



Schutz des Lebens und Selbstbestimmung am Lebensende

Symposium
des Hessischen Landