

Sterbebegleitung und Schmerztherapie

Jährlich erkranken sechs Millionen Menschen weltweit an Krebs, vier Millionen erliegen ihrem Tumorleiden. In der Bundesrepublik stirbt jeder 10. Mensch an dieser Erkrankung¹. Diese relative Häufigkeit hat zur Folge, daß nahezu jeder entweder in der eigenen Familie oder in seiner unmittelbaren Umgebung das Leiden und Sterben eines Krebskranken miterlebt hat oder noch miterlebt.

Neben der Schicksalhaftigkeit, den belastenden Behandlungen und dem Miterleben des zunehmenden körperlichen Verfalls sind es oft die unerträglichen Dauerschmerzen, die in den Betroffenen und ihren Mitmenschen den Wunsch nach baldiger Erlösung durch den Tod lebendig werden lassen. So weist eine Statistik aus dem Jahr 1984 eine Zahl von 19 Millionen Krebskranken mit Schmerzen aus². Über den Wunsch nach dem baldigen Eintritt eines natürlichen Todes hinaus wird gerade in den letzten Jahren die Durchführung einer Euthanasie für diese Menschen gefordert. Die Gesellschaft für ein Humanes Sterben und ein Julius Hackethal sind nur exponierte Vertreter einer großen stillen Gruppe, zu der nicht nur medizinische Laien, Angehörige von Krebskranken und betroffene Patienten selbst gehören.

Um die Bedingungen und die Berechtigung einer Euthanasieforderung für terminal Tumorkranke zu verstehen, wird im Folgenden zunächst eine Definition dessen gegeben, was der Begriff der Euthanasie meint. Nach Darstellung der besonderen seelischen und körperlichen Bedürfnisse von Krebskranken in der Endphase werden die Möglichkeiten einer modernen Schmerztherapie dargestellt. Abschließend wird diskutiert, ob die Einrichtung von Hospizen eine sinnvolle Antwort auf die Euthanasiebewegung sein kann.

Euthanasie

Euthanasie hat in seinem griechischen Ursprung (*euthanasia*) die Bedeutung guter, sanfter Tod. Im Lauf der Zeit wandelte sich der Begriff über „einen guten Tod sterben“ hin zu „Hilfe zum guten Tod“. Heute bezeichnet er die Hilfe, „einen guten oder sanften Tod zu sterben durch absichtliche Verkürzung des Sterbeprozesses“³. Wenn es fundamental ethische Aufgabe des Menschen ist, sein Leben und damit auch sein Sterben als Teil des Lebens anzunehmen und menschlich zu gestalten, muß sich die Euthanasiefrage auf zwei Wertbereiche be-

ziehen: zum einen auf die Bejahung der Existenz des Sterbemoments, zum anderen auf die Menschenwürde des Sterbeprozesses. Dies bedeutet, daß das Problem einer Sterbehilfe sich in Sterbeprozessen stellt, die durch ihre Art und Dauer mit der Menschenwürde derart in Konflikt geraten, daß der Tod sich als einziger Ausweg zu zeigen scheint. Hierbei kann die Hilfe, den Tod herbeizuführen, grundsätzlich auf drei verschiedene Arten erfolgen.

Passive Euthanasie bedeutet, einen schon erheblich fortgeschrittenen Sterbeprozess nicht künstlich zu verlängern. Der häufig zu hörende Streit um die Definition dessen, was künstliche Verlängerung bedeutet, ist ein theoretischer Streit; in der Praxis ist diese Entscheidung in der Regel eindeutig. Als typisches Beispiel sei hier der Verzicht auf mögliche Wiederbelebungsmaßnahmen erwähnt. „Passiv“ kennzeichnet hierbei also nur die Haltung gegenüber dem Sterbeprozess als solchem durch Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen. Für den Sterbenden müssen alle ärztlichen, pflegerischen und menschlichen (einschließlich seelsorgerischen) Möglichkeiten ausgeschöpft werden, damit Sterben als letzte menschliche Aufgabe gelingen kann. Passive Euthanasie überläßt den Kranken eben nicht seinem Schicksal, sondern gewährt „Sterbebeistand“.

