

Thema: Der Deutsche Bundestag hat im November zwei Gesetze von großer Bedeutung für schwer erkrankte und sterbende Menschen beschlossen: Das Hospiz- und Palliativgesetz soll die palliative Versorgung und Begleitung Schwerstkranker in Hospizen in die Regelversorgung integrieren. Die geschäftsmäßige, auf Wiederholung angelegte Suizidbeihilfe hat der Gesetzgeber nun unter Strafe gestellt. Was eine palliative Versorgung leisten sollte, wie Menschen ein Sterben in Würde ermöglicht werden kann und wie sie in ihrer Angst am Lebensende begleitet werden können, diesen Fragen stellten sich die Teilnehmer des 14. Petersberger Gesundheitssymposiums mit dem Titel „Von Angst, Mut und Gelassenheit“.

von Jocelyne Naujoks

Die Angst vor dem Sterben nehmen



„**M**enschen müssen darauf vertrauen können, dass ihnen trotz Hilfs- und Pflegebedürftigkeit ein würdiges Leben bis zuletzt und ein Sterben in Würde ermöglicht wird“, sagte Dr. Birgit Weihrauch, ehemalige Vorstandsvorsitzende des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes (DHPV) und Staatsrätin a.D., auf dem 14. Petersberger Gesundheitssymposium am 5. November in Königswinter bei Bonn. Dieser hohe Anspruch sei auch im Gesetzentwurf zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung formuliert worden. Sie halte die Gesetzgebung des Bundestages für eine große Chance, die Hospiz- und Palliativversorgung zügig und bedarfsorientiert auszubauen, sagte die Ärztin auf der Veranstaltung mit dem Titel „Von Angst, Mut und Gelassenheit“. Am gleichen Tag verabschiedete der Deutsche Bundestag das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG), das den flächendeckenden Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung vorsieht. Tags darauf stimmten die Abgeordneten einem Gesetzentwurf zu, der die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe stellt und damit Sterbehilfevereine verbietet, den assistierten Suizid zum Regelangebot zu machen (siehe auch Kasten Seite 14).

Palliativmedizin in Regelversorgung integrieren

Eine palliative Versorgung müsse unabhängig von Diagnose, Alter oder Bevölkerungsgruppe für alle Men-

schen erreichbar werden, sagte Weihrauch, die von 1985 bis 2005 Abteilungsleiterin im NRW-Gesundheitsministerium war. Professionelle und ehrenamtliche Strukturen müssten kombiniert werden, eine umfassende Versorgung stationäre und ambulante sowie allgemeine und spezialisierte Bereiche berücksichtigen. Obgleich die Palliativ- und Hospizversorgung in den vergangenen Jahren große Fortschritte gemacht habe, seien hauptsächlich Strukturen der spezialisierten Versorgung entstanden, vor allem für Krebspatienten, sagte Weihrauch. Die meisten Menschen sterben nach ihren Worten jedoch im höheren oder hohen Alter, und der überwiegende Teil in der Regelversorgung. Viele alte und pflegebedürftige Menschen würden bislang nicht bedarfs- und bedürfnisgerecht versorgt, mahnte Weihrauch. Neben dem Ausbau der spezialisierten Palliation müsse es ein weiteres Ziel sein, die Palliativmedizin insgesamt zu einem festen Bestandteil der allgemeinen Versorgung zu machen.

Um die Palliativmedizin in die Regelversorgung zu integrieren, müsse eine allgemeine ambulante Palliativversorgung ebenso gewährleistet sein wie die stationäre Versorgung in allgemeinen Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen. Die Palliativmedizin müsse außerdem in allen Fachbereichen, zum Beispiel auch in der Inneren Medizin und Gynäkologie, Einzug halten.

Nach Weihrauchs Angaben sterben zwischen einem und zwei Dritteln der über 65-Jährigen im Krankenhaus (Nordrhein-Westfalen: 49 Prozent). Im Jahr 2014 wurden 30 Prozent von ihnen palliativ versorgt, zitierte Weihrauch die Ergebnisse einer Studie der Bertelsmann-Stiftung, der Bedarf liege jedoch bei 90 Prozent. In jedem vierten deutschen Stadt- und Landkreis gebe es keine Palliativstationen, Hospize oder eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung. 76 Prozent der Befragten der Studie hätten außerdem den Wunsch geäußert, zuhause palliativ versorgt zu werden, gab Weihrauch zu bedenken.

