
Abstracts

16. Forum

Aktuelle Neurologie und Neurogeriatrie

für Ärzte in Klinik und Praxis

ELISABETH KRANKENHAUS
RECKLINGHAUSEN



Wissenschaftliche Leitung:
Dr. Thomas Günnewig
Elisabeth-Krankenhaus
Recklinghausen
Abteilung Geriatrie/Neurologie

Samstag, 13. Februar 2015

9.00 – 16.00 Uhr

Kongresszentrum Ruhrfestspielhaus
Otto-Burrmeister-Allee 1
45657 Recklinghausen

Die Veranstaltung findet mit freundlicher Unterstützung der Pharmaindustrie statt.

Die diesjährigen Sponsoren sind:

Biogen GmbH, Daiichi Sankyo Deutschland GmbH, Desitin Arzneimittel GmbH,

Merz Pharmaceuticals GmbH Temmler Pharma GmbH & Co. KG und Zambon GmbH

Neues aus der Epilepsie

B. Steinhoff, Kehl-Kork

Die grundsätzlichen Regeln zu Diagnostik und Therapie haben sich nicht geändert. Die wesentlichen Empfehlungen hierzu werden dargestellt.

Ein Großteil der Patienten, die antiepileptisch behandelt werden, hat eine lebenslange Therapie vor sich. Da zwischen den Antiepileptika keine wesentlichen Wirksamkeitsunterschiede bestehen und 70 % der Patienten anfallsfrei werden, egal, ob sie mit alten oder neuen Antiepileptika behandelt werden und schließlich 85 % der anfallsfreien Patienten auch Störwirkungen in Kauf nehmen und eine Umstellung bei Anfallsfreiheit ablehnen, ist die Erstauswahl des Antiepileptikums eine der größten ärztlichen Verantwortungen in der Neurologie überhaupt. Die Erstauswahl eines Antiepileptikums kann heutzutage den wesentlichen Aspekten gerecht werden, Langzeitoxizität und Interaktionsproblemen vorzubeugen und dadurch dauerhaft die Lebensqualität der Patienten nachhaltig zu verbessern.

2016 wird eine neue Ausgabe der Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Epileptologie und der deutschen Gesellschaft für Neurologie erscheinen. Das Referat fasst die wichtigsten und Inhalte dieser Leitlinienaktualisierung zusammen.

Schließlich werden die wichtigsten Publikationen der letzten Zeit unter dem Aspekt der Praxisrelevanz referiert. Diese umfassen das Lennox-Gastaut-Syndrom und Clobazam-Therapie, die Vergleichsstudie zwischen Levetiracetam, Lamotrigin und Carbamazepin bei älteren Patienten, Neues zu Valproat und zur Schwangerschaft, Therapieergebnisse zu Lacosamid, Perampanel, Brivaracetam und zur Neurostimulation und schließlich ein kritisches Wort zur aktuellen Diskussion um Cannabinoide in der Epilepsitherapie

Neues zur Multiplen Sklerose

B. Hemmer , München

Die Multiple Sklerose (MS) ist eine chronisch-entzündliche Erkrankung des Zentralen Nervensystems (ZNS) an der in Deutschland mehr als 200.000 Menschen erkrankt sind. Die MS stellt nach wie vor die häufigste Ursache einer nicht traumatischen Behinderung im jungen Erwachsenenalter dar. Die Erkrankung zeichnet sich durch entzündliche Läsionen im Gehirn und Rückenmark aus. Im Verlauf der Erkrankung kommt es zu einer zunehmenden Neurodegeneration, die zu einer Atrophie der grauen und weißen Substanz des ZNS führt. Hauptziel einer Langzeit MS-Behandlung ist es, Schübe und Progression zu verhindern. Unter der Annahme, dass es sich bei der MS um eine Autoimmunerkrankung handelt, zielen die meisten Medikamente auf eine Modulation oder Suppression des Immunsystems ab. Bisher haben sich viele Medikamente als wirksam bei der RRMS erwiesen, jedoch nicht bei der PPMS. Interferon- β (IFN- β) und Glatirameracetat sind seit Jahren in der RRMS Therapie etabliert. Basierend auf präklinischer Forschung und klinischen Untersuchungen sind neue Behandlungsstrategien entstanden, die im klinischen Alltag eingesetzt wurden. Der $\alpha 4\beta$ -Integrin-Antagonist Natalizumab stellte eine effiziente Therapie bei hochaktiver MS dar. Fingolimod, Dimethylfumarat und Teriflunomid waren die ersten oralen Medikamente in der Behandlung der MS. Alemtuzumab, ein weiterer monoklonaler Antikörper, kann ebenfalls bei hochaktiver MS eingesetzt werden. Vielversprechende Zukunftsperspektiven sind Ocrelizumab, Daclizumab und Laquinimod. Somit steht inzwischen ein breites Repertoire von medikamentösen Therapien der schubförmig verlaufenden MS zur Verfügung. Weiterhin sind die Therapieoptionen bei sekundärer und primär progredienter MS begrenzt

Schlaganfall im Alter

G.R. Fink, Köln

Der Schlaganfall ist eine Erkrankung nicht nur, aber insbesondere des höheren Lebensalters. Die Inzidenz nimmt deutlich in der Gruppe der über 85-jährigen zu (>2000/100000/Jahr im Vergleich zu >300/100000/Jahr bei den 60-65-jährigen). Schlaganfallpatienten im höheren Lebensalter stellen aufgrund von Ko-Morbiditäten, die in dieser Altersgruppe besonders häufig anzutreffen sind, wie

koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus, Lungenerkrankungen (COPD) oder Erkrankungen des Bewegungsapparates, aber auch neurologischen Bewegungsstörungen oder Demenzen, den Arzt vor besondere Herausforderungen. Ko-Morbiditäten stellen aber nicht nur für die Behandlung in der Akut- und subakuten Phase ein Problem dar, sondern auch für die Mobilisation und Rehabilitation der Patienten. Hier kommen zum Beispiel „Frailty“, Mangelernährung und Sarkopenie besondere Bedeutung zu. Trotz immer knapper werdender Ressourcen im öffentlichen Gesundheitssystem und einer mittel- bis langfristig nicht auszuweichenden Diskussion um eine „Priorisierung“ von Therapien: die Datenlage spricht sehr dafür, dass auch älteren Patienten eine intensive Rehabilitation nicht vorenthalten werden sollte.

