

„Palliativmedizin – Humanitäre und gesundheitspolitische Aspekte im zentraleuropäischen Raum“

Meine sehr verehrten Damen, sehr geehrte Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen!

Das Thema weist eine Trias auf, die die palliativmedizinische Versorgung der Menschen in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft prägt:

- Humanitas
- Gesundheitspolitik
- Zentraleuropa

Lassen Sie mich zum Einstieg in die weiteren Referate und als Impuls für die hoffentlich angeregte Diskussion einige weitere Ausführungen machen und Thesen zitieren, beziehungsweise formulieren.

Unter historischen Aspekten mit Parallelen zur Gegenwart ist für unsere Thematik in Erinnerung zu rufen, dass der Zeit der Mystik die Aufklärung folgte. Für die ärztliche Herangehensweise an das Thema, unter Berücksichtigung der Grundnormen ärztlichen Handelns, seien einige Hintergründe erwähnt:

- Die moderne europäische Aufklärung, verstanden als Ablegen einer christlich-mittelalterlichen Lebenshaltung, beginnt in der Renaissance, die das Heidnische der Antike vom Gegenbild zum Vorbild machen konnte. Renaissance und Reformation bilden das Vorspiel für das so genannte *Zeitalter der Aufklärung*. Grundlegend dafür ist die Konsolidierung der französischen Staatsmacht im 17. Jahrhundert.
- Einige Interpreten betonen als wesentliches Moment in der theologischen Lehre Meister Eckharts das Denken in prozesshaften Strukturen. Damit trete Eckhart in scharfen Kontrast zur Substanzontologie des Thomas von Aquin. Während bei Thomas Gottes Sein sein - Gottes - Denken begründet, ist das Verhältnis in Eckharts *quaestiones* umgekehrt: „*deus est intelligere*“, Gott = Denken. Insofern kann man bei Eckhart von einer Geistphilosophie sprechen. In den Predigten vor den Generalkapiteln sowie in den lectiones zu Jesus Sirach differenziert Meister Eckhart diese Aussagen genauer. Das Sein steht nun nicht mehr im Unterschied zu dem Denken Gottes, sondern ist integrativer Bestandteil: *deus est esse*.
- Jan Hus wurde 1400, in dem Jahr in dem der Ackermann geschrieben wurde, zum Priester geweiht. 1401 wurde Hus Dekan der philosophischen Fakultät, 1402 wurde er Professor und übte das Amt des Rektors der Prager Universität von 1409 bis 1410 aus. Der tschechische Reformator wurde am 6. Juli 1415 in Konstanz auf dem Brühl, zwischen Stadtmauer und Graben, zusammen mit seinen Schriften verbrannt. Die Hinrichtung löste den ersten Prager Fenstersturz und die Hussitenkriege (1419 bis 1436) aus.
- Bei dem dritten Prager Fenstersturz: stürzte der nichtkommunistische tschechoslowakische Außenminister Jan Masaryk am 10. März 1948 (zwei Wochen nach dem Putsch des Kommunistenführers Klement Gottwald) im Schlafanzug aus dem Fenster seines Büros und starb dabei.

- 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.

Entchristlichung durch den Nationalsozialismus

Der Nationalsozialismus betrieb aus der Sicht der christlichen Kirchen die Entchristlichung des Volkslebens vor allem als *Entkirchlichung*. Er strebte letztlich die Liquidierung der Kirchen an und setzte dabei ideologisch vor allem bei der *Entchristlichung der Jugend* an. Umgekehrt wurde von nationalsozialistischen Autoren ins Feld geführt, dass der nihilistische Wesenskern des Nationalsozialismus gerade die Folge der Entchristlichung der Gesellschaft sei (z.B. Hermann Rauschning: Die Revolution des Nihilismus, 1938)

Entchristlichung im Sozialismus

In ähnlicher Weise erhob sich unter dem Stichwort *Entchristlichung* die kirchliche Kritik des Sozialismus und Kommunismus, insofern dieser die Religion aus der Gesellschaft ins Private abzudrängen versuchte und den Einfluß der Kirchen durch gezielte verdeckte und offene Maßnahmen (z.B. durch die Geheimdienste) auszumerzen versuchte.

Entchristlichung Europas in Moderne und Postmoderne

Der Begriff findet sich literarisch erst wieder gehäuft seit Ende der siebziger Jahre als spezifizierendere soziologisch-historischen Beschreibung der meist mit dem Zeitraum 1750 bis 1900 angegebenen Säkularisierungsprozess in Europa.