Sie erläuterte die Gesetzespläne, nach denen die allgemeine ambulante Palliativversorgung ausgebaut und die Finanzierung ambulanter und stationärer Hospize und Palliativstationen verbessert werden sollen. Weiter sei eine Patientenberatung zu Fragen der hospizlichen

und palliativen Versorgung geplant sowie eine bessere Vernetzung und Koordination der Angebote in der Region. Das Sterben in Würde sei ein Thema der Gesellschaft, sagte Weihrauch: „Es geht um eine Kultur der Mitmenschlichkeit und Solidarität, um eine Sorgeskultur“, so die ehemalige Vorstandsvorsitzende des DHPV.

Den Suizid nicht tabuisieren

Eine Suizidabsicht basiere nie auf den Wunsch, sich zu töten, sondern auf dem Gedanken, „so nicht weiterleben zu wollen“, sagte Dipl.-Psych. Dr. phil. Michael Wunder, Mitglied des Deutschen Ethikrats. Er berief sich dabei auf Erkenntnisse der Suizidforschung: „Jede Selbsttötung, auch die in größter Not, hat einen Freiheitsanteil, ist aber auch im Falle vernünftiger Begründungen nie wirklich frei.“ Es gebe Hochrisikogruppen, zu denen zum Beispiel Menschen mit psychischen Erkrankungen wie Depressionen oder Suchterkrankungen zählten. Auch Menschen in schwierigen und belastenden Lebenssituationen oder Menschen, die in ihrem Leben bereits mit Suizidalität konfrontiert wurden, seien stärker suizidgefährdet, berichtete der Experte. Die Suizidprävention sei indes erfolgreich. Die Zahl der Suizidenten sei von 17,5 Personen pro 100.000 Einwohner im Jahr 1990 auf 6,4 Personen im Jahr 2013 zurückgegangen. Mit Hilfe eines niedrigschwelligen Beratungs- und Behandlungsangebots und von Fortbildungen in medizinischen und psychosozialen Berufen werden Patienten und professionelle Helfer informiert.

Die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) und das Nationale Suizidpräventionsprogramm haben sich gemeinsam gegen eine „gewerbsmäßig und geschäftsmäßig ausgeübte Beihilfe zum Suizid“ ausgesprochen, wie Wunder berichtete. Auch habe sich die DGS dagegen ausgesprochen, dass Angebote der Suizidbeihilfe und Suizidmittel beworben werden dürfen. Die DGS tritt für den Ausbau palliativer Angebote ein und fordert außerdem den Aufbau eines breiten Spektrums suizidpräventiver Maßnahmen. Wunder sprach von einer Tabuisierung des Suizids in der ärztlichen Praxis. Menschen hätten Angst, sich dem Arzt anzuvertrauen und ihn in Verlegenheit zu bringen. Es müsse ein gesellschaftliches Klima entstehen, in dem Patienten den Gedanken, sterben zu wollen, bei ihrem Arzt ansprechen können.

Suizidbeihilfe keine ärztliche Aufgabe

Die Mehrheit der Ärzte sei sich in dem Grundsatz einig, dass die Suizidbeihilfe nicht zu den ärztlichen Aufgaben gehört, sagte Wunder. Diese Überzeugung spiegle sich auch in den Berufsordnungen der 17 Landesärztekammern wider. Demnach sei es Aufgabe des Arztes, Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Sterbenden Beistand zu leisten. Auch den Grundsatz, dass ein Arzt nicht an der Selbsttötung eines Patienten mitwirken darf, haben zehn Ärztekammern explizit in ihre

Berufsordnungen übernommen. Für andere Kammern impliziere das ärztliche Selbstverständnis bereits ein Verbot der Beihilfe.

Die Übergänge von der Suizidassistent zur aktiven Sterbehilfe seien fließend, sagte Wunder. In Situationen, in denen einem bewegungseingeschränkten Patienten die Hand oder der Arm zum Mund geführt werden müsse oder die Medikation nicht zum Tod geführt habe und der Assistent Medikamente nachreichen müsse, werde der „angeblich passive Assistent zum aktiven Euthanaseur“, so Wunder. Die steigende Zahl an Suizidenten in der Schweiz, die die Dienste einer Sterbehilfeorganisation in Anspruch nähmen, zeige, dass das Angebot die Nachfrage schaffe, sagte Wunder. Falldokumentationen des Vereins „Sterbehilfe Deutschland“ legten außerdem nahe, dass es sich dabei um ein „breites Spektrum an lebensmüden Patienten“ handele und häufig nicht um schwerst- oder altersbedingte Erkrankungen und Behinderungen vor. Ob diese Menschen über die Möglichkeiten, die die Palliativmedizin für sie bereithalte, informiert wurden, wage er zu bezweifeln, sagte Wunder. Gutachten zeigten außerdem, dass der Wunsch, nicht in ein Heim zu kommen, oder die Perspektive, nicht mehr das gewohnte Leben führen zu können, Motive für eine Suizidbegleitung waren, berichtete er.