Die *aktive Euthanasie* ist ein aktives, das heißt gewolltes und bewußtes Eingreifen in den Sterbeprozess mit dem Ziel, den Tod herbeizuführen. Dieses kann entweder durch den Betroffenen selbst bzw. auf sein Verlangen hin oder auf Grund der Entscheidung eines nicht Betroffenen hin geschehen.

Das Erleiden grausamsten körperlichen Siechtums, persönlichkeitsentstellenden Tumorbefalls des Gehirns, unerträgliche Schmerzen können in einem derart Gezeichneten ein heftiges „Todesverlangen“ wachrufen. Dieses Verlangen darf jedoch nicht mit dem Verlangen nach aktiver Euthanasie gleichgesetzt werden. So entsprach in einer Untersuchung von Paul Sporken die Bitte, „daß alles bald ein Ende nimmt“, nur in einem Prozent der Aufforderung zur aktiven Sterbehilfe und war in 99 Prozent das Verlangen nach mehr Sterbebeistand. Darüber hinaus konnte Sporken nachweisen, daß die Mitmenschen und hier besonders die Angehörigen auf Grund ihres Unvermögens zur Sterbehilfe im Sinn eines Sterbebeistands dem Patienten den Wunsch nach aktiver Lebensbeendigung unterstellten⁴. Dies läßt die Forderung der Vertreter der freiwilligen Euthanasie nach „freiwilliger“ Entscheidung des Patienten als Grundlage zur Durchführung lebensbeendender Maßnahmen doch fragwürdig erscheinen.

Die unerhörte Grausamkeit, mit der sich gelegentlich das Sterben Tumorkranker vollzieht, kann bei allen mit der Versorgung solcher Patienten betrauten Personen, insbesondere auch Pflegekräften und Ärzten, die Grenze des Er- und Mittragbaren überschreiten. Diese Gefahr besteht vor allem in Kliniken mit überwiegend jungem Personal. So ist auch hier der Wunsch, daß der Patient X bald sterben möge, nicht als Forderung nach aktiver Euthanasie, sondern als Ruf nach Hilfe bei der Sterbegleitung zu verstehen. In einigen Kliniken haben die-

se Erfahrungen bereits zur Einrichtung von Supervisionsgruppen auf den Stationen geführt. Nur so gestütztes Personal (Ärzte wie Pflegekräfte) kann auf die Dauer mit Menschen umgehen, die sich in der Endphase ihres Lebens befinden. Die therapeutischen Entscheidungen werden hier zunehmend unabhängiger vom subjektiven Empfinden getroffen und werden sich an den objektiven Lebens- und Sterbensbedürfnissen der Patienten orientieren.

Bedürfnisse des kranken Patienten in der Endphase

Wenn Sterben als ein „Lebensabschnitt mit beschreibbaren Phasen der Auseinandersetzung mit sich selbst“ definiert werden kann und darüber hinaus seine Zeitspanne eng begrenzt ist, so wird deutlich, daß diese Auseinandersetzung nicht ohne einen geduldigen und Raum schaffenden Beistand für alle Beteiligten geleistet werden kann⁵. Diese Hilfe muß den seelischen (einschließlich religiösen), den sozialen und den biologischen Bedürfnissen des Sterbenden Rechnung tragen.

1. Seelische Bedürfnisse

Elisabeth Kübler-Ross beschrieb bereits 1980 verschiedene Phasen, die ein unheilbar Krebskranker psychisch von der Mitteilung der Diagnose bis hin zum Tod durchlebt⁶. Hieraus läßt sich unmittelbar ableiten, daß es keine definierten Bedürfnisse des Tumorkranken in der biologischen Endphase seiner Erkrankung gibt. Vielmehr muß es dem Sterbebegleiter darum gehen, den Patienten einfühlsam auf seinem Weg zu begleiten. Dies ist an zwei Bedingungen geknüpft: die persönliche Auseinandersetzung des Helfers mit Krankheit, Sterben und Tod sowie an die Haltung der Empathie, der mitfühlenden Begleitung. Für den professionellen Sterbebegleiter (Seelsorger, Pflegepersonal, Arzt) wären darüber hinaus intensive Schulungen auf dem Gebiet der Gesprächsführung zu fordern. Dann würde es sicher mehr Ärzten gelingen, dem Patienten die Wahrheit erträglich und annehmbar (eben phasenspezifisch) zu vermitteln, statt ihn „aufzuklären“ oder ihn anzulügen. Es kann einen Patienten in einen tiefen Abgrund stürzen, wenn ihm das Wissen um den baldigen Tod in der Phase des Nicht-wahrhaben-Wollens aufgezwungen wird. Umgekehrt werden viele Kranke, die bereits ihr Sterben akzeptiert haben und auch bewußt vollziehen wollen, von Angehörigen und wohlmeinendem (aber auch hilflosem) Krankenhauspersonal durch Parolen wie „es wird schon wieder werden“ oder „Kopf hoch“ in eine grausame innere Einsamkeit getrieben. Oft können gerade sich liebende Ehepaare erst unter Vermittlung Dritter über die bevorstehende Trennung sprechen.

Unseren Erfahrungen nach kann auch das religiöse Gespräch – die Zusicherung der Existenz Gottes und seiner liebenden, mitgehenden Sorge – gerade

beim Krebskranken, der oft sein Leiden als Bestrafung für alle Schuld empfindet, einem tiefen Bedürfnis entsprechen. Es hat besonders in der Phase des Auflebens seinen Platz. Ziel der seelsorgerlichen Begleitung sollte sein, dem Kranken einen Freiraum der Selbstwerdung zu schaffen und offenzuhalten. Dieser Freiraum ist notwendig, damit der Patient sein Sterben als letzte Lebensaufgabe annehmen und gestalten kann, um so in Freiheit seinen ganz eigenen Tod zu sterben.

Für viele Patienten gibt es Angelegenheiten, die ihnen so wichtig sind (z. B. Abschluß eines Sparvertrags, bestimmte bauliche Maßnahmen, Abfassen eines Testaments), daß sie erst nach deren Erledigung in Frieden sterben können. Diese uns oft belanglos und drittrangig erscheinenden Probleme sind nicht typisch für einen bestimmten Erkrankungszeitraum, werden aber häufig sehr aggressiv bearbeitet. Hierbei Hilfestellung zu leisten, ist eine Aufgabe der psychosozialen Dienste⁷.

Die quälende Sorge von gerade jungen Krebspatienten um ihre Familie, ihre eventuell noch kleinen Kinder, kann nur geduldig mitgetragen werden. Sie tritt in der letzten Phase der Zustimmung zum Tod häufig in den Hintergrund. Die zu leistende Sterbearbeit führt die Krebskranken oft in großes Alleinsein. Gerade in dieser Einsamkeit sind die Betroffenen auf die liebende Wachheit der Umgebung angewiesen. Für sie wird Mitmenschlichkeit zum Beispiel durch einen Spaziergang im Klinikpark, das Besorgen eines geliebten Buchs oder durch Schaffung einer wohnlichen Umgebung erfahrbar.