Indem die christlichen Traditionen für das existenzielle Selbstverständnis wie für die gesamt-kulturelle Gestaltung ihre Bedeutung und Allgemeinverbindlichkeit verlieren, führt der Säkularisierungsprozess laut dem Frankfurter Professor Erwin Fahlbusch zur »Entchristlichung« beziehungsweise »Entkirchlichung«; die ihn begleitende Rationalisierung aller Lebensbereiche bringt die »Entzauberung der Welt« mit sich.

Historische Entwicklung der Palliativmedizin

- Pflegehaus in Edessa 375 n. Chr. Gründung durch den Heiligen Epherem
- Hospitalium in Rom 400 n. Chr. Gründung durch Bürgerin Fabiola
- Hôtel de Dieu in Paris 829 n. Chr.
- Heilig Geist Hospital in Lübeck 1286
- Ordensgründung Filles de la Charité in Paris Anfang des 17. Jahrhunderts zur Pflege kranken Menschen zu Hause

Die Lebenseinstellung war bis zum Beginn der Neuzeit stärker auf das Ende, den Tod, das Leben nach dem Tod hin ausgerichtet.

- Dementsprechend stellen die Artes moriendi eine lebensbegleitende Vorbereitung auf das Sterben (Mittelalter bis Barock) dar.
- In der Todesstunde findet der entscheidende Kampf statt, es wird die reale Existenz ein außerphysisches Böse angenommen, das wider Gott und den Menschen kämpft.
- Eine entsprechende Vorbereitung auf den Tod ist somit lebensbegleitend und wird in einer Vielzahl von Schriften dargestellt.
- Der Tod wird auf die Frage Erlösung versus Verdammnis reduziert.

- Als Beispiel einer ars moriendi für das Volk sei das sog. Bilder-ars aus dem 15. Jahrhundert, eine Geschichte in elf Bildern zum Selbstlernen genannt.

Dargestellt wird der glücklich ausgehende Kampf um die Seele eines Jedermann in der Sterbestunde. Es gehören immer zwei Bilder zusammen. Fünf Holzschnitte visualisieren die fünf größten teuflischen Versuchungen, die man sich damals vorstellen konnte:

1a: Versuchung im Glauben

2a: Versuchung durch Verzweiflung

3a: Versuchung durch Ungeduld

4a: Versuchung durch Hochmut

5a: Versuchung durch zeitliche Güter

Alternierend sieht man auf fünf Antwortbildern, wie himmlische Mächte dem Sterbenden zu Hilfe eilen, ihm beistehen und ihn zum Widerstand und Ausharren ermutigen (1b, 2b, 3b, 4b, 5b). Der letzte, elfte Holzschnitt zeigt den Gestorbenen



"Andreas Vesalius, (Skelett)"

Andreas Vesalius verfasste 1543 als erster ein umfangreiches Anatomielehrbuch: „*Humani corpori fabrica*". Kaiser Karl IV. erhob ihn deshalb in den Adelsstand. In der Urkunde heißt es: "*Ohne Zweifel sind sie das bedeutendste Werk, das über Anatomie geschrieben worden ist und berühmt durch ihre Illustration*".

Die Betrachtung des Skeletts, das, den Rücken einem Abgrund zugewandt, nachdenklich einen auf einem Katheder liegenden Schädel "studiert" macht deutlich: Hier geht es um mehr als nur um Anatomie. Dahinter stecken unendliche

"**Lebens**philosophien" und die große Frage: Was ist der Tod?

Ein unvergleichliches Werk deutscher Sprache ist Johannes von Saaz's „Der Ackermann aus Böhmen“, das aus dem unmittelbaren Erleben des Todes seiner Frau im Jahr 1400 entstand. Es ist von fortwährender „Aktualität“: Ein Streitgespräch, Herausforderung und Anklage des Ackermanns gegen den Tod, der ihm sein Weib geraubt hat.

Der Dichter ist aufs tiefste erschüttert von der Macht, dem Ernst, der Wirklichkeit des Todes, dem er unter anderen folgende Worte in den Mund legt:

"Und je mehr ein Mensch an irdischem Gute besitzt, umso mehr Widerwärtigkeit wird ihm zuteil. Dennoch ist dabei das Allerschwerste, dass kein Mensch wissen kann, wann, wo und wie Wir über ihn urplötzlich herfallen und ihn jagen, den Weg der Sterblichen zu gehen. Diese Bürde muss tragen Herr und Knecht, Mann und Weib, reich und arm, gut und böse, jung und alt. O schmerzlich sichere Aussicht, wie wenig achten die Tore darauf."

