



„Medizinethische, gesundheitspolitische und soziokulturelle Entwicklungen in der Palliativversorgung, Sterbebegleitung und Sterbehilfe in Zentraleuropa“

**„Ethik & Medizin
Von Gestern bis in die Zukunft“
Katowice, 24.-26. April 2008**

Dr. Michael F. R. Popović



Palliativmedizin

© Frankfurter Rundschau online 2005, 29.06.2005

Schwere Defizite bei der Sterbebetreuung

Bundestagskommission fordert Ausbau der Palliativ-Medizin und -Pflege / Angehörige sollen entlastet werden
Bei der Betreuung unheilbar Kranker besteht in Deutschland erheblicher Handlungsbedarf. Aus dem Bundestag kommen parteiübergreifende Forderungen, die Palliativ-Versorgung auszubauen und Sterbende würdig zu begleiten.

VON MICHAEL BERGIUS

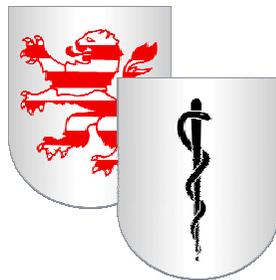


Der Ackermann aus Böhmen

Deutsch-Tschechische Tagung zum Thema Palliativmedizin

14. und 15. Oktober 2006

Saaz / Žatec - Tschechische Republik



HESSEN



MINISTERSTVO
ZDRAVOTNICTVÍ

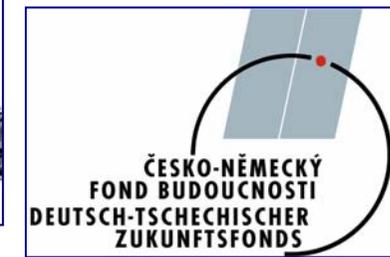


Der ackerman auß behmē be
claget den tod seynner frawen



Holzschnitt - die älteste Darstellung von Saaz vor 1480, Aus der
Ikonabildsammlung der wiener Hofbibliothek.

-2-





staben was der Buelffte Di was gantz frome
vnd wandel fr̄ Wan wir waren gegenw̄ir-
tig da sy geboren ward do sant iz frome
eze amen geremmantel v̄n am̄e ein k̄atz
di bracht̄e ir frome selden vnzerlassen vnd
vngemauligt den mantel v̄n den ein k̄atz
bracht sy gantz mit iz vn̄ in dz grabe vn̄ sez
v̄n ir ḡezuig ist der erkem̄er aller h̄erzgn
B̄itter gewissen fr̄im̄thold t̄ome gewer̄e
v̄n zu male ḡittig was sy gen allen l̄uten
w̄erlich so stette v̄n so ḡebir̄e kam̄ vn̄ zu
hand̄n selt̄n es se dan die selb̄ig die du māist
anderst wissen wir k̄ame



A herre ich was ir fr̄idel Sy min am̄m̄p
iz habent si h̄in min durchl̄er̄v̄r̄stige ste



Es herre v̄ffrede bet̄reff wol sitzuld̄ig
man als t̄ut iz och s̄isse v̄n suer kinde
vnd herre ḡittig sitz ar̄pff pflegent iz och
zu bewissen den iz mant̄ zu bet̄uegn̄ das ist
an mir sitzern worden wie ser v̄ch bes̄ez̄ont das
wāiß ich das ich der ein wol v̄n sitz̄one v̄n v̄wer
sitze v̄n v̄genat v̄egn̄ kom̄erlich enbēn
m̄iß Auch wāiß ich wol dz s̄öllich gewalt̄ sun
der gott v̄n v̄wer niem̄atz ist gen̄ al̄t̄ig so bin
ich von gott also mit gepflaget Wan herre ich nicht
gewart gen̄ gott als laider die ḡst̄ her̄gn̄ ist
das hat iz an mir ḡeroc̄gn̄ oder es hat mir
wider bracht die wandels ane iz sit der v̄bell
t̄eter her̄ v̄m̄l̄ mit ich gen̄ v̄wer iz wēt das
iz also vil gewalt̄ hat v̄n auent̄sagn̄ mich

12



Was ist das „Gute“ für den Sterbenden ?

Eine deutsch-tschechische Tagung über Sterbebegleitung
und Palliativmedizin in Saaz/Žatec

Andreas Kalckhoff, Michael Popović

Am 14. und 15. Oktober 2006 fand in Saaz/Žatec (Tschechien) eine Tagung „Der Ackermann aus Böhmen“ statt. Titelgebend war das gleichnamige Streitgespräch aus der Feder des Humanisten Johannes von Saaz, der um 1400 in der berühmten deutsch-böh-

mischen Stadt wirkte. Die Klage des „Ackermanns“ gegen den grausamen Tod in Form eines literarisch-philosophischen Streitgesprächs erschien den Veranstaltern gut geeignet als Einstieg in ein multidisziplinäres und transkulturelles Gespräch über wür-

diges Sterben. Dabei ging es auch um einen Austausch unterschiedlicher Erfahrungen von Tschechen und Deutschen in ihren jeweiligen Gesellschaften mit diesem heftig umstrittenen Thema.



Prof. Dr. Ulrich Gottstein

926 Hessisches Ärzteblatt 12/2006



Medizinhistorisches

Mystik – Aufklärung

Säkularisierung – Entchristlichung

Ars moriendi – Anatomie

Kompetenz des Arztes bei Sterbeprozess

Linderung der Leiden, Prognostik, Vorbereitung auf den Tod
(Grimm: Gevatter Tod)

Überwindung von Mythos und Metaphysik

Dialektik der Aufklärung – Ratio als Produkt der Angst

Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens

Biologistische Medizin



Christoph Wilhelm Hufeland 1806

„...wenn der Arzt sich zum Richter über Leben und Tod erhebt, wird er zum gefährlichsten Manne im Staat...“



Euthanasieproblem

Biologistische Medizin

Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens
Abkehr von Menschenwürde – Ersatz durch Wert des
Menschen

Materialismus – Sozialismus

Euthanasieverbrechen

Nürnberger Ärzteprozesse

Medizin ohne Menschlichkeit

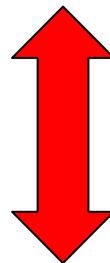
Verlust der Humanitas



Menschenwürde ./.. „ Wert des Menschen“

Antinomie

Individuelle Menschenwürde



„ Wert des Menschen“ für die Gesellschaft

27. November 1946

Namens der deutschen Aerzteschaft der amerikanischen, englischen und französischen Zone und der Medizinischen Fakultäten der Universitäten Heidelberg, Frankfurt a.M., Tübingen, Hamburg, Bonn, Düsseldorf etc. bitten wir den Hohen amerikanischen Gerichtshof Nürnberg

1. einer Kommission deutscher Aerzte die Gelegenheit zu geben, dem bevorstehenden Prozess gegen 23 Aerzte in allen Abschnitten beiwohnen zu können,
2. dieser Kommission Einblick in die Akten des Prozesses zu gewähren, soweit dies während des Prozesses möglich ist; jedenfalls ihr aber nach Abschluss des Verfahrens das ganze Aktenmaterial, das zur Urteilsbegründung herangezogen wurde, zugänglich zu machen.

Da die Ergebnisse des Prozesses für die deutsche Aerzteschaft in ethischer und humanitärer Beziehung sowie auch für die medizinische Wissenschaft von massgeblicher Bedeutung sind, weil aus ihnen Schlüsse von grosser Tragweite gezogen werden müssen, bitten wir unserem Ersuchen entsprechen zu wollen.

Aerzteschaft Gross-Hessen
Der Präsident

(Dr. med. Oelemann)



er Hessen
ichen Rechts

Nürnberger Ärzteprozesse Konsequenzen



Der österreichische Arzt, Leo Alexander, leitete im Auftrag der Siegermächte eine Kommission zur Bewertung der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse aus den Menschen-Experimenten während des 3. Reiches. Zum Fazit der Untersuchungsergebnisse schrieb er folgendes:

„Welche Ausmaße die (Nazi-) Verbrechen schließlich auch immer angenommen haben, es wurde allen, die sie untersucht haben, deutlich, dass sie aus kleinen Anfängen erwachsen. Am Anfang standen zunächst nur feine Akzentverschiebungen in der Grundhaltung der Ärzte. Es begann mit der Auffassung, die in der Euthanasiebewegung grundlegend ist, dass es so etwas wie Leben gebe, das nicht lebenswert sei. Im Frühstadium traf das nur die schwer und chronisch Kranken. Nach und nach wurden zu dieser Kategorie auch die sozial unproduktiven, die ideologisch Unerwünschten, die rassistisch Unerwünschten und schließlich alle Nicht-Deutschen gerechnet. Entscheidend ist freilich, sich klar zu machen, dass die Haltung gegenüber den unheilbar Kranken der unendlich kleine Auslöser für einen totalen Gesinnungswandel war.“

„Medical Science under Dictatorship“ in: New England Journal of Medicine 24 (1949) S. 39 – 47).



Genfer Deklaration des Weltärztebundes 1948, revidiert (1968, 1983 und 1994).

(...)

Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung;

Ich werde jedem Menschenleben von seinem Beginn an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden;

Dies alles verspreche ich feierlich, frei und auf meine Ehre.



Grenzen der Medizin

„Erkennt ein Arzt die Grenzen der medizinisch-wissenschaftlichen Möglichkeiten und den unaufhaltsam nahenden Tod seines Patienten, so wird er dieses Schicksal akzeptieren müssen.

Jeder Patient sollte in Würde sterben können; dazu gehört auch, dass offensichtlich unsinnige Maßnahmen unterlassen werden, die nicht das Leben erhalten, sondern nur das Sterben verlängern können.“

Organtransplantation heute, 1984, S.8, M. Popović



Dilemma des Sterbeprozesses

Arzt
Seelsorge
Psycho(onko)logie
Schmerztherapie
Humane Betreuung
Soziale Eingebundenheit

Demographische Urne
Ökonomische Zwänge
Technologische
Machbarkeit
Verdrängung von Leiden
und Tod
Narzistische
Spaßgesellschaft



Das Gesundheitswesen steht in den nächsten 2 – 3 Jahrzehnten vor dramatischen Strukturproblemen:

- *allgemeines demographisches Dilemma*
- *medizinisch – wissenschaftliche Fortschrittsfalle*
- *anhaltende progrediente Ressourcenknappheit*

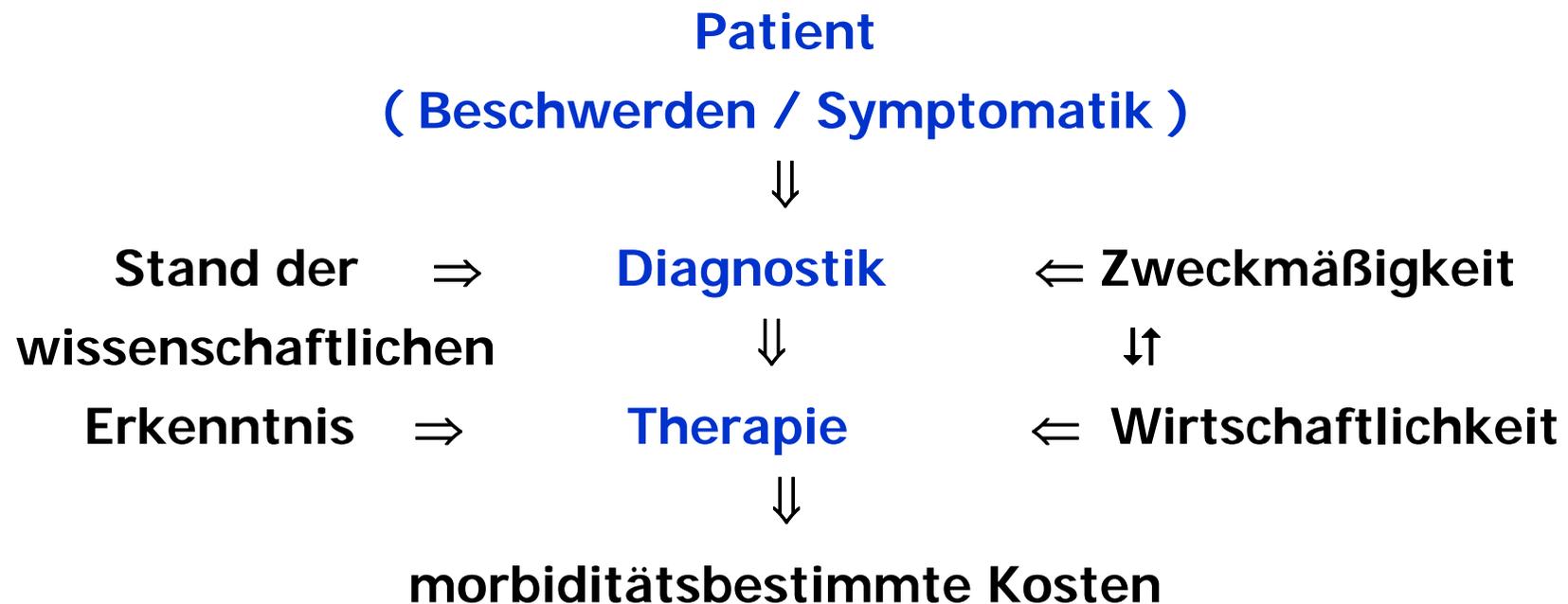


Die Ressourcenknappheit schafft 3 grundsätzliche Herausforderungen:

- *gerechte und angemessene Balance zwischen **Solidarkomponente** und **Eigenleistung** unter Wahrung des sozialen Friedens*
- *effektive und effiziente Ressourcenallokation in Versorgung und Forschung zur Optimierung des produzierten ‚gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsnutzens‘*
- *weiter freier individuell finanzierter Gesundheitsmarkt als Wachstumsbranche*

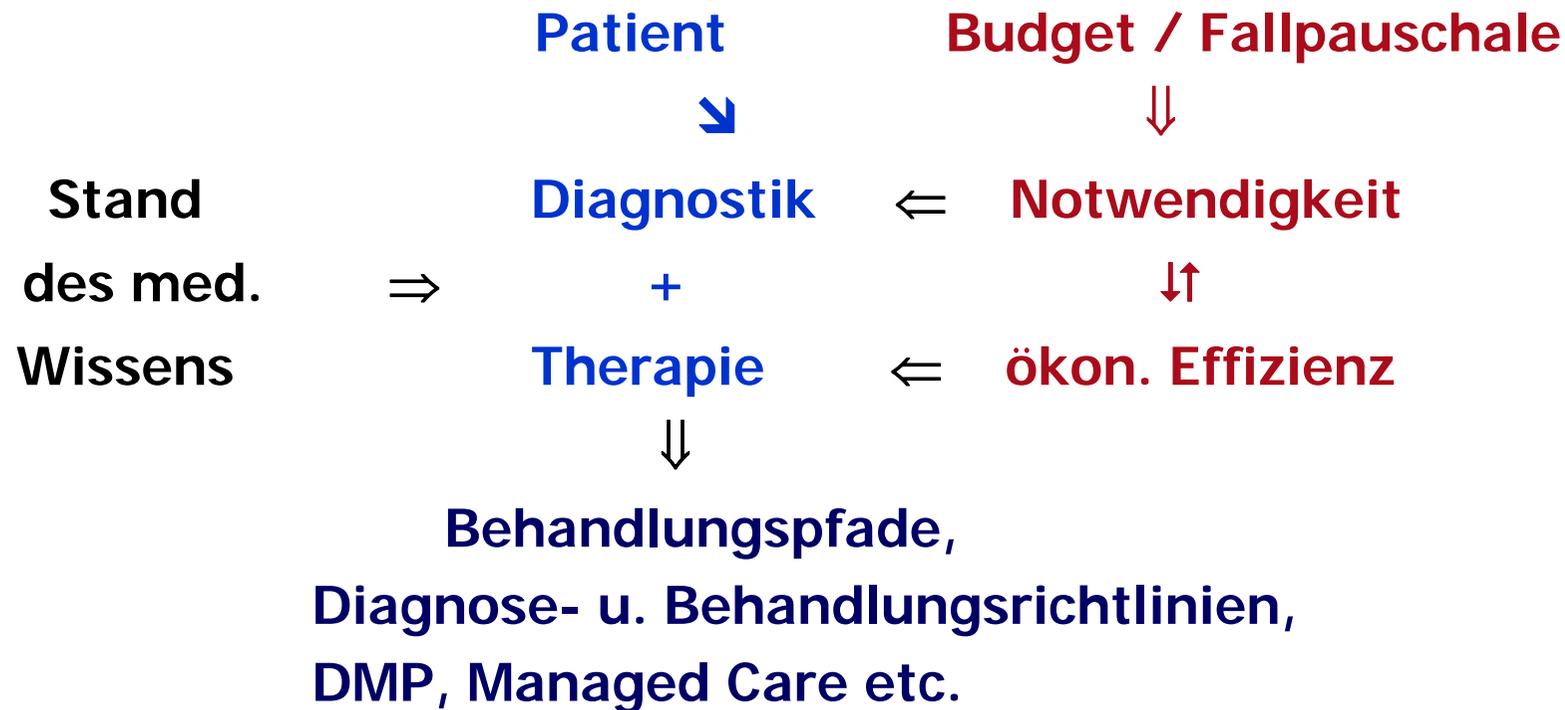


„Ärztliche“ Medizin





„Ökonomische“ Medizin





Überalterung der Gesellschaft und Ressourcenmangel sozialer Systeme

aktive Sterbehilfe

Palliativmedizin

Lebensqualität
in Altenpflege

High - Tech -
Medizin

„Ökonomische Effizienz“

Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts



Sterbehilfe

Palliativmedizin

Intensivmedizin



Die Haltung der Bevölkerung zur Sterbehilfe in Deutschland hat sich laut einer neuen Studie in den vergangenen 25 Jahren praktisch kaum verändert. Dagegen sei in allen anderen untersuchten europäischen Staaten zwischen 1981 und 1999 die Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe gewachsen, heißt es in einer Untersuchung der Freien Universität Brüssel (VUB), aus der die Tageszeitung „De Standaard“ vom 10.Mai 2006 zitierte. Für die Studie wurden Daten aus 33 europäischen Ländern ausgewertet.

Die Haltung der Bevölkerung zur Sterbehilfe änderte sich den Angaben zufolge in Belgien so rasch wie nirgendwo sonst in Europa. Belgien sei 1981 noch ein „klassisch katholisches“ Land mit einer starken Ablehnung der Sterbehilfe gewesen; bis 1999 sei die Zustimmungsrate dann auf „skandinavische Höhen“ gestiegen. Auch in Spanien und Irland habe die Zustimmung im gleichen Zeitraum relativ stark zugenommen.



Laut der Studie ist gegenwärtig in den Niederlanden, Dänemark, Schweden, Finnland, Island, Frankreich, Belgien, Luxemburg, der Tschechischen Republik, Russland und Slowenien eine Mehrheit in der Bevölkerung für Euthanasie. Großbritannien, Österreich, Deutschland, Spanien, Griechenland und die Slowakei zeigten dagegen Vorbehalte. Eine deutliche Mehrheit gegen Sterbehilfe gebe es vor allem in Italien, Portugal, Polen, Irland, Ungarn, Kroatien, der Türkei und Malta.

Neben wachsendem Wohlstand und sinkender Religiosität machen die Autoren der Studie den Verlauf der öffentlichen Debatte für die Haltung zur Sterbehilfe verantwortlich. Wo die Medien über konkrete Fälle berichteten, ändere sich die Haltung der Bevölkerung rascher als in anderen Staaten. Zunehmende Religiosität wie etwa in Italien verhindere allerdings nicht, dass auch die Zustimmung zur Sterbehilfe wachse.

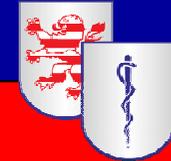


Neun von zehn Franzosen wollen Sterbehilfe

Paris – 51 Prozent der Franzosen haben sich in einer Umfrage „völlig einverstanden“ mit der Forderung erklärt, aktive Sterbehilfe unter bestimmten Umständen zu erlauben. Weitere 40 Prozent hätten sich „ziemlich einverstanden“ mit dieser Haltung erklärt, berichtete der Fernsehsender France2 am Mittwoch.

Bei der Umfrage wurden am 20. und 21. März 2008 rund 1.000 Personen befragt. Sie entstand unmittelbar nach dem Tod einer an einer Tumorkrankheit leidenden Frau, die vergeblich vor Gericht um eine Genehmigung aktiver Sterbehilfe nachgesucht hatte. Ihr Schicksal hat eine neue Debatte über Sterbehilfe in Frankreich ausgelöst.

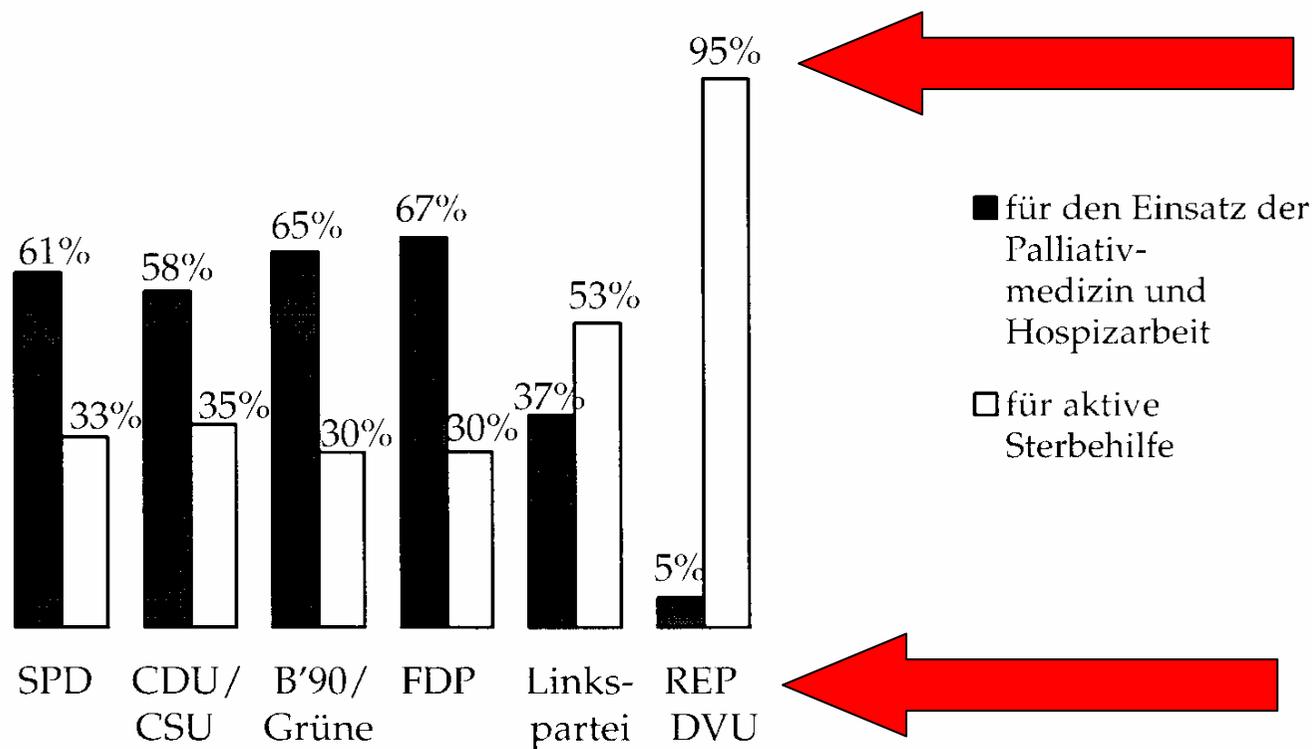
© kna/aerzteblatt.de



Palliativmedizin - Vox populi

Langzeitstudie „Sterbehilfe“ der Deutschen Hospiz Stiftung 2005

Einschätzung nach Wahlverhalten

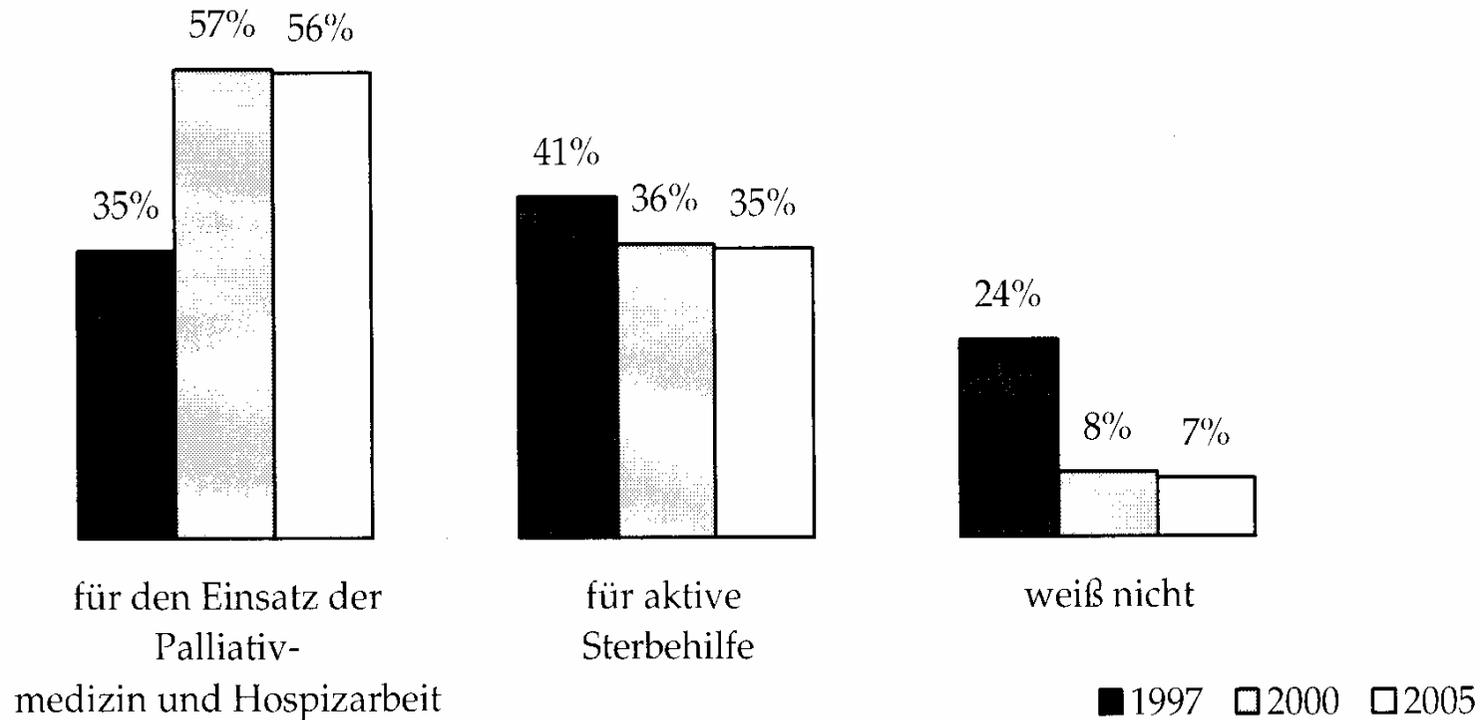




Palliativmedizin - Vox populi

Langzeitstudie „Sterbehilfe“ der Deutschen Hospiz Stiftung 2005

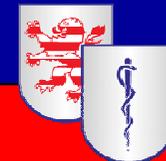
Langzeitstudie



Deutsche Hospiz Stiftung, Befragung Oktober 2005, N=1000



Einer Umfrage zur Legalisierung der Euthanasie in Tschechien vom Mai 2006 zur Folge wollen mehr als die Hälfte der Tschechen, dass die neue Regierung nach den Wahlen erlaubt, dass sie freiwillig über das Ende ihres Lebens bestimmen können. Für die Legalisierung der Euthanasie sprachen sich in einer Umfrage der Agentur 50 % der Befragten (3166 Personen) aus. Dagegen waren 30 % der Befragten und 20 haben keine Meinung.



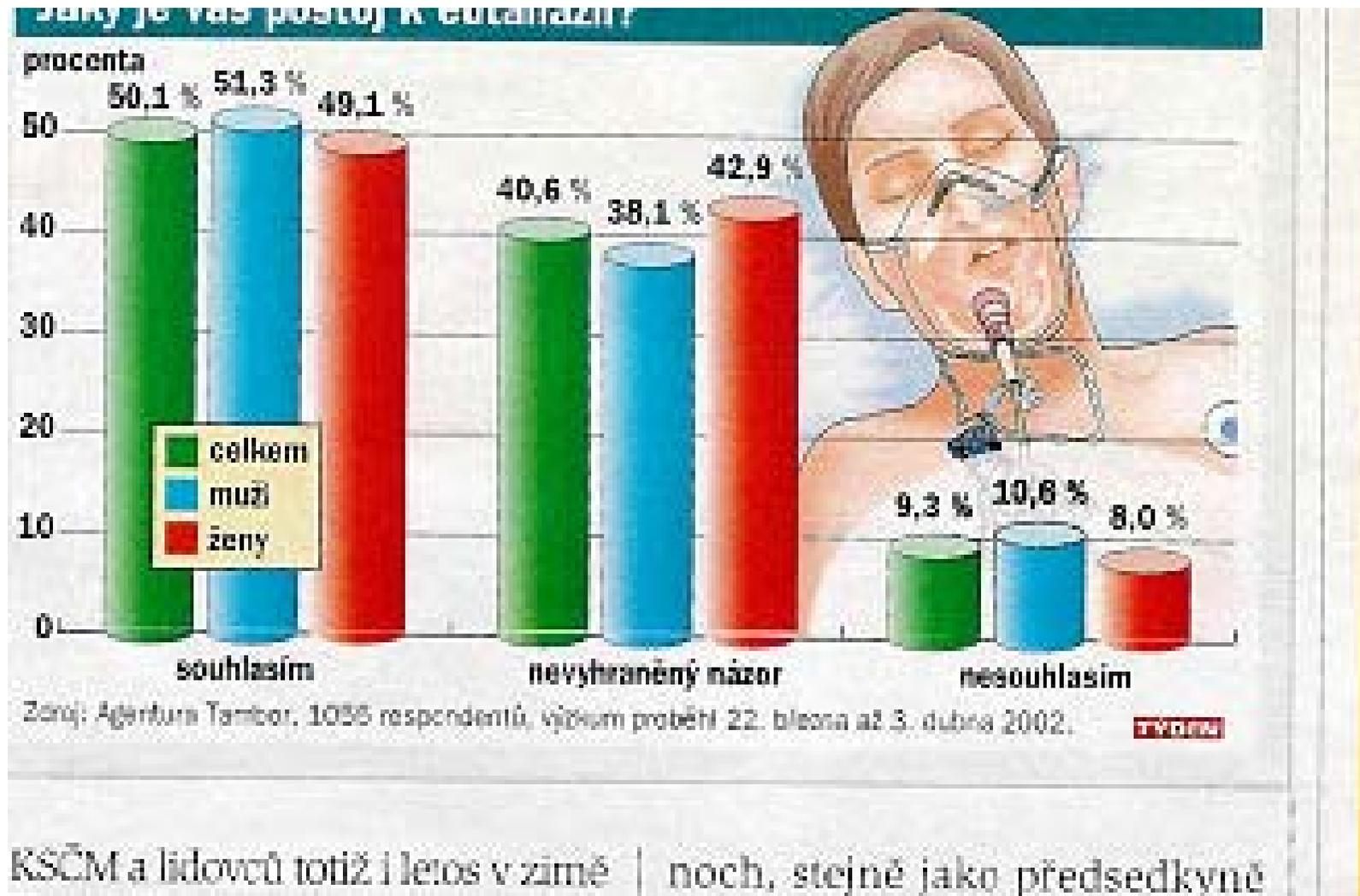
*Martin Bojar,
Univerzita Karlova v Praze,
2. lékařská fakulta,
neurologická klinika,
Fakultní nemocnice Motol*

Paliativní medicína v české neurologii





Jaký je přístup Čechů k euthanázii?



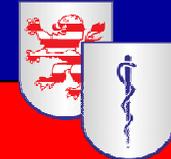


First the patient

second the patient,
third the patient,
fourth the patient,
fifth the patient.

Bela Schick (1877-1967)

and then may come the Science
& Market & Cost/Effectiveness &
HC consumers...



Zwischen den Gesetzen. *Erny Gillen, Frank Jacob¹*

Zur Euthanasie-Diskussion im Großherzogtum Luxemburg (März 2008)

Am 10. Februar 2008 hat das Luxemburger Parlament ein Gesetz zur Euthanasie beschlossen. Es kann aber auch – mit – müsse nur noch gegen die Ewiggestrigen
bu
en
schie det,
licher Per
fassen. In
konstitut
setzestex
zur Unte
vorgelegt
verabsch

Zurzeit melden sich ebenfalls die Luxemburger Ärztekammer sowie eine Allianz gegen die Euthanasie zu Wort. Noch hat Luxemburg kein Euthanasiegesetz! Noch hat Luxemburg kein Gesetz, das einen generellen Zugang zu „palliative care“ regelt.

n vor der ers
chend kaum
ekt, das die
id vorgelegt
die Frage des
de in Analo
ll von Profes
. Durch eine

Noch ist Zeit, gute gesetzgeberische Arbeit zu leisten.



Psychiater: Gefährlicher Trend zur ärztlichen Sterbehilfe 1

Weinheim - Deutschlands Psychiater warnen vor einem zunehmenden Druck zur ärztlichen Beihilfe beim Sterben. Bei einer Legalisierung der Sterbe-Beihilfe würden am Ende die Ärzte, die Politik oder die Gesellschaft bestimmen, wer leben dürfe, sagte das Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Manfred Wolfersdorf, in einem Interview der in Weinheim erscheinenden Zeitschrift „Psychologie Heute“ von Dezember. Er befürchtet, „dass die ärztliche Sterbe-Beihilfe und die Tötung auf Verlangen auch demnächst bei uns institutionalisiert werden sollen“.

aerzteblatt.de, 10. November 2006, Vermischtes



Psychiater: Gefährlicher Trend zur ärztlichen Sterbehilfe 2

Wolfersdorf übte Kritik an der Stellungnahme „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“ des Nationalen Ethikrats vom Sommer. Die gesellschaftliche Fürsorge und Verantwortung für andere, besonders für die Schwachen, werde vernachlässigt zu Gunsten einer falsch verstandenen Autonomie des Menschen. Das deutsche Gesundheitssystem beruhe auf der Basis von Fürsorge und nicht auf der Basis von Autonomie.

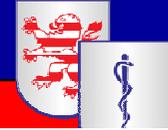
aerzteblatt.de, 10. November 2006, Vermischtes



Psychiater: Gefährlicher Trend zur ärztlichen Sterbehilfe 3

Es sei illusionär zu glauben, der Mensch könne selbstbestimmt über sein Ende entscheiden, so der Psychiatrieprofessor: „Wenn das Leben zu Ende geht, ob nun im Alter oder in jungen Jahren, stehen wir nicht mehr auf der Höhe der Entscheidungskraft.“ Eine unheilbare Erkrankung gehe mit massiven Behinderungen eigener Aktivitäten einher, die ängstigten, die depressiv machten, die die Wahrnehmung einschränkten und den Menschen psychisch verstörten. Von einem unheilbar Kranken Autonomie zu erwarten, werfe ihn in die Vereinsamung.

Laut Wolfersdorf wären die Debatten um die Legalisierung der Sterbebeihilfe nicht notwendig, wenn die Palliativmedizin, die unerträgliches Leiden lindern könne, Standard in allen Krankenhäusern und Pflegeheimen wäre. © kna/aerzteblatt.de aerzteblatt.de, 10. November 2006, Vermischtes



Australien: Bereitschaft zu Sterbehilfe abhängig vom Fachgebiet des Arztes

aerzteblatt.de, Ausland, 22. April 2008

Brisbane – Die Bereitschaft zur Sterbehilfe unter australischen Ärzten ist laut einer Studie von deren Fachgebiet abhängig. Ärzte, die hauptsächlich mit Schwerst- und Todkranken zu tun haben, stehen der Euthanasie weitaus ablehnender gegenüber als andere Kollegen, so das Ergebnis einer am Dienstag im Medical Journal of Australia veröffentlichten Untersuchung unter 1.400 australischen Medizinern.

Jeweils mehr als ein Viertel der befragten Geburtshelfer, Anästhesisten und Gynäkologen signalisierten demnach ihre Bereitschaft, Schwerstkranke mit einer Lebenserwartung zwischen zwei Wochen und drei Monaten durch Euthanasie sterben zu lassen. Unter den Krebsärzten und Fachärzten für Geriatrie habe dagegen nur rund ein Prozent der Befragten Sterbehilfe befürwortet.

Der Autor der Studie und Professor für Medizinethik an der Universität von Queensland, Malcolm Parker, sagte australischen Medien, unter Palliativärzten seien religiöse Überzeugungen stärker verbreitet als unter anderen Medizinern. Das beinhalte den Standpunkt, Beihilfe zum Selbstmord sei unmoralisch. Mit Sorge beobachtet Parker nach eigenen Worten ein weiteres Resultat seiner Studie: Vier Prozent aller befragten Ärzte sind demnach bereit, den Tod von Patienten mit einer Lebenserwartung von weniger als drei Monaten ohne deren Einwilligung mit Medikamenten zu beschleunigen. © kna/aerzteblatt.de

© Deutsches Ärzteblatt / Deutscher Ärzte-Verlag



Leitgedanken der Palliativmedizin

Nach Klaschik sind Leitgedanken in der Palliativmedizin
Praxis unter anderem:

- Wahrhaftigkeit in der Kommunikation
- Realistische Hoffnung und Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten
- Respekt vor der Würde des Menschen im Leben, im Sterben und danach (...)