2. Körperliche Bedürfnisse

Die körperlichen Bedürfnisse eines Tumorkranken in der Endphase sind zum einen sicherlich abhängig von der Art seiner Erkrankung. So wird es für Patienten mit künstlichen Darmausgängen oder Harnableitungen wichtig sein, gute Versorgungssysteme und fachkundige Hilfe zu bekommen. Hierbei ist es skandalös, daß speziell hierfür ausgebildete Therapeuten selbst an großen Kliniken Mangelware sind und auch die gelegentlich mühsame Suche nach individuellen Hilfsmitteln mit dem Gedanken, daß es sich ohnehin für die kleine Lebensspanne nicht mehr lohne, unterbleibt. Darüber hinaus gibt es aber auch zahlreiche physische Probleme allgemeiner Natur. In der Endphase einer Tumorerkrankung steht oft das Ernährungsproblem im Mittelpunkt der Sorge von Patient und Familie. Da es keine spezielle Tumordiät gibt, gilt es hier, soweit als möglich, auf die individuellen Verträglichkeiten und Wünsche einzugehen. Von ganz eminenter Bedeutung ist das Schlafverhalten eines Patienten, bestimmt es doch ganz entscheidend seine psycho-physische Verfassung. Wie ein Kranker schläft, hängt ganz entscheidend von der Intensität seiner Schmerzen ab.

3. Schmerztherapie

75 Prozent aller Krebspatienten haben im fortgeschrittenen Stadium ihrer Erkrankung Schmerzen. Die Bedeutung dieser Schmerzen hat J. Schara anschaulich in der Krebs-Schmerz-Spirale beschrieben: Schmerz erzeugt Angst. Angst bewirkt Depression, die Schlaflosigkeit und damit psychovegetative Entgleisung zur Folge hat. Hieraus resultieren ein weiteres Absinken der Schmerzschwelle und erneut noch heftigere Schmerzen⁸. Diese seelische Verfaßtheit eines chronisch Schmerzkranken – auch als algogenes Psychosyndrom beschrieben – nimmt den ganzen Menschen in Anspruch und verhindert einen menschenwürdigen, selbstbestimmten Sterbeprozess. Man darf sicher sein, daß gerade das Miterleben derartiger Tumorschmerzen die Forderung nach Euthanasie hat stellen lassen. Diese Tatsache ist ein Skandal sondergleichen; denn 90 bis 95 Prozent aller Krebsschmerzen können mit den Methoden moderner Schmerztherapie ausreichend, größtenteils sogar völlig beherrscht werden⁹. Bei 85 Prozent der Patienten ist dies allein durch die regelmäßige Einnahme richtig dosierter Schmerzmedikamente zu erreichen. In acht bis zehn Prozent der Schmerzzustände führen anästhesiologische Verfahren zum Ziel. Hier seien nur die Methoden der rückenmarksnahen Schmerzbekämpfung mit Hilfe von implantierbaren Portsystemen und extern tragbaren Pumpensystemen erwähnt. Nur in Ausnahmefällen werden heute noch neurochirurgische Methoden angewandt.

Fragt man nach den Gründen, warum von den offensichtlich ausgezeichneten Möglichkeiten der modernen Schmerztherapie so wenige Patienten Nutzen haben, so liegt es zum einen sicherlich an fehlendem Wissen der Ärzteschaft, zum anderen aber auch an den zahlreichen Vorurteilen gegenüber den wirksamsten aller Schmerzmitteln, den Morphinen. Morphin und seine zahlreichen Abkömmlinge stehen in dem Ruf, den Kranken schläfrig zu machen, ihn psychisch zu verändern. Dabei ist die Nebenwirkung der Sedierung ein ausschließliches Problem der Initialphase, das heißt der ersten ein bis zwei Therapiewochen. Dauerhaft starke Schmerzen zerstören die Persönlichkeitsstruktur. Es ist oft überwältigend, miterleben zu können, wie ein Mensch durch Schmerzfreiheit aufblüht, wieder er selbst wird. Es ist wichtig zu wissen, daß ein Schmerzkranker nicht süchtig werden kann. Dies hängt mit dem Ausbleiben einer euphorischen Stimmungslage bei einer Schmerzbehandlung mit Morphinen zusammen. Morphine sind nicht erst in der Endphase einer Krebserkrankung indiziert, sondern immer dann, wenn der Schmerz es erfordert¹⁰. Sie gehören zu den Medikamenten, die, kunstgerecht angewandt, lange ihre volle Wirksamkeit behalten und darüber hinaus im Gegensatz zu vielen Kopfschmerz- und Rheumamitteln kaum eine Organtoxizität entwickeln. Es ist ein Skandal, daß J. Hackethal in der Öffentlichkeit die aktive Euthanasie an einem seiner Patienten mit der Indikation unerträglicher Schmerzen darstellen darf, ohne den Beweis erbringen zu müssen, alle Möglichkeiten einer Schmerztherapie ausgeschöpft zu haben.

