

Aus dem Bereich Klinische Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar

**Palliative Versorgung statt
Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen?
Über eine mögliche Notwendigkeit
lebensverkürzender Maßnahmen.**

Vollerhebung im Sinne empirischer Sozialforschung
bei Palliativmedizinern
in SAPV-Teams im Saarland und Hessen
sowie Kinder-SAPV-Teams in Deutschland

***Dissertation zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Medizin***
der Medizinischen Fakultät

der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

2015

vorgelegt von: Thomas Sitte

* 9. Mai 1958 in Oberlemp

Kennnummer der Ethikkommission der Ärztekammer des Saarlandes:
110/15

Dekan: Prof. Dr. Michael D. Menger

Referent: Prof. Dr. Sven Gottschling

Korreferent:

Tag der mündlichen Prüfung:

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	4
0. Abkürzungsverzeichnis	7
1. Zusammenfassungen	8
1.1 Zusammenfassung (Deutsch).....	8
1.2 Summary (English)	11
2. Einleitung	14
2.1 "Volkes Stimme"	15
2.2 Ärztlich assistierter Suizid und andere lebensverkürzende Maßnahmen.....	17
2.2.0.1 Definition "ärztlich assistierter Suizid"	17
2.2.0.2 Definition "Tötung auf Verlangen"	18
2.2.0.3 Definition "palliative Sedierung"	19
2.2.0.4 Definition "freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit"	20
2.2.1 Rechtslage und Gesetzesinitiativen zur Beihilfe zum Suizid	22
2.2.1.1 Rechtslage zur Beihilfe zum Suizid in Europa.....	23
2.2.1.2 Rechtslage in Deutschland	24
2.2.1.3 Aktuelle Gesetzesinitiativen zur Beihilfe zum Suizid	28
2.2.2 Rechtskonforme Möglichkeiten bei unerträglichem Leiden und Sterbewunsch	32
2.3 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	34
2.4 Meinungsumfragen	36
2.4.1 Meinungsumfragen unter überwiegend professionell Palliativversorgenden...	36
2.5 Entwicklung der Suizidzahlen in den Nachbarländern.....	42
3. Material und Methodik	46
3.1 Zielsetzung	46
3.2 Grundgesamtheit der Zielgruppen für die Befragung	48
3.3 Thesen	49
3.3.1 These 1	49
3.3.2 These 2	49
3.3.3 These 3	49
3.4. Methodik.....	49
3.5 Untersuchungsgang.....	51
3.6 Aufbau der Fragen.....	52
3.6.8 Wortlaut der Umfrage.....	53
4. Ergebnisse	54

4.1. Rücklauf der Befragung	54
4.2 Antworten zu den einzelnen Fragen	55
4.2.1 Fragen zu Teamstruktur und Einstellungen	55
4.2.2 Fragen zu den Verstorbenen	66
4.2.3 Fragen zu Beihilfe zur Selbsttötung	68
4.2.4 Fragen zu Tötung auf Verlangen	73
4.2.5 Fragen zu straf- und standesrechtlichen Rahmenbedingungen.....	77
4.2.6 Fragen zu palliativer Sedierung.....	102
4.3.1 Daten für These 1	113
4.3.2 Daten für These 2	120
4.3.3 Daten für These 3	121
5. Diskussion	124
5.1 Diskussion These 1	126
5.1.1 Antworten zu Nachfragen bei Lebensverkürzungen betreuter Patienten	133
5.2 Diskussion These 2	145
5.3 Diskussion These 3	147
5.4 Eine persönliche Positionsbestimmung	150
6. Literaturverzeichnis	154
7. Anhang.....	168
7.1 Text des Anschreibens	168
7.2 Text der Umfrage	169
7.3 Glossar zur Diskussion über die Beihilfe zum Suizid.....	178
7.4 Glossar zur SAPV	184
8. Dank	198
9. Lebenslauf.....	199

Da es zum Verständnis häufig auf einen exakten Wortgebrauch ankommt, sind zwei Glossare zur Diskussion über Suizidassistenz und zur SAPV angehängt. Alle Begriffe in dieser Arbeit werden gebraucht wie dort angegeben.

Zur leichteren Lesbarkeit wird lediglich die männliche Form genannt, wenn beide Formen möglich wären.

Tippfehler in den Zitaten der Online-Befragung wurden korrigiert.

0. Abkürzungsverzeichnis

ÄAS Ärztlich assistierter Suizid

Abs. Absatz

BÄK Bundesärztekammer

BMG Bundesministerium für Gesundheit

BMJ Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz

BVG Bundesverwaltungsgericht

DGP Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

FVNF Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

FTB Freitodbegleitung (offizieller Begriff in der Schweiz für Assistierten Suizid)

MAS Medizinisch assistierter Suizid

LÄK Landesärztekammer

PCT Palliative Care Team

SAPV Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

SAPV-KJ SAPV für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

SGB Sozialgesetzbuch

StGB Strafgesetzbuch

*Der Beruf des Arztes
ist in einem hervorragenden Maß ein Beruf,
in dem die Gewissensentscheidung
des einzelnen Berufsangehörigen
im Zentrum der Arbeit steht.
In den entscheidenden Augenblicken seiner Tätigkeit
befindet sich der Arzt in einer unvertretbaren Einsamkeit
in der er – gestützt auf sein fachliches Können
– allein auf sein Gewissen gestellt ist.
(BVG 1968)*

1. Zusammenfassungen

1.1 Zusammenfassung (Deutsch)

In den 60er Jahren prägte die Dame Cicely Saunders den Gedanken des Palliative Care. Doch auch gut 50 Jahre nach dem Beginn dieser Hospizarbeit und Palliativversorgung sind deren Anforderungen und Möglichkeiten nicht überall bekannt. Dabei kann das englische Wort „Care“ zwar mit dem Deutschen „Versorgung“ wiedergegeben werden, umfasst aber deutlich mehr: „Sorgen für“ und „Pflegen“, „medizinische Behandlung“ und insbesondere auch die „hospizische Haltung“ und „ehrenamtliche Begleitung“ sind hierin eingeschlossen.

Zunehmend wird im Zusammenhang mit der Palliativversorgung auch über Tötung auf Verlangen und/ oder Beihilfe zur Selbsttötung als mögliche Behandlungsoptionen diskutiert. Häufig wird dieser Wunsch nach lebensverkürzenden Maßnahmen geäußert aus Angst vor zukünftigem Leiden oder aus Unkenntnis therapeutischer Möglichkeiten. In der vorliegenden Arbeit wurden leitende Palliativmediziner aus Palliative Care Teams, 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 Palliative Care Teams kann aufgrund der vorliegenden Ergebnisse zusammengefasst werden:

Von den Palliative Care Teams 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

meist zu Beginn von den Patienten	1.147 mal,
zusätzlich von Angehörigen für die Patienten	305 mal

geäußert.

Wiederholt und nachdrücklich geschah dies von den Patienten	326 mal,
von Angehörigen	164 mal.

Es verstarben durch Suizid mit oder ohne Beihilfe **17 Patienten.**
(es gab keine Tötung auf Verlangen)

In vom Patienten geäußelter sowohl drohender als auch bereits manifester, existenzieller Not und bei aus den verschiedensten Gründen sehr hohem Leidensdruck wird häufiger ein Wunsch nach Lebensverkürzung vorgetragen. Die Suizide geschahen aber nach Einschätzung der befragten Palliativmediziner kein einziges Mal auf Grund palliativ nicht behandelbaren Leidens.

Einen besonders hohen Stellenwert als effiziente Behandlungsoption nimmt als ultima ratio unter Palliativmediziner in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung bei bestehendem Behandlungswunsch auch gegen schwerstes Leiden die palliative Sedierung ein. Obgleich palliative Sedierung nach deren Einschätzung nicht häufig zum Einsatz kommen muss, ist sie unisono die Methode der Wahl, die immer angeboten werden kann, wenn ein Patient andere Behandlungen nicht mehr akzeptiert und/ oder erleben will. Hinterfragt werden sollte, dass bei einer hohen Selbsteinschätzung der Leitlinienkenntnis zur palliativen Sedierung (79% *trifft zu oder trifft voll zu*) und insbesondere auch der Leitlinieneinhaltung (66% *trifft voll zu oder trifft zu*) eine überraschend geringe Entkopplung von Sedierungsbeginn und Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen wie Nahrung, Flüssigkeit, Beatmung stattfindet (15% *trifft voll zu oder trifft zu*).

In der Leitlinie zur palliativen Sedierung wird eindeutig vorgegeben, dass die Entscheidung zur Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr unabhängig von der Entscheidung zur Sedierung ist und nur gut die Hälfte erachtet für wichtig, Vitalparameter wie die Atemfrequenz und auch die Sedierungstiefe angemessen zu kontrollieren und zu dokumentieren (*trifft voll zu oder trifft zu*), was eine palliative Sedierung leicht in die Nähe der terminalen Sedierung rücken kann.

Das eigentliche Problem in praxi ist nicht ein bewusst herbeigeführtes Lebensverkürzen, sondern das Sterbenzulassen, welches immer wieder, teils bedingt durch mangelndes medizinisches Wissen oder fehlende Erfahrung, teils durch falsche Vorstellung der juristischen Rahmenbedingungen, teils auch durch eigene ethische Einstellungen Beteiligter, zu schwierigen Situationen trotz unstrittigen Patientenwillens führt.

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

1. Beihilfe zur Selbsttötung und Tötung auf Verlangen bei Palliativpatienten werden so selten aus Gründen unzureichender Symptomlinderung notwendig, dass für diese durch deren sehr große Seltenheit gesetzliche Rahmenbedingungen nur schwerlich definiert werden können.
2. 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.

1.2 Summary (English)

In the 1960s Dame Cicely Saunders played a key role in developing the concept of palliative care. However, some 50 years after the commencement of this hospice work and palliative care provision, it is still not widely known what it entails. The word "care" here can be understood as the act of caring for someone, medical treatment, hospice work and voluntary support.

Increasingly, palliative care is also discussed in association with euthanasia and/or assisted suicide as possible care options. This desire for life-shortening measures is often expressed out of fear of future suffering or a lack of knowledge of therapeutic options. In this paper palliative care leaders from palliative care teams (PCT) who provide specialist out-patient palliative care were surveyed retrospectively regarding their attitudes and experience in the field of life shortening.

From the 42 responses of the 49 PCTs surveyed a summary can be made on the basis of the following:

In the years 2013 and 2014 the PCTs provided multi-professional care and support until death for:

17,772 patients

The desire for life-shortening measures in the form of assisted suicide or assisted dying for these patients was expressed during this time

mostly at the beginning	1,147 times,
in addition, by relatives for the patients	305 times.
Expressly and repeatedly, this was expressed by the patients	326 times,
by relatives	164 times.
Patients took their lives without or with assistance (none euthanasia)	17 times.

In cases where patients expressed both threatening and existing existential difficulties and in cases of high levels of suffering due to various reasons a desire for life shortening is frequently expressed. In the estimation of the PCTs surveyed, this did not occur in any single case for reasons of suffering that could not be eased by palliative care.

A particularly high relevance as an efficient care option as ultima ratio amongst PCTs in specialist out-patient palliative care is held by palliative sedation, where a desire for care exists, including for severe suffering. Although in their estimation palliative sedation need not be used frequently, it is the unanimous method of choice that can always be offered if a patient no longer accepts and/or will not live to see other forms of treatment. It should be examined here why, with a high self-estimation of framework for palliative sedation awareness (79% applies or applies fully) and in particular framework observance (66% applies completely or applies), there is a surprisingly low decoupling from the beginning of sedation and continuation of life-preserving measures such as feeding, liquids, respiration (15% applies completely or applies). In the framework for palliative sedation it is clearly stated that the decision to supply liquids and food is independent of the decision to sedate and only around half consider it important to check and document vital parameters such as breathing frequency and depth of sedation (applies completely or applies), moving palliative sedation slightly towards terminal sedation.

The real problem in practice is not a consciously undertaken shortening of life, but the permitting of death, which frequently results in difficult situations arising, in spite of the undisputed desire of the patient, partly as a result of lack of medical knowledge or lack of experience, partly through the incorrect presentation of legal conditions, partly also as a result of the ethical positions of those involved.

Also taking account of the critical points stated above, two statements can be expressly regarded as the result of this study:

1. Assisted suicide and euthanasia for palliative patients are so rarely necessary as the result of inadequate easing of symptoms that statutory conditions are very difficult to determine for these very rare occurrences.
2. For dying patients cared for in specialist out-patient palliative care by independent PCTs it may be assumed that palliative care in this structural and process quality may also function as an effective form of suicide prevention.

2. Einleitung

Die Frage nach dem sogenannten „guten“ Sterben, der angemessenen Umsetzung der ars moriendi, hat eine lange kulturelle Tradition (Ariès 2005). Sie bestimmt immer wieder die öffentlichen Diskussionen unter veränderten Vorzeichen. Auch palliatives Denken ist nicht neu, sondern es gab bereits im 16. Jahrhundert vor allem dann im 19. Jahrhundert eine Vielzahl wissenschaftlicher Abhandlungen, wie man Sterbenden Leiden lindern kann (Stolberg 2011). Ob Lebensschutz und Lebenserhalt als ärztliche Pflicht ein unumstößliches Gut sind, wird in den Zeitläuften und Kulturkreisen diskrepant gesehen.

In der Geschichte der Medizin wurde eine durch Ärzte bewusst herbeigeführte Lebensverkürzung in der Regel sehr kritisch gesehen:

Im Eid des Hippokrates heißt es: *„Auch werde ich niemandem ein tödliches Gift geben, auch nicht, wenn ich darum gebeten werde, und ich werde auch niemanden dabei beraten; auch werde ich keiner Frau ein Abtreibungsmittel geben. Rein und fromm werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren.“* (Hippokrates 400 v.Chr.)

Zweitausend Jahre später schrieb Hufeland *„Selbst im Tode soll der Arzt den Kranken nicht verlassen, noch da kann er sein großer Wohlthäter werden, und, wenn er ihn nicht retten kann, wenigstens sein Sterben erleichtern. ... Der Arzt soll und darf nichts anderes tun als Leben erhalten, ob es ein Glück ist oder ein Unglück, ob es Wert hat oder nicht, das geht ihn nichts an, und maßt er sich einmal an, diese Rücksicht in sein Geschäft aufzunehmen, sind die Folgen unabsehbar, dann wird der Arzt der gefährlichste Mensch im Staate.“* (Hufeland 1806)

Das Genfer Gelöbnis geht auf Fragen der (Selbst)Tötung nicht mehr direkt ein: *„Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich: mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen. Ich werde meinen Lehrern die schuldige Achtung und Dankbarkeit erweisen. Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben. Die Gesundheit meines Patienten soll*

oberstes Gebot meines Handelns sein. Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren. Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten. Meine Kolleginnen und Kollegen sollen meine Schwestern und Brüder sein. Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung. Ich werde jedem Menschenleben von seinem Beginn an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden. Dies alles verspreche ich feierlich und frei auf meine Ehre.“ (WHO 2006)

Vor dem Hintergrund zunehmender medizinischer Handlungsoptionen und veränderter Werthaltungen, vor allem bezüglich der Selbstbestimmung bei der Gestaltung des eigenen Lebens (Borasio e.a. 2014), änderte sich nach und nach der Umgang mit Tod und Sterben und auch die Haltung der Ärzteschaft zu lebensverkürzenden Maßnahmen. Dies zieht sich hin bis zum Wunsch soweit als möglich Einfluss nehmen zu können, einschließlich des Sterbens, 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 (Fleßa 2014).

2.1 “Volkes Stimme”

Mors certa, hora incerta.

Die eigene Endlichkeit wird meist wenig reflektiert und gerne verdrängt. Wenn

es allgemein um Tod und Sterben geht, kommt es in belanglosen, wie auch sehr ernsthaften und offiziellen Diskussionen (Sitte 2014, Bundestag 2014, Bundestag 2015, Gröhe 2015) oft zu einem heillosen Durcheinander der Begrifflichkeiten, Möglichkeiten, rechtlichen Besonderheiten und Definitionen (Bundestag 2014, Bundestag 2015), die einer fundierten Entscheidungsfindung erheblich schadet. Wissen und Ängste der Bevölkerung werden hier widergespiegelt. Selbst unter medizinischem Personal, Nicht-Ärzten wie auch Ärzten, bestehen überraschende Unsicherheiten.

Entscheidend für eine sachlich fundierte Entscheidung sind aber Grundlagenwissen, Wissen um die Möglichkeiten der Behandlung, die Umsetzung der Möglichkeiten in die Praxis und Wissen um die Haltungen der Experten, diese Umsetzung beim Patienten durchzuführen.

Dass dieses Thema mitten in der Gesellschaft angekommen ist, zeigen zunehmend vielerlei fiktive Darstellungen in Printmedien und Filmen, wie auch Erfahrungsberichte und Reportagen verschiedenster Art. Z. B. berichtete eine umfassende, mehrteilige BILD-Serie *„Die letzte Reise des Gernot Fahl“* (Steinbach 2013) über Beweggründe und Probleme einer Reise zur Freitodbegleitung eines Patienten in die Schweiz. Die Reportage wurde multimedial informativ aufbereitet und 2014 für den Grimme-Preis nominiert. Der Medizinethiker Kurt W. Schmidt konstatiert zur medialen Umsetzung der Diskussion: *„Die großen medizinethischen Konfliktfelder sind stets auch Stoff fürs Kino.“* und dabei verzichtete kaum ein Film auf emotionale Momente und dramaturgische Zuspitzungen im Sinne des Paradoxons, *„Wenn Du mich wirklich liebst, dann hilfst Du mir zu sterben!“*, so dass moralische Bedenken in einen verwirrenden Strudel geraten würden. (Schmidt 2015)

Interessant ist hierbei insbesondere, dass Journalisten, Berichterstatern wie wohl einer Mehrzahl von Kollegen zum Zeitpunkt der Veröffentlichung oft nicht klar war, welche Möglichkeiten der Sterbebegleitung, des Sterbenzulassens und auch der Beihilfe zum Suizid legal in Deutschland bestanden hätten.

2.2 Ärztlich assistierter Suizid und andere lebensverkürzende Maßnahmen

Das Themenfeld der sogenannten „Sterbehilfe“ allgemein begleitet die Arbeit aller Palliativmediziner seit Beginn an. Schon 2002 führte die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) unter ihren Mitgliedern eine Befragung durch mit dem Titel *„Euthanasie bei unerträglichem Leid?“* (Müller-Busch 2003) und schon 2009 titelte ein Leitfaden *„Palliative Care als Alternative zur Euthanasie“* (Bausewein 2009).

Besonders die Diskussion über assistierten Suizid in der Form des ärztlich assistierten Suizides (ÄAS) hat im Jahr 2014 einen zunehmenden Raum in der öffentlichen und bundespolitischen Diskussion und den Medien eingenommen.

In dieser Diskussion wird allerdings selten klar definiert, wie welcher Begriff exakt gemeint ist und gebraucht wird und noch weniger wird eine eventuelle Definition in der Diskussion dann auch stringent genutzt, weshalb zunächst geklärt werden muss, wie in dieser Arbeit Begrifflichkeiten verwendet werden. Dieser Gebrauch entspricht den Glossaren, wie sie vom Fachverband SAPV (Hach 2015) und von der Deutschen PalliativStiftung (Sitte 2014) herausgegeben wurden.

2.2.0.1 Definition „ärztlich assistierter Suizid“

2002 definierte die DGP die Beihilfe zum Suizid in Form des medizinisch-assistierten Suizides (MAS) wie folgt: *„Aktive Unterstützung des Arztes (z.B. durch Bereitstellung einer tödlichen Substanz) zur Selbsttötung.“*

MAS bleibt mangels Vorliegens einer rechtswidrigen Haupttat straflos, wenn der Selbsttötung eine frei verantwortliche Willensentscheidung des Betroffenen zugrunde liegt, da die Selbsttötung nach § 27 StGB keinen Straftatbestand darstellt.“ (DGP 2002)

Dem ist aus heutiger Sicht nichts hinzuzufügen. Lediglich hat sich der Begriff MAS nicht etablieren können, heute spricht man stattdessen vom ÄAS und fokussiert damit klarer auf den Arzt als den Dienstleister der Beihilfe. Ärztekammerpräsident Montgomery wies dazu mehrfach darauf hin, dass gerade bei der Beihilfe durch Ärzte ganz besondere Fragestellungen neben den ethischen Aspekten auftreten würden (Montgomery 2014). Neben den ethischen Aspekten würden gerade Ärzten sich dann Fragen der *„ärztlichen Qualitätssicherung, Haftpflichtversicherung und (horribile dictu) der ärztlichen Gebührenordnung“* stellen, womit Montgomery jene Anforderungen, die bei einer *lege artis* durchgeführten Heilbehandlung selbstverständlich erscheinen, auf die ärztliche Maßnahme der Beihilfe zur Selbsttötung übertragen hat. Zudem müsse man *„aus Gründen der Humanität heraus ... eher über Infusionen und Spritzen vermittelte Tötungspraktiken“* nachdenken, da sie zeitgemäßem ärztlichen Handeln eher entsprächen als ein *„archaischer Giftbecher“*. Womit wir dann eher bei der Tötung auf Verlangen ankämen. (ebenda)

Es stellt sich die Frage: Kann ein Patient keinen Suizid (mehr) begehen, hätte er dann ein Recht zur Tötung auf Verlangen? (DPS 2014)

2.2.0.2 Definition „Tötung auf Verlangen“

Der Begriff wird weitgehend synonym zur vor allen Dingen von Juristen in Fachbeiträgen sogenannten aktiven „Sterbehilfe“ verwendet. Sie bezeichnet einen aktiven Eingriff in den Lebensprozess, um ein Leben zu beenden.

Eine Tötung auf Verlangen ist in Deutschland strafbar (§ 216 StGB). Das gleiche, absolute Verbot gilt auch in der Schweiz (dort § 113 StGB analog Totschlag) und lediglich in den Benelux-Staaten, dort als Euthanasie bezeichnet, ist es unter bestimmten Bedingungen straffrei und damit erlaubt.

Diese Euthanasie wird dort von Ärzten mit Medikamenteninjektionen offiziell erfasst in einem Umfang praktiziert, der auf die Bevölkerung Deutschlands hochgerechnet gut 25.000 Tötungen pro Jahr entspräche.

Ob Mitleidstötungen (das heißt Tötungen ohne Wissen und/ oder ausdrückliche Einwilligung des Patienten) oder auch Tötungen von Schwerkranken aus anderen Gründen als aktive Sterbehilfe bezeichnet werden sollten, wird selbst von Strafrechtlern nicht immer einheitlich beurteilt.

2.2.0.3 Definition “palliative Sedierung”

Unter palliativer Sedierung wird die Gabe von sedierenden Medikamenten auf Wunsch des Patienten zur Minderung des Bewusstseins verstanden, um mit anderen Methoden nicht suffizient und im Sinne des Patienten behandelbare Beschwerden (Atemnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Übelkeit u.v.m.) am Lebensende in einer ethisch akzeptablen Weise zu lindern und kontrollieren zu können. In der Terminalphase des Lebens kann der Patient auch in den Tod hineinschlafen.

Bei lege artis durchgeführter palliativer Sedierung wird durch diese Symptomkontrolle der Sterbeprozess nicht beschleunigt. (Müller-Busch 2004, Alt-Epping, 2010)

Die palliative Sedierung kann sehr kurz dauern oder viele Tage erforderlich sein. Vor allem bei kurzem zeitlichem Verlauf vor dem Versterben rückt diese medizinische Maßnahme leicht in vermeintliche Nähe zu aktiver „Sterbehilfe“.

Während bei aktiver „Sterbehilfe“ das Ziel verfolgt wird, das Leben des Patienten durch die Verabreichung einer deutlich über dem therapeutischen Bereich dosierten Substanz vorzeitig zu beenden, liegt bei der palliativen Sedierung das Ziel ausschließlich in der Symptomkontrolle und Leidenslinderung durch die Minderung des Bewusstseins mit einer angemessen dosierten, titrierten, bzw. wiederholt verabreichten Medikamentendosis. Jaspers fasst dazu zusammen: *„Dabei muss die Entscheidung für den Einsatz ausdrücklich jede Absicht der aktiven Tötung des Patienten oder der Beschleunigung des Todeszeitpunkts ausschließen. Die palliative Sedierung hat als Ziel die Linderung der Sympto-*

me, als Mittel den Einsatz von Sedativa und als Ergebnis die Linderung des Leidens.“ (Jaspers 2011).

Wichtig ist eine gute Dokumentation. Tritt der Tod während der Sedierung ein, was bei der palliativen Sedierung bis zum Lebensende naturgemäß der Fall sein wird, entspricht dies dem natürlichen Sterbenlassen.

Eine andere Intention wird mit der terminalen Sedierung verfolgt.

Teils wird der Begriff „terminale“ Sedierung synonym zu „palliativer“ Sedierung verwendet, teils aber auch für eine in Deutschland moralisch und gesetzlich allgemein nicht akzeptierte Form der Tötung, denn dabei bestünde die Intention zu einem beschleunigten Herbeiführen des Todes.

Es wird nicht symptomkontrolliert sediert, sondern höherdosiert, so dass sich die Atmung des Patienten verlangsamt, bis der Tod im Atemstillstand eintritt.

Es besteht ein grundlegendes Problem: Für Nicht-Experten ist die terminale nur schwer von der palliativen Sedierung zu unterscheiden. (DPS 2014)

2.2.0.4 Definition “freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit“

In der Regel in relativer Todesnähe verzichtet der Patienten völlig auf Nahrung und Flüssigkeit oder nimmt nur noch minimale Mengen zu sich. Das Sterben kann eher dem Sterben am eigentlichen Lebensende entsprechen, wenn Hunger- und Durstgefühl krankheitsbedingt verschwunden sind. Dieser freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) kann aber auch bei nicht tödlicher oder fehlender Grunderkrankung vollzogen werden und so als Möglichkeit eines Suizides wahrgenommen werden, wenn z. B. (ärztlich) assistierter Suizid nicht möglich ist. Eine pflegerische, ärztliche Begleitung ist notwendig und sollte qualifiziert angeboten werden, da im Verlauf gerade beim sonst relativ gesunden Menschen problematische Situationen auftreten können, zum Beispiel bei unzureichender Mundpflege oder im Delir (KNMG 2015 und Chabot 2015).

FVNF wurde bereits 1983 als Option publiziert, die von einer kleinen Gruppe terminal Kranker gewählt würde und ein Weg sei, zu sterben mit *„a ‚good’ death within two weeks after stopping food and fluids.“* (Ganzini 1983). Inzwischen gibt es sogar eine deutschsprachige Website zum Thema FVNF für Sterbewillige oder Besucher, die sich informieren wollen (Spade 2015).

2013 erschien eine DVD über den FVNF über eine rund 50jährige Unternehmensberaterin, die sich nach 18monatiger ursächlich nicht eindeutig zu klärender Schmerzkrankheit mit Unterstützung des Humanistischen Verbandes Deutschland (HVD) das Leben nahm. In diesem Beitrag wird der Verlauf laienverständlich gut dargestellt, die Möglichkeit einer psychosomatischen Ursache der Krankheit aber nicht angesprochen und die Indikation für den Suizid mittels FVNF aus medizinischer Sicht nicht diskutiert (Medienprojekt 2013).

Die Unklarheit in der Unterscheidung zwischen dem FVNF als Symptom des natürlichen Sterbevorgangs bis hin zur Option für den frei entschiedenen Suizid eines sonst körperlich gesunden Menschen, macht die Einordnung des FVNF besonders schwierig. Werden Fragen zur „Sterbehilfe“ gestellt, also zu Suizid, Beihilfe zur Selbsttötung, Tötung auf Verlangen, wird der FVNF meist nicht erwähnt, bei Fragen zum Themenkomplex bleibt damit unklar, ob der Befragte Maßnahmen wie einen FVNF mit eingeschlossen sieht oder nicht.

Interessant im Kontext der Diskussion der Gabe von Nahrung und Flüssigkeit ist die emotionale Dimension bei den an der Begleitung beteiligten Professionellen. So gibt es nach Jaspers deutliche Hinweise auf *„eine gewisse Angst vor einem Flüssigkeitsverzicht, wohingegen ein Verzicht auf Nahrung, sofern sie nur noch künstlich zugeführt werden kann, größere Akzeptanz findet“*. (Jaspers 2011). Dies gilt nicht nur für den FVNF, sondern auch für die Einstellung des Essen und Trinkens beim schwächer werdenden Patienten im Verlauf des natürlichen Sterbeprozesses.

2.2.1 Rechtslage und Gesetzesinitiativen zur Beihilfe zum Suizid

Die Rechtslage zur Beihilfe zum Suizid, wie auch der Tötung auf Verlangen ist in Deutschland und den Nachbarländern grundverschieden und wird von vielen Bürgern, Ärzten wie Nicht-Ärzten falsch eingeschätzt.

Das Deutsche Strafgesetz ist hier im Gegensatz zu den Nachbarländern liberal und ermöglicht die Beihilfe zur Selbsttötung.

(siehe nebenstehende Tabelle 1)

2.2.1.1 Rechtslage zur Beihilfe zum Suizid in Europa

Tabelle 1 Rechtslage der Maßnahmen am Lebensende in Europa

	Tötung auf Verlangen	Beihilfe zur Selbsttötung	Behandlungs-verzicht	Therapie am Lebensende/ Symptomkontrolle
B	Verboten. Unter Auflagen legal für Erwachsene (seit 2002) für Kinder (seit 2014)	Verboten. Unter Auflagen egal	Legal	Legal
CH	Verboten	Verboten, erlaubt nur nach definierten Vorgaben	Legal	Legal
D	Verboten	Erlaubt	Legal	Legal
DK	Verboten	Verboten	Legal	Keine näheren Angaben
E	Verboten	Verboten	Rechtlich unklar	Legal, aber nur wenn sie medizinisch korrekt durchgeführt wird.
F	Verboten (gleichgesetzt mit fahrlässiger Tötung, bis zu 5 Jahre Haft)	Verboten	Legal, wenn eine Willensäußerung des Betroffenen oder gültige Patientenverfügung vorliegt.	Legal, wenn eine Willensäußerung des Betroffenen oder gültige Patientenverfügung vorliegt.
FIN	Verboten	Keine näheren Angaben	Legal	Legal
GB	Verboten (gleichgesetzt mit Mord)	Verboten	Keine näheren Angaben	Legal
GR	Verboten (gleichgesetzt mit Mord)	Verboten	Keine näheren Angaben	Legal, wenn eine Willensäußerung des Betroffenen oder gültige Patientenverfügung vorliegt.
H	Verboten	Verboten	Rechtlich unklar	Legal, wenn eine Willensäußerung des Betroffenen oder gültige Patientenverfügung vorliegt.
I	Verboten	Keine näheren Angaben	Keine näheren Angaben	Rechtlich unklar
IRL	Verboten (bis zu 14 Jahren Haft)	Verboten (bis zu 14 Jahren Haft)	Legal, wenn eine Willensäußerung des Betroffenen oder gültige Patientenverfügung vorliegt.	Legal, aber nur wenn eine Schmerzlinderung das primäre Ziel ist.
LUX	Verboten. Unter Auflagen legal für Erwachsene (seit 2009)	Verboten. Unter Auflagen legal	Legal	Legal
N	Verboten	Verboten	Rechtlich unklar	Legal, wenn eine Willensäußerung des Betroffenen oder gültige Patientenverfügung vorliegt.
NL	Verboten. Unter Auflagen legal für Erwachsene (seit 2002), für Kinder ab 12 Jahren	Verboten. Unter Auflagen legal	Legal, gilt als natürlicher Tod	Legal, gilt als natürlicher Tod
NO	Verboten			
P	Verboten (bis zu 3 Jahren Haft)	Verboten (bis zu 3 Jahren Haft)	Keine näheren Angaben	Keine näheren Angaben
PL	Verboten	Verboten	Verboten	Verboten
S	Verboten	Verboten, legal nur wenn der Helfer Privatperson ist.	Legal	Legal, wenn eine Willensäußerung des Betroffenen oder gültige Patientenverfügung vorliegt.
SLO	Verboten (mindestens 5 Jahre Haft)	Verboten (bis zu 5 Jahre Haft)		Keine näheren Angaben

2.2.1.2 Rechtslage in Deutschland

Die Beihilfe zum Suizid ist in Deutschland nicht strafbar und deswegen auch nicht in einem Gesetz geregelt. Eine Kommerzialisierung wird meist abgelehnt.

Einzelne Juristen stellen dies sophistisch in Frage, denn *„Eine an sich gute oder wenigstens moralisch neutrale Handlung wird nicht automatisch dadurch schlecht, dass sie Geld kostet. Niemand würde beispielsweise von einem Bäckermeister verlangen, dass er seine Brötchen verschenken müsse, um nicht einer ‚sozial unwertigen Kommerzialisierung‘ der Nahrungsmittelversorgung Vorschub zu leisten. Auch würde niemand von einem Bildenden Künstler fordern, dass er die von ihm gemalten Bilder kostenlos abzugeben habe, damit er nicht eine ‚sozial unwertige Kommerzialisierung‘ der Kunst befördere.“* (Bauer 2011).

Die Bundesärztekammern (BÄK) wie auch alle Landesärztekammern (LÄK) sehen die Beihilfe zur Selbsttötung als keine ärztliche Aufgabe an. Außerdem legen die LÄK teils in zudem regional unterschiedlichem Wortlaut zusätzlich fest, der Arzt *„darf“* oder *„soll keine Beihilfe zur Selbsttötung“* leisten. Diese teils strittigen, sicher uneindeutigen Unterschiede führten zum Beschluss der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, die Landesärztekammern *„sollten ihre Berufsordnungen zu § 16 in obengenannten Sinne vereinheitlichen.“* (Nauck 2014), womit gemeint war, *„Die Beihilfe zum Suizid ist keine ärztliche Aufgabe“*.

Die ärztlichen Grundsätze zur Sterbebegleitung formulierten die ärztlichen Aufgaben zunehmend eindeutiger und eng an der Praxis orientiert.

Zunächst bezogen sich die Grundsätze noch ausdrücklich nur auf sterbende Patienten, dann in der Fassung von 1998 auch auf Patienten mit infauster Prognose, lebensbedrohlich Erkrankte und solche mit anhaltender Bewusstlosigkeit.

In ihrer aktuellen Form sind die Grundsätze im Februar 2011 an das Dritte Betreuungszrechtsänderungsgesetz (Gesetze zur Patientenverfügung) angepasst

worden (BÄK 2011). Diesem Papier gingen intensive innerärztliche medizinische, ethische und juristische Diskussionen voraus (Hoppe 2009) sowie eine Umfrage der BÄK unter der Deutschen Ärzteschaft (BÄK 2010).

Rechtlich galt und gilt unverändert, dass niemand gegen seinen Wunsch am Leben erhalten werden darf. Gleichzeitig darf kein menschliches Leben aktiv beendet werden.

Der Präsident der Bundesärztekammer gab am 12.12.2014 gemeinsam mit den Präsidenten der Landesärztekammern (LÄK) in Berlin zur Klarstellung eine Pressekonferenz, wie ein Arzt handeln könnte und wann er sich einer Strafan drohung aussetzen würde. Es wurde nochmals von allen LÄKs gemeinsam betont, es sei Ärzten verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen hin zu töten. Sie sollten Hilfe beim Sterben leisten, aber nicht Hilfe zum Sterben. Die Beihilfe zur Selbsttötung sei keine ärztliche Aufgabe (BÄK 2014). Dass im Gegensatz dazu die Hilfe beim Sterben durch Leidenslinderung, notfalls bis hin zu einer Sedierung des Patienten, gerade eine ärztliche Aufgabe sei, darauf wies Müller-Busch schon zehn Jahre zuvor eindringlich hin; zugleich, dass diese Symptomlinderung möglich sei ohne das Leben hierdurch zu verkürzen (Müller-Busch 2004).

Zu dieser Zeit, in den Jahren 2004/ 2005 gab es bereits seitens des Bundesministeriums für Justiz (BMJ) unter der damaligen Bundesministerin Zypries Überlegungen, den § 216 StGB „Tötung auf Verlangen“ neu zu regeln, damit Ärzten die Anwendung von Medikamenten am Lebensende auch bei einer daraus folgenden möglichen Lebensverkürzung erleichtert werden sollte (Zypries 2004). Der Text des § 216 lautet damals wie heute

„(1) Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.

(2) Der Versuch ist strafbar.“

Ergänzt werden sollte im Jahre 2004:

“Nicht strafbar ist:

(1) Die Anwendung einer medizinisch angezeigten leidmindernden Maßnahme, die das Leben als nicht beabsichtigte Nebenwirkung verkürzt.

(2) Das Unterlassen oder Beenden einer lebenserhaltenden medizinischen Maßnahme, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht.” (Zypries 2004)

Bereits bei dieser juristischen Initiative meldeten Palliativmediziner erhebliche Bedenken an, da relevantes und allgemein bekanntes palliatives Fachwissen (Baust 2004, Müller-Busch 2004) keinen Einfluss in die entsprechenden Überlegungen gefunden hatte (Baust 2005). Im Jahre 2012 kam es dann in Deutschland zur politischen Initiative für einen Gesetzesentwurf von der damaligen Bundesministerin der Justiz und Ehrenmitglied im Beirat des Humanistischen Verbandes Deutschlands, Leutheuser-Schnarrenberger, die gewerbsmäßige Beihilfe zum Suizid, wie sie etwa von sogenannten Sterbehilfeorganisationen geleistet wird, unter Strafe zu stellen.

Dies war ein Versuch der Einführung des § 217 StGB „Beihilfe zur Selbsttötung“ mit dem Ziel, ausschließlich ein Verbot der auf Gewinnerzielung ausgelegten Beihilfe zu erwirken, wie sie zuvor z. B. von Roger Kusch mit „Sterbehilfe Deutschland“ vor 2012 angeboten worden war. Der Änderungsantrag umfasste folgenden Wortlaut:

§ 217 StGB:

(1) Wer absichtlich und gewerbsmäßig einem anderen die Gelegenheit zur Selbsttötung gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ein nicht gewerbsmäßig handelnder Teilnehmer ist straffrei, wenn der in Absatz 1 genannte andere sein Angehöriger oder eine andere ihm nahestehende Person ist.“ (DPS 2012)

Beide Initiativen wurden vom BMJ als Versuch verstanden, Patientenrechte und Patientenautonomie zu stärken, Leiden von schwerstkranken Menschen zu lindern oder zu verhindern, indem man rechtlich tragfähigere oder belastbarere Bedingungen für die Behandlung und Begleitung Schwerstkranker und Sterbender schaffen wollte.

Danach lässt *„Diese Entwicklung befürchten, dass sich Menschen zur Selbsttötung verleiten lassen, die dies ohne ein solches Angebot nicht tun würden.*

Denn durch die Kommerzialisierung der Suizidhilfe und ihre Teilnahme am allgemeinen Marktgeschehen kann in der Öffentlichkeit nicht nur der Eindruck entstehen, hierbei handele es sich um eine gewöhnliche Dienstleistung, sondern auch für die Selbsttötung selbst kann der fatale Anschein einer Normalität erweckt werden.“

Weiter sei zitiert, dass *„Unabhängig von der wichtigen und grundlegenden Frage, ob allein die Absicht einer Wiederholung überhaupt ein hinreichender Grund sein kann, aus einer straffreien Handlung eine Straftat zu machen, würde eine solche Regelung voraussichtlich auch Abgrenzungsschwierigkeiten im Hinblick auf die weiterhin als grundsätzlich zulässig anzusehenden Formen der Sterbehilfe begründen, etwa wenn eine Ärztin einer Intensiv- oder Schwerstkrankenstation oder ein Hausarzt ausnahmsweise und mehr als einmal eine solche Hilfe anbietet.“* (BMJ 2012).

Allerdings argumentierten und agierten insbesondere gegen den Gesetzesentwurf von 2012 eine Vielzahl gesellschaftlicher Gruppen gemeinsam mit Fachgesellschaften und anderen Fachexperten.

Nicht jeder ging dabei vom stets guten Willen der Autorin des Gesetzes aus:

„An der Spitze der Bewegung focht die neue stellvertretende CDU-Bundvorsitzende Julia Klöckner. Sie erklärte: ‚Frau Leutheusser-Schnarrenberger strebt wohl an, die nicht gewerbsmäßige Beihilfe zum Suizid salonfähig zu machen.‘ Der gesundheitspolitische Sprecher der Unionsfraktion, Jens Spahn, kritisierte, das Gesetz könne ausdrücklich als Erlaubnis der Sterbehilfe missverstanden‘ werden.“ (DIE WELT 2013).

Im Jahr 2014 begann dann eine breite und intensive Diskussion zur Frage notwendiger und erwünschter Änderungen zur Gesetzgebung und den Rahmenbedingungen der Sterbebegleitung und insbesondere zu Fragen der Beihilfe zur Selbsttötung (Deutscher Bundestag 2014).

Es wurden auch dabei die Begriffe Sterbehilfe und -begleitung nicht definiert.

2.2.1.3 Aktuelle Gesetzesinitiativen zur Beihilfe zum Suizid

In den Jahren 2014 und 2015 sollte die parlamentarische Diskussion um die Beihilfe zur Selbsttötung abgeschlossen werden und es gab fraktionsübergreifende Initiativen und Gespräche, von denen vier ein Quorum erhielten, um dann im Parlament gelesen zu werden.

Entwurf Nr. 1: Völliges Verbot der Beihilfe

Am 19. Mai 2015 stellten Patrick Sensburg, Thomas Dörflinger, Peter Beyer, Hubert Hüppe, Thomas Bareiß, Maik Beermann, Veronika Bellmann, Peter Bleser, Heike Brehmer, Gitta Connemann, Hermann Färber, Dr. Thomas Feist, Josef Göppel, Dr. Stephan Harbarth, Frank Heinrich, Christian Hirte, Alexander Hoffmann, Thorsten Hoffmann, Bettina Hornhues, Dr. Egon Jüttner, Kordula Kovac, Andrea Lindholz, Philipp Graf von und zu Lerchenfeld, Matern von Marschall, Marlene Mortler, Wilfried Oellers, Eckhard Rehberg, Josef Rief, Johannes Röring, Uwe Schummer, Johannes Selle, Matthäus Strebl, Dr. Volker Ullrich, Nina Warken, Marian Wendt einen Entwurf vor, der konsequent jede Form von Beihilfe strafrechtlich verfolgen will, auch wenn die Beihilfe durch Lebensgefährten, gute Freunde oder Ärzte in Extremsituationen und im absoluten Einzelfall erfolgt. (Sensburg 2015)

Entwurf Nr. 2: Verbot der geschäftsmäßigen Beihilfe.

Am 9. Juni 2015 wurde der fraktionsübergreifende Gesetzentwurf zur „Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ der Abgeordneten Michael Brand, Kerstin GRIESE, Michael Frieser, Ansgar Heveling, Eva Högl, Claudia Lücking-Michel, Elisabeth Scharfenberg, Harald Terpe, Kathrin Vogler, Halina Wawzyniak e.a. vorgestellt.

Dieser Entwurf richtet sich gegen eine Erleichterung von Selbsttötungen, indem er eine Strafbarkeit für geschäftsmäßige, das heißt auf Wiederholung angelegte Beihilfe formuliert.

Jede geschäftsmäßige Hilfe zur Selbsttötung müsse verboten werden, weil sie Selbsttötungen nicht vorbeuge, sondern diese vielmehr fördere.

Die Beihilfe zur Selbsttötung müsse dabei straffrei bleiben.

Auch für Ärzte müsse es dabei einen Handlungsspielraum für die wenigen, extremen Einzelfälle geben, innerhalb dessen sie notfalls und nicht auf Wiederholung angelegt im Sinne des Leidenden handeln können. (Brand 2015)

Entwurf Nr. 3: Verbot gewerblicher Beihilfe:

Am 11. Juni 2015 folgte ein Entwurf von Kai Gehring, Renate Künast, Petra Sitte, Harald Weinberg e.a. (Künast 2015)

Hier wird, wie in den beiden anderen Entwürfen, auch eine Strafbarkeit für die Beihilfe zur Selbsttötung gefordert - allerdings nur, wenn diese auf Gewinn angelegt wäre. Für andere Formen werden Regeln formuliert. Wie eine gesetzeswidrige Gewinnabsicht im Gemenge von gemeinnützigen Vereinen und Stiftungen nachweisbar sein wird und wie die Einhaltung der hierzu notwendigen Regeln in der Praxis überwacht werden sollte, wird im Gesetzentwurf nicht dargelegt.

Inzwischen sind die Ärztekammern aufgefordert, das Berufsrecht in diesen grundlegenden Fragen in allen Bundesländern zu vereinheitlichen.

Entwurf Nr. 4: Regeln zur Beihilfe für Ärzte, keine neue Strafbarkeit

Am 17. Juni stellten Peter Hintze, Karl Lauterbach, Carola Reimann e.a. ihren Entwurf vor. Er verzichtet, anders als die ersten drei Entwürfe, auf jede Strafan drohung. Stattdessen werden Regeln aufgestellt, die es ausdrücklich nur Ärzten ermöglichen sollen, kontrolliert Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten, wenn denn eine "unheilbare Erkrankung" und "die Wahrscheinlichkeit des Todes medizini sch festgestellt" würden. Es werden die Kriterien für den Suizid relativ offen formuliert. (Hintze 2015)

Entwurf Nr. 5: Alles so lassen, nichts ändern!

Ein Antrag der Abgeordneten Katja Keul erhielt kein Quorum. Es wird kurz formuliert, dass keine strafrechtlichen Änderungen notwendig seien und einer möglichen kommerziellen Ausbeutung von Sterbewilligen mit dem Gewerbe recht beizukommen wäre. (Keul 2015)

Die vier Entwürfe, die nun im politischen Prozess der Gesetzgebung weiter diskutiert werden, gehen davon aus, dass gewisse Formen der Beihilfe zum Suizid unterbunden werden müssen. Der Entwurf von Hintze e.a. schlägt hierfür eine rechtliche Regelung im BGB vor. Die anderen drei Entwürfe stimmen in einem Punkt völlig überein:

Die Beihilfe zur Selbsttötung kann ein Straftatbestand sein.

Dies gilt nicht bei allen drei Entwürfen für denselben Kreis von „Beihelfern“, aber doch zumindest für die organisierte und/ oder geschäftsmäßige bzw. auf Wiederholung und/ oder auf Gewinn angelegte Beihilfe zur Selbsttötung.

Der Entwurf Nr. 4 sieht einen bestehenden und ausreichenden Schutz vor Ausbeutung durch organisierte 'Sterbehelfer' im Gewerberecht.

2.2.1.4

Definition „Sterbebegleitung“

Dieser Begriff wird wie „Sterbehilfe“ teils völlig unterschiedlich gebraucht, was letztlich wie bei „Sterbehilfe“ mehr zu einer Begriffsverwirrung führt und beim Gebrauch zu einer zunehmend unscharfen, für Nicht-Experten nicht nachvollziehbaren Diskussion.

Eine mögliche Definition von Sterbebegleitung kann lauten:

„Sterbebegleitung ist in der Regel die umfassende, multiprofessionelle und sektorenübergreifende, hospizlich-palliative Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Patienten. Sie kann von der Diagnosestellung an erbracht werden, über die Therapiephasen und die eigentliche Sterbephase hinaus auch bis über den Tod hin zur Unterstützung der Trauerarbeit der Hinterbliebenen“.

In der Evangelischen Kirche wird Sterbebegleitung ebenfalls mit hospizlich-palliativer Versorgung gleichgesetzt (EKHN 2015).

Jedoch konstatiert Bundesminister a.D. Franz Müntefering bei der o.g. Form der „Sterbebegleitung“, zweimal habe er schon aktive Sterbehilfe geleistet und das *„sehr aktiv sogar, bei meiner Mutter und bei meiner Frau. Hand gehalten, dabei gesessen, getröstet.“* (Müntefering 2015).