Gott selber fällt zuletzt den Richterspruch:

"Ihr habt beide wohl gefochten: Jenen zwingt sein Leid zur Klage, diesen der Angriff des Klägers, die Wahrheit zu sagen. Darum, Kläger, habe die Ehre, du Tod aber,

habe den Sieg! Jeder Mensch ist dem Tod sein Leben, den Leib der Erde, die Seele uns zu geben verpflichtet."

Mit dem Ackermann von Böhmen wird zum ersten Mal die unangefochtene Souveränität des Todes, begründet auf dem Wunsche des Menschen, der Schönheit des Lebens und der Vollkommenheit der von Gott geschaffenen Welt, in Frage gestellt.

Anton Ulrich von Braunschweig (1633 – 1714) sehnte in seinem "Sterbelied" seinen Tod herbei. Das am Ende jeder Strophe wiederkehrende "**Es ist genug!**" offenbart seinen Überdruß am Leben, ein nicht länger tragen, ertragen können. In der dritten Strophe heißt es:

*"Die große Last hat mich gedrückt,
ja schier erstickt, so viele lange Jahre.
Ach laß mich finden, was ich such.
Es ist genug! Mit solcher Kreuzesware".*

Sein „Sterbelied“ endet:

"Es ist genug! Es sei also gestorben."

Die **Kompetenz des Arztes** beruht insbesondere auf der Fähigkeit die richtige **Prognose** zu stellen und wird schon im Corpus Hippokratikum als wesentlich beschrieben. Sie ist wichtig für die **Vorbereitung des Patienten auf den Tod**.

Siehe **Gebrüder Grimm, Gevatter Tod, (1812)**. Zusammenfassung:

Das 13. Kind eines armen Mannes wird Patenkind vom Gevatter Tod, da vor diesem alle Menschen gleich sind. Das Kind wird durch ein Geschenk des Gevatters, einem Kraut, zum berühmtesten Arzt der Welt, unter der Bedingung, den Kranken dem Gevatter Tod zu überlassen, falls dieser am Fußende des Krankenbettes erscheint. Der Arzt darf dieses Kraut jedoch nicht gegen den Willen des Todes einsetzen, dieser behält die Entscheidung über Genesung oder Tod des Kranken. Der Arzt überlistet den Gevatter, indem er den Kranken im Bett umdreht, so dass der Tod plötzlich am Kopfende steht. Der Gevatter droht ihm mit dem Ende seines Lebens, vergibt ihm aber für dieses Mal. Jedoch lässt sich der Arzt von der Aussicht auf die Krone und der Königstochter als Gemahlin noch einmal dazu hinreißen, seinen Gevatter zu überlisten. Dieses Mal kennt Gevatter Tod keine Gnade, nimmt den Arzt in eine Höhle mit, in der alle Lebenslichter aufgereiht sind, und lässt dessen fast heruntergebranntes Licht erlöschen.

Ende des 19. Jahrhunderts ändert sich in der westlichen Gesellschaft die Einstellung zum Tod, u.a. durch den Übergang zur Industriegesellschaft mit Verlust der bäuerlichen und feudalen Gesellschaftsstruktur, später dann durch die vielen Toten des Ersten Weltkrieges

- Verlust von Bräuchen und Ritualen, die dem Sterbenden eine klare Rolle zuwiesen
- Tabuisierung des Todes
- Tod ist für den Arzt weniger ein Teil des Lebens, als eine medizinische Niederlage

Die Wiener und Prager so genannten „Todesdichter“ hinterließen uns einen schier unerschöpflichen Fundus: Der damals bereits als „letzter Dichter des alten Europa“

bezeichnete Hugo von Hoffmannsthal hat Wesen und Wirkung des Gedichtes hierzu bemüht und beschrieben als:

"Eine Ahnung des Blühens, ein Schauer des Verwesens, ein Jetzt, ein Hier und zugleich ein Jenseits, ein ungeheures Jenseits."

