

## **Humboldt-Kolleg – Societas Humboldtiana Polonorum**

### **„Ethik & Medizin. Von Gestern bis in die Zukunft“**

Katowice, 24.-26. April 2008

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

Dr. Michael F. R. Popović

Der Umgang mit Sterben und Tod war und ist immer Ausdruck der soziokulturellen Entwicklung in den jeweiligen Epochen. Deren Erkenntnisstand und Kompetenzentwicklung sind maßgeblich für benutzte Techniken und Instrumente mit denen die existentiellen Probleme am Ende menschlichen Lebens bearbeitet und bewältigt werden (sollen).

In einer Zeit weltweiter, grenzenloser Umbrüche haben wir uns zusammengefunden, um im „reanimierten Herzen Europas“ die Themen Leiden, Sterben, Tod und Trauerprozess zu bearbeiten. Der tschechisch-deutsche Workshop widmet sich der kontroversen Debatte um Sterbebegleitung, um passive und aktive Sterbehilfe sowie der Euthanasie. Die gemeinsame Entwicklung von Volksgruppen, Religionsgemeinschaften und der Einfluss von Ideologien in Zentraleuropa, in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, hat seine jeweilige Ausdrucksform auf den Umgang mit den Menschen, der Menschen untereinander, in deren schwierigsten Lage, geprägt von Leiden Schmerz und Trauer. Täglich stellen wir fest, und die nachrückende Generation ist geprägt davon, dass das Tabu der Tötung aufgehoben zu werden scheint, die Bedeutung von Ritualen abnimmt und sich gleichzeitig eine Zunahme von Gewalt entwickelt.

Phänomenologische Ähnlichkeiten bestehen zwischen der Biologistischen Medizin, die sich vor hundert Jahren im sogenannten Abendland und der Neuen Welt , ganz besonders aber in Deutschland entwickelte, und den Entwicklungen die wir heute mit Wissenschaftsgläubigkeit, Technologieorientiertheit, Dominanz der Ökonomie und Machbarkeitswahn umschreiben.

Die Antinomie von Menschenwürde und „des Menschen Wert“ spielen in einer säkularisierten Welt eine zunehmende Rolle. Wir haben uns zu fragen, wie gehen wir in unseren „Kulturen“ mit dem Menschen an seinem Beginn in utero und an seinem Ende um? Wie steht es um die wirtschaftliche Notlage, die so schwer wiegt, dass sie nur durch Beseitigung menschlichen Lebens bewältigt werden kann? Hier seien schlaglichtartig einige Begriffe in Erinnerung gerufen: ökonomische Zwänge – Abtreibung – Spätabtreibung – Sozialeuthanasie – Rationierung medizinischer Versorgungsleitungen. Gleichzeitig befinden wir uns aber nicht nur nach Christopher Lasch im „Zeitalter des Narzissmus“, sondern – man denke an die In-Vitro-Fertilisation und den Embryo-Transfer – sondern auch im „Zeitalter des gemachten Menschen“.

Für die Kultur des Umgangs mit der Menschenwürde, vor allem dann, wenn der Mensch schwächsten ist und der größten Zuwendung bedarf, spielen Zeitgeist, Religion, Philosophie und Ideologie, speziell die Säkularisierung eine besondere

Rolle. Letztere meint *allgemein* jede Form von Verweltlichung, im engeren Sinn aber die durch den Humanismus und die Aufklärung ausgelösten Prozesse, die die früheren engeren Bindungen an die Religion gelöst und den Lebenswandel zunehmend auf Basis menschlicher Vernunft begründet haben. Bezogen auf die westliche Welt auch ein Synonym für "**Entchristlichung**", und abzugrenzen von der auf Eigentümer bezogenen Säkularisation. Je begrifflich-abstrakter "Säkularisierung" aufgefasst wird, desto eher lässt Säkularisierung sich als sozialer Wandel in vielen historischen Gesellschaften auffinden.

Auch vor diesem Hintergrund fand am 14. und 15. Oktober 2006 in Saaz / Žatec, Tschechische Republik, die interdisziplinäre deutsch-tschechische Tagung „Der Ackermann von Böhmen" statt. Der Titel der Veranstaltung geht auf das gleichnamige Streitgespräch aus der Feder des Humanisten Johannes von Saaz zurück, der dort um 1400 Stadtschreiber war und eine Höhere Schule gründete.

Ausgehend von der literarisch-philosophischen Klage des „Ackermanns" gegen den „grausamen Tod" ganz im Sinne klassischer Dialektik, haben sich namhafte deutsche und tschechische Wissenschaftler vor dem Hintergrund der aktuellen Debatte über Sterbehilfe und Sterbebegleitung mit medizinischen, sozialpolitischen und juristischen Fragen auseinandergesetzt. Im Mittelpunkt der Referate über Wege zu einem würdigen Sterben stand die Palliativmedizin und ihr Bemühen um Leidens- und Schmerzminderung.

Jede Diskussion über Menschenwürde und „des Menschen Wert“, „wertes“ oder „unwertes“ Leben leitet den ethischen Dammbbruch in der Medizin ein. Die Geschichte der Medizin im 19. Jahrhundert zeigt, dass nicht erst die Nationalsozialisten von „unwertem Leben“ sprechen. Besonders deutlich wird dieser Gedanke von dem berühmten Zoologen und Philosophen Ernst Haeckel formuliert. Um 1900 schreibt er:

„...Nimmt man die Gesamtzahl der Bevölkerung von Europa von 400 Millionen an, so befinden sich darunter also mindestens zwei Millionen Geistesranke und unter diesen mehr als 200 000 Unheilbare. Welche ungeheure Summe von Schmerz und Leid bedeuten diese entsetzlichen Zahlen für die unglücklichen Kranken selbst, welche namenlose Fülle von Trauer und Sorge für ihre Familien, welche Verluste an Privatvermögen und Staatskosten für die Gesamtheit. Wie viel von diesen Schmerzen und Verlusten könnte gespart werden, wenn man sich endlich entschließen wollte, die ganz Unheilbaren durch eine Morphiumspritze zu erlösen?..."