Neues zur Parkinson-Krankheit

J. Volkmann, Würzburg

M. Parkinson ist eine chronisch progrediente Erkrankung, für die noch keine kurative Therapie existiert auch wenn die zugrundeliegende Alpha-Synuklein-Pathologie zunehmend besser verstanden wird. Das Ziel der medikamentösen Behandlung besteht weiterhin darin, pharmakologisch den Dopaminmangel auszugleichen, welcher den motorischen und zahlreichen nicht-motorischen Symptomen zugrunde liegt. Bei der Auswahl der geeigneten Präparate ist eine Vielzahl von Faktoren zu beachten, welche die medikamentöse Einstellung des Morbus Parkinson zu einer der schwierigsten Aufgaben in der Neurologie macht.

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Therapieempfehlungen in Leitlinien gründen sich in erster Linie auf den Ergebnissen kontrollierter klinischer Studien. Bedauerlicherweise können die Leitlinien Parkinson bei der Kombinationstherapie aus genau diesem Grund nur eine eingeschränkte Entscheidungshilfe sein:

- (1) In klinischen Studien werden meist diejenigen Patienten ausgeschlossen, die aufgrund ihres Alters oder ihrer Komorbiditäten eine besondere Herausforderung für die Parkinsontherapie darstellen.
- (2) Medikamente werden in klinischen Studien isoliert und nicht in bestimmten Kombinationen geprüft.

Eine moderne Parkinsontherapie zielt darauf ab, den Einsatz von L-DOPA-Präparaten in den Frühstadien hinauszuzögern und durch Kombinationsbehandlung in den Spätstadien die notwendige Dosis von L-DOPA zu beschränken. Interessanterweise liegen erst seit kurzem epidemiologische Daten vor, die das Konzept, Levodopa für spätere Krankheitsstadien „auszusparen“ grundsätzlich in Frage stellen. Nach diesen Daten ist die Entstehung von Wirkfluktuationen und Dyskinesien nämlich nicht von der Dauer der Levodopagabe sondern allein vom Krankheitsstadium abhängig.

Dopaminagonisten haben bei leichtem bis mittlerem Schweregrad der Erkrankung eine den L-DOPA-Präparaten vergleichbare Wirksamkeit, weisen aber eine viel günstigere Pharmakokinetik als Levodopa auf und stimulieren Dopaminrezeptoren tonisch. Sie reduzieren damit die Schwere und Auftretenswahrscheinlichkeit von Wirkfluktuationen und Dyskinesien. Hauptproblem von Dopaminagonisten sind allerdings psychiatrische Nebenwirkungen wie Psychosen oder Impulskontrollstörungen, die dosisabhängig sind. Eine frühe Kombinationsbehandlung von Parkinsonpatienten mit verschiedenen Wirkprinzipien (z. B. MAO-Hemmer, Dopaminagonist) kann die notwendige Dosis einzelner Präparate begrenzen, die Verträglichkeit der Therapie verbessern und zu einer kontinuierlicheren dopaminergen Stimulation beitragen.

Wenn das Fortschreiten der Parkinsonsymptome den zusätzlichen Einsatz von L-DOPA-Präparaten erfordert, erlaubt die Kombinationsbehandlung mit Dopaminagonisten, die L-DOPA-Dosis niedrig zu halten, um das Auftreten von motorischen Fluktuationen und Dyskinesien weiter hinauszuzögern. Auch nach Auftreten motorischer Langzeitkomplikationen sollten Dopaminagonisten beibehalten oder sogar weiter aufdosiert werden. Neben einer Umstellung von Anzahl und Dosis der L-DOPA-Gaben mit dem Ziel die Plasmaspiegel zu glätten, sollte dann auch der Einsatz von COMT- oder MAO Inhibitoren erwogen werden.

Für Patienten, deren Lebensqualität trotz medikamentöser Optimierungsversuche durch motorische Langzeitkomplikationen erheblich beeinträchtigt ist, stehen heute weitgehend sichere operative Behandlungsverfahren wie die tiefe Hirnstimulation des Nucleus subthalamicus oder des

Globus pallidus internus zur Verfügung. Beide Therapien reduzieren signifikant die motorischen Fluktuationen und Dyskinesien. Die Nucleus-subthalamicus Stimulation erlaubt darüber hinaus eine etwa 50-60%ige Reduktion der dopaminergen Medikation. Mittlerweile konnten drei große prospektiv-randomisierte Studien zeigen, dass bei Patienten mit Wirkfluktuationen und/oder Dyskinesien die Tiefe Hirnstimulation einer optimalen Medikation sowohl hinsichtlich der Besserung motorischer Symptome als auch der Alltagskompetenz und Lebensqualität überlegen ist. Die Auswahl geeigneter Patienten ist aber kritisch. Im Langzeitverlauf kann das Fortschreiten nicht-dopaminerg motorischer (Gangstörung, Stürze) und nicht-motorischer Symptome (Demenz, Apathie), den günstigen Einfluß der Therapie auf die Alltagsfunktionen mindern. Da dieses Endstadium der Parkinson-Krankheit weniger in Abhängigkeit von der Krankheitsdauer als vom Lebensalter eintritt, sollten Kandidaten für eine Tiefe Hirnstimulation idealerweise deutlich unter 70 Jahre alt sein und keine kognitiven oder posturalen Störungen als Hinweis auf beginnende nicht-dopaminerge Symptome aufweisen.

Fazit

Eine moderne Parkinsontherapie fußt auf einer individuell abgestimmten Kombinationstherapie mit dem Ziel einer möglichst kontinuierlichen dopaminergen Stimulation und einer Érhaltung der Alltagskompetenzen.

Bei der Wahl der Behandlungsstrategie spielt neben dem Verlauf der Erkrankung, den vorherrschenden Symptomen oder Komorbiditäten insbesondere das Manifestationsalter eine wesentliche Rolle. Jüngere Patienten (< 50 Jahre) entwickeln schneller motorische Komplikationen im Zuge der L-DOPA-Therapie. Ältere Patienten hingegen leiden häufiger unter den akuten Nebenwirkungen von Parkinson-Medikamente, insbesondere wenn Multimorbidität besteht. Wegen der Fülle individueller Faktoren, die darüber hinaus berücksichtigt werden sollten, ist die frühzeitige Einbeziehung eines neurologischen Facharztes in die Therapie dringend zu empfehlen.

Videoquizz neurogene Dysphagie

R. Dziewas, Münster

Die neurogene Dysphagie gehört zu den häufigsten und zugleich bedrohlichsten Symptomen neurologischer Erkrankungen. So findet sich eine Schluckstörung beispielsweise bei mindestens 50% aller Patienten mit ischämischem oder hämorrhagischem *Schlaganfall*. Betroffene Patienten haben ein um mehr als das 3-Fache erhöhte Risiko für die frühzeitige Entwicklung einer Aspirationspneumonie und weisen zudem eine signifikant erhöhte Mortalität auf. Bei allen *Parkinson-Syndromen* ist die neurogene Dysphagie ebenfalls ein wesentlicher Risikofaktor für die Entwicklung von einer Pneumonie, die in dieser Patientengruppe auch die häufigste Todesursache darstellt. Darüber hinaus führen Schluckstörungen bei diesen Patienten typischerweise zu einer erheblichen und langfristigen Beeinträchtigung der Lebensqualität, unzureichender Medikamenteneinnahme und ausgeprägter Mangelernährung. Bei 20–30% der an *Demenzen* leidenden Patienten sind zudem schwerste, von den Betroffenen selbst nicht wahrgenommene Dysphagien mit stillen Aspirationen anzutreffen. Auch bei verschiedenen neuromuskulären Erkrankungen ist die Dysphagie ein dominantes klinisches Merkmal. Bei bis zu 30% der Patienten mit amyotropher Lateralsklerose finden sich bereits zum Zeitpunkt der Diagnosestellung Beeinträchtigungen des Schluckakts, während im weiteren Krankheitsverlauf nahezu alle Patienten eine Dysphagie entwickeln. Die *Myasthenia gravis* manifestiert sich in 15% der Fälle mit einer Schluckstörung; im Krankheitsverlauf sind mehr als 50% der Patienten betroffen, und eine myasthene Krise kündigt sich in mehr als der Hälfte der Fälle durch eine Dysphagie an. Auch Patienten mit entzündlichen Muskelerkrankungen leiden häufig unter Schluckstörungen. Für die *Dermatomyositis* betragen die Häufigkeitsangaben ca. 20%, für die *Polymyositis* 30–60% und für die *Einschlusskörperchenmyositis* zwischen 65 und 86%. Schließlich stellt die Dysphagie auch auf der *Intensivstation* eine große diagnostische und therapeutische Herausforderung dar. Unabhängig von der jeweiligen Grunderkrankung weisen 70–80% der Patienten mit prolongierter Beatmung nach der Entwöhnung vom Respirator vermutlich auf dem Boden einer „Critical-illness“-Polyneuropathie/-Myopathie zumindest passager schwere Schluckstörungen mit Aspirationen auf. Diese machen nicht nur eine längere künstliche Ernährung erforderlich, sondern sind mit gravierenden Komplikationen wie Pneumonien und Reintubation korreliert und zudem ein unabhängiger Prädiktor für eine erhöhte Mortalität.

In diesem Videoquizz werden typische Fallbeispiele präsentiert. Neben Fragen zur Differentialdiagnose sollen auch Einschätzungen zum jeweils indizierten Dysphagiemanagement vorgenommen werden. Die Auflösung erfolgt im zweiten Teil der Veranstaltung.

Neues aus der Schmerztherapie

R. Baron, Kiel

Die Therapie chronischer Schmerzen ist vielfältig geworden:

Symptome leiten die Therapie am Beispiel neuropathischer Schmerzen

Chronische neuropathische Schmerzsyndrome gehören zu den häufigsten Erkrankungen in der neurologischen Praxis. Sie haben viele Ursachen, die häufigsten sind die Zuckerkrankheit, der Alkoholmissbrauch oder Nervenschäden im Rahmen von Chemotherapien. Auch können nur einzelne Nerven betroffen sein, wie bei der Trigeminusneuralgie, der Gürtelrose oder dem Phantomschmerz. Bis zu 5% der Bevölkerung leiden an chronischen neuropathischen Schmerzen. Sie beeinträchtigen die Lebensqualität der Patienten erheblich und stellen ein großes gesundheitsökonomisches Problem dar.

Neuropathische Schmerzen entstehen, wenn die Grunderkrankung die Nerven im Körper angreift und einzelne Neurone zerstört. Es kommt zu einer Trennung von rezeptiven Strukturen in der Haut und dem Gehirn, eine normale Weiterleitung sensorischer Reize von der Haut ist damit nicht mehr möglich. Als Folge dieser Leitungsunterbrechung und des Fehlens der peripheren Signale entwickeln die Nerven ein dramatisches Eigenleben, sie produzieren ständige elektrische Aktivität; bilden also eine krankhafte Überaktivität aus, die, völlig unabhängig von den Reizen in der Haut, unentwegt fortbesteht. Das Gehirn hat solche pathologischen Nervensignale nie zuvor wahrgenommen und hat Schwierigkeiten, diese abnormen elektrischen Muster zu interpretieren. Diese Situation bedingt die meist in Intensität und Qualität von den Patienten noch nie erlebten Schmerzempfindungen.

Typische sensorische Symptome neuropathischer Schmerzen

Die Patienten beschreiben ihren Schmerz sehr häufig als brennend, manchmal verbunden mit unverhofft einschließenden elektrisierenden Schmerzattacken. Die betroffene Haut ist oft extrem überempfindlich gegenüber leichten Berührungsreizen. Diese Schmerzqualität ist so andersartig, dass viele Patienten Mühe haben, eine verbale Beschreibung für die Empfindungen zu finden. Bereits Ende des 19. Jahrhunderts ein Zusammenhang zwischen diesen abnormen Empfindungen und der Verletzung von Nerven angenommen wurde. Die unterschiedlichen pathophysiologischen Mechanismen, die zum Gesamtbild der individuell erlebten neuropathischen Schmerzen führen, können bei einer bestimmten Krankheitsentität in beliebigen Kombinationen koexistieren. Bestimmte Mechanismen sind mit den charakteristischen sensorischen Symptomen assoziiert. Somit kann eine genaue klinische Analyse des sensorischen Phänotyps Rückschlüsse auf die beim jeweiligen Patienten im Vordergrund stehenden pathophysiologischen Mechanismen zulassen. Mit Hilfe des sensorischen Profilings gelang es erstmals, klar definierbare Patientensubgruppen mit einem spezifischen Phänotyp zu analysieren (2).

Die Therapie der Zukunft: Mechanismen-orientiert und individualisiert

Bei neuropathischen Schmerzen werden Medikamente eingesetzt, die keine „normalen“ Schmerzmittel sind, sie gehören vielmehr zur Klasse Ko-Analgetika, wie Antiepileptika und Antidepressiva. Sie haben bei Gesunden keine schmerzlindernde Wirkung und helfen nur dann, wenn sich die nozizeptiven Neurone durch die Schädigung verändert haben. Weitere Therapieoptionen stellen Pflasteranwendungen direkt auf der betroffenen Haut, Capsaicin, Lidokain) oder, in schweren Fällen, Opioide dar. Klassische Schmerzmittel, wie Aspirin oder Paracetamol wirken leider nur selten. Trotz dieser Optionen ist die Schmerzreduktion bei vielen Patienten nur unbefriedigend.

Erfolge der modernen neurologischen Schmerzforschung geben allerdings Anlass zur Hoffnung. Organisiert in mehreren nationalen und internationalen Netzwerken versuchen die Wissenschaftler, die differenzierten molekularen Mechanismen der Schmerzentstehung und ihre Assoziation mit den sensorischen Symptomen genauer zu analysieren. Für eine effiziente Therapie ist eine korrekte Klassifikation des neuropathischen Schmerzsyndroms unerlässlich. Bislang basierte diese ausschließlich auf der verursachenden Grunderkrankung; die Therapie war empirisch. Ein

entscheidender Wandel der Sichtweise wird heutzutage durch die Erkenntnis eingeleitet, dass viele Patienten exakt identische Schmerzsymptome angeben, z.B. brennende Dauerschmerzen oder Schmerzen bei leichter Berührung der Haut, obwohl sie an ätiologisch völlig unterschiedlichen Erkrankungen leiden. Dementsprechend ist es sinnvoller, sich bei der Behandlung nicht nur auf die Grunderkrankung zu konzentrieren, sondern jede einzelne Schmerzform, bestimmte sensorische Profile und damit jeden einzelnen Schmerzmechanismus isoliert mit geeigneten Pharmaka anzugehen, unabhängig von der zugrundeliegenden Ursache der Schmerzen (1). Neue Diagnostische verfahren, wie das sensorische Profiling mittels der quantitativen sensorischen Testung, genetische Analysen und die moderne Bildgebung, werden helfen, die individuellen neuropathologischen Mechanismen zu entschlüsseln. In großen, multizentrischen Studien konnte vor kurzem gezeigt werden, dass sich Patienten-Subgruppen mit distinkten sensorischen Profilen tatsächlich in der Ansprechbarkeit auf bestimmte Therapien unterscheiden, dass also das Mechanismen-orientierte Therapiekonzept wirklich valide ist (3). Diese neue Idee ist heutzutage international als bahnbrechende Innovation der neurologischen Schmerzforschung anerkannt, die die Versorgung unserer Schmerzpatienten in der Zukunft deutlich verbessern könnte.

Literatur

1. Baron R, Förster M, Binder A. Subgrouping of patients with neuropathic pain according to pain-related sensory abnormalities: a first step to a stratified treatment approach. *Lancet Neurol* 2012;11:999-1005
2. Demant DT, Lund K, Vollert J, Maier C, Segerdahl M, Finnerup NB, Jensen TS, Sindrup SH. The effect of oxcarbazepine in peripheral neuropathic pain depends on pain phenotype: A randomised, double-blind, placebo-controlled phenotype-stratified study. *Pain*. 2014 Nov;155(11):2263-73
3. Maier C, Baron R et al. Quantitative sensory testing in the German Research Network on Neuropathic Pain (DFNS): Somatosensory abnormalities in 1236 patients with different neuropathic pain syndromes. *Pain* 2010, 150:439-50

Assistierter Suizid – aktueller Standpunkt

F. Erbguth¹ L. Erbguth²,¹ Nürnberg/Hamburg² (Bucerius Law School)

Als „Sterbehilfe“ werden in Deutschland unterschiedliche Verhaltensweisen am Lebensende bezeichnet. Leider wurde dieser Begriff auch in der Debatte um den assistierten Suizid von manchem Diskutanten missverständlich verwendet oder instrumentalisiert, wenn beispielsweise argumentiert wurde, Ärzte dürften sich nicht am „Töten“ von Patienten beteiligen. Dies stand nicht zur Debatte, da dies den Straftatbestand der „Tötung auf Verlangen“ erfüllen würde.

In der kurzen Übersicht werden in den Punkten 1-7 die Fakten zum assistierten Suizid beschrieben. In Punkten 8 und 9 gebe ich meinen Standpunkt wieder.

1. Einordnung des assistierten Suizids in die Formen der Sterbehilfe

Es sind vier Formen der sogenannten „Sterbehilfe“ unterscheidbar: (1) die Tötung auf Verlangen, (2) die Suizidbeihilfe, (3) die Symptomlinderung mit potentiell lebensverkürzender Nebenwirkung sowie (4) der Behandlungsabbruch (s. Tabelle).

Tabelle: Terminologie, Bedeutung und rechtliche Bewertung von unterschiedlichen Formen der „Sterbehilfe“			
Etablierte missverständliche Terminologie	Klarere Terminologie	Bedeutung	Rechtliche Bewertung
Aktive Sterbehilfe	Tötung auf Verlangen	Gezielte Tötung (z.B. durch Verabreichung von Medikamenten die nicht der Heilung oder Symptomlinderung dienen)	Verboten nach § 216 StGB (Tötung auf Verlangen); wenn ohne Verlangen = Totschlag (§ 212 StGB) oder Mord (§ 211 StGB)
Indirekte oder indirekt aktive Sterbehilfe	Symptomlinderung	Palliativtherapie = Leidenslinderung (z. B. Schmerz oder Atemnot) unter Inkaufnahme einer ungewollten Lebens- und Sterbeverkürzung	Erlaubt und geboten , wenn die Lebensverkürzung nicht Ziel, sondern in Kauf zu nehmende Nebenwirkung der palliativen Therapie ist
Passive Sterbehilfe	Behandlungsabbruch	Unterlassung oder Beendigung lebenserhaltender Therapien, die nicht (mehr) indiziert sind oder für die keine Einwilligung (mehr) besteht	Erlaubt und geboten bei fehlender Indikation oder Einwilligung. Bei Nichtbeachtung potentielle Körperverletzung (s. Text)
Beihilfe zum Suizid	-	Ermöglichung einer Suizidhandlung (z.B. durch Medikamentenbeschaffung); die Tatherrschaft muss beim Selbsttötungswilligen liegen	Im „nicht-geschäftsmäßigen“ Einzelfall nicht strafbar bei freiverantwortlicher Entscheidung; nach dem neuen §217 verboten, wenn sie „geschäftsmäßig“

			<p>ausgeübt wird (s. Text); für den Arzt in der Muster-Berufsordnung verboten. Dieses Verbot wurde jedoch nicht von allen Landesärztekammern übernommen</p>
--	--	--	--

Behandlungsabbruch: Durch ein Urteil des 2. Strafsenats des BGH 2010 (2 StR 454/09) wurde für die „passive“ Sterbehilfe geklärt, dass bei einem erlaubten Behandlungsabbruch zwischen dem Nicht-Beginnen und dem „aktiven“ Beenden einer Behandlung kein Unterschied bestehe. Im konkret verhandelten Fall blieb das Durchschneiden einer PEG-Sonde zur Beendigung einer von einer „Wachkoma“-Patientin (nach Hirnblutung) mutmaßlich nicht mehr eingewilligten Sondenernährung straffrei.

Symptomlinderung: eine palliative Symptomlinderung in angemessener Dosierung oder Wirkweise darf (primär ungewollt - quasi als kollaterale Nebenwirkung) das Leben des Patienten verkürzen.

Tötung auf Verlangen (auch: aktive Sterbehilfe) meint die gezielte Herbeiführung des Todes eines Patienten auf dessen Wunsch durch einen nicht seiner Heilung, der Symptomkontrolle oder Behandlungsbegrenzung dienenden Eingriff (z.B. durch die bewusste Überdosierung eines Medikaments). Sie ist in Deutschland nach §216 StGB verboten. Erfolgt die Tötung ohne Verlangen des Betroffenen, macht sich der Sterbehelfer wegen Totschlags (§ 212 StGB) oder Mordes (§ 211 StGB) strafbar.

Beihilfe / Assistenz zum Suizid: Selbsttötung ist jedes menschliches Verhalten, durch das ein Mensch zielgerichtet seinem Leben ein Ende setzt; entweder durch aktives Tun (z.B. Einnahme von Gift), aber auch durch Unterlassen (z.B. Absetzen eines lebenswichtigen Medikamentes oder Einstellung der Ernährung). Voraussetzung für die bisherige Straffreiheit des Helfers ist, dass der Sterbewillige die letzte bzw. eigentlich zum Tode führende Handlung selbst ausführt und damit juristisch gesprochen die Tatherrschaft innehat.

2. Einstellung von deutschen Ärzten

Nach einer 2015 publizierten Umfrage unter Ärzten (Schildmann J et al. DMW 2015; 140: e1-e6) lehnten ca. 34 % das berufsrechtliche Verbot (s. 4) der ärztlichen Assistenz zur Selbsttötung ab, etwa ein Viertel der Befragten befürwortete es und gut 41 % waren unentschieden. Ca. 20% waren bereits um eine assistierte Selbsttötung gebeten worden und 40% meinten, dass sie sich dies auch

unter bestimmten Bedingungen vorstellen könnten. Die Studie belegt zudem, dass es in der Praxis sehr selten zu ärztlich assistierten Selbsttötungen kommt - nur in 0,3 % wurde davon berichtet. In Befragungen aus dem Bereich der Palliativmedizin zeigte sich, dass von etwa 4% der schwer Erkrankten eine ärztliche Assistenz zur Selbsttötung „nachgefragt“ wird.

3. Strafrechtliche Situation bis 2015

Seit 1871 Jahren ist in Deutschland die Beihilfe zum Suizid – auch für den Arzt – aus rechtssystematischen Gründen nicht strafbar gewesen, da auch die Suizid(versuchs)Handlung selbst als Ausdruck der Selbstbestimmung nicht strafbar ist. Voraussetzung für die Straflosigkeit der Beihilfe war, dass die Entscheidung des sich selbst Tötenden freiverantwortlich war und bei ihm die Tatherrschaft, also die eigentliche Handlung lag.

Immer wieder strittig wird die Frage diskutiert, inwieweit der „assistierende“ Arzt im Fall des Verbleibens nach Eintritt der Bewusstlosigkeit des Suizidenten wegen der ihm aufgegebenen Garantenpflicht (paradoxe Weise) lebensrettende Hilfe leisten müsse und sich im Falle der Unterlassung strafbar mache (Fall „Peterle“ bzw. „Fall Wittig“ BGH 4.7.1984, 3StR 96/84; LG Deggendorf 1 Ks 4 JS 7438/11). Liegt eine eindeutige Willensbekundung des Suizidenten vor, wird die Garantenpflicht „gegen“ den freiverantwortlich erklärten (Sterbe-) Willen des Sterbewilligen vom Arzt nicht verlangt; es existieren auch juristische Positionen, nach denen der Arzt solle in solchen Situationen nicht mehr Garant des Lebenswillens, sondern Garant des Sterbewillens sein.

4. Berufsethische und berufsrechtliche Situation

Während in der Version der Grundsätze der Bundesärztekammer (BÄK) zur ärztlichen Sterbebegleitung des Jahres 2004 der ärztlich assistierte Suizid noch als dem ärztlichen Ethos widersprechend bezeichnet wurde, ist diese apodiktische Bewertung in den Grundsätzen von 2011 einer neuen Formulierung gewichen, die einer solchen Handlung nicht prinzipiell das Merkmal des Unethischen verleiht, sondern die „Mitwirkung bei der Selbsttötung“ als „keine ärztliche Aufgabe“ charakterisiert. Allerdings verbietet die Musterberufsordnung dem Arzt in § 16 die Beihilfe zum Suizid, was bei Zuwiderhandlung bis zum Entzug der Approbation führen kann. Der damals amtierende Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, hatte 2010 in einem Interview mit der „Frankfurter Rundschau“ eine Liberalisierung beim ärztlich assistierten Suizid angekündigt: *„Die Beihilfe zum Suizid ist nicht strafbar. Sie ist aber derzeit durch unser Berufsrecht als unethisch verboten. Diesen Widerspruch müssen wir auflösen.“* (DÄ, Heft 1–2/2011). Dazu ist es nicht gekommen. Der Paragraph 16 ist allerdings von den Landesärztekammern in

unterschiedlicher Weise in konkret gültiges Berufsrecht übernommen worden: so ist zwar von 10 der 17 Landesärztekammern dieser Passus („... dürfen keine...“) übernommen worden, 6 Kammern haben den Passus gestrichen und die Landesärztekammer Westfalen-Lippe formuliert ein „...sollen keine...“. Damit bestehen in Deutschland drei äußerst unterschiedliche berufsrechtliche Varianten der Bewertung der ärztlichen Suizidbeihilfe. Obwohl in Deutschland einige Ärzte ihre Beihilfe an Suizidhandlungen öffentlich gemacht haben, ist kein Fall eines Approbationsentzuges auf Grund des Berufsrechts bekannt. Selbst Prof. Julius Hackethal, der 1984 einer an Gesichtskarzinom erkrankten Frau Kaliumzyanid verschaffte, mit dem sie sich tötete, behielt seine Approbation bis zu seinem Tod 1997, obwohl es zu zahlreichen standesrechtlichen Verfahren gegen ihn gekommen war. In der Praxis stellt sich die Frage, wie die Standesgerichtsbarkeit ohne eigene Ermittlungsorgane überhaupt ein entsprechendes ärztliches Handeln ausreichend belegen können will, wenn sich der Arzt nicht selbst bezichtigt oder die Assistenz zum Suizid anderweitig offenkundig wird. Das beim assistierten Suizid oft verwendete Barbiturat Pentobarbital ist in der meist angewandten Dosierung von 15 Gramm in Deutschland nicht zugelassen und ohne medizinische Indikation nicht rezeptierbar. Es können im Rahmen der ärztlichen Suizidassistenz also Verstöße gegen das Betäubungsmittel- oder Arzneimittelgesetz resultieren. Interessanterweise hat die 9. Kammer des Berliner Verwaltungsgerichts in einer Entscheidung 2012 (VG 9 K 63.09) der Berliner Ärztekammer nicht zugestanden, gegenüber einem Arzt ein Verbot der Überlassung totbringender Medikamente an Sterbewilligen auszusprechen und hob dieses Verbot auf.

5. Assistierter Suizid in Deutschland und im Ausland

In Deutschland standen bislang die Organisationen „Dignitas Deutschland e.V.“, „Sterbehilfe Deutschland“ (des ehemaligen Hamburger Justizsenators Roger Kusch) und exponierte Einzelpersonen (z.B. der Berliner Urologe Uwe-Christan Arnold und der ehemalige Lehrer Peter Puppe) für Assistenz zur Selbsttötung bei Erkrankungen zur Verfügung. Man geht davon aus, dass sich durch die Hilfe von Vereinen und Sterbehelfern pro Jahr ca. 250 Menschen in Deutschland töten. Im gleichen Zeitraum suizidieren sich insgesamt in Deutschland etwa 10.000 Menschen, etwa 100.000 unternehmen pro Jahr einen Suizidversuch.

In den letzten Jahren sind etwa 50 bis 100 deutsche Suizidwillige pro Jahr in die Schweiz gereist; davon 40% wegen Krebserkrankungen und 25% wegen neurodegenerativer Erkrankungen. In der Schweiz ist die Suizidhilfe nur strafbar, wenn selbstsüchtige Motive beim Helfer vorliegen. Das

ärztliche Standesrecht ist dort weniger strikt gefasst. Deshalb haben sich in den letzten Jahren mehrere Sterbehilfeorganisationen etabliert, die ihren Mitgliedern dort zum Suizid verhelfen. In den Niederlanden ist das Verhältnis zwischen der erlaubten Tötung auf Verlangen und dem assistierten Suizid etwa 97:3. Gesetzlich ausdrücklich erlaubt ist die Suizidbeihilfe in den US-Bundesstaaten Oregon (*Oregon Death with Dignity Act*), Washington, Vermont, Montana und mittlerweile Kalifornien.

6. Die Debatte um die Gesetzentwürfe in Deutschland

Im Vorfeld der Debatte um die von der Politik als vermeintlich „regelungsbedürftig“ angesehenen Problematik des „geschäftsmäßig“ betriebenen assistierten Suizids war zunächst auch von neurologischer Seite (Jox und Borasio) zusammen mit dem Medizinethiker Wiesing und dem Juristen Taupitz ein Gesetzesvorschlag mit dem Ziel der juristischen Klarstellung und Liberalisierung eingebracht worden. Waren anfangs in der öffentlichen Debatte eher Befürchtungen zu hören, dass die Möglichkeiten des assistierten Suizids sich z.B. durch den Hintze-Entwurf (s.u.) zu sehr ausweiten würden („Dammbruch“), wurden am Ende der Diskussion eher Stimmen laut, die davor warnten, dass sich zu stark restriktive Regelungen durchsetzen könnten.

Der Deutsche Ethikrat hatte im November 2014 trotz konträrer Standpunkte letztlich geraten, auf eine neue strafrechtliche Regelung zu verzichten und den Ärzten aufzugeben, das ärztliche Berufsrecht im § 16 zu vereinheitlichen.

Insbesondere von Strafrichtern und Strafrechtswissenschaftlern wurde bereits im Vorfeld der Beschlussfassung des Bundestages eine Aufnahme des assistierten Suizids in das Strafrecht heftig attackiert. So appellierte der BGH-Strafrichter Thomas Fischer am 29. September 2015 in der „Zeit“: *"Sehr geehrte Abgeordnete, sagen Sie Nein!"*: Noch kurz vor der Bundestagsdebatte hatte sich eine eindrucksvolle Zahl von 151 Strafrechtsprofessoren unmissverständlich gegen eine solche Strafnorm positioniert und die juristische Unhaltbarkeit des zu erwartenden neuen § 217 StGB konstatiert und eine entsprechende Resolution publiziert (Medstra 2015, 129). Selbst der wissenschaftliche Dienst des Bundestages hielt den § 217 nicht für verfassungsgemäß.

Am Ende standen in der Debatte am 06.11.2015 vier Gesetzentwürfe zur Abstimmung.

1. Renate Künast (Bündnis 90/Die Grünen), Dr. Petra Sitte (Die Linke) und Kai Gehring (Bündnis 90/Die Grünen): „Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung“ (18/5375)
2. Prof. Dr. Patrick Sensburg, Thomas Dörflinger, Peter Beyer und Hubert Hüppe (alle CDU/CSU): „Strafbarkeit der Teilnahme an einer Selbsttötung“ (18/5376).

3. Peter Hintze (CDU/CSU), Dr. Carola Reimann, Prof. Dr. Dr. Karl Lauterbach und Burkhard Lischka (alle SPD): „Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung“ (18/5374)
4. Michael Brand (CDU/CSU), Kerstin Griese (SPD), Kathrin Vogler (Die Linke) und Dr. Harald Terpe (Bündnis 90/Die Grünen) „Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ (18/5373).

Einige Abgeordnete u.a. Katja Keul (Grüne) und die Ex-Justizministerin Brigitte Zypries (SPD) hatten dafür plädiert, ganz auf eine gesetzliche Regelung zu verzichten. Während der Entwurf 2 von vielen als unzumutbar restriktiv beurteilt wurde, kam eine unerwartet hohe Stimmenmehrheit gleich in der ersten Abstimmung für den Entwurf 4 zustande, der im Vorfeld als eine Art „guter Kompromiss“ dargestellt oder zumindest so aufgefasst wurde. Dieser wurde beschlossen und erlangte nach Zustimmung des Bundesrats und Unterzeichnung durch den Bundespräsidenten mit der Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt am 9. Dezember 2015 Gesetzeskraft.

7. Der neu eingeführte § 217 StGB

Die seit Dezember 2015 geltende neue Strafnorm lautet:

§ 217 StGB Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung

(1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.“

Die Beihilfe zum Suizid umfasst nach dem neuen § 217 StGB Handlungen, wie z.B. das Verordnen eines Medikamentes zum Ziel der Durchführung des Suizids oder allein schon der Gewährung der Gelegenheit dazu. Als „geschäftsmäßig“ wird eine auf Wiederholung angelegte Suizidhilfe betrachtet (s. 8 und 9). Der neue Paragraph soll die Suizidhilfe durch Sterbehilfevereine oder einzelne wiederholt tätig werdende Sterbehelfer unterbinden. Nicht vom Verbot sollen dagegen Fälle erfasst sein, in denen „*allein aus Mitleid in einer singulären Situation*“ Hilfe zur Selbsttötung geleistet wird. Die Bestrafung solcher Fälle sahen die Initiatoren des angenommenen Gesetzesvorschlags als „*nicht wünschenswert*“ an. Es wird sich zeigen, wie sich die praktische Rechtsanwendung dieser neuen Regelung gestalten und auf die Praxis auswirken wird (s. 8 und 9). Das Gesetz schränkt den Täterkreis nicht ein, so dass grundsätzlich jeder, auch jeder Arzt, Pfleger oder Angehöriger, als Täter in Betracht kommt. Das Delikt ist als Unternehmensdelikt ausgestaltet,

ein Taterfolg in Form eines vollendeten Suizids ist also nicht erforderlich. Vielmehr reicht es für die Verwirklichung des objektiven Tatbestandes aus, dass der Täter einem anderen geschäftsmäßig die Gelegenheit zu einer Selbsttötung gewährt, verschafft oder vermittelt. Es handelt sich mithin um ein (abstraktes) Gefährdungsdelikt. Geschützte Rechtsgüter sind nach der Gesetzesbegründung das menschliche Leben und die individuelle Entscheidungsfreiheit.

8. Standpunkt: Besser kein Gesetz als ein schlechtes – oder: gut gemeint ist nicht gut gemacht.

„*Besser kein Gesetz als ein schlechtes*“ – lautete das Fazit des SPD-Gesundheitspolitikers Prof. Dr. Karl Lauterbach am Ende seines Debattenbeitrags im Bundestag. Es ist zu befürchten, dass die Absicht der Initiatoren, die Beihilfe einzelner Personen – auch Ärzte – bei Suizidhandlungen – unverändert straffrei zu lassen, sich nicht realisieren wird. Zumindest herrscht eine immense Rechtsunsicherheit allein schon durch die Begriffe des „geschäftsmäßigen“ Vorgehens. Nach Ansicht von namhaften Juristen handeln Personen wie Hospiz- und Palliativmediziner, die regelmäßig mit Sterbenden zu tun haben und ihnen z.B. durch Überlassung von Medikamenten die „Gelegenheit“ zur Selbsttötung geben, stets auch geschäftsmäßig.

Insgesamt umfasst der objektive Tatbestand des neuen § 217 StGB z.B. den Fall, dass A dem B eine größere Dosis an Medikamenten überlässt, mit denen dieser sich unter Umständen töten kann („Gelegenheit“). Dabei kommt es nicht darauf an, ob es sich bei A um einen Arzt, etwa einen Palliativmediziner, oder eine Person ohne fachärztliche Ausbildung handelt. Erfüllt ist der Tatbestand wahrscheinlich auch, wenn Hospizarzt A dem B einen Raum zur Verfügung stellt, in welchem dieser nach dem Absetzen lebensnotwendiger Medikamente oder Nahrung (sog. Sterbefasten) sterben kann, eine Praxis, die in Hospizen und Palliativstationen häufiger vorkommt. Andererseits wäre eine zwangsweise Weiterbehandlung (gegen den aktuellen oder in einer Patientenverfügung festgelegten früheren Willen des Patienten) sogar strafbar, § 223 StGB. Wie steht es mit dem verbotenen „Vermitteln“: fällt darunter ein Anruf eines Arztes (per se in Dingen des Lebens und Todes stets geschäftsmäßig handelnd) bei einer Sterbehilfe-Organisation in der Schweiz oder das Besorgen einer Fahrkarte.

9. Ausblick

Mögen die Bundestagsabgeordneten auch Besseres im Sinn gehabt haben, so hätten sie lieber dem Rat des Deutschen Ethikrates oder der 151 Strafrechtler folgen sollen und nicht ohne Not wegen der an einer Hand abzählbaren „Strebehilfeorganisationen“ in Deutschland das Strafrecht ändern

sollen. Das Problem: bei einer Suizidhandlung führt der neue Paragraph angesichts des neu im Raum stehenden Officialdelikts nach § 217 zwangsläufig zu Ermittlungen, wenn schon ein Anfangsverdacht einer "geschäftsmäßigen" Beihilfe vorliegt. Und solche Ermittlungen werden Arztkontakten nachgehen müssen und können in einen Strafprozess münden.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat im Bundestag ausgeführt, dass das neue Gesetz mittels "*kluger Rechtsanwendung*" umzusetzen sei. Will heißen: man wird also einmal testen, wie deutsche Gerichte das Gesetz interpretieren. Was "kluge Rechtsanwendung" heißt, kann man an der Rechtsprechungsgeschichte zur stets erlaubten passiven Sterbehilfe ablesen, wo eifrigen Staatsanwälten und erstinstanzlichen Fehlurteilen erst der Bundesgerichtshof Einhalt gebieten konnte. Bereits kurz nach Inkrafttreten des Gesetzes denn auch hat die Polizei in Nordrhein-Westfalen Durchsuchungs- und Beschlagnahmebeschlüsse gegen verschiedene Ärzte durchgesetzt, denen die Staatsanwaltschaft vorwirft, sterbenskranken Patienten potenziell tödlich wirkende Medikamente verordnet zu haben trotz Kenntnis suizidaler Tendenzen.

Am 8. Januar 2016 hat das Bundesverfassungsgericht einen Eilantrag gegen das neue Gesetz abgelehnt; in der Hauptsache wird es jedoch noch entscheiden.