Eine anders in den Medien verwandte Definition kann aber auch völlig konträr lauten:

Es sprechen inzwischen auch Ärzte, die umfänglich ärztlich assistierten Suizid gegen eine Kostenpauschale durchführen, wie z. B. Dr. Erika Preisig, eine Hausärztin aus Biel (Schweiz), von ihrer Tätigkeit als einer Sterbebegleitung. (Stern-TV 2014).

Es werden die Begriffe „Aktive Sterbehilfe“, „Beihilfe zur Selbsttötung“, „Sterbegleitung“ nahezu austauschbar und für Laien in keiner Weise nachvollziehbar gebraucht. Es liegt auf der Hand, dass dies in der politischen Diskussion und notwendigen Entscheidungsfindung nicht zielführend sein kann, wenn Abgeordnete zwar meinen, sachlich informiert zu werden, im Wortlaut aber Sachverhalte relativ unklar dargelegt bekamen und die Gefahr bestand, dass durch diese Begriffsunschärfe oder -verwirrung das Gesagte damit anders eingeordnet wird. Dass eine solche Begriffsverwirrung sogar einer Vielzahl von Experten zugleich unterlaufen kann, zeigt z. B. eine Stellungnahme, welche von gut 140 Strafrechtlern unterschrieben war (Hilgendorf 2015) und in der unter dem Begriff „Sterbehilfe“ teils „Sterbenzulassen“, „Beihilfe zur Selbsttötung“, „Symptomkontrolle“, „palliative Sedierung“ und anderes gemeint gewesen ist, womit diese medial breit gestreute Stellungnahme in der vorliegenden Form eher nicht zur gewünschten Aufklärung beitragen konnte.

2.2.2 Rechtskonforme Möglichkeiten bei unerträglichem Leiden und Sterbewunsch

Die geltende Rechtslage würde verkannt, wenn vermutet würde, dass Ärzte etwa aufgrund von Gesetzen einerseits alles unternehmen müssten, um das Leben eines schwerstkranken und sterbenden Menschen zu verlängern und andererseits Ärzte aufgrund gesetzlicher Vorschriften nicht in der Lage seien, Leiden zu lindern.

In Wirklichkeit weist die geltende Rechtslage dem Patientenwillen die entscheidende Rolle zu (Putz 2014):

Ohne Einwilligung des Patienten darf kein medizinischer Eingriff durchgeführt werden.

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 in jedem Fall, so dass das Recht auf Selbstbestimmung auch am Lebensende gewahrt bleibt. Ärzte dürfen und/ oder müssen Patienten nur lebenserhaltend behandeln, solange hierzu eine medizinische Indikation besteht und die Patienten damit einverstanden sind; insofern wäre die Sorge vor Fremdbestimmung unbegründet, wenn bestehende rechtliche Regelungen stets Beachtung fänden.

Gleichzeitig kann und muss körperliches Leiden durch ausreichenden Medikamenteneinsatz gelindert werden. Leider werden die Möglichkeiten der Medizin ebenso wenig eingesetzt, wie der mögliche Rechtsrahmen in der Behandlung ausgeschöpft wird. So konstatierte der Anwalt für Medizinrecht Wolfgang 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.“* (Putz 2014).

Gleichwohl stellen auch heute noch Maßnahmen des Sterbenzulassens in Form von neu definierten Therapiezielen und Beenden lebenserhaltender Maßnahmen insbesondere in eher konservativ geprägten Pflegeheimen Streitpunkte dar, die letztlich dazu führen können, Patienten zur Durchsetzung ihres Willens in ein anderes Heim verlegen zu müssen.

Dies gilt insbesondere, wenn Menschen nicht mehr in der Lage sind, ihren Willen zu formulieren und zu äußern. *„Dauerhaft bewusstlose Patienten, deren Organfunktionen vital und funktionsfähig sind, werden dabei nicht als Sterbende betrachtet“* (Geremek 2009). Auch bei diesen Patienten ist eine Einstellung der Beatmung oder der künstlichen Ernährung ein erlaubter Therapieverzicht bzw. eine Therapiezielneuausrichtung, wenn sie dem Patientenwillen folgen. Es ist keine unerlaubt aktive Tötung, auch wenn das fälschlich immer wieder im Umfeld eines solchen Sterbenzulassens geglaubt wird.

Der Begriff des Leidens am Lebensende beschreibt naturgemäß stets eine rein persönliche Beurteilung und Bewertung der eigenen Lebenssituation. Auf diese muss der verantwortliche Arzt eingehen, sie mittragen, auch ertragen, wenn er selber einen anderen Weg der Behandlung vorziehen würde. Es können je

nach Patient kaum sichtbare körperliche Veränderungen als sehr belastend empfunden oder andererseits schwerste Einschränkungen ohne Klagen ertragen werden.

Obgleich in Deutschland die obengenannten, verschiedenen Möglichkeiten für jeden Patienten bestehen, um sein Leben dank Therapieverzicht nicht verlängern zu müssen oder sein Leben auch durch FVNF oder Suizid mit oder ohne Beihilfe beenden zu können, gibt es doch eine zunehmende Zahl von Menschen, die zur „Sterbehilfe“ in die Schweiz reisen.

2.3 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Seit 2007 besteht für jeden gesetzlich versicherten Patienten in Deutschland ein Anspruch auf eine Behandlung mit einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) nach § 132d Sozialgesetzbuch V (SGB), wenn gewisse Bedingungen erfüllt sind (Nagel 2012).

Die SAPV soll die Versorgungsdefizite für Patienten abdecken, die mit den bis dahin vorhandenen Strukturen der ambulanten Versorgung nicht gerecht werden konnten. Durch die Entwicklung und die öffentliche Diskussion der SAPV, die Etablierung neuer Lehrstühle für Palliativmedizin und die Verbreitung verschiedenartiger palliativer Strukturen und deren Verankerung in der Regelversorgung findet das Thema Lebensende immer mehr Aufmerksamkeit in der Bevölkerung, bei den Ärzten, aber auch den Entscheidungsträgern in der Politik und den Verbänden.

Diese Aufmerksamkeit bleibt nicht bei der Palliativversorgung alleine, sondern deckt zunehmend auch die damit zusammenhängenden Bereiche wie Advance Care Planning, Futility und eben auch den Umgang mit Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen ab.

Der Wunsch, sein eigenes Leben selber zu gestalten, erweitert sich bis hin in die eigene Sterbephase.

Der Aufbau eines Teams zur Leistungserbringung SAPV gestaltet sich meist über mehrere Jahre, bis die Struktur ausreichend eingespielt ist. Als Beispiel seien die Zahlen aufgelistet, die unter Betreuung des PalliativNetz Osthessen verstorben sind.

Entwicklung der Anzahl Verstorbener unter SAPV im PalliativNetz:

Beispiel aus Osthessen zur Entwicklung des Ausbaus

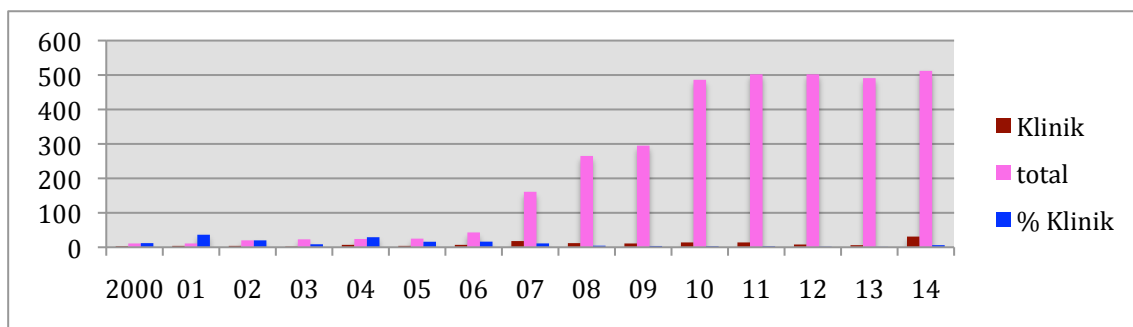
(Stadt und Landkreis Fulda, ca. 2.100 Verstorbene pro Jahr)

Tabelle 2

	2000	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14
Klinik	3	4	4	2	7	4	7	18	12	11	14	14	8	6	31
total	11	11	20	23	24	25	43	161	265	295	486	502	502	491	512
% Klinik	12	36	20	9	29	16	16	11	5	4	3	3	2	1	6

(PalliativNetz Osthessen 2015)

Grafik 1



Sehr auffällig ist der stete Abfall beim Anteil des Sterbeortes Krankenhaus trotz oder gerade wegen der steigenden Patientenzahl und der damit einhergehenden zunehmenden Professionalisierung und Routine in der Versorgung.

2.4 Meinungsumfragen

Die innerärztliche, politische, öffentliche Diskussion und die begleitende mediale Berichterstattung in Zeitschriftenartikeln, Rundfunk- und Fernsehreportagen, Talkshows usw. wird von Ergebnissen immer wieder neuer Meinungsumfragen flankiert. Diese zeigen in allen Umfragen eine eindeutige Tendenz einer großen Bevölkerungsmehrheit zu einer Liberalisierung von „Sterbehilfe“, wobei es auch nach der größer werdenden Zahl von Umfragen nicht klar ist, was unter „Sterbehilfe“ sowohl vom Fragenden als auch vom Befragten verstanden wird.

(siehe 2.4.2 zu einzelnen Umfragen)

2.4.1 Meinungsumfragen unter überwiegend professionell Palliativ-versorgenden

Nach 2002 wurde im Jahre 2009 eine Umfrage unter Teilen der Mitglieder der DGP zu deren Praxis im Umgang mit lebensverkürzenden Maßnahmen durchgeführt (Schildmann 2010), die in der Fragestellung und den Schlussfolgerungen sehr umstritten war. Eine ähnliche Umfrage wurde 2014 unter den Mitgliedern der DGP in Nordrhein-Westfalen durchgeführt (Thöns 2014) und ebenfalls in Fachkreisen als nicht wissenschaftlich angegriffen.

Eine andere Umfrage mit verschiedenen Szenarien zeigte unter Pflegekräften und Ärzten, die einen Palliativkongress besuchten, eine relativ hohe Zustimmung zur Tötung auf Verlangen und zum ärztlich assistiertem Suizid, „... über 32 % der Ärzte zeigten Zustimmung zu einer Tötung auf Verlangen ... und 47 % Zustimmung zu einem ärztlich assistiertem Suizid“ (Zenz 2015).

2.4.1.1 Unterschiedliche Auffassungen bei Ärzten

Wenn es um die Bewertung von Fragen der organisierten und/ oder ärztlichen Suizidbeihilfe geht, äußern sich (Palliativ)Mediziner, die an bisherigen Umfragen teilgenommen haben oder sich in Medien oder der Literatur hierzu geäußert haben, unterschiedlich.

Möglicherweise haben neben medizinischen Erwägungen persönliche Werthaltungen und Erfahrungen bei der Entscheidungsfindung eine Bedeutung (Müller-Busch 2003).

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 befürworten (Borasio 2013) und diesem Vorgehen klare Regeln geben wollen, die insbesondere für Menschen in wahrscheinlicher Todesnähe gelten sollen.

Weitergehend liberal eingestellte 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 helfen (Arnold 2014).

- 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 Suizidassistentz. Dieser Gruppe zuordenbare Ärzte sind z. B. in einer zufälligen Auswahl von 641

ärztlich tätigen Medizinerinnen 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 Studie (Schildmann 2010) 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 Palliativmedizinerinnen 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“* (Schildmann 2010). Erfahrene Palliativmediziner kommen damit vermehrt in Gruppe 3 vor (Schildmann 2010, Sitte 2015).

- 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 stand. (Sitte 2015). Bestand bei diesen Palliativpatienten ein Todeswunsch, weil sie Behandlungsoptionen ablehnten, gab es hier naturgemäß keine Möglichkeiten palliativer Behandlung.

2.4.2 Repräsentative Meinungsumfragen in der Gesamtbevölkerung

Es geben nach einer Umfrage (Schwenninger 2014) vom Frühjahr 2014 eine deutliche Mehrheit von 73 % der Deutschen an: *„Ich habe große Angst, in dieser letzten Lebensphase leiden zu müssen.“* Teils könnte diese Angst durch eine weitgehend unberechtigt erscheinende Unsicherheit begründet sein, was Ärzten erlaubt ist, wenn sie ihren Patienten beistehen und wo Ärzte glauben, sich bei einer erwünschten und medizinisch indizierten, angemessenen Behandlung in einem für sie rechtsunsicheren Raum zu bewegen.

So existieren aus den letzten Jahren eine Vielzahl von Meinungsumfragen unterschiedlicher Qualität zur Einstellung der Bevölkerung über „Sterbehilfe“, Tötung auf Verlangen oder Tötung aus Mitleid des nicht einwilligungsfähigen Patienten ohne dessen Wunsch und Suizidassistenz (van Loenen 2015).

Teils wird gefragt, ohne vorherige sachgerechte Information zum Themenkomplex, ...

- ... *„ob es Ärzten erlaubt sein soll, Patienten ein Medikament zur Verfügung zu stellen, wenn Sterbenskranke sie um einen raschen Tod bitten.“* (Infratest 2014), was ja in Deutschland ohnehin bereits erlaubt ist;

- ... im Zusammenhang mit Beihilfe zur Selbsttötung uneindeutig befragt, wie der Befragte zur „aktiven Sterbehilfe“ steht:

„Zurzeit wird ja viel über aktive Sterbehilfe diskutiert. Das bedeutet, dass man das Leben schwerkranker Menschen, die keine Chance mehr zum Überleben haben, auf deren eigenen Wunsch hin beendet. Sind Sie für oder gegen die aktive Sterbehilfe?“

und diese „aktive Sterbehilfe“ wird dann fälschlich in den Kontext gestellt mit privaten Sterbehilfe-Organisationen in Deutschland:

“In der Schweiz ist es privaten Sterbehilfe-Organisationen erlaubt, unheilbar kranken Menschen dabei zu helfen, ihrem Leben ein Ende zu setzen. Wie se-

hen Sie das? Sollte man es auch in Deutschland privaten Sterbehilfe-Organisationen erlauben, unheilbar kranke Menschen bei der Selbsttötung zu unterstützen, oder sollte man das nicht tun?“

(Allensbach 2014), wobei diese Vereine derzeit in Deutschland obendrein nicht verboten sind und sie gerade keine aktive Sterbehilfe leisten;

Teils werden die Befragten

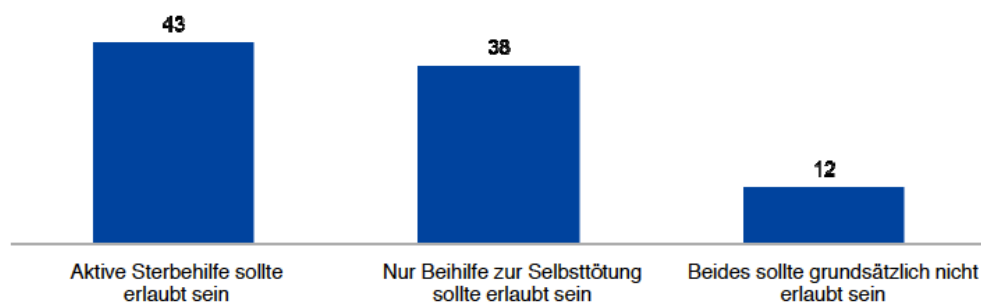
- 1) zunächst detaillierter zu den Hintergründen informiert und
- 2) erst dann die relevanten Fragen gestellt.

Zur 1. Lesung der Gesetzesvorschläge zur Sterbebegleitung, die im Deutschen Bundestag am 2. Juli 2015 stattfand (Bundestag 2015), veröffentlichte der Westdeutsche Rundfunk im „ARD-DeutschlandTREND: Juli 2015“ als Ergebnis folgende Grafik auf der Grundlage einer Frage, die sehr unscharf formuliert war:

ARD-DeutschlandTREND: Juli 2015

ARD ¹

Sterbehilfe: Aktive Sterbehilfe, nur Beihilfe zur Selbsttötung oder grundsätzlich nicht erlauben?



Frage: Derzeit wird über Sterbehilfe diskutiert. Wie ist Ihre Meinung: Sollte die aktive Sterbehilfe erlaubt sein, bei der zum Beispiel ein Arzt dem schwerstkranken Patienten ein tödliches Medikament verabreicht? Oder sollte nur die Beihilfe zur Selbsttötung erlaubt sein, bei der ein Arzt zum Beispiel ein tödliches Medikament bereitstellt, das der Patient dann aber selber einnimmt? Oder sollte beides grundsätzlich nicht erlaubt sein?

Grundgesamtheit: Wahlberechtigte Bevölkerung in Deutschland / Angaben in Prozent
Fehlende Werte zu 100%: Weiß nicht / keine Angabe

Infratest dimap ²⁰

Grafik 2 (Infratest 2015)

Hier konnte der weniger informierte Befragte den Eindruck bekommen, es würde diskutiert, ob „aktive Sterbehilfe“ und „Beihilfe zur Selbsttötung“ erlaubt werden sollten, also beides derzeit verboten wäre.

Damit ist eine direkte Vergleichbarkeit der Ergebnisse zur Einstellung der Befragten zur Tötung auf Verlangen oder der Beihilfe zur Selbsttötung in keiner Weise gegeben.

Leider werden aber auch solche Umfrageergebnisse in der öffentlichen Diskussion immer wieder wenig reflektiert, selbst auch unter Experten unangemessen zitiert und miteinander verglichen. Wenn Ergebnisse verglichen werden sollen, sollten die Erhebungen im Hinblick auf deren Design, den Wortlaut(!) der Fragen und die Interpretation der Ergebnisse überprüft werden. Insbesondere ist eine Erhebung des Kenntnisstandes der Befragten wichtig und/ oder ob eine eindeutige Begriffsklärung vor der Befragung selbst stattfand.

Aus diesem Grund hat die DPS Infratest mit einer repräsentativen Befragung beauftragt, für die ich die Fragen mit Infratest möglichst klar verständlich und zugleich fachlich korrekt wie folgt erarbeitet habe:

1) Die Arbeit von Hospizen und die sogenannte Palliativversorgung, also die schmerzlindernde Pflege und Betreuung von schwerkranken und sterbenden Menschen, sollen ein Lebensende ohne unnötiges Leiden ermöglichen. In Deutschland werden Hospizarbeit und Palliativversorgung gesetzlich geregelt und gefördert. Würden Sie sagen, in Deutschland sind Hospizarbeit und Palliativversorgung so gut entwickelt, dass man umsorgt mit guter Pflege, schmerzfrei und in Würde sterben kann?

2) Wie sicher oder unsicher sind Sie sich, dass für Sie persönlich die in Deutschland vorhandenen Möglichkeiten für eine gute Versorgung am Lebensende ausreichen werden, wenn es einmal soweit sein wird?

3) In Deutschland wird derzeit über sogenannte Sterbehilfe von Ärzten oder Sterbehilfeorganisationen diskutiert. Als Hilfe zu einer Selbsttötung gilt, wenn einer Person z.B. ein Mittel zur Verfügung gestellt wird, das diese Person dann

zur Selbsttötung benutzt. Ist Ihrer Meinung nach diese Hilfe bei einer Selbsttötung in Deutschland derzeit gesetzlich erlaubt oder nicht?

4) Während die Hilfe zu einer Selbsttötung nicht ungesetzlich ist, ist aktive Sterbehilfe in Deutschland verboten. Aktive Sterbehilfe liegt dann vor, wenn der Tod eines Patienten von einer anderen Person direkt herbeigeführt wird, indem ihm z.B. ein Mittel verabreicht wird, das zum Tode führt. Eine solche Handlung ist ungesetzlich, auch wenn sie vom Patienten ausdrücklich gewünscht wird. Zu dieser sogenannten Tötung auf Verlangen gibt es verschiedene Meinungen:

Die einen sagen, ... sie sollte in bestimmten Fällen, z.B. bei einer aussichtslosen tödlichen Krankheit, künftig erlaubt werden. Die anderen sagen, ... sie sollte weiterhin verboten bleiben, weil man Leiden und Schmerzen in jedem Fall medizinisch lindern kann. Welcher Meinung schließen Sie sich an?

5) Es gibt die Meinung, in Deutschland würden bei einer gut organisierten, leicht verfügbaren Hilfe zur Selbsttötung und einer gesetzlichen Freigabe der Tötung auf Verlangen durch Ärzte und Sterbehilfeorganisationen mehr Menschen als bisher den Tod suchen. Sehen Sie das auch so?

6) Wie ist das bei Ihnen persönlich, wie intensiv haben Sie sich bisher mit dem Thema eigene schwere Krankheit und Sterben beschäftigt, z.B. in Arztgesprächen, mit einer Patientenverfügung oder durch Vollmachten?

Das Ergebnis steht noch aus.

2.5 Entwicklung der Suizidzahlen in den Nachbarländern

„Die Diskussion um ärztliche Beihilfe ist weltweit derzeit aktuell und führt dazu, dass immer mehr Patienten daran denken und es teilweise direkt ansprechen“ (Bausewein 2009). Ursache und Wirkung sind möglicherweise nicht eindeutig nachweisbar. Die Entwicklung der Zahlen soll beispielhaft an der Schweiz aufgezeigt werden, sowohl der dortigen Suizide als auch der dort so bezeichneten Freitodbegleitungen (FTB). In der Schweiz wird seit den 90er Jahren FTB organisiert angeboten, und anders als in den Benelux-Ländern ist die Tötung auf Verlangen verboten geblieben.

„Freitodbegleitungen“ FTB in der Schweiz und Deutschland

FTB in der Schweiz ansässiger und anderer Menschen („Suizidtouristen“)

Tabelle 3

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	6	5	7	50	76	100	105	138	195	138	132	89	97	160	198	205	204
Summe	120	93	113	195	225	280	301	354	410	383	374	375	445	576	698	819	962

Exit international gab auf Anfrage an: „Unsere GV sowie der Vorstand haben sich ausführlich mit der Frage der Veröffentlichung von Daten befasst. Wir bitten um Verständnis, dass wir von einer Veröffentlichung Abstand nehmen.“ Life Circle seit 2011 und Liberty Life seit 2014 bieten FTBs für **Ausländer an, sie veröffentlichen keine Zahlen.**

EXIT	Von Exit, deutschsprachige Schweiz, veröffentlichte Zahl (keine FTB von Ausländern)
EXIT-ADMD	Von Exit, französischsprachige Schweiz, veröffentlichte Zahl (keine FTB von Ausländern)
Dignitas	Von Dignitas veröffentlichte Zahl, (FTB von in der Schweiz Ansässigen und Ausländern werden differenziert angegeben)
Summe	Gesamtsumme der FTB in der Schweiz, unabhängig von der Nationalität
Regierung	Summe der Suizide und Freitodbegleitungen, wie sie von Statistischen Bundesamt der Schweiz veröffentlicht wird. Es werden ausschließlich in der Schweiz Ansässige erfasst.
SH - D	Von Sterbehilfe Deutschland veröffentlichte Zahl der FTB

Zum Vergleich FTB durch Sterbehilfe Deutschland

SH - D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	27	29	41	44
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----

Nur FTB in der Schweiz ansässiger Menschen (ohne „Suizidtouristen“)

Tabelle 4

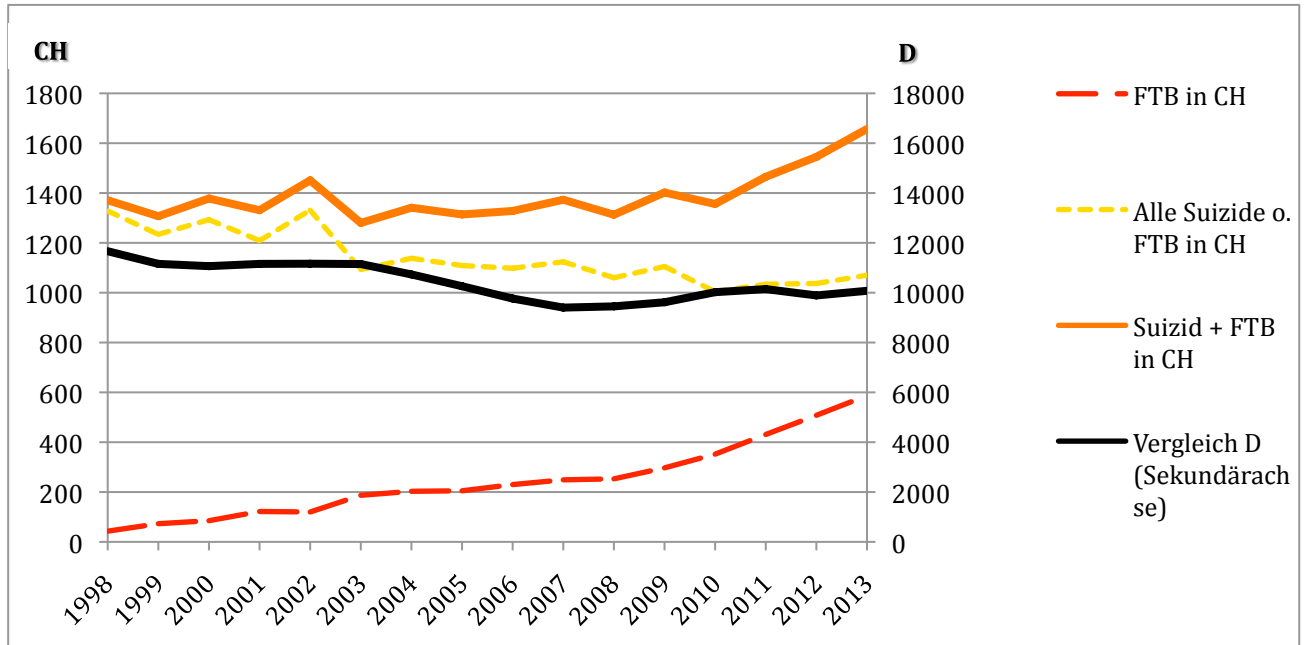
Jahr	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14
EXIT	114	88	106	128	114	132	154	162	150	179	167	217	257	305	356	459	583
EXIT-ADMD				17	35	48	42	54	65	66	75	69	91	111	144	155	175
Dignitas Ansässige	6	4	4	11	17	9	14	12	15	6	10	4	6	11	13	8	6
Σ Vereine	120	92	110	156	166	189	210	228	230	251	252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

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

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

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

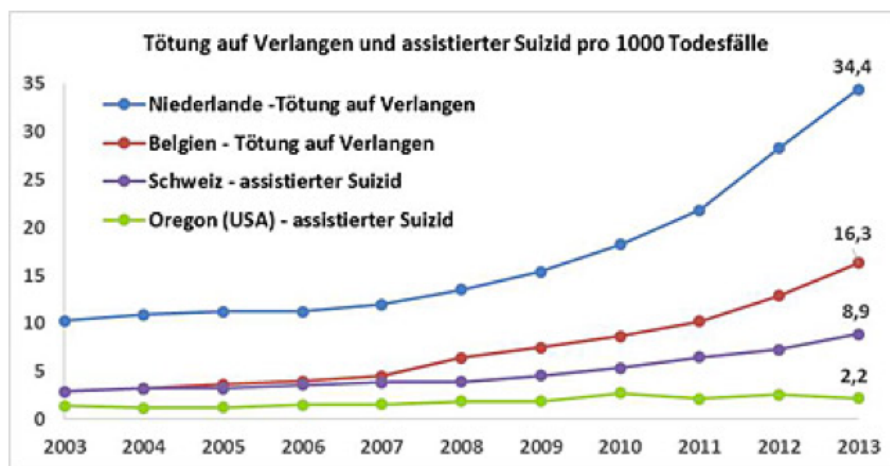
Grafik 3 (ohne „Suizidtouristen“)



Entspricht dem Verhältnis der Bevölkerungszahl 2013: CH 8,08; D: 80,6 Mio

Übersicht der Prävalenz Tötung auf Verlangen versus Suizid in NL-B-CH und Oregon (Anzahl pro 1.000 Todesfälle)

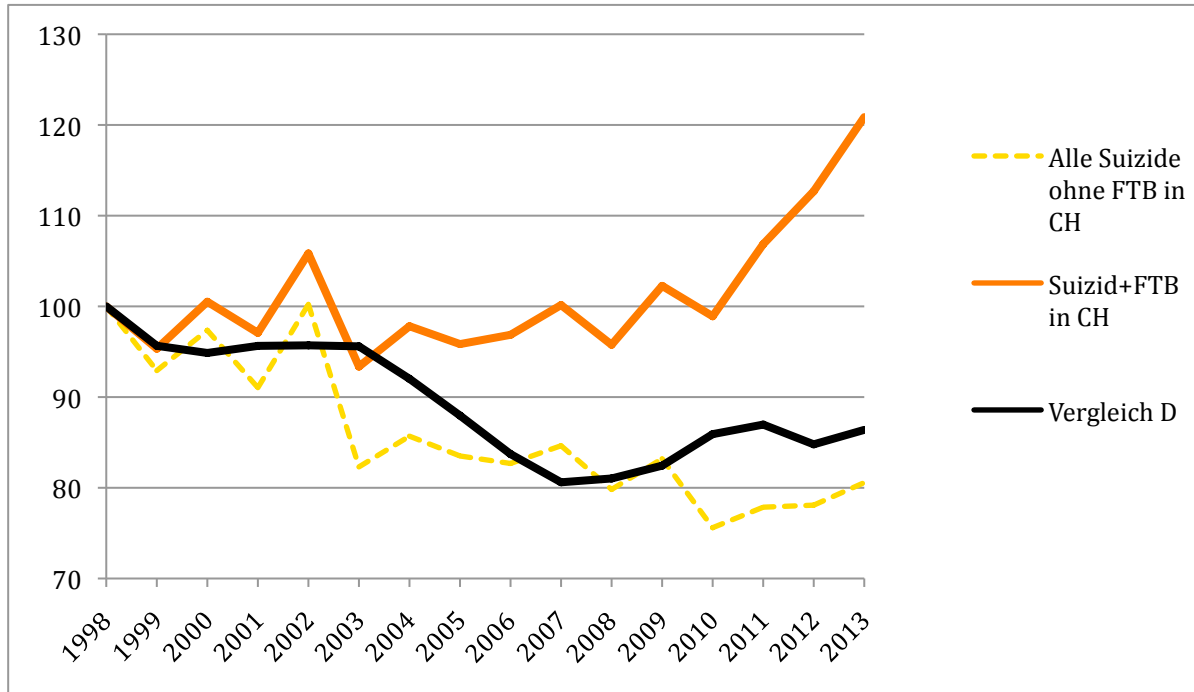
Grafik 4 (ohne „Suizidtouristen“)



(Borasio 2015)

**Entwicklung der Suizide und Freitodbegleitungen (ohne „Suizidtouristen“)
in der Schweiz und Deutschland von 1998 bis 2013** Grafik 5

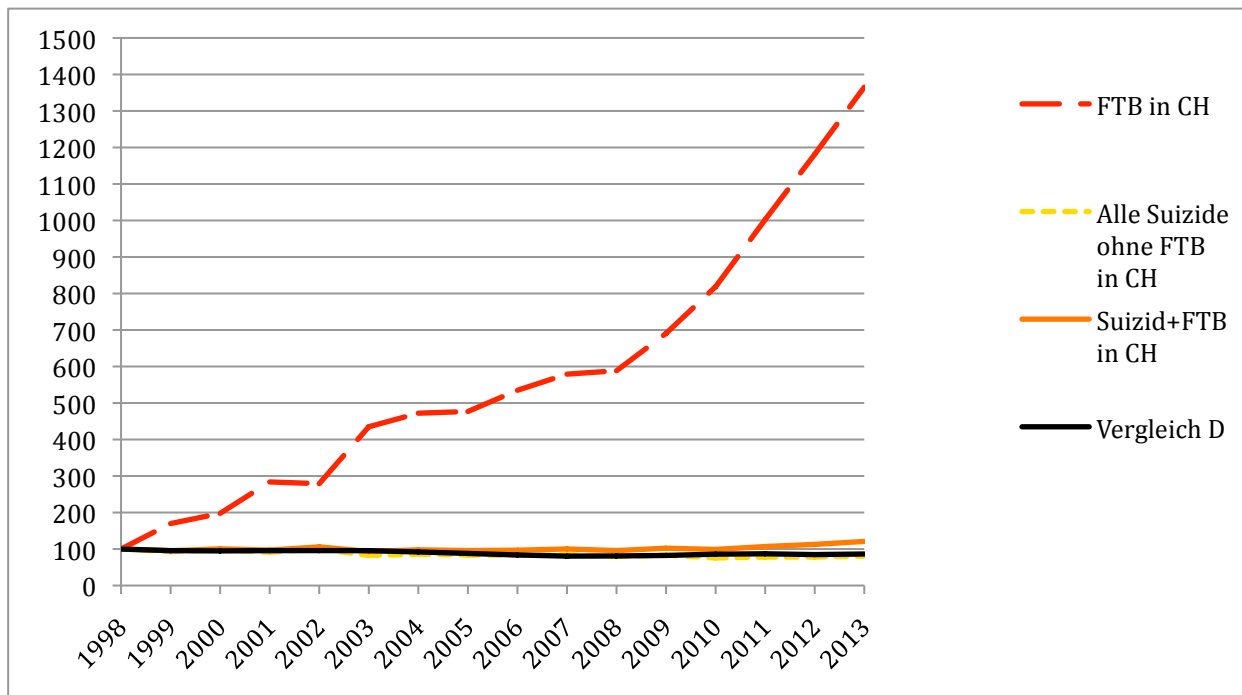
1998 auf Index 100 gesetzt. Ohne Freitodbegleitungen in der Schweiz



(ohne „Suizidtouristen“)

Mit Freitodbegleitungen in der Schweiz 1998-2013

Grafik 6



3. Material und Methodik

3.1 Zielsetzung

Neben einer Reihe von stichprobenartigen oder repräsentativen Umfragen unter der Bevölkerung gab es auch Umfragen unter Teilen der Mitglieder der DGP, von denen man aufgrund ihrer Mitgliedschaft in der DGP i.d.R. davon ausgehen kann, dass zumindest ein großer Teil der Befragten professionell Palliativpatienten versorgt (Müller-Busch 2003, Schildmann 2010, Thöns 2014).

Auch gab es eine orientierende Erhebung unter 21 Palliativversorgenden, die mit ihren PCTs über 12.000 Menschen jährlich bis zum Tod begleiteten (Sitte 2015).

Das Ziel dieser Arbeit war eine Vollerhebung unter allen derzeit in den beiden Bundesländern Saarland und Hessen tätigen PCTs für Erwachsene und allen deutschen PCT-KJ mit der Befragung jeweils eines Arztes in verantwortlicher Position pro Team.

Dieses Vorgehen hatte den Vorteil, dass mit den PCTs aus Hessen und dem Saarland zwei Schichten (der 16 Bundesländer) vollständig abgebildet werden konnte und mit den PCTs für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (PCT-KJ) eine Vollerhebung zusätzlich aller PCT-KJs für Deutschland stattfand. Vergleicht man diese drei Gesamtheiten, kann man wiederum bessere Rückschlüsse auf die Gesamtheit aller deutschen PCTs ziehen.

Auf der Grundlage der Erfahrungen der nicht repräsentativen, orientierenden Teilerhebung des Autors mit einer Umfrage unter den Leitern von PCTs aus unterschiedlichen Bundesländern vom Oktober 2014 und aus den vorhandenen und zugänglichen anderen Umfragen wurde eine Umfrage erarbeitet, die unter PCTs im Mai 2015 durchgeführt und in die folgende Zielgruppe eingeschlossen wurde:

Jeweils ein verantwortlicher Arzt in jedem saarländischen und hessischen PCT und zusätzlich in jedem der PCT für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in ganz Deutschland.

PCTs sind Leistungserbringer nach § 132d SGB V, die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erbringen. Insgesamt ist diese Erbringung weder in der Struktur noch im Prozess bundesweit auch nur annähernd einheitlich geregelt.

Auch gibt es keine offizielle, allgemein zugängliche Übersicht der vertraglichen Leistungserbringer. Es werden zwar von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Betriebsstättennummern für die Leistungserbringer vergeben, die dem Spitzenverband der Krankenkassen mitgeteilt, aber von diesem nicht veröffentlicht werden.

Einzelpraxen von niedergelassenen Ärzten, stationäre Hospize, Palliativstationen usw., die teilweise auch assoziierte Leistungserbringer in der SAPV sind, sollen wegen der großen Diversität der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse in diese Umfrage nicht aufgenommen werden.

Es ist jedoch vorgesehen, aufgrund der Ergebnisse dieser Umfrage, einen kurzfristigen Rollout der zweiten Jahreshälfte 2015 mit einer ähnlichen Umfrage in Form einer internetbasierten Online-Befragung auf alle PCTs, eventuell auch auf alle Palliativversorgenden in Deutschland, auszuweiten.

Die PCTs mit BSNR in den Bundesländern Saarland und Hessen sind in grundlegenden Fragen der Art der Versorgung und der Versorgungsmöglichkeiten durch vertragsbedingt ähnliche Strukturen relativ gut vergleichbar.

Diese Vollerhebung sollte Auskunft darüber geben, wie die Befragten in Hessen und im Saarland, sowie die Kinderversorgenden zur Sonderform des assistierten Suizides in Form des ÄAS stehen und ob sie eine Notwendigkeit zum ÄAS und/ oder zu rechtlichen Änderungen sehen.

Die für die Beantwortung relevanten Fragen waren eingebettet in verschiedene andere Fragen, die für weitere Erhebungen relevant sein können.

Den Antworten auf diese Fragen kann und sollte eine Bedeutung in der politischen Diskussion für mögliche Gesetzesänderungen zukommen.

Es erscheint sinnvoll, alle zwei bis drei Jahre eine Nachfolgeberhebung durchzuführen um zu sehen, welchen Einfluss eine Änderung der Rahmenbedingungen auf die Haltung und Arbeit der PCTs hat.

3.2 Grundgesamtheit der Zielgruppen für die Befragung

1. Leistungserbringer der SAPV

Für Deutschland wurden rund 250 Adressen von insgesamt 283 PCTs (Stand April 2015) mit einer BSNR (KBV 2015) erfasst und standen damit prinzipiell für eine Befragung zur Verfügung. Die Adressen der Inhaber aller dieser BSNR sind leider nicht frei zugänglich. Deshalb mussten die vorhandenen Adressen im Laufe der letzten sechs Jahre in Kleinarbeit zusammengetragen werden. Adressen von 7 aktiven saarländischen PCTs für Erwachsene, 24 aktiven hessischen PCTs für Erwachsene und 21 der deutschen PCTs für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (PCT-KJ) wurden hierdurch identifiziert.

Die Umfrage schloss somit insgesamt 52 Adressaten ein, was zum Zeitpunkt der Erhebung damit nominell einem Anteil von immerhin nahezu einem Fünftel (52 von 283 = 18 %) aller bekannten SAPV-Leistungserbringer mit einer BSNR in Deutschland entsprach.

Gerade zu aktiv lebensverkürzenden Bedarfen und Maßnahmen bei Kindern in der Palliativversorgung gibt es hierbei fast nur anekdotische Daten. Auf die Besonderheiten der Lebensbegrenzung bei Kindern geht Zernikow am Rande im Rahmen notwendiger Elternentscheidungen und eines einzuholenden „assents“ auch beim noch nicht einwilligungsfähigen Kind (Zernikow 2009) ein, jedoch fehlen bislang zum Suizid- oder Tötungswunsch bei Kindern gänzlich Vollerhebungen unter Kinderpalliativversorgenden.

3.3 Thesen

Aussagen zu folgenden Thesen sollten mit dieser Untersuchung gewonnen werden:

3.3.1 These 1

Selbst bei schwerstem Leidensdruck sind zur Leidenslinderung oder Symptomkontrolle in der letzten Lebensphase bei den Patienten in der SAPV die Möglichkeiten der Palliativversorgung ausreichend.

Die palliative Sedierung kann als Methode der Wahl eingesetzt werden, die indiziert ist, wenn andere Maßnahmen der Symptomkontrolle versagen oder nicht erwünscht sind.

3.3.2 These 2

Besteht bei Ärzten der Eindruck, dass für einzelne Patienten aktiv lebensverkürzende Maßnahmen die bessere Option wären, so handelt es sich dabei um Menschen, die aus Gründen ihrer Lebensbilanz oder einer möglichen, bzw. bevorstehenden deutlichen Verschlechterung der Grunderkrankung sterben wollen und nicht wegen bestehender körperlicher, leibbesetzter Symptome, wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit.

3.3.3 These 3

Nach dem Eindruck der behandelnden Ärzte würden diese Patienten, denen aktiv lebensverkürzende Maßnahmen als die bessere Option erschienen, eine Tötung auf Verlangen einer Beihilfe zur Selbsttötung vorziehen.

3.4. Methodik

Für die Befragung ausgewählt wurden rund 20 % der deutschen PCTs, die eine eigene BSNR besitzen und unter eine oder mehr von drei Kriterien fielen:

- 1) Sitz des PCTs in Hessen
- 2) Sitz des PCTs im Saarland
PCT für die Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Die Umfrage wurde in schriftlicher Form ausgearbeitet und als PDF jeweils an den leitenden Arzt in den ausgewählten PCTs per Email gesendet.

Zusätzlich wurde die Befragung mit demselben Wortlaut auch online zur Verfügung gestellt, um eine bessere Compliance zu erzielen.

Es wurden mit diesen Suchkriterien insgesamt

- 24 PCTs für Erwachsene in Hessen,
- 7 PCTs für Erwachsene im Saarland,
- 21 PCTs für Kinder, Jugendliche und
junge Erwachsene in Deutschland

gefunden und in die Befragung eingeschlossen.

Zwei der saarländischen Adressaten stellten sich im Nachhinein als falsch heraus (ein Team versorgte nicht im Saarland, sondern in Rheinland-Pfalz, eines im Saarland war inaktiv geworden),

ein Team für Kinder existierte nicht.

Der Umfang der Befragung umfasste somit 49 PCTs:

- 24 PCTs für Erwachsene in Hessen,
- 5 PCTs für Erwachsene im Saarland,
- 20 PCTs für Kinder, Jugendliche und
junge Erwachsene in Deutschland

3.5 Untersuchungsgang

Die Untersuchung umfasste einen schriftlichen Teil mit einer Befragung von Ärzten in allen PCTs und zusätzlich eine kleine Teilerhebung in Form mündlicher Befragungen bei ausgewählten Palliativmediziner, die angegeben hatten, dass ein oder mehrere Patienten den Weg der Lebensverkürzung gewählt hätten.

Zuerst wurden alle eingeschlossenen PCTs per E-Mail angeschrieben und über die Untersuchung informiert. Die Deutsche PalliativStiftung stand als neutraler und weitgehend anerkannter Partner für die Befragung mit zur Verfügung.

Die Befragung selber wurde nicht sicher anonymisiert durchgeführt, es wurde bei der Darstellung der Ergebnisse aber sichergestellt, dass diese pseudonymisiert erfolgt.

Alle Befragten erhielten die Zusage, persönlich über das Ergebnis informiert zu werden.

Nach Abschluss der schriftlichen Befragung wurden die Antworten erstmals ausgewertet. Offensichtliche Missverständnisse oder Unklarheiten bei Freitext in der Beantwortung konnten zusätzlich mündlich per Telefon oder E-Mail-Austausch in Form offener Interviews geklärt werden.

3.6 Aufbau der Fragen

Es wurden insgesamt 79 Fragen gestellt, die inhaltlich deutlich mehr umfassten, als alleine für die Beantwortung der Fragestellungen dieser Arbeit notwendig war. Aus dem Ergebnis der Gesamtschau über die Fragen und Antworten sollte eine weitere, enger gefasste, bundesweite Umfrage erstellt werden. Die Fragen untergliederten sich wie folgt:

3.6.1 Fragen nach der **Teamstruktur und Einstellungen**

Zunächst wurde nach einigen persönlichen Daten, der Struktur des PCT und einigen allgemeinen, persönlichen Einstellungen gefragt.

3.6.2 Fragen nach den **Verstorbenen**

Diese Fragen betrafen nur die Verstorbenen, die vom PCT im Jahr 2013 und 2014 begleitet wurden. Zu den Gesamtzahlen wurden auch Fragen gestellt zum Wunsch nach lebensverkürzenden Maßnahmen durch die Patienten und durch die Angehörigen.

3.6.3 Fragen über **Beihilfe zur Selbsttötung**

Aus Sicht der Patienten, Angehörigen und zu Fragen möglicher Notwendigkeiten durch die Palliativmediziner.

3.6.4 Fragen über **Tötung auf Verlangen**

Aus Sicht der Patienten, Angehörigen und zu Fragen möglicher Notwendigkeiten durch die Palliativmediziner.

3.6.5 Fragen über **Einstellung zu straf- und standesrechtlichen Rahmenbedingungen**.

Im Rahmen der aktuellen Diskussion gibt es kontroverse Meinungen, was dem Arzt ge- oder verboten sein sollte. Diesem Komplex wurde ein zusätzliches Kapitel gewidmet.

3.6.6 Fragen über **palliative Sedierung**.

Zur Selbsteinschätzung über die Kenntnis, Intentionen, regelkonformer Umgang sowie Praxis und Häufigkeit.

3.6.7 Offene Fragen im **persönlichen Interview**

Zur Klärung von aufgetauchten Fragen.

Auf Grund der schriftlichen Antworten wird geplant, in einer Folgeuntersuchung noch gezielt bei den Befragten mündlich nach Beweggründen, Einstellungen, Rahmenbedingungen, speziellen Erfahrungen nachzufragen, die diese für ihre tägliche Arbeit als relevant erachten.

3.6.8 Wortlaut der Umfrage

Der Wortlaut des Anschreibens und der Umfrage ist im Abschnitt „7. Anhang“ zu finden. Sowohl in dieser schriftlichen Version als PDF als auch in der Version mit dem Umfragetool SurveyMonkey war der Wortlaut gleich.

4. Ergebnisse

4.1. Rücklauf der Befragung

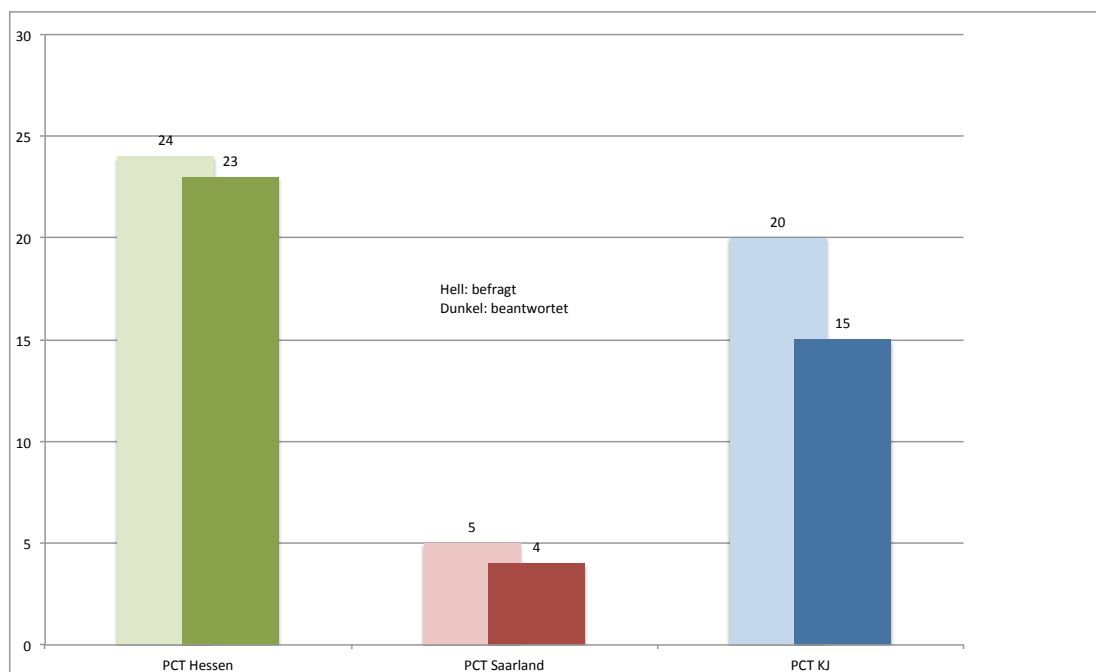
Der Rücklauf der Antworten war stark abhängig von persönlichen Kontakten und wiederholtem Nachfragen. Insgesamt war der Rücklauf hoch und eine solide Grundlage für die Auswertung:

Zu Beginn wurde zur Beantwortung mit einer einmaligen Mail zum Ausfüllen einer PDF mit der Bitte um Rück-E-Mail oder FAX eingeladen. Nach einigen Tagen wurden alle Fragen 1:1 als eine online-Umfrage mittels <http://www.surveymonkey.com> zusätzlich zur Verfügung gestellt. Diese Möglichkeit wurde wesentlich mehr genutzt (von 33 Befragten = 78,6 % der Antwortenden, gegenüber 9 Befragten = 21,4 %, die mittels ausgefüllter PDF antworteten).

Rücklauf Stand 30. Mai 2015, 42 von 49 = 85,7 %.

Befragte Palliativmediziner/ PCTs und Rücklauf:

Grafik 7



4.2 Antworten zu den einzelnen Fragen

Es folgen die gepoolten Antworten auf die einzelnen Fragen:

Zunächst soll eine Übersicht über Qualifikation und Einstellung der befragten Palliativmediziner gegeben werden und die Art des Palliative Care Teams, in denen sie tätig waren.

4.2.1 Fragen zu Teamstruktur und Einstellungen

Frage 1: In welchem Bundesland, bzw. in welcher KV-Region arbeiten Sie?
(n = 42)

Anzahl Bundesland	Erwachsene	Kinder	Gesamtergebnis
Bayern		2	2
Hamburg		1	1
Hessen	23	3	26
Mecklenburg-Vorpommern		1	1
Nordrhein-Westfalen (KV-Bezirk Westfalen-Lippe)		2	2
Nordrhein-Westfalen (KV-Bezirk-Nordrhein)		2	2
Saarland	4	2	6
Sachsen		1	1
Schleswig-Holstein		1	1
Gesamtergebnis	27	15	42

Frage 3: Welche Facharztbezeichnung führen Sie?
(n = 42)

Anzahl Bundesland	Erwachsene	Kinder	Gesamtergebnis
Allgemeinmedizin	5		5
Anästhesie	10	1	11
Innere Medizin	11		11
Kinder- und Jugendmedizin	1	14	15
Gesamtergebnis	27	15	42

Frage 4: Welche Zusatzbezeichnungen führen Sie?

(n = 41)

Zusatzbezeichnung	n	%
Palliativmedizin	41	100%
Onkologie	7	17%
Notfallmedizin	11	27%
Spezielle Intensivmedizin	5	12%
Spezielle Schmerztherapie	16	39%
Ernährungsmedizin	2	5%
Psychotherapie	1	2%
Akupunktur	2	5%
+ Neonatologie	1	2%
Chirotherapie	1	2%
Diabetologe	1	2%
Gastroenterologie	1	2%
Geriatrie	1	2%
Hämatologie	1	2%
Masters in Public Health (Johns Hopkins)	1	2%
Neonatologie	1	2%
Onkologie, Hämostasologie	1	2%
päd. Hämatologie/ Onkologie	1	2%
Sozialmedizin , Case und Care Management DGCC	1	2%

Frage 5: Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie?

(n = 41)

Berufserfahrung	Werte	
	Anzahl	%
1-5	1	2,4%
6-10	4	9,8%
11-15	7	17,1%
16-20	9	22,0%
21-25	8	19,5%
26-30	6	14,6%
31-35	5	12,2%
36-40	1	2,4%
Gesamtergebnis	41	100,0%

Mittelwert 21,2

Standardabweichung 8,5

(Range 7 bis 38 Jahre)

Frage 6: PLZ der Arbeitsstätte

Für eventuelle Rückfragen. Antworten wurden für die Auswertung anonymisiert.

Frage 7: Adresse der Arbeitsstätte

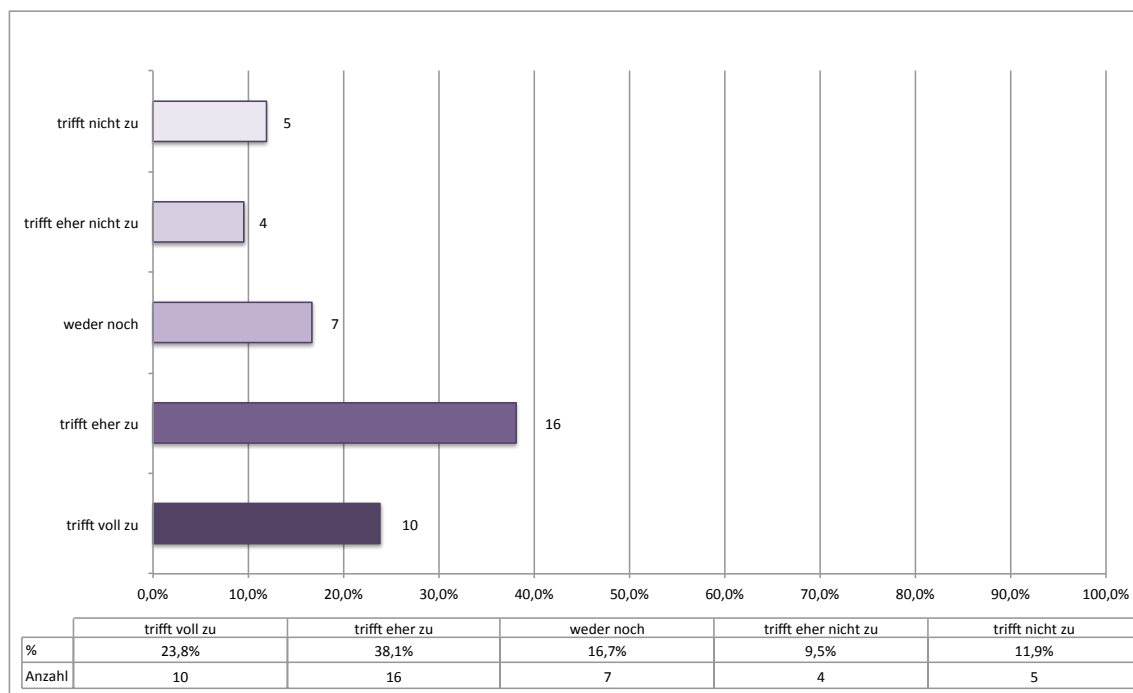
Für eventuelle Rückfragen. Antworten wurden für die Auswertung anonymisiert.

Frage 8: Welcher Religion gehören Sie an?

(n = 40)

Religion	Werte	
	Anzahl	%
evangelisch	19	47,5%
römisch-katholisch	14	35,0%
keine	6	15,0%
jüdisch	1	2,5%
Gesamtergebnis	40	100,0%

Frage 9: Religiöse Einstellungen spielen für mich im Leben eine wichtige Rolle. (n = 42)



Frage 10: Ich habe schon einmal ein Familienmitglied in der Sterbephase betreut. (n = 37)

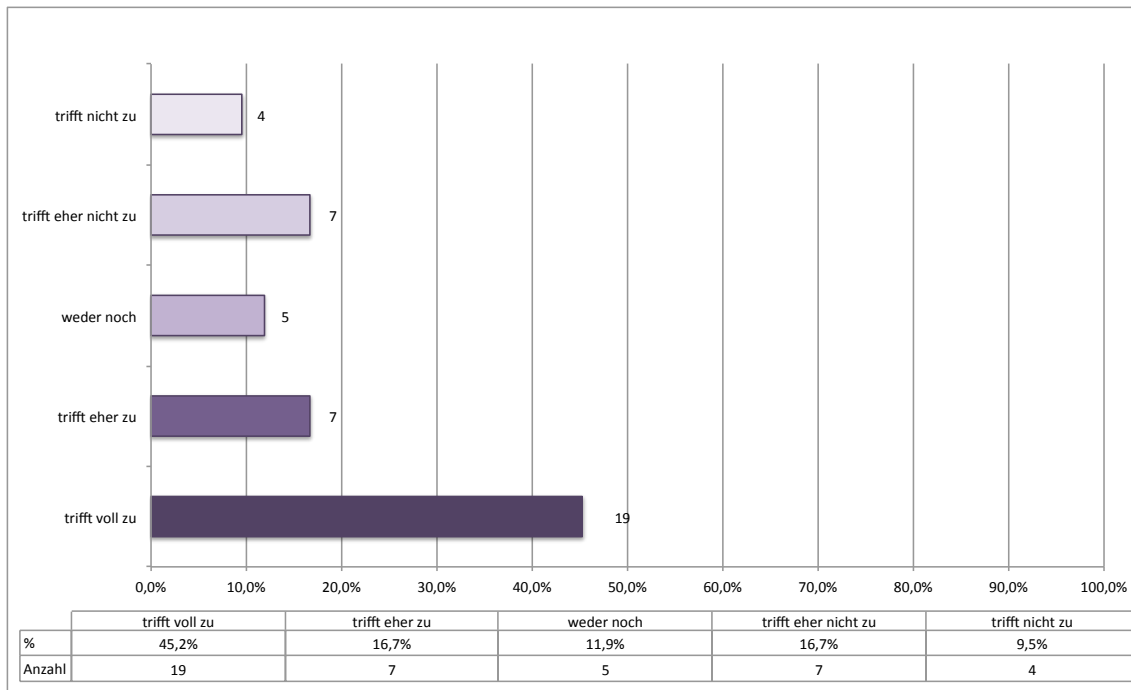
	Werte	
	Anzahl	%
ja	28	66,7%
nein	14	33,3%
Gesamtergebnis	42	100,0%

Frage 11: Welche Hilfen habe ich dabei erfahren?

Anzahl	
5	<i>Hausarzt</i>
4	<i>keine</i>
2	<i>Palliativstation</i>
1	<i>andere Familienmitglieder</i>
1	<i>bei der Mutter Pflege vor Ort, Hausarzt, weitere Familienangehörige; beim Schwiegervater Pflegekräfte einer internen Intensivstation, die gemeinsam mit uns als Bevollmächtigten eine Therapiezieländerung vornahmen</i>
1	<i>eine sehr wichtige Unterstützung durch den behandelnden Oberarzt in der Sterbephase meines Vaters.</i>
1	<i>Familie</i>
1	<i>gute Absprachefähigkeit bei allerdings hoher innerfamiliärer Arztpräsenz.</i>
1	<i>Hausarzt, Pflegeheim, Zugehörige</i>
1	<i>Hausarzt, Freunde, SAPV war nicht relevant, bzw. nicht verfügbar</i>
1	<i>Hausarzt, Freunde, SAPV war nicht relevant, bzw. nicht verfügbar</i>
1	<i>Hospiz, ambulanter Pflegedienst</i>
1	<i>Hospizdienst, SAPV</i>
1	<i>Klinik</i>
1	<i>Seniorenheim, Pflegepersonal, Hausarzt, Familie</i>
1	<i>stationäre Begleitung im Krankenhaus</i>
1	<i>Unterstützung durch die ganze Familie und Hausarzt</i>
25	Gesamtergebnis

Frage 12: SAPV wird von mir als Arzt als meine Haupttätigkeit erbracht, d. h. deutlich mehr als 50 % meiner eigenen Arbeitszeit.

(n = 36)



Frage 13: Falls die SAPV für mich eher eine Nebentätigkeit ist, bin ich in der restlichen Arbeitszeit tätig in/ an einer

(n = 20)

	Anzahl	%
Klinik	9	45,0%
Vertragsarztpraxis	5	25,0%
Onkologischen Abteilung	3	15,0%
Palliativstation	3	15,0%
Gesamtergebnis	20	100,0%

Frage 14: Name des SAPV-Teams

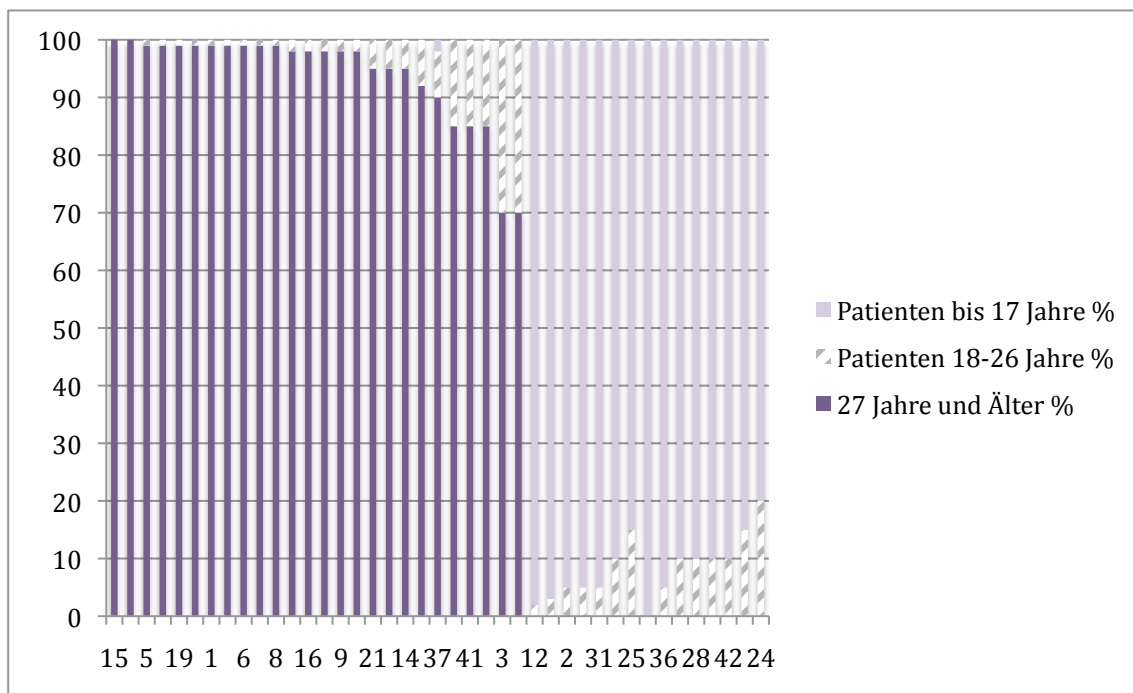
Diese Angabe wurde für eventuell notwendige Rückfragen erhoben.

Die Antworten werden natürlich nicht genannt.

Die Antworten wurden für die Auswertung pseudonymisiert.

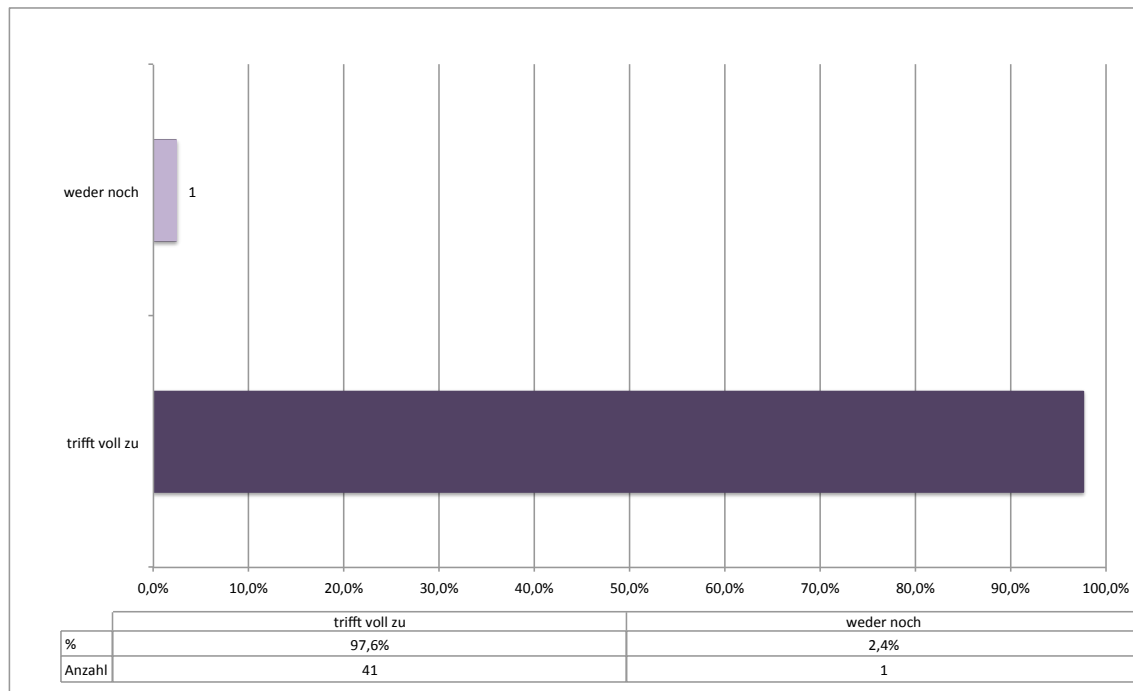
Frage 15: Das Lebensalter der von mir, bzw. unserem Team versorgten Patienten beträgt in Prozent (bis 17 Jahre/ von 18 bis 26 Jahre/ ab 27 Jahre)

(n = 40)



Frage 16: Die SAPV wird dabei als eine Leistung eines eigenständigen SAPV-Teams erbracht.

(n = 40)



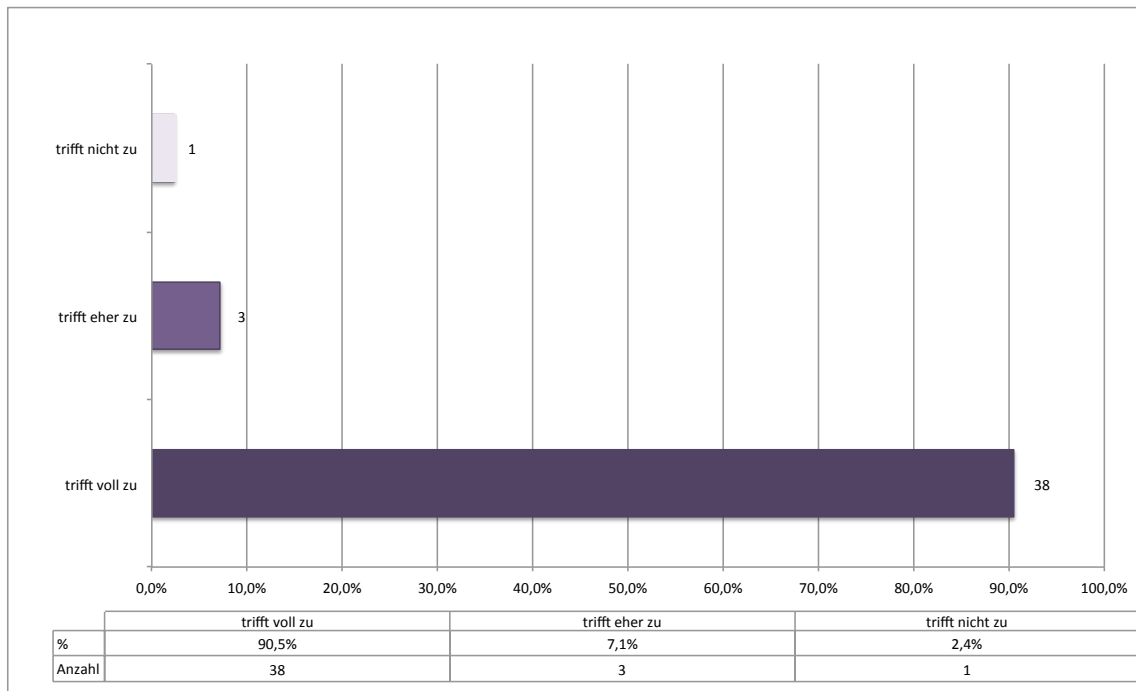
Frage 17: Falls die SAPV von einem eigenständigen SAPV-Team erbracht wird, ist dieses SAPV-Team

(n = 42)

	Anzahl
Eigene Organisationseinheit	27
Teil Krankenhauses	18
Teil stationären Hospizes	1
Teil Brückenteams	1
Einzelunternehmen	1
Gesamtergebnis	48

Frage 18: Es gibt für das SAPV-Team ein zentrales Büro für alle zusammen.

(n = 41)



Frage 19 a: Wie weit ist es von einem Ende des Versorgungsgebietes bis zum anderen Ende unter normalen Verkehrsbedingungen?

(n = 42)

in Minuten

min	Erwachsene Anzahl	%	Kinder Anzahl	%	Gesamt Anzahl	%
16-30	1	3,7%		0,0%	1	2,4%
31-45	10	37,0%		0,0%	10	23,8%
46-60	12	44,4%	1	6,7%	13	31,0%
61-90	4	14,8%	3	20,0%	7	16,7%
91-120		0,0%	3	20,0%	3	7,1%
>120		0,0%	8	53,3%	8	19,0%
Summe	27	100,0%	15	100,0%	42	100,0%

Erwachsene	Mittelwert - Versorgungsgebiet in Minuten	53,8
	STABWN - Versorgungsgebiet in Minuten	13,6

Kinder	Mittelwert - Versorgungsgebiet in Minuten	168,7
	STABWN - Versorgungsgebiet in Minuten	85,1

Alle PCT	Mittelwert - Versorgungsgebiet in Minuten	94,8
	STABWN - Versorgungsgebiet in Minuten	75,7

Frage 19 b: Wie weit ist es von einem Ende des Versorgungsgebietes bis zum anderen unter normalen Verkehrsbedingungen?

(n = 42)

in Kilometer

km	Erwachsene		Kinder		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0-20	1	3,7%		0,0%	1	2,4%
21-40	4	14,8%		0,0%	4	9,5%
41-60	9	33,3%		0,0%	9	21,4%
61-100	13	48,1%	2	13,3%	15	35,7%
101-200		0,0%	8	53,3%	8	19,0%
>200		0,0%	5	33,3%	5	11,9%
Summe	27	100,0%	15	100,0%	42	100,0%

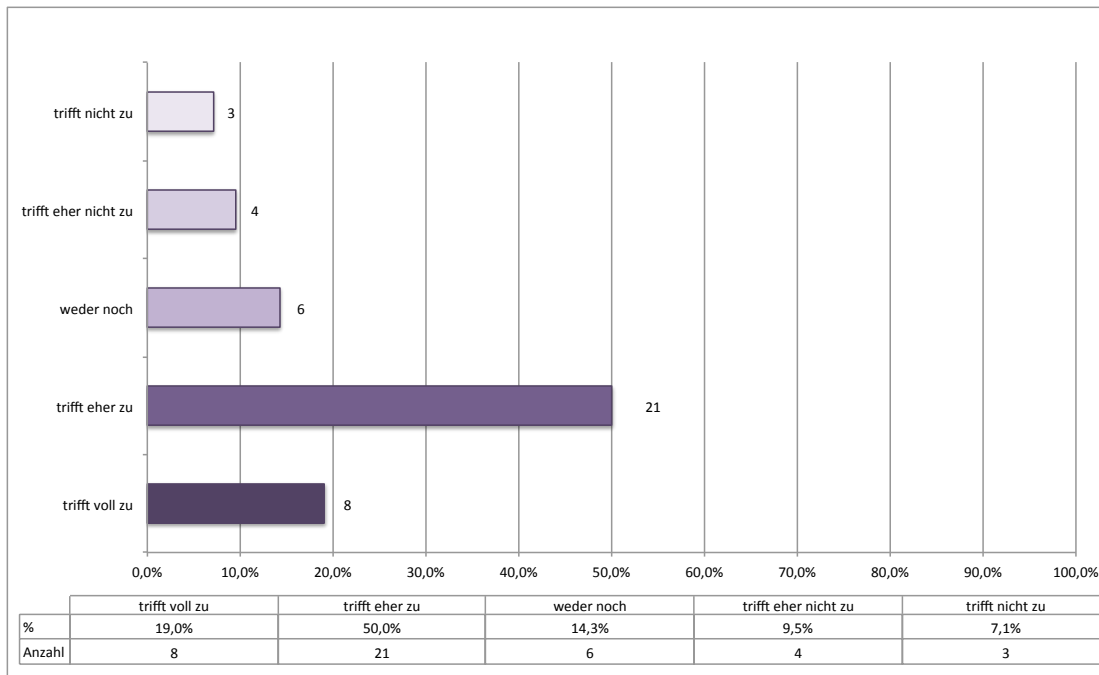
Erwachsene	Mittelwert - Versorgungsgebiet Kilometer	60,7
	STABWN - Versorgungsgebiet Kilometer	20,5

Kinder	Mittelwert - Versorgungsgebiet Kilometer	201,3
	STABWN - Versorgungsgebiet Kilometer	88,6

Alle PCT	Mittelwert - Versorgungsgebiet Kilometer	110,9
	STABWN - Versorgungsgebiet Kilometer	87,3

Frage 20: Unsere Rahmenbedingungen (z. B. Versorgungsvertrag, Finanzierung, Teamstruktur, Zahl der Mitarbeiter, Vernetzung, Supervision, ...) sind INSGESAMT für die Erringung der SAPV aus MEINER PERSÖNLICHEN Sicht optimal.

(n = 42)



Frage 21: Freitext

(n = 7)

ID Freitext

- 11 *pflegerische Personalstruktur muss ausgebaut werden/ Refinanzierung verbessert, aber weiterhin defizitär.*
- 14 *Deckungsbeitrag II zu zahlen an den Arbeitgeber reduziert die Möglichkeiten der Personalakquise*
- 15 *gute Teamstruktur, aber zu hohe persönliche Belastung, da nicht hauptberufliche Tätigkeit, wirtschaftliche Leistungserbringung nur durch Quersubventionierung möglich.*
- 19 *die Rahmenbedingungen haben uns die Möglichkeit gegeben uns personell und strukturell weiterzuentwickeln.*
- 25 *hilfreich wäre evtl. eine größere Zahl ärztlicher Mitarbeiter.*
- 32 *Probleme Abrechnung Privatpatienten, Datenträgers Austausch, räumliche Struktur der Büros im Haus.*
- 41 *Noch im Aufbau*

4.2.2 Fragen zu den Verstorbenen

Frage 22: Wie viele Menschen sind in Betreuung Ihres SAPV-Teams verstorben? (Genaue Zahl oder auf +/- 20 geschätzt) Im Jahr

(n = 40)

	2013	Mittelwert 2013	STABWN 2013
Erwachsene	8.001	320	142,2
Kinder	208	15	10,1
Gesamtergebnis	8.209	210	185,6

	2014	Mittelwert 2014	STABWN 2014
Erwachsene	9.344	359	144,6
Kinder	219	16	11,6
Gesamtergebnis	9.563	239	201,3

Frage 23: Wie viele Tage war die durchschnittliche Betreuungszeit ungefähr vom Erstkontakt bis zum Tod? Im Jahre

(n = 35)

(In dieser Frage wurde bewusst kein Unterschied zwischen Median und Mittelwert gemacht, obgleich dies sehr relevant sein kann. Es hätte wohl zu mehr Fehlern geführt als Nutzen gebracht)

HIER ev. NOCH SÄULENDIAGRAMM MIT DER VERTEILUNG

	Mittelwert 2013	STABWN 2013
Erwachsene	24	6,4
Kinder	86	60,3
Gesamtergebnis	44	45,7

	Mittelwert 2014	STABWN 2014
Erwachsene	22	6,4
Kinder	96	57,1
Gesamtergebnis	45	47,3

Frage 24: Freitext

(n = 7)

ID Freitext

- 14 *genaue Zahlen erst ab 2015: pallidoc erst Ende 2014 eingeführt.*
- 15 *Die Zahl umfasst die durchschnittliche Betreuungszeit, die nicht unbedingt mit dem Tod endet.*
- 16 *unsaubere Frage: Endpunkt Sterbeort zu Hause? Median statt Durchschnitt?*
- 22 *Im Median nur 14 Tage.*
- 25 *sehr stark schwankende Betreuungszeit von 3 Tagen bis mehreren Jahren.*
- 27 *häufig Unterbrechung der Betreuung durch stabile Phasen, d.h. Pat. dann in der "Basisversorgung", daher oben nur mittlere Betreuungstage angegeben.*
- 38 *Die Frage 23 ist äußerst schwierig zu beantworten. Bei onkologischen Patienten ist die durchschnittliche Betreuungsdauer etwa 4 bis 5 Wochen, bei nicht onkologischen Patienten können es Tage bis Jahre sein.*

4.2.3 Fragen zu Beihilfe zur Selbsttötung

Frage 25: Bei wie vielen Ihrer Patienten wurde Beihilfe zur Selbsttötung vom Patienten selber nachgefragt? Im Jahr

(n/2013=38, n/2014=40)

2013	Anzahl	Mittelwert	STABWN	Verstorben ges.	Anteil
Erwachsene	325	13,0	24,9	8.001	4,06%
Kinder	0	0,0	0,0	208	0,00%
Gesamtergebnis	325	8,6	21,1	8.209	3,96%

2014	Anzahl	Mittelwert	STABWN	Verstorben ges.	Anteil
Erwachsene	342	13,2	25,7	9.344	3,66%
Kinder	2	0,1	0,3	219	0,91%
Gesamtergebnis	344	8,6	21,6	9.563	3,60%

Frage 26: Bei wie vielen Ihrer Patienten wurde Beihilfe zur Selbsttötung vom Patienten selber wiederholt und nachdrücklich nachgefragt? Im Jahr

(n/2013 = 38, n/2014 = 40)

2013	Anzahl	Mittelwert	STABWN	Verstorben ges.	Anteil
Erwachsene	78	3,1	4,4	8.001	0,97%
Kinder	0	0,0	0,0	208	0,00%
Gesamtergebnis	78	2,1	3,9	8.209	0,95%

2014	Anzahl	Mittelwert	STABWN	Verstorben ges.	Anteil
Erwachsene	94	3,6	5,0	9.344	1,01%
Kinder	1	0,1	0,3	219	0,46%
Gesamtergebnis	95	2,4	4,4	9.563	0,99%

Frage 27: Bei wie vielen Ihrer Patienten wurde Beihilfe zur Selbsttötung von Angehörigen nachgefragt? Im Jahr
(n = 37/2013 und 39/2014)

2013	Anzahl	Mittelwert	STABWN	Verstorben ges.	Anteil
Erwachsene	34	1,4	2,5	7.831	0,43%
Kinder	0	0,0	0,0	208	0,00%
Gesamtergebnis	34	0,9	2,1	8.039	0,42%

2014	Anzahl	Mittelwert	STABWN	Verstorben ges.	Anteil
Erwachsene	39	1,6	2,4	9.154	0,43%
Kinder	1	0,1	0,3	219	0,46%
Gesamtergebnis	40	1,0	2,1	9.373	0,43%

Frage 28: Bei wie vielen Ihrer Patienten wurde diese Bitte um Beihilfe zur Selbsttötung von Angehörigen wiederholt und nachdrücklich nachgefragt? Im Jahr

(n = 37/2013 und 39/2014)

2013	Anzahl	Mittelwert	STABWN	Verstorben ges.	Anteil
Erwachsene	23	1,0	2,2	7.831	0,29%
Kinder	0	0,0	0,0	208	0,00%
Gesamtergebnis	23	0,6	1,9	8.039	0,29%

2014	Anzahl	Mittelwert	STABWN	Verstorben ges.	Anteil
Erwachsene	28	1,1	2,2	9.154	0,31%
Kinder	0	0,0	0,0	219	0,00%
Gesamtergebnis	28	0,7	1,8	9.373	0,30%

Frage 29: Wie viele Ihrer Patienten haben nach Ihrer Kenntnis insgesamt den Weg der Selbsttötung gewählt und sich das Leben genommen? Im Jahr

(n= 38/2013 und 40/2014)

2013	Anzahl	Mittelwert	STABWN	Verstorben ges.	Anteil
Erwachsene	8	0,3	0,5	8.001	0,10%
Kinder	0	0,0	0,0	208	0,00%
Gesamtergebnis	8	0,2	0,5	8.209	0,10%

2014	Anzahl	Mittelwert	STABWN	Verstorben ges.	Anteil
Erwachsene	9	0,3	0,6	9.344	0,10%
Kinder	0	0,0	0,0	219	0,00%
Gesamtergebnis	9	0,2	0,5	9.563	0,09%

Frage 30: Gab es Patienten, bei denen die Beihilfe zur Selbsttötung wegen mangelnder Leidensminderung die bessere Option gewesen wäre? Im Jahr

(n = 37/2013, 39/2014)

2013	Anzahl	Mittelwert	STABWN	Verstorben ges.	Anteil
Erwachsene	7	0,3	1,0	8.001	0,09%
Kinder	0	0,0	0,0	208	0,00%
Gesamtergebnis	7	0,2	0,9	8.209	0,09%

2014	Anzahl	Mittelwert	STABWN	Verstorben ges.	Anteil
Erwachsene	8	0,3	1,0	9.344	0,09%
Kinder	0	0,0	0,0	219	0,00%
Gesamtergebnis	8	0,2	0,9	9.563	0,08%

Frage 31: Falls solche Fälle vorkamen, dass die Beihilfe zur Selbsttötung bei Ihren Patienten wegen mangelnder Leidensminderung die bessere Option gewesen wäre, warum gab es in diesen Fällen keine andere Option wie z. B. eine Palliative Sedierung?

(n = 5)

ID Warum keine andere Option?

- 6 *schiefe Frage*
- 10 *Der Patient lebte alleine und lehnte eine Hospizaufnahme sowie eine palliative Sedierung ab.*
- 14 *Nein, wegen Möglichkeit palliativer Sedierung.*
- 15 *Die palliative Sedierung ist stets eine andere Option, kommt allerdings nicht zur Anwendung, wenn die unzureichende Symptomkontrolle nicht richtig vorhergesehen oder der Wunsch zur palliativen Sedierung unzureichend kommuniziert wird.*
- 23 *Palliative Sedierung oder andere angebotene Maßnahmen der Symptomlinderung wurden dann doch von den Patienten abgelehnt.*

Frage 32: Freitext

(n = 6)

ID Freitext

- 3 *Es waren 3 Patienten, die sich suizidiert haben (1mal Sprung aus dem Fenster, 2mal Medikamente plus Alkohol) und 5 Patienten die sich prolongiert "suizidiert" haben durch FVNF:*
 - 1 Suizid (Sprung aus dem Fenster) direkt nach Krebsdiagnose der Ehefrau als Kurzschluss-handlung.*
 - 2mal Bilanzsuizid (Medikamente) bei insgesamt guter Symptomkontrolle, nach dem Motto: meinen Todeszeitpunkt wähle ich selbst und warte nicht auf schlimmere Symptome oder auf Pflegebedürftigkeit.*
 - Die 5mal FVNF:*
 - 2mal wegen Schluckstörungen bei neurodegenerativen Erkrankungen und klarer Entscheidung gegen PEG oder parenterale Ernährung. Die Patienten haben klar gesagt: Bevor ich mich verschlucke und im Rahmen einer Aspiration Luftnot bekomme, lasse ich das mit Essen und Trinken und ein längeres Leben durch künstliche Ernährung will ich nicht.*
 - 2 andere Patienten waren hochbetagt und gut symptomkontrolliert, hatten ohnehin keinen Hunger oder Durst mehr und haben sich genau informiert, dass das Sterben bei FVNF nicht leidvoll sein wird und sich dazu entschieden, dass es jetzt gut sei.*

Die letzte Patientin hatte auch keinen Hunger mehr, war dialysepflichtig und hat nach Absetzen der Dialyse bewusst das Trinken eingestellt, damit Sie an der Urämie und nicht am innerlichen Ertrinken stirbt.

- 4 *Die Wünsche betreffen eher die aktive Sterbehilfe "Doktor geben Sie mir doch eine Spritze, dass es endlich vorbei ist" als die hier erfragte Beihilfe zur Selbsttötung. Diese Differenzierung wird so gut wie nie von Betroffenen vorgenommen.*
- 14 *Hinweis der Möglichkeit einer intermittierenden oder terminalen Sedierung hat bei 95 % der Patienten den Wunsch nach Beihilfe zur Selbsttötung erübrigt - wurde dann tatsächlich nur im kleinen Anteil benötigt.*
- 15 *Die genannten Zahlen sind Schätzungen aus der Erinnerung. Die Beihilfe zum Suizid wird so gut wie nie konkret nachgefragt. Die Alternative einer Sterbehilfeorganisation wird gelegentlich diskutiert und danach in der Regel verworfen.*
- 16 *Fragen unpräzise!! Patienten haben eher Sterbewunsch, Todeswunsch und Tötungswunsch und differenzieren nicht zwingend nach Wahl der Methodik.*
- 33 *Nach unserer Erfahrung wird der Wunsch von Patienten "Ich will nicht mehr leben" praktisch ausschließlich geäußert, wenn die Symptomkontrolle nicht zufriedenstellend ist. Ist die Symptomkontrolle erfolgt und der Patient über die Möglichkeiten einer palliativen Sedierung informiert, ist der Wunsch nach einem assistierten Suizid eine absolute Ausnahme.*

4.2.4 Fragen zu Tötung auf Verlangen

Frage 33: Bei wie vielen Ihrer Patienten wurde Tötung auf Verlangen VOM PATIENTEN SELBER nachgefragt? Im Jahr

(n = 36/2013 und 38/2014)

2013	Anzahl	Mittelwert	STABWN	Verstorben ges.	Anteil
Erwachsene	220	9,2	20,2	7.831	2,81%
Kinder	2	0,2	0,6	183	1,09%
Gesamtergebnis	222	6,2	17,1	8.014	2,77%

2014	Anzahl	Mittelwert	STABWN	Verstorben ges.	Anteil
Erwachsene	254	10,2	22,0	9.154	2,77%
Kinder	2	0,2	0,4	189	1,06%
Gesamtergebnis	256	6,7	18,5	9.343	2,74%

Frage 34: Bei wie vielen Ihrer Patienten wurde Tötung auf Verlangen vom Patienten selber wiederholt und nachdrücklich nachgefragt? Im Jahr

(n = 36/2013 und 38/2014)

2013	Anzahl	Mittelwert	STABWN	Verstorben ges.	Anteil
Erwachsene	70	2,9	4,4	7.831	0,89%
Kinder	0	0,0	0,0	183	0,00%
Gesamtergebnis	70	1,9	3,9	8.014	0,87%

2014	Anzahl	Mittelwert	STABWN	Verstorben ges.	Anteil
Erwachsene	83	3,3	5,2	9.154	0,91%
Kinder	0	0,0	0,0	189	0,00%
Gesamtergebnis	83	2,2	4,5	9.343	0,89%

Frage 35: Bei wie vielen Ihrer Patienten wurde Tötung auf Verlangen VON ANGEHÖRIGEN nachgefragt? Im Jahr

(n = 36/2013 und 38/2014)

2013	Anzahl	Mittelwert	STABWN	Verstorben ges.	Anteil
Erwachsene	109	4,5	8,4	7.831	1,39%
Kinder	4	0,3	0,8	183	2,19%
Gesamtergebnis	113	3,1	7,2	8.014	1,41%

2014	Anzahl	Mittelwert	STABWN	Verstorben ges.	Anteil
Erwachsene	110	4,4	8,8	9.154	1,20%
Kinder	8	0,6	1,1	189	4,23%
Gesamtergebnis	118	3,1	7,4	9.343	1,26%

Frage 36: Bei wie vielen Ihrer Patienten wurde diese Bitte nach Tötung auf Verlangen von Angehörigen wiederholt und nachdrücklich nachgefragt? Im Jahr

(n = 36/2013 und 38/2014)

2013	Anzahl	Mittelwert	STABWN	Verstorben ges.	Anteil
Erwachsene	49	2,0	4,4	7.831	0,63%
Kinder	0	0,0	0,0	183	0,00%
Gesamtergebnis	49	1,4	3,7	8.014	0,61%

2014	Anzahl	Mittelwert	STABWN	Verstorben ges.	Anteil
Erwachsene	64	2,6	6,1	9.154	0,70%
Kinder	0	0,0	0,0	189	0,00%
Gesamtergebnis	64	1,7	5,1	9.343	0,69%

Frage 37: Wie viele Ihrer Patienten haben nach Ihrer Kenntnis insgesamt den Weg der Tötung auf Verlangen gewählt und sich das Leben genommen? Im Jahre

(n= 38/2013 und 39/2014)

2013	Anzahl	Mittelwert	STABWN	Verstorben ges.	Anteil
Erwachsene	0	0,0	0,0	8.001	0,00%
Kinder	0	0,0	0,0	183	0,00%
Gesamtergebnis	0	0,0	0,0	8.184	0,00%

2014	Anzahl	Mittelwert	STABWN	Verstorben ges.	Anteil
Erwachsene	0	0,0	0,0	9.344	0,00%
Kinder	0	0,0	0,0	189	0,00%
Gesamtergebnis	0	0,0	0,0	9.533	0,00%

Frage 38: Gab es Patienten, bei denen die Tötung auf Verlangen wegen mangelnder Leidensminderung die bessere Option gewesen wäre? Im Jahr

(n = 36/2013 und 38/2014)

2013	Anzahl	Mittelwert	STABWN	Verstorben ges.	Anteil
Erwachsene	3	0,1	0,4	7.831	0,04%
Kinder	0	0,0	0,0	183	0,00%
Gesamtergebnis	3	0,1	0,4	8.014	0,04%

2014	Anzahl	Mittelwert	STABWN	Verstorben ges.	Anteil
Erwachsene	3	0,1	0,4	9.154	0,03%
Kinder	0	0,0	0,0	189	0,00%
Gesamtergebnis	3	0,1	0,4	9.343	0,03%

Frage 39: Falls solche Fälle vorkamen, dass die Tötung auf Verlangen bei Ihren Patienten wegen mangelnder Leidensminderung die bessere Option gewesen wäre, warum gab es in diesen Fällen keine andere Option wie z. B. eine Palliative Sedierung?

(n = 1)

ID	Freitext
----	----------

15	Wie 31
----	--------

Frage 40: Freitext

(n = 7)

ID	Freitext
----	----------

4	Wie schon erwähnt, nehmen die Patienten die Differenzierung zwischen Tötung auf Verlangen (aktive Sterbehilfe) und Beihilfe zum Suizid nicht vor. Das wird ja auch in der aktuellen Diskussion immer wieder deutlich.
---	---

10	Ich bin grundsätzlich der Meinung, dass eine (Selbst)Tötung nicht in Frage kommt, solange eine optimale Leidenslinderung vorhanden ist.
----	---

11	Wunschäußerung der Eltern, das von ihrer Seite befürchtete zukünftige Leiden ihres Kindes im Vorfeld verhindern zu wollen / nach Vertrauensaufbau und Krisenantizipation im Rahmen der SAPV kein Thema mehr.
----	--

14	siehe Nr. 32
----	--------------

15	Für Patienten, bei denen eine befriedigende Symptomkontrolle nicht gelingt, sind Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen bessere Alternativen, denen die palliative Sedierung vorzuziehen ist.
----	---

Ergänzte Antwort auf gezielte Nachfrage:

Die palliative Sedierung sollte der Goldstandard für Fälle mit unzureichender Symptomkontrolle sein. Mit der Miteinbeziehung von Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen wollte ich zum Ausdruck bringen, dass ich dann für diese Möglichkeiten bin, wenn ein Patient unter unerträglichen Symptomen leidet und eine palliative Sedierung nicht zur Verfügung steht (gibt es ja leider!).

ALSO EINDEUTIGER: „Für Patienten, bei denen eine befriedigende Symptomkontrolle nicht gelingt, sind Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen Alternativen, aber eine palliative Sedierung ist vorzuziehen.“

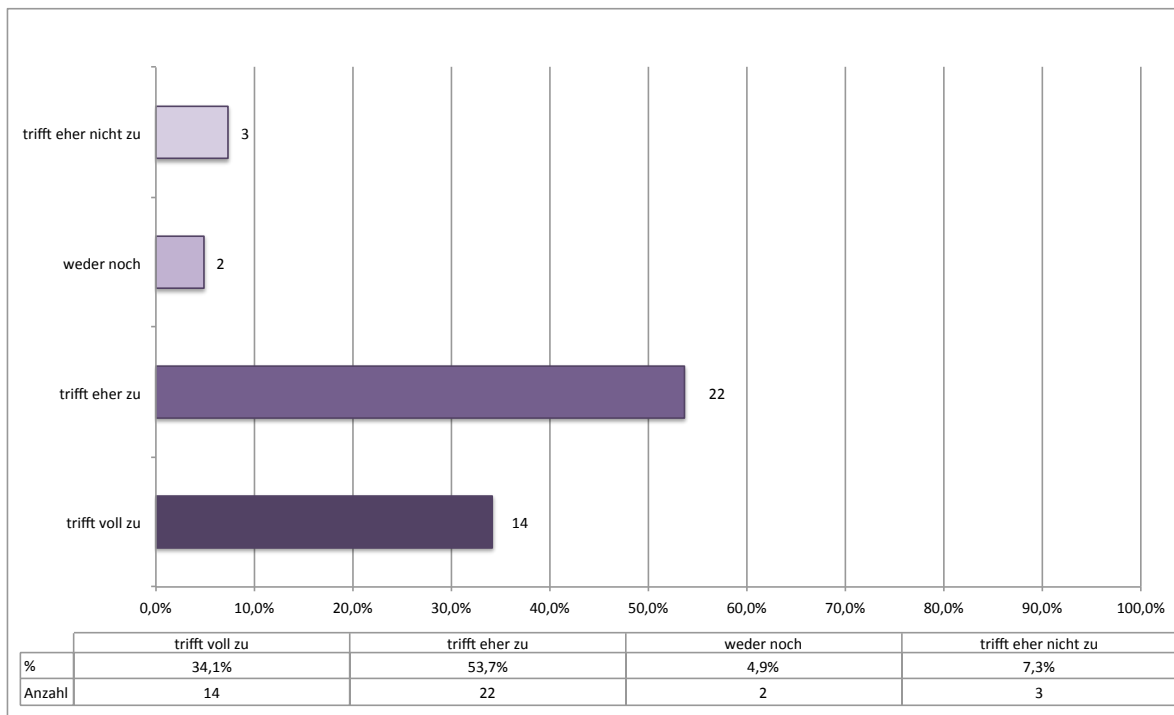
16	siehe Kommentar vorher
----	------------------------

33	Bei dem einen Patienten war die Tötung auf Verlangen nach Beginn einer stationären hospizlichen Versorgung mit entsprechender Symptomkontrolle nicht mehr gewünscht.
----	--

4.2.5 Fragen zu straf- und standesrechtlichen Rahmenbedingungen

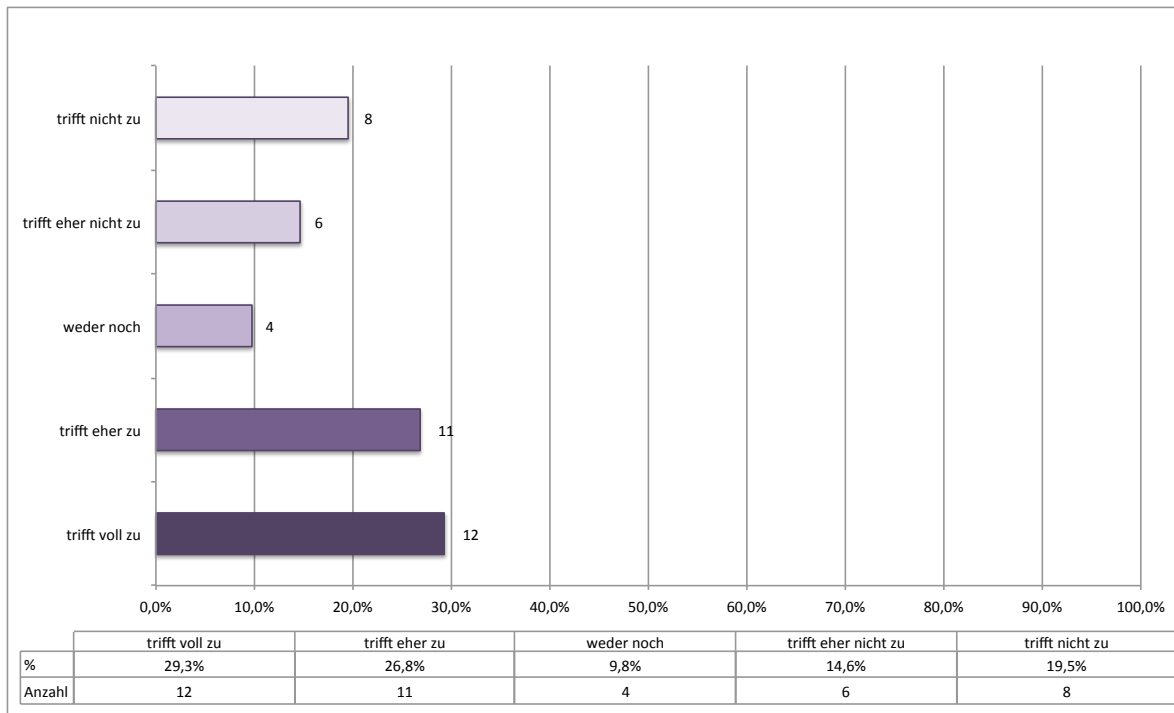
Frage 41: Ich kenne mich in den relevanten standesrechtlichen und strafrechtlichen Fragestellungen gut aus.

(n = 41)



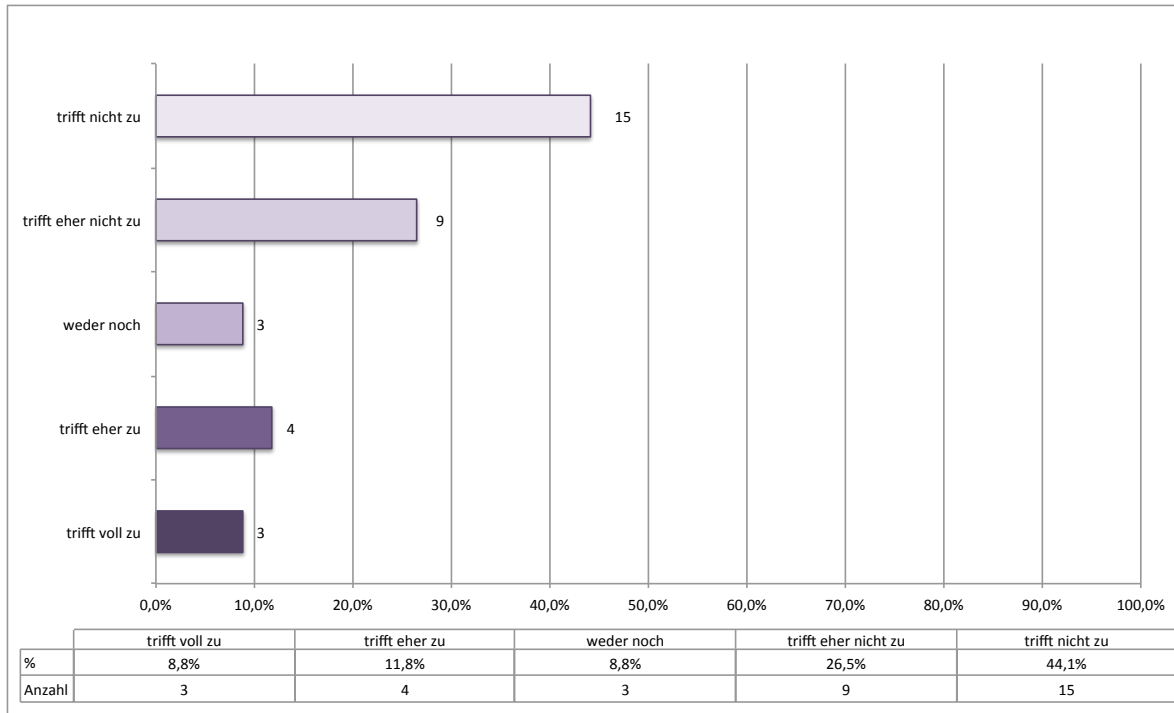
Frage 42: Ich bin für ein bundesweit einheitliches standesrechtliches Verbot der Beihilfe zur Selbsttötung.

(n = 41)



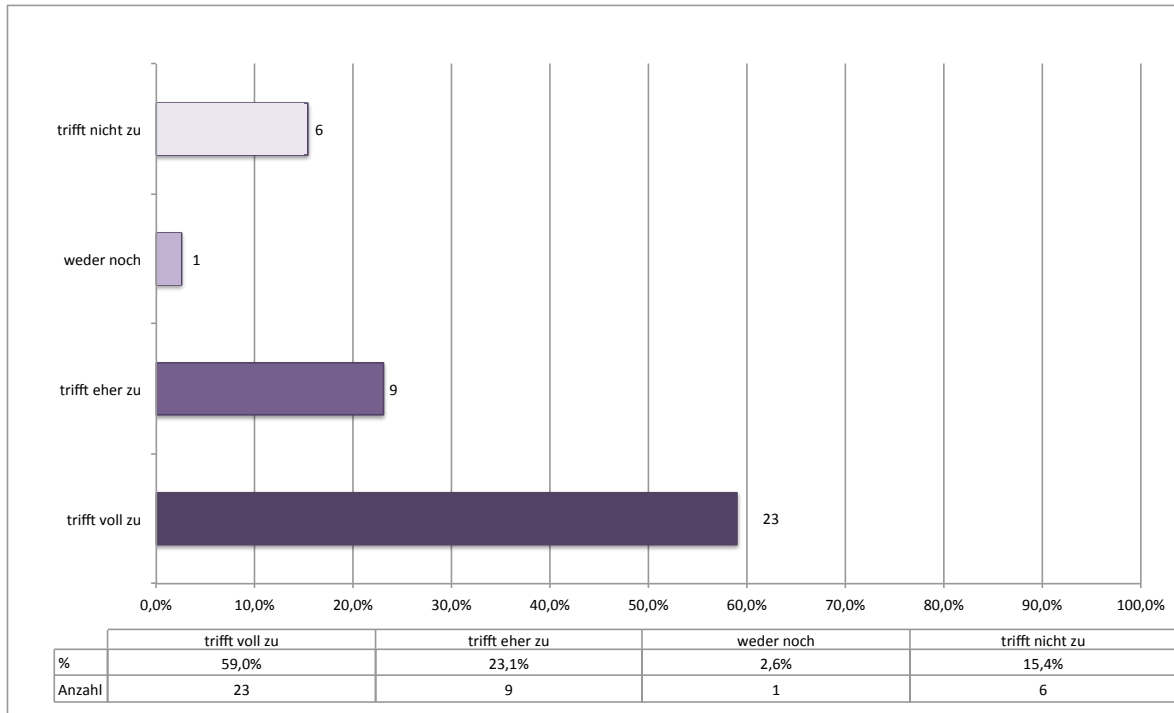
Frage 43: Ich bin für ein bundesweit einheitliches, generelles strafrechtliches Verbot der Beihilfe zur Selbsttötung.

(n = 34)



Frage 44: Ich bin für ein bundesweit einheitliches, generelles strafrechtliches Verbot jeder Form der gewerblichen und / oder gewerbsmäßigen und/ oder organisierten Beihilfe zur Selbsttötung.

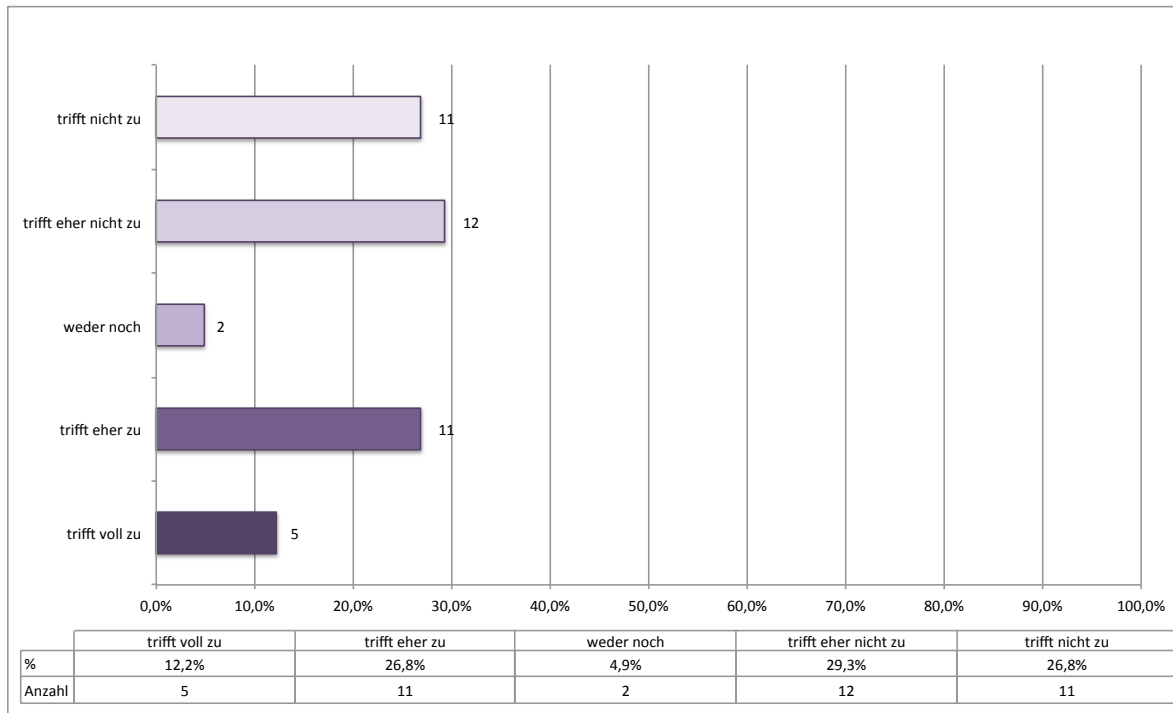
(n= 39)



zur Beihilfe zur Selbsttötung:

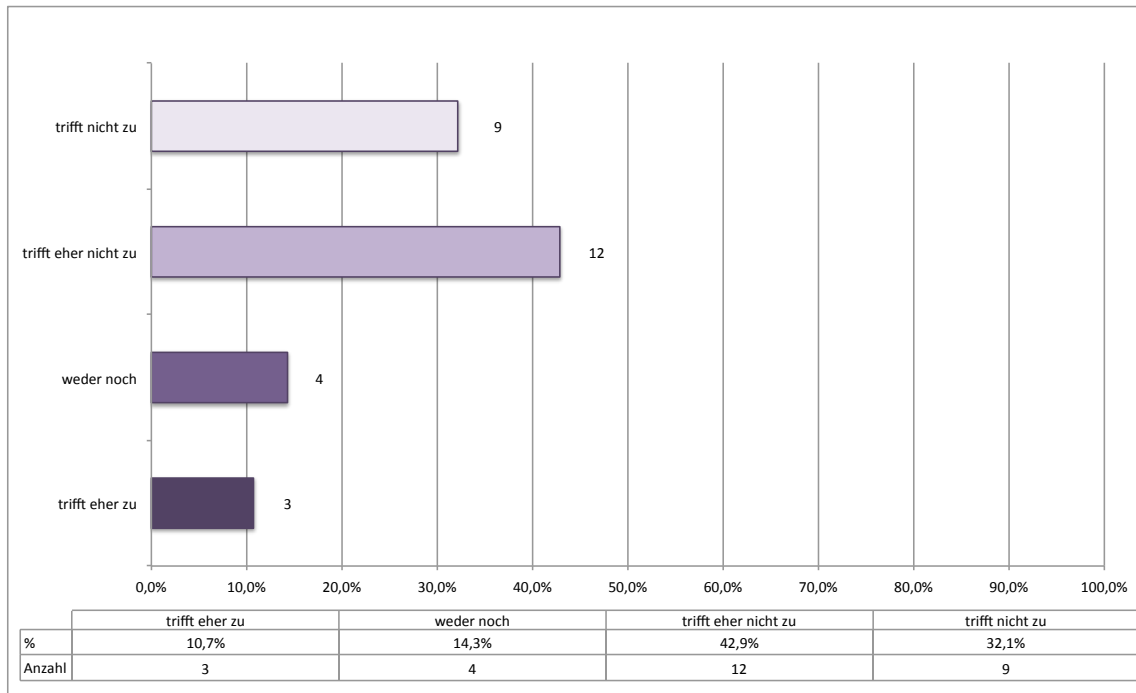
Frage 45: Unter bestimmten Bedingungen, vielleicht extrem selten vorkommend, könnte ich als Arzt es mir vorstellen Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten.

(n = 41)



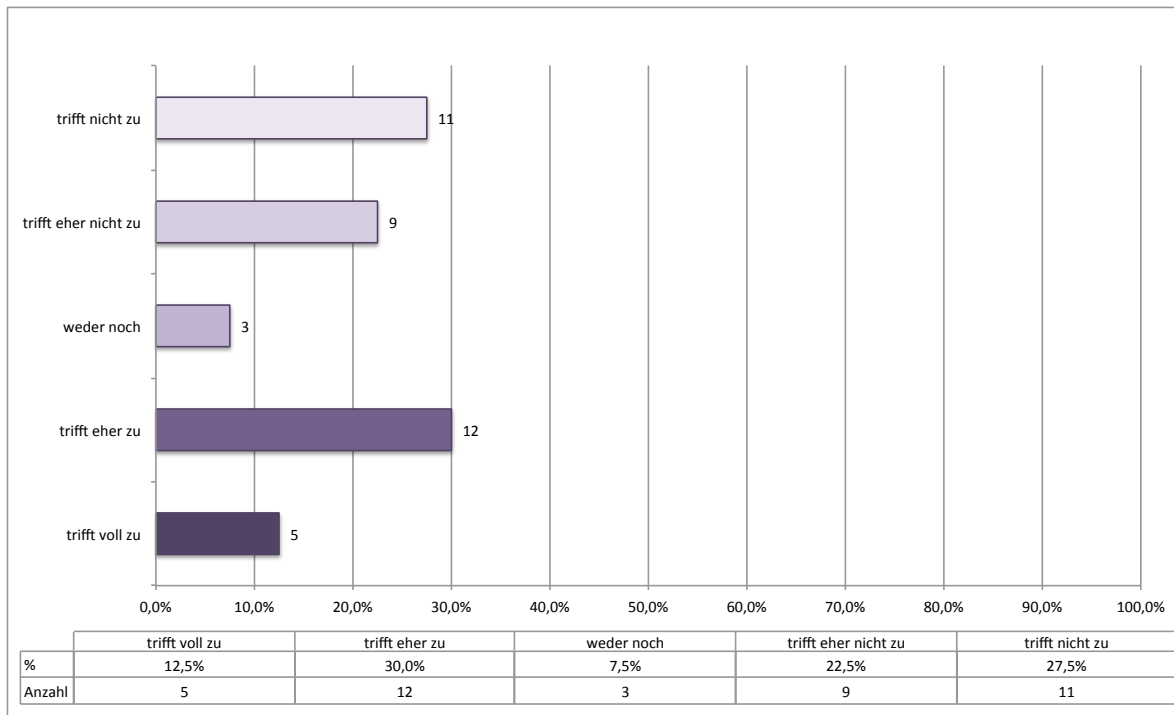
Frage 46: Falls es eher nicht zutrifft, wäre eventuell ein Kollege im Team dazu bereit.

(n = 28)



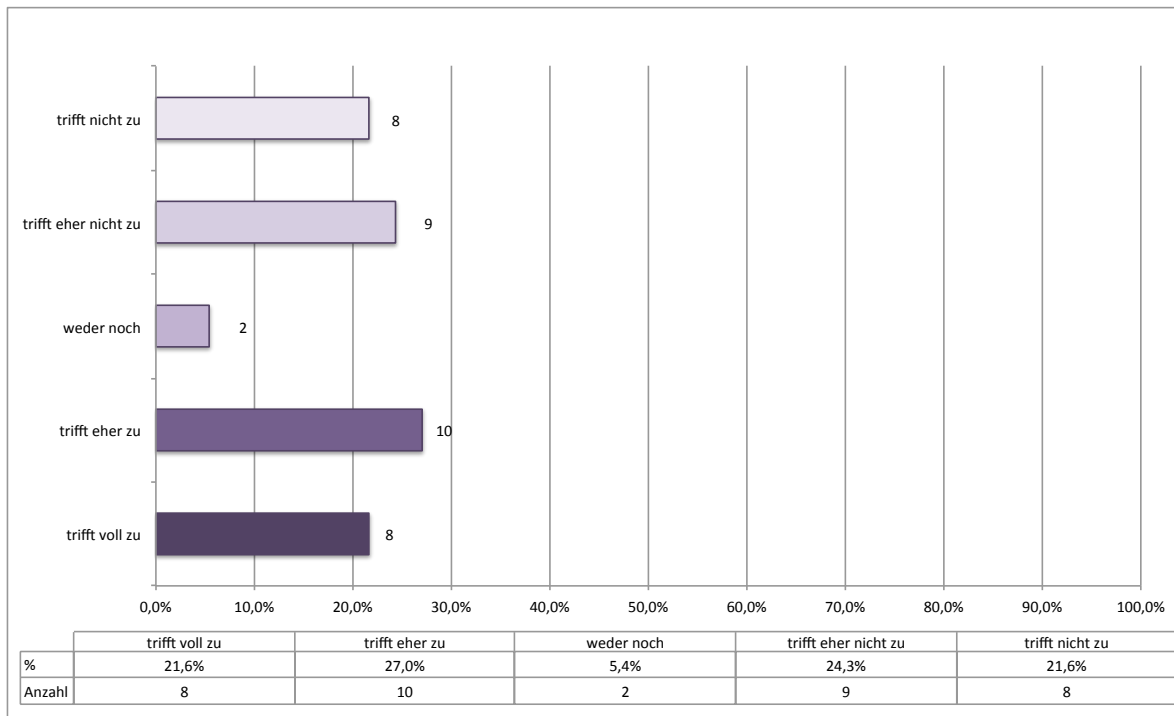
Frage 47: Ich wäre bereit, den Patienten zur Beihilfe zur Selbsttötung an einen anderen Kollegen in oder außerhalb des Teams zu vermitteln, wenn mir dieser bekannt wäre?

(n = 40)



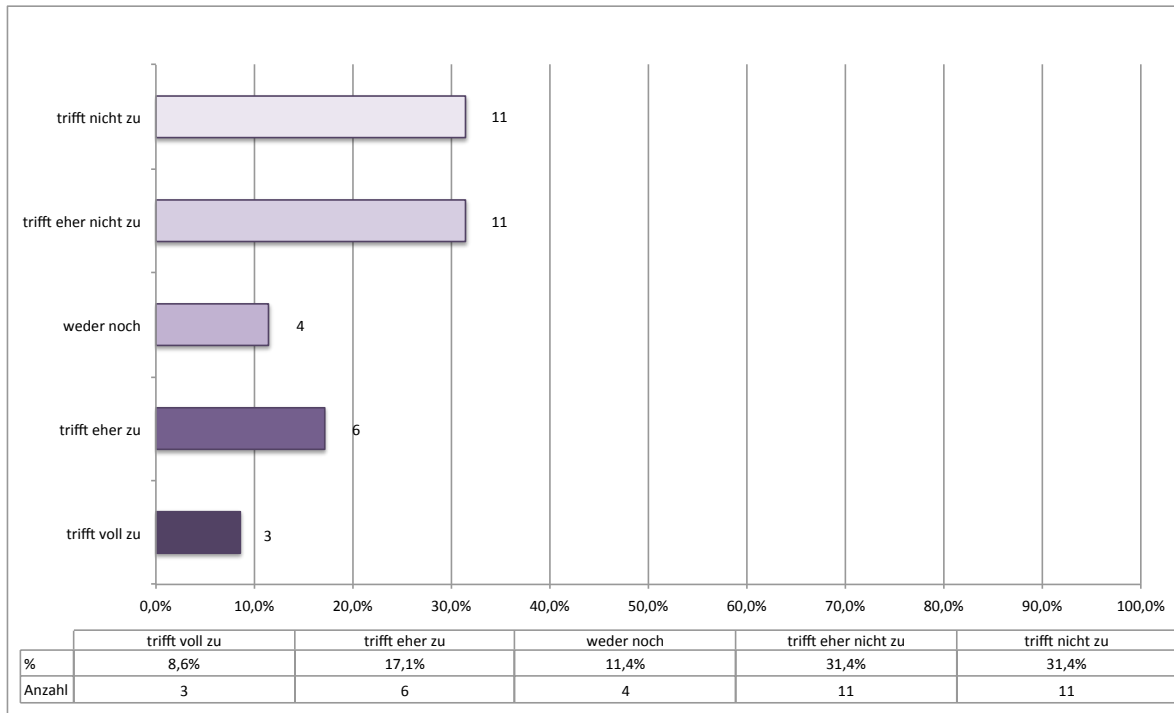
Frage 48: Die rechtlichen Fragen der Beihilfe zur Selbsttötung durch Nicht-Ärzte sind aus meiner Sicht ausreichend geregelt.

(n = 37)



**Frage 49: Die rechtlichen Fragen der Beihilfe zur Selbsttötung durch Ärzte
sind aus meiner Sicht ausreichend geregelt**

(n = 35)



Frage 50: Freitext.

(n = 4)

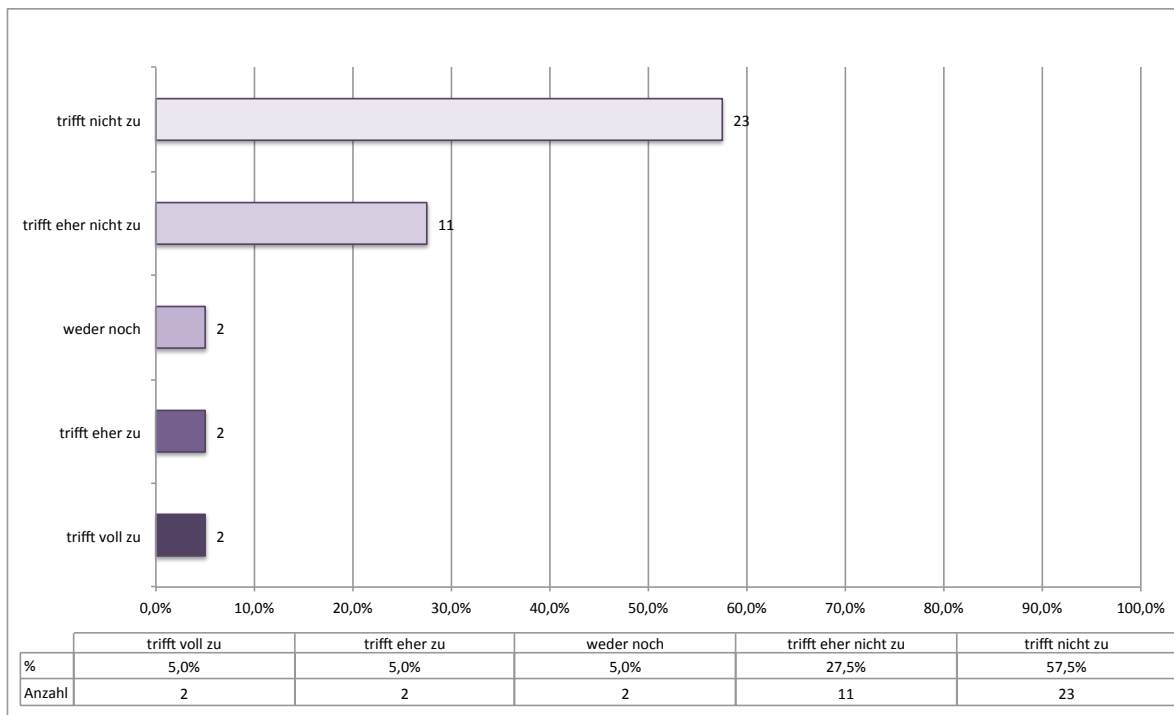
ID Freitext

- 4 *Wir als Palliativmediziner wuchern in der aktuellen Diskussion mit einem Pfund, das wir noch lange nicht besitzen. Für unser Team bin ich sehr optimistisch, dass SAPV den Wunsch nach einem assistierten Suizid vermeiden kann. Diese Situation ist aber längst nicht auf alle Regionen übertragbar. Auch glaube ich, dass eine sehr pluralistisch geprägte Gesellschaft eine Vielfalt an Wegen bieten sollte, die einerseits Wildwuchs vermeiden und andererseits die Betroffenen einer adäquaten Beratung zuführen. Der Gesetzentwurf von Borasio et al. spricht mich sehr an.*
- 5 *Wir brauchen ein für alle Bundesländer einheitliches Standesrecht, das nicht dem Strafrecht widerspricht!*
- 14 *Leben ist ein Geschenk und daher ist darüber nicht frei verfügbar. Der Wunsch nach ärztlicher Assistenz zum Suizid/Tötung auf Verlangen ist 1. der Wunsch nach: So möchte ich nicht weiterleben 2. der Wunsch nach: Kümmere dich um mich. Der Arzt darf nicht in die Doppelrolle: Überbringer des Heils, der Linderung, des Trostes einerseits und andererseits der Giftbringer, Lebensbeender kommen: Woher soll der schwerkranke Patient dann wissen, in welcher Aufgabe/Rolle der Arzt sich dem Schwerkranken zuwendet? (siehe Holland: ungefragt Leben beenden) Die Frage nach dem "unwerten" Leben wird immer dann gestellt, wenn es die Möglichkeit der Beseitigung dieses Unwertes gibt. Alte, kranke, "nutzlose" Menschen kommen unter den Erwartungsdruck, doch ihr Leben aktiv zu beenden - der Umwelt nicht mehr zur Last zu fallen (Kosten! im letzten Lebensjahr 50 % der gesamten Krankenkosten eines Lebens). Altruistische Motivation zum Tode zu verhelfen kann sich vermischen mit dem eigenen Unvermögen, dem Leiden des Anderen zusehen zu müssen bis hin zu krimineller Energie incl. der Frage nach dem Erbe. Die Möglichkeiten einer SAPV müssen standardisiert flächendeckend für alle Patienten zur Verfügung stehen. Die Möglichkeiten einer Ethikberatung über Einschränkung der Therapiemaßnahmen (Therapiezieländerung) wie in der Klinik praktiziert, muss auch im ambulanten Bereich incl. Pflegeheimen eingeführt werden. Die Beratung zur eigenen Patientenverfügung durch z. B. qualifizierte Ärzte muss honoriert werden.*
- 33 *Über die Frage, ob und durch wen Beihilfe zum Suizid geleistet werden sollte, besteht noch erheblicher gesellschaftlicher Redebedarf. Für die Ärzte wäre eine bundesweit einheitliche standesrechtliche Regelung, die sich mit der strafrechtlichen Regelung deckt, wünschenswert. Aus meiner persönlichen Sicht sollte man aber mehr Energie auf die Verbesserung der palliativen Versorgung verwenden, da die Frage nach Sterbehilfe, egal in welcher Form, durch eine gute Versorgung an Bedeutung deutlich verliert.*

Zur Tötung auf Verlangen:

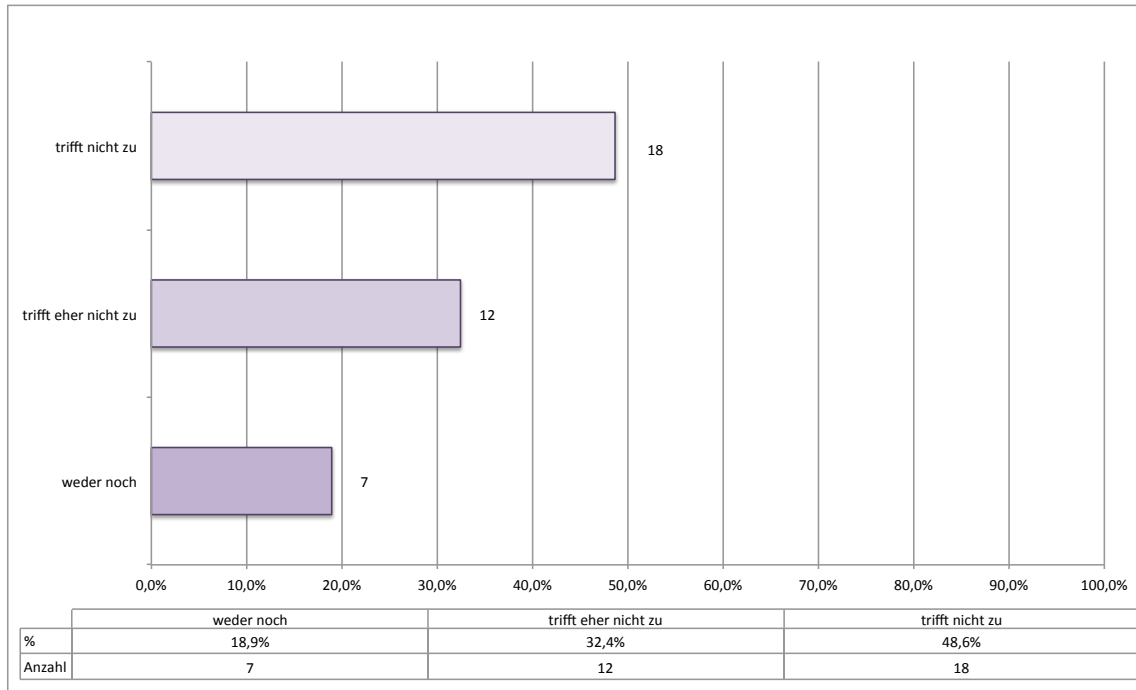
Frage 51: Unter bestimmten Bedingungen, vielleicht extrem selten vorkommend, könnte ich als Arzt es mir vorstellen Tötung auf Verlangen zu leisten.

(n = 40)



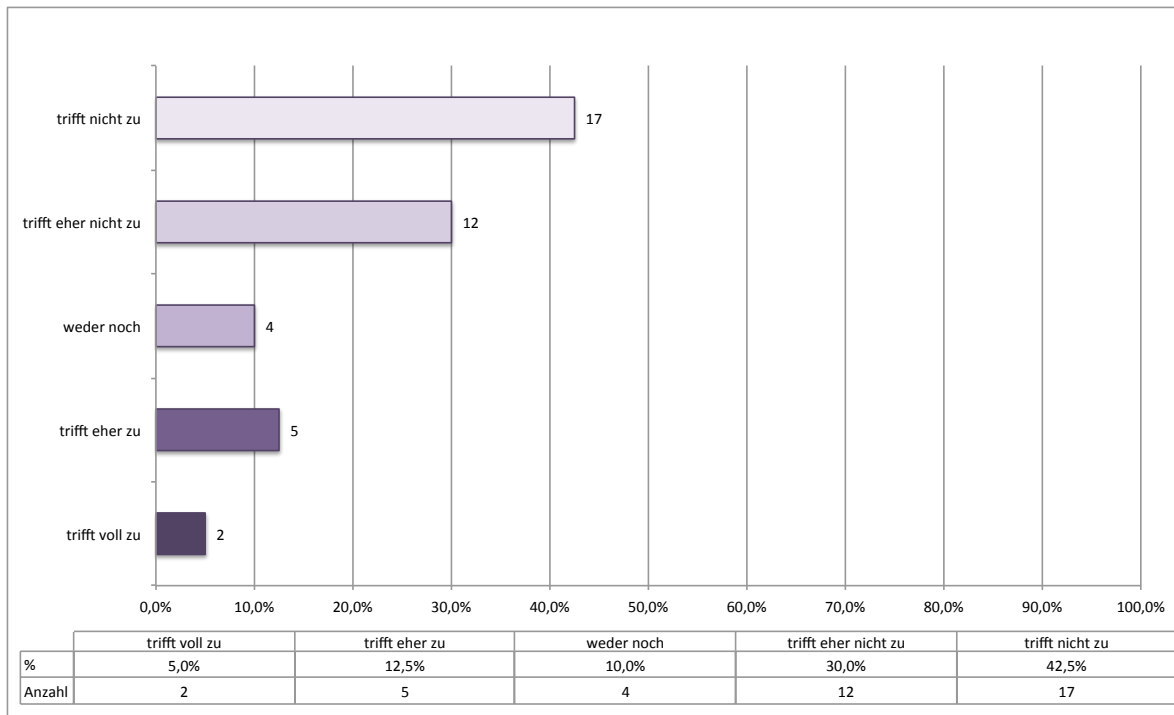
Frage 52: Falls es eher nicht zutrifft, wäre eventuell ein Kollege im Team dazu bereit.

(n = 37)



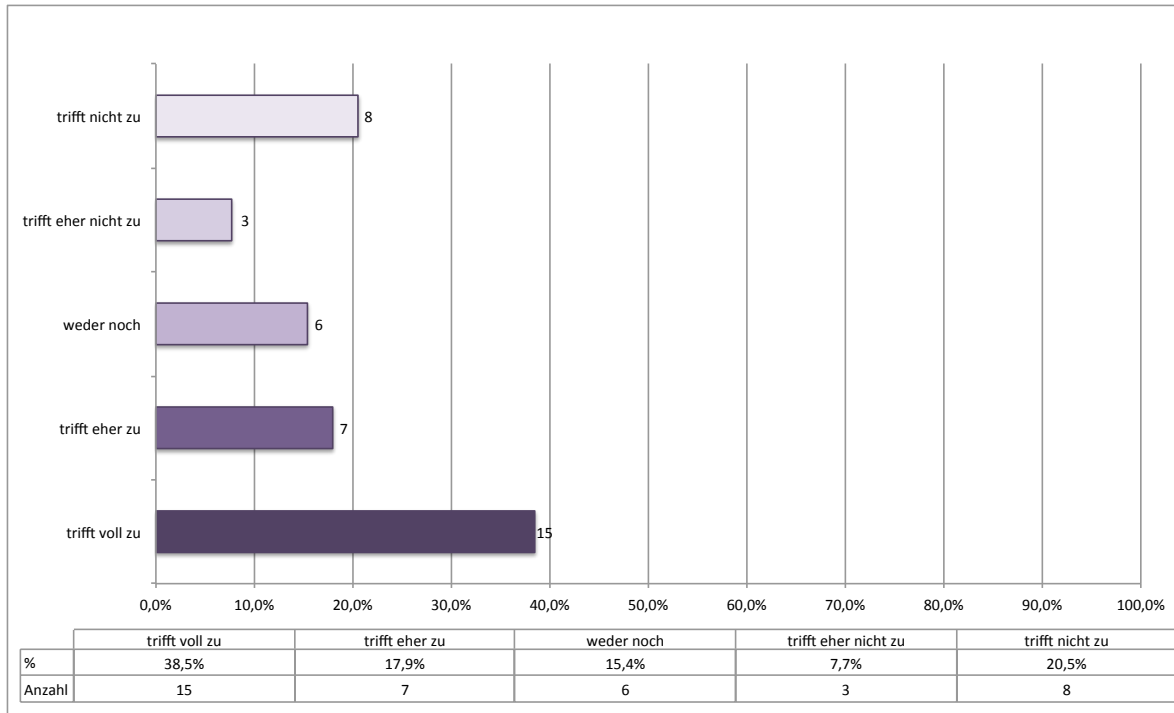
Frage 53: Ich wäre bereit, den Patienten zur Tötung auf Verlangen an einen anderen Kollegen in oder außerhalb des Teams zu vermitteln, wenn mir dieser bekannt wäre?

(n = 40)



Frage 54: Die rechtlichen Fragen der Tötung auf Verlangen durch Ärzte sind aus meiner Sicht ausreichend geregelt.

(n = 39)



Frage 55: Freitext.

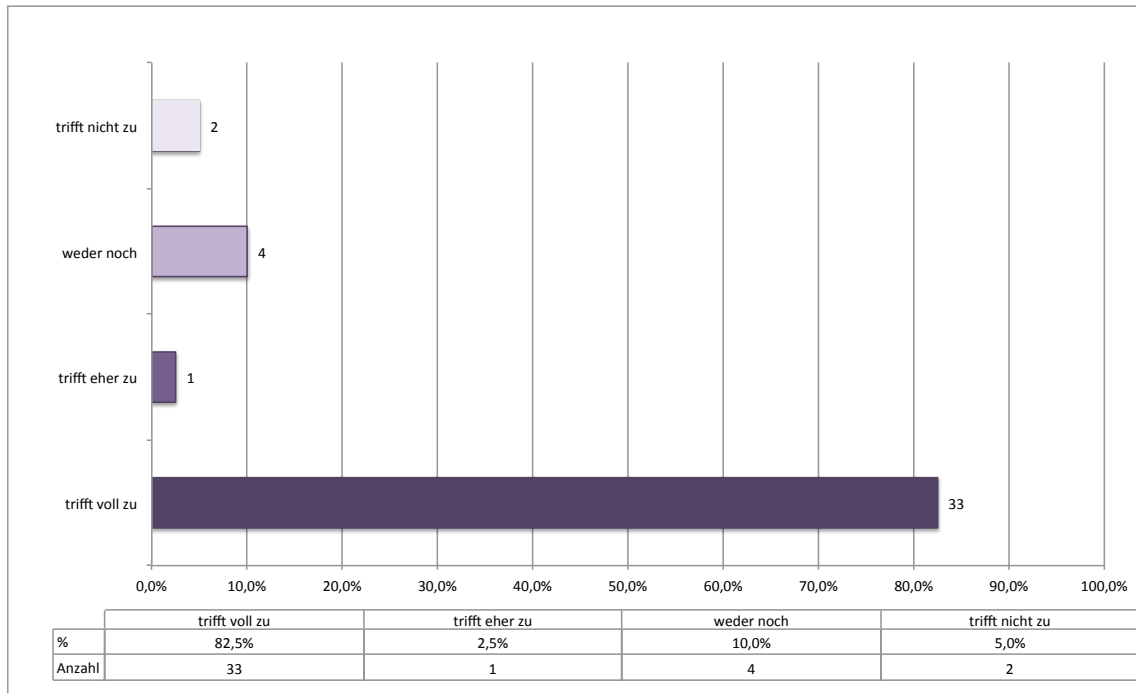
(n = 2)

ID Freitext

- 14 *Rechtlicher Tatbestand des Totschlages oder Mordes ist damit erfüllt – muss jedem Arzt bewusst sein: Entsprechend hoch ist die Hürde zur Überlegung, es im extremen Einzelfall doch zu tun.*
- 15 *In seltenen Fällen grenzt die palliative Sedierung an die Tötung auf Verlangen.*

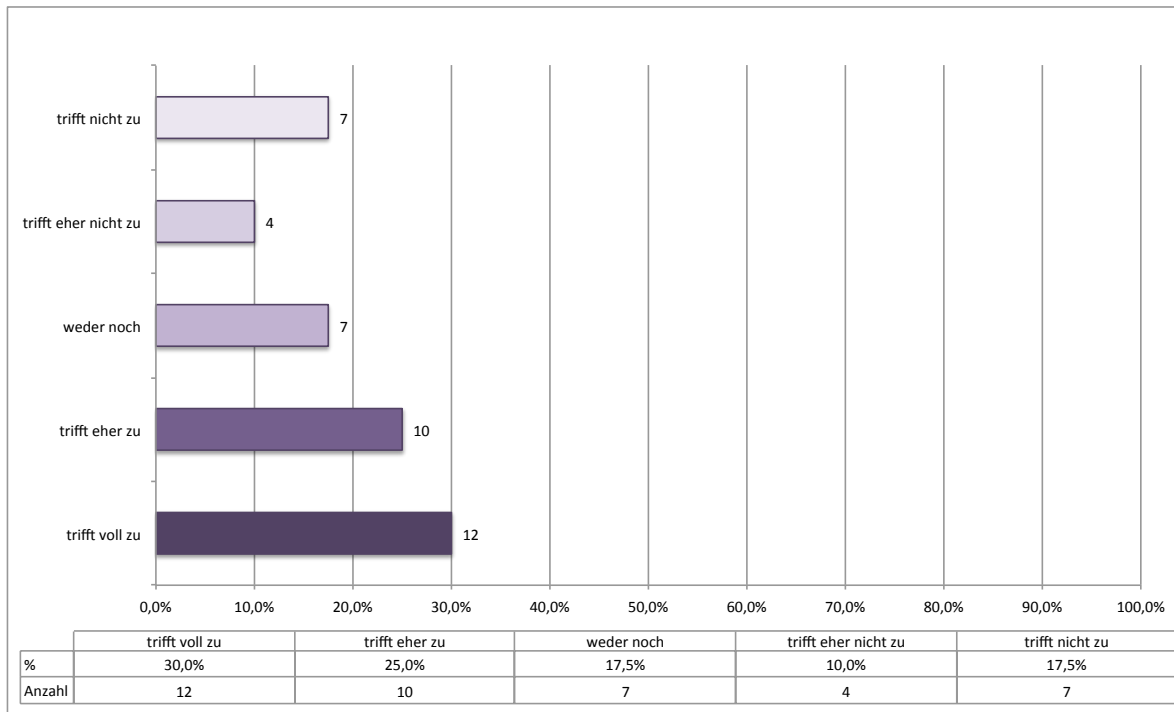
Frage 56: Die Tötung auf Verlangen von Patienten ist dem Arzt verboten.

(n = 40)



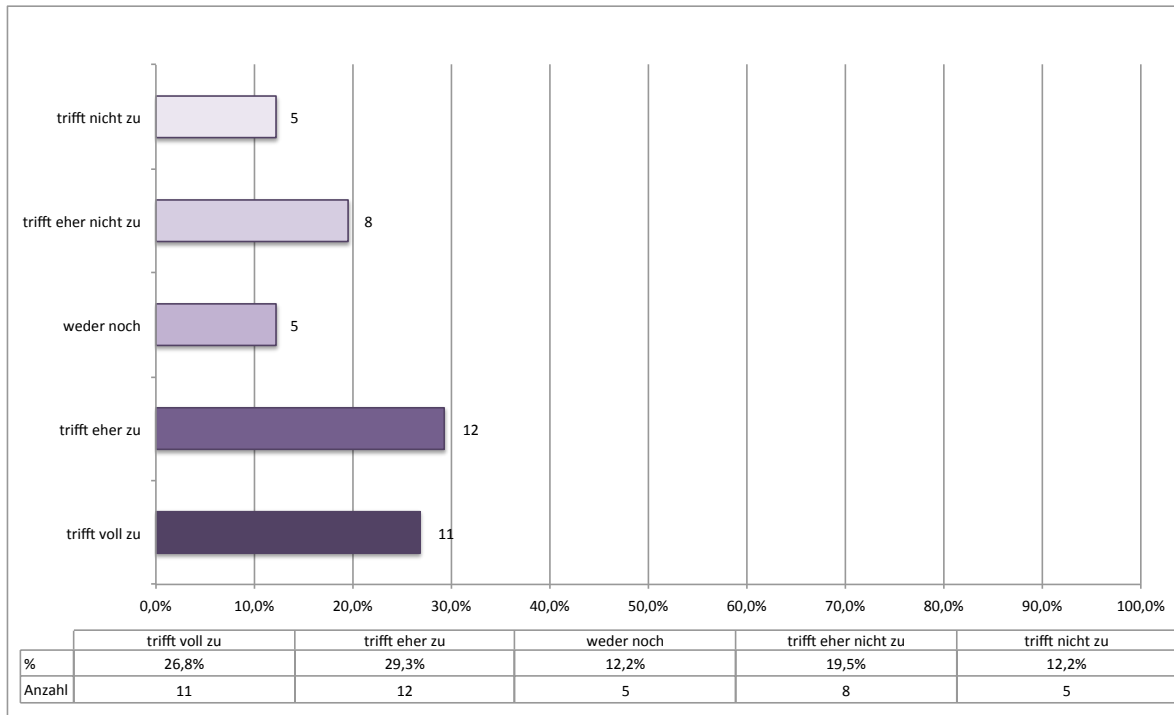
Frage 57: Die Beihilfe zur Selbsttötung ist dem Arzt verboten.

(n = 40)



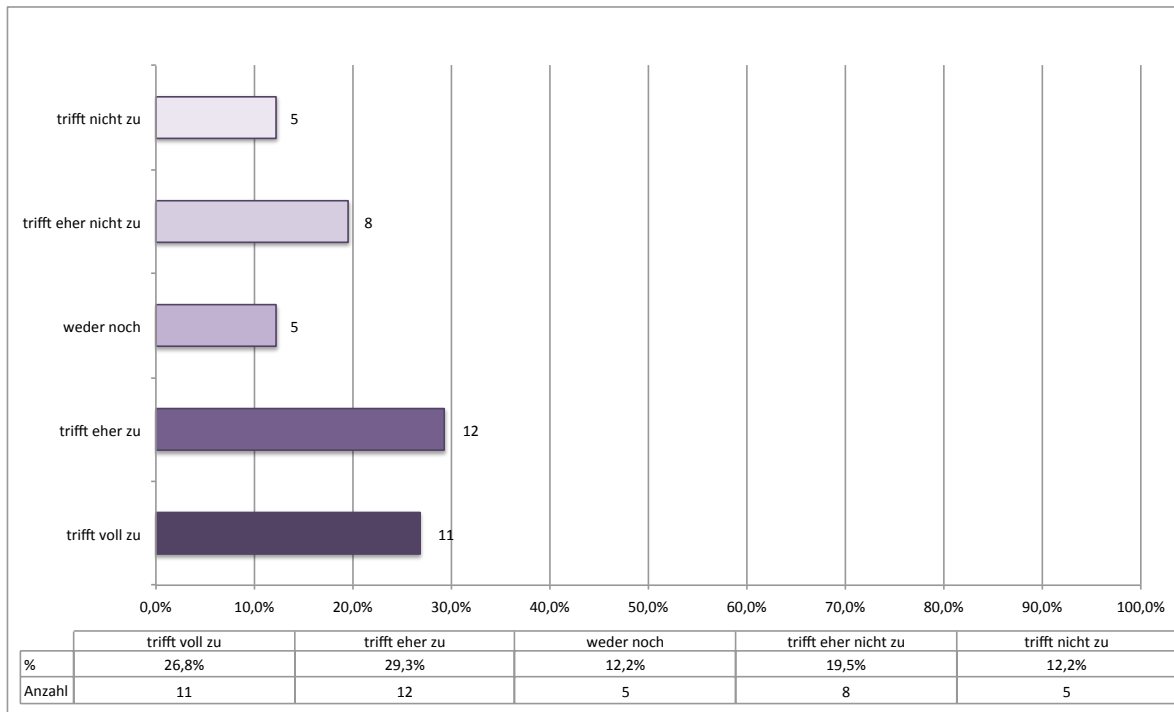
Frage 58: Die Beihilfe zur Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.

(n = 41)



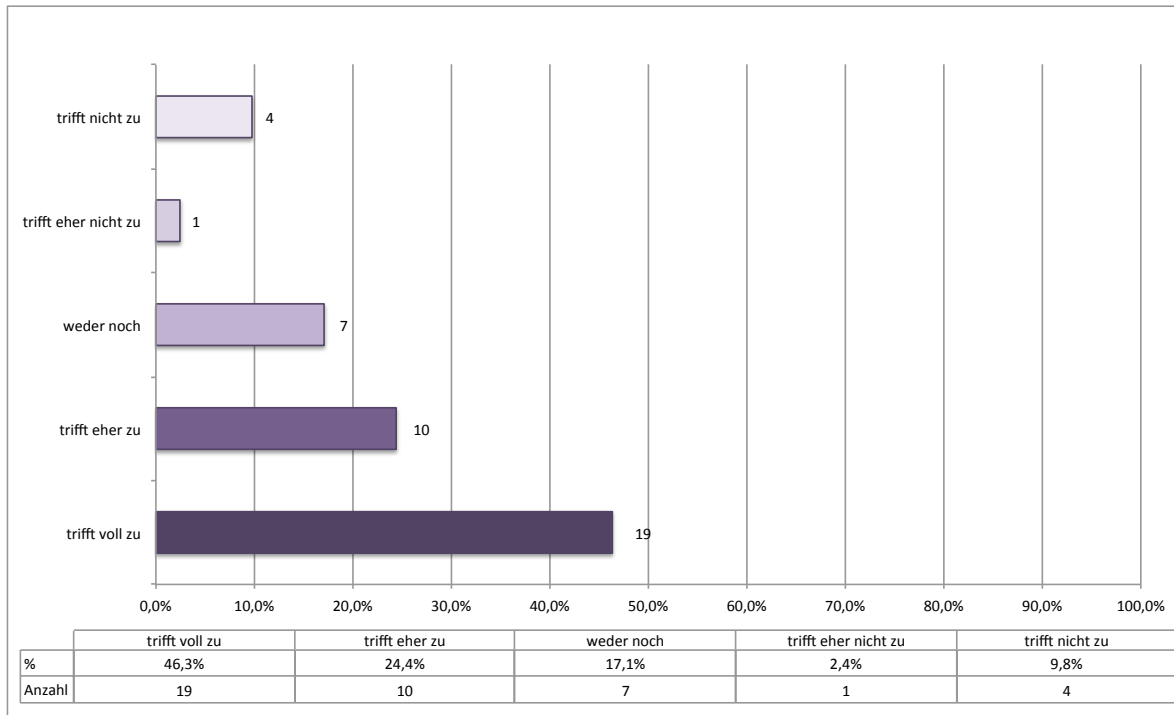
Frage 59: Der Arzt darf keine Beihilfe zur Selbsttötung leisten.

(n = 41)



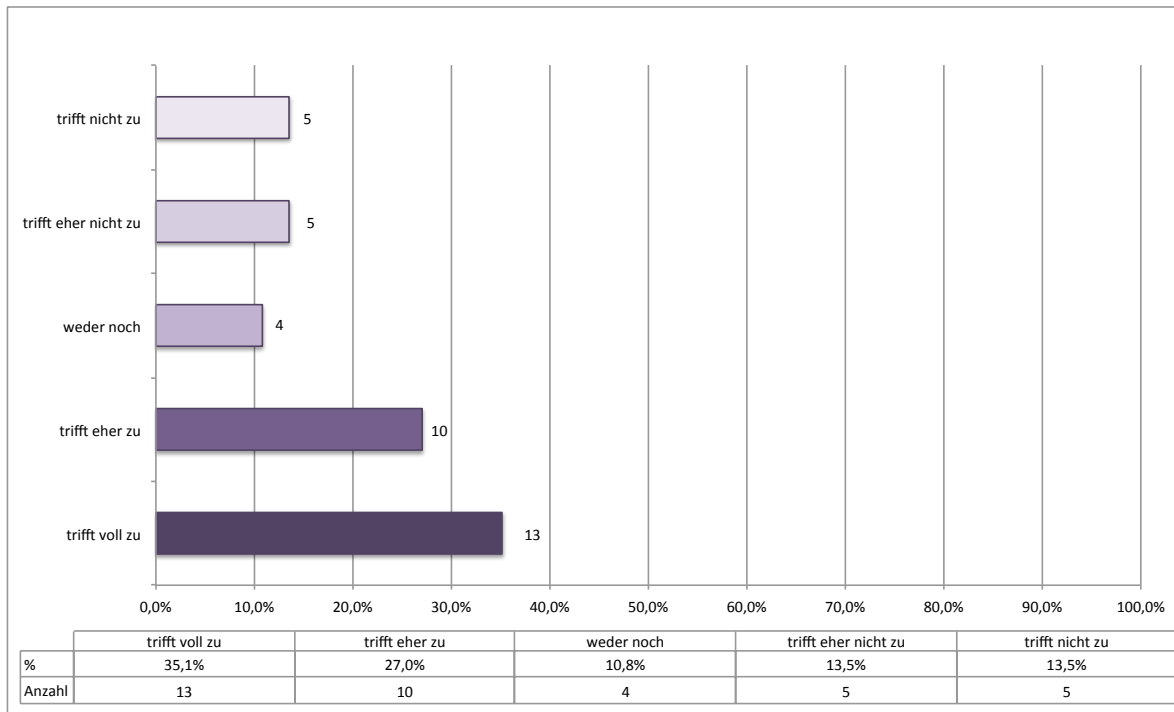
Frage 60: Der Arzt soll keine Beihilfe zur Selbsttötung leisten.

(n = 41)



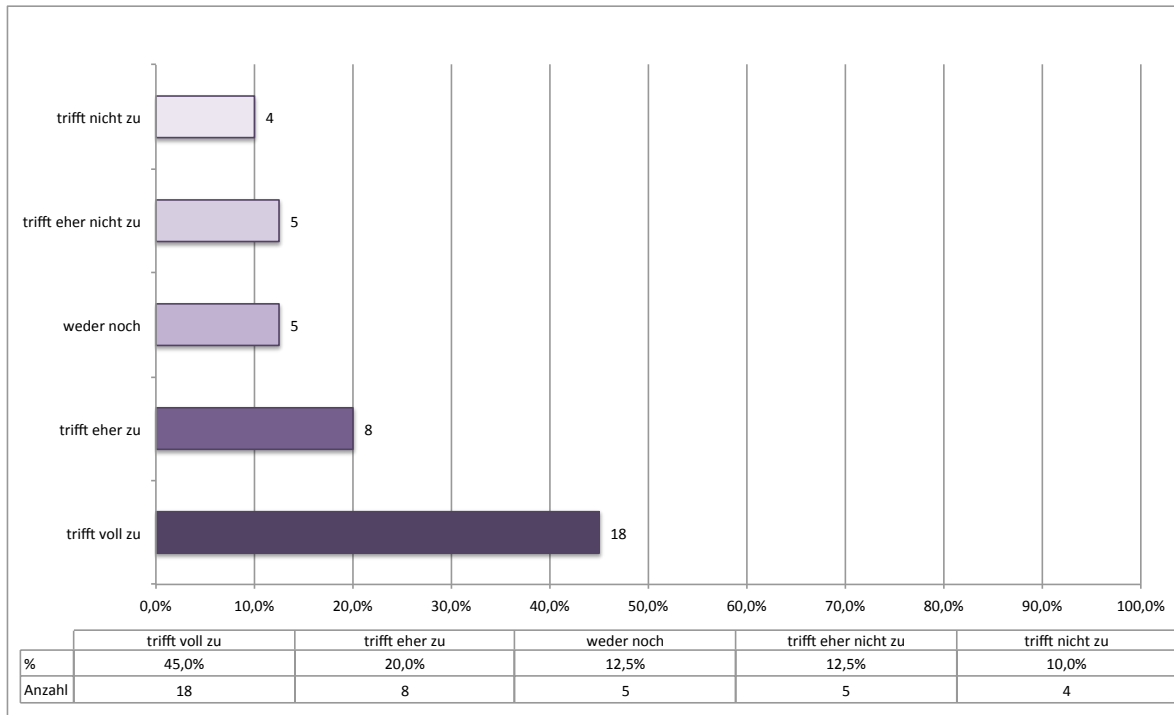
Frage 61: Der Arzt darf das Leben des Sterbenden nicht aktiv verkürzen.

(n = 37)



Frage 62: Der Arzt soll das Leben des Sterbenden nicht aktiv verkürzen.

(n = 40)



Frage 63: Freitext

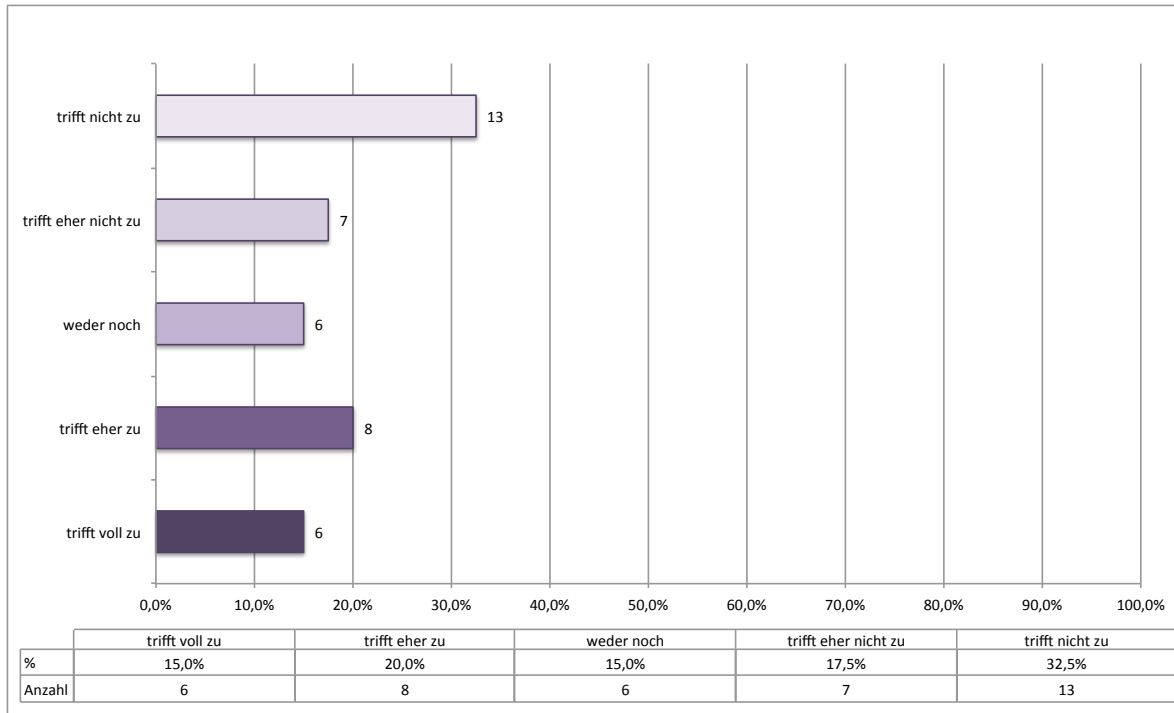
(n = 8)

ID Freitext

- 4 *Dieses sind Formulierungen, in denen viel Subjektivität mitschwingt und in denen meine ganze Ambivalenz zu dem Thema deutlich wird.*
- 7 *Frage 58 und 59 berücksichtigen nicht eine Lebensverkürzung durch Therapieverzicht/-abbruch oder Therapienebenwirkung!!! Natürlich muss der Arzt dies auf Wunsch des Patienten tun!*
- 10 *Palliative Patienten (in der SAPV), die eine Selbsttötung in Betracht ziehen, können dies ohne Beihilfe des Arztes tun da sie zu Hause genügend effektive Medikamente (z. B. Opioide) haben. Die meisten Pat. fragen nach der effektiven Dosis.*
- 11 *Aktiv und passiv sind bereits bei dem Begriff "Sterbehilfe" problematische Umschreibungen und deshalb aus meiner Sicht zu vermeiden.*
- 14 *Sog. indirekte "Sterbehilfe" - keine Hilfe zum Sterben sondern ungewollte Inkaufnahme der Lebensverkürzung bei palliativer Therapie.*
- 15 *Grundsätzlich ist es nicht Ziel einer ärztlichen und auch nicht einer palliativen ärztlichen Versorgung, Beihilfe zum Suizid, Tötung auf Verlangen oder aktive Lebensverkürzung zu leisten oder zu ermöglichen. Im individuellen Fall sollte jedoch Raum dafür verbleiben. Die Tür zur Beihilfe zum Suizid oder zur Tötung auf Verlangen zu öffnen bedeutet das mögliche Entstehen von Erwartungen und Forderungen, die m. E. nicht gewollt sein können.*
- 32 *Antwort zu Frage 56-60 wie überschrieben. Persönliche Meinung zu 61/62 aktive Verkürzung im Rahmen terminaler Sedierung als "Nebeneffekt".*
- 33 *Ich stehe persönlich der Sterbehilfe kritisch gegenüber, habe aber kein Problem, wenn der ärztliche Berufsstand die Möglichkeit zur Sterbehilfe grundsätzlich zulässt.*

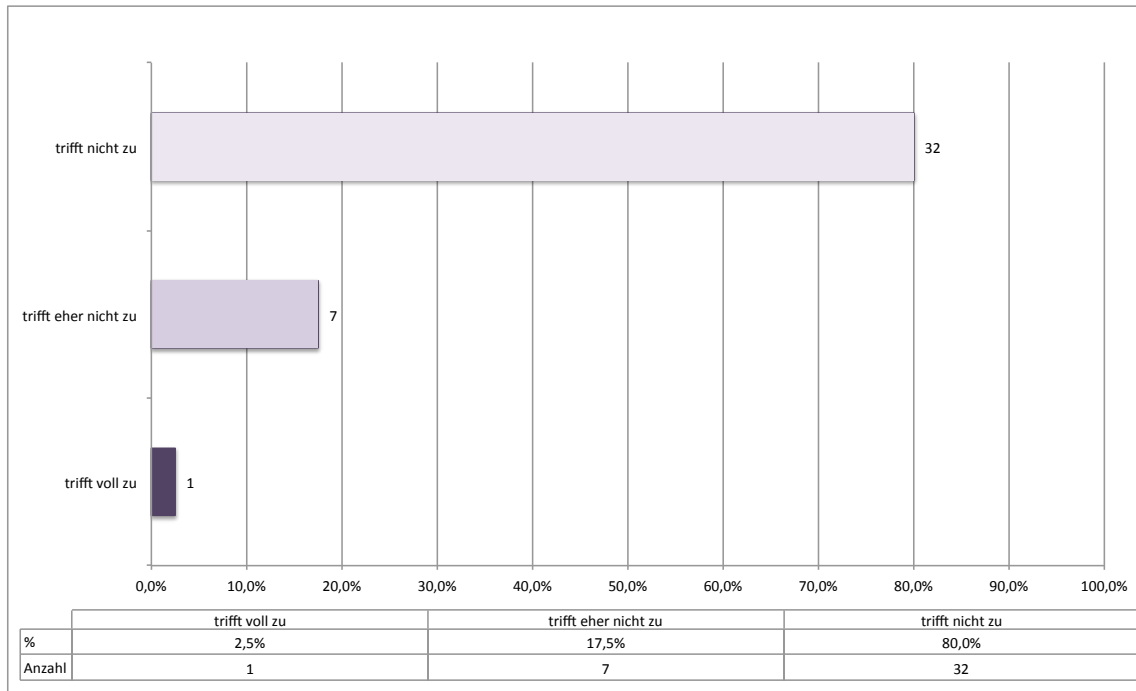
Frage 64: Beihilfe zur Selbsttötung sollte nur unter definierten gesetzlichen Regeln ähnlich wie in der Schweiz sanktionsfrei bleiben.

(n = 40)



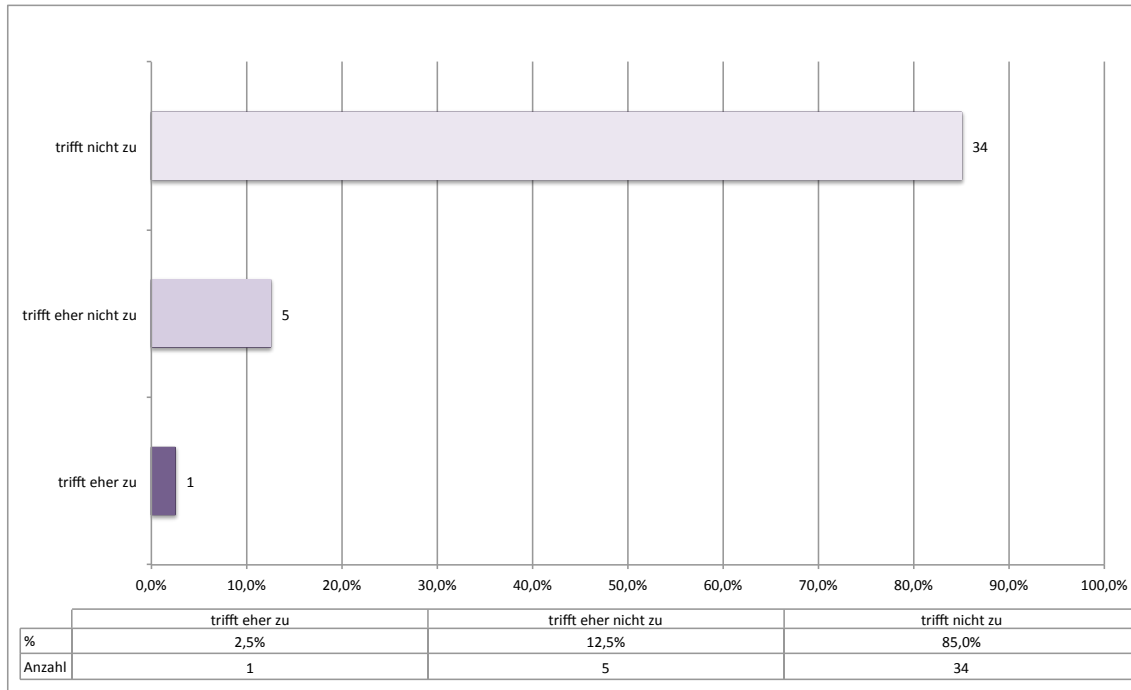
**Frage 65: Beihilfe zur Selbsttötung sollte stets sanktionsfrei bleiben
(also auch für Vereine etc.).**

(n = 40)



Frage 66: Ich würde eine Freigabe der Tötung auf Verlangen ähnlich wie in den Benelux-Ländern begrüßen.

(n = 40)



Frage 67: Freitext

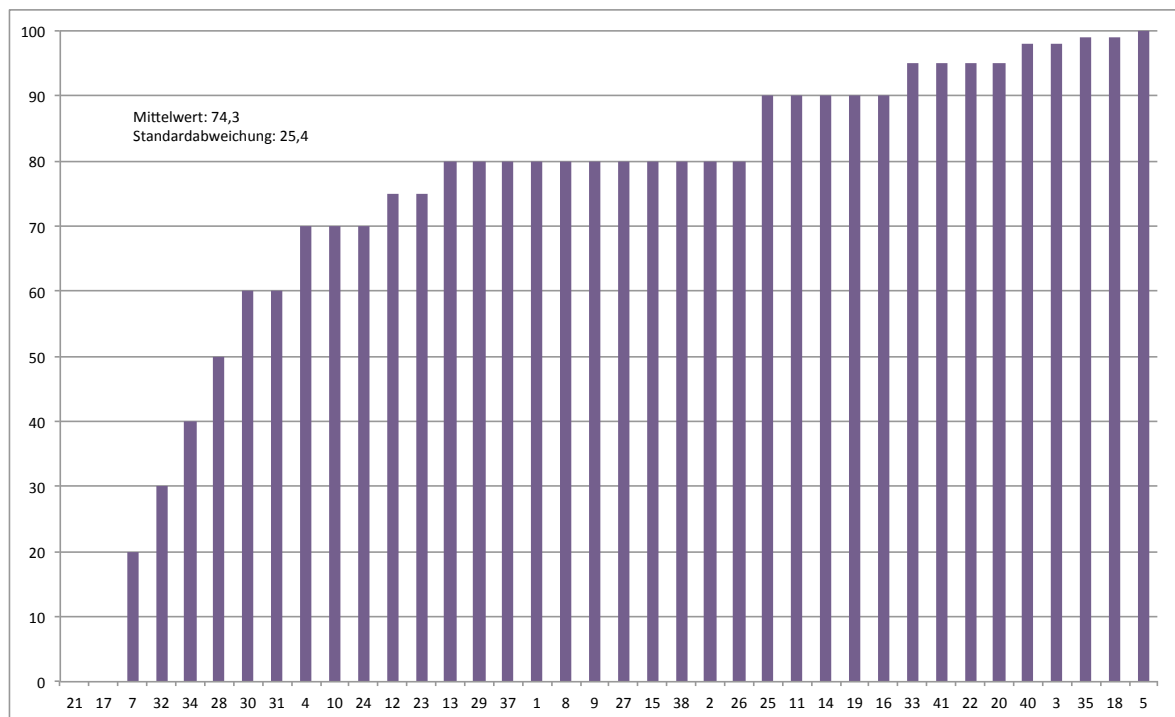
(n = 2)

ID	Freitext
7	Frage 61: Unsere Gesetzeslage ist eindeutig und bedarf keiner Präzisierung, die die Sache nur verkomplizieren würde. Nur sollte niemand die Beihilfe zur Selbsttötung gewohnheitsmäßig oder gewerbsmäßig leisten oder Menschen in ihrem Entschluss bestärken um eigener Vorteile Willen.
42	Beihilfe zur Selbsttötung sollte für die erreichbar sein, denen nach sorgfältiger Prüfung durch mehr als einen Experten, nicht anders geholfen werden kann – gewerblich organisiert darf das nicht möglich sein – also sinnvollerweise in diesen sehr seltenen Fällen ärztliche Aufgabe.

4.2.6 Fragen zu palliativer Sedierung

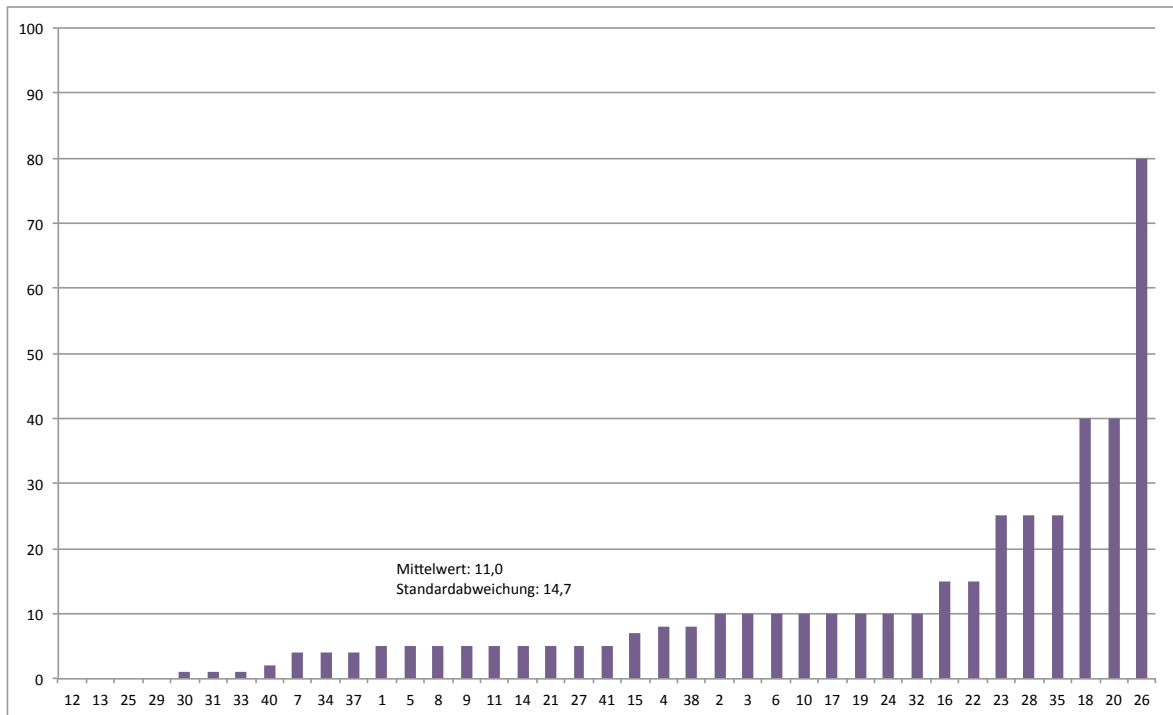
Frage 68: Ich schätze, dass Patienten 2014 am letzten Lebenstag Medikamente wie z. B. Tranquilizer, Neuroleptika, Opioide erhielten, ohne Sedierung als Therapieziel zu verfolgen, die als Nebenwirkung auch sedierend wirken:

(n = 38)



Frage 69: Ich schätze, dass 2014 am letzten Lebenstag eine palliative Sedierung im engeren Sinne erhielten:

(n = 39)



Frage 70: Wenn wir palliativ sedieren, verwenden wir folgende Medikamente:

(n = 39)

Medikamentenverwendung		
	Anzahl	Anteil
Midazolam	39	100%
Morphin	31	79%
Hydromorphon	21	54%
Lorazepam	13	33%
Fentanyl	9	23%
Diazepam	8	21%
Levomepromazin	6	15%
Ketamin	4	10%
andere Opioide	4	10%
Flunitrazepam	3	8%
Andere Benzodiazepine	3	8%
Promethazin	3	8%
Haloperidol	3	8%
Propofol	3	8%
Chlorpromazin	2	5%
Phenobarbital	2	5%
Clonazepam	2	5%
Levomethadon	2	5%
Phenobarbital	2	5%
Haldol	1	3%
Haloperidol	1	3%
Ketamin	1	3%
Benzodiazepine	1	3%
Neuroleptika	1	3%
Neurocil	1	3%
Gesamt	39	100%

Frage 71: Freitext

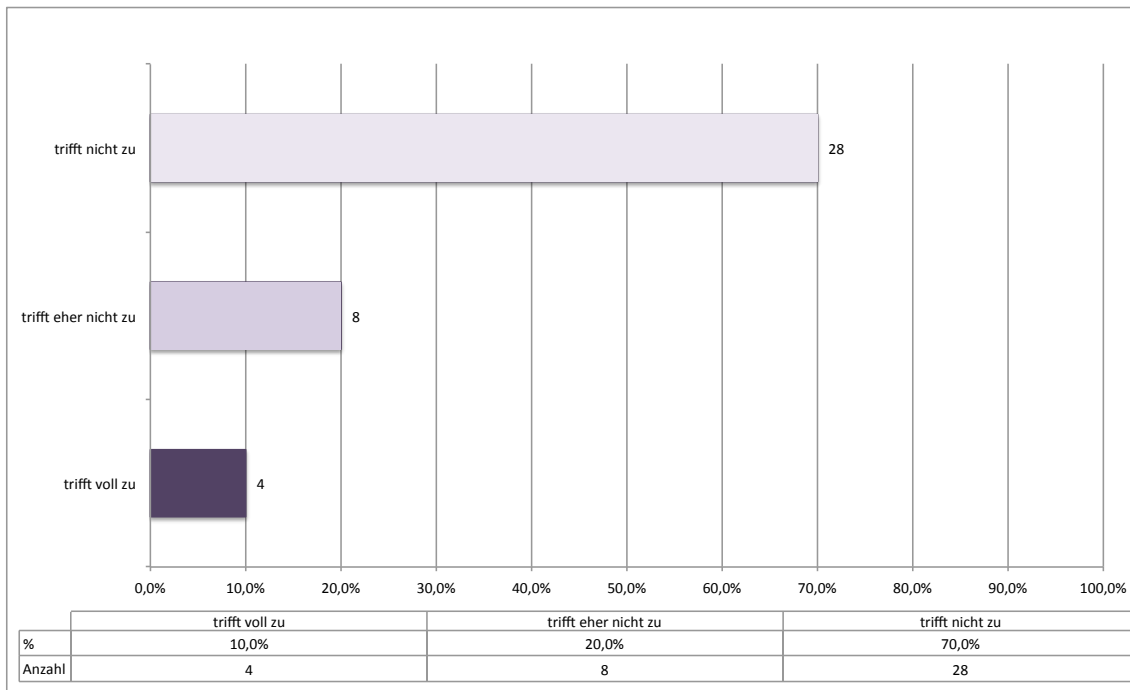
(n = 4)

ID Freitext

- 4 *Für eine reine Sedierung i.d.R. Midazolam, ggfs. ersatzweise Levomepomazin. Ggfs. Zusatz von Morphin oder anderen Opiaten.*
- 12 *Bisher keine palliative Sedierung durchgeführt, da mit dem Einsatz einiger der oben genannten Medikamente eine gute Symptomkontrolle möglich war.*
- 13 *Selten*
- 14 *Sedierungstiefe in der Regel mittels Midazolamperfusor zu steuern; nicht bis Koma sondern bis Symptome ausreichend gelindert.*

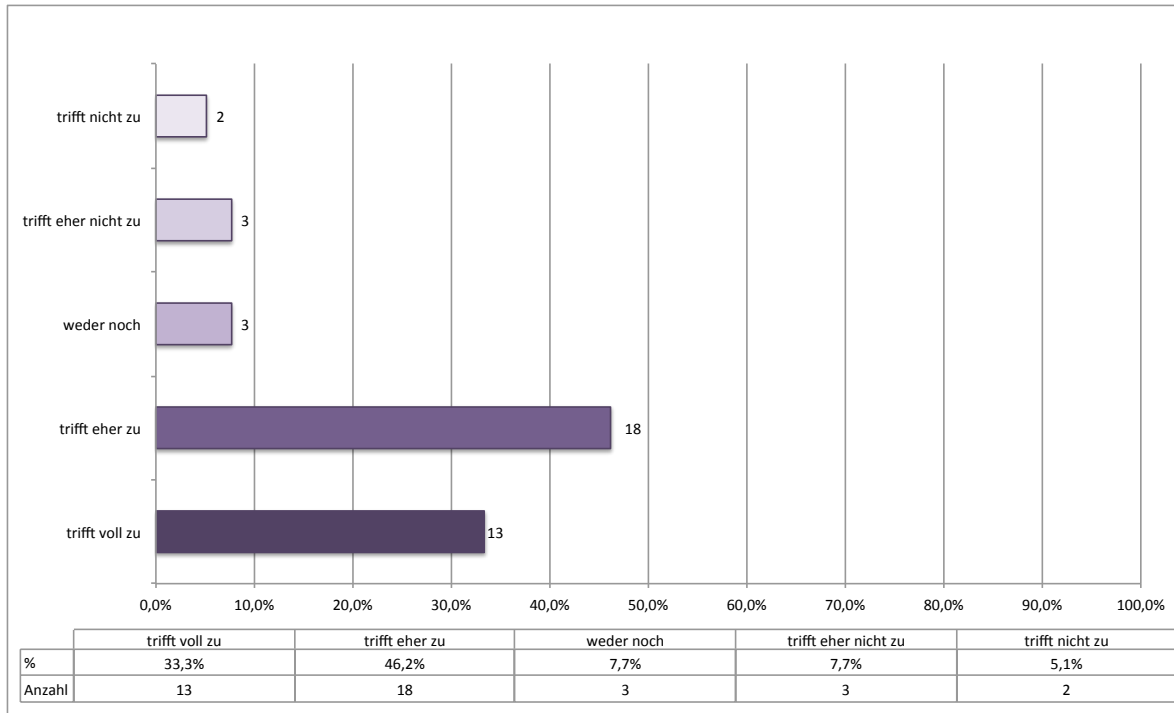
Frage 72: Für mich ist eine Sedierung eine gute Behandlungsmöglichkeit um den Todeseintritt zu beschleunigen, wenn sich alle Beteiligten einig sind.

(n = 40)



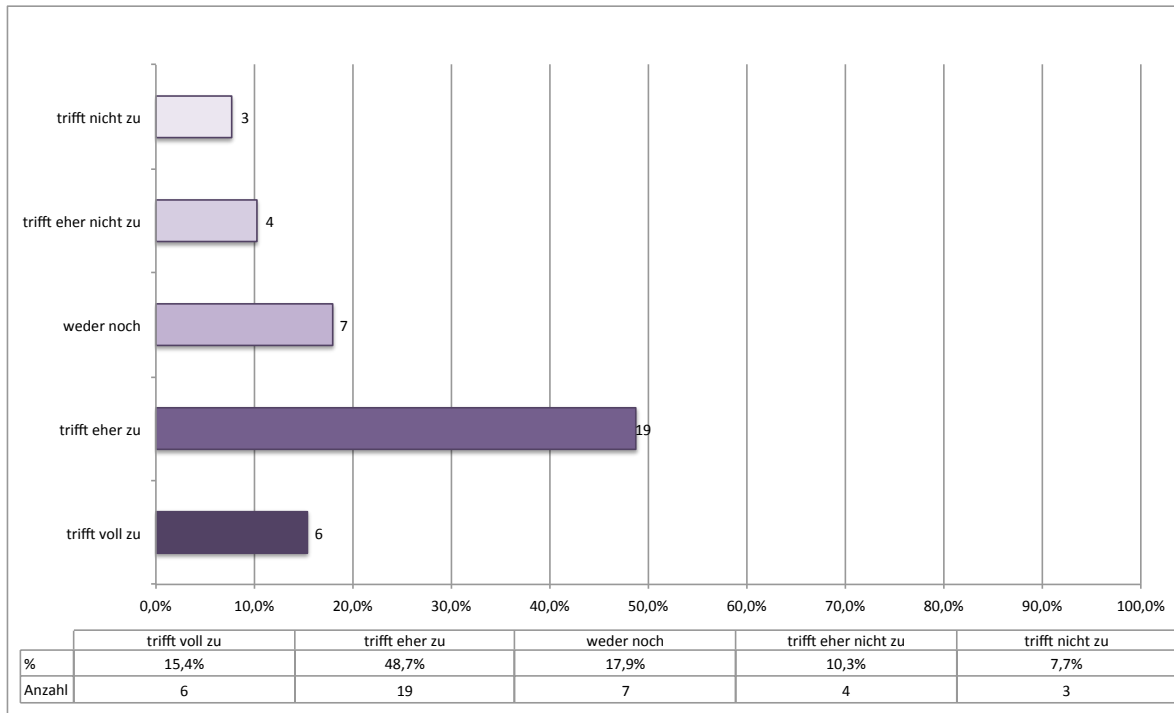
Frage 73: Die EAPC-Leitlinie für den Einsatz sedierender Medikamente in der Palliativmedizin ist mir gut bekannt.

(n = 39)



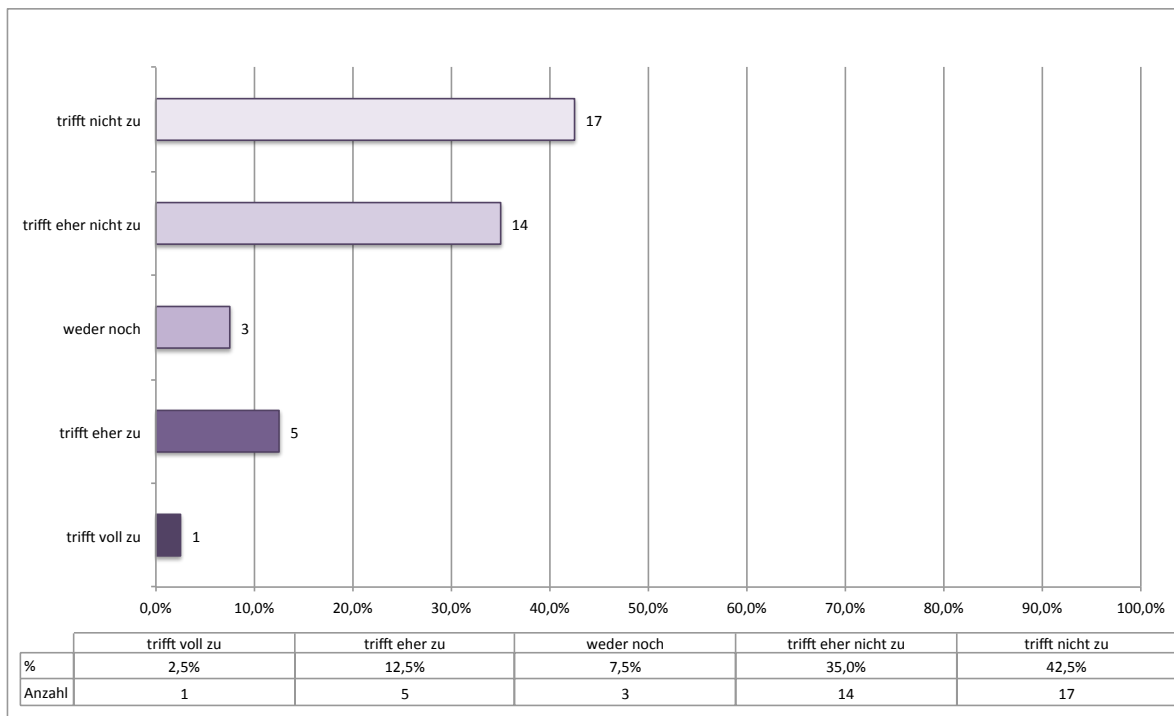
Frage 74: Ich orientiere mich in der Praxis eng an der Leitlinie der EAPC für den Einsatz sedierender Medikamente in der Palliativmedizin.

(n = 39)



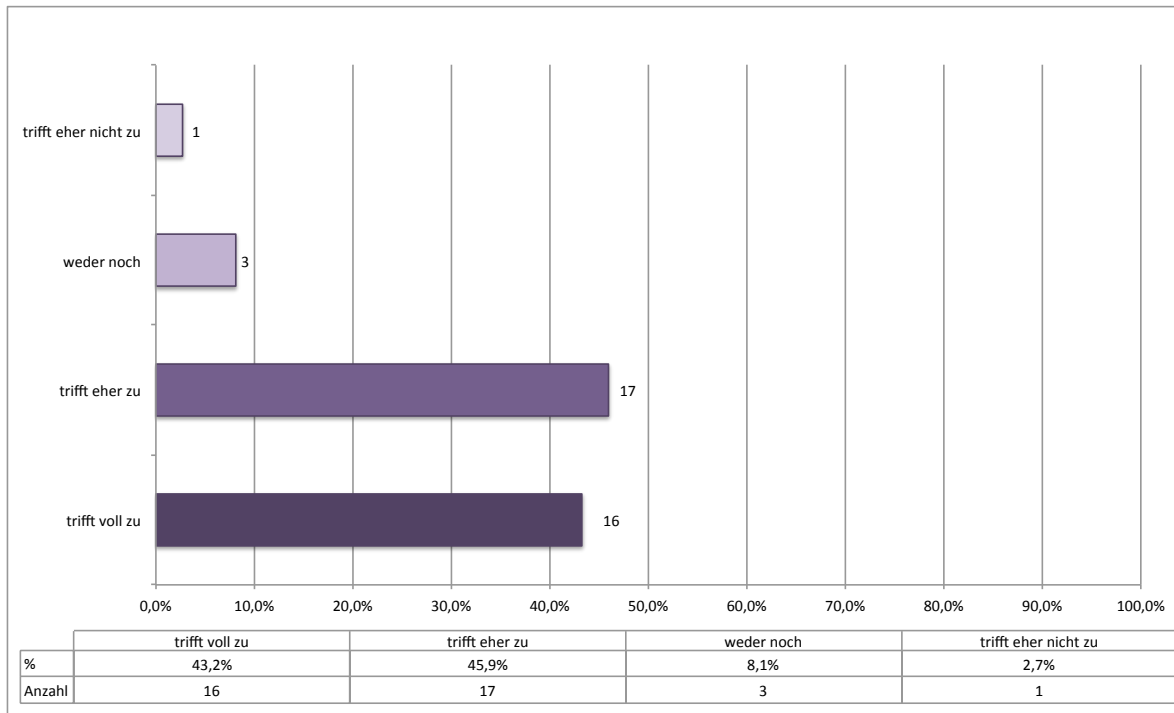
Frage 75: Die Entscheidung zum Beginn einer palliativen Sedierung treffe ich völlig unabhängig von der Entscheidung andere lebenserhaltende Maßnahmen weiter fortzuführen, wie z. B. Nahrung, Flüssigkeit, Antibiose, Beatmung.

(n = 40)



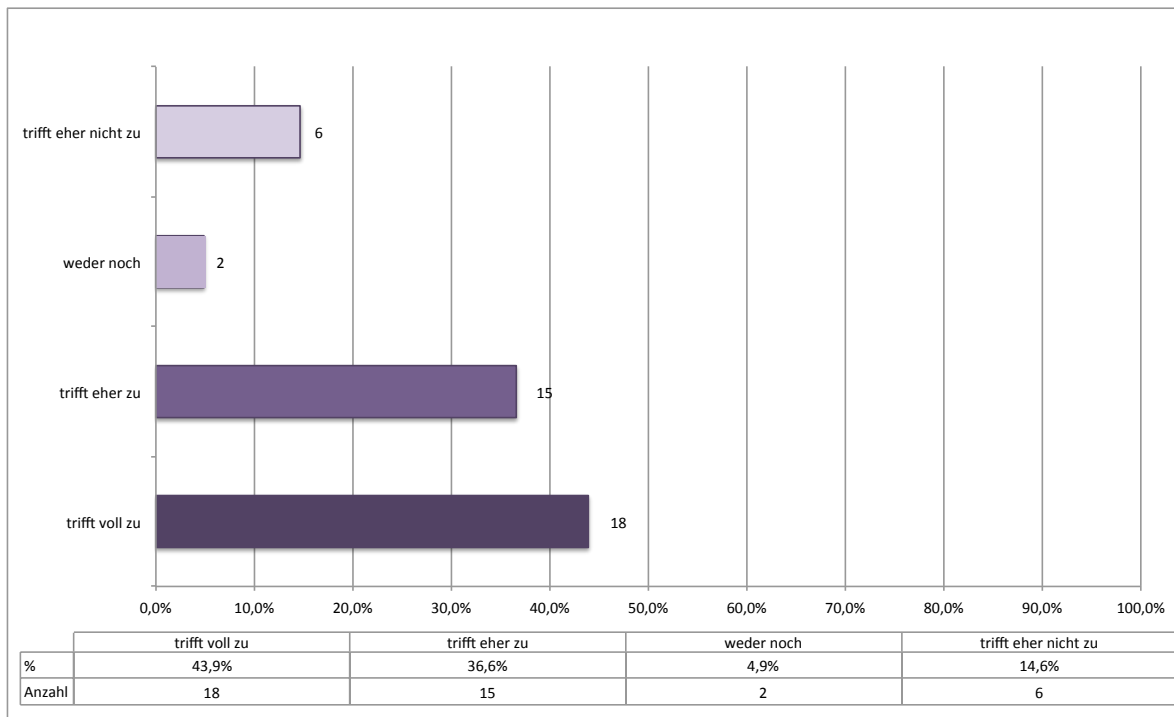
Frage 76: Mit einer palliativen Sedierung, wie ich sie durchführe und verantworte, schläft der Patient eventuell bis in den Tod hinein, die Sedierung führt nicht zu einer Lebensverkürzung, sondern zu einer Symptomkontrolle.

(n = 37)



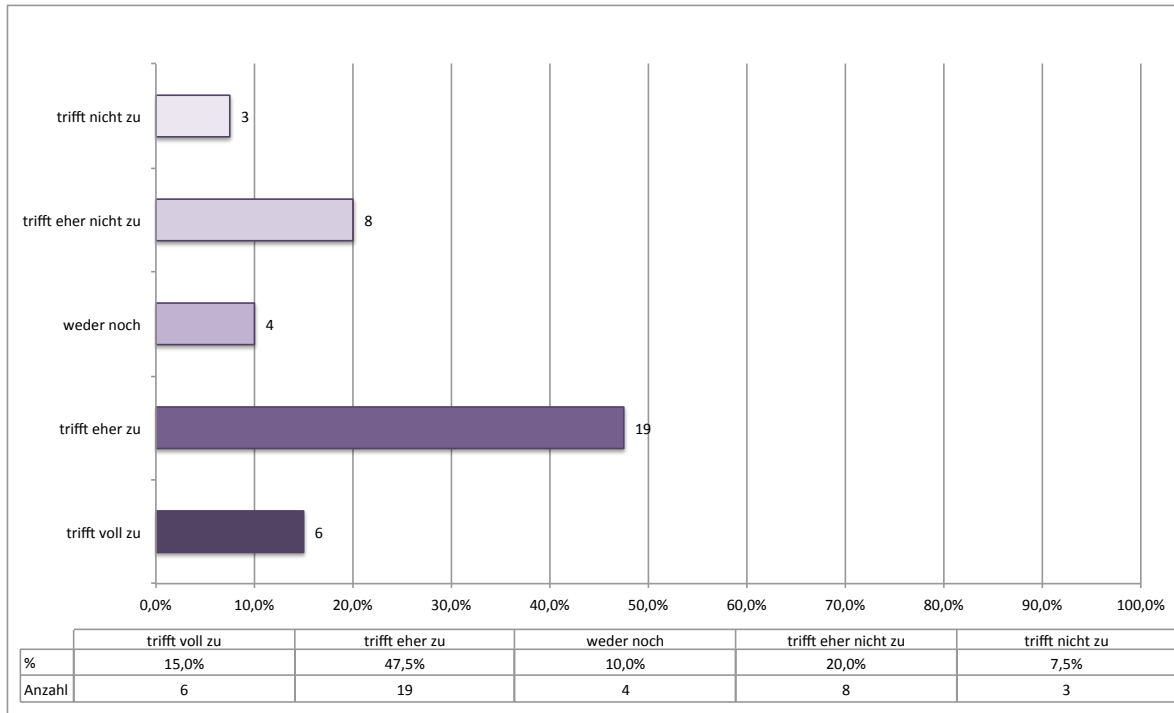
Frage 77: Unter einer palliativen Sedierung ist es mir wichtig, die Medikamentendosis an die Sedierungstiefe anzupassen, damit der Patient nicht durch die Medikamentenwirkung eine Atemdepression bekommt.

(n = 41)



Frage 78: Unter einer Sedierung ist es mir wichtig, dass Vitalparameter wie die Atemfrequenz und auch die Sedierungstiefe angemessen kontrolliert werden, damit der Patient nicht durch die Sedierung früher stirbt.

(n = 40)



Frage 79 Freitext

(n = 7)

ID	Freitext
4	<i>Auch hier gilt es, der Situation angemessen und situationsgerecht zu handeln.</i>
7	<i>Alles geschieht immer nur nach dem erklärten Willen des Patienten!</i>
14	<i>Kontrolle der Symptomlinderung bzw. Freiheit und nicht der Vitalparameter, da sonst eventuell zu geringe Sedierungstiefe. Aufklärung von Patient und Umfeld über Beginn mit intermittierender Sedierung (unter Fortführung der übrigen supportiven Therapien). Erst wenn der Patient es ausdrücklich nach Dauersedierung wünscht, dann auch konsequente Reduktion bzw. Abstellen lebenserhaltender Begleittherapien (künstl. Ernährung etc.).</i>
15	<i>In der palliativen Sedierung ist mir die ausreichende Symptomkontrolle wichtig.</i>
30	<i>Die Frage 77 ist m. E. nicht richtig gestellt: Ziel ist nie die Atemdepression. Eine Überdosierung darf nicht Todesursache sein, aber eine Symptomkontrolle erst mit so hohen Dosen zu erreichen, dass diese als Ursache einer Störung des Atemmusters in ...</i>
32	<i>Palliative Sedierung sollte m. E. durch klinischen Blick und Erfahrung gesteuert sein, nicht durch technische Messungen.</i>
33	<i>Ziel der palliativen Sedierung ist die Symptomkontrolle und nicht die Verkürzung der Lebenszeit. Also muss die Symptomatik erfasst und die Sedierung angepasst, d. h. vertieft oder abgeflacht werden. Vergleichbar mit einer Narkoseführung. Die Sedierung endet nicht zwangsläufig mit dem Tod des Patienten.</i>

Anmerkung: ID 30 hatte die Frage nicht komplett beantwortet, sich auf die Rückfrage auch nicht noch einmal ergänzend geäußert.

Der Umfang der Befragung war sehr umfassend, da sie als Pilot für eine Vollerhebung bei allen deutschen PCTs gedacht ist. Für die Fragestellung dieser Arbeit kann der Focus in der Auswertung auf die Beantwortung folgender Thesen gelegt werden:

4.3.1 Daten für These 1

Selbst bei schwerstem Leidensdruck sind zur Leidenslinderung oder Symptomkontrolle in der letzten Lebensphase bei den Patienten in der SAPV die Möglichkeiten der Palliativversorgung ausreichend.