Schon Christoph Wilhelm Hufeland, der berühmte Arzt der Goethezeit, hatte im Jahr 1806 vor dieser Entwicklung gewarnt:

„Das Leben der Menschen zu erhalten und womöglich zu verlängern, ist das höchste Ziel der Heilkunst, und jeder Arzt hat geschworen, nichts zu tun, wodurch das Leben eines Menschen verkürzt werden könnte ... Wenn ein kranker von unheilbaren Übeln gepeinigt wird, wenn er sich selbst den Tod wünscht, wenn Schwangerschaft Krankheit und Lebensgefahr erzeugt ...: Sollte es nicht erlaubt, ja sogar Pflicht sein, jenen Elenden etwas früher von seiner Bürde zu befreien, oder das Leben der Frucht dem Wohle der Mutter aufzuopfern?"

So viel Scheinbares ein solches Rasonement für sich hat, so sehr es selbst durch die Stimme des Herzens unterstützt werden kann, so ist es doch falsch, und eine darauf gegründete Handlungsweise ... hebt geradezu das Wesen des Arztes auf. Er soll nichts anderes tun, als Leben erhalten; ob es ein Glück oder Unglück sei, ob es Wert habe oder nicht – dies geht ihn nichts an, und maßt er sich einmal an, diese Rücksicht mit in sein Geschäft aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar, und der Arzt wird der gefährlichste Mensch im Staate ...“

Der Rückblick in die Geschichte lässt deutlich werden, dass als Folge von Säkularisierung und “neuem wissenschaftlichen Denken“ prekären Entwicklungen der Weg bereitet wurde:

Als Exponenten der biologischen Medizin und Wegbereiter der kriminellen Exzesse nationalsozialistischer Verbrechen gegen die Menschlichkeit sind Binding und Hoche 1920 zu sehen:

In seiner Schrift „**Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens**“ forderte Binding als Jurist eine Revision des geltenden Rechtes, nach dem die Tötung auf Verlangen strafbar ist, zunächst für „die zufolge Krankheit oder Verwundung unrettbar Verlorenen, die im vollen Verständnis ihrer Lage den dringenden Wunsch nach Erlösung besitzen und ihn in irgendeiner Weise zu erkennen gegeben haben“. Und er betont: „Ich kann vom rechtlichen, dem sozialen, dem sittlichen, dem religiösen Gesichtspunkt aus schlechterdings keinen Grund finden, die Tötung solcher den Tod dringend verlangender Unrettbarer nicht an die, von denen er verlangt wird, freizugeben: ja ich halte diese Freigabe einfach für eine Pflicht gesetzlichen Mitleids.“ Zugleich fordert Binding das Recht der Tötung unheilbar Blödsinniger.

Neben Binding äußert sich dann als Arzt, insbesondere als Irrenarzt, Hoche. Er ist der Meinung: „Von dem Augenblicke an, in dem z. B. die Tötung Unheilbarer oder die Beseitigung geistig Toter nicht nur als nicht strafbar, sondern als ein für die allgemeine Wohlfahrt wünschenswertes Ziel erkannt und allgemein anerkannt wäre, würden in der ärztlichen Sittenlehre jedenfalls keine ausschließende Gegengründe zu finden sein.“

### **(Nazi-) Verbrechen – Euthanasie**

Ein Briefwechsel über die Euthanasie aus dem Jahre 1941 ist für mich von besonderer Bedeutung. Die Ärztin Dr. J. S. schreibt am 28.10.1941 an ihren Professor, Prof. Dr. Franz Büchner, Pathologe, 1895 – 1991, dem späteren Träger der Paracelsus- und Rudolf Virchow-Medaille, Romano Guardini-Preisträger, um Rat und Hilfe im Umgang mit dem Euthanasieproblem zu erhalten. Er antwortet am 8. November 1941, kurz vor seinem Vortrag „Der Eid des Hippokrates“, den er im Bewusstsein der Gefahr nationalsozialistischer Verfolgung am 18.11.1941 in der Aula der Universität Freiburg gehalten hat. Büchner ermutigt sie zur Wahrung der Grundnormen ärztlichen Handelns im hippokratischen und christlichen Sinne, auch unter der Bedrohung.

1946/47 fanden die Nürnberger Ärzteprozesse statt. Unter dem Eindruck der bekannt gewordenen Verbrechen von Nazi-Medizinern wurde das **Bad Nauheimer Gelöbnis der Ärzteschaft in der Trizone 1946** formuliert. Der Bad Nauheimer Arzt Dr. Carl Oelemann, erwirkte als Präsident des ersten Deutschen Ärztetages nach dem Krieg 1947 den Beschluss, dass eine Ärztedelegation zu den Nürnberger Ärzteprozessen entsandt werden sollte. Als Folge dessen entstand die Dokumentation:

## „Medizin ohne Menschlichkeit“

Die von Alexander Mitscherlich zusammen mit Fred Mielke herausgegebene Dokumentation des Nürnberger Ärzteprozesses machte die Verbrechen vieler NS-Ärzte erstmals bekannt.

Zur Entstehung ist folgendes erwähnenswert:

Beim Nürnberger Ärzteprozess 1946 / 47 waren Mediziner angeklagt, die während der Zeit des Nationalsozialismus in Konzentrationslagern Versuche an Menschen durchgeführt hatten. Eine deutsche Ärztekommision unter Leitung von Mitscherlich war von der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern entsandt worden, um den Prozess beim I. Amerikanischen Militärgerichtshof in Nürnberg zu dokumentieren. Die Veröffentlichung des Abschlussberichts der Kommission mit den von den Herausgebern kommentierten Protokollen von erschütternden Aussagen der Zeugen und Angeklagten erfolgte im Auftrag des 51. Deutschen Ärztetages zuerst 1949 unter dem Titel Wissenschaft ohne Menschlichkeit. Diese erste Auflage (10 000 Exemplare) war für die Westdeutschen Ärztekammern zur Verteilung an die Ärzteschaft bestimmt, blieb allerdings weitgehend ohne Wirkung.

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 ).

