Schmerz 2011 · 25:7–9
 DOI 10.1007/s00482-011-1024-5
 © Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes. Published by Springer-Verlag - all rights reserved 2011

M. Zenz
 Bochum

Recht auf Schmerzbehandlung – Pflicht zur Fortbildung

— „Wenn Gefängnis droht – wer soll noch hinreichend Morphin verordnen?“ (HVD, 23.01.2011).

Eine derartige Aussage klingt bedrohlich. Diese Schlagzeile fand sich im Internet, als nach 50 Verhandlungstagen in Hannover ein Schwurgericht eine vorläufige Wertung der Handlungsweise einer Internistin abgegeben hatte (Totschlag, möglicherweise auch Mord). Szenarien vom Ende der Schmerztherapie und Palliativmedizin wurden in Presse und Fernsehen daraufhin beschworen. Es kann bezweifelt werden, dass die zahlreichen Kommentatoren jemals in der Verhandlung gewesen sind.

Die Presseerklärung des Gerichts vom 28.01.2011 schafft da schon mehr Klarheit. Hier wird betont:

„In dem Verfahren ging es nicht um Palliativmedizin, es ging nicht um indirekte Sterbehilfe, sondern um eine – sich über das Selbstbestimmungsrecht der Patienten hinwegsetzende – aktive Tötung durch die Gabe nicht indizierten Morphiums; nicht indiziert, weil keiner der Patienten in den bislang verhandelten Fällen sich in einem Sterbeprozess befunden und über starke oder stärkste Schmerzen geklagt hat.“

Und weiter heißt es:

„Kein Arzt braucht Angst vor juristischen Konsequenzen zu haben, wenn er Morphin bei Indikation einsetzt, titriert und den Patienten überwacht; kein Patient muss fürchten, dass ein Arzt seine Schmerzen nicht mit Morphin behandeln darf.“

Dieser Text wurde – meines Wissens nach – so in keiner Zeitung wiedergegeben. Das ist schade, zumal viele sich bemüht hätten, aus der Ferne – sogar aus dem fernen Afrika – einen Kommentar abzugeben, ohne diese Aussage oder die Erklärung des Gerichts aus der öffentlichen Verhandlung zu kennen.

In dieser Situation ist es erforderlich, einmal auf die tatsächlichen Grundlagen zu Morphin und zur Therapie mit Morphin hinzuweisen.

— Morphin ist ein sicheres und essenzielles Medikament zur Therapie von Schmerzen [14].

Es ist wahrscheinlich das sicherste Medikament aus der Liste der unverzichtbaren Medikamente der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Kein einziger Todesfall ist bei richtiger Anwendung von Morphin in der Literatur berichtet, bei richtiger Anwendung! Das ist ganz im Gegensatz zu anderen Analgetika, wie Acetylsalicylsäure (ASS), Metamizol, Cyclooxygenase (COX₂)-Inhibitoren oder auch Paracetamol, bei denen sogar unter indizierter Gabe Todesfälle beschrieben wurden. Ist Morphin also das Allheilmittel für alle Mühseligen und Beladenen? Sicher nicht. Die Indikation für Morphin ist Schmerz und anders nicht zu behandelnde Dyspnoe. Morphin ist ein hochwirksames Opiat mit allen Gefahren der Opiode [7]. Bei einem schmerzfreien Patienten verabreicht, kann es schwere Atemdepression verursachen. Auch niedrige Dosierungen können gefährlich sein [16]. Morphin muss gegen den Schmerz titriert

werden. Erst dann ist es ungefährlich. *„Parenteral opioid titration for relief of cancer pain was not associated with respiratory depression“* [6].

Die Wirkung muss kontrolliert werden. Mögliche Nebenwirkungen müssen erkannt und behandelt werden. Morphin ist nicht das Mittel der Wahl für den Patienten im Einzelzimmer, der allein bleibt und nicht überwacht wird – Sterbebegleitung ist auch nicht ein allein gelassener Patient im Einzelzimmer.