Die palliative Sedierung kann als Methode der Wahl eingesetzt werden, die indiziert ist, wenn andere Maßnahmen der Symptomkontrolle versagen oder nicht erwünscht sind.

Im Wesentlichen waren hierfür die Fragen Nummer 30, 31, 32, 38, 39 und 40 relevant, teils auch die Fragen Nummer 72 bis 79.

Die Zusammenfassung der aus den im vorausgehenden Abschnitt dargestellten Einzelergebnisse der Umfrage ergab Folgendes:

Frage 30: Gab es Patienten, bei denen die Beihilfe zur Selbsttötung wegen mangelnder Leidenslinderung die bessere Option gewesen wäre?

2013: 7 von 8.085 Patienten (5 von ID 23, 2mal von ID 15)

2014: 8 von 9.433 Patienten (5 von ID 23 , 2mal ID 15, 1mal ID 10)

In der Antwort zu **Frage 31: „Falls solche Fälle vorkamen, dass die Beihilfe zur Selbsttötung bei Ihren Patienten wegen mangelnder Leidenslinderung die bessere Option gewesen wäre, warum gab es in diesen Fällen keine**

anderen Optionen wie z. B. eine palliative Sedierung?“, bzw. im Freitext (Frage 32) gaben die Palliativmediziner dazu an:

ID 4:

„Die Wünsche betreffen eher die aktive Sterbehilfe "Doktor, geben Sie mir doch eine Spritze, dass es endlich vorbei ist", als die hier erfragte Beihilfe zur Selbsttötung. Diese Differenzierung wird so gut wie nie von Betroffenen vorgenommen.“

ID 6:

„Schiefe Frage“

ID 10:

„Der Patient lebte alleine und lehnte eine Hospizaufnahme sowie eine Palliative Sedierung ab“

ID 14:

„Nein wegen der Möglichkeit der palliativen Sedierung“

ID 15:

„Die palliative Sedierung ist stets eine andere Option, kommt allerdings nicht zur Anwendung, wenn die unzureichende Symptomkontrolle nicht richtig vorhergesehen wird oder der Wunsch zur palliativen Sedierung unzureichend kommuniziert wird.“

„Die genannten Zahlen sind Schätzungen aus der Erinnerung. Die Beihilfe zum Suizid wird so gut wie nie konkret nachgefragt. Die Alternative einer Sterbehilfeorganisation wird gelegentlich diskutiert und danach in der Regel verworfen.“

ID 16:

„Fragen unpräzise!! Patienten haben eher Sterbewunsch, Todeswunsch und Tötungswunsch und differenzieren nicht zwingend nach Wahl der Methodik.“

ID 23:

„Palliative Sedierung oder andere angebotene Maßnahmen der Symptomlinderung wurden dann doch von den Patienten abgelehnt.“

ID 33:

„Nach unserer Erfahrung wird der Wunsch von Patienten ‚Ich will nicht mehr leben‘ praktisch ausschließlich geäußert, wenn die Symptomkontrolle nicht zufriedenstellend ist. Ist die Symptomkontrolle erfolgt und der Patient über die Möglichkeiten einer palliativen Sedierung informiert, ist der Wunsch nach einem assistierten Suizid eine absolute Ausnahme.“

Frage 38: Gab es Patienten, bei denen die Tötung auf Verlangen wegen mangelnder Leidenslinderung die bessere Option gewesen wäre?

2013: 3 von 8.085 Patienten (1 von ID 23, 2 von ID 15)

2014: 3 von 9.433 Patienten (1 von ID 23, 2 von ID 15)

Frage 39: Falls solche Fälle vorkamen, dass die Tötung auf Verlangen bei Ihren Patienten wegen mangelnder Leidenslinderung die bessere Option gewesen wäre, warum gab es in diesen Fällen keine anderen Optionen wie z. B. eine palliative Sedierung? und Frage 40 Freitext.

ID 4:

„Wie schon erwähnt, nehmen die Patienten die Differenzierung zwischen Tötung auf Verlangen (aktive Sterbehilfe) und Beihilfe zum Suizid nicht vor. Das wird ja auch in der aktuellen Diskussion immer wieder deutlich.“

ID 10:

„Ich bin grundsätzlich der Meinung, dass eine (Selbst)Tötung nicht in Frage kommt, solange eine optimale Leidenslinderung vorhanden ist.“

ID 11:

„Wunschäußerung der Eltern, das von ihrer Seite befürchtete, zukünftige Leiden ihres Kindes im Vorfeld verhindern zu wollen / Nach Vertrauensaufbau und Krisenantizipation im Rahmen der SAPV kein Thema mehr.“

ID 14:

„Siehe Frage Nr. 32“

ID 15:

„Für Patienten, bei denen eine befriedigende Symptomkontrolle nicht gelingt, sind Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen bessere Alternativen, denen die palliative Sedierung vorzuziehen ist.“

WEITERE ANTWORT AUF GEZIELTE NACHFRAGE:

„Die palliative Sedierung sollte der Goldstandard für Fälle mit unzureichender Symptomkontrolle sein.

Mit der Miteinbeziehung von Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen wollte ich zum Ausdruck bringen, dass ich dann für diese Möglichkeiten bin, wenn ein Patient unter unerträglichen Symptomen leidet und eine palliative Sedierung nicht zur Verfügung steht (gibt es ja leider!).“

Und bei der zweiten Nachfrage:

„Für Patienten, bei denen eine befriedigende Symptomkontrolle nicht gelingt, sind Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen Alternativen, aber eine palliative Sedierung ist vorzuziehen.“

ID 16:

„Siehe Kommentar vorher“

ID 33:

„Bei dem einen Patienten war die Tötung auf Verlangen nach Beginn einer stationären hospizlichen Versorgung mit entsprechender Symptomkontrolle nicht mehr gewünscht.“

Die Fragen 72 bis 79 gaben weiteren Aufschluss über das Selbstverständnis im eigenen Umgang mit der palliativen Sedierung.

Frage 72: Für mich ist eine Sedierung eine gute Behandlungsmöglichkeit um den Todeseintritt zu beschleunigen, wenn sich alle Beteiligten einig sind.

„trifft eher nicht zu“ und „trifft nicht zu“: 90,0 %

Frage 73: Die EAPC-Leitlinie für den Einsatz sedierender Medikamente in der Palliativmedizin ist mir gut bekannt.

„trifft eher zu“ und „trifft voll zu“: 79,5 %

Frage 74: Ich orientiere mich in der Praxis eng an der Leitlinie der EAPC für den Einsatz sedierender Medikamente in der Palliativmedizin.

„trifft eher zu“ und „trifft voll zu“: 64,1 %

Frage 75: Die Entscheidung zum Beginn einer palliativen Sedierung treffe ich völlig unabhängig von der Entscheidung andere lebenserhaltende Maßnahmen weiter fortzuführen, wie z. B. Nahrung, Flüssigkeit, Antibiose, Beatmung.

„trifft eher nicht zu“ und „trifft nicht zu“: 77,5 %

Frage 76: Mit einer palliativen Sedierung, wie ich sie durchführe und verantworte, schläft der Patient eventuell bis in den Tod hinein, die Sedierung führt nicht zu einer Lebensverkürzung, sondern zu einer Symptomkontrolle.

„trifft eher zu“ und „trifft voll zu“: 89,1 %

Frage 77: Unter einer palliativen Sedierung ist es mir wichtig, die Medikamentendosis an die Sedierungstiefe anzupassen, damit der Patient nicht durch die Medikamentenwirkung eine Atemdepression bekommt.

„trifft eher zu“ und „trifft voll zu“: 80,5 %

Frage 78: Unter einer Sedierung ist es mir wichtig, dass Vitalparameter wie die Atemfrequenz und auch die Sedierungstiefe angemessen kontrolliert werden, damit der Patient nicht durch die Sedierung früher stirbt.

„trifft eher zu“ und „trifft voll zu“: 62,5 %

Frage 79: Freitext für Wünsche, Bemerkungen, Probleme, eigene Einstellungen.

ID 4

„Auch hier gilt es, der Situation angemessen und situationsgerecht zu handeln.“

ID 7

„Alles geschieht immer nur nach dem erklärten Willen des Patienten!“

ID 14

„Kontrolle der Symptomlinderung bzw. Freiheit und nicht der Vitalparameter, da sonst eventuell zu geringe Sedierungstiefe. Aufklärung von Patient und Umfeld über Beginn mit intermittierender Sedierung (unter Fortführung der übrigen supportiven Therapien). Erst wenn der Patient es ausdrücklich wünscht nach Dauersedierung dann auch konsequente Reduktion bzw. Abstellen lebenserhaltender Begleittherapien (künstl. Ernährung etc.).“

ID 15

„In der palliativen Sedierung ist mir die ausreichende Symptomkontrolle wichtig.“

ID 30

„Die Frage 77 ist m. E. nicht richtig gestellt: Ziel ist nie die Atemdepression. Eine Überdosierung darf nicht Todesursache sein, aber eine Symptomkontrolle erst mit so hohen Dosen zu erreichen, dass diese als Ursache einer Störung des Atemmusters in ...“

ID 32

„Palliative Sedierung sollte m. E. durch klinischen Blick und Erfahrung gesteuert sein, nicht durch technische Messungen.“

ID 33

„Ziel der palliativen Sedierung ist die Symptomkontrolle, nicht die Verkürzung der Lebenszeit. Also muss die Symptomatik erfasst und die Sedierung angepasst, d. h. vertieft oder abgeflacht werden. Vergleichbar mit einer Narkoseführung. Die Sedierung endet nicht zwangsläufig mit dem Tod des Patienten.“

4.3.2 Daten für These 2

Besteht bei Ärzten der Eindruck, dass für einzelne Patienten aktiv lebensverkürzende Maßnahmen die bessere Option wären, so sind diese Patienten Menschen, die aus Gründen ihrer Lebensbilanz oder einer möglichen, bzw. bevorstehenden deutlichen Verschlechterung der Grunderkrankung sterben wollen und nicht wegen bestehender körperlicher, leidbesetzte Symptome, wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit.

Zur These 2 waren im Wesentlichen die Antworten zu den Fragen Nummer 72 bis 79, dazu 31, 32, 39, 40 relevant. Auch für die Beurteilung dieser These waren die Antworten in den verfügbaren Kommentarfeldern und persönlichen Befragungen besonders relevant.

4.3.3 Daten für These 3

Nach dem Eindruck der behandelnden Ärzte würden diese Patienten, denen aktiv lebensverkürzende Maßnahmen als die bessere Option erschienen, eine Tötung auf Verlangen einer Beihilfe zur Selbsttötung vorziehen.

Für die letzte These waren die Fragen Nummer 29, 37, 45 bis 47, 51 bis 53 bedeutsam. Auch für die Beurteilung dieser These waren die Antworten in den verfügbaren Kommentarfeldern und persönlichen Befragungen besonders relevant.

Frage 29: Wie viele Ihrer Patienten haben nach Ihrer Kenntnis insgesamt den Weg der Selbsttötung gewählt und sich das Leben genommen?

17 Patienten

Frage 37: Wie viele Ihrer Patienten haben nach Ihrer Kenntnis insgesamt den Weg der Tötung auf Verlangen gewählt?

0 Patienten

Frage 45: Unter bestimmten Bedingungen, vielleicht extrem selten vorkommend, könnte ich als Arzt es mir vorstellen Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten.

„trifft eher nicht zu“ und „trifft nicht zu“ 56,1 %

Frage 46: Falls es eher nicht zutrifft, wäre eventuell ein Kollege im Team dazu bereit.

„trifft eher nicht zu“ und „trifft nicht zu“ 75,0 %

Frage 47: Ich wäre bereit, den Patienten zur Beihilfe zur Selbsttötung an einen anderen Kollegen in oder außerhalb des Teams zu vermitteln, wenn mir dieser bekannt wäre.

„trifft eher nicht zu“ und „trifft nicht zu“ 50,0 %

„trifft eher zu“ und „trifft voll zu“ 42,5 %

Frage 51: Unter bestimmten Bedingungen, vielleicht extrem selten vorkommend, könnte ich als Arzt es mir vorstellen Tötung auf Verlangen zu leisten.

„trifft eher nicht zu“ und „trifft nicht zu“ 85,0 %

Frage 52: Falls es eher nicht zutrifft, wäre eventuell ein Kollege im Team dazu bereit.

„trifft eher nicht zu“ und „trifft nicht zu“ 81,1 %

Frage 53: Ich wäre bereit, den Patienten zur Tötung auf Verlangen an einen anderen Kollegen in oder außerhalb des Teams zu vermitteln, wenn mir dieser bekannt wäre.

„trifft eher nicht zu“ und „trifft nicht zu“ 72,5 %

5. Diskussion

Der hochaltrige Philosoph Robert Spaemann zitiert sich Anfang 2015 als Einstieg in einen Aufsatz mit dem Titel „Euthanasie“ selbst: *„Vor etwa 60 Jahren habe ich in der damaligen Wochenendzeitung Deutsche Zeitung/Christ und Welt kritisch Stellung genommen zu den rasant wachsenden Möglichkeiten medizinischer Lebensverlängerung. Ich warnte damals davor, von ihnen uneingeschränkten Gebrauch zu machen. Die voraussehbare Folge werde der Ruf nach Euthanasie sein.“* (Spaemann 2015)

Dies ist ein gewichtiger Einwand in der Diskussion um Möglichkeiten, wie man es Menschen ermöglichen kann zunächst das Leben möglichst zu verlängern und dann – quasi als Konsequenz aus der Option des Machbaren heraus – es wiederum danach einfacher machen kann, ihren festen Entschluss nach Lebensverkürzung umzusetzen. Mit der vorliegenden Untersuchung sollten zunächst grundlegende Erkenntnisse über Bedarfe und Umgang zu lebensverkürzenden Maßnahmen in der SAPV gesammelt und verglichen werden. Immer gilt es in der Betrachtung, häufig verwischte Grenzen zwischen der Beihilfe zur Selbsttötung und der Tötung auf Verlangen oder gar aus Mitleid zu beachten, denn *„Der ärztlich assistierte Suizid wird, jedenfalls, wenn er die Grenzen der straflosen, bloßen Beihilfe zur Selbsttötung des Suizidenten überschreitet, von unserer Rechtsordnung (§ 216 StGB) bisher nicht als strafloses ärztliches Handeln akzeptiert.“* (Zenz 2011).

In der Hospiz- und Palliativerhebung der Jahre 2005 und 2006 wurde bei rund einem Achtel der auf Palliativstationen und bei rund einem Viertel der in Hospizen erfassten Patienten ein Wunsch nach einem baldigen Tod dokumentiert (Jaspers 2011), was auch andere Untersuchungen ähnlich zeigen. Unklar blieb, ob dies ein ernsthafter, wiederholt vorgetragener Wunsch und insbesondere einer nach lebensverkürzenden Maßnahmen war.

Zu beachten ist bei diesen breit erhobenen Daten, dass sie eben nicht bei den „Durchschnittspatienten“ am Lebensende erhoben worden sind und erst recht nicht bei jenen, die möglichst angemessen versorgt am von ihnen bevorzugten Ort ihren letzten Lebensabschnitt verbringen können, sondern bei Palliativpatienten, die eben wegen schwierig zu behandelten Symptome oder wegen Problemen in der Betreuung zuhause in Hospize oder Palliativstationen eingewiesen werden mussten. Hier ist zu bedenken, ob nicht eine gewisse Perspektivlosigkeit wieder in die Lebensumstände zurückkehrt, die man sich gewünscht hätte, diese jedoch zu einer hierdurch geprägten, anderen Einstellung und entsprechend stärkeren Wünschen nach einer Lebensverkürzung führen könnte.

Daten zum Sterbewunsch bei Patienten, die weit überwiegend in der Häuslichkeit erhoben wurden, sind nicht bekannt.

Fragt man Ärzte nach der bisherigen Praxis, ob Sie jemals auf Bitten eines Patienten Medikamente in der Absicht der Lebensverkürzung an Patienten verabreicht, verordnet oder überlassen hätten (*„Administering, prescribing or supplying drugs with the explicit intention of hastening the end of life on the explicit request of a patient“*) oder bereit wären, dies zu tun, antworteten Ärzte, die häufiger mit Sterbenden zu tun hatten in sechs europäischen Ländern sehr verschieden mit einem „Nein“: In den Niederlanden 15 %, in Belgien 36 %, in der Schweiz 59 %, in Dänemark 62 %, in Österreich 66 % und in Schweden 84% (Löfmark 2008).

Wie die medizinischen begründbaren Indikationen innerhalb der Gruppe von durch PCTs behandelten Palliativpatienten tatsächlich quantitativ und qualitativ vorhanden sind, wurde bislang nicht untersucht. Dazu sollte diese Arbeit erste Daten liefern und es sollten durch diese Arbeit drei Thesen überprüft werden.

Für die vorliegende Arbeit kann eine Rücklaufquote von insgesamt 85,7 % und davon in Hessen mit 23 von 24 (95,8 %), dem Saarland mit 4 von 5 (80 %) aber auch noch in allen bekannten bundesdeutschen PCT-KJs mit 15 von 20 (75 %)

mit weitgehend vollständiger Beantwortung als außergewöhnlich hoch bezeichnet werden. Sie konnte nur durch eine relativ gute Vertrautheit zwischen Fragendem und Befragten und ein zeitaufwändiges Nachfragen bei Unklarheiten oder Verzögerungen erreicht werden. Durch den hohen Rücklauf ist die Validität entsprechend groß, obwohl die absolute Zahl nicht hoch ist. Ziel ist es nun in der Folge die Befragung mit deutlich verringerter Fragenzahl auf alle rund 290 deutschen PCTs mit eigenen Betriebsstättennummern (BSNR) auszuweiten und dadurch die erhobenen Daten deutlich zu untermauern.

In den Ergebnissen zeigten sich wesentliche Gemeinsamkeiten, aber auch deutliche Unterschiede zwischen den PCTs für Kinder und jenen für Erwachsene. So wurde die Beihilfe zur Selbsttötung bei Erwachsenen von den Patienten selber in 3,8 % nachgefragt, bei Kindern nur in knapp 0,5 % der Fälle, durch Angehörige wurden in 0,4 %, bzw. 0,0 % nachgefragt.

Vollzogene Suizide kamen bei Kindern nicht vor.

Anders war dies bei der Tötung auf Verlangen. Hier war das Verhältnis wesentlich näher beieinander für die Nachfrage des Patienten 2,7 % vs. 0,9 % und umgekehrt für die Nachfrage durch die Angehörigen mit 1,2 % bei Erwachsenen und 2,8 % bei Kindern.

Die Reduktion des Wunsches nach Lebensverkürzung schwand bei allen Gruppen im Verlauf der Versorgung gleichermaßen.

5.1 Diskussion These 1

Selbst bei schwerstem Leidensdruck sind zur Leidenslinderung oder Symptomkontrolle in der letzten Lebensphase bei den Patienten in der SAPV die Möglichkeiten der Palliativversorgung ausreichend.

Die palliative Sedierung kann als Methode der Wahl eingesetzt werden, die indiziert ist, wenn andere Maßnahmen der Symptomkontrolle versagen oder nicht erwünscht sind.

Auch in der vorliegenden Untersuchung zeigte es sich, dass die Frage nach lebensverkürzenden Maßnahmen sowohl in der palliativen Versorgung von Erwachsenen wie auch Kindern eine teils wesentliche Rolle spielt. Der Wunsch der Patienten wird bei den verschiedenen Palliativmedizinerinnen sehr verschieden häufig wahrgenommen.

Regional unterschiedlich erhalten im bundesweiten Durchschnitt nur 5 % aller Verstorbenen (G-BA 2013) Leistungen der SAPV am Lebensende, weil sie besonders belastende und leidvolle Beschwerden haben. Dabei kann die Zahl stellenweise bis zu 24 % (PalliativNetz Osthessen 2015) der Gesamtzahl aller Verstorbenen im Einzugsgebiet eines PCTs betragen.

Die Stichprobengröße der unter der Betreuung der Befragten verstorbenen Patienten betrug 11,0 % der in 2013 (8.209 von 74.594) deutschlandweit in der SAPV Versorgten, bzw. 0,91 % aller 2013 in Deutschland Verstorbenen (893 825).

Bei den Verstorbenen aus zwei Jahren mit 17.772 SAPV-Patienten

wurde 1.452mal der Wunsch nach Lebensverkürzung von Patienten oder Angehörigen geäußert,

erfolgte 17mal eine Lebensverkürzung durch Selbsttötung,

erfolgte keine Lebensverkürzung durch Tötung auf Verlangen,

erfolgte keine Lebensverkürzung bei Kindern.

Bei 8,3 % der Patienten in dieser Studie wurde der Wunsch nach Lebensverkürzung geäußert,

0,096 % der Patienten nahmen sich schließlich das Leben während sie in der SAPV versorgt wurden.

Der Anteil der Patienten, bei denen einmalig oder wiederholt und nachdrücklich der Wunsch nach Lebensverkürzung geäußert wurde, entspricht damit im Wesentlichen der aus der Literatur bekannten Größenordnung mit einem Sterbewunsch von 12,2 % bis 27,9 % und Wunsch nach Tötung von 2,4 % bis 3,8 %. (Jaspers 2006)

Hochsignifikant niedriger in dieser Arbeit ist die Suizidrate von Palliativpatienten in der SAPV im Vergleich mit jener in der Gesamtsterblichkeit in Deutschland (Statista 2015).

Der Anteil der vollzogenen Suizide bei SAPV-Patienten mit hoher Symptomlast 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“* (Bock 2015). 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 ein guter Tod ist. Es ist ein großer Unterschied, ob man sediert in Pampers liegt oder bei vollem Bewusstsein und in Würde stirbt.“* (Humanistischer Verband Deutschland 2015).

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 gelte (Wunder 2015).

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.

Die Rechtslage hierzu ist für die behandelnden Ärzte in den letzten Jahren wesentlich sicherer geworden, auch wenn das StGB selbst nicht verändert wurde. *„Die rechtlichen Rahmenbedingungen und die strafrechtliche Bewertung von ‚Sterbehilfe‘ haben sich jedoch zum einen durch das Dritte Betreuungsrechtsänderungsgesetz vom 29. Juli 2009 und ein Urteil des 2. Strafsenats des BGH vom 25.6.2010 – 2 StR 454/094 zur Sterbehilfe durch aktives Handeln entscheidend verändert.“* (Rissing-van Saan 2011).

Prinzipiell ist solch eine palliative Sedierung an jedem Ort möglich, mit der Entscheidung, die Gabe von Nahrung und Flüssigkeit fortzuführen oder auch nicht, in unmittelbarer Todesnähe oder auch unabhängig davon. *„Die Leitlinien differenzieren unterschiedliche Vorgehensweisen bei der pS in Abhängigkeit der individuellen Situation, auch in Abhängigkeit der Krankheitsphase, in der sich der Patient befindet. Die rechtfertigenden Kriterien, die sich auf die relative Todesnähe stützen, werden jedoch in der wissenschaftlichen Diskussion teils in Frage gestellt“* (Alt-Epping 2010). Dies betont auch der Medizinrechtler Oliver Tolmein *„§1901a BGB gibt das Recht, ausdrücklich lebenserhaltende und lebensverlängernde medizinische Behandlungen aller Art zu jedem Zeitpunkt einer Erkrankung abzulehnen.“* (Tolmein 2014). In praxi gibt es immer wieder Unklarheiten, ob man denn ohne Todesnähe Therapien beschränken, Lebenserhaltung nicht fortführen oder palliative Sedierungen beginnen dürfe. Der Internist und Notfallmediziner Michael de Ridder argumentiert wohl begründet, *„Wenn ein Arzt also die Möglichkeit der Behandlung hat, insbesondere des Ersatzes oder der Aufrechterhaltung lebenswichtiger Funktionen, beispielsweise die Atemfunktion durch ein Beatmungsgerät, die Nierenfunktion durch Dialyse, die natürliche Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme durch eine Ernährungssonde oder einen*

Venenkatheter ersetzen kann, ergeben Begriffe wie ‚Unheilbarkeit‘, ‚Unumkehrbarkeit‘ und ‚Todesnähe‘ kaum Sinn“. (de Ridder 2011).

Allerdings würde dies ein Sterben nur eben nicht verlängern und nicht den natürlichen Verlauf einer Sterbephase abkürzen. Die Abkürzung der Sterbephase, die Beendigung des Lebens machte unabhängig von medizinischen Maßnahmen ein aktives Handeln im Sinne einer Selbsttötung oder Tötung erforderlich.

Dazu fordern Gudrun Schaich-Walch und Jürgen Bausch in einem Leitartikel für das Frankfurter Forum, *„Wenn jemand sich zum Suizid entscheidet, muss dieser Schritt in eigener Verantwortung gegangen werden.“* (Schaich-Walch 2015).

Den tiefen Dissens, die kaum überbrückbaren Haltungsunterschiede in der Diskussion zeigen dagegen z. B. Äußerungen, wie von Dieter Graefe, dem Anwalt von Dignitas Deutschland, dass in deutschen Altenheimen die Versorgung so schlecht sei, dass man Sterbehilfe in Deutschland brauche (Graefe 2014). Hingegen argumentiert Hermann Gröhe, dass Angewiesenheit und Hilfebedürftigkeit zwar nichts Unwürdiges seien, dies aber oftmals die Scham davor zu mehr Hitzigkeit in der Diskussion beitrage, als extreme Einzelfälle, bei denen die Medizin *„heute sehr gut helfen könne“* (Gröhe 2015).

Aus diesem Aspekt heraus verwundert es nicht, wenn einerseits als konsequente Entwicklung zusätzlich zur Beihilfe zur Selbsttötung auch die Tötung auf Verlangen diskutiert wird. So erörtert Schramme konsequenterweise die Frage, ob man für Menschen, die nicht mehr in der Lage seien, sich selber zu töten, einen Anspruch formulieren könnte, getötet zu werden, wenn diese wirklich frei sein sollen.

“To argue against indirect legal paternalism, the practice of legally preventing someone else to assist a person to perform suicide or to be killed on request, needs additional reasons. It is argued that assisted suicide and voluntary active euthanasia can indeed be justified by establishing a claim of persons who want to die but are not able to kill themselves. This mainly means that being really free to die should be interpreted as involving the means to fulfil one's desire to die” (Schramme 2013).

Auch MdB Rudolf Henke, Präsident der Landesärztekammer Nordrhein, befürchtet eine logische Konsequenz aus dem verbindlichen Angebot auf Wiederholung angelegter Beihilfe zur Selbsttötung, *„Dann wird doch der Arzt unter dieser Bedingung – ‚Der Vollzug ... durch den Patienten erfolgt unter medizinischer Begleitung‘ – zu einem notwendigen Erfolgsgaranten der Suizidabsicht.“* (Henke 2015).

Hermann Gröhe begründet seine Bedenken im Zwiespalt der Zulässigkeit individueller Beihilfe zur Selbsttötung und Strafbarkeit geschäftsmäßiger Beihilfe *„Das Grundgesetz garantiert uns Selbstbestimmung. Die Selbsttötung und ihre Unterstützung sind straffrei. Ich finde es aber wichtig zu sehen, dass die Ausübung dieser Freiheit andere Menschen sehr stark berühren kann. Die Freiheit des Grundgesetzes ist nicht die Freiheit des Heranwachsenden, der unter Freiheit versteht: ‚Ich mach, was ich will.‘“* (Gröhe 2015) und weiter *„Aber in einer Zeit, da manche die Selbsttötung geradezu zum wahren Akt menschlicher Freiheitsausübung verklären, möchte ich daran erinnern, dass Menschen, wenn sie sich im Nahbereich anderer töten, ihren Nächsten ebenfalls etwas antun ... Dass ein Mensch einem anderen Menschen beim Suizid beisteht, das will ich aus dem Strafrecht heraushalten. Und ich will auch kein Sonderstrafrecht für Ärzte, will das Vertrauen zwischen Patient und Arzt gerade in Extremsituationen schützen. Aber ich finde es richtig, dass das Standesrecht für Ärzte klarstellt: Selbsttötungshilfe ist keine ärztliche Aufgabe.“* (Gröhe 2015). Wobei er das Dilemma von Beihilfe zur Selbsttötung, Tötung auf Verlangen und der Möglichkeit immer dramatischere Szenarien auszumalen und regeln zu wollen schließlich auf den Punkt bringt *„Und was die sogenannte ‚aktive Sterbehilfe‘ angeht, da sage ich ganz klar: Ich will keine Ausnahme vom strafrechtlichen Verbot der Tötung auf Verlangen! Kann ich mir in meiner Fantasie Fälle ausmalen, wo eine solche Straftat im Extremfall begangen wird und dies doch nicht mit Gefängnisstrafe geahndet werden sollte? Ja, das kann ich. Hier wäre der Anwalt gefordert, nicht der Gesetzgeber. Ein schweres ethisches Dilemma lässt sich nicht im Wege der Gesetzgebung vorab lösen – ohne fatale Folgen für die Wertschätzung des Lebens.“* (Gröhe 2015)

Ob solche Angebote nun taterleichternd wären, also die Suizidrate bei jenen erhöhen (van Loenen 2014), die darum bitten oder im Gegenteil suizidpräventiv, bzw. sogar „*suizidversuchspräventiv*“ wirken würden (Minelli 2015), ist bislang nicht valide untersucht worden. Die rasante Zunahme der Zahl der sogenannten Freitodbegleitung in der Schweiz und die gleichzeitige Zunahme der Summe aus Freitodbegleitung und nicht begleitetem Suizid kann, sehr vorsichtig ausgedrückt, diese Behauptung zumindest nicht bestätigen.

Jedoch glauben zum Beispiel in der Bevölkerung selbst unter Befürwortern von Suizidassistenten 2/3 der Befragten, dass durch einen leichteren Zugang zur Beihilfe die Zahl jener anstiege, die sich so das Leben nehmen würden (Ahrens 2015).

Im Gegenteil; es zeigen 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.

Gleich wie nun die Wahrscheinlichkeit einer Suizidprophylaxe oder auch -erleichterung bewertet würde, gibt der Volkswirt Steffen Fleßa zu bedenken, dass es neben der Bewertung des vorliegenden individuellen Falles immer auch gesamtgesellschaftliche Folgen zu beachten gilt, in die sogar volkswirtschaftliche Überlegungen eingeschlossen werden müssen. Hier sei die „*Letztverlässlichkeit*“ eine wichtige, weitgehend unbeachtete volkswirtschaftliche Ressource (Fleßa 2014). In diesem Sinne argumentiert auch Nikolaus Schneider, denn „*Ungewissheit ist eine wesentliche Ursache für den Verlust von Grundvertrauen in ein soziales Netz, das mich auffängt, wenn ich als hilfebedürftiger alter Mensch Unterstützung benötige.*“ (Gröhe 2015). Beachtenswert ist, dass in ein und derselben Umfrage sich 43 % der repräsentativ Befragten sich als sehr gut oder gut informiert zu den „Regelungen bei der Sterbehilfe“ informiert fanden und dann 70 % dieser Befragten die Möglichkeit haben wollten, „*auf aktive Sterbehilfe, also beispielsweise ärztliche Hilfe beim Suizid, zurückzugreifen*“. Hier war wohl weder den Fragenden noch den Befragten bewusst, dass „*aktive Sterbehilfe*“ und „*ärztliche Hilfe beim Suizid*“ eben nicht dasselbe sind (Walzik 2015).

Geht es um die Frage der Lebensverkürzung, so geht es zunächst doch immer auch darum, ein Leben im Sinne des Patienten durch medizinische Maßnahmen nicht mehr als gewünscht zu verlängern und um Futility. Hierzu 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 geringerem Versichertenstatus, spricht dafür, dass medizinischen Entscheidungen am Lebensende sich nicht nur am Patientenwohl, sondern beispielsweise auch an ökonomischen Fehlanreizen orientieren“* (Ludwig 2015).

Würde man zudem das Positionspapier der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivtherapie zur Therapiezieländerung auf Intensivstationen (Janssens 2012) konsequent umsetzen, würde sich eine große Zahl von Wünschen nach Lebensverkürzung oder mutmaßlicher Notwendigkeit von Beihilfe zum Suizid auf Intensivstationen (Leutheusser-Schnarrenberger 2012) bei diesen Patientenklientel gar nicht stellen.

5.1.1 Antworten zu Nachfragen bei Lebensverkürzungen betreuter Patienten

Insgesamt gaben 34 der 42 antwortenden Palliativmediziner 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.

ID 3 (3 Suizide und 5mal FVNF in 2 a):

„Es waren 3 Patienten, die sich suizidiert haben (1mal Sprung aus dem Fenster, 2mal Medikamente plus Alkohol) und 5 Patienten die sich prolongiert "suizidiert" haben FVNF:

1 mal Suizid (Sprung aus dem Fenster) direkt nach Krebsdiagnose der Ehefrau als Kurzschlusshandlung.

2 mal Bilanzsuizid (Medikamente) bei insgesamt guter Symptomkontrolle nach dem Motto: Meinen Todeszeitpunkt wähle ich selbst und warte nicht auf schlimmere Symptome oder auf Pflegebedürftigkeit.

Die 5 mal FVNF:

2 mal wegen Schluckstörungen bei neurodegenerativen Erkrankungen und klarer Entscheidung gegen PEG oder parenterale Ernährung. Die Patienten haben klar gesagt: Bevor ich mich verschlucke und im Rahmen einer Aspiration Luftnot bekomme, lasse ich das mit Essen und Trinken und ein längeres Leben durch künstliche Ernährung will ich nicht.

2 andere Patienten waren hochbetagt und gut symptomkontrolliert, hatten ohnehin keinen Hunger oder Durst mehr und haben sich genau informiert, dass das Sterben bei FVNF nicht leidvoll sein wird und sich dazu entschieden, dass es jetzt gut sei.

Die letzte Patientin hatte auch keinen Hunger mehr, war dialysepflichtig und hat nach Absetzen der Dialyse bewusst das Trinken eingestellt, damit Sie an der Urämie und nicht am innerlichen Ertrinken stirbt.“

Anmerkung: Bei diesen durch Suizid oder FVNF verstorbenen Patienten wäre retrospektiv kaum ein begleiteter Suizid in Frage gekommen.

ID 6 (1 Suizid in 2 a):

„Der Patient war 40 Jahre alt. 20 Jahre Multiple Sklerose. Er war sehr klar im Kopf, wollte über lange Zeit nicht mehr, machte keinen Spaß mehr.

Im Endstadium konnte er die Zigarette fast nicht mehr halten.

Es war angekündigt. Wir kannten ihn seit fast 10 Jahren und auch die Eltern.

Keine Indikation für palliative Sedierung???“

Anmerkung: Bei diesem durch Suizid verstorbenem Patienten hätte retrospektiv ein begleiteter Suizid in Frage kommen können, wenn er danach gefragt hätte. Medizinisch gesehen lag aber eine – sicher diskutable – Indikation für eine palliative Sedierung vor, die in der Situation wohl nicht angesprochen wurde.

ID 8 (1 Suizid in 2 a)

„Ein betagter Mann in verzweifelter Lage als Wiederholung!

Seine Frau war akut ins Krankenhaus gekommen, er alleine zu Hause!

Wiederholt akute soziale Dekompensation.“

NACHFRAGE: Hatte der Patient es vorher angekündigt und um Unterstützung dafür gebeten?

„Nein.“

NACHFRAGE: Wenn der Patient belastende Symptome hatte, hat dann der Patient palliative Maßnahmen bis hin zur palliativen Sedierung ausgeschöpft? Waren solche Maßnahmen nicht verfügbar oder wurden solche Maßnahmen abgelehnt?

„Nein nicht zutreffend.“

Anmerkung: Auch bei diesem durch Suizid verstorbenem Patienten wäre retrospektiv kaum ein begleiteter Suizid in Frage gekommen.

ID 10 (kein Suizid in 2 a)

„Selbsttötung wäre 1mal die bessere Option gewesen.“

ID 14 (1 Suizid, 1mal zunächst so bezeichnete „Tötung auf Verlangen“):

„Beide Patienten waren zwischen 60 und 70 Jahre alt.“

Eine palliative Sedierung ist für uns ein legitimes Instrument, unerträgliche Symptome (i.d.R. Atemnot) für den Patienten erträglich zu halten. Wir wenden i.d.R. zunächst die intermittierende (nächtliche) Sedierung mit Midazolam in Kombination mit allem anderen, wenn alles andere vorher ausgeschöpft war.“

„Bei dem Suizidpatienten waren wir erst wenige Tage in der SAPV dabei. Er hatte moderate Symptome und hat sich ohne jede Ankündigung (auch gegenüber Angehörigen) mit einem Pistolenschuss im heimischen Schlafzimmer (Aggression gegen die Ehefrau???) in den Kopf geschossen.“

„Der zweite Patient hatte ein Plasmozytom mit schweren Skelettbefall am Beginn der Chemotherapie (alleinlebend, Bauingenieur: 'Ich kenne die Statik (Wirbelsäule), das wird nichts mehr'). Er drohte sich aus dem Fenster zu stürzen und musste dauerhaft sediert werden bei persistierender Suizidalität bis zum Versterben mutmaßlich an Bronchopneumonie.“

Weitere Nachfrage: „Beim zweiten Patienten war es doch eine palliative Sedierung. Eben keine Tötung auf Verlangen?! Selbst ohne Fortführung von Nahrung und Flüssigkeit wäre dies lege artis und juristisch legal?!“

Antwort: „Unter dem Begriff mussten wir es laufen lassen: es waren die psychiatrischen Symptome: Fortgesetzte Suizidalität, die uns zu einer palliativen Sedierung (oder medikamentösen Ruhigstellung) zwang, bis der Patient an einer

terminalen Pneumonie verstarb. Die Alternative einer psychiatrischen Zwangseinweisung konnten wir wegen der schweren organischen Symptome nicht umsetzen - die für sich alleine aber keine Sedierung erforderlich gemacht hätte.“

Anmerkung: Auch bei diesem durch Suizid verstorbenen Patienten wäre retrospektiv kaum ein begleiteter Suizid in Frage gekommen.

ID 15 (3 Suizide in 2 a):

„Die genannten Zahlen sind Schätzungen aus der Erinnerung. Die Beihilfe zum Suizid wird so gut wie nie konkret nachgefragt. Die Alternative einer Sterbehilfeorganisation wird gelegentlich diskutiert und danach in der Regel verworfen.“

Anmerkung: Auch bei diesem durch Suizid verstorbenen Patienten wäre retrospektiv kaum ein begleiteter Suizid in Frage gekommen.

ID 19 (1 Suizid in 2 a):

„Der Patient war 65 Jahre alt – es bestand das regionale Rezidiv eines Larynx-Ca mit zervikalen, nuchalen und thorakalen Tumormassen – immer wieder oberflächlich blutend, aber nicht problematisch schmerzhaft. Essen und Trinken war zunehmend schwierig, zeitweise auch Geruchsproblematik.

Der Patient hatte als Jugendlicher ein Ewing-Sarkom und das rechte Bein wurde in der Hüfte exartikuliert.

Es bestand in der Zeit als junger Erwachsener ein Alkoholproblem und die erste Ehe wurde geschieden.

Der Patient heiratete dann zum 2. Mal und bekam sein Leben gut in den Griff.

Der Patient äußerte immer wieder, seiner Ehefrau und der Umwelt nicht mehr zur Last fallen zu wollen und nicht mehr kämpfen zu wollen und zu können.

Hilfsangebote wurden weitgehend abgelehnt, einschließlich der Möglichkeit von psychoonkologischen Gesprächsangeboten oder auch einer palliativen Sedierung zum gegebenen Zeitpunkt, er allein wollte Herr des Handelns bleiben.

Der Suizid wurde mehrfach angekündigt. Es wurde auch um Unterstützung gebeten – allerdings immer auch mit dem Hinweis ‚ich weiß, wie es geht.‘

Ein erster Suizidversuch durch Einnahme eines Tablettenmix scheiterte. Der Patient schien danach selbst eher distanziert zu seinem Vorhaben zu sein. Kurze Zeit später erfolgte dann der Suizid durch Tablettenintoxikation.

Die damaligen Geschehnisse bleiben bis zum heutigen Zeitpunkt gerade bei ähnlichen Konstellationen ein Thema für unser Team.“

Anmerkung: Bei diesem durch Suizid verstorbenem Patienten wäre vermutlich retrospektiv ein begleiteter Suizid in Frage gekommen, wenn der Patient entsprechend nachgefragt hätte oder ein strukturiertes Angebot vorhanden gewesen wäre.

ID 20 (3 Suizide in 2 a):

„1 Patientin mit Ehemann durch Gasherd (Tat war geplant und wurde von der Polizei geklärt),

1 mal Fahrt in die Schweiz,

1 Patientin hat ca. 500 IE Altinsulin verwendet.

Alle Patienten hatten keine belastenden Symptome, jedoch Angst vor „Bettlägerigkeit und Leid in der Zukunft.“

Anmerkung: Bei diesem durch Freitodbegleitung in der Schweiz verstorbenen Patienten wäre retrospektiv vermutlich ein begleiteter Suizid in Deutschland in Frage gekommen. Die Gründe, warum dies nicht geschah, sind nicht bekannt.

ID 23 (2 Suizide in 2 a):

„Da ich die Fragen schnell durchgeklickt und aus dem Bauch entschieden habe, sind es natürlich nicht unsere harten Daten. Der Wunsch auf Tötung wird in unserem Alltag häufig so an uns herangetragen, dass der Patient sagt: ‚Am besten ist es, Sie geben mir eine Spritze, dann ist alles vorbei.‘ Nachfragen ergeben regelmäßig, dass er es häufig doch anders meint. Palliative Sedierung heißt bei mir, dass die Patienten am Ende schon z. B. Benzodiazepine in der Therapie haben, auch in steigenden Situationen, aber sie sind noch erweck- und ansprechbar. Und trotzdem gibt es Patienten, die gleich tief schlafen wollen und diesen Wunsch auch explizit so äußern.

Es gibt aber auch Patienten, die genaue Zahl kann ich Dir exakt nicht nennen, die die Möglichkeit einer palliativen Sedierung ablehnen, trotz wirklich detaillierter Aufklärung. Häufig leiden sie unter einem starken Todeswunsch und sehnen sich endlich ein Ende herbei. Diesen Patienten möchte man manchmal wünschen, dass sie es endlich geschafft haben, auch wenn es dazu einer Hilfe bedarf, welcher Art auch immer. Warum sich diese Patienten gegen eine palliative Sedierung entscheiden, kann ich Dir nicht sagen.

Wir versuchen alle Möglichkeiten auszuschöpfen, stoßen aber an unsere Grenzen. Die beiden Suizidenten haben es nicht angekündigt, sondern den Suizid einfach zur Überraschung aller ausgeführt. Der eine hatte sich erschossen, der Andere ist vom Dach gesprungen. Auch von der Familie haben wir hinterher erfahren, dass sie sich durch die SAPV gut betreut fühlten.“

ID 32 (2 vollzogene Suizide in 2 a, 1 Versuch):

1 Suizid: „Hat sich alle Fentanyl-Pflaster geklebt und alle Medikamente eingenommen, die er hatte, auch Novalgin etc. Ist von der Ehefrau gefunden worden, stationär aufgenommen und im Krankenhaus gestorben, nicht in meiner Klinik. Ankündigung nicht bekannt, Ursache wohl am ehesten fehlende Lebensqualität, aber nicht aufgrund mangelnder Symptomkontrolle.“

1 Verdacht auf Suizid: *„Nur ein Verdacht auf Einnahme größerer Mengen Opia-
te in suizidaler Absicht, Patient ist gestorben, genaueres ließ sich vor Ort nicht
mehr klären.“*

1 Versuch: *„Wollte sich umbringen mit seinem Gewehr. Das war auch schon
entsichert, wohl ziemlich dramatische Szene, wurde von einer Pflegekraft ver-
hindert, ist dann in die Psychiatrie gekommen. Ursächlich hier am ehesten psy-
chische Grunderkrankung.“*

Anmerkung: Ob für diese durch Suizid verstorbenen Patienten ein begleiteter Suizid in Frage gekommen wäre, wenn der Patient entsprechend nachgefragt hätte oder ein strukturiertes Angebot vorhanden gewesen wäre, ist nicht zu eruieren.

5.1.2 Fragen, Kritik

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 Gröhe, klarer Gegner geschäftsmäßiger Suizidassistenz, 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.“* (Gröhe 2014).

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 Sedierung (Altepping 2010) ist dabei eine Bewusstseinsdämpfung, die gerade nur so weit geht, dass Symptome ausreichend kontrolliert nicht mehr als belastend vom Patienten wahr genommen werden (Müller-Busch 2014).

Bei den Antworten muss immer auch bedacht werden, dass ein relevanter Bias bei den Befragten vorhanden sein könnte. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass jene, die gegen aktive Lebensverkürzung eingestellt werden, einen solchen Wunsch nicht angemessen wahrnehmen können und auch nicht bemerken, wenn dieser Wunsch nach Lebensverkürzung dann umgesetzt wird?

Selbstverständlich könnte man gleiches umgekehrt auch annehmen von Ärzten und Nicht-Ärzten, die als ein allgemein bekanntes Angebot in einem größeren Umfang Sterbewillige zuhause aufsuchen oder zu denen solche sterbewilligen

Menschen in die Praxis kommen, um ihren Wunsch nach einem frühzeitigeren Tod erfüllt zu bekommen.

Der Medizinethiker Ralf Jox präsentierte Daten aus Deutschland, um zu zeigen, dass eine Verhinderung des Ausbaus organisierter Beihilfestrukturen negative Folgen für die einzelnen Patienten haben würde:

„– Studien zeigen übereinstimmend, dass 20 bis 30 Prozent der Personen mit unheilbaren Krankheiten im Endstadium einen stabilen Wunsch nach Lebensverkürzung haben.

– Der Wunsch nach Lebensverkürzung tritt auch dann auf, wenn sich die Betroffenen in palliativmedizinischer Behandlung befinden, weil die Motive gerade nicht unerträgliche Schmerzen sind, sondern individuelle Werthaltungen und subjektive Würdevorstellungen.

– In einer Zusammenschau aller zehn Umfragen anerkannter demoskopischer Institute der letzten eineinhalb Jahre plädierte stets mindestens die Hälfte der deutschen Bürger für die Zulässigkeit der Suizidhilfe, im Mittel waren es 71 Prozent der Bevölkerung.

„Diese Daten legen nahe, dass ein Verbot der Suizidhilfe die Betroffenen dazu veranlassen würde, als Alternativen die gewaltsame Selbsttötung, die Fahrt in die Schweiz oder eine unsichere und belastende Suizidhilfe durch Angehörige zu versuchen‘. “ (Jox 2015).

Linda Ganzini, Psychiaterin aus Oregon konstatiert, es gäbe keine Hinweise dafür, dass die Verfügbarkeit von Suizidhilfe die Entwicklung der Palliativbetreuung verhindert (90 Prozent der Suizidenten wurden palliativ betreut), dass Suizidhilfe von sozial Schwachen oder Hochbetagten vermehrt im Anspruch genommen werde (Suizidenten haben einen überdurchschnittlichen Bildungsstatus) oder, dass Angehörige durch die Pflege dieser Patienten besonders belastet wären. (Ganzini 2015).

Wie die zunehmende Professionalisierung, Spezialisierung, interner Organisationsgrad und umgesetzte reale Vernetzung mit externen Kooperationspartnern dieses Denken und Handeln beeinflusst, welchen Einfluss die Struktur- und Prozessqualität der PCTs haben könnten, wie Palliativversorgung tatsächlich als Suizidprävention wirken kann, kann nur vermutet werden. Die befragten Palliativmediziner besaßen alle auch die Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“, für 61,9 % war SAPV die Haupttätigkeit (trifft voll zu oder trifft eher zu), zu 97,6 % waren sie in einem eigenständigem Team tätig, das zu 97,6 % (trifft voll zu oder trifft eher zu) ein gemeinsames Büro besaß, in dem Begegnung im Team auch tatsächlich stattfinden kann.