Unter dem Eindruck dieser Geschehnisse wurde dann das Genfer Gelöbnis des Weltärztebundes von 1948 (revidiert 1968, 1983 und 1994) in Fortentwicklung des Hippokratischen Eides formuliert. Dort heißt es u. a.

- *Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben;*
- *Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein; Ich werde die mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren;*
- *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;*

Seit den siebziger und achtziger Jahren eröffneten die Fortschritte der Medizin neue Problemfelder in der Intensivmedizinischen Versorgung und Organtransplantation. Diese hatten zur Folge, dass sich unter anderem der wissenschaftliche Beirat und der Vorstand der Bundesärztekammer mit resultierenden Grenzfragen der Medizin befasste. So wurden die „Kriterien des Hirntodes“, Grundsätze zur Organspende und -transplantation und „Richtlinien zur Sterbebegleitung“ verabschiedet. In Kenntnis dieser Leitliniendebatte habe ich in „Organtransplantation heute“ 1984 folgendes formuliert:

„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.“

Im Jahre 2004 wurden die neuen „Richtlinien zur Sterbebegleitung“ der Bundesärztekammer in einer Pressekonferenz am 4.5.2004 vorgestellt.

Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe sagte u. a. folgendes:

- "Jeder Mensch hat das Recht auf Leben und auf ein Sterben in Würde - nicht aber das Recht, getötet zu werden"
- „Jeder Patient muss sich zu jeder Zeit sicher sein, dass Ärztinnen und Ärzte konsequent für das Leben eintreten und weder wegen wirtschaftlicher, politischer noch anderer Gründe das Recht auf Leben zur Disposition stellen. Diese Sicherheit ist nur zu garantieren, wenn Ärztinnen und Ärzte aktive Hilfe zum Sterben, also eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen, kategorisch ablehnen.“
- „Wir sehen die ärztliche Aufgabe in der Betreuung und Hilfe todkranker Patienten, das heißt in der Sterbebegleitung. Leiden zu lindern und Angst zu nehmen, um damit ein selbstbestimmtes, würdevolles Lebensende zu ermöglichen, das ist unser Auftrag.“

### **Das heutige Dilemma des Sterbeprozesses ist gekennzeichnet von konkurrierenden Positionen und Funktionen:**

Arzt	Demographische Entwicklung
Seelsorge	Ökonomische Zwänge
Psycho(onko)logie	Technologische Machbarkeit
Schmerztherapie	Verdrängung von Leiden und Tod
Humane Betreuung	Narzistische Spaßgesellschaft
Soziale Eingebundenheit	

Das Gesundheitswesen steht in den nächsten 2 – 3 Jahrzehnten vor dramatischen Strukturproblemen, die gekennzeichnet sind von dem allgemeinen demographischen Dilemma, welches verschärft wird durch die medizinisch – wissenschaftliche Fortschrittsfalle. Daraus ergibt sich eine anhaltende und progrediente Ressourcenknappheit.

**Die Ressourcenknappheit schafft drei grundsätzliche Herausforderungen**, die in der gerechten und angemessenen Balance zwischen Solidarkomponente und Eigenleistung unter Wahrung des sozialen Friedens ebenso bestehen, wie in der effektiven und effizienten Ressourcenallokation in der Versorgung und der

Forschung zur Optimierung des produzierten, gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsnutzens. Hierbei gilt es weiterhin den freien und individuell finanzierten Gesundheitsmarkt als Wachstumsbranche zu gestalten. Hierbei stehen die „Ärztliche“ Medizin einerseits und die „Ökonomische“ Medizin im Widerstreit. Die „Ökonomische Effizienz“ der Leistungserbringung betrifft Sterbehilfe, Sterbebegleitung, Palliativmedizin und Intensivmedizin

Wie verhält es sich nun vor den beschriebenen Hintergründen mit der Einstellung der Bevölkerung zur Sterbebegleitung und Sterbehilfe in den verschiedenen Ländern Europas?

## **Palliativmedizin und Sterbehilfe in der Demoskopie**

### **Studie der Freien Universität Brüssel zur Haltung der Bevölkerung zur Sterbehilfe in Europa**

Die Haltung der Bevölkerung zur Sterbehilfe in Deutschland hat sich laut einer neuen Studie Freien Universität Brüssel (VUB) 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 dieser Untersuchung, 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.

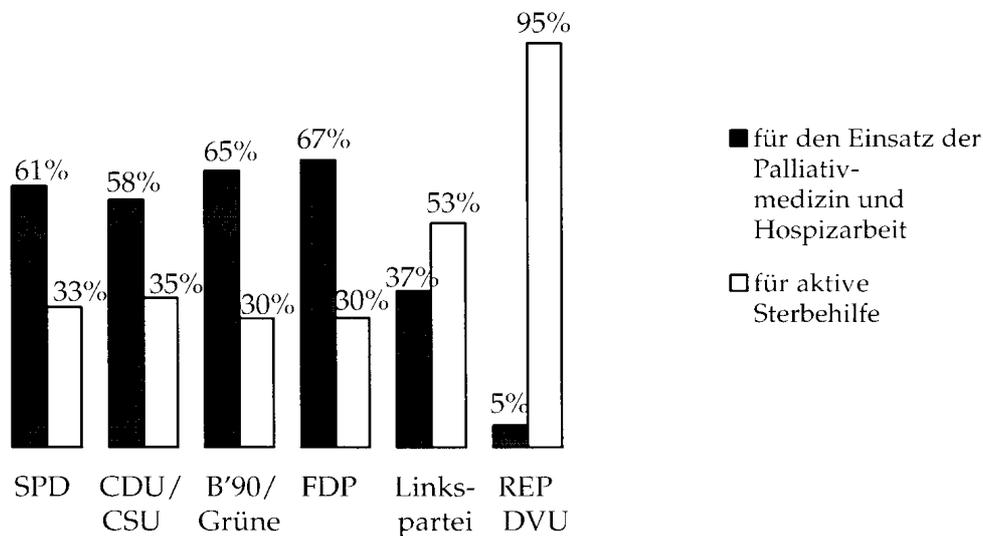
### **Einer neuen Umfrage zur Folge wollen neun von zehn Franzosen Sterbehilfe**

