlängerung, statt passive Sterbehilfe
- **Therapie am Lebensende** statt indirekte Sterbehilfe

Voraussetzung für alle diese Formen der Sterbebegleitung ist der Patientenwunsch, entweder selbst vorgetragen oder durch Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht dargelegt.

Juristisch wird für passive Sterbehilfe der medizinisch ungünstige Begriff **Behandlungsabbruch** verwendet. Auch dieser Begriff kann sehr schnell missverstanden werden, denn das Sterbenlassen oder -gewähren ist kein „Behandlungsabbruch“, im Gegenteil ist die Aufwendung für den Patienten häufig größer durch Symptomkontrolle, insbesondere Schmerztherapie, spirituelle Begleitung und Sorge um die Angehörigen.

Die rechtlichen Regelungen in Deutschland gleichen denen der meisten Länder in Europa (s. dazu S. 19 ff). Die aktive Sterbehilfe, d. h. die Tötung auf Verlangen – in den Niederlanden als **Euthanasie** bezeichnet – ist in Deutschland auch durch die historische Erfahrung mit und im Nationalsozialismus geächtet und damit verboten. Es handelt sich bei dem Begriff „Euthanasie“, wie er von den Nationalsozialisten verwendet wurde, jedoch um etwas grundlegend anderes als das, was heute in den Niederlanden als Euthanasie bezeichnet wird. Im Nationalsozialismus wurde damit die Ermordung geistig und körperlich Behinderter bezeichnet, sodass der Begriff mit Verbrechen gegen die Menschenrechte, insbesondere das Recht auf Leben, assoziiert wird. Dagegen ist die Tötung auf Verlangen, die in den Niederlanden Euthanasie heißt, eine autonome Entscheidung des Einzelnen.

Mit zunehmender Distanz zu unserer geschichtlichen Erfahrung in Deutschland nimmt die Debatte um die Legalisierung der Tötung auf Ver-