Schmerztherapie kann man lernen, es gibt seit 1996 eine Zusatzweiterbildung und viele Kurse, Bücher und Vorträge dazu. Der Jurist Kutzer hat schon 1991 betont:

„Daher ist jeder Arzt verpflichtet, sich auf diesem Gebiet, das in der universitären Ausbildung bisher keinen Platz gefunden hat, fortzubilden und sich über moderne Verfahren der Schmerzbehandlung umfassend zu unterrichten. Er muss sie entweder selbst beherrschen oder so viel von ihnen verstehen, dass er den Schmerzkranken an einen geeigneten Spezialisten oder eine fachkundige Einrichtung überweisen kann“ [9].

Schmerztherapie insbesondere mit Morphin und anderen Opioiden soll man nicht einfach ausprobieren, nicht ex iuvantibus. Das kann gefährlich werden für alle Beteiligten. Aber eine einfache Schmerztherapie nach Stufenschema sollte jeder Arzt beherrschen. Dazu und für den weltweiten leicht erlernbaren Einsatz ist es entwickelt worden [19]. Es konnte gezeigt werden, dass es funk-

tioniert [20]. Wenn aber Probleme auftreten, wie etwa Kommunikationsprobleme, unsichere Wirkung und unkontrollierbare Nebenwirkung, dann sollte auch ein hartnäckiger Einzelkämpfer das Konsil und den Austausch mit Kollegen suchen. Schwierige Schmerztherapie ist eine interdisziplinäre Aufgabe. Palliativmedizin ist eo ipso niemals monodisziplinär.

— Die Gabe von Morphin ist nicht gleich Palliativmedizin

Ist alles Palliativmedizin, was mit Morphin zu tun hat? Nein, sagt Borasio. Er geht sogar noch viel weiter und sagt: Palliativmedizin ist eben nicht humanistisch angereicherte Schmerztherapie [5]. Nicht jede Begleitung von sterbenden Patienten ist gleich Palliativmedizin. Auch Palliativmedizin ist inzwischen eine etablierte Disziplin mit mittlerweile zahlreichen Lehrstühlen in Deutschland. Man täte der langen Weiterbildung der Ärzte mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin unrecht, wollte man die nicht indizierte Gabe von Opioiden und Sedativa an schmerzfreie Schwerkranke mit dem Adjektiv palliativ beschreiben.

In England und den USA gibt es schon lange eine Diskussion über „slippery slope“ [10, 11]. Wir befinden uns auf dieser schiefen Bahn, wenn wir nicht klare Kriterien für Schmerztherapie und Palliativmedizin zugrunde legen. Diese Kriterien sind bekannt und bewährt, Leitlinien existieren, Weiterbildungscurricula sind etabliert [1]. Daran muss unser Handeln gemessen werden. Dann ist auch klar, dass nicht allein die Gabe von Morphin eine angemessene Sterbegleitung darstellt. Die Entwicklung in den Niederlanden offenbart diese Gefahren. Die Euthanasiezahlen stagnieren, und die Zahlen von sog. palliativer Sedierung steigen stark an [17]. Aber im Kontext der Therapie am Lebensende ist ein Punkt immer zu wenig beachtet, die Autonomie, die Selbstbestimmung des Menschen.

Die Schwurgerichtskammer in Hannover hat zu Recht auf die Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 25.06.2010 hingewiesen, in der es heißt:

„Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzung oder Beendigung einer begonnenen medizinischen Behandlung ist gerechtfertigt, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen.“

Gezielte Eingriffe in das Leben eines Menschen, die nicht in einem Zusammenhang mit dem Abbruch einer medizinischen Behandlung stehen, sind einer Rechtfertigung durch Einwilligung nicht zugänglich“ [4].

Damit hat der BGH auf das höchste Gut der Verfassung, die Autonomie des Menschen hingewiesen, die auch das Recht auf Leben überragt. Der Patientenwillen und seine Selbstbestimmung müssen in jedem Fall ermittelt werden. Das ist bei bewusstseinsklaren Patienten leicht möglich. Und sogar bei bewusstlosen Patienten kann und muss der tatsächliche oder mutmaßliche Wille ermittelt werden. Das ist eine klare Absage an paternalistische Einstellungen, die in Ärztekreisen immer noch verbreitet sind.