Wie die katholische Nachrichten-Agentur (kna) Ende März 2008 meldete, haben sich in einer Umfrage 51 Prozent der Franzosen „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

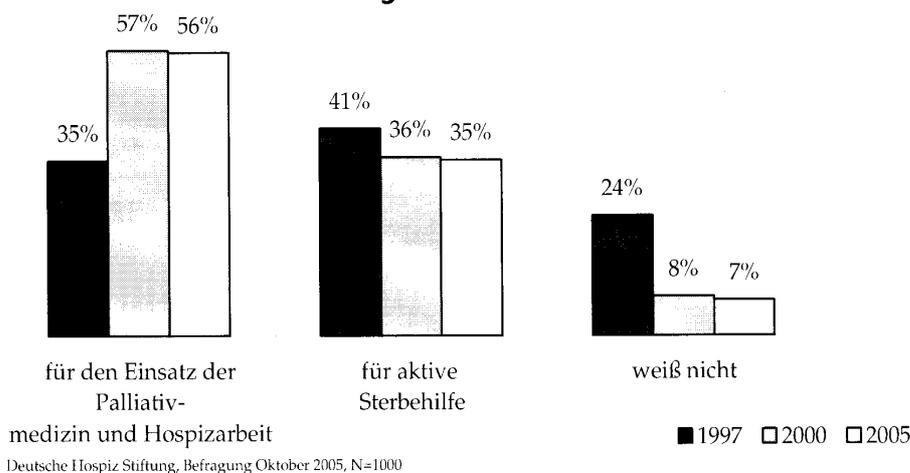
## Langzeitstudie „Sterbehilfe“ der Deutschen Hospiz Stiftung 2005

Ergebnisse einer Langzeitstudie „Sterbehilfe“ der Deutschen Hospiz Stiftung 2005 zeigen auf, dass bei einer Einschätzung nach dem Wahlverhalten 61% der SPD-Wähler für den Einsatz der Palliativmedizin und Hospizarbeit waren und 33% sich für den Einsatz der aktiven Sterbehilfe waren. 58% der CDU/CSU-Wähler befürworteten Palliativmedizin und Hospizarbeit, 35% waren für aktive Sterbehilfe. FDP-Wähler sprachen sich zu 67% für palliative und hospizliche Versorgung und 30% für die aktive Sterbehilfe aus. Ähnlich war die Einschätzung bei Wählern von B'90/Grüne. Umgekehrt war das Bild bei Wählern der Linkspartei: 37% befürworteten den Einsatz von Palliativmedizin und Hospizarbeit, 53% waren für aktive Sterbehilfe. Äußerst nachdenklich muss stimmen, dass die Wähler von REP/DVU zu 95% für die aktive Sterbehilfe waren und nur 5% den Einsatz der Palliativmedizin und Hospizarbeit waren.

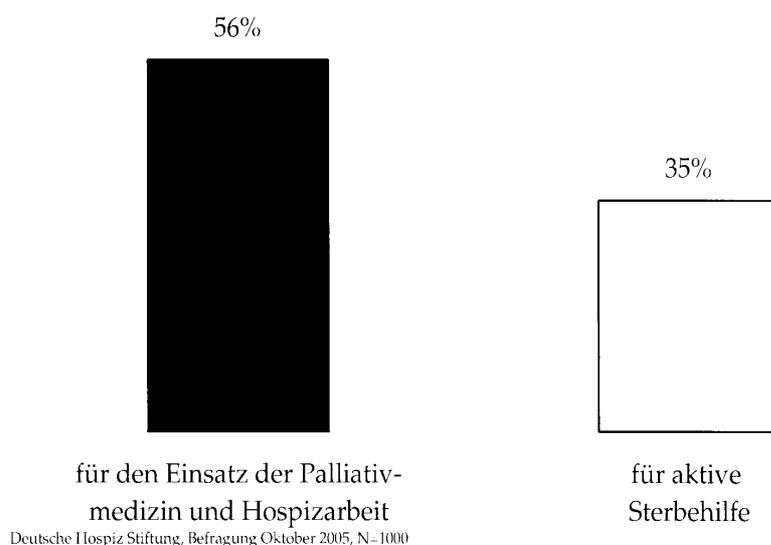
### Einschätzung nach Wahlverhalten



### Langzeitstudie



## Ergebnisse 2005



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.

Seit Mai 2006 erleben wir eine heftige Kontroverse zum intendierten Sterbehilfegesetz in Großbritannien. Christliche und jüdische Religionsführer haben sich in einem gemeinsamen offenen Brief gegen eine Freigabe von Sterbehilfe gewandt. Der anglikanische Erzbischof Rowan Williams, Kardinal Cormac Murphy-O'Connor und Oberrabbiner Jonathan Sacks riefen die Abgeordneten des Oberhauses auf, das Rechtsprinzip des unbedingten Lebensschutzes unter allen Umständen aufrecht zu erhalten. Wenn ein Sterbehilfegesetz in Kraft träte, gerieten zwangsläufig „Alte, Einsame oder Kranke unter einen echten oder auch nur gefühlten Druck, um einen früheren Tod bitten zu müssen“, betonten die Religionsführer in dem am Freitag in der „Times“ abgedruckten Schreiben.

Das Oberhaus debattierte im Mai 2006 über einen Gesetzesentwurf, wonach aktive Sterbehilfe unter Auflagen möglich werden soll. Ein solches Gesetz könne nicht garantieren, dass aus dem für Schwerkranke geforderten Recht zu sterben eine Verpflichtung würde, betonten die Religionsführer.

Zudem drohten ökonomische Gesichtspunkte, die Entscheidung über Leben und Tod zu beeinflussen, etwa bei teurer medizinischer Pflege. „Wir glauben, dass menschliches Leben heilig und Gott gegeben ist“, heißt es in dem Brief weiter. Statt der Sterbehilfelegalisierung müsse die Unterstützung für die Begleitung von Sterbenden ausgeweitet werden. Palliativmedizin und Sterbebegleitung seien zur Wahrung eines würdigen Sterbens unverzichtbar. Deshalb müssten finanziell gut ausgestattete und für alle zugängliche Palliativzentren entstehen, fordern die Religionsvertreter. Das Gesetz sieht vor, britischen Ärzten auf Wunsch ihrer Patienten die Möglichkeit einzuräumen, unheilbar Kranken tödliche Medikamente verschreiben zu können. Diese könnten die Patienten dann selbst einnehmen. Eine Annahme des heftig diskutierten Gesetzesentwurfs war im Mai 2006 Beobachtern zufolge auf absehbare Zeit nicht wahrscheinlich.