Durchdrungen von dem schwermütigen Wissen, dass Leben und Schönheit unaufhaltsam und unerkannt dahinschwanden, konnte er die "Ballade des äußeren Lebens" schaffen:

*"Und Kinder wachsen auf mit tiefen Augen,
die von nichts wissen, wachsen auf und sterben,
und alle Menschen gehen ihre Wege"*

ist der Beginn seines Werkes. Es endet:

*"Was frommt's dergleichen viel gesehen haben?
Und dennoch sagt der viel, der Abend sagt,
ein Wort, daraus Tiefsinn und Trauer rinnt
wie schwerer Honig aus den hohlen Waben".*

Der Wiener Arzt Arthur Schnitzler beschreibt in seinem Roman "Sterben" virtuos, auch mit Ungesagtem, Unausgesprochenem ein langsames Sterben in all seinen Facetten: Zwischen der Hiobsbotschaft der Unheilbarkeit bis zum einsamen Tod liegen alle Ängste, Hoffnungen, Versprechungen und Lügen. Aus einem pathetischen "mit dir sterben wollen" der Geliebten und "dich mitnehmen wollen" des Dahinsiehenden wird nichts: Dieser stirbt so allein wie er es eben nie wollte. Schnitzler stellt mehr das Grauen des Sterbens als das der Todesimmanenz menschlichen Seins dar. Sterben als sinnloses, grausames Geschehen, Leiden voller Schmerzen, Jämmerlichkeiten. Ohne jede Fassade, der "Supergau" von für wahr, zumindest für möglich gehaltene "Illusionen".

Nach Helmut Walther bedurfte es der **Überwindung von Mythos und Metaphysik**, um zur "**Dialektik der Aufklärung**" zu gelangen. Er weist darauf hin, dass die disparaten Fragmente der "Dialektik der Aufklärung" von Horkheimer und Adorno einerseits konkret den Weg zeigen wollen, wie es zu den modernen Phänomenen der Instrumentalisierung der Vernunft kam bis hin zu den industrialisierten Verbrechen des Dritten Reichs; wie auch ganz allgemein, wie dieses Phänomen Ratio des Menschen insgesamt einzuordnen sei, das nach ihrer Meinung den Menschen aus der Natur ihn dieser entfremdend herausstelle. Walther folgert weiter, dass diese Ratio als Produkt der Angst zu sehen sei.

Welche Gefahr für die besondere Vertrauensstellung in der Patienten-Arzt-Beziehung besteht und welche Missbrauchsmöglichkeiten sich entwickeln können, hat Christoph Wilhelm Hufeland 1806 beschrieben. Er hat auch zur Frage der Lebensverlängerung um jeden Preis Stellung genommen:

„Wenn ein Kranker von unheilbaren Übeln gepeinigt wird, wenn er sich selbst tot wünscht, wenn Schwangerschaft Krankheit und Lebensgefahr erzeugt, wie leicht kann da, selbst in der Seele des Besseren, der Gedanke aufsteigen, 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? Soviel Scheinbares ein solches Resonnement 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 würde im höchsten Grade unrecht und strafbar sein. Sie hebt geradezu das Wesen des Arztes auf. Er soll und darf nichts anderes tun als Leben zu 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 in sein Geschäft aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar, und der Arzt wird der gefährlichste Mann im Staate. Denn ist einmal diese Linie überschritten, glaubt sich der Arzt einmal berechtigt, über die Notwendigkeit eines Lebens zu entscheiden, so braucht es nur stufenweise, um den Unwert und folglich die Unnötigkeit eines Menschenlebens auch auf andere Fälle anzuwenden.“

Als Exponenten der biologistischen 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**“ fordert 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.

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)

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 in Fortentwicklung des Hippokratischen Eides formuliert.

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

- *Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand: Ich gelobe ich feierlich mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen;*
- *Ich werde meinen Lehrern die Achtung und Dankbarkeit erweisen, die ihnen gebührt;*
- *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 mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten;*
- *Meine Kolleginnen und Kollegen sollen meine Schwestern und Brüder sein;*
- *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.*

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.“

Prof. Dr. Eggert Beleites, Vorsitzender des Ausschusses für Ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer sagte:

- "viele Menschen verstehen leider unter den Begriffen "Sterben in Würde" und "Selbstbestimmung am Lebensende" lediglich die Zulassung der so genannten aktiven Sterbehilfe bzw. die Erlaubnis der ärztlichen Assistenz beim Suizid. Solche Vereinfachungen erfassen weder das Problem noch können sie zu echten Lösungen führen.“...

Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (1998, 2004) behandeln folgende Komplexe:

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 der **Präambel** heißt es:

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.