„Lässt sich der mutmaßliche Willen des Patienten nicht...ermitteln, so soll der Arzt für den Patienten die ärztlich indizierten Maßnahmen ergreifen und sich in Zweifelsfällen für Lebenserhaltung entscheiden“ [2].

Ein weiterer Kernsatz des BGH geht noch einen Schritt weiter und untersagt sogar mit Einwilligung des Patienten alle Massnahmen, die nicht einem Therapieabbruch entsprechen, also jede Verabreichung von neuen Medikamenten, die zum beabsichtigten Eingriff in das Leben führen.

Die Grundsätze, die bisher zur indirekten Sterbehilfe entwickelt worden sind, sind nicht infrage gestellt worden. Selbstverständlich ist es zulässig, im Rahmen einer gezielten Schmerzbehandlung Morphin auch dann einzusetzen, wenn dieser Einsatz die Beschleunigung des Todes eintritts als Nebenfolge in sich trägt. Das ist schon lange klar, und vor mehr als 60 Jahren sogar von Papst Pius XII. unzweideutig so bestätigt worden [13]. Aber eben nur zur Behandlung von anders nicht beherrschbaren Schmerzen.

Auch eine andere BGH-Entscheidung kann herangezogen werden. Hier hieß es 1996:

„Eine ärztlich gebotene schmerzlindernde Medikation entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen wird bei einem Sterbenden nicht dadurch unzulässig, dass sie als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene unvermeidbare Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann“ (BGH 3 StR 79/96 – Urteil vom 15. November 1996, [3]).

Auch ohne Entscheidungen von Gerichten, die wir Ärzte ohnehin am besten nicht benötigen sollten, sind alle Eckpunkte schon lange bekannt und so etwas wie Standard. In der ersten Publikation zu oralem Morphin in Deutschland – in England war das schon lange Standard – heißt es:

„Morphine exists to be given, not merely to be withheld. Die Anwendung von Morphin wird diktiert durch die Intensität der Schmerzen und nicht durch die Kürze der Prognose. Dies bedeutet, dass Morphin verschrieben werden soll, wenn Codein oder andere schwache Opiode nicht mehr ausreichend analgetisch wirken“ [18].

Schmerz also als Voraussetzung für Schmerztherapie. Nur die Therapie von Schmerzen sollte auch Schmerztherapie heißen dürfen. Die Verabreichung von Morphin ohne Schmerzen oder Dyspnoe, also ohne Indikation, kann sich nicht auf die genannten BGH-Entscheidungen berufen. So heißt es auch in einer Publikation aus den Niederlanden, wo die palliative Sedierung stark gegenüber der Euthanasie zugenommen hat. Die folgenden Situationen gelten als Verletzung der Leitlinien:

— Einsatz von Morphin für Symptome ohne Schmerz oder Dyspnoe [8].

Sowohl die Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) als auch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) haben eine Ethik-Charta vorgelegt, die auf alle Eckpunkte von Schmerztherapie und Palliativmedizin in weitem Kontext eingehen. Das Lesen

Ausschreibung der Forschungsförderung 2011 durch die Sarkoidose Stiftung

Die gemeinnützige Sarkoidose Stiftung schreibt für 2011 die finanzielle Förderung von Forschungsvorhaben zur Sarkoidose und/oder andere granulomatöser Erkrankungen aus.

Es sollen Forschungsvorhaben gefördert werden, die sich der Grundlagenforschung oder der klinisch orientierten Erforschung dieser Krankheitsbilder widmen. Es können Personal-, Sach- und Reisekosten bis zu einer Gesamtsumme von 10.000,- Euro gefördert werden, die in der Regel innerhalb eines Jahres verausgabt werden sollten.

Der Antrag besteht aus:

- einer auch für Fachfremde verständlichen Projektskizze auf nicht mehr als 10 Seiten,
- einer einseitigen Zusammenfassung zum Thema,
- dem Lebenslauf,
- dem Verzeichnis bisheriger Veröffentlichungen,
- ggf. bereits abgewickelte Forschungsprojekte.

Dem Antrag können zusätzliche Unterlagen zur näheren Darlegung des Forschungsvorhabens beigelegt werden.