Aktuell läuft eine kontroverse Debatte zu einem Entwurf eines Sterbehilfegesetzes und einem Gesetzgebungsverfahren zur Patientenverfügung in Luxemburg. Zurzeit melden sich 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.

Der Präsident der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, bedauerte die Entscheidung des Luxemburger Parlaments zur Straffreiheit aktiver Sterbehilfe. Er sprach sich am 1. März 2008 in Berlin gegen aktive Sterbehilfe und gegen einen ärztlich assistierten Suizid aus. Er werde dafür kämpfen, dass die Liberalisierung in den Beneluxländern „keine Infektion wird“.

„Hoppe begrüßte, dass das Luxemburger Parlament bei seiner knappen Entscheidung zugleich das Recht auf Palliativ-Medizin verankert habe. Im Ausbau der Palliativmedizin in Deutschland sehe er ein „Bollwerk“ gegen Forderungen nach einer Legalisierung der Euthanasie und des ärztlich assistierten Suizids. Bei guter Behandlung würden die meisten Patienten wieder von ihrem Sterbewunsch abkommen.

Er verwies darauf, dass nicht zuletzt die Entwicklung in Holland und Belgien die Bundesärztekammer im Jahr 2004 dazu veranlasst hatte, die 1998 gefassten „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“ neu zu formulieren. Daran knüpften die im vergangenen Jahr von der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer erarbeiteten Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte zum Umgang mit Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen an.

Im Streit um eine neue gesetzliche Regelung für Patientenverfügungen kündigte unterdessen der SPD-Rechtspolitiker Joachim Stünker für kommende Woche einen entsprechenden Gesetzentwurf an, wie das Hamburger Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“ meldete. Der Vorstoß werde von Bundestagsabgeordneten der SPD, der FDP, der Grünen und der Linken mitgetragen.

Die Gruppe um Stünker wolle mit ihrer Vorlage erreichen, dass der konkret geäußerte und niedergelegte Wille eines unheilbar erkrankten Menschen absolute Priorität habe. Demgegenüber stehen ebenfalls fraktionsübergreifende Anträge, die den Schutz des Lebens in den Vordergrund rücken. Wann sich der Bundestag mit diesem Thema befasst, ist noch unklar.“ © kna/SR/aerzteblatt.de (aerzteblatt.de, 3. März 2008)

In der Financial Times Deutschland war am 26.03.2008 zulesen, dass die Belgier über Sterbehilfe für Kinder streiten:

Auch todkranke Kinder und Demenzkranke sollen in Belgien nach dem Willen liberaler Politiker Sterbehilfe bekommen können. Führende Abgeordnete der Regierungspartei VLD wollen das bestehende Sterbehilfe-Gesetz nach gestrigen Medienberichten entsprechend ausweiten. Auch Minderjährige mit unheilbaren Krankheiten und altersverwirrte Menschen müssten freiwillig aus dem Leben scheiden können, wenn dies ihr Wunsch sei. Der liberale Vorstoß für eine Ausweitung der Gesetze könnte zu einer Belastungsprobe für die neue Fünfparteienkoalition werden. VLD- Fraktionschef Bart Tommelein kündigte dazu eine verschärfte Debatte an. Seine Partei wolle dafür auch Mehrheiten außerhalb ihres Bündnisses mit den Konservativen und den frankofonen Sozialisten suchen. In Belgien dürfen Ärzte seit 2002 Sterbehilfe leisten, wenn sie von Patienten darum

gebeten werden. Im vergangenen Jahr zählte der Verein "Recht auf Würdiges Sterben" landesweit 495 Fälle von Sterbehilfe. (dpa).

Diese Diskussion ist umso unverständlicher, als im März 2008 die **IMPACT-Studie mit den Standards pädiatrischer Palliativversorgung in Europa** veröffentlicht wurde. Im März 2006 hatte sich eine Gruppe von Ärzten aus Europa, Kanada und den USA, getroffen, um über die gegenwärtige Situation der pädiatrischen Palliativversorgung in Europa zu diskutieren. Abschließend wurde eine Definition pädiatrischer Palliativversorgung erstellt, Kriterien einer guten klinischen Praxis definiert, Minimalstandards vereinbart und Versorgungsstandards von Kindern mit lebenslimitierenden und lebensbedrohlichen Erkrankungen festgehalten. Dieses Dokument im European Journal of Palliative Care 2007; 14 (3):109-14 veröffentlicht.

Im Gegensatz hierzu werden die Aktivitäten der Schweizer Organisation Dignitas nicht nur im deutschsprachigen Raum heftig und kritisch diskutiert. So berichtet am 21.3.2008 die taz u. a. folgendes:

„Die Schweizer Organisation Dignitas steht in der Kritik - weil sie Sterbewilligen neuerdings mit Helium zum Tod verhilft. "Die Vorstellung, dass ein Mensch unter einer Maske an Gas langsam erstickt, während ein anderer danebensteht und nicht eingreift, finde ich grauenvoll", sagte die hannoversche Landesbischöfin Margot Käßmann am Donnerstag. Der Chef der Deutschen Hospiz Stiftung, Eugen Brysch, bezeichnete das Vorgehen als "monströs". Die Politik müsse "endlich Organisationen, die dieses menschenverachtende Geschäft gegen viel Geld anbieten, das Handwerk legen."

Bei der sogenannten Heliummethode stülpen sich die Sterbewilligen eine Maske mit einem Plastikbeutel über den Kopf. Das Helium in dem Beutel verdrängt den Sauerstoff und führt zu Bewusstlosigkeit. Die Menschen ersticken. Nach Angaben von Schweizer Staatsanwälten hat Dignitas seit Februar vier Menschen auf diese Weise beim Sterben geholfen.

