



## Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

### zum Antrag der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Stephan Thomae, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP „Rechtssicherheit für schwer und unheilbar Erkrankte in einer extremen Notlage schaffen“ (BT-Drucksache 19/4834)

Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) entschied Anfang März 2017, dass das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) den Erwerb eines Betäubungsmittels, das eine schmerzlose Selbsttötung ermöglicht, in extremen Ausnahmesituationen nicht verwehren darf (vgl. BVerwG Urteil v. 2. März 2017, Az. 3 C 19.15).

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) spricht sich eindeutig gegen eine solche Bereitstellung von Betäubungsmitteln zum Zwecke eines Suizids aus. Die DGP begründet diese Ablehnung damit, dass

- mit den Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung fast immer eine Leidensminderung möglich ist,
- Alternativen für Patienten in solchen Ausnahmesituationen vorhanden sind,
- die Gefahr besteht, dass zum einen eine Begrenzung auf extreme Ausnahmesituationen nicht möglich ist und damit zum anderen eine staatliche Pflicht zur Assistenz bei Suizid geschaffen wird.

### Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung

Es zählt unbedingt zu den ärztlichen Aufgaben, sich respektvoll mit Todeswünschen von Patienten – wie auch Suizidwünschen im engeren Sinne – auseinanderzusetzen (Nauck et al. 2014). Hierzu gehört in erster Linie, mit den betroffenen Patienten, deren Angehörigen und dem eingebundenen Team die palliativmedizinischen Optionen zur Linderung von Leid zu erörtern und zu versuchen, einen gemeinsamen Weg zu finden. Einen geäußerten Sterbewunsch primär als Auftrag zur Unterstützung in der Umsetzung zu interpretieren wird den Betroffenen nachweislich nicht gerecht.

Schmerzen, Luftnot, andere körperliche Symptome, aber auch Angst und Depression können mit der medizinischen Behandlung zur Symptomkontrolle effektiv gelindert sowie mit Hilfe spezieller psychosozialer und spiritueller Angebote und Interventionen, Unterstützung und Beratung erträglich gestaltet werden. Grundvoraussetzungen der Beratung, Begleitung und Behandlung sind persönlicher Respekt und Verständnis für Betroffene in Situationen von Not und Verzweiflung.

In der Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden werden Ärztinnen und Ärzte insbesondere in der Palliativversorgung immer wieder mit Sterbewünschen ihrer Patienten konfrontiert. Die tägliche Praxis zeigt aber, dass dies oft der Wunsch nach einem Gespräch ist, nach alternativen Angeboten und nach einem gemeinsamen Aushalten der bedrückenden Situation.

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin unterstreicht deshalb mit Nachdruck: Schwerkranken Menschen, die unmissverständlich zum Ausdruck bringen, ihre Situation nicht mehr aushalten zu wollen und zu können, muss als erster Schritt und äußerst zeitnah und konkret der unmittelbare Zugang zu einer weitgefächerten Palliativversorgung unter Einbezug verschiedener Berufsgruppen ermöglicht werden.

Dem klaren Signal, so nicht mehr weiterleben zu wollen, sollte vordringlich mit dem Angebot begegnet werden, mit einem palliativmedizinischen Fachteam in einem vertrauensvollen Gesprächsprozess die Optionen zur Linderung und Minderung medizinischer wie psychosozialer Symptome und Nöte wie auch zur Therapiebegrenzung und zur palliativen Sedierung auszuloten. Mit der palliativen Sedierung als ultima ratio können Patienten, bei denen eine ausreichende Linderung des Leidens nicht (oder nicht schnell genug) möglich ist, in einen künstlichen Dauerschlaf versetzt werden, so dass sie das Leiden nicht mehr durchleben müssen.



## Alternativen für schwerstkranken und leidende Menschen

Für die kleine Zahl an schwerstkranken und leidenden Menschen, bei denen mit den Möglichkeiten der Palliativversorgung keine ausreichende Leidenslinderung erreicht werden kann und für die eine palliative Sedierung nicht in Frage kommt, stehen Alternativen zu einem Suizid zur Verfügung. Der der Entscheidung des BVerwG zugrunde liegende Fall ist ein Beispiel dafür, da die nach einer unfallbedingten Querschnittslähmung dauerbeatmete Patienten jederzeit einen Abbruch der Beatmungstherapie hätte einfordern können.