Beruhigen, beistehen, aushalten

Der Gesetzentwurf zur Sterbehilfe der Abgeordneten Michael Brand und Kerstin Griese, der das Verbot der organisierten „geschäftsmäßigen und auf Wiederholung angelegten“ Suizidbeihilfe impliziere, betreffe den assistierten Suizid, der als Tätigkeit wiederholt ausgeführt werde, analysierte Wunder. Der Entwurf regle jedoch keine Ausnahme- oder Notsituationen. Der Gesetzgeber tue gut daran, eine Notfallsituation nicht gesetzlich zu regulieren, so Wunders Einschätzung, denn dadurch könne ein regelhaftes Angebot zur Suizidbeihilfe entstehen. Der Behauptung, nach der auch die Palliativmedizin als geschäftsmäßiges, auf Wiederholung angelegtes Angebot zu betrachten sei, widersprach Wunder: „Die Palliativmedizin unterscheidet sehr stark zwischen der Intention zu töten und ihrem eigenen Ziel, das Leiden des Patienten durch palliative Begleitung und Sedierung zu lindern“, so Wunder.

Angst wird durch Bedrohungen der körperlichen Unversehrtheit, der Selbstachtung oder des Selbstbildes ausgelöst, sagte Dr. Katri Elina Clemens, Chefärztin der Klinik für Palliativmedizin der MediClin Robert Janker Klinik in Bonn. Die Angst vor dem Leben mit einer Erkrankung raube Patienten die Kraft, ihre Krankheit zu verarbeiten und sich am Leben zu erfreuen. Stattdessen neigten sie dann zu Niedergeschlagenheit und Traurigkeit sowie zu Depressionen und Hilflosigkeit. Menschen mit Angst bräuchten vor allem Sicherheit und Beistand sowie Hilfe zur Autonomie. Grundsätzlich gelte im Umgang mit diesen Patienten, deren Ängste nicht

herunterzuspielen oder zu ignorieren. Clemens riet zudem, Floskeln zu vermeiden und nicht „drumherum“ zu reden. Der Arzt müsse den Patienten beruhigen, ihm beistehen und die Gefühle des Patienten aushalten.

Viele Patienten und ihre Angehörigen hätten Angst vor dem Verhungern oder Verdursten, sagte Dr. Markus Faust, Oberarzt der Abteilung für Palliativmedizin und Geriatrie der Asklepios-Klinik Wandsbek. Daher sei es notwendig, sie zu informieren und aufzuklären. Nicht die verminderte Nahrungsaufnahme, sondern die gestörte Nahrungsverwertung könne am Lebensende zu gesundheitlichen Problemen führen. Der Patient habe Angst, Lebensqualität zu verlieren, die Appetitlosigkeit werde von ihm als Indikator seiner körperlichen Veränderung und als Anzeichen seines Sterbens wahrgenommen. Gründe für eine Appetitlosigkeit könnten auch Mund- und Schleimhautentzündungen ebenso wie Mundtrockenheit, Übelkeit oder Verstopfung sein, sagte Faust. Auch die Präsentation des Essens, Hektik oder Einsamkeit beim Essen sowie eine Polymedikation, die zum Essen gereicht werde, könnten den Appetit hem-

men. Künstliche Ernährung verschlechtere häufig die Lebensqualität des Patienten. Zudem müsse der Patient in die Behandlung einwilligen, so Faust. Eine Flüssigkeitsgabe erfolge häufig aus der Angst der Angehörigen, dass der Patient verdurstet. Allerdings lindere die Flüssigkeitsgabe entgegen den Erwartungen der Patienten und deren Angehörigen weder Durst noch vermindere sie Mundtrockenheit. Der Patient, seine Angehörigen sowie das Behandlungsteam und die Heimleitung und -aufsicht litten unter dem Druck, der durch die verminderte Nahrungsaufnahme des Patienten entstehe.