Mit der neuen Methode umgehe die Organisation die ärztliche Kontrolle, kritisierte der leitende Oberstaatsanwalt, Andreas Brunner. Bisher verwendete Dignitas eine Natrium-Pentobarbital-Lösung, die die Betroffenen einnehmen. Sie verlieren das Bewusstsein, anschließend tritt Atemlähmung ein.“

Wie vermeintliche oder angebliche Gründe des nicht tragbar erscheinenden Mitleids eine ebenfalls dramatische Ausprägung erfahren machte folgender Fall deutlich: Am 9. Oktober 2006 konnten wir zu den Todesfälle in Berliner Charité entnehmen, dass die Krankenschwester Beweggründe nannte. Die wegen des Verdachts der Tötung von zwei Patienten verhaftete Charité-Krankenschwester hat einem Medienbericht zufolge Mitleid als Tatmotiv genannt. Sie habe die Qualen in der Intensiv-Medizin nicht mehr ertragen, sagte die 54-Jährige in einem Verhör. Nach Charité-Angaben sind inzwischen die Akten von 15 verstorbenen Patienten, die in den vergangenen zwei Jahren von der Krankenschwester betreut worden waren, an die Berliner Staatsanwaltschaft übergeben worden.

In diesem Zusammenhang sei der Psychiatrieprofessor der Universität Witten/Herdecke, Karl Beine, zitiert. Seiner Auffassung nach leiden Täter bei Patiententötungen an „mangelndem Selbstwertgefühl“. Solche Menschen versuchten ihre eigenen Probleme zu lösen, indem sie fremdes Leid beendeten, glaubt Beine. Er hat weltweit 25 derartige Tötungsserien untersucht.

## **Psychiater: Gefährlicher Trend zur ärztlichen Sterbehilfe**

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“.

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.

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.

In diesem Zusammenhang ist auch von Bedeutung, dass Ärzte, die hauptsächlich mit Schwerst- und Todkranken zu tun haben, der Euthanasie weitaus ablehnender gegenüber stehen als andere Kollegen. Diese empirische Erfahrung die ich beispielsweise in Weiterbildungskursen für Palliativmedizin gemacht habe, wurde nun durch eine australische Studie bestätigt.

Danach ist die **Bereitschaft zur Sterbehilfe unter australischen Ärzten 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. 22. April 2008 © kna/aerzteblatt.de

## **Leitgedanken der Palliativmedizin - Palliativmedizin statt aktiver Sterbehilfe**

Nach Prof. Dr. med. Eberhard Klaschik, Bonn, dem Nestor der Palliativmedizin in Deutschland 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 (...)

Klaschik befürchtet – so ein Interview der Katholischen Nachrichten-Agentur (KNA) in Bonn vom 07.04.2008 - eine wachsende Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe in Europa: «Es gibt momentan einen Wertewandel, hin zur Verabsolutierung des Selbstbestimmungsrechts», Gleichzeitig bezeichnete er die Palliativmedizin als eine «echte, gute Alternative». Sie sei keine Sterbe-, sondern eine Lebenshilfe. 1983 war Klaschik einer von mehreren Medizinern, die an der Kölner Uni-Klinik die erste Palliativstation Deutschlands gründeten. Inzwischen gibt es in der Bundesrepublik fünf Lehrstühle und rund 160 Palliativstationen und 150 Hospize. Laut Klaschik befindet sich Deutschland damit «europaweit im oberen Drittel». Allerdings kritisierte Klaschik eine lückenhafte Versorgung vor allem in der ambulanten Palliativmedizin. Zudem müsse die Behandlung und Pflege Sterbenskranker Pflichtfach in der Ausbildung junger Ärzte werden, um für die Zukunft eine hohe Qualität in der Betreuung der Patienten zu gewährleisten.

Wie sieht nun die **WHO (2002)** die Palliativmedizin: Nach Ihrer Definition ist sie „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.“

Dazu heißt es konkret:

### **Policy implications WHO**

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.

Auf europäischer Ebene spiegeln sich diese Grundsätze wie folgt:

Im Bericht des Komitees für Soziale, Gesundheits- und Familienangelegenheiten des Europarates (Parliamentary Assembly, Council of Europe, Doc. 10455) hat dieses am 09.02.2005 Stellung zur Begleitung von Patienten an deren Lebensende genommen.

Der **EU-Ministerrat** fordert in seiner **Empfehlung zur Strukturierung der palliativmedizinischen und –pflegerischen Versorgung** (Rec (2003) 24) 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.

**Inn diesen Empfehlungen heißt es unter**

**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.“

**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, Allgeminstationen 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.“

4. **Die Hauptcharakteristika der spezialisierten palliativmedizinischen 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.

Zusammenfassend seien nochmals die drei wichtigen, europaweiten Veröffentlichungen in 2004 genannt:

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

In Deutschland hat sich die **Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“** hat sich am 28. Juni 2005 zum Stellenwert der Palliativmedizin in Deutschland dahin gehend geäußert, dass Palliativmedizin und Hospizarbeit mit etwa 10 Jahren Verspätung gegenüber anderen europäischen Ländern wahrgenommen und erste Schritte umgesetzt wurden. 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 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.

Am 04. Mai 2004 wurden in Berlin die „**Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung**“ in einer Pressekonferenz der Öffentlichkeit vorgestellt. Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, machte in der Pressekonferenz unter anderem deutlich, dass jeder Mensch das Recht auf Leben und auf ein Sterben in Würde - nicht aber das Recht, getötet zu werden, hat. Ein einklagbares Recht auf aktive Sterbehilfe wäre zwar vermeintlich die ultimative Verwirklichung des Rechts auf Selbstbestimmung, doch von da aus sei seiner Auffassung nach der Weg nicht mehr weit in eine Gesellschaft, die den Menschen den Tod nahe legt, wenn sie mit dem Leben nicht mehr zurecht kommen. Jeder Patient müsse sich zu jeder Zeit sicher sein, dass Ärztinnen und Ärzte konsequent für das Leben eintreten und weder wegen wirtschaftlicher, politischer noch anderer Gründe das Recht auf Leben zur Disposition stellen. Diese Sicherheit sei nur zu garantieren, wenn Ärztinnen und Ärzte aktive Hilfe zum Sterben, also eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen, kategorisch ablehnen.