Patienten haben ein Recht auf Verzicht oder Abbruch jeder Art von lebensverlängernder Therapie. Dies umfasst auch die kontrollierte Beatmung bei Patienten, die nicht mehr selbständig atmen können. Mit einer angemessenen Sedierung kann sichergestellt werden, dass dieser Prozess der Beatmungsbeendigung nicht als qualvoll empfunden wird. Ebenso kann jede andere lebensverlängernde Therapie beendet werden, zum Beispiel die Gabe von kreislaufunterstützenden Medikamenten oder Antibiotika, der Einsatz von Dialyseverfahren oder künstlicher Ernährung.

Wenn die Patientin ihre Einwilligung zu einer lebenserhaltenden Therapie zurückzieht, muss letztere beendet werden. Eine Weiterbehandlung ohne Einwilligung wäre dagegen nicht zulässig und würde den Straftatbestand der Körperverletzung erfüllen (Tolmein und Radbruch 2017).

Als weitere Option bleibt schwerstkranken und leidenden Menschen die Möglichkeit, auf Essen und Trinken zu verzichten. Die Entscheidung über einen solchen Verzicht liegt alleine bei den Patienten. Wesentlich ist hier, dass der oder die Betroffene aus freiem Willen handelt und nicht durch eine krankhafte Essstörung (beispielsweise Anorexia nervosa) oder eine andere psychiatrische Grunderkrankung in der Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt ist.

Der freiwillige Verzicht auf Essen und Trinken kann ärztlich, pflegerisch und psychosozial begleitet werden, um gegebenenfalls Durst- und Hungergefühle effektiv zu lindern (Tolmein und Radbruch 2017).

Beim vollständigen Verzicht auf Essen und Trinken ist davon auszugehen, dass die Lebenserwartung nur wenige Tage (3 – 7 Tage, selten auch länger) beträgt. Beim alleinigen Verzicht auf Essen, nicht aber auf Trinken, ist von einer längeren Lebenserwartung von vier bis sechs Wochen auszugehen. Die Überlebenszeit wird allerdings von vielen Faktoren wie zum Beispiel Ernährungszustand, Flüssigkeitshaushalt, Organfunktionsstörungen von Herz, Lunge oder Niere oder dem Vorliegen von Fieber oder Infekten beeinflusst.

## Gefahr der fehlenden Abgrenzung

Das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts lässt nach Einschätzung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin entscheidende Fragen zur Bewertung des Ausnahmefalls offen. In der Entscheidung des BVerwG wird unter den Voraussetzungen für die ausnahmsweise Überlassung einer tödlichen Medikation genannt, dass das Leiden unerträglich sein muss und dass keine andere zumutbare Möglichkeit zur Umsetzung des Sterbewunsches besteht. Diese Vorbedingungen können aber nicht präzise eingegrenzt werden. Auch eine Bewertung durch ärztliche Sachverständige oder eine Bewertungskommission wird keine eindeutigen Zuordnungen treffen können, so dass immer mit einer Verschiebung der Grenzlinien zu rechnen ist.

Wer soll oder kann beurteilen, ob die Leidenssituation unerträglich und ob die Betroffenen ihre Entscheidung frei und ernsthaft getroffen haben? Wie kann verhindert werden, dass Schwerstkranken eine solche Entscheidung in einer (behandelbaren) Depression treffen oder weil sie ihren Angehörigen nicht zur Last fallen wollen? Welche Qualifikationen wären gegebenenfalls bei den sachverständigen Gutachtern für die Einschätzung des Leids der Patienten notwendig, um zum Beispiel eine Depression sicher ausschließen zu können? Letzten Endes würde die Beantwortung all dieser Fragen jede Kommission vor die Herausforderung stellen, Leid und Leben zu bewerten und in letzter Konsequenz zu unterscheiden, wann Leben noch lebenswert und wann es nicht mehr lebenswert ist. Eine solche Bewertung ist für die DGP aus ethischen und moralischen Gründen inakzeptabel.



