

Erika Preisig

# Palliativmedizin und Sterbehilfe

Bericht vom Workshop am Ärztekongress Arosa 2013

**In diesem Workshop mit einem aktuellen, immer wichtiger werdenden Thema wurde die Gruppenarbeit in den Vordergrund gestellt. Drei Teilnehmergruppen wurden geleitet von den folgenden drei Referenten: Andreas Weber, Dozent für Palliativmedizin und Leiter des Palliative Care Teams der Gesundheitsversorgung Zürcher Oberland; Peter Hirzel, langjähriger Hausarzt und Exit-Konsiliararzt, Altdorf; Erika Preisig, Hausärztin und Präsidentin der Lebens- und Sterbehilfeorganisation lifecircle.ch, Biel-Benken.**

Anhand von drei PatientInnen mit Wunsch zu sterben wurden die Teilnehmer aufgefordert, selbständig Lösungsvorschläge auszuarbeiten. Dabei war die Fragestellung so gewichtet, dass sowohl palliative Konzepte inklusive Palliativsedation, sowie auch die Frage des begleiteten Freitodes erörtert werden sollten.

## Fall 1

Es wurde sehr konstruktiv und mit Einfühlungsvermögen gearbeitet. Beim Beispiel des 91-jährigen Mediziners mit austerapiertem, metastasiertem Prostatakarzinom bewegte unter anderem die Situation, dass der langjährige Hausarzt das Rezept für den begleiteten Freitod nicht ausstellen wollte, auch nicht bei einem ehemaligen Berufskollegen. Der terminal kranke Patient wandte sich an Exit. Er litt sehr darunter, dass der Hausarzt, der ihm durch seine optimale Betreuung geholfen hatte, so alt zu werden, und freundschaftlich per «du» mit ihm verkehrte, seinen letzten Wunsch nach einem Rezept für das tödliche Natrium-Pentobarbital nicht erfüllte. So musste der 91-Jährige sich dem für ihn fremden Exit-Konsiliararzt anvertrauen. Für Peter Hirzel war dies ein Schlüsselerlebnis für seine Arbeit bei Exit.

## Fall 2

Die beiden neurologischen Fallbeispiele, ein junger Mann mit amyotropher Lateralsklerose (ALS) und eine ältere Frau mit Multisystematrophie (MSA), warfen einige ethisch und medizinisch schwierige Fragen auf. Darf ein Mensch, wenn er sein Leiden als unerträglich empfindet und er über lange Zeit um Sedation oder assistierten Suizid bittet, palliativ sediert oder in den Freitod begleitet werden? Dies obwohl sein Sterben noch nicht klar absehbar ist, seine Situation also nicht als terminal bezeichnet werden kann? Die Richtlinien der SAMW lassen einen begleiteten Freitod ausschliesslich bei terminalen Krankheiten zu, obwohl seit dreissig Jahren durch Exit auch nicht terminal Kranke in den Freitod begleitet werden.

Faszinierend war es, wie der routinierte Palliativmediziner Andreas Weber den Todeswunsch seines unheilbar kranken Patienten mehrmals mit dem ganzen Betreuungsteam, bestehend aus Hausarzt, Spitex, spezialisierter Palliativpflege, Muskelzentrum St. Gallen, Frau und Kindern besprach. Der junge, schwerst pflegebedürftige Mann wünschte einen begleiteten Suizid, seine Familie konnte dies aber nicht akzeptieren. Auf keinen Fall wollte der Patient sein Leiden bis zum natürlichen Ende aushalten. Schliesslich gab ihm das Wissen, dass ihm auch eine palliative Sedation ermöglicht werden würde, wieder Mut. Nachdem er noch einige Wochen sein

Schicksal tragen konnte und nochmals verschiedene therapeutische Massnahmen zur Verbesserung seiner Lebensqualität umgesetzt worden waren, wurde ihm nach erneuter Zustandsverschlechterung sein Wunsch nach terminaler Sedation durch sein Betreuungsteam erfüllt. Anhand der Aufzeichnung der Sedation über sieben Tage konnten die Teilnehmer Einblick erhalten in diesen wichtigen Teil der Palliativmedizin.