Palliativmedizin Begriffsbestimmung

Englische Nomenklatur

- **Terminal care**
- Älterer Begriff für Palliativmedizin, jetzt z.T. auf die letzten Tage des Patienten beschränkt
- **Palliative care**
- Ersetzt seit ca. 20 Jahren zunehmend den Begriff terminal care und umfasst die Bemühungen des gesamten Teams: Ärzte, Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Seelsorger, Physiotherapeuten, ehrenamtliche Helfer
- Im Deutschen am ehesten „Palliativpflege“ oder „Palliativversorgung“
- **Palliative medicine**
- Durch die Anerkennung der Palliativmedizin als Fachbereich der Inneren Medizin in England 1987 entstanden, Im Deutschen am ehesten „Palliativmedizin“

Die Kommunikation zwischen sterbendem Patient mit Ärzten und Pflegepersonal ist gestört. Dies ist das Ergebnis verschiedener Studien:

- Medizinisches Personal sieht dem Patienten nur noch selten in die Augen (Buckingham, Can Med Assoc J 1976)
- Medizinisches Personal betritt kaum noch das Zimmer des Patienten (Anon, Lancet 1972 und Mervyn, Am J Nurs 1971)
- Pflegepersonal reagiert langsamer auf die Klingel eines sterbenden Patienten als auf die anderer (Bowers, Conselling the Dying, Nelson 1964)
- Hospiz ausschließlich für die Betreuung Sterbender erstmals 1842 in Frankreich erwähnt
- Um die Wende von 19. zum 20. Jahrhundert gibt es in London mehrere Hospize zur Betreuung Sterbender
- 1967 gründet Cicely Saunders das St. Christopher's Hospice, im Laufe der Zeit zusätzlich Ambulanz, Hausbetreuungsdienst, Team zur Unterstützung Hinterbliebener, Fortbildungseinrichtung, **Entwicklung des heutigen Palliativkonzepts**

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 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.**“

Assistance to patients at end of life

Parliamentary Assembly, Council of Europe, Doc. 10455, 9 February 2005

Report: Social, Health and Family Affairs Committee

Rapporteur: Mr Dick Marty, Switzerland, Liberal, Democratic and Reformers' Group

Summary

The Parliamentary Assembly recalls that assistance at the end of people's lives is a delicate issue to which everyone is sensitive and one that touches on the moral, religious and cultural values of our societies.

In accordance with the principle of respect for human rights and human dignity, the Assembly considers it imperative to introduce a proper policy for assisting people at the end of their lives which does not prompt them to want to die.

To this end, it proposes promoting palliative care, the widespread provision of care in patients' own homes and the avoidance of over-zealous prolongation of life.

The Assembly also draws attention to the need for a clear definition both of patients' rights and of the tasks and responsibilities of the medical profession and nursing staff.

The Assembly proposes, with due regard for cultural and religious diversity in member states, fostering public debate on this issue.

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.“

2. Unterscheidung zwischen spezialisierten und nicht spezialisierten

Einrichtungen (Nr. 69 ff): Auszug auf deutsch: (Nr. 71) „Nützlichweise 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.“

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;
- 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;
- Die Einrichtung spielt entweder indirekt oder direkt eine anerkannte 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“ hat sich am 28. Juni 2005 zum **Stellenwert der Palliativmedizin in Deutschland geäußert**: 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/gutachten02_palliativmedizin.pdf

Stellungnahme zur palliativmedizinischen Versorgung in Hessen

In einer Stellungnahme zur palliativmedizinischen Versorgung in Hessen hat sich die Landesärztekammer Hessen am 14. September 2006 an das Hessische Sozialministerium gewandt und in einem Forderungskatalog notwendige Maßnahmen zur Verbesserung der prospektiven, flächendeckenden palliativmedizinischen Versorgung in Hessen aufgezeigt.

Ausgehend von der Zustandsbeschreibung und den Forderungen der WHO folgt entsprechendes für Europa, Deutschland und Hessen.

Aufgrund des medizinischen Fortschritts und der sich daraus ergebenden Morbidität, Alterung der Bevölkerung und Änderung der Familienstruktur ergibt sich ein erhöhter Bedarf an Palliativversorgung durch Dritte (siehe WHO-Papier von 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.

Quelle: The Solid Facts – Palliative Care, E. Davies und J. Higginson, WHO 2004, ISBN 9289010916

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

•

Die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben gem. e.V. (DGHS) setzt sich für ein „Selbstbestimmungsrecht für Schwerkranke und Sterbende“ ein. Mit 35.000 Mitgliedern (nach eigenen Angaben, Stand 2005) ist sie weltweit eine der großen Sterbehilfe – Organisationen. Die Gesellschaft wurde am 7. November 1980 aus dem Umfeld des *Bundes für Geistesfreiheit* (bfg) heraus von Hans Henning Atrott gegründet. Ihr Bekanntheitsgrad stieg im Verlauf der 80er Jahre unter anderem durch öffentlich diskutierte Freitodfälle wie der des DGHS-Mitglieds Hermy Eckert 1984, so dass die DGHS Ende 1992 einen Höchststand von 59.700 Mitgliedern verzeichnete. Dieser fiel dann im weiteren Verlauf auf den heutigen Mitgliederstand zurück.

In Belgien trat am Wochenende fast unbemerkt das bisher liberalste Sterbehilfegesetz der Welt in Kraft

Ärzte Zeitung, 23.09.2002, Von Thomas A. Friedrich

Das vom belgischen Parlament im Juli verabschiedete Gesetz zur aktiven Sterbehilfe ist nach der üblichen 100- Tage-Frist an diesem Wochenende in Kraft getreten. Nach den Niederlanden verfügt Belgien damit über das liberalste Sterbehilfegesetz der Welt. Die Reaktionen reichen von "Lizenz zum Töten" bis zu "natürlichen fundamentalen Menschenrecht".

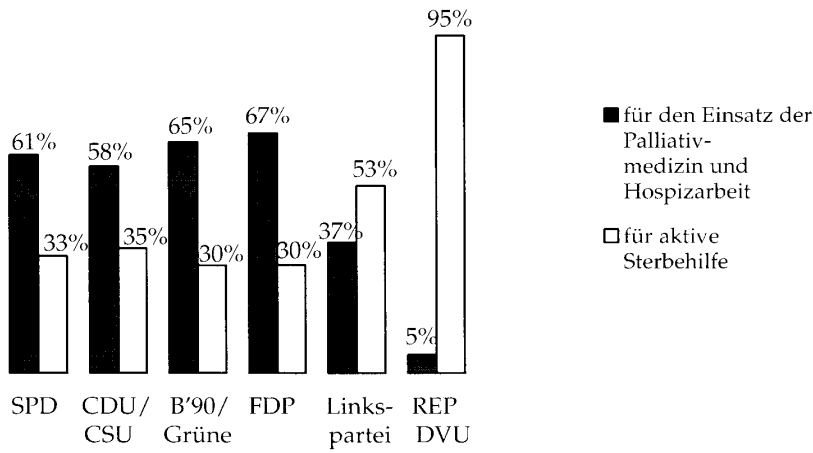
Nach heftigen Diskussion, die das sprachlich geteilte Königreich Belgien in dieser moralisch-ethischen Frage zutiefst gespalten hat, setzte sich die Regierungsmehrheit aus Liberalen, Sozialdemokraten und Grünen unter Regierungschef Guy Verhofstadt für eine Regelung ein, wonach künftig in Belgien die Tötung auf Verlangen für unheilbar Kranke legalisiert wird. Auch wenn sie nicht in absehbarer Zeit vom Sterben bedroht sind.

"Für uns Ärztinnen und Ärzte wird auch in Zukunft die Maxime gelten: Der Patient hat das Recht auf einen würdigen Tod, aber er hat nicht das Recht, getötet zu werden. Aktive Sterbehilfe lehnen wir Ärztinnen und Ärzte deshalb kategorisch ab", erklärte Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer am 24.09.2005 in einer Pressemitteilung, zu den Plänen der Schweizer Organisation "Dignitas" in Hannover ein Euthanasie-Zentrum zu errichten. "Ein einklagbares Recht auf aktive Sterbehilfe wäre nur vermeintlich die ultimative Verwirklichung des Rechts auf Selbstbestimmung, doch von da aus ist der Weg nicht mehr weit in eine Gesellschaft, die den Menschen den Tod nahe legt, wenn sie mit dem Leben nicht mehr zurecht kommen", so Hoppe. Niemand dürfe am Strafrechtsparagrafen 216 rütteln, der die Tötung auf Verlangen in Deutschland verbietet, forderte der Ärztepräsident, nichts anderes auch sei der ärztlich assistierte Suizid.

