

„Terminale Sedierung: Die ‚Wunderwaffe‘ für ein humanes Sterben?“

Großveranstaltung der DGHS mit einer spannenden Podiumsdiskussion

Köln, die viertgrößte Stadt der Bundesrepublik, ist bekannt als Hauptstadt des deutschen Karnevals, doch die Veranstaltung, die seitens der DGHS am 8. April hier angeboten wurde, war alles andere als gewürzt mit karnevalsträchtigen Büttenreden oder Kappensitzungen. Worum es ging, war bitterer Ernst und wäre eher geeignet, das in Köln ansässige Bundesamt für Verfassungsschutz auf den Plan zu rufen; denn es ging wahrlich um Menschen- und Verfassungsrechte im Sterbeprozess, um Fragen, was Menschen in dieser letzten Lebensphase noch zuzumuten ist; und es ging um Fragen der Palliativmedizin aus verschiedenen Blickwinkeln. Anlass war die in Deutschland häufig vertretene Argumentation, wenn die Palliativmedizin endlich ausgebaut werden würde, gäbe es kein Verlangen nach aktiver (direkter) Sterbehilfe. Und wenn belastende Symptome am Lebensende nicht unter Kontrolle gebracht werden können, böte die terminale Sedierung die Möglichkeit, den Patienten beschwerde- und bewusstlos „hinüberdämmern“ zu lassen; dies habe mit Sterbehilfe „nichts zu tun“. Hat es? Hat es nicht? Aufgrund tragischer Belastung im Familienkreis musste der berühmte Arzt Dr. Pieter Admiraal (Niederlande) die Teilnahme absagen. Es gelang noch, den Richter am Amtsgericht a.D., Dr. Rolf Coeppicus (Oberhausen) zu gewinnen. Auf dem Podium waren neben dem Vizepräsidenten der DGHS, Karl-Heinz Blessing, die Präsidentin der Right to Die Europe, Elke Baezner-Sailer (Schweiz) vertreten, der Ethiker Prof. Dr. Dieter Birnbacher (Universität Düsseldorf) und, eingangs auch mit einem IMPULSREFERAT, der Experte Dr. Edgar Dahl (Universität Gießen). DGHS-Präsident Karlheinz Wichmann eröffnete eine Großveranstaltung, die außerordentlich zahlreiche Interessenten – Gäste wie DGHS-Mitglieder gleichermaßen – angelockt hatte. Es moderierte der DGHS-Geschäftsführer.



Bild: Schobert Archiv & Dokumentationen

Mit seinem hier abgedruckten Impulsreferat gelang Edgar Dahl ein Brückenschlag zwischen guter Information und nachdenkenswertem ethischen Stellungnahmen.

Die Teilnehmer konnten eine inhaltlich niveauvolle, spannende Podiumsdiskussion mit breiter Beteiligung aus dem Publikum erleben. Insbesondere für die zahlreichen DGHS-Mitglieder aus Köln und Umgebung war dies wieder einmal eine Gelegenheit, das Engagement der DGHS vermittelt zu erhalten.

Die Veranstaltung wird noch mit ihren wesentlichen Beiträgen auf den Internet-Seiten der DGHS bzw. der DGHS-Verbandszeitschrift nachzulesen sein. Hier drucken wir das Impulsreferat ab, das die Brisanz des Themas bereits zu Beginn der Veranstaltung deutlich machte.

Das Impulsreferat

In seinem Buch „Ohne Leit kein Freud“ sagt New Yorks berühmter Stadtneurotiker Woody Allen: „Es ist nicht so, dass ich Angst vorm Sterben hätte – ich will nur nicht dabei sein, wenn's passiert.“ Die terminale Sedierung, die im Volksmund oft auch als „Tiefschlaf bis zum Tode“ be-

zeichnet wird, scheint für schwache Gemüter wie Woody Allen und mich wie geschaffen. Sie bewahrt uns vor der Agonie. Indem wir uns auf dem Sterbebett mit Hilfe von Benzodiazepinen, Barbituraten und Opiaten in ein künstliches Koma versetzen lassen können, aus dem wir

Definition Terminale Sedierung aus Hospiz-Informationen: Verabreichung von Medikamenten, um den Patienten bis zu seinem Tod in eine Bewusstlosigkeit oder ein Koma zu versetzen, ohne dabei eine künstliche Ernährung vorzunehmen.