WHO Definition Palliativmedizin 2002

Palliativmedizin ist auch „ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von **Patienten und Angehörigen**, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch **Vorbeugung und Linderung** von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzung und Behandlung von **Schmerzen** sowie anderen belastenden Beschwerden **körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.**“



Zustandsbeschreibung und Forderungen der WHO 2004

Policy implications

1. Policy-makers must invest in providing publicly funded palliative care services as a core part of health care and not as an "add-on extra".
2. Policy-makers must take steps at a population level to ensure that unmet needs for care are identified for all common serious diseases, including cancer, ischaemic heart disease, cerebrovascular disease, chronic obstructive respiratory disease, end-stage liver and kidney disease, infectious diseases and dementia.
3. Policies need to identify people living with serious chronic illnesses in widely different settings such as the community, nursing homes and hospitals, including intensive care.
4. Policies must also recognize the work of families and caregivers and support them to help care for the patient and to cope with the sense of loss that the illness brings. This might include assistance similar to that often granted to those with maternity and paternity responsibilities.



Zustandsbeschreibung Europa

Die Palliativversorgung in den europäischen Ländern muss weiterentwickelt werden weil es eine zunehmende Zahl von Patienten mit einem palliativen Versorgungsbedarf geben wird.

Der EU-Ministerrat fordert deshalb in der Empfehlung zur Strukturierung der palliativmedizinischen und –pflegerischen Versorgung folgende Punkte:

- 1) Palliative Care needs to be further developed in European countries.**
- 2) There is a growing number of people in need of palliative care.**
- 3) Palliative Care is an integral part of the health care system and an inalienable element of a citizen's right to health care, and that therefore it is a responsibility of the government to guarantee that palliative care is available to all who need it.**

Quelle: Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care, Adopted by the Committee of Ministers on 12. November 2003, S. 1 + 2, Council of Europe



Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers

Palliative care has the following core dimensions:

- symptom control;
- psychological, spiritual, and emotional support;
- support for the family;
- bereavement support.

Quelle: Recommendation Rec (2003)24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care, Adopted by the Committee of Ministers on 12. November 2003, S. 3 Guiding principles, Council of Europe



Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers

1. Häusliche Betreuung (Nr.68): Auszug auf deutsch:

„Der weitaus größte Anteil palliativmedizinischer Betreuung findet zu Hause statt; selbst wenn der Patient schließlich in einer Institution stirbt, wird er zu Hause über einen langen Zeitraum hinweg palliativmedizinisch versorgt worden sein. Das hat bedeutende Auswirkungen auf die palliativmedizinischen Dienste, die unten angesprochen werden.“

Quelle: Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care, Council of Europe



Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers

2. Unterscheidung zwischen spezialisierten und nicht spezialisierten Einrichtungen (Nr. 69 ff): Auszug auf deutsch: (Nr. 71) „Nützlicherweise unterscheidet man zwischen nicht-spezialisierten und spezialisierten palliativmedizinischen Einrichtungen. Nicht-spezialisierte oder konventionelle Dienste bieten die palliative Versorgung nicht als Hauptleistung. Dazu zählen die Bezirkspflegedienste, Hausärzte, ambulante Pflegedienste, Allgemeinstationen in Krankenhäusern und Pflegeheime.“

(Nr. 76) „Spezialisierte Angebote bezeichnen Dienste, die ausschließlich auf palliativmedizinische Versorgung ausgerichtet sind, und deren Teams speziell in diesem Gebiet ausgebildet sind. Solche Dienste ersetzen nicht die Betreuung der an vorderster Front stehenden Fachkräfte (ambulante Pflegedienste, Krankenhäuser oder Rehabilitationseinrichtungen), sie können jedoch je nach den bestehenden Bedürfnissen und der Komplexität der Umstände deren Versorgungsleistungen unterstützen und ergänzen. Der Patient muss überall die Möglichkeit haben, diese Dienstleistungen bei Bedarf zu jeder Zeit und ohne Verzögerung in Anspruch nehmen zu können.“



Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers

- 3. Hauptcharakteristika der spezialisierten palliativmedizinischen Einrichtungen (Nr. 81):** Auszug auf deutsch: „Die Hauptcharakteristika spezialisierter palliativmedizinischer Einrichtungen wurden vom britischen National Council for Hospice and specialist Palliative Care Services beschrieben und vom National Advisory Committee on Palliative Care in Irland befürwortet. Sie lassen sich wie folgt zusammenfassen:
- Bereitstellung von physischer, psychologischer, sozialer und spiritueller Unterstützung mithilfe von zusammengeführten Kenntnissen, die anhand multiprofessioneller, vernetzter Teamarbeit umgesetzt werden.
 - Zumindest die Führungsperson jeder Gruppe von Fachkräften innerhalb des multiprofessionellen Teams sollte ein ausgebildeter und anerkannter Palliativspezialist sein;



Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers

- Patienten und deren Angehörige werden unterstützt und in die Versorgungsplanung mit einbezogen;
- Patienten werden ermutigt, ihre Präferenzen in Bezug darauf zu äußern, wo sie versorgt und wo sie sterben möchten;
- Pflegende und Angehörige werden während der Zeit der Erkrankung bis in die Zeit der Trauer unterstützt, wobei die Bedürfnisse der Trauernden erkannt und berücksichtigt werden;
- Es findet Kooperation und Zusammenarbeit mit den Fachkräften der Primärversorgung sowie den stationären und ambulanten Diensten statt, sodass Patienten Unterstützung erhalten, wo auch immer sie sich befinden;
- Der Beitrag von Ehrenamtlichen wird anerkannt und wertgeschätzt;



Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers

- Die Einrichtung spielt entweder indirekt oder direkt eine anerkannt Rolle im Rahmen externer Weiterbildung sowie interner berufsbegleitender Fortbildungen;
- Für die angebotene Aus-, Fort- und Weiterbildung werden Standards festgesetzt;
- Es gibt etablierte Programme zur Qualitätssicherung, die ständig zur Überwachung der Praxis angewendet werden;
- Es gibt klinische Audits und Untersuchungen zur Evaluierung von Behandlungen und Ergebnissen;
- Es gibt Unterstützungsangebote für das Personal, die den Bedürfnissen des spezialisierten Personals angemessen sind, das in Voll- oder Teilzeit im palliativmedizinischen Bereich beschäftigt ist.“



Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ 28. Juni 2005

Stellenwert der Palliativmedizin in Deutschland:

In Deutschland wurden Palliativmedizin und Hospizarbeit mit etwa 10 Jahren Verspätung gegenüber anderen europäischen Ländern wahrgenommen und erste Schritte umgesetzt. Das dadurch entstandene Defizit wurde von allen beteiligten Institutionen immer wieder beschrieben und eine Nachbesserung angemahnt. Im Auftrag der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ wurde 2004 ein Gutachten erstellt, das die Vielzahl gleichlautender Quellen in einem Forderungskatalog zusammenfasst (Birgit Jaspers, Thomas Schindler: Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten).

Die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ hat am 28. Juni 2005 ihren Zwischenbericht zum Thema „Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit an Bundespräsident Wolfgang Thierse übergeben und spricht eine Reihe von Empfehlungen aus.

http://www.bundestag.de/parlament/kommissionen/archiv15/ethik_med/gutachten/gutachten_02_palliativmedizin.pdf



Präambel

(Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung)

Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wieder herzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen.