Die Bewerber werden gebeten, ihren Antrag bis zum 31.03.2011 (Poststempel) in zweifacher Ausführung per Post oder als Word- bzw. PDF-Datei per E-Mail bei der Sarkoidose Stiftung einzureichen:

Sarkoidose Stiftung
Geschäftsstelle
Uerdinger Str. 43
D-40668 Meerbusch
E-Mail: forschung@sarkoidose-stiftung.de

lohnt sich für jeden Arzt und Patienten [15, 12].

Alle diskutierten Ausdrücke – Schmerztherapie, Palliativmedizin, palliative Sedierung, Sterbehilfe, Autonomie und Menschenwürde – dürfen nicht missbraucht werden und als Alibi dienen. Grenzziehungen sollten nicht von Gerichten, sondern von uns Ärzten vorgenommen werden, so wie es die Bundesärztekammer (BÄK) auch mit ihren Erklärungen zur Sterbehilfe tut. Bei klarer Grenzziehung braucht kein Arzt Angst vor juristischen Konsequenzen zu haben, wenn er Morphium bei Indikation einsetzt, titriert und den Patienten überwacht. Kein Patient muss fürchten, dass ein Arzt seine Schmerzen nicht mit Morphium behandeln darf.

Michael Zenz

Korrespondenzadresse

Univ.-Prof. Dr. M. Zenz
zenz@anaesthesia.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor weist auf folgende Beziehungen hin: Grünenthal, Janssen-Cilag, Mundipharma.

Literatur

1. Alt-Epping B, Sitte T, Nauck F, Radbruch L (2010) Sedierung in der Palliativmedizin. Leitlinie für den Einsatz sedierender Maßnahmen in der Palliativversorgung. European Association for Palliative Care (EAPC). Schmerz 24:342–354
2. Bundesärztekammer (2004) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung. Dt Ärztebl, 101(19):A-1298/B-1076/C-1040
3. Bundesgerichtshof (1996) BGH, 15.11.1996 – 3 StR 79/96
4. Bundesgerichtshof (2010) BGH, 25.06.2010 – 2 StR 454/09
5. Borasio GD, Volkenandt M (2007) Palliativmedizin – weit mehr als nur Schmerztherapie. Gynäkologe 40:941–946
6. Estfan B, Mahmoud F, Shaheen P et al (2007) Respiratory function during parenteral opioid titration for cancer pain. Palliat Med 21(2):81–86
7. Hanks GW, Twycross RG, Lloyd JW (1981) Unexpected complication of successful nerve block. Morphine induced respiratory depression precipitated by removal of severe pain. Anaesthesia 36:37–39

8. Hasselaar JG, Verhagen SC, Wolff AP et al (2009) Changed patterns in Dutch palliative sedation practices after the introduction of a national guideline. Arch Intern Med 169(5):430–437
9. Kutzer K (1991) Recht auf Schmerzbehandlung. Schmerz 5(2):53–55
10. Materstvedt LJ (2003) Palliative care on the “slippery slope” towards euthanasia? Palliat Med 17:387–392
11. Morgan S (1992) Living wills: down the slippery slope? Not all help is helpful. J Christ Nurs 9(1):7–8
12. Müller-Busch C, Weihrauch B, Hoppe JD (2010) Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. URL: <http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de>
13. Pius XII (1957) Address to a Symposium of the Italian Society of Anaesthesiology, February 24. AAS 49:14
14. Radbruch L, Nauck F (2002) Morphin und andere Opioide in der Tumorschmerztherapie. Schmerz 16:186–193
15. Reiter-Theil S et al (2008) Ethik-Charta der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS). Schmerz 22:191–206
16. Rigg JRA (1978) Ventilatory effects and plasma concentration of morphine in man. Br J Anaesth 50:759
17. Sheldon T (2007) Incidence of euthanasia in the Netherlands falls as that of palliative sedation rises. BMJ 334(7603):1075
18. Twycross R, Zenz M (1983) Die Anwendung von oralem Morphin bei inkurablen Schmerzen. Anaesthesist 32:279–283
19. World Health Organization (1986) Cancer Pain Relief, Geneva. URL: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544821.pdf>
20. Zech DF, Grond S, Lynch J et al (1995) Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. Pain 63(1):65–76