Prof. Dr. Henk Jochemsen

nie wieder erwachen, müssen wir nicht unter entsetzlichen Qualen mit dem Tode ringen, sondern können ganz sanft entschlafen.

Ich denke, das erste, das man zu unserem heutigen Thema sagen muss, ist daher: Es ist gut, dass es die terminale Sedierung gibt! In einem Land, das sich aus

historischen Gründen mit der Legalisierung der aktiven Euthanasie schwer tut, sollten wir für jede noch so bescheidene Form der Sterbehilfe dankbar sein.

Ob wir den Siegeszug der terminalen Sedierung begrüßen sollten, ist jedoch nicht die Frage, die uns heute beschäftigt.

Die Fragen, die wir diskutieren müssen, lauten vielmehr: Ist die terminale Sedierung wirklich eine Wunderwaffe im Kampf für ein humanes Sterben? Wird sie den Ruf nach einer gesetzlichen Freigabe des ärztlich-assistierten Suizids und der aktiven Euthanasie tatsächlich verstummen lassen? Und: Entspricht die termina-

le Sedierung überhaupt unserer Vorstellung von einem Tod in Würde?

Die deutschen Palliativmediziner scheinen die terminale Sedierung in der Tat wie eine Wunderwaffe der Sterbebegleitung zu betrachten, die den ärztlich-assistierten Suizid und die aktive Euthanasie schlichtweg überflüssig mache. Nach einer im Jahr 2004 veröffentlichten Umfrage unter den Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin sprachen sich rund 75 Prozent der Befragten gegen eine Legalisierung des ärztlich-assistierten Suizids und über 90 Prozent gegen eine Legalisierung der aktiven Euthanasie aus. Fast 95 Prozent traten dagegen für die Praxis der terminalen Sedierung ein.

Andere Länder – andere Ärzte?

Auf die Frage, warum sie einer Legalisierung des ärztlich-assistierten Suizids und der aktiven Euthanasie ablehnend gegenüber stehen, antworteten rund drei Viertel der befragten Ärzte mit ihrer „palliativmedizinischen Erfahrung“.

Wie aus dieser Antwort deutlich wird, scheinen die Palliativmediziner davon überzeugt zu sein, dass schlicht und einfach kein Bedarf an einer gesetzlichen Zulassung des ärztlich-assistierten Suizids oder der aktiven Euthanasie besteht. Sie sagen sich offenbar: „In rund 95 Prozent aller Fälle können wir die körperlichen Schmerzen sterbender Patienten in den Griff bekommen – und für die verbleibenden 5 Prozent gibt es jetzt schließlich die terminale Sedierung.“

Es ist verwunderlich, dass Palliativme-



Bilder: Schobert Archiv & Dokumentation

Wer sich an einem Wochenende Zeit nimmt für diese Veranstaltung zeigt, vorausschauendes Denken. Etwa 90 % der Bevölkerung haben keine Patientenverfügung, etwa 50 % wissen nicht einmal, was das ist. Trägheit und Unwissenheit regieren oft stärker die Welt als Böswilligkeit und Schicksal.

vor dem sich sterbende Patienten fürchten. Wie Sie sicher wissen, ist am 4. November 1997 in Oregon, einem relativ kleinen Bundestaat im Nordwesten der USA, der so genannte „Death With Dignity Act“ in Kraft getreten. Dieses Gesetz, das aus einer Volksinitiative hervorgegangen ist, erlaubt es unheilbar erkrankten Patienten, sich von ihrem Arzt eine tödliche Dosis eines Barbiturats verschreiben zu lassen, mit dem sie sich für den Fall, dass ihr Leiden unerträglich werden sollte, das Leben nehmen können.

Zwischen 1998 und 2005 haben alles in allem 246 Menschen von dieser Art des

sich mit dem Wissen begnügt, dass sie einem als unwürdig empfundenen Tod jederzeit entfliehen können.

Die meist genannten Gründe dafür, dass Patienten vom ärztlich-assistierten Suizid Gebrauch gemacht haben, sind mit 86 Prozent der „Verlust der Selbstständigkeit“, mit 83 Prozent der „Verlust der Würde“ und mit 85 Prozent der „Verlust der Fähigkeit, Dinge zu tun, die das Leben lebenswert machen“. Mit 22 Prozent bildet die „Angst vor unerträglichen und nicht kontrollierbaren Schmerzen“ gewissermaßen das Schlusslicht der Liste mit den meist genannten Gründen für eine Bitte um Beihilfe zur Selbsttötung.