Hospize – Antwort auf Euthanasiefragen?

Als Reaktion auf die zunehmend intensiver werdende Euthanasiediskussion ist in Deutschland die aus England kommende Hospizbewegung aktiviert worden. Hospize sind krankenhausähnliche Institutionen für eine in der Regel kleine Anzahl von Patienten in der Endphase einer Erkrankung. Ihnen soll in diesen Einrichtungen durch Schaffen einer möglichst angenehmen Atmosphäre und unter Einbeziehung der Familie ein menschenwürdiger Sterbeprozess ermöglicht werden¹¹. Wenn auch diese Zielsetzung der Hospizbewegung unumstritten ist, so werden diese Einrichtungen durch einige sich zwangsläufig ergebende Begleitumstände fragwürdig.

In Anbetracht des bestehenden Pflegenotstands und immer knapper werdender finanzieller Mittel ist es sehr problematisch, erst am Ende eines Lebens durch einen überproportional hohen Personal- und Kostenaufwand den Bedürfnissen eines Menschen nachzukommen, während es in der ungleich längeren Phase des Kränkerwerdens oft am Nötigsten, zum Beispiel einer adäquaten Schmerztherapie, gefehlt hat. Eine Tumorerkrankung dauert in der Regel mehrere Jahre. In dieser Zeit hat der Patient sich an eine bestimmte Station gewöhnt, erlebt sie häufig als sein „zweites Zuhause“; die Schwestern und Ärzte haben ihn durch die Phasen der Erkrankung begleitet, kennen ihn und seine Familie. Ist es da nicht menschlicher, ihn auch für die letzten Lebenswochen in dieser Umgebung zu lassen, statt ihn auf eine fremde Abteilung zu bringen? Darüber hinaus ist die Endphase einer Tumorerkrankung oft durch zahlreiche medizinische Komplikationen wie Darmlähmung, Ausfälle von Nerven, Blutungen gekennzeichnet. Diese erzwingen dann die Verlegung des Patienten auf eine fremde Fachabteilung, da ein Hospiz weder personell noch apparativ für die Beherrschung solcher Notfallsituationen ausgestattet ist. Selbst eine Schmerztherapie, die alle Möglichkeiten ausschöpfen will, muß interdisziplinär organisiert sein.

Eine der Aufnahmebedingungen in ein Hospiz ist eine vermutliche Lebenserwartung von maximal sechs Monaten. Wenn auch viele Patienten um ihren baldigen Tod wissen, so wirkt doch die Attestierung einer bestimmten Lebensspanne entscheidend gegen das Prinzip Hoffnung, von dem alle Menschen leben. Darüber hinaus ist nur eine geringe Zahl der Hospize christlich ausgerichtet, so daß diese Möglichkeit der Sinnfindung nicht gezielt angeboten wird. Die Verbringung von Kranken für die Endphase des Lebens in Spezialeinheiten wird den Tod immer mehr an den Rand unseres Bewußtseins drängen und ihn zu einer Aufgabe von „Spezialisten“ machen. So wird es immer schwerer werden, durch Anteilnahme am Sterben anderer den Tod als wichtigen Teil des Lebens zu verstehen. In wissenschaftlichen Studien konnte bewiesen werden, daß die Schmerztherapie sowohl für Hospize als auch für durch externe Schmerzfachleute betreute Patienten gleiche Qualität besitzt¹².