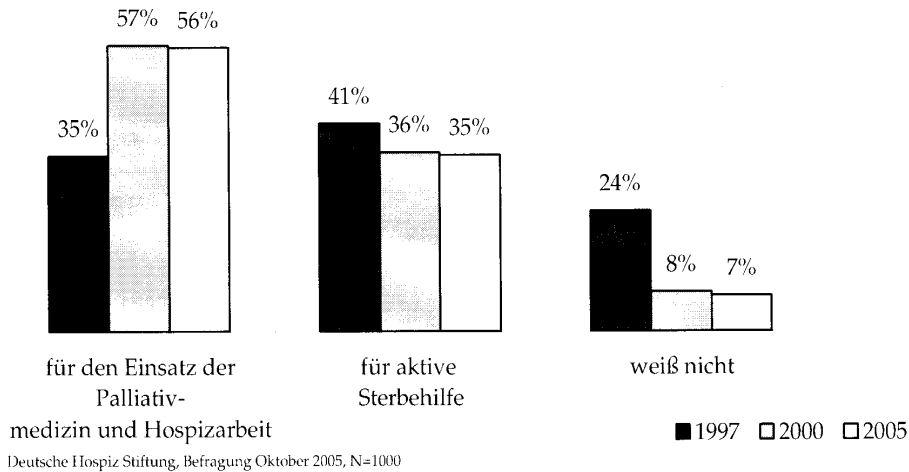
Palliativmedizin und Sterbehilfe in der Demoskopie

Ergebnisse einer Langzeitstudie „Sterbehilfe“ der Deutschen Hospiz Stiftung 2005

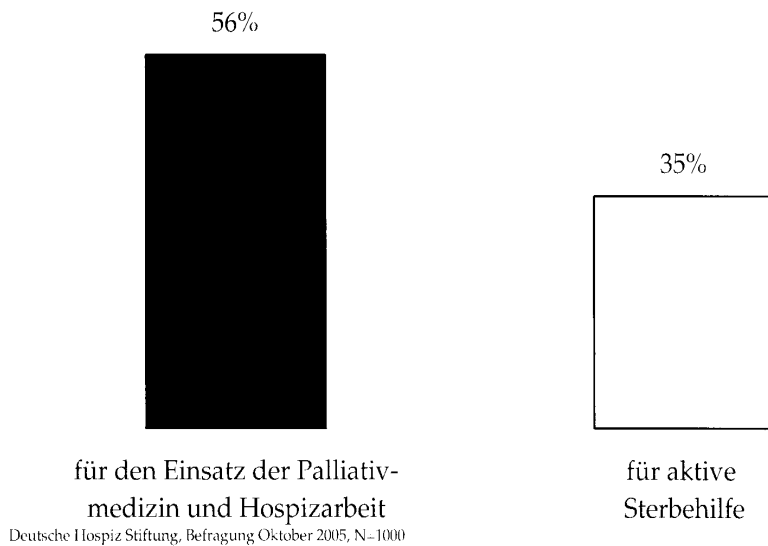
Einschätzung nach Wahlverhalten



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.

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.

Von der Pflicht zu töten und dem Recht zu sterben schrieb der Rechtssoziologe Klaus Lüderssen in der F.A.Z. vom 21.03.2006. Was der Wille erstrebe, erreiche er - auch wenn es der eigene Tod ist. Lüderssen zieht die letzte Konsequenz aus dem Autonomiegedanken und postuliert eine Pflicht zur Sterbehilfe.

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.

Der 66. Deutsche Juristentag (DJT) der Ende September 2006 tagte, sieht in Deutschland erheblichen Reformbedarf in der Gesetzgebung über Sterbebegleitung und Sterbehilfe. Er sprach sich mit großer Mehrheit für ein Gesetz aus, das Patientenverfügungen für verbindlich erklärt. Das bedeutet, dass Behandlungsabbrüche und das Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen auch schon vor der Sterbephase rechtlich erlaubt sein sollen. Im Strafgesetzbuch soll dabei ausdrücklich klar gestellt werden, dass sich Ärzte in solchen Fällen nicht strafbar machen.

Als verfehlt beurteilt der Göttinger Rechtswissenschaftler Prof. Gunnar Duttge demgegenüber die Ergebnisse des 66. Deutschen Juristentages zum Thema Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbegleitung. Das Ziel, für Patienten und Ärzte Rechtssicherheit zu schaffen, sei nicht erreicht worden, erklärte Duttge, der an der Georg-August- Universität Professor für Strafrecht und Strafprozessrecht ist und geschäftsführender Direktor des Zentrums für Medizinrecht. Der Jurist kritisiert "unbestimmte Begriffe und Grenzlinien, die nicht die gebotene Orientierung ermöglichen". Über die Belange der Ärzteschaft setzen sich die unverbindlichen Empfehlungen des vergangene Woche in Stuttgart tagenden Juristentages nach Ansicht von Prof. Duttge hinweg. Unter anderem begründet er diese Kritik mit der strikt bindenden Wirkung, die Patientenverfügungen haben sollen, aber dadurch Ärzte zu "Vollzugspersonen" eines unvernünftigen Patientenwillens machen. Beim DJT hatte der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Jörg-Dietrich Hoppe, sowohl die Tötung auf Verlangen als auch die Beihilfe zum Suizid als unvereinbar mit den ethischen Anforderungen an den Arztberuf bezeichnet.