So gibt es Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sein können. Dann tritt palliativ-medizinische Versorgung in den Vordergrund. **Die Entscheidung hierzu darf nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden.**



Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (1998, 2004)

- I. Ärztliche Pflichten bei Sterbenden
- II. Verhalten bei Patienten mit infauster Prognose
- III. Behandlung bei schwerster zerebraler Schädigung und anhaltender Bewusstlosigkeit
- IV. Ermittlung des Patientenwillens
- V. Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen



Nationaler Ethikrat der Bundesrepublik Deutschland Stellungnahme vom 13. Juli 2006

In seiner Stellungnahme vom 13. Juli 2006 hat der Nationale Ethikrat der Bundesrepublik Deutschland zum Selbstbestimmungsrecht und zur Fürsorge am Lebensende postuliert:

„(...) Es muss schon im Ansatz der Eindruck vermieden werden, durch die Bereitstellung und Förderung von Möglichkeiten der Suizidbeihilfe lege die Gesellschaft den Schwerkranken und Sterbenden ein freiwilliges Abschiednehmen aus der Mitte der Lebenden nahe, wenn sie diesen zur Last zu fallen drohen.“



Stellungnahme zur palliativmedizinischen Versorgung in Hessen

Stellungnahme

**der Landesärztekammer Hessen K.d.Ö.R.,
Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt,**

zur palliativmedizinischen Versorgung in Hessen

Frankfurt am Main, den 26. Juli 2006



Stellungnahme der Landesärztekammer Hessen zur palliativmedizinischen Versorgung in Hessen

Dr. Angelika Berg, Dr. Hans-Peter Böck, Dr. Ingmar Hornke, Dr. Gerd Lautenschläger, Dr. Elisabeth Lohmann, Dr. Ulrike Mäthrich, Dr. Bernd Oliver Maier, Dr. Wolfgang Spuck, Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Dr. Michael Popović, Sigrid Blehle, Olaf Bender, Miriam Hergert

Strukturierung der palliativmedizinischen Versorgung

1 Ist-Zustand

1.1 Zustandsbeschreibung und Forderungen der WHO

Aufgrund des medizinischen Fortschritts, der Entwicklung der Morbidität, Alterung der Bevölkerung und Änderung der Familienstruktur ergibt sich ein erhöhter Bedarf an Palliativversorgung (siehe WHO-Papier von 2004).

1.2 Zustandsbeschreibung Europa

Die Palliativversorgung in den europäischen Ländern muss weiterentwickelt werden, weil es eine zunehmende Zahl von Patienten mit palliativem Versorgungsbedarf geben wird.

Der EU-Ministerrat fordert deshalb in der Empfehlung zur Strukturierung der palliativmedizinischen und-pflegerischen Versorgung folgende Punkte:

2. Unterscheidung zwischen spezialisierten und nicht spezialisierten Einrichtungen (Nr. 69 ff): *Auszug auf deutsch:* (Nr. 71) „Nützlichlicherweise unterscheidet man zwischen nicht-spezialisierten und spezialisierten palliativmedizinischen Einrichtungen. Nicht-spezialisierte oder konventionelle Dienste bieten die palliative Versorgung nicht als Haupt-



Drei wichtige europaweite Veröffentlichungen in 2004

- **WHO Regionalbüro Europa:**
Palliative Care – The Solid Facts
- **WHO Regionalbüro Europa:**
Better Palliative Care for Older People
- **Ministerkomitee des Europarats:**
**Empfehlung des Ministerkomitees
an die Mitgliedsstaaten zur Strukturierung
der palliativmedizinischen und
-pflegerischen Versorgung** 
- **Fundgrube:** www.dgpalliativmedizin.de





IMPACCT: STANDARDS PÄDIATRISCHER PALLIATIVVERSORGUNG IN EUROPA

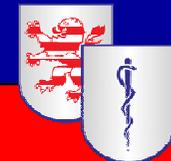
Ein von dem "Steering Committee" der "EAPC Task Force For Palliative Care For Children and Adolescents" erstelltes Dokument

Im März 2006 traf sich eine Gruppe professioneller Helfer aus Europa, Kanada, dem Libanon und den USA in Trento, Italien um den Status Quo der pädiatrischen Palliativversorgung in Europa zu diskutieren.

Jetzt ist es von großer Wichtigkeit, die in diesem Dokument empfohlenen Versorgungsstandards pädiatrischer Palliativversorgung umzusetzen.

Selbstbestimmt sterben – mit ärztlicher Hilfe?

Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts



Pressestelle der deutschen Ärzteschaft

An die
Kolleginnen und Kollegen der Medien

Als Gesprächspartner stehen Ihnen zur Verfügung: Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, Dr. med. Wolfgang Wodarg MdB (SPD), Mitglied des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages, Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing, Vorsitzender der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer und Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Tübingen, und Rechtsanwalt Horst Dieter Schirmer, Justitiar der Bundesärztekammer.

Presseseminar BÄK-SPECIAL am 23. November 2006

Selbstbestimmt sterben – mit ärztlicher Hilfe?

Grenzen ärztlichen Handelns am Ende des menschlichen Lebens



Selbstbestimmt sterben – mit ärztlicher Hilfe?

Grenzen ärztlichen Handelns am Ende des menschlichen Lebens

Ärzte sind verpflichtet, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Gehört es auch zu den Aufgaben von Ärzten, unheilbar Kranken eine Selbsttötung zu ermöglichen? Sollten Ärzte suizidbereiten Menschen am Ende ihres Lebens assistieren oder sie davon abhalten, sich umzubringen? Diese Fragen werden zwischen Ärzten, Ethikern und Juristen kontrovers diskutiert. Zuletzt hat der 66. Deutsche Juristentag im September dieses Jahres gefordert, die Mitwirkung eines Arztes an dem Suizid eines Patienten mit unerträglichem, unheilbarem und mit palliativ-medizinischen Mitteln nicht ausreichend zu lindernden Leiden nicht länger unter Strafe zu stellen. Vor diesem Hintergrund und den politischen Bestrebungen, im Zivilrecht Voraussetzungen für verbindliche Patientenverfügungen zu schaffen, möchten wir mit Ihnen in einem **Presseseminar über die Grenzen ärztlichen Handelns am Ende des menschlichen Lebens** diskutieren.

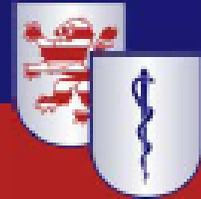


Landesarbeitsgemeinschaft
Hospize Hessen



Willy Robert Pitzer Stiftung

Fortbildungszentrum
der Landesärztekammer Hessen



Akademie
für ärztliche Fortbildung
und Weiterbildung

3. Fachtagung
Palliative Versorgung und
hospizliche Begleitung in Hessen
- Hospizidee in der
integrierten Versorgung -

Mittwoch, 31. Januar 2007



Mit einer flächendeckenden palliativen Versorgung und hospizlichen Begleitung dem Ruf nach aktiver Sterbehilfe Einhalt gebieten

3. Fachtagung "Palliative Versorgung in Hessen" - Hospizidee in der integrierten Versorgung - im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim

Dass die 2003 mit der 1. Fachtagung "Palliative Versorgung" ins Leben gerufene Initiative zur Vernetzung aller an der Sterbebegleitung beteiligten Berufsgruppen in Hessen Wirkung zeigt, macht auch das große Interesse in diesem Jahr deutlich: Nahezu 300 Teilnehmer, darunter zahlreiche Ehrenamtliche Betreuer, aber auch viele Ärzte, Pfleger und einige Seelsorger, fanden sich heute auf der 3. Fachtagung "Palliative Versorgung in Hessen" - Hospizidee in der integrierten Versorgung - im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim ein. Im Mittelpunkt der interdisziplinären Tagung (Schirmherrin: Hessische Sozialministerin Silke Lautenschläger), die gemeinsam von der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, der Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung (KASA), der Landesarbeitsgemeinschaft Hospize Hessen und der Willy Robert Pitzer Stiftung veranstaltet und von Dr. med. Michael Popović (LÄKH) und Elisabeth Terno (KASA) moderiert wurde, standen die Hospizidee und die Notwendigkeit der wohnortnahen palliativen Versorgung. Das Ziel der Veranstalter, die Tagung zum Auftakt eines gemeinsamen lokalen Handelns werden zu lassen, ist durch den intensiven Informationsaustausch und das Einüben neuer Dialogmöglichkeiten in greifbare Nähe gerückt.

Gemeinsam Handeln in der Region

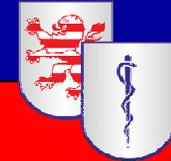
3. Fachtagung „Palliative Versorgung in Hessen“ – Hospizidee in der integrierten Versorgung – im Fortbildungszentrum der LÄK Hessen in Bad Nauheim



Über 270 Gäste nahmen an der Fachtagung teil.

bei der hospizlichen als auch bei der schmerzmedizinischen Versorgung Defizite.

Als klares Votum gegen aktive Sterbehilfe bezeichnete die Präsidentin der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Ursula Stüwe, das Bekenntnis der hessischen Ärzteschaft zur Bedeutung der Palliativmedizin. Menschen dürften sich nicht dafür rechtfertigen müssen, dass sie leben wollen. „Aus diesem Grund brauchen wir palliativmedizinische Betreuung“, erklärte Stüwe. Gerade hier sei die „Arzt-Patienten-Angehörigen-Beziehung“ zentrale Grundvoraussetzung für eine ebenso sinnvolle wie erfolgreiche Versorgung. Die Landesärztekammer Hessen fördere daher die Fort- und Weiterbildung aller beteiligten Berufsgruppen. Als erfreulich bezeichnete sie, dass die großen Versorgungskassen in Hessen mit dem längst vorgestellten



Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Hessen

Dokumentation der 3. Fachtagung
am 31. Januar 2007, Bad Nauheim



Eine gemeinsame Veranstaltung von:



Koordinations- und Ansprechstelle
für Dienste der Sterbebegleitung
und Angehörigenbetreuung
(KASA) Hessen.



Landesärztekammer Hessen



LAG Hospize Hessen

Impulsreferate

Gerda Graf: Vorstellung der Hospizidee

Dr. med. Oliver Maier: Bericht aus der Praxis

Dr. Hubert Schindler: Situation der
Krankenkassen

Möglichkeit zum Austausch und
Besuch der Begleitausstellung

6 Arbeitsgruppen, entsprechend der
Krankenhausplanungsregionen:

Kassel: Dr. med. Elisabeth Lohmann
und Michael Poetsch

Fulda/Bad Hersfeld: Dr. med. Ulrike Mäthrich
und Manuela Straub

Gießen/Marburg: Martin Leimbeck
und Judith Pfeiffer de Fragoza

Frankfurt/Offenbach:
Prof. Dr. med. Holger Kaesemann
und Katrin Pithan

Wiesbaden: Dr. med. Mechthilde Burst
und Lothar Lorenz

Darmstadt: Dr. med. Andreas Rost
und Doris Kellermann

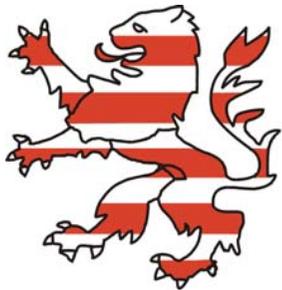
**Präsentation der Arbeitsergebnisse
im Plenum**

mit anschließender Diskussion
Schlusswort

Dr. med. Michael Popović



Symposium "Schutz des Lebens und Selbstbestimmung am Lebensende"



HESSISCHER
LANDTAG



12. März 2007, 10.00 Uhr bis 18.00 Uhr
Hessischer Landtag, Musiksaal

Begrüßung und Einführung in das Thema

Norbert Kartmann, Landtagspräsident

Teil 1: Zwischen Autonomie und unbedingtem Lebensschutz

Ethische und religiöse Grundlagen zu Fragen der Sterbehilfe und ihre verfassungsrechtlichen Grenzen



Gemeinsam die Angst vor dem Sterben nehmen

[10.04.2008] Forderung nach Stärkung vorhandener Strukturen in der palliativen Versorgung auf der 4. Fachtagung "Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Hessen" in Bad Nauheim

Das Interesse an einer weiteren Vernetzung der palliativen Versorgung in Hessen ist unvermindert hoch: Über 200 ehrenamtliche Betreuer, Ärzte, Pfleger und einige Seelsorger nahmen gestern an der 4. Fachtagung "Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Hessen" im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim teil. "Angst, Hilflosigkeit, Schmerzen und Einsamkeit belasten die Menschen am Ende ihres Lebens", sagte die Präsidentin der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Ursula Stüwe zu Beginn der Veranstaltung. "Wir wollen unsere Patienten daher gemeinsam mit allen uns in der palliativen Medizin und Betreuung zur Verfügung stehenden Möglichkeiten die Angst vor dem Sterben nehmen, sie begleiten und ihre Angehörigen unterstützen."



Ärzte/Ärztinnen mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (Stand: 12/2007)

	Absolute Zahl	Pro 1 Mio Einwohner
Bremen	27	39 / 1 Mio Einwohner
Niedersachsen	273	34 / 1 Mio Einwohner
Hessen	204	34,5 / 1 Mio Einwohner
Schleswig-Holstein	64	23 / 1 Mio Einwohner
Rheinland-Pfalz	90	22 / 1 Mio Einwohner
Gesamtes Bundesgebiet	1.536	19 / 1 Mio Einwohner
Sachsen	54	13 / 1 Mio Einwohner
Sachsen-Anhalt	26	10 / 1 Mio Einwohner
Bayern	100	8 / 1 Mio Einwohner
Brandenburg	22	8 / 1 Mio Einwohner
Berlin	24	7 / 1 Mio Einwohner



Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Spezialisierten
ambulanten Palliativ-Versorgung (SAPV)
ARD-Politmagazin „Monitor“ (3.4.2008)

ARD – Monitor vom 3.4.2008

Schmerzhafter Prozess: Warum die Palliativversorgung nicht vorankommt

Sonia Mikich (Anmoderation): „Niemand geht es gerne an – ein Thema, das wir alle lieber verdrängen möchten: das Sterben. Wenn schon, ohne Schmerzen, und in Würde. Es ist so: Todkranke bekommen oft nicht die Behandlung, die ihnen die Schmerzen nimmt, aber das Bewusstsein lässt – Palliativmedizin. Die Gesundheitsreform wollte genau dies verbessern, und Millionen Euro stehen bereit, damit Todkranke bis zuletzt zu Hause bleiben können. Warum die Praxis dennoch anders aussieht, darüber berichten ... “



GKV-WSG (§ 132d Abs.1+2 SGB V)

§ 132d SGB V Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

(1) Über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung einschließlich der Vergütung und deren Abrechnung schließen die Krankenkassen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Personen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist. In den Verträgen ist ergänzend zu regeln, in welcher Weise die Leistungserbringer auch beratend tätig werden.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Empfehlungen

1. die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung,
2. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung,
3. Maßstäbe für eine bedarfsgerechte Versorgung mit spez. amb. Pall.-Vers. fest.



Beschluss des G-BA zur SAPV

Wie werden die Empfehlungen nach § 132d SGB V aussehen?

Gemeinsamer Vorschlag der
Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin
und des
Deutschen Hospiz- und Palliativverbands
zu den Rahmenempfehlungen nach § 132d Abs.2 SGB V über Art und Umfang sowie zur
Sicherung der Qualität der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung
(Stand: 28. Februar 2008)

1. Palliative Care Teams
2. Anspruchsberechtigte Versicherte
3. Versorgungsumfang
4. Qualitätsanforderungen
5. Kooperationen / Koordination
6. Maßstäbe für eine bedarfsgerechte Versorgung mit SAPV



Palliativmedizin - Sterbehilfe

„Die derzeitige Diskussion würde wohl anders laufen, wenn bekannter würde, dass die moderne Palliativmedizin schon heute in der Lage ist, Schmerzen und andere Symptome auf ein erträgliches Maß zu reduzieren und damit unnötiges Leid zu verhindern. Deshalb ist nicht so genannte aktive Sterbehilfe, also Euthanasie, sondern der rückhaltlose Schutz chronisch kranker, behinderter und pflegebedürftiger Patienten sowie die adäquate menschliche und medizinische Begleitung Sterbender ärztliche Aufgabe und Verpflichtung.“

Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe
Präsident der Bundesärztekammer