## Fall 3

Im Falle der MSA-Patientin hatte sich die Mutter der Patientin im Alter von 84 Jahren aus dem vierten Stock des Altersheimes in den Tod gestürzt. Darunter hatte Frau W. ihr Leben lang gelitten. Deswegen wollte Frau W. ihren beiden Söhnen und den Altersheimbewohnern nicht dasselbe antun. Sie war aber genauso wie ihre Mutter nicht bereit, ihr Schicksal bis zum Ende zu tragen. E. Preisig informierte sie über die Möglichkeiten einer palliativen Sedation, was sie klar ablehnte. Nachdem sie von E. Preisig erfuhr, dass auch ein begleiteter Freitod möglich sei, war sie bereit, ihr Schicksal noch weiter zu ertragen. Auch der sie seit Jahren behandelnde Neurologe respektierte ihren Wunsch. Frau W. öffnete die Infusion mit dem tödlichen Natrium-Pentobarbital in Anwesenheit und mit dem vollen Verständnis ihrer beiden Söhne und schlief mit einem Lächeln nach wenigen Sekunden ein.

## Diskussion

Während der regen Diskussion kristallisierte sich heraus, dass in der Regel eine palliative Sedation nur eingeleitet werden soll, wenn ein terminales Leiden vorliegt. In Ausnahmefällen wie dem des ALS-Patienten kann aber das Wissen, dass eine Sedation auch in nicht klar terminalem Zustand möglich ist, zu neuer Zuversicht führen. A. Weber zeigte eindrücklich auf, wie «vor dem Beginn einer palliativen, terminalen Sedation genauso wie beim assistierten Suizid alle Möglichkeiten zur Verbesserung des Zustandes auf bio-psycho-sozialer Ebene durch ein multidisziplinäres Team ausgeschöpft werden müssen. Desgleichen hat beim Fall der MSA-Patientin die Ermöglichung des begleiteten Freitodes dazu geführt, dass die Patientin die darauffolgenden dreieinhalb Monate die «alte» zufriedene Grosi wurde, als die sie alle kannten. Seit sie sicher war, dass ihr dieser «Notausgang» offen stand, hing sie nicht mehr dem Gedanken nach, den gleichen grausamen Kurzschluss wie ihre Mutter zu realisieren.

Ein weiterer Punkt von grossem Interesse war die Frage, ob ein sedierter Mensch noch irgendetwas realisiere. Das hängt von der Sedationstiefe ab. Bei tiefer Sedation weiss man aus der Anästhesieforschung, dass auch bei schwer belastenden Eingriffen in der Regel kein Leiden wahrgenommen wird. Es muss aber neben dem Beobachten der Mimik auch auf vegetative Zeichen geachtet werden wie Blutdruckanstieg, Schwitzen, Tachypnoe und Tachykardie. Beim Auftreten von derartigen Zeichen ungenügender Sedation soll grosszügig behandelt werden. Von oberflächlicher oder intermittierender Sedation bei PatientInnen mit klarem Sterbewunsch ist abzuraten, ebenso sollte bei terminaler Sedation in der Regel keine Hydrierung stattfinden, da diese zu zusätzlichen Problemen führen könne.

Auffallend am Workshop war, dass weder die Kursteilnehmer, noch die Referenten eine Wertung von Palliativbegleitung gegenüber Freitodbegleitung machten. Das Eine muss das Andere nicht ausschliessen. Die Respektierung des Patientenwillens wurde immer wieder in den Vordergrund gerückt.

### Fazit

Statements der Referenten und der Kursteilnehmer:

- «Am Schluss ist es nicht an uns, zu urteilen, welches der richtige Weg ist.»
- «Es ist für Patienten sehr belastend und unverständlich, wenn sie ihr Hausarzt 30 Jahre betreut hat und sie mit ihm per du sind, sie sich aber im Falle eines Freitodwunsches einem fremden Arzt anvertrauen müssen, weil der Hausarzt ihnen das Rezept verweigert».

- «Ehrliche und vollständige Information über Palliativmedizin und den begleiteten Freitod ist wichtig, nur dann sind unsere Patienten fähig, selber über ihre letzten Tage zu bestimmen».
- Kursteilnehmer: «Die Einschätzung des Schweregrades seiner Krankheit liegt nur beim Patienten alleine.»
- Und noch einmal betont Peter Hirzel: frühzeitig reden, reden, und nochmals reden, ganz besonders über das Lebensende und das Sterben.

---

Korrespondenz:  
Dr. med . Erika Preisig  
4105 Biel-Benken  
e.preisig[at]sunrise.ch