Die Frage danach, wie Leid empfunden wird und ob ein jeweiliger Leidensdruck als unerträglich zu bewerten ist, obliegt einzig den Betroffenen selbst, da es sich hierbei um ein zutiefst subjektives Empfinden handelt. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin hält es deswegen für nicht vertretbar, dass medizinische Gutachter oder eine Kommission (wie auch immer sie zusammengesetzt ist) darüber befindet, ab welchem Stadium eine schwerkranke Person sich für einen „berechtigten“ Suizidwunsch qualifiziert. Unter dem Gesichtspunkt der Gleichstellung und Gleichberechtigung stellt sich auch die Frage, warum eine durch eine Kommission beurteilte Schwere eines Leidens zum Suizid berechtigt und anderes subjektiv als unerträglich empfundenen Leiden nicht.

Damit verbunden ist die Frage nach der Reichweite dieser Vorbedingung in Bezug auf Alter, Krankheit und unterschiedliche Bewertung von körperlichem und psychischem Leid. Die meisten Suizide in Deutschland haben ihre Ursache vermutlich in psychischen Leiden, welche offensichtlich schwerer wiegen als die meisten körperlichen Leiden. Eine Erweiterung der Reichweite auf Menschen mit psychischem Leid ohne körperliche Erkrankung ist aber nicht wünschenswert. Für diese Zielgruppe steht in der Gesundheitsversorgung vor allem die Suizidprophylaxe im Vordergrund und nicht der erleichterte Zugang zu einer tödlichen Medikation.

Wie wird definiert, dass „eine andere zumutbare Möglichkeit zur Verwirklichung des Sterbewunsches nicht zur Verfügung steht“? Was bedeutet „zumutbar“? So ist von den sachverständigen Experten zu bewerten, ob alle Optionen der Hospiz- und Palliativversorgung ausgeschöpft worden sind. Dazu müsste die Kommission auch bewerten, ob weitere Medikamente oder höhere Dosierungen eventuell effektiv sein könnten. Auch Optionen wie die palliative Sedierung müssten zunächst ausgeschöpft werden.

Unklar ist, wie es die sachverständigen Experten bewerten sollen, wenn Patienten solche noch nicht ausgeschöpften Optionen ablehnen oder die Ausschöpfung aller Alternativen als zu langwierig und damit als unnötige Verlängerung ihres anhaltenden Leidens empfinden. Sofern die Einberufung einer sachverständigen Kommission Bestandteil des Bescheidungsverfahrens würde, sollte diese Kommission analog zu den Beratungen in klinischen Ethikkomitees vorrangig den Fokus darauf legen, mit dem Patienten gemeinsam einen Weg aus seiner extremen Leidenssituation zu suchen und ihm in seinen persönlichen Überlegungen und Entscheidungen konsequent zur Seite zu stehen – dies auch und vor allem im Hinblick auf die Linderung schwerst erträglicher Symptome.

Wenn der Staat trotz solch unklarer Grenzziehungen einer Fürsorgepflicht zu „zumutbaren Formen des Suizides“ nachkommen muss, besteht die Gefahr einer schrittweisen und schleichenden Ausweitung. In anderen Ländern wie der Schweiz, den Niederlanden oder Belgien, in denen solche Grenzsetzungen bei Suizidwunsch oder Tötung auf Verlangen versucht wurden, wird mittlerweile über einen Zugang zu tödlichen Medikationen auch für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen oder alte und lebensüberdrüssige Menschen diskutiert oder es wurden die gesetzlichen Vorgaben sogar schon entsprechend erweitert (Radbruch et al. 2016).

Unheilbar erkrankte Menschen brauchen die unbedingte Sicherheit, dass sie in ihrer Not gehört, beraten, begleitet und nicht allein gelassen werden.

## **Literatur**

Nauck F, Ostgathe C, Radbruch L (2014). Ärztlich assistierter Suizid: Hilfe beim Sterben – keine Hilfe zum Sterben. Deutsches Ärzteblatt 111(3): A67-71.

Radbruch L, Leget C, Bahr P, Müller-Busch C, Ellershaw J, de Conno F, Berghe PV, Epac (2016). Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. Palliative Medicine 30(2): 104-116.

Tolmein O, Radbruch L (2017). Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung: Balanceakt in der Palliativmedizin. Deutsches Ärzteblatt 114(7): A302-7.