In der **Präambel** der „**Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung**“ heißt es, dass es Aufgabe des Arztes ist, 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. Die Grundsätze gliedern sich in fünf Kapitel:

- 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

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.“*

Landesärztekammer Hessen hat in einer **Stellungnahme zur palliativmedizinischen Versorgung in Hessen** vom 26. Juli 2006 der Landesregierung gegenüber konkrete Vorschläge zur Strukturverbesserung der palliativmedizinischen Versorgung unterbreitet. Es wurden Forderungen beziehungsweise Empfehlungen an politische Entscheidungsträger zur Schaffung gesetzlicher Rahmenbedingungen für die Palliativmedizin in Hessen erhoben, die sich auf die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung, die Qualitätssicherung, die praktischen Umsetzungsmöglichkeiten, die Kontinuität der Weiterentwicklung, die Fort- und Weiterbildung, die Finanzierung bezogen.

Am 23.11.2006 fand in Berlin das **Presseseminar „Grenzen ärztlichen Handelns am Ende des menschlichen Lebens“**. Dazu hieß es in der Einladung, dass Ärzte verpflichtet sind, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen.

Angesichts der medienwirksamen Diskussion der Thematik wurde die Frage gestellt, ob es auch zu den Aufgaben von Ärzten, unheilbar Kranken eine Selbsttötung zu ermöglichen gehöre. Sollten Ärzte suizidbereiten Menschen am Ende ihres Lebens assistieren oder sie davon abhalten, sich umzubringen? Diese Fragen wurden zwischen Ärzten, Ethikern und Juristen kontrovers diskutiert. Zuletzt hatte der 66. Deutsche Juristentag im September dieses 2006 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, wurde mit Pressevertretern und Sachverständigen in einem Presseseminar über die Grenzen ärztlichen Handelns am Ende des menschlichen Lebens diskutiert.

Mit einer flächendeckenden palliativen Versorgung und hospizlichen Begleitung dem Ruf nach aktiver Sterbehilfe Einhalt gebieten war das Ziel von mittlerweile vier **transdisziplinären und multiprofessionellen Fachtagungen "Palliative Versorgung in Hessen" - Hospizidee in der integrierten Versorgung**, mit jeweils über 250 Teilnehmern 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, machte auch das große Interesse im Jahre 2007 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.

Die Dokumentation der 3. Fachtagung Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Hessen vom 31. Januar 2007 ist insoweit von Bedeutung, als neben grundsätzlichen Vorträgen die Bestandsaufnahmen, Mitschriften von Workshop-Ergebnissen wiedergegeben werden, die auch den Charakter einer Strukturanalyse der palliativmedizinischen Versorgungsstruktur und den einer sozialwissenschaftlichen Studie aufweisen.

12. März 2007, fand Hessischen Landtag das Symposium "Schutz des Lebens und Selbstbestimmung am Lebensende" statt. Man befasste sich den Themen „Zwischen Autonomie und unbedingtem Lebensschutz“ und Ethische und religiöse Grundlagen zu Fragen der Sterbehilfe und ihre verfassungsrechtlichen Grenzen.

**„Gemeinsam die Angst vor dem Sterben nehmen“** war das Ziel der 4. Fachtagung "Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Hessen" am 10.04.2008 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 an der 4. Fachtagung "Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Hessen" im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim teil.

Nach Auffassung der Veranstalter " belasten Angst, Hilflosigkeit, Schmerzen und Einsamkeit die Menschen am Ende ihres Lebens. 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."

Auch in diesem Jahr standen der Informationsaustausch und die Verbesserung der Zusammenarbeit aller an der Sterbebegleitung beteiligten Berufsgruppen auf regionaler Ebene im Mittelpunkt der transdisziplinären Tagung (Schirmherrin: Hessische Sozialministerin Silke Lautenschläger, Leitung und Moderation: Prof. Dr. med. Ernst-Gerhard Loch, Dr. med. Michael Popović), die gemeinsam von der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, der Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung (KASA) und der Landesarbeitsgemeinschaft Hospize Hessen veranstaltet wurde. Darüber hinaus bot die Fachtagung Informationen zur aktuellen Gesetzgebung und einen Überblick über die vorhandenen Strukturen zur hospizlichen und palliativen Versorgung in den hessischen Regionen.

Eindeutig sprachen sich die Veranstalter gegen aktive Sterbehilfe aus und verurteilten gegenläufige Strömungen, die einen Hamburger Händler ermutigt hätten,

kürzlich eine "Suizidmaschine" zu präsentieren. Dass die wachsende Ökonomisierung inzwischen auch vor dem Sterben nicht mehr zurückschrecke, mache deutlich, dass das Thema Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung wichtiger sei denn je.

In der schwächsten Phase des Lebens ist an der Menschenwürde unbedingt festzuhalten. Obwohl heute 80-90% der Menschen in Krankenhäusern oder Heimen sterben, hofften die meisten, die letzte Zeit ihres Lebens in vertrauter Umgebung zu Hause verbringen zu können. Die von menschlicher Zuwendung getragene Sterbebegleitung durch Hospizarbeit und Palliativmedizin werde in einem partnerschaftlichen Miteinander beider Bereiche ausgeübt.

Grundsätzlich wurden die nach dem § 37 b des Sozialgesetzbuches V formulierten neuen Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) begrüßt. So werde dem Grundsatz "ambulant vor stationär" Rechnung getragen. Allerdings seien wichtige Richtlinien, wie die zur Spezialisierung der Leistungserbringer und Vorschläge zur interprofessionellen Zusammenarbeit vage geblieben.