Die von Palliativmedizinern stets wiederholte Behauptung „Wer keine Schmerzen hat, will nicht sterben!“ ist also nachweislich falsch.

Der Blick auf Oregon lässt aber nicht nur Zweifel an der terminalen Sedierung als einer vermeintlichen „Wunderwaffe“ der Sterbehilfe aufkommen. Nach den Erfahrungen aus Oregon muss man es auch in Frage stellen, dass ein Tod unter terminaler Sedierung der Vorstellung von einem Sterben in Würde entspricht.

Oregoner Ärzte, die final erkrankten Patienten ein Rezept für ein tödliches Medikament ausgestellt hatten, berichten einhellig, dass diese Menschen ein ausgesprochen starkes Bedürfnis danach haben, „Herr der Lage“ zu sein. Nichts



Ich bin Mitglied der DGHS seit 1982 und muss Ihnen, wenn das erlaubt ist, einmal aus persönlicher Sicht sagen: Durch diese langjährige Beschäftigung mit der Problematik und auch in Begegnung mit Mitgliedern und anderen Menschen habe ich für mich persönlich einen Weg gefunden, den ich glaube gehen zu können.

Karl-Heinz Blessing

diziner, die sich mitunter der Sprache der Esoterik bedienen und häufig von „spirituellen Nöten“ und „existentiellen Ängsten“ sprechen, keine andere Sorge als die „Kontrolle physischer Beschwerden“ zu kennen scheinen. Wie ein kurzer Blick nach Oregon zeigt, ist die Angst vor unerträglichen körperlichen Schmerzen jedoch eines der geringsten Übel,

ärztlich-assistierten Suizids Gebrauch gemacht. Das sind bemerkenswertere Weise jedes Jahr nur etwa 30 Patienten. Noch überraschender ist vielleicht, dass über ein Drittel der Patienten, die sich ein Rezept hatten ausstellen lassen, das Medikament letztlich gar nicht eingenommen haben. Offenbar haben sie es sich einfach unter das Kopfkissen gelegt und

scheinen sie so sehr zu fürchten, wie von anderen abhängig zu werden. Sie haben Angst davor, durch geistigen Verfall oder durch körperliche Schmerzen auf andere angewiesen zu sein und die Kontrolle über ihre Körperfunktionen, insbesondere ihre Blase oder ihren Darm, zu verlieren.

Typische Bemerkungen über diese Patienten lauten denn auch: „Sie wollte nicht, dass ihr irgend jemand den Hintern waschen muss.“ Oder: „Er sagte, er wolle nicht in zugeschissenen Windeln abtreten.“ Eine Frau, die aus einer Klinik nach Hause entlassen werden wollte, sagte: „Ich will nach meinen eigenen Vorstellungen sterben. Ich will die Zeit und den Ort bestimmen. Ich will meinen Freun-

Als ich vor zwanzig Jahren Mitglied in der DGHS wurde, ging es mir darum, und es geht mir heute noch darum, dass auch in Deutschland die aktive Sterbehilfe erlaubt wird.

Ich zahle meinen Beitrag; es geht mir nicht nur um mich oder was ich für Vorteile davon habe (...). DGHS-Mitglied im Publikum

den und Angehörigen Lebewohl sagen. Und ich will nicht, dass sie mich langsam verrotten sehen. Ich habe mein Leben mit Anstand und Würde gelebt und will es auch so beenden“.

Für und Wider

Insofern die terminale Sedierung in aller Regel einen Aufenthalt in einer Klinik oder einem Hospiz erfordert, wird sie wohl schon allein aus diesem Grund für viele Patienten immer nur die zweite Wahl bleiben. Weit wichtiger jedoch ist, dass die terminale Sedierung uns zwar vor Beschwerden wie Atemnot, Übelkeit oder Angst bewahren kann, aber gegen eine Vielzahl anderer Symptome wie Blutungen, Erbrechen oder Durchfall oft machtlos ist. Nach den Erfahrungen aus Oregon muss man annehmen, dass es den betroffenen Patienten kaum zum Trost gereichen wird, dass sie von alledem nichts mehr mitbekommen, weil sie ja ohne Bewusstsein sein werden. Allein die Vorstellung, dass ihre Freunde und Angehörigen sie über Stunden, Tage, ja vielleicht sogar Wochen derart verenden sehen, wird ihnen ein Graus sein.