Als Vergleich zu einer möglichen Änderung der Ergebnisqualität bei zunehmender Spezialisierung und zunehmendem Organisationsgrad soll ein Beispiel aus dem Aufbau eines PCTs gezeigt werden.

Das Ziel der in der SAPV von diesem PCT versorgten Patienten war einheitlich der Verbleib in der Häuslichkeit. Der Verbleib in der Häuslichkeit der versorgten Patienten kann somit als ein Kriterium der Ergebnisqualität für dieses PCT angenommen werden.

Betrachtet man beispielhaft die Entwicklung eines PCTs über den Verlauf mehrerer Jahre, wie im Datenteil für das PalliativNetz Osthessen geschehen, so fällt auf, dass nach einer anfänglichen raschen Zunahme der Zahl versorgter Patienten sich schließlich die Zahl der Patienten für ein Team bei rund 500 pro Jahr einpendelt. Dies gilt auch für andere PCTs in Deutschland. Beachtenswert ist es, dass bei zunehmender Zahl der erlebten Todesfälle pro Zeiteinheit die Belastungen für die einzelnen Teammitglieder stark zunehmen. Eine kritische Belastungsgrenze von circa vier Verstorbenen pro Woche wurde beschrieben (Müller 2009).

Weiterhin ist dabei auffällig der stete Abfall beim Anteil des Sterbeortes Krankenhaus trotz oder gerade wegen der steigenden Patientenzahl und der damit einhergehenden zunehmenden Professionalisierung in der Versorgung.

Besondere Landmarks in der Entwicklung der SAPV in Osthessen waren

- ab 01.01.2007 zunächst eine (weitgehend unbezahlte) Multiprofessionalität im Team,
- ab 01.04.2009 eine erste Teilfinanzierung der multiprofessionellen Versorgung durch einen IV-Vertrag nach 140b SGB V und der Beginn der Finanzierung nach § 132 d SGBV als SAPV-Vertrag. Zunächst mit den BKKs und einigen Ersatzkassen; ab 19.08.2009 auch allen anderen gesetzlichen Krankenkassen.

Bis zum heutigen Tag bestehen offene Fragen in der Kostenübernahme/ Erstattung der SAPV von privat versicherten Palliativpatienten (PalliativNetz Osthessen 2015).

5.2 Diskussion These 2

Besteht bei Ärzten der Eindruck, dass für einzelne Patienten aktiv lebensverkürzende Maßnahmen die bessere Option wären, so handelt es sich dabei um Menschen, die aus Gründen ihrer Lebensbilanz oder einer möglichen, bzw. bevorstehenden deutlichen Verschlechterung der Grunderkrankung sterben wollen und nicht wegen bestehender körperlicher, leibbesetzter Symptome, wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit.

Unter den 893.825 Verstorbenen in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2015) des Jahres 2013 gab es 10.076 amtlich festgestellte Selbsttötungen (dort als „Selbstbeschädigung“ bezeichnet), entsprechend 1,13 Prozent aller Todesfälle.

Im Kollektiv der schwerstkranken Palliativpatienten mit einer besonders ausgeprägten und bislang schwer behandelbaren Symptomlast, wie es den Patienten in der SAPV zu eigen ist, 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 oben-

genannten 1,13 % in der durchschnittlich belasteten und durchschnittlich kranken Bevölkerung.

Bei allen Palliativmedizinerinnen, welche angaben, eine Lebensverkürzung unter ihren Patienten erlebt zu haben, wurde explizit mit den Fragen 31 und 39 und auch noch einmal persönlich, bzw. in Form eines schriftlichen E-Mail-Austausches 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 einem noch größeren Kollektiv an Palliativpatienten in der SAPV bestätigt wurde (Sitte 2014), besteht eine 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.

5.3 Diskussion These 3

Nach dem Eindruck der behandelnden Ärzte würden diese Patienten, denen aktiv lebensverkürzende Maßnahmen als die bessere Option erschienen, eine Tötung auf Verlangen einer Beihilfe zur Selbsttötung vorziehen.

Durch die Antworten der befragten Palliativmediziner konnte diese These weder bestätigt noch widerlegt werden. Einerseits gibt es ein eindeutiges Überwiegen der Bitten um Beihilfe zur Selbsttötung, andererseits geht aus (einzelnen) Antworten im Freitext hervor, dass die begleiteten Patienten kaum differenzieren zwischen Selbsttötung und Tötung auf Verlangen. Diese juristisch und medizinisch ganz wesentliche Unterscheidung scheint in der Bewertung des einzelnen Patienten mit Todeswunsch keine Rolle zu spielen, was aus dessen Sicht auch gut nachvollziehbar ist. Die existenzielle Frage, die darüber zu liegen scheint, scheint jene nach der Um- oder besser Durchsetzung des Todeswunsches, weniger jene nach einer wie auch immer gearteten Rechtskonformität der dazu notwendigen Handlungen zu sein.

Von Interesse für die Beurteilung der Frage mag aber eine nüchterne Feststellung aus dem Jahrbuch für 2014 von Sterbehilfe Deutschland sein, so hält man *„ein Erbrechensrisiko von 1,4 % für unvermeidbar, da für Sterbewillige in Deutschland keine akzeptable Methode zur Verfügung steht, die ein geringeres Risiko erwarten ließe“* (Benzin 2015). Ob diese Aussage durch Untersuchungen belegbar ist, ist nicht dokumentiert. Allerdings ist ein Wahrheitsgehalt offensichtlich. Ein Suizid ist niemals zu 100 % sicher im Sinne von tödlich. Dies betont auch Rudolf Henke, MdB, in seiner Rede zur 1. Lesung des Gesetzes zur Sterbebegleitung im Bundestag zu einer gesetzlichen Regelung, die Ärzten vorgibt, wie ihre Rolle bei der Beihilfe zur Selbsttötung sein soll: *„Damit würde eine Grenze überschritten. Ich zitiere aus dem Formulierungsvorschlag für eine Änderung des BGB in diesem Gesetzentwurf:*

Die Entscheidung über den Zeitpunkt, die Art und den Vollzug seiner Lebensbeendigung trifft der Patient. „Der Vollzug der Lebensbeendigung durch den Patienten erfolgt unter medizinischer Begleitung.“

Was heißt das denn? Der Arzt bleibt dabei. Was heißt das denn, wenn das Mittel nicht wirkt? Was heißt das denn, wenn der Betreffende erbricht? Was heißt das denn, wenn er Krämpfe bekommt? Was heißt das denn, wenn er den Erfolg des Suizids nicht erreicht? Dann wird doch der Arzt unter dieser Bedingung – „Der Vollzug der Lebensbeendigung durch den Patienten erfolgt unter medizinischer Begleitung“ – zu einem notwendigen Erfolgsgaranten der Suizidabsicht.“ (Henke 2015).

Nach der Abwägung der ethischen, juristischen, medizinischen und auch religiösen Argumente wird es in der Entscheidung zum Für oder Wider geregelter Formen der Beihilfe zur Selbsttötung eine entscheidende Rolle spielen, ob die Einhaltung solcher Regeln auch mit hinreichender Sicherheit garantiert werden kann. Dagmar Fenner steht auf dem Standpunkt: *„Diese Gegenargumente erweisen sich als nicht zwingend, sofern Kriterien und Richtlinien für eine legitime Form der Suizidbeihilfe entwickelt und staatlich kontrolliert werden könnten.“*

(Fenner 2007). So sollte es laut Fenner zu einer Humanisierung der gegenwärtigen Praxis hochriskanter und monologischer Suizide kommen können. Anders herum, eine Zunahme von Verzweiflungs- und Gewaltsuiziden bei einem nicht erleichterten Zugang zur (organisierten) Beihilfe zum Suizid postulieren z. B. auch Uwe-Christian Arnold (Arnold 2014) und Giandomenico Borasio (Borasio 2014), Suizide *„welche die Familien und unbeteiligte Dritte erheblich belasten und sogar gefährden können“* (Borasio 2014). Doch gerade die notwendige hinreichende Sicherheit für die Einhaltung von Regeln kann und muss in Frage gestellt werden. Im Sinne des noli nocere könnte gefordert werden, dass zunächst das Nicht-Schaden bewiesen sein müsste, bevor eine so lebensentscheidende Maßnahme wie eine organisierte, auf Wiederholung angelegte und dadurch

möglicherweise taterleichternde Maßnahme wie die Beihilfe zur Selbsttötung breit etabliert würde.

Sozialrichter 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.“ (Schütz 2015)

Im Szenario der möglichen Konsequenzen denkt der Philosoph Robert Spaemann noch einen Schritt weiter: *„Wer Sterbehilfe erlaubt, macht über kurz oder lang den Selbstmord pflegebedürftiger Menschen zur Pflicht“* (Spaemann 2015).

Betrachten wir abschließend noch einmal die Einstellung, Zustimmung oder Ablehnung der befragten Palliativmediziner zu Fragen der Beihilfe zur Selbsttötung: In einer repräsentativen Umfrage von Schildmann und Vollmann unter 2.003 Ärzten aus fünf deutschen Ärztekammerbezirken mit einem Rücklauf von 734 Bögen oder 36,9 %, wurde ein berufsrechtliches Verbot des ärztlich assistierten Suizides nur von 25 % befürwortet (Schildmann 2014). In dieser Untersuchung unter Palliativmedizinern in der SAPV waren dies mit 56,1 % auf der 5-Punkte-Likert-Skala immerhin doppelt so viele Zustimmungen für ein Verbot, zudem stimmten 70,7 % der Befragten mit der Aussage voll oder eher überein „Der Arzt soll keine Beihilfe zur Selbsttötung leisten“ und sogar 82,1 % waren für ein strafrechtliches Verbot jeder geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe. Eine Freigabe der Tötung auf Verlangen ähnlich wie in den Benelux-Ländern lehnten gar 97,5 % der Palliativmediziner ab.

5.4 Eine persönliche Positionsbestimmung

Lebenshilfe. Sterbehilfe. Tötungshilfe.

Eine wissenschaftliche Arbeit zu lebensverkürzenden Maßnahmen, gerade, wenn sie im Rahmen der aktuellen, politischen Diskussion erstellt wird, kann und muss die Fakten sachlich abwägen und bewerten. Immer sollte sie die auftretenden Fragen aus einer ethischen, juristischen, religiösen und medizinischen Sicht heraus beleuchten. Niemals kann und sollte der Verfasser dabei seine eigene Position verheimlichen oder gar verleugnen.

Deshalb möchte ich meine eigene Position am Ende noch kurz darstellen.

„Es gibt eine Passivität, ohne die der Mensch nicht menschlich wäre. Dazu gehört, dass man geboren wird. Dazu gehört, dass man geliebt wird. Dazu gehört, dass man stirbt.“ (Jüngel 2015)

Ich trete dafür ein, dass organisierte, gewerbliche und geschäftsmäßige Beihilfe zur Selbsttötung in Deutschland unterbunden und stattdessen die hospizlich-palliative Versorgung ausgebaut wird. Es darf in Fragen der Beihilfe zur Selbsttötung keine Sonderregelung für Ärzte geben: Weder um ihnen eine Beihilfe zum Suizid zu erleichtern, noch um sie in besonderer Weise strafrechtlich zu belangen.

Wenn ich meine persönliche Position zum Leben, Sterben, Töten darlegen will, wenn über verschiedene Positionen diskutiert werden soll, brauchen wir zwingend dazu einige Vorarbeiten. Wir müssen die Begrifflichkeiten eindeutig klären, um nicht unbewusst oder auch vorsätzlich aneinander vorbei zu reden. Ich benutze hierbei das von der PalliativStiftung und dem Fachverband SAPV mit vielen verschiedenen Seiten abgestimmte und veröffentlichte „Glossar zur Diskussion über die Beihilfe zur Selbsttötung“.

Zuallerst:

Wenn ich dem Patientenwillen folge,

- ihn leidenslindernd behandle oder auch
- seiner Nichteinwilligung folgend z. B. nicht beatme,
- nicht Antibiotika gegen eine Entzündung gebe oder
- beim Patienten, der nicht mehr ausreichend schlucken kann, nicht ernähre und keine Flüssigkeit gebe,

so ist dies ethisch, juristisch, medizinisch, christlich korrektes Handeln und Behandeln.

Sodann muss ich definieren, aus welcher Grundlage ich meine allgemeine Argumentation aufbauen und mit welcher Sichtweise ich diskutieren will: Aus ethischer, juristischer, medizinischer Sicht oder aus (m)einem Glauben heraus (einen Glauben hat jeder von uns, gleich welcher Façon).

Und schließlich muss ich entscheiden, welches Ziel ich verfolge. Will ich, dass der Andere meinen ehrlichen Standpunkt versteht? Will ich den Anderen überzeugen? Will ich meine Überzeugung als allgemeines Prinzip durchsetzen? Oder will ich dazu beitragen, eine Lösung zu finden, mit der das Gemeinwesen, in dem ich lebe, gut existieren kann?

Diskussionen werden aus der eigenen moralischen Position heraus geführt und wir sollten dabei eigenen ethischen Prinzipien treu bleiben. Für seinen Standpunkt Flagge zu zeigen, tut dem Ringen um einen gemeinsam möglichen Weg nur gut. Dabei gilt für mich immer der kategorische Imperativ, stets so zu handeln, dass die Maxime des Handelns Grundlage eines allgemeingültigen Gesetzes werden kann.

Aus meiner Erfahrung in der Sterbehilfe als Sterbebegleitung glaube ich, dass ein barrierefreier Zugang zu Tötungserleichterungen nicht suizidpräventiv wirkt. Dies zu beweisen ist ebenso schwierig, wie die Nicht-Schädlichkeit von Tötungshilfe zu beweisen. Aus dieser Überzeugung begründe ich als Patienten-

schutz der schwächsten Patienten für mich meine Einstellung zur Tötungshilfe: Jegliche Form aktiver Lebensverkürzung ist strikt abzulehnen. Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung sind mir dabei eine Leitlinie.

Graduell sind, wenn es um die Beihilfe durch Ärzte zu lebensverkürzenden Maßnahmen geht, drei Bereiche zu unterscheiden:

Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit.

Die Selbsttötung.

Die Tötung.

Aus meiner Sicht und aus meinem standesrechtlichen Verständnis heraus ist diese Trias der Unterscheidung keine Qualitative. Dem Arzt ist es verboten, Patienten auch auf deren Verlangen hin zu töten. Der Arzt soll nicht eine Handlung der Lebensverkürzung unterstützen. Ärzte haben die Aufgabe, Leben zu schützen und zu erhalten. Gerade beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, der außerhalb des eigenen, natürlichen Vermögens Nahrung und Flüssigkeit selber aufzunehmen und/ oder des natürlichen Sterbeprozesses stattfindet, damit medizinisch nicht begründet ist, wird eine ärztliche Unterstützung mehr im Sinne einer Beihilfe zur Selbsttötung zu sehen sein als ärztliche Sterbebegleitung, wie die ärztliche Sterbebegleitung von Grundsätzen der Bundesärztekammer vorgesehen ist.

Gerade wenn Patientenverfügungen vorliegen, gilt schon heute, dass niemand gegen seinen Wunsch behandelt und am Leben erhalten werden darf. Dieser Patientenwille hat höchste Priorität. Deswegen hat die Gesellschaft die Aufgabe, über die Möglichkeiten von Hospizarbeit und Palliativversorgung als lebensbejahende Alternativen bestmöglich zu informieren und gleichzeitig dafür zu sorgen, dass diese Möglichkeiten auch für jeden verfügbar sind.

Ich bin mir bewusst, dass in Ausnahmefällen menschliches Leid trotz aller hospizlichen, palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Anstrengungen sehr groß werden kann und der Wunsch nach einer wirksamen Therapie erfüllt werden muss. Gerade in diesen Einzelfällen bedarf es in höchstmöglicher Pro-

fessionalität einer lindernden Hilfe, die dieses Leid begrenzt, erträglich macht oder zumindest die Wahrnehmung des Leids reduziert.

In solchen Ausnahmefällen stellt eine konsequente palliative Sedierung – auch unter gleichzeitiger Nichtfortführung nicht mehr gewollter, sterbensverlängernder Therapien – eine allgemein zulässige, sogar zwingend erforderliche Handlungsform dar. Selbst diese Ausnahmen rechtfertigen keine gesetzliche Erlaubnis der gewerbsmäßigen, geschäftsmäßigen und organisierten Beihilfe zur Selbsttötung oder der Tötung auf Verlangen.

Es wird auch unter den bestmöglichen Rahmenbedingungen immer eine gewisse Anzahl von Menschen geben – die entschlossen zum Suizid – jede andere Form der medizinischen Unterstützung ablehnen. Auch diese muss und darf die Gesellschaft nicht in ihrer Not alleine lassen. Es ist nicht zielführend, ihnen alle Wege in den Suizid verbauen zu wollen. Im Gegenteil, aus meiner eigenen Erfahrung heraus scheint es im ehrlichen, intensiven, verlässlichen Austausch mit dem Patienten suizidpräventiv zu sein, ihm Wege offen zu lassen und gegebenenfalls auch aufzuzeigen, wie er sich denn wirklich das Leben selbst nehmen könnte, wenn er es denn wirklich selbst wollte. Mir ist dabei klar, dass dies ist eine Gratwanderung in einer Extremsituation ist und immer bleiben wird. In extremsten Einzelfällen, mag es geboten scheinen, auch einen Schritt weiter zu gehen, nicht bei der Beratung zu bleiben.

Die Beihilfe zum Suizid selbst darf auch in Zukunft keinen Strafbestand darstellen.

Dies gilt für alle Berufsgruppen, für alle Menschen gleichermaßen, die in besonderen, nicht vorhersehbaren, extrem seltenen Fällen ihrem Gewissen folgen. Solche extrem seltenen Fälle entziehen sich einer gesetzlichen Regelung und müssen bedarfsweise in jedem Einzelfall bewertet werden. Dies gilt für die Beihilfe zum Suizid wie für die Tötung auf Verlangen.

Für solche extremsten Einzelfälle ist es entscheidend, dass Verantwortungsübernahme auch die Bereitschaft zur Schuldübernahme bedeutet.

6. Literaturverzeichnis

Ahrens PA, Wegner G (2015) Die Angst vorm Sterben. Ergebnisse einer Bundesweiten Umfrage. Sozialinstitut der Evangelischen Kirche Deutschland (SI-EKD), 2015.

http://www.ekd.de/si/download/2014127941_Sterbehilfe_layout_web.pdf (letzter Zugriff 12.07.2015 20:30)

Allensbacher Kurzbericht (2014) Institut für Demographie Allensbach, Deutliche Mehrheit der Bevölkerung für aktive Sterbehilfe, vom 06.10.2014

Alt-Epping B, Sitte T (2010) Leitlinien zur palliativen Sedierung – Diskussion beendet?“ Z Palliativmed 11: 89-90

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

Ariès P (1999). Die Geschichte des Todes. München und Wien: Hanser 1980 (11. Auflage 2005), dtv, München

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

Bauer AW (2011) Die Palliativmedizin im Spagat zwischen Fürsorge und Sterbehilfe – Chancen und Gefahren der Etablierung einer neuen akademischen Disziplin

Vortrag beim Symposium Begegnungen mit Sterben und Tod. Aalen, 30. März 2011. http://www.cdl-rlp.de/Download/Palliativmedizin_Bauer_2011.pdf. (letzter Zugriff 16.06.2015 20:30)

Bausewein C, Roller S, Voltz R (2007) Hrsg. Leitfaden Palliativmedizin – Palliative Care. Elsevier, München

Baust G (2004) Sterbehilfe: Zur gegenwärtigen medizinisch-ethischen und juristischen Debatte; ZNS & Schmerz, Heft 3/04, S. 48-54

Baust G, Sitte T (2004) Offener Brief an Justizministerin Zypries vom 24. Januar 2004

Bedford-Strohm H (2015) Leben dürfen – leben müssen, Argumente gegen die Sterbehilfe. Kösel-Verlag, München

Benzin T (2015) Der Ausklang. Leitfaden für Selbstbestimmung am Lebensende. Band 7, StHD-Schriftenreihe, Hamburg

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> (letzter Zugriff 11.07.2015 23:00)

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

Borasio GD, Jox J, Taupitz J, Wiesing U (2014) Selbstbestimmung im Sterben. Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Borasio GD (2014) selbst bestimmt sterben. CH Beck Verlag, München

Brand e.a. Deutscher Bundestag. (2015) Erste Beratung des von den Abgeordneten Michael Brand, Kerstin Griesse, Kathrin Vogler, Dr. Harald Terpe und weiteren Abgeordneten eingebrachten Entwurfs eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung Drucksache 18/5373 vom 02.07.2015

Bundesärztekammer (2010) Ärztlich begleiteter Suizid und aktive Sterbehilfe aus Sicht der Deutschen Ärzteschaft. Eine repräsentative Umfrage des Allensbachinstitutes im Auftrag der Bundesärztekammer. Juli 2010

Bundesärztekammer (2011) Grundsätze der ärztlichen Sterbebegleitung. 21.01.2011. DÄB: A346

Bundesärztekammer (2014) Pressemitteilung der Bundesärztekammer vom 12.12.2014

Bundesgerichtshof (2010) Urteil des 2. Strafsenats des BGH vom 25.6.2010 – 2 StR 454/094 zur Sterbehilfe durch aktives Handeln

Bundesministerium der Justiz (2012) Referentenentwurf vom 18.07.2012 „Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung.“ Berlin: 2012, Bearbeitungsstand: 18.07.2012 12:27 Uhr

Bundesverwaltungsgericht (1968) Urteil BVerwG NJW 68/218-219. Leipzig: 1968. Zitiert im Deutschen Ärzteblatt

<http://www.aerzteblatt.de/archiv/66404/Patientenverfuegung-Drei-Grundsaeetze-fuer-Palliativmediziner> (letzter Zugriff vom 23.01.2015 um 13:30)

Chabot B, Walther C. Ausweg am Lebensende (2015) Sterbefasten – Selbstbestimmtes Sterben durch freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken. Reinhardt Verlag 2015, München

De Ridder M (2011) Wie wollen wir sterben? Pantheon Verlag 2011, München

DIE WELT (2013)

<http://www.welt.de/politik/deutschland/article115860104/Kanzlerin-Merkel-stoppt-FDP-Gesetz-zur-Sterbehilfe.html> vom 03.05.2013 (Zugriff 11.01.2015 um 16:55)

Deutscher Bundestag (2014) Debatte zur Sterbebegleitung. 18. Wahlperiode – 66. Sitzung. Berlin. Donnerstag, 13. November 2014: 6116-76

Deutscher Bundestag (2015) 1. Lesung des Gesetzes zur Sterbebegleitung, <http://www.bundestag.de/mediathek/?isLinkCallPlenar=1&action=search&contentA-rea=details&ids=5345926&instance=m187&categorie=Plenarsitzung&destination=search&mask=search>, Letzter Zugriff vom 03.07.2015 6:00

Deutsche PalliativStiftung DPS (2012) Deutsche PalliativStiftung: Referentenentwurf zum Verbot der gewerbsmäßigen Förderung des Suizids. http://www.palliativstiftung.de/fileadmin/user_upload/PDF/Referentenentwurf_18072012.pdf (letzter Zugriff am 10.06.2015 um 7:00)

DPS (2014) Glossar zur Diskussion um die Beihilfe zur Selbsttötung in: Schütz C, Sitte T. „Sterbehilfe“ und Bedarfe beim Sterben. Deutscher PalliativVerlag, Fulda

DPS (2014) (Ärztliche) Forderungen zur Diskussion um die Beihilfe zur Selbsttötung

http://www.palliativstiftung.de/fileadmin/user_upload/PDF/Newsletter/2015-05-23__Ärztliche__Forderungen_zur_Suidassistentz.pdf (letzter Zugriff am 10.06.2015 um 6:30)

Eichner E, Hornke I, Sitte T (2014) Ambulante Palliativversorgung. 3. Erw. Auflage. Deutscher PalliativVerlag, Fulda

EKHN (2015): Sterbebegleitung

<http://www.ekhn.de/service/angebote/sterbebegleitung.html>

(Zugriff am 11.01.2015 um 17:35)

Fenner D (2007) Ist die Institutionalisierung und Legalisierung der Suizidbeihilfe gefährlich? Eine kritische Analyse der Gegenargumente. Ethik Med 19:200–214

Fleßa J (2014) Letztverlässlichkeit als Ressource – Der Wert der Palliativmedizin für die Volkswirtschaft. Zf PallMed 2014; 1:

Ganzini L (2003) Nurses' Experiences with Hospice Patients Who Refuse Food and Fluids to Hasten Death. N Engl J Med 2003; 349:359-365

G-BA (Gemeinsamer Spitzenverband der Krankenkassen) (2013) Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-

Richtlinie für das Jahr 2013. <https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3863/Bericht-Evaluation-SAPV-2013.pdf> (letzter Zugriff am 09.07.2017 um 22:00)

Geremek A (2009) Wachkoma. Medizinische, rechtliche und ethische Aspekte. Deutscher Ärzteverlag, Köln

Graefe D (2014) Statement in der Podiumsdiskussion vom 22.04.2014 in Hamburg-Altona „In Würde leben, in Würde sterben?“

Gröhe H (2014) Debatte zur Sterbebegleitung im Deutschen Bundestag vom 13.11.2014 <http://www.bmg.bund.de/presse/reden/debatte-zur-sterbebegleitung.html> (letzter Zugriff am 14.07.2015 um 22:50)

Gröhe H, Schneider N, Finger E (2015) Und wenn ich nicht mehr leben will? Sterbehilfe in Deutschland. Adeo-Verlag, Aßlar

Hach M Hrsg., Co-Autor Sitte T, Fachverband SAPV Hessen (Hrsg.) (2015) Qualitätsmanagement in der SAPV Ein Handbuch. Mabuse Verlag, Frankfurt

Henke R (2015) Rede vor dem Deutschen Bundestag am 02.07.2015, stenografischer Bericht. <http://dipbt.bundestag.de/doc/btp/18/18115.pdf> (letzter Zugriff am 13.07.2015 um 14:00)

Hilgendorf e.a (2015) Stellungnahme deutscher Strafrechtslehrerinnen und Strafrechtslehrer zur geplanten Ausweitung der Strafbarkeit der Sterbehilfe. <https://www.jura.uni-augs->

burg.de/lehrende/professoren/rosenau/download/Resolution_zur_Sterbehilfe_15_4.pdf (letzter Zugriff 16.06.2015 um 20:30)

Hintze e.a. (2015) Deutscher Bundestag. Erste Beratung des von den Abgeordneten Peter Hintze, Dr. Carola Reimann, Dr. Karl Lauterbach, Burkhard Lischka und weiteren Abgeordneten eingebrachten Entwurfs eines Gesetzes zur Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung (Suizidhilfegesetz) Drucksache 18/5374 vom 02.07.2015

Hippokrates (400 v. Chr.) Der Eid des Hippokrates. Mündliche Überlieferung von ca. 400 v.Chr. https://de.wikipedia.org/wiki/Eid_des_Hippokrates (letzter Zugriff 07.07.2015 um 21:00)

Hoppe JD. Hübner M (2009) Beihilfe zum Suizid aus medizin-ethischer und aus juristischer Perspektive. Zf med Ethik 55: 303-17

Hufeland CW (1806) Über die Verhältnisse des Arztes. Neues Journal der Practischen Arzneikunde und Wundarzneiwissenschaft

Humanistischer Verband Deutschland (2015) Pressemitteilung zur Podiumsdiskussion „Letzte Hilfe! Ärzte aus dem In- und Ausland diskutieren über Suizidhilfe“ vom 20.06.2015. <http://hpd.de/artikel/11883> (Letzter Zugriff 11.07.2015 um 23:15)

Infratest (2014) Umfrage für die Sendung „hart aber fair“ vom 06.10.2014.

Infratest (2015) ARD-DeutschlandTREND: Juli 2015

Janssens U, Burchardi H, Duttge G, Erchinger R, Gretenkort P, Mohr M, Nauck F, Rothärmel S, Salomon F, Schmucker P, Simon A, Stopfkuchen H, Valentin A, Weiler N, Neitzke N (2012) Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI z.B. unter www.aerzteblatt.de/121754 (letzter Zugriff am 05.06.2015 um 21:30)

Jaspers B (2011) Ethische Entscheidungen am Lebensende bei Palliativpatienten in Deutschland – Eine prospektive Untersuchung anhand von Daten aus der Kerndokumentation 2005 und 2006. Inaugural-Dissertation, Aachen

Jox R (2015) Tagungsbeitrag bei „Assistierter Suizid – Der Stand der Wissenschaft“. Berlin 2015 http://deutsches-stiftungszentrum.de/aktuelles/2015_06_15_assistierter_suizid/index.html (letzter Zugriff vom 14.07.2015 um 7:30)

Jüngel E. Zitiert von Bischof Algermissen im Fastenhirtenbrief (2015) http://www.bistum-fulda.de/bistum_fulda/presse_medien/liste_pressemeldungen/2015/2015_01/bpd_2015_2/bpd_20150221_Fastenhirtenbrief.php (letzter Zugriff 18.07.2015 21:00)

Ganzini L (2015) Tagungsbeitrag bei „Assistierter Suizid – Der Stand der Wissenschaft“. Berlin 2015 http://deutsches-stiftungszentrum.de/aktuelles/2015_06_15_assistierter_suizid/index.html (letzter Zugriff vom 14.07.2015 um 7:30)

KBV, Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015) Vergebene Betriebsstättennummern für die SAPV-Leistungserbringer.

<http://www.kbv.de/html/palliativversorgung.php> Stand vom 13.04.2015 (Zugriff vom 04.05.2015 um 9:57)

KNMG Royal Dutch Medical Association and V&VN Dutch Nurses' Association Guide (2014) Caring for people who consciously choose not to eat and drink so as to hasten the end of life (Zorg voor mensen die bewust afzien van eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen.) Amsterdam: The Royal Dutch Medical Association (KNMG) and the Dutch Nurses' Association (V&VN)

Künast e.a. (2015) Deutscher Bundestag. Erste Beratung des von den Abgeordneten Renate Künast, Dr. Petra Sitte, Kai Gehring, Luise Amtsberg und weiteren Abgeordneten eingebrachten Entwurfs eines Gesetzes über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung Drucksache 18/5375 vom 02.07.2015

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

Löfmark R, e.a. (2008) Physicians' experiences with end-of-life decision-making: Survey in 6 European countries and Australia. BMC Medicine 2008, 6:4 doi:10.1186/1741-7015-6-4: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/6/4>

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

Medienprojekt Wuppertal (2013) DVD „Sterbefasten – Freiheit zum Tod“, Medienprojekt Wuppertal

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

Müller S, Pfister D, Müller M. Wieviel Tod verträgt das Team? (2009)
<http://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2014/05/wieviel-tod-vertraegt-das-team.pdf> (letzter Zugriff am 21.07.2015 um 21:00)

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

Müller-Busch HC (2003) Sterbende sedieren? Zf Palliativmed, 4: 107-112

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

Müntefering F (2014) Interview am 22.12.2014 in <http://www.augsburger-allgemeine.de/politik/Franz-Muentefering-der-75-Jaehrige-steht-zu-seinen-Prinzipien-id32658322.html> (Zugriff am 19.01.2015 um 9:38)

Montgomery FU (2014) Leben erhalten, Beistand leisten. Hamburger Ärzteblatt. 2014. 9: 20-21

Nagel E, e.a. (2012) Das Gesundheitswesen in Deutschland, Deutscher Ärzteverlag, Köln

Nauck F e.a. (2014) Hilfe beim Sterben – keine Hilfe zum Sterben. Dtsch Arztebl 111(3): A 67–71

PalliativNetz Osthessen (2015), Stand Mai 2015, mündliche Mitteilung

Putz W, Steldinger B (2014) Patientenrechte am Ende des Lebens. CH Beck Verlag, München

Rissing-van Saan R (2011) Vortrag „Rechtsfragen am Lebensende“ beim Aachener Hospizgespräch vom 22.11.2011

Scheich-Walch G, Bausch J (2015) Die Sterbehilfedebatte generiert vorschnelle Antworten und verdeckt die tiefgreifenden Probleme. Frankfurter Forum; 11: 4-5

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

Schildmann J, Vollmann J (2015) Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende: Empirische Daten, ethische Analysen. Frankfurter Forum; 11: 22-29

Schmidt KW (2015) Die Sterbehilfe im Spielfilm. Dramatischer Konflikt zwischen Liebe und (Berufs-)Ethos. DÄB 112:60-61

Schramme T (2013) Rational suicide, assisted suicide, and indirect legal paternalism. International Journal of Law and Psychiatry 36: 477–484

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

Schwenninger Krankenkasse (2015). <http://www.die-schwenninger.de/presse/aktuelles-single/artikel/letzte-lebensphase-sieben-von->

zehn-bundesbuergern-haben-angst-leiden-zu-muessen/ Zugriff vom 19.01.2015 um 9:00)

Sensburg e.a. (2015) Deutscher Bundestag. Erste Beratung des von den Abgeordneten Dr. Patrick Sensburg, Thomas Dörflinger, Peter Beyer, Hubert Hüppe und weiteren Abgeordneten eingebrachten Entwurfs eines Gesetzes über die Strafbarkeit der Teilnahme an der Selbsttötung Drucksache 18/5376 vom 02.07.2015

Sitte T (2014) Diskussion Elke Baezner mit Thomas Sitte in Vorsorge und Begleitung für das Lebensende. Springer Verlag, Heidelberg

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

Spade F (2015) auf <http://www.sterbefasten.de> (letzter Zugriff vom 16.06.2015 um 16:10)

Spaemann R (2015) Euthanasie. In DIE ZEIT 07/2015 vom 12.02.2015

Statistisches Bundesamt (2015) Todesursachen in Deutschland
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen2120400137004.pdf?__blob=publicationFile Zugriff vom 28.05.2015 um 19:03

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

<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/585/umfrage/selbstmordmethoden-in-deutschland-2006/> (letzter Zugriff 09.07.2015 um 22:30)

Steinbach A, Müller P, Weinmann C. (2013) BILD-Reportageserie vom November 2013. <http://www.bild.de/storytelling/topics/storytelling/die-letzte-reise-des-gernot-fahl-33338936.bild.html> (letzter Zugriff 20.06.2015 um 21:40)

Stern-TV (2014), <http://www.stern.de/tv/sterntv/sterbehilfe-und-das-recht-eines-menschen-auf-selbstbestimmtes-sterben-2150014.html> (Zugriffsdatum vom 11.01.2015 um 17:30)

Stolberg M (2011) Die Geschichte der Palliativmedizin. Medizinische Sterbebegleitung von 1500 bis heute. Mabuse-Verlag, Frankfurt

Voltz R (2007) in Bausewein C, Roller S, Voltz R, Hrsg. Leitfaden Palliativmedizin – Palliative Care. Elsevier-Verlag, München

Thöns M, Sitte T Hrsg. (2013) Repetitorium Palliativmedizin. Springer-Verlag, Heidelberg

Thöns e.a. (2014) Assistierter Suizid – Wie ist die Meinung von Palliativexperten? <http://palliativnetz-witten.de/websitebaker/media/AS.pdf>, Zugriffsdatum 02.02.2015 um 17:03)

Tolmein O (2014) Redebeitrag in: Suizidbeihilfe, Palliativ- und Hospizversorgung. Dokumentation der fraktionsoffenen Sitzung der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag vom 24.09.2014

Walzik E (2015) Ergebnisse einer repräsentativen Befragung zur Sterbehilfe: Geringes Wissen in der Bevölkerung. Frankfurter Forum; 11: 30-35

WHO (2006) Genfer Ärztegelöbnis.

https://de.wikipedia.org/wiki/Genfer_Deklaration_des_Weltärztebundes

(letzter Zugriff 07.07.2015 um 21:00)

Wunder M (2015) in <https://www.bpb.de/dialog/netzdebatte/209110/contrasterbehilfe-es-gibt-kein-unwuerdiges-leben-sondern-nur-lebensunwuerdige-umstaende> (letzter Zugriff am 05.08.2015 um 19:00)

Zenz J, Tryba M, Zenz M (2015) Tötung auf Verlangen und assistierter Suizid. Einstellung von Ärzten und Pflegekräften. Schmerz 29:211-216

Zenz M, Rissing-van Saan R (2011) Grenzen der Schmerztherapie. Schmerz 25:377-392

Zernikow (2009) Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Springer-Verlag, Heidelberg

Zypries B. (2004): Patientenautonomie am Lebensende. Ethische, rechtliche und medizinische Aspekte zur Bewertung von Patientenverfügungen. Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ vom 10. Juni 2004 http://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/pdfs/Patientenautonomie_am_Lebensende.pdf?__blob=publicationFile (Zugriffdatum vom 11.01.2015 16:46)

7. Anhang

7.1 Text des Anschreibens

Sehr geehrte, liebe KollegInnen,

das Zentrum für Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie am Universitätsklinikum des Saarlandes führt gemeinsam mit der Deutschen PalliativStiftung eine Datenerhebung zu assistiertem Suizid und Tötung auf Verlangen in der SAPV durch. Wir wollen den aktuellen status quo ermitteln, der für die derzeitige politische Diskussion relevant ist.

Viele von uns sind intensiv in die Diskussion über ein neues Gesetz über die Beihilfe zur Selbsttötung eingebunden und die PalliativStiftung selber ist nicht ganz unschuldig, dass die Diskussion überhaupt aufkam. Nun wollen wir für die politische Diskussion auch das Meinungsbild von in der SAPV tätigen Ärzten hinsichtlich der Thematik erfassen.

Ihre Antworten sind daher außerordentlich relevant. Uns ist bewusst, dass Ihre Zeit kostbar ist. Wir versichern Ihnen, dass Ihre Angaben – selbstverständlich in zusammengefasster und anonymisierter Form – unmittelbar in den aktuellen Entscheidungsprozess im Bundestag einfließen und dort Beachtung finden werden.

Wir rechnen mit einem Aufwand von gut 20 Minuten für die Beantwortung. Wenn Ihnen eine Frage zu weit geht und Sie diese nicht beantworten wollen, so lassen Sie diese Antwort einfach offen.

Bitte nehmen Sie sich die Zeit und senden Sie uns dann den ausgefüllten Fragebogen per Email an thomas.sitte@palliativstiftung.de zurück oder Sie können ihn auch ausgedruckt per Post an das Büro der PalliativStiftung schicken.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne unter den auf dem Fragebogen genannten Telefonnummern oder per Email zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Mit besten, kollegialen Grüßen

7.2 Text der Umfrage

1 Bundesland	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.				
2 Name des Befragten <i>freiwillige Angabe</i>	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.				
3 Facharztbezeichnung(en)	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.				
4 Zusatzbezeichnung(en)	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.				
5 Anzahl der Jahre Berufserfahrung	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.				
6 PLZ der Arbeitsstätte <i>freiwillige Angabe</i>	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.				
7 Adresse der Arbeitsstätte <i>freiwillige Angabe</i>	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.				

8

Religion	☐ keine ☐ evangelisch ☐ katholisch ☐ andere Klicken Sie hier, um Text einzugeben.				
----------	---	--	--	--	--

9

Religiöse Einstellungen spielen für mich im Leben eine wichtige Rolle.	trifft voll zu	trifft eher zu	weder noch	trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
	☐	☐	☐	☐	☐

10

Ich habe schon einmal ein Familienmitglied in der Sterbephase betreut.	☐ Ja ☐ Nein				
--	--	--	--	--	--

11

Welche Unterstützung haben Sie dabei erfahren (Hausarzt, Hospizdienst, Nachbarn, SAPV, ...)?	Freitext: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.				
--	--	--	--	--	--

12

SAPV wird von mir als Arzt als meine Haupttätigkeit erbracht, d. h. mit deutlich mehr als 50% meiner eigenen Arbeitszeit.	trifft voll zu	trifft eher zu	weder noch	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
	☐	☐	☐	☐	☐

13

Falls die SAPV für mich eher eine Nebentätigkeit ist, bin ich in der restlichen Arbeitszeit tätig in/ an einer	☐ Vertragsarztpraxis ☐ Klinik ☐ Palliativstation ☐ Onkologischen Abteilung ☐ anderen Einrichtung Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Bei Bedarf Freitext einsetzen				
--	---	--	--	--	--

2. Angaben zum SAPV-Team

14 Name des SAPV-Teams freiwillige Angabe	Hier klicken, damit Sie freien Text einfügen können
--	---

15 Das Lebensalter der von mir, bzw. unserem Team Versorgten beträgt	Bis 17 Jahre	von 18 bis 26 Jahre	ab 27 Jahre
circa	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. %	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. %	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. %

16 Die SAPV wird dabei als eine Leistung eines eigenständigen SAPV-Teams erbracht	trifft voll zu	trifft eher zu	weder noch	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
	☐	☐	☐	☐	☐

17 Falls die SAPV von einem eigenständigen SAPV- Team erbracht wird, ist dieses SAPV-Team	☐ selbständig in Form einer eigenen Organisationseinheit oder Teil eines ☐ Krankenhauses ☐ ambulanten Hospizdienste ☐ stationären Hospizes ☐ Brückenteams ☐ Kassenarztpraxis ☐ anderen Einrichtung Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
---	--

Mehrfachantworten sind möglich

Bei Bedarf Freitext einsetzen

18 Es gibt für das SAPV-Team ein zentrales Büro für alle zusammen.	trifft voll zu	trifft eher zu	weder noch	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
	☐	☐	☐	☐	☐

19 Wie weit ist es maximal von einem Ende des Versorgungsgebietes bis zum anderen bei normalen Verkehrsbedingungen (2.6) Minuten

(2.7) .Kilometer

20 Unsere Rahmenbedingungen (z. B. Versorgungsvertrag, Finanzierung, Teamstruktur, Zahl der Mitarbeiter, Vernetzung, Superson u.a.m.) sind INSGESAMT für die Erbringung der SAPV aus MEINER PERSÖNLICHEN Sicht optimal.	trifft voll zu	trifft eher zu	weder noch	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
	☐	☐	☐	☐	☐

21 Freitext:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

3. Fragen nach den Verstorbenen

Diese Fragen betreffen nur die Verstorbenen, die vom SAPV-Team im Jahr 2013 und 2014 begleitet wurden.

22 Wie viele Menschen sind in Betreuung Ihres SAPV-Teams verstorben?

Im Jahr 2013 2014

Genaue Zahl oder nach Möglichkeit auf +/- 20 geschätzt

23 Wie lange war die durchschnittliche Betreuungszeit vom Erstkontakt bis zum Tod?

2013 2014
in Tagen

24 Freitext:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

4. Fragen zur Beihilfe zur Selbsttötung bei den Patienten, die von Ihrem Team versorgt wurden:

25 Bei wie vielen Ihrer Patienten wurde Beihilfe zur Selbsttötung **vom Patienten** selber

nachgefragt? Im Jahr 2013 2014
circa

26 Bei wie vielen Ihrer Patienten wurde Beihilfe zur Selbsttötung **vom Patienten** selber

wiederholt und nachdrücklich nachgefragt? Im Jahr 2013 2014
circa

27 Bei wie vielen Ihrer Patienten wurde Beihilfe zur Selbsttötung **von Angehörigen** nachgefragt? Im Jahr 2013 2014
ca

28 Bei wie vielen Ihrer Patienten wurde diese Bitte um Beihilfe zur Selbsttötung **von Angehörigen** wiederholt und nachdrücklich nachgefragt?

Im Jahr	2013	2014
circa	.	

29 Wie viele Ihrer Patienten haben nach Ihrer Kenntnis insgesamt den Weg der Selbsttötung gewählt und sich das Leben genommen? Im Jahr 2013

2014

circa

30 Gab es Patienten, bei denen die Beihilfe zur Selbsttötung wegen mangelnder Leidenslinderung die bessere Option gewesen wäre?