Wer nicht mehr für sich selber sorgen könne und auf die Hilfe anderer angewiesen sei, erfahre dies oft als persönliche Niederlage, sagte Bruder Paulus Terwite vom Kapuzinerkloster Liebfrauen in Frankfurt am Main. Jemanden in seiner Einsamkeit zu begleiten, könne in dieser Situation eine Form der Gemeinschaft erzeugen, sagte er. Die Palliativmedizin begleite die Menschen schließlich bis an den Punkt, wo das Leben des Einzelnen sich vollbringe, denn „Sterben heißt Leben vollbringen“, so der Theologe.

Neue Gesetzgebung zur Versorgung Schwerstkranker und Sterbender

Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) will die Bundesregierung die Versorgung Schwerstkranker und Sterbender am Lebensende durch einen flächendeckenden Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung verbessern. Circa 200 Millionen Euro sollen in den kommenden Jahren zusätzlich in die Finanzierung der Hospize und Palliativstationen fließen.

Die Vernetzung und Kooperation der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der hospizlichen Begleitung soll verstärkt und die Kooperation der beteiligten Leistungserbringer gewährleistet werden. Im vertragsärztlichen Bereich werden zusätzlich vergütete Leistungen vereinbart. Die Palliativversorgung soll als Teil der Regelversorgung in der haus- und fachärztlichen Versorgung verankert werden.

Außerdem will die Bundesregierung stationäre Kinder- und Erwachsenen hospize und ambulante Hospizdienste finanziell besser aufstellen: Die Krankenkassen tragen künftig 95 Prozent statt der bisherigen 90 Prozent der zuschussfähigen Kosten für Erwachsenen-Hospize. Auch der Mindestzuschuss der Krankenkassen vor allem für unterdurchschnittlich finanzierte Hospize steigt von sieben auf neun Prozent der monatlichen Bezugsgröße. Bei den Zuschüssen für ambulante Hospizdienste sollen die Kassen neben den Personal- künftig auch die Sachkosten berücksichtigen.

Auch in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern soll die Palliativ- und Hospizversorgung gestärkt werden. Die Sterbebegleitung wird als Bestandteil des Versorgungsauftrags der sozialen Pflegeversicherung gesetzlich verankert. Zur Stärkung der Hospiz- und Palliativstationen in Krankenhäusern sollen eigenständige Palliativstationen künftig die Option erhalten, Krankenhausindividuelle Entgelte zu verhandeln. Kooperationsverträge mit Haus- und Fachärzten werden für stationäre Pflegeeinrichtungen verpflichtend. Die Teilnahme der Vertragsärzte wird entsprechend vergütet. In stationären

Pflegeeinrichtungen sollen individuelle und ganzheitliche Beratungen angeboten werden.

Insbesondere in ländlichen Regionen soll zudem die spezialisierte ambulante Palliativversorgung flächendeckend ausgebaut werden. Die Bedeutung der häuslichen Krankenpflege soll gestärkt werden. Versicherte haben künftig außerdem den Anspruch auf eine individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung.

Die „geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“ ist in Deutschland künftig verboten. Am 6. November hat der Bundestag den Gesetzentwurf einer fraktionsübergreifenden Gruppe aus Abgeordneten um Michael Brand (CDU) und Kerstin Griese (SPD) angenommen. Damit steht die organisierte, auf Wiederholung angelegte Suizidbeihilfe durch Sterbehilfevereine oder Einzelpersonen unter Strafe. Wer nicht geschäftsmäßig handelt und eine dem Suizidenten nahestehende Person oder Angehöriger ist, bleibt straffrei. Es bleibt bei der prinzipiellen Straflosigkeit des Suizids und der Beihilfe dazu. Ärzteschaft und der Deutsche Hospiz- und Palliativverband begrüßten die Entscheidung des Bundestages. Die Beihilfe zum Suizid gehöre nicht zu den Aufgaben des Arztes, sagte Professor Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer. Eine Kriminalisierung der Ärzteschaft, wie von einigen Kritikern befürchtet, könne er nicht erkennen.

Drei alternative Entwürfe konnten keine Mehrheit erreichen. Der Antrag der Gruppe um den SPD-Politiker Karl Lauterbach wollte die ärztliche Suizidbeihilfe regulieren. Die Abgeordneten um Renate Künast (Grüne) forderten, ausschließlich die gewerbsmäßige, auf Gewinn abzielende, organisierte Sterbehilfe unter Strafe zu stellen. Der Gesetzentwurf des CDU-Abgeordneten Patrick Sensburg strebte ein weitgehendes Verbot der Suizidbeihilfe an. In einem Antrag forderten Abgeordnete, auf eine Neuregelung völlig zu verzichten.