Von daher scheint es vorteilhafter zu sein, den Patienten nach Ausschöpfen aller Möglichkeiten einer Betreuung zu Hause durch engagierte Hausärzte in Kooperation mit Schmerzzambulanzen, Institutionen häuslicher Krankenpflege und Seelsorgern in eine ihm vertraute Station aufzunehmen. Voraussetzung hierfür ist allerdings eine wesentlich bessere Besetzung und großzügigere räumliche Ausstattung, als es besonders bei onkologisch ausgerichteten Abteilungen heute noch der Fall ist. Darüber hinaus müßte ein speziell mit den Problemen der Endphase vertrautes interdisziplinäres Team jederzeit konsiliarisch hinzugezogen werden können.

Zusammenfassend lassen sich zur Berechtigung der Euthanasieforderung für Krebskranke folgende Thesen aufstellen:

1. Passive Euthanasie, das heißt Unterlassung lebensverlängernder Maßnahmen mit dem Ziel, ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen, ist Sterbebegleitung und als solche gerechtfertigt.

2. Aktive Euthanasie, das heißt willentliche Ergreifung von lebensbeendenden Maßnahmen, ist ethisch nicht zu rechtfertigen.

3. Der Wunsch eines Patienten nach baldigem Ende des Lebens ist in der Regel gleichbedeutend mit dem Wunsch nach mehr Sterbebegleitung.

4. Widerstand gegen die Forderung nach aktiver Euthanasie kann nur geleistet werden, wenn Ärzte und Pflegekräfte ausreichende Hilfe bei der Sterbebegleitung erfahren.

5. Sterbebegleitung bedeutet ein Eingehen gleichermaßen auf seelische, religiöse und körperliche Bedürfnisse von Kranken, bestimmt durch die Haltung der Empathie.

6. Essentieller Bestandteil einer Hilfe beim Sterben ist eine Schmerztherapie. Sie befreit den Menschen aus dem Teufelskreis Schmerz-Angst-Depression und wieder Schmerz und eröffnet ihm so eine Möglichkeit, sein Sterben bewußt zu gestalten.

7. Die Einrichtung von Hospizen stellt nicht die geeignetste Form der Reaktion auf die Euthanasieforderung dar.

8. Die Verbesserung der psychosozialen und geistlichen Betreuung von Tumorkranken sowie die Realisierung einer optimalen Schmerztherapie für jeden Krebskranken machen die Forderung einer Euthanasie für sterbende Krebskranke überflüssig.

ANMERKUNGEN

¹ V. Ventafridda u. a., Valuation Study of the WHO-Method for Cancer Pain Relief, in: *Cancer* 59 (1987) 850–856.

² R. K. Portenoy, *Cancer Pain – Epidemiology and Syndroms*, ebd. 63 (1989) 2298–2307.

- ³ P. Sporken, Das Problem der Sterbehilfe. Ethische Überlegungen, in: Berliner Hefte für ev. Krankenhausseelsorge 41 (1977) 11.
- ⁴ Ebd. 19; vgl. auch C. Genewein, P. Sporken, Menschlich pflegen. Grundzüge einer Berufsethik für Pflegeberufe (Düsseldorf 1975).
- ⁵ L. Geisler, Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch (Frankfurt 1987) 280–308.
- ⁶ E. Kübler-Ross, Interviews mit Sterbenden (Gütersloh 1980).
- ⁷ K. Röttger, Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Behandlung von Schmerzpatienten (Ref. auf der 6. Jahrestagung der DAPO, Hamburg 1989).
- ⁸ J. Schara, Patientenführung bei Krebschmerz, in: A. Doenicke, Schmerz – eine interdisziplinäre Herausforderung (Berlin 1986) 69–83.
- ⁹ I. J. Bonica, Management of Cancer Pain (Rec. Cancer Res. 1989) 38–40.
- ¹⁰ C. Maier, Indikationen zur Opiatherapie, in: Therapie Woche Chronischer Schmerz (1988/12) 38–40.
- ¹¹ J.-Chr. Student, Bedingungen für ein menschenwürdiges Sterben. Die 10 Grundprinzipien der Hospizbewegung (MM 6 R 1987) 232–240.
- ¹² R. L. Kane u. a., Hospice Effectiveness, in: Controlling Pain. JAMA (1985/18) 2683–2687.