Das zweite, das man zu unserem heutigen Thema sagen muss, ist daher sicher: Die terminale Sedierung ist weit davon entfernt, das Nonplusultra der Sterbehilfe zu sein. Patienten, die sich für sie entscheiden, werden von ihr vermutlich immer

Ich fand das Impulsreferat von Herrn Dr. Dahl so informativ und kompetent, dass ich es gerne nachlesen würde. Da ich keinen Computer habe, kann ich diese Sendung im Internet nicht nachlesen, darum wollte ich darum bitten, aber vielleicht ist das schon so organisiert, dass das Referat mindestens in der Verbandszeitschrift abgedruckt wird.

Stimme aus dem Publikum

nur in Ermangelung einer besseren Alternative Gebrauch machen. Die terminale Sedierung wird die immer lauter werdenden Rufe nach einer Legalisierung des ärztlich-assistierten Suizids und der aktiven Euthanasie daher auch mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit nicht verstummen lassen.

Der dritte und letzte Punkt, den ich

ganz kurz ansprechen möchte, ist der, dass sich die deutschen Palliativmediziner meiner Ansicht nach einer Illusion hingeben, wenn sie allen Ernstes meinen, dass sich ihre Motivation in moralisch entscheidender Weise von der ihrer Kollegen in Oregon, Belgien oder Holland unterscheidet. Ein Arzt, der sich von seinem Patienten das Versprechen abnehmen lässt, ihn zu sedieren und ihm weder

Nahrung noch Flüssigkeit zuzuführen, hat dieselbe Absicht wie ein Arzt, der seinem Patienten Beihilfe zur Selbsttötung oder aktive Sterbehilfe leistet: Sie alle tun, was sie tun, weil sie ihrem Patienten zu einem friedlichen Tod verhelfen möchten oder ganz einfach das Selbstbestimmungsrecht ihres Patienten achten. Ich weiß, dass die überwiegende Mehrheit der Palliativmediziner diese Interpretation ihres Tuns weit von sich weisen und darauf beharren würden, dass ihre Absicht nicht in der Herbeiführung eines friedlichen Todes, sondern ausschließlich in der „Linderung belastender physischer Symptome“ bestehe. Doch mit demselben Recht könnte ein Arzt, der seinem Patienten ein tödliches Medikament verschreibt, behaupten: „Ich habe es ihm nicht gegeben, damit er seinem Leben ein Ende bereitet, sondern damit er die ihm verbleibende Zeit in Frieden leben kann!“ Aber dies ist ein Punkt, zu dem die Gäste unserer heutigen Podiumsdiskussion sicher weit Gehaltvolleres zu sagen haben werden.

Edgar Dahl

LITERATUR ZUM WEITERLESEN (ANREGUNGEN DES REFERENTEN):

- Beck, D. Ist terminale Sedierung medizinisch sinnvoll oder ersetzbar? In: Ethik in der Medizin 16: 334-341, 2004
- Birnbacher, D. Terminale Sedierung, Sterbehilfe und kausale Rolle. In: Ethik in der Medizin 16: 358-368, 2004
- Hartogh, G. Zur Unterscheidung von terminaler Sedierung und Sterbehilfe. In: Ethik in der Medizin 16: 378-391, 2004
- Müller-Busch, H.-C. Terminale Sedierung: Ausweg im Einzelfall, Mittelweg oder schiefe Ebene? In: Ethik in der Medizin 16: 369-377, 2004
- Müller-Busch, H.-C. et al. Attitudes on Euthanasia, Physician-Assisted Suicide and Terminal Sedation: A Survey of the Members of the German Association for Palliative Medicine. In: Medicine, Health Care and Philosophy 7: 333-339, 2004
- Quill, T.E. Palliative Options of Last Resort: A Comparison of Voluntarily Stopping Eating and Drinking, Terminal Sedation, Physician-Assisted Suicide, and Voluntary Active Euthanasia. In: Journal of the American Medical Association 278: 2099-2104, 1997
- Quill, T.E. Responding to Intractable Terminal Suffering: The Role of Terminal Sedation and Voluntary Refusal of Food and Fluids. In: Annals of Internal Medicine 132: 408-414, 2000
- Rothärmel, S. Terminale Sedierung aus juristischer Sicht. Gebotener palliativmedizinischer Standard oder heimliche aktive Sterbehilfe? In: Ethik in der Medizin 16: 349-357, 2004.