Im Jahr	2013	2014
---------	------	------

31 Falls solche Fälle vorkamen, dass die Beihilfe zur Selbsttötung bei Ihren Patienten wegen mangelnder Leidenslinderung die bessere Option gewesen wäre, warum gab es in diesen Fällen keine anderen Optionen wie z.B. eine palliative Sedierung?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

32 Freitext für Wünsche, Bemerkungen, Probleme, eigene Einstellungen

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

5. Fragen zur Tötung auf Verlangen bei den Patienten, die von Ihrem Team versorgt wurden:

33 Bei wie vielen Ihrer Patienten wurde Tötung auf Verlangen **vom Patienten selber**

nachgefragt? Im Jahr	2013	2014
----------------------	------	------

circa

34 Bei wie vielen Ihrer Patienten wurde Tötung auf Verlangen **vom Patienten selber**

wiederholt und nachdrücklich nachgefragt? Im Jahr	2013	2014
---	------	------

circa

35 Bei wie vielen Ihrer Patienten wurde Tötung auf Verlangen **von Angehörigen** nachgefragt? Im Jahr 2013

2014

circa

36 Bei wie vielen Ihrer Patienten wurde Tötung auf Verlangen **von Angehörigen** wiederholt und nachdrücklich nachgefragt? Im Jahr 2013 2014
circa

37 Wie viele Ihrer Patienten haben nach Ihrer Kenntnis insgesamt den Weg der Tötung auf Verlangen gewählt? Im Jahr 2013 2014
circa

38 Gab es Patienten, bei denen die Tötung auf Verlangen wegen mangelnder Leidenslinderung die bessere Option gewesen wäre? Im Jahr 2013 2014

39 Falls solche Fälle vorkamen, dass die Tötung auf Verlangen bei Ihren Patienten wegen mangelnder Leidenslinderung die bessere Option gewesen wäre, warum gab es in diesen Fällen keine anderen Optionen wie z.B. eine palliative Sedierung?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

40 Freitext für Wünsche, Bemerkungen, Probleme, eigene Einstellungen

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

6. Wie bewerten Sie untenstehende Formulierungen zur Beihilfe zur Selbsttötung aus Ihrer PERSÖNLICHEN Sicht:

41 Ich kenne mich in den relevanten standesrechtlichen und strafrechtlichen Fragestellungen gut aus.	trifft voll zu ☐	trifft eher zu ☐	weder noch ☐	trifft eher nicht zu ☐	trifft nicht zu ☐
42 Ich bin für ein bundesweit einheitliches standesrechtliches Verbot der Beihilfe zur Selbsttötung.	trifft voll zu ☐	trifft eher zu ☐	weder noch ☐	trifft eher nicht zu ☐	Trifft nicht zu ☐
43 Ich bin für ein bundesweit einheitliches, generelles strafrechtliches Verbot der Beihilfe zur Selbsttötung.	trifft voll zu ☐	Trifft eher zu ☐	weder noch ☐	trifft eher nicht zu ☐	trifft nicht zu ☐
44 Ich bin für ein bundesweit einheitliches, generelles <u>strafrechtliches</u> Ver-	trifft voll zu ☐	Trifft eher zu ☐	weder noch ☐	trifft eher nicht zu ☐	trifft nicht zu ☐

<i>bot jeder Form der gewerblichen und/oder gewerbsmäßigen und/oder organisierten Beihilfe zur Selbsttötung.</i>					
---	--	--	--	--	--

<i>45 Unter bestimmten Bedingungen, vielleicht extrem selten vorkommend, könnte ich als Arzt es mir vorstellen Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten</i>	<i>trifft voll zu</i>	<i>trifft eher zu</i>	<i>weder noch</i>	<i>trifft eher nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>
	☐	☐	☐	☐	☐

<i>46 Falls es eher nicht zutrifft, wäre eventuell ein Kollege im Team dazu bereit.</i>	<i>trifft voll zu</i>	<i>trifft eher zu</i>	<i>weder noch</i>	<i>trifft eher nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>
	☐	☐	☐	☐	☐

<i>47 Ich wäre bereit, den Patienten zur Beihilfe zur Selbsttötung an einen anderen Kollegen in oder außerhalb des Teams zu vermitteln, wenn mir dieser bekannt wäre?</i>	<i>trifft voll zu</i>	<i>trifft eher zu</i>	<i>weder noch</i>	<i>trifft eher nicht zu</i>	<i>Trifft nicht zu</i>
	☐	☐	☐	☐	☐

<i>48 Die rechtlichen Fragen der Beihilfe zur Selbsttötung durch Nicht-Ärzte sind aus meiner Sicht ausreichend geregelt.</i>	<i>trifft voll zu</i>	<i>trifft eher zu</i>	<i>weder noch</i>	<i>trifft eher nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>
	☐	☐	☐	☐	☐

<i>49 Die rechtlichen Fragen der Beihilfe zur Selbsttötung durch Ärzte sind aus meiner Sicht ausreichend geregelt.</i>	<i>trifft voll zu</i>	<i>trifft eher zu</i>	<i>weder noch</i>	<i>trifft eher nicht zu</i>	<i>Trifft nicht zu</i>
	☐	☐	☐	☐	☐

<i>50 Freitext für Wünsche, Bemerkungen, Probleme, eigene Einstellungen</i>
<i>Klicken Sie hier, um Text einzugeben.</i>

7. Wie bewerten Sie untenstehende Formulierungen zur Tötung auf Verlangen aus Ihrer PERSÖNLICHEN Sicht?

<i>51 Unter bestimmten Bedingungen, vielleicht extrem selten vorkommend, könnte ich als Arzt es mir vorstellen Tötung auf Verlangen zu leisten.</i>	<i>trifft voll zu</i>	<i>Trifft eher zu</i>	<i>weder noch</i>	<i>trifft eher nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>
	☐	☐	☐	☐	☐

<i>52 Falls es eher nicht zutrifft, wäre eventuell ein Kollege im Team dazu bereit.</i>	<i>trifft voll zu</i>	<i>trifft eher zu</i>	<i>weder noch</i>	<i>trifft eher nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>
	☐	☐	☐	☐	☐

<i>53 Ich wäre bereit, den Patienten zur</i>	<i>trifft</i>	<i>Trifft</i>	<i>weder</i>	<i>trifft eher</i>	<i>trifft</i>
--	---------------	---------------	--------------	--------------------	---------------

Tötung auf Verlangen an einen anderen Kollegen in oder außerhalb des Teams zu vermitteln, wenn mir dieser bekannt wäre?	voll zu	eher zu	noch	nicht zu	nicht zu
	☐	☐	☐	☐	☐

54 Die rechtlichen Fragen der Tötung auf Verlangen durch Ärzte sind aus meiner Sicht ausreichend geregelt.	trifft voll zu	Trifft eher zu	weder noch	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
	☐	☐	☐	☐	☐

55 Freitext für Wünsche, Bemerkungen, Probleme, eigene Einstellungen

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

8. Wie stimmen Sie untenstehenden Formulierungen zu für das ärztliche Standesrecht aus Ihrer PERSÖNLICHEN Sicht?

56 Die Tötung auf Verlangen von Patienten ist dem Arzt verboten .	trifft voll zu	trifft eher zu	weder noch	trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
	☐	☐	☐	☐	☐

57 Die Beihilfe zur Selbsttötung ist dem Arzt verboten .	trifft voll zu	trifft eher zu	weder noch	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
	☐	☐	☐	☐	☐

58 Die Beihilfe zur Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe .	trifft voll zu	Trifft eher zu	weder noch	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
	☐	☐	☐	☐	☐

59 Der Arzt darf keine Beihilfe zur Selbsttötung leisten.	trifft voll zu	Trifft eher zu	weder noch	trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
	☐	☐	☐	☐	☐

60 Der Arzt soll keine Beihilfe zur Selbsttötung leisten.	trifft voll zu	trifft eher zu	weder noch	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
	☐	☐	☐	☐	☐

61 Der Arzt darf das Leben des Sterbenden nicht aktiv verkürzen.	trifft voll zu	trifft eher zu	weder noch	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
	☐	☐	☐	☐	☐

62 Der Arzt soll das Leben des Sterbenden nicht aktiv verkürzen.	trifft voll zu	trifft eher zu	weder noch	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
	☐	☐	☐	☐	☐

63 Freitext für Wünsche, Bemerkungen, Probleme, eigene Einstellungen

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

9. Wie bewerten Sie untenstehende allgemein rechtliche Formulierungen aus Ihrer PERSÖNLICHEN Sicht?

64 Beihilfe zur Selbsttötung sollte nur unter definierten gesetzlichen Regeln ähnlich wie in der Schweiz sanktionsfrei bleiben.	trifft voll zu	trifft eher zu	weder noch	trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
	☐	☐	☐	☐	☐

65 Beihilfe zur Selbsttötung sollte stets sanktionsfrei bleiben (also auch für Vereine etc.).	trifft voll zu	trifft eher zu	weder noch	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
	☐	☐	☐	☐	☐

66 Ich würde eine Freigabe der Tötung auf Verlangen ähnlich wie in den BeNeLux-Ländern begrüßen.	trifft voll zu	trifft eher zu	weder noch	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
	☐	☐	☐	☐	☐

67 Freitext für Wünsche, Bemerkungen, Probleme, eigene Einstellungen
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

10. Fragen zur Sedierung am letzten Lebenstag bei den versorgten Patienten

68 Ich schätze, dass 2014 am letzten Lebenstag Medikamente wie z.B. Tranquilizer, Neuroleptika, Opioide erhielten, ohne Sedierung als Therapieziel zu verfolgen, die als Nebenwirkung **auch** sedierend wirken:

etwa Klicken Sie hier, um Text einzugeben. % aller unserer Verstorbenen

69 Ich schätze, dass 2014 am letzten Lebenstag eine palliative Sedierung im engeren Sinne erhielten: etwa Klicken Sie hier, um Text einzugeben. % aller unserer Verstorbenen

70 Wenn wir palliativ sedieren, verwenden wir folgende Medikamente:

☐	Midazolam	☐	Lorazepam	☐	Diazepam
☐	Flunitrazepam	☐	Andere Benodiazepine	☐	Levomepromazin
☐	Chlorpromazin	☐	Promethazin	☐	Propofol
☐	Morphin	☐	Fentanyl	☐	Hydromorphon
☐	Andere Opioide	☐	Andere Medikamente		

Falls Sie andere Medikamente einsetzen: welche sind es?
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

71 Freitext für Wünsche, Bemerkungen, Probleme, eigene Einstellungen
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

11. Fragen nach Ihrer PERSÖNLICHEN Einstellung zur Sedierung

72 Für mich ist eine Sedierung eine gute Behandlungsmöglichkeit um den Todeseintritt zu beschleunigen, wenn sich alle Beteiligten einig sind.	trifft voll zu	Trifft eher zu	weder noch	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
	☐	☐	☐	☐	☐

73 Die EAPC-Leitlinie für den Einsatz sedierender Medikamente in der Palliativmedizin ist mir gut bekannt.	trifft voll zu	trifft eher zu	weder noch	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
	☐	☐	☐	☐	☐

74 Ich orientiere mich in der Praxis eng an der Leitlinie der EAPC für den Einsatz sedierender Medikamente in der Palliativmedizin.	trifft voll zu	trifft eher zu	weder noch	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
	☐	☐	☐	☐	☐

75 Die Entscheidung zum Beginn einer palliativen Sedierung treffe ich völlig unabhängig von der Entscheidung andere lebenserhaltende Maßnahmen weiter fortzuführen, wie z.B. Nahrung, Flüssigkeit, Antibiose, Beatmung	trifft voll zu	trifft eher zu	weder noch	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
	☐	☐	☐	☐	☐

76 Mit einer palliativen Sedierung, wie ich sie durchführe und verantworte, schläft der Patient eventuell bis in den Tod hinein, die Sedierung führt nicht zu einer Lebensverkürzung, sondern zu einer Symptomkontrolle.	trifft voll zu	Trifft eher zu	weder noch	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
	☐	☐	☐	☐	☐

77 Unter einer palliativen Sedierung ist es mir wichtig, die Medikamentendosis an die Sedierungstiefe anzupassen, damit der Patient nicht durch die Medikamentenwirkung eine Atemdepression bekommt.	trifft voll zu	Trifft eher zu	weder noch	trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
	☐	☐	☐	☐	☐

78 Unter einer Sedierung ist es mir wichtig, dass Vitalparameter wie die Atemfrequenz und auch die Sedierungstiefe angemessen kontrolliert werden, damit der Patient nicht durch die Sedierung früher stirbt.	trifft voll zu	trifft eher zu	weder noch	trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
	☐	☐	☐	☐	☐

79 Freitext für Wünsche, Bemerkungen, Probleme, eigene Einstellungen
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

7.3 Glossar zur Diskussion über die Beihilfe zum Suizid

„Sterbehilfe“

Eine gesetzliche Differenzierung zwischen der erlaubten Form der passiven Sterbehilfe und der nicht erlaubten Form der aktiven Sterbehilfe gibt es bislang nicht (erster Ansatz zur Unterscheidung vom BGH 2010).

Unklare Definitionen führen zu Fehlgebrauch. Aus hospizlich-palliativer Sicht ist dieser Begriff ein unangemessener Euphemismus und deswegen zu vermeiden. Deshalb in Anführungszeichen.

Aktive Lebensverkürzung

Vorschlag als Sammelbegriff für Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe um die Diskussion klarer zu gestalten.

Suizid = Selbsttötung

(fälschlich: Selbstmord oder Freitod)

Selbsttötung ist der eindeutig neutrale Begriff für Handlungen, mit der ein Mensch sich selber das Leben nimmt.

Inwieweit ein Bilanzsuizid, der als Ausdruck einer freien Willensäußerung verstanden wird, überhaupt gegeben sein kann, ist gerade bei Psychiatern sehr umstritten. In der Regel liegt in der Palliativsituation ein Zustand vor, bei dem bestimmte Ängste ursächlich für den jeweiligen Sterbewunsch sind.

Problem: Freitod (wirklich frei und selbstbestimmt?) oder Selbstmord (Mord = Verwerflichkeitsurteil!) sind wertend und deswegen problematisch.

Suizidassistentz = Beihilfe zur Selbsttötung

Beihilfe zum Suizid ist straffrei, da Selbsttötungsversuche in Deutschland straffrei sind. Dies gilt für alle Menschen jeder Berufsgruppe. So handeln Ärzte straffrei, die Suizidassistentz leisten, auch wenn dies standesrechtlich teilweise nicht zulässig ist.

Durch Sterbehilfeorganisationen wie Dignitas, Exit, den früheren Hamburger Justizsenator Roger Kusch und Einzelpersonen ist das Problem der **gewerblichen** (gegen eine Vergütung), **organisierten** (z.B. vereinsmäßig) und **geschäftsmäßigen** (wiederholten, routinemäßigen) Förderung der Beihilfe zur Selbsttötung ins Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt.

Hier gibt es unterschiedliche Standpunkte: 1. Ablehnung jeglicher **organisierter** Beihilfe zum Suizid, also z.B. auch durch gemeinnützige Vereine, um die Hemmschwelle für einen Suizid so hoch wie möglich anzusetzen.

2. Anerkennung des bewusst gewollten Suizides unter verschiedenen Bedingungen (Lebensbilanz, Angst vor Leiden, bestehendes Leiden,...). Wobei die Ansichten teils noch zu differenzieren sind: als Recht auf eine solche Dienstleistung, selbst bei psychischen Krankheiten oder auch nur als Recht ausschließlich in extremen Leidenssituationen am Lebensende nach einer Gewissensentscheidung des (behandelnden) Arztes.

Problem 1. Suizidassistenz als entlohnte Dienstleistung: Erforderliche Überwachung und Qualitätssicherung?

Problem 2: Extremschicksale mit Suizidassistenz als tatsächlich einzig denkbare Lösung sind nicht immer auszuschließen, mit guter hospizlich-palliativer Versorgung werden sie sich auf wenige Einzelfälle beschränken.

Aktive „Sterbehilfe“ = Tötung auf Verlangen

Aktiver Eingriff in den Lebensprozess um ein Leben zu beenden.

Tötung auf Verlangen ist in Deutschland (auch in der Schweiz!) strafbar (§ 216 StGB) und lediglich in den Benelux-Staaten, dort als Euthanasie bezeichnet, unter bestimmten Bedingungen erlaubt. Euthanasie wird dort von Ärzten mit Medikamenteninjektion in einem Umfang offiziell praktiziert, der für Deutschland etwa 25.000 Tötungen pro Jahr entspräche.

Problem: Kann ein Patient keinen Suizid (mehr) begehen, hätte er dann ein Recht zur Tötung auf Verlangen?

Passive „Sterbehilfe“, besser: Sterbenzulassen

Medizinisch begleitetes Sterbenlassen sind Unterlassung oder Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen wie künstliche Ernährung und Beatmung, Behandlung mit Antibiotika u. a. m. entsprechend dem Patientenwillen, wobei dem natürlichen Krankheits- oder Sterbeprozess seinem Lauf gelassen wird. Passive Sterbehilfe ist geboten, wenn es dem Willen des Patienten entspricht (wegweisendes BGH-Urteil aus 2010). In Deutschland ist passive Sterbehilfe erlaubt.

Problematisch ist der Begriff passive Sterbehilfe, gerade weil er auch Handlungen umfasst, die nach allgemeinem Verständnis von Nicht-Experten als „aktiv“ zu bezeichnen sind, etwa das Abschalten des Beatmungsgerätes. Mittlerweile ist eindeutig geklärt, dass z.B. Abschalten genauso zu werten ist wie das nicht Beginnen der künstlichen Beatmung (BGH 2010).

Indirekte „Sterbehilfe“

Medikamentengabe, bei der durch Nebenwirkungen ein nicht auszuschließender vorzeitiger Tod in Kauf genommen wird.

Wegweisendes Urteil des BGH 1996: Es ist erlaubt oder sogar geboten, schmerzlindernde Medikamente auch in einer Dosis zu verabreichen, die als unbeabsichtigte Nebenwirkung die Sterbephase verkürzen könnte. Gleiches gilt bei Nebenwirkungen anderer Maßnahmen. Ähnlich verlautbarte schon Papst Pius XII. 1957.

Durch den sachgerechten, symptomkontrollierten Einsatz von Opioiden („Morphium“) verbessert sich die Lebensqualität. Durch die Entlastung von Symptomen verlängert sich die Lebenszeit.

Problem 1: Unsicherheit verhindert häufig den rechtzeitigen Einsatz der Medikamente.

Problem 2: Irreführend, da eine symptombezogene Indikation nicht auf Verkürzung des Lebens abzielt.

Patientenwille

Der Patientenwille kann in jeder beliebigen Form geäußert – z.B. als schriftlich erstellte Patientenverfügung oder als mündlich erklärter Behandlungswunsch – und jederzeit formlos widerrufen werden.

Der Patientenwille ist für jeden Behandler verbindlich.

Problem: Ohne schriftliche Verfügung, ist dann der mutmaßliche Wille i. d. R. schwieriger herauszufinden.

Patientenverfügung

Schriftlich oder mündlich nach 1901a BGB zulässig: Vorausverfügter Wille eines Menschen für den Fall, dass dieser seinen Willen zu gegebener Zeit nicht mehr äußern kann, wenn Entscheidungen, z.B. zu indizierten Therapien getroffen werden müssen (§1901a (1) BGB).

Mutmaßlicher Wille

Ist kein Patientenwille eruierbar, muss der mutmaßliche Wille herausgefunden werden, um eine dem – nun mutmaßlichen – Willen des Patienten entsprechende Entscheidung treffen zu können (§1901a (2) BGB).

Indikation für lebenserhaltende Maßnahmen

Ärztliche Entscheidungen sind eingebettet in juristische, gesellschaftspolitische und ökonomische normative Bedingtheiten. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht nur bei medizinisch und ärztlich indiziertem, kurativem Therapieziel und Einwilligung des Patienten. Es wird ein Behandlungsvorschlag erarbeitet. In der Palliation erlischt diese Verpflichtung.

Therapiezieländerung

Wechsel eines Therapieziels von Kuration (Heilung, Lebensverlängerung, Krankheitsbekämpfung) hin zur Palliation, also Linderung der Not. Am Lebensende erfolgt von Rechts wegen eine Therapiezieländerung.

Problem: Häufig fließender Übergang zwischen beiden Therapiezielen, bzw. paralleles Vorhandensein beider.

Symptomkontrolle

Reduktion der als belastend empfundenen Beschwerden auf ein erträgliches Maß. Gleichzeitig bleibt z.B. eine ausreichende Atmung erhalten. Der Patient hat nicht mehr Nebenwirkungen als notwendig und empfindet wieder mehr Lebensqualität. Es ist auch möglich, den Patienten symptomkontrolliert schlafen zu lassen, wenn er dies möchte (siehe Sedierung).

Sedierung

Beruhigung. Dabei erhält der Patient beruhigende Medikamente (Schlafmittel, Psychopharmaka, Betäubungsmittel) in einer ausreichenden Dosis, damit er ruhiger wird, leicht schläft, aber erweck- und ansprechbar bleibt. Eine Sedierung kann bei krankhafter Angst und Unruhe nötig sein. (Siehe auch palliative Sedierung)

Palliative Sedierung

Unter palliativer Sedierung wird die Gabe von sedierenden Medikamenten auf Wunsch des Patienten zur Minderung des Bewusstseins verstanden, um sonst unbehandelbare Beschwerden (Atemnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Übelkeit u.v.m.) am Lebensende in einer ethisch akzeptablen Weise zu lindern und kontrollieren zu können. Hierbei kann der Patient auch in den Tod hineinschlafen.

Bei **lege artis** durchgeführter palliativer Sedierung wird durch diese Symptomkontrolle Sterben **nicht beschleunigt**. Die palliative Sedierung kann sehr kurz dauern oder viele Tage erforderlich sein.

Problem: vermeintliche Nähe zu aktiver „Sterbehilfe“.

Während bei aktiver „Sterbehilfe“ das Ziel verfolgt wird, das Leben des Patienten durch die Verabreichung einer deutlich über dem therapeutischen Bereich dosierten Substanz vorzeitig zu beenden, liegt bei der palliativen Sedierung das Ziel in der Symptomkontrolle und Leidenslinderung durch das **Minderung des Bewusstseins** mit einer angemessen dosierten, wiederholten Medikamentendosis. Wichtig ist eine gute Dokumentation. Tritt der Tod dabei ein, entspricht dies dem natürlichen Sterbenlassen.

Terminale Sedierung

Teils wird der Begriff „terminale“ synonym zu „palliative“ Sedierung verwendet, teils aber auch für eine nicht akzeptable Form der Tötung. Dabei bestünde die Intention zu einem beschleunigten Herbeiführen des Todes. Es wird nicht symptomkontrolliert sediert, sondern so tief, dass sich die Atmung des Patienten verlangsamt bis sie ganz aufhört.

Problem: Für Nicht-Experten ist die terminale schwer von der palliativen Sedierung zu unterscheiden.

Körperverletzung (am Lebensende)

Hier: Durchführung medizinisch indizierter Maßnahmen gegen den Patientenwillen (siehe dort), Durchführung nicht indizierter Maßnahmen und die Nichtbehandlung von Leiden des Patienten. Es ist ein Problem der täglichen Praxis.

Häufiges, grundsätzlich justiziables Delikt im Rahmen einer Futility („Vergeblichkeit“, Fehl- oder Überversorgung) am Lebensende, wird in der Regel aber nicht verfolgt, weil es nicht angezeigt wird.

Problem: Behandlung gegen den Patientenwillen (Körperverletzung § 223 StGB).

7.4 Glossar zur SAPV

(Auszug aus SAPV – ein Handbuch, 2015)

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) dient – in Ergänzung zu allen sonstigen Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung und -pflege sowie weiteren Sozialleistungen (z. B. ambulante Hospizbegleitung) – dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Palliativpatienten aller Altersstufen so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern. Dadurch soll Patienten mit lebenslimitierenden Erkrankungen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. stationären Hospizen ermöglicht werden. Die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung ergänzt die Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung und der palliativen Basisversorgung und differenziert sich durch spezielle Merkmale.

Aufgrund unterschiedlich vorhandener Grundvoraussetzungen in den einzelnen Bundesländern und Regionen (z. B. bereits vorhandene Versorgungsstrukturen vor SAPV) hat sich SAPV sehr heterogen entwickelt.

Der daraus resultierende Neologismus erschwert Forschung und wissenschaftliche Vergleichbarkeit.

Das Glossar soll keine neuen Definitionen schaffen, sondern Klarheit darüber bringen, wie in diesem Handbuch Begriffe verstanden werden. Im Hinblick auf die Entwicklung einer gemeinsamen Sprache ist es wichtig, Begriffe möglichst präzise und einheitlich zu verwenden, wozu dieses Glossar beitragen möchte.

SAPV Rahmenbedingungen

Die Leistung SAPV ist bundesrechtlich im SGB V § 37b und § 132d definiert. In die Gesetzgebung wurden Grundbegriffe aus internationalen und europäischen Normen einbezogen. Ausführungsbestimmungen durch GKV-SpV und G-BA regeln den Rahmen der Umsetzung. Nur ein Teil aller Sterbenden benötigt diese besondere Versorgungsform SAPV. Die spezialisierte ambulante Palliativ-

versorgung richtet sich an Palliativpatienten und deren soziales Umfeld, wenn die Intensität oder Komplexität (Aufwändigkeit) der aus dem Krankheitsverlauf resultierenden Probleme den Einsatz eines spezialisierten Palliativteams (PCT/PCTKJ) – vorübergehend oder dauerhaft – notwendig macht, um den häuslichen Verbleib unter o.g. Zielsetzung zu ermöglichen. Dabei gilt: Sie erfolgt im Rahmen einer ausschließlich auf Palliativversorgung ausgerichteten Versorgungsstruktur. Die Leistung beinhaltet insbesondere spezialisierte palliativärztliche und palliativpflegerische Beratung und/oder (Teil-)Versorgung, einschließlich der fachlichen und organisatorischen Koordination von notwendigen Versorgungsleistungen auch mit den Methoden der individuellen Fallsteuerung (Case-Management) bis hin zu einer umfassenden und vollständigen bedarfsgerechten Versorgungsübernahme mit allen notwendigen ärztlichen, pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Teilleistungen.

Multiprofessionalität, 24-stündige Erreichbarkeit und Hausbesuchsbereitschaft für Arzt und Pflege an sieben Tagen in der Woche und Spezialisten-Status (durch Weiterbildung, Erfahrung und Routine) der primär in der Palliativversorgung tätigen einzelnen Leistungserbringer sind als Grundlage der Leistungserbringung unverzichtbar. Leistungen der Primärversorgung sind nicht Bestandteil der SAPV, werden aber im Krisenfall bis zur Verfügbarkeit aus der sonstigen Regelversorgung bedarfsgerecht substituiert. (siehe SAPV Glossar der DGP/DHPV vom 15.01.2009). Regelmäßige multiprofessionelle Teamsitzungen und Fallbesprechungen sind unverzichtbarer Leistungsbestandteil, die enge Zusammenarbeit und Kommunikation mit den Strukturen der Primärversorgung (z. B. niedergelassene Ärzte, Pflegedienste, Krankenhäuser, stationäre Pflegeeinrichtungen, Sozialarbeiter, Psychologen, Seelsorger) sowie den Einrichtungen der Hospizbewegung ist ein Grunderfordernis der SAPV. Die SAPV ist eine Ergänzung zu den Leistungen der Basisversorgung und allgemeinen Palliativversorgung und ersetzt deren Leistungen nicht. Leistungen der SAPV können als Beratungsleistung, Koordination der Versorgung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Versorgung verordnet werden.

Im Folgenden sind die durch die Experten der hessischen PCT/ PCT-KJs kon-

sentierten Definitionen im Umfeld der SAPV zusammengestellt. Diese Definitionen werden regelmäßig evaluiert und angepasst

Allgemeine ambulante Palliativversorgung

In der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) stellen Haus- und Fachärzte gemeinsam mit Pflegediensten und Einrichtungen eine grundqualifizierte Palliativversorgung von Sterbenden sicher.

Dabei gilt: Der Nutzen für den Patienten und seines Umfeldes hängt im Wesentlichen davon ab, dass die beteiligten Leistungserbringer sinnvoll aus- und weitergebildet sind (Minimum Grundkurs Palliative Care) und eine multiprofessionelle kooperative Zusammenarbeit über die Sektorengrenzen hinweg praktizieren.

Ambulanter Hospizdienst

Der ambulante Hospizdienst besteht aus ehrenamtlichen Mitarbeitern und bietet psychosoziale Begleitung, Unterstützung und Beistand für Palliativpatienten und deren Angehörige in Zeiten der Erkrankung, der Schmerzen, des Abschieds und der Trauer. Der ambulante Hospizdienst ist Teil eines umfassenden Unterstützungsnetzwerks und arbeitet eng mit beruflichen Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung zusammen.

Angehörige

Angehörige sind all diejenigen Personen, die sich in einer vertrauten, häufig auch verpflichtenden Nähe zum Patienten befinden und somit neben Familienangehörigen auch Freunde, Lebensgefährten, Nachbarn oder Kollegen sein können.

Dabei gilt: Zur Unterscheidung des Beziehungskontextes kann eine Differenzierung zwischen emotionalem und zugehörigem Angehörigen sinnvoll sein.

Autonomie

In der Palliativversorgung wird jede Person als autonomes und einzigartiges Individuum anerkannt und respektiert. Die Betreuung wird nur durchgeführt, wenn der Patient und/ oder die Familie bereit sind, sie anzunehmen.

Dabei gilt: Idealerweise behält der Patient seine Selbstbestimmung bezüglich der Entscheidungshoheit über den Betreuungsort, die Behandlungsmöglichkeiten und den Zugang zu spezialisierter Palliativversorgung.

Bedürfnis, Bedarf und Ressource

Bedürfnis ist ein subjektiv-individueller Anspruch oder Wunsch einer Person oder Personengruppe bzw. ein erlebter Mangel- und Belastungszustand verbunden mit dem Wunsch nach Abhilfe und Befriedigung.

Bedarf ist der objektiv erkennbare, nachvollziehbare, nicht durch eigene Ressourcen zu behebende Mangel- und Belastungszustand eines Patienten.

Ressourcen sind auf der einen Seite materielle Mittel (z. B. Zeit, Geld, Arbeit) und andererseits immaterielle Güter (z. B. Fähigkeiten, Charaktereigenschaften, Bildung) die für einen bestimmten Zweck eingesetzt werden können.

Dabei gilt: Auf der anderen Seite beschreiben sie die Möglichkeiten einer Person oder einer Gruppe, mit belastenden Ereignissen umzugehen. Insbesondere der soziale Rückhalt hat sich als besonders wichtige Ressource für die Gesundheit erwiesen.

(www.gesundheitsfoerderungzh.ch/ileadmin/user_upload/publikationen/Konzept/Leitfaden/Glossar.pdf)

Bedarfsgerechte Versorgung

Das SAPV-Angebot muss dem regionalen Versorgungsbedarf entsprechen und jedem Palliativpatient der SAPV benötigt, muss das Angebot zugänglich sein. Der individuelle Bedarf des einzelnen Patienten und seiner Angehörigen be-

stimmt die Intensität der SAPV. Dazu ist ein detailliertes Assessment vor Beginn der SAPV und regelmäßig im Verlauf (Re-Assessment) notwendig.

Dabei gilt: Die gewünschte und bedarfsgerechte Versorgungsstufe (Beratung, Koordination, additive Teilversorgung oder Vollversorgung) wird in Absprache mit dem verordnenden Arzt festgelegt und ist an den wechselnden Bedarf des Patienten anzupassen. Wenn es der Bedarf des Patienten erlaubt, wird SAPV nach Überleitung in die Basisversorgung beendet und zu einem späteren Zeitpunkt bei Bedarf wieder begonnen.

Begleiten

In der Alltagssprache wird das Wort begleiten im Sinne von mitgehen, das Geleit geben, sich zu einander gesellen verwendet. Ein Begleiter ist dem Begleiteten nahe, kann seine Empfindungen und Gefühle spüren und der Begleitete kann umgekehrt die Empfindungen und Gefühle des Begleiters spüren.

Besonders aufwändige Versorgung

Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung besteht, soweit die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen sowie ggf. die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen würden, um die Ziele nach § 1 Abs. 1 der RL des GBA zu erreichen.

Dabei gilt: Anhaltspunkt dafür ist das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische und/oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie

ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes

Konzept voraussetzt. Ein Symptomgeschehen ist in der Regel komplex, wenn mindestens eines der nachstehenden

Kriterien erfüllt ist:

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik,

- ausgeprägte neurologische/psychiatrische/psychische Symptomatik,
- ausgeprägte respiratorische/ kardiale Symptomatik,
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik,
- ausgeprägte ulzerierende/ exulzerierende Wunden oder Tumore,
- ausgeprägte urogenitale Symptomatik.

Betreuen

Das bedeutet sich um jemanden sorgen, sich um dessen Angelegenheiten kümmern. Der Betreuer greift damit sehr stark in die Geschehnisse ein um den Willen oder mutmaßlichen Willen des Betreuten umzusetzen (Advocacy).

Dabei gilt: Der Begriff amtlich bestellte Betreuung ist inzwischen u. a. mit einer genau definierten rechtlichen Aufgabe belegt.

Interdisziplinarität

Die strukturierte Zusammenarbeit von Vertretern verschiedener Spezialisierungen (Synonym: Disziplinen, Fachbereiche) innerhalb einer Profession (Synonym: Berufsgruppe) wird als interdisziplinäres Arbeiten verstanden.

(aus Leitlinienprogramm Onkologie | S3 Leitlinie Palliativmedizin | September 2014 Glossar)

Lebensqualität

Die für ihn wesentlichen Komponenten von Lebensqualität und deren Priorisierung bestimmt der Patient selbst. Sie konstituiert sich aus allen individuell denkbaren Faktoren und geht über das Erleben krankheitsassoziiierter Aspekte hinaus.

Dabei gilt: Gesundheitsbezogene Lebensqualität ist die subjektive Selbsteinschätzung von Individuen oder Gruppen im Hinblick auf die Zufriedenheit zu

physischen, psychischen, sozialen und alltagsnahen Aspekten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit. Sie erfasst nicht die äußeren Faktoren, die Lebensqualität bestimmen bzw. bedingen. Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität existieren psychometrisch geprüfte und normierte Messinstrumente.

(aus Leitlinienprogramm Onkologie | S3 Leitlinie Palliativmedizin | September 2014 Glossar)

Multiprofessionalität

Die strukturierte Zusammenarbeit von Vertretern verschiedener Berufsgruppen (Synonym: Professionen) innerhalb eines Teams wird als multiprofessionelles Arbeiten verstanden.

(aus Leitlinienprogramm Onkologie | S3 Leitlinie Palliativmedizin | September 2014 Glossar)

Palliative Care Team

Palliative Care Teams (PCT) sind selbstständige Organisationseinheiten mit eigenständigem Versorgungsauftrag für Palliativpatienten. PCTs bestehen (im engeren Sinne der Leistungserbringung der SAPV) mindestens aus entsprechend qualifizierten Ärzten und Pflegefachkräften, mit einem festen Personalstamm die überwiegend/ mit einem wesentlichen Anteil oder ausschließlich in der Palliativversorgung tätig sind. Für die koordinierenden Tätigkeiten sind Erfahrungen/Kenntnisse im Bereich des Case-Managements erforderlich.

Dabei gilt: PCTs verfügen über eine besondere Personalstruktur und Ausstattung, die eine spezialisierte palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung sicherstellen.

(Anhand des SAPV Glossar der DGP/DHPV vom 15.01.2009)

Palliative Basisversorgung

Die Basisversorgung in Palliative Care ist elementarer Bestandteil der allgemeinen Krankenbehandlung und -versorgung. Die palliative Basisversorgung ist integraler Bestandteil aller Strukturen und Professionen, die regelhaft schwerst- kranke und sterbende Patientinnen und Patienten versorgen.

Dabei gilt: Die Leistungserbringung der Basisversorgung in Palliative Care erfolgt in erster Linie durch Hausärzte/Kinderärzte sowie von ambulanten Pflegediensten, in Krankenhäusern sowie in Alten- und Pflegeheimen/ Kinderheimen. Die palliative Basisversorgung ist nicht ausreichend verankert und muss verbessert werden. Grundkenntnisse in Palliative Care müssen zumindest überall dort vorhanden sein, wo regelhaft Schwerstkranke und Sterbende versorgt werden.

Palliativmedizin = Palliative Care = Palliativversorgung

Palliativmedizin/Palliative Care/Palliativversorgung wird synonym verwandt (in diesem Glossar generell als „Palliativversorgung“ bezeichnet) und ist gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 2002 ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien (bzw. sozialem Umfeld), die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Palliativmedizin/Palliativversorgung bejaht das Leben und sieht das Sterben als natürlichen Prozess; weder beschleunigt noch zögert sie den Tod hinaus.

Dabei gilt: Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von, Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art. Sozialrechtlich könnte es als Tertiärprävention eingeordnet werden. Das Hauptziel von Palliativversorgung ist der Erhalt, die Förderung, bzw. – soweit möglich – die Verbesserung der Lebensqualität für Patienten und ihr soziales Umfeld (auch über die Sterbephase hinaus). Im Deutschen wird Palliativmedizin als Übertragung des englischen Begriffes Palliative Care verwendet. Sie beinhaltet

gleichwertig ärztliche, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Kompetenz.

Im engeren Sinn kann unter Palliativmedizin (englisch: Palliative Medicine) auch der unverzichtbare, medizinische Beitrag zu Palliative Care verstanden werden. (Anhand des SAPV Glossar der DGP/DHPV vom 15.01.2009) Die Begriffe Palliativmedizin und Palliativversorgung werden als Synonyme verwendet.

Beide Begriffe werden – dem englischen Palliative Care entsprechend – in einem weit gefassten Verständnis benutzt. Palliativmedizin und Palliativversorgung werden demnach als Oberbegriff für alle Aktivitäten zur Verbesserung der Lebensqualität verwendet, die für Menschen mit nicht heilbaren, lebensbedrohlichen Erkrankungen gelten und betonen den interdisziplinären und multiprofessionellen besonderen Charakter dieses Versorgungsbereichs. Palliativmedizin wird demnach nicht auf den medizinischen und/oder ärztlichen Beitrag reduziert, sondern umfassend im Sinne der multiprofessionellen Palliativversorgung verstanden.

Trotz historisch unterschiedlicher Entwicklungen in Deutschland sind Palliativ- und Hospizversorgung als ein gemeinsamer Ansatz bzw. eine Haltung zu verstehen. Hospizbegleitung wurzelt im bürgerschaftlichen Engagement. Begleitet werden Patienten am Ende ihres Lebens sowie deren Angehörige zu Hause, in palliativmedizinischen Tageskliniken und in stationären Hospizen. Haupt- und Ehrenamtliche arbeiten in multiprofessionellen Teams zusammen, um eine Betreuung zu bieten, die sich an den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen orientiert.

(aus Leitlinienprogramm Onkologie | S3 Leitlinie Palliativmedizin | September 2014 Glossar).

Zur Palliativversorgung gilt im Besonderen: Palliativversorgung ist die adäquate Versorgung für alle Patienten ab dem Zeitpunkt der Diagnose einer lebensbedrohlichen oder beeinträchtigenden Erkrankung.

Der Begriff „lebensbedrohliche oder beeinträchtigende Erkrankung“ wird hier verwendet, um eine Gruppe von Patienten aller Altersklassen und mit einem breiten Spektrum von Diagnosen zusammenzufassen, die mit einer andauern-

den oder rezidivierenden belastenden Erkrankung leben, die die Aktivitäten des täglichen

Lebens einschränkt oder die Lebenserwartung vorhersehbar verkürzt. Die meisten Patienten brauchen nur in weit fortgeschrittenen Krankheitsstadien Palliativversorgung, aber einige Patienten benötigen palliative Interventionen zur Überbrückung von Krisen bereits zu einem früheren Zeitpunkt ihres Krankheitsverlaufs.

Dies kann einen Zeitraum von mehreren Jahren, Wochen oder Tagen betreffen. Beim Übergang von kurativer zu palliativer Betreuung handelt es sich oft um keinen eindeutigen Zeitpunkt, sondern vielmehr um einen graduellen Prozess, in dessen Verlauf sich das Behandlungsziel mehr und mehr von der Lebensverlängerung um jeden Preis zur Erhaltung der Lebensqualität verschiebt, mit der Notwendigkeit, den Behandlungserfolg und die Nebenwirkungen sorgfältig gegeneinander abzuwägen.

Palliativpatient

Palliativpatienten sind Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, die an den körperlichen, psychosozialen oder seelischen Folgen dieser Erkrankung leiden. In der Regel hat der Verlauf der Erkrankung einen Punkt erreicht, bei dem die Erhaltung und Förderung der Lebensqualität ganz im Vordergrund steht.

Dabei gilt: Palliativpatienten sind aber auch Patienten, die einen Bedarf an „Lindernder Medizin“ haben und unter entsprechender Therapie nicht unmittelbar versterben werden. Auch z. B. Patienten mit einer kompletten Lähmung, oder Kindern mit stoffwechsel- und genetischen Erkrankungen, die durch die eingeleitete Ernährungs-, Beatmungstherapie und andere Maßnahmen nicht absehbar lebensbegrenzend erkrankt sind, können Palliativpatienten im engeren Sinne sein. Palliativpatienten benötigen in besonderem Maße Linderung von körperlichen Symptomen, Achtung ihrer Würde, psychosoziale Unterstützung sowie Angebote der spirituellen Begleitung bis zum Tod. Auch das soziale Umfeld

von Palliativpatienten (Familie, Freunde, Nachbarn) ist betroffen und benötigt oft Hilfe (z. B. Anleitung zur Pflege und psycho-soziale Unterstützung). Je nach Intensität oder Komplexität der Beschwerden bzw. der psychosozialen Situation sind Angebote der Basispalliativversorgung, der allgemeinen und/oder der spezialisierten Palliativversorgung erforderlich.

Selbstständige Organisationseinheit

PCT/ PCT-KJ sind selbstständige Organisationseinheiten. Das bedeutet, dass das PCT/ PCT-KJ als tatsächliches Team mit feststehenden Personen und einer eigenen Infrastruktur und Logistik darstellbar ist und in diesen Strukturen arbeitet.

Dabei gilt: Neben eigenen entsprechend ausgestatteten Büroräumen gehört dazu die Ausstattung mit Fahrzeugen und Telekommunikation. Die Personalorganisation erfolgt über entsprechende Dienstplanung auf der Grundlage des Arbeitszeitgesetzes, die die 24-Stunden Verfügbarkeit an sieben Tagen pro Woche sicherstellt. Dabei muss jederzeit eine dem PCT/PCT-KJ angehörender Palliativarzt und Palliativ-Pflegefachkraft erreichbar sein.

(Anhand des SAPV-Glossar der DGP/ DHPV vom 15.01.2009)

Symptom

Symptom wird einerseits verwendet für objektiv zu beobachtende klinische Zeichen, im Sinne von Befund (z. B. Leitsymptom) und andererseits zur Bezeichnung subjektivindividuell empfundener Belastung und Leid (Doppeldeutigkeit bei unterschiedlichen Bedeutungen). Dabei gilt: Im Kontext dieses Handbuches wird Symptom ausschließlich für die subjektiv empfundene Belastung verwendet und Befund für objektiv zu beobachtende klinische Zeichen.

(aus Leitlinienprogramm Onkologie | S3 Leitlinie Palliativmedizin | September 2014 Glossar)

Symptombehandlung

Im Verlauf einer palliativen Erkrankung und deren Behandlung treten verschiedene komplexe Symptome in unterschiedlicher Ausprägung und im Zusammenhang besonderer Aufwändigkeit auf. Viele dieser Symptome beeinflussen die Lebensqualität und den Alltag der erkrankten Personen und deren Angehörigen unmittelbar und nachhaltig. Das frühzeitige Erkennen und die fachkompetente Einschätzung der Symptome sind zentrale Aufgaben des PCT/ PCT-KJ und wichtige Eckpfeiler im Rahmen der Symptombehandlung.

Dabei gilt: Die Grundlage für den erfolgreichen Umgang mit auftretenden Symptomen sind fundierte und vertiefend literaturgestützte Kenntnisse des Assessments und der Interventionen. Dabei fließen Aspekte der symptomfokussierten Anamnese und die Anwendung von Einschätzungsinstrumenten ineinander. Die kritische Reflexion und das Hinterfragen der verwendeten Instrumente wird gleichermaßen, wie die Planung und Evaluation forschungsgestützter Maßnahmen angewendet. In vielen Fällen können Symptome lediglich gelindert werden. Hier stehen insbesondere das Konzept des Selbstmanagements der erkrankten Menschen und die angeleitete Unterstützung darin im Fokus.

Team

Ein Team ist eine Gruppe von Menschen, die für ein gemeinsames Ziel (hier die Palliativversorgung) zusammenarbeitet und verantwortlich ist. Die Arbeit ist dabei kompetenzbasiert und wird transparent strukturiert.

Dabei gilt: Menschen unterschiedlicher Hierarchiestufen arbeiten zusammen. Die Struktur des Teams, aber auch eine gemeinsame Haltung ist gewährleistet sowie Verlässlichkeit der Versorgung. Von gegenseitiger Achtung getragene Beziehungen und Interaktionen der Teammitglieder, Gemeinschaftssinn und ein starker Gruppenzusammenhalt können Merkmale eines Teams sein.

(aus Leitlinienprogramm Onkologie | S3 Leitlinie Palliativmedizin | September 2014 Glossar)

Therapiezieländerung

Der Wechsel eines Therapieziels von Kuration (Heilung, Lebensverlängerung, Krankheitsbekämpfung) hin zur Palliation, also Linderung der Not.

Dabei gilt: Am Lebensende erfolgt regelhaft eine Therapiezieländerung. Das Problem hierbei ist ein häufig fließender Übergang zwischen beiden Therapiezielen, bzw. paralleles Vorhandensein beider. Für eine Entscheidungsfindung hin zur Palliation kann auch wiederholt eine Beratungsleistung durch das PCT/PCTKJ gerade auch im Sinne eines ACP für den Patienten als Zugangskriterium für die SAPV notwendig sein.

Würde

Würde bezeichnet die Eigenschaft, eine einzigartige Seinsbestimmung zu besitzen und den Achtung gebietenden Wert eines Menschen und die ihm deswegen zukommende Bedeutung.

Zielsetzung der SAPV

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung zu ermöglichen und stationäre Krankenhauseinweisung verhindern.

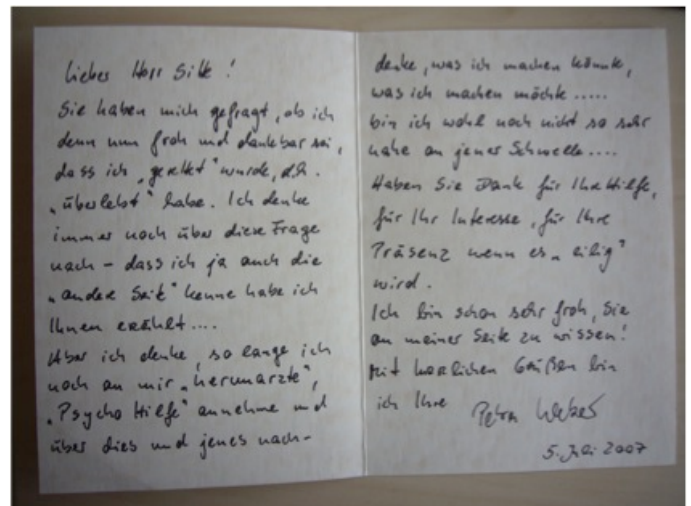
Dabei gilt: Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern. Diese umfasst auch eine palliative Tumorthherapie zur Verbesserung der Symptomkontrolle. Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patienten sowie die Belange einer vertrauten Person stehen im Mittelpunkt der Versorgung. Eine Begleitung im Rahmen eines Therapiezielwechsels muss trotzdem

wegen der hier dargestellten abgrenzenden Zielsetzung möglich sein. Voraussetzung für die Zulässigkeit dieser Abgrenzung ist eine zeitnahe und bedarfsgerechte flächendeckende Versorgung mit Angeboten der allgemeinen PV und insbesondere von Angeboten von „Early Integration“ neben der SAPV.

8. Dank

Danken für das Gelingen dieser Inaugural-Dissertation möchte ich in erster Linie meinen PatientInnen. Sie waren mir Lehrmeister in guten wie in schlechten Tagen. Was eine solche Arzt-

Patientenbeziehung wechselseitig bedeutet – auch und gerade in Bezug auf eine mögliche Garantenstellung des Arztes, kommt gut in diesem Brief zum Ausdruck, den mir eine lange Jahre schwerstkranke, hochgradig eingeschränkte und immer wieder vital gefährdete Patientin schrieb, nachdem ich sie einmal gegen ihren Willen am Leben gehalten hatte:



Lieber Herr Sitte,

Sie haben mich gefragt, ob ich denn nun froh und dankbar sei, dass ich „gerettet“ wurde, d.h. „überlebt“ habe. Ich denke immer noch über diese Frage nach – dass ich ja auch die „andere Seite“ kenne, habe ich Ihnen erzählt ...

Aber ich denke, solange ich noch an mir „herumarzte“, „Psychohilfe“ annehme und über dies und jenes nachdenke, was ich machen könnte, was ich machen möchte ... bin ich noch nicht so nahe an jener Schwelle ...

Haben Sie Dank für Ihr Interesse, für Ihre Hilfe, für Ihre Präsenz, wenn es „eilig“ wird.

Ich bin sehr froh, Sie an meiner Seite zu wissen!

Mit herzlichen Grüßen bin ich Ihre

Petra Weber

5. Juli 2007

Dann natürlich den befragten KollegInnen, die sich teils sehr viel Zeit für die Antworten der Befragung nahmen, obgleich Ihnen die Patientenversorgung so wenig Zeit lässt.

Meinem Doktorvater, der mir mit jugendlichem Elan Mut zusprach, „das geht!“

Und (nicht) zuletzt meiner Familie für die Toleranz und stete Hilfe.

9. Lebenslauf

09.05.1958 Geboren in Oberlemp

Ärztliche Aus- und Weiterbildung:

- 1979-86 Medizinstudium in Bochum, Bonn, Würzburg und Berlin
- 20.5.1986 **Approbation** als Arzt in Berlin
- ab 1986 **Weiterbildung** Innere Medizin, Transfusionsmedizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Labormedizin, Anästhesie in Berlin, Nordhorn und Fulda
- 07.03.1996 **Facharzt für Anästhesiologie**
Strahlenschutz, Notfallmedizin, Leitender Notarzt, Algesiologe StK/DGS, Tauchmedizin GTÜM, Spezielle Schmerztherapie, Qualitätszirkel-Moderator durch die KV-Hessen, Psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, Sportmedizin, Tätigkeitsschwerpunkt Burn-out-Beratung
- 03-2008 Train the Trainer für universitäre Dozenten in Palliativmedizin
Zertifikat der Universität Harvard
- 28.01.1998 Ermächtigung zur Schmerztherapie durch die KV Hessen
Teilnahme an der Schmerztherapievereinbarung der KV Hessen
- 05-2010 Gründungstifter und seither ehrenamtlicher
Vorstandsvorsitzender der Deutschen PalliativStiftung
- 11-2012 Gründung und Geschäftsführer der Pro PalliativNetz GmbH & Co. KG
- 11-2013 Lehrauftrag an der Evangelischen Hochschule Darmstadt

Fachärztliche Tätigkeit:

- 08.07.1996 **Facharzt** am Klinikum Fulda und Krankenhaus Lauterbach
- 01.04.1999 **Niederlassung Anästhesie, Schmerztherapie, Palliativmedizin**
- 2010-2013** keine ärztliche Tätigkeit wegen eines Ermittlungsverfahrens nach medizinisch notwendigem Verstoß gegen § 13 BtMG.
Dank Änderung des BtMG 2012 vollständig exkulpiert.
- seit 1.1.2014 Palliativmediziner im Kinder-Hospiz Sternenbrücke, Hamburg
stellvertretender ärztlicher Leiter