Die „Aktion Gemeinsinn“ hat Anfang Oktober 2006 eine gesetzliche Grundlage für die Gültigkeit von Patientenverfügungen gefordert. Diese müssten unabhängig von Art und Stadium einer Krankheit gelten, appellierte die Initiative in einem offenen Brief an den Bundestag am Montag in Berlin. Auf eine grundsätzliche Überprüfung des Patientenwillens durch Vormundschaftsgerichte solle verzichtet werden. Zugleich sprach sich die Vereinigung gegen aktive Sterbehilfe und für den Ausbau der Palliativmedizin aus. Für Oktober werden Gesetzesentwürfe aus den Fraktionen zur Patientenverfügung erwartet.

Der Präsident des Bundesverfassungsgerichts, Hans-Jürgen Papier, hat sich 31. Dezember 2005 entschieden für eine Beibehaltung des strikten Verbots der aktiven Sterbehilfe ausgesprochen. „Das Tötungstabu darf in unserer Gesellschaft nicht durchbrochen werden. Aber genau das könnte die Konsequenz einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe sein“, sagte Papier in einem Interview mit der „Leipziger Volkszeitung“.

Bei einer Abschwächung des bestehenden Verbots würde nicht nur ein Dambruch drohen, sondern auch Missbrauch und sozialer Druck auf Patienten und Ärzte, warnte der Präsident des Bundesverfassungsgerichts. Der Gesetzgeber habe einen Schutzauftrag für das Leben. Diesem komme er dadurch nach, dass er das aktive Töten von Menschen verbiete und unter Strafe stelle.

Bundespräsident Johannes Rau hat sich zu diesen Fragen während der Eröffnungsveranstaltung des 107. Deutschen Ärztetages am 21.05.2004 in Bremen wie folgt geäußert:

„... Bei diesen Fragen muss sich unser Menschenbild bewähren; das gründet auf der Würde des Menschen. Die Unantastbarkeit der Menschenwürde steht aus gutem Grund ganz am Anfang unseres Grundgesetzes. Sie ist das

Leitbild, das auch der medizinischen Forschung die Richtung vorgibt und ihr Grenzen setzt.

Wir dürfen uns auch keine Entscheidung darüber anmaßen, wann das Leben zuende gehen soll. Ich begrüße sehr, dass die Bundesärztekammer vor wenigen Tagen ihre "Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung" neugefasst und veröffentlicht hat und dass sie am strikten Nein zur aktiven Sterbehilfe festhält. Sie haben Recht: Wir wollen nicht in einer Gesellschaft leben, die den Menschen den Tod nahe legt, wenn sie mit dem Leben nicht mehr zurechtkommen.

Darum müssen wir noch viel mehr dafür tun, dass Schmerz und Verzweiflung gelindert werden bis zur letzten Minute. Ich finde, Ärztinnen und Ärzte müssen in der Ausbildung auf diese Aufgabe vorbereitet werden. Die neue Approbationsordnung macht da einen Anfang: Schmerztherapie ist jetzt Prüfungsstoff. Vielen - auch mir - geht das nicht weit genug, aber es ist ein Anfang und ein Schritt in die richtige Richtung.

Schwerstkranke Menschen haben Angst vor einem qualvollen Sterben. Diese Angst kann die Schmerztherapie ihnen, nach allem, was ich weiß, in den allermeisten Fällen nehmen. ...“

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“, betonen 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, betonen 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.

Eine Annahme des heftig diskutierten Gesetzesentwurfs war im Mai Beobachtern zufolge auf absehbare Zeit nicht wahrscheinlich. 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.

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.“

Karl Kardinal Lehmann hat im Hessischen Ärzteblatt einmal 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.

Abschließend möchte ich noch einmal Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe zitieren:

„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.“

Hiermit möchte ich schließen und danke für Ihre Aufmerksamkeit.