Dr. Thomas Schindler, Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, formulierte seine Bedenken in seiner Analyse der neuen Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses. So sei die Absicht des Gesetzgebers, die palliative Versorgung im Zuge der 2007 verabschiedeten Gesundheitsreform (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) zu fördern, zwar gut, aber offensichtlich nicht gut vorbereitet gewesen. Schindler nannte den Gesetzestext und auch die später erlassenen Richtlinien an einigen Stellen unbestimmt. So hätten nur ca. 10% der Sterbenden einen besonderen Versorgungsbedarf; das Gros der Patienten würde weiterhin von den Strukturen der allgemeinen Palliativversorgung betreut. Wie lassen sich die 10% identifizieren, gibt es Instrumente dafür und wer regelt das? Auf diese Fragen gäben die neuen Beschlüsse keine Antwort. Auch werde nicht gesagt, wer die Leistungserbringer seien. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin und der Deutsche Hospiz- und Palliativ-Verband hätten auf Bundesebene gemeinsam Vorschläge und Empfehlungen vorgelegt, berichtete Schindler. Man wisse jedoch nicht, wie rasch diese umgesetzt würden.

Dass die regionale Vernetzung auch im letzten Jahr erfolgreich fortgeschritten ist, zeigten die Berichte aus sechs hessischen Regionen. In Diskussionen und Workshops wurden weitere Unterstützungsangebote und Strukturen zur Verbesserung der Arbeit erörtert. Ein mögliches Unterstützungsangebot können Regionale Hospiz- und Palliativkonferenzen (RHPK) sein, die von gemeinsamen Arbeitsgruppen aus Vertretern örtlicher Gesundheitsämter, Bezirksärztekammern der Landesärztekammer, der LAG Hospize und der KASA getragen werden sollen. Ihre Aufgabe wird es sein, die vorhandenen Strukturen in den Regionen zu beraten, zu unterstützen und die Kommunikation in der Versorgung zu fördern.

Dass die palliativmedizinische Qualifizierung auf einem guten Weg sei, wird an folgender Tabelle deutlich:

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

	Absolute Zahl	Pro 1 Mio Einwohner
Bremen		39 / 1 Mio Einwohner
Niedersachsen		34 / 1 Mio Einwohner
<b>Hessen</b>		<b>34,5 / 1 Mio Einwohner</b>
Schleswig-Holstein		23 / 1 Mio Einwohner

Rheinland-Pfalz		22 / 1 Mio Einwohner
<b>Gesamtes Bundesgebiet</b>		<b>19 / 1 Mio Einwohner</b>
Sachsen		13 / 1 Mio Einwohner
Sachsen-Anhalt		10 / 1 Mio Einwohner
Bayern		8 / 1 Mio Einwohner
Brandenburg		8 / 1 Mio Einwohner
Berlin		7 / 1 Mio Einwohner

Nicht unerwähnt bleiben soll bei diesem **Humboldt-Kolleg der Societas Humboldtiana Polonorum die Deutsch - Tschechische Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. Frankfurt am Main**, deren Ziel es ist, den Aufbau und die Förderung eines Netzwerkes Palliativmedizin und Palliativversorgung fördern. Der interdisziplinäre Dialog zwischen Ärzten, Juristen, Geisteswissenschaftlern sowie Gesundheitsökonomien in Deutschland und der Tschechischen Republik soll gefestigt und weiter entwickelt werden. Über Fachkreise hinaus, ist Aufgabe der Gesellschaft, durch Förderung öffentlicher Veranstaltungen, von Kongressen und Veröffentlichungen das Verständnis um die Sterbebegleitung und Palliativversorgung in der Bevölkerung von Deutschland und Tschechischer Republik zu verbessern. Mit diese Aktivitäten sollen Bedeutung, Sinn und die Möglichkeiten der Palliativmedizin und palliativer Versorgung in Fachkreisen und in der Öffentlichkeit dargestellt und bewusster gemacht werden. Die „Deutsch-tschechische Gesellschaft für Palliativmedizin“ fördert einen humanistischen Umgang der Gesellschaft mit den Sterbenden und dem Tod , dieser widerspiegelt die moralischen Werte unseres Gemeinwesens und Rechtsbewusstseins. Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vom Mai 2004 stellen eine besondere Grundlage des Zwecks dieser Gesellschaft dar.

Diese „Deutschtschechische Gesellschaft für Palliativmedizin“ soll auch die Verständigung zwischen der Bevölkerung Deutschlands und der Tschechischen Republik fördern.

“Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Aufrechterhaltung der Lebensqualität ist.”

### **Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung (SAPV)**

Trotz doch erheblicher Anstrengungen im Leistungsgeschehen, der politischen und medienwirksamen Arbeit äußerte sich im ARD-Politmagazin „Monitor“ (3.4.2008) die Kommentatorin Sonia Mikich zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung (SAPV) wie folgt:

„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 ... “

Umso wichtiger ist es nun für die verantwortlichen Gremien eine patientenorientierte und sachgerechte Umsetzung der neuen Bestimmungen des GKV-WSG (§§ 37 und 132) herbeizuführen.

Im GKV-WSG (§ 132d Abs.1+2 SGB V) heißt es:

§ 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.

Der gemeinsame Vorschlag der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes zu den Rahmenempfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) nach § 132d Abs.2 SGB V über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (Stand: 28. Februar 2008) hat folgende Sachverhalte zum Gegenstand:

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

Es bleibt zu hoffen, dass Bemühen derer, die an der Verbesserung der Sterbebegleitung beteiligt sind und sich in der Palliativversorgung engagieren, derartige Wirkungen entfalten, wie sie in den abschließenden Zitaten zum Ausdruck kommen:

Karl Kardinal Lehmann hat im Hessischen Ärzteblatt folgendes ausgeführt:

„Als man den hl. Karl Borromäus einmal fragte, was er tun würde, wenn er wüßte, dass er in einer Stunde sterben müsse, antwortete er: „Ich würde das, was ich jetzt tue, besonders gut tun.“ Hier wird die Lebensangst überwunden, das nervöse Auskosten – Wollen, das Sich – Vollstopfen mit allem, was man noch erreichen kann. Darin liegt eine tiefe Lebensangst.“

Nach Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, würde die derzeitige Diskussion 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.

Dr. Michael F. R. Popović

Hauptgeschäftsführer  
Landesärztekammer Hessen  
Im Vogelsgesang 3  
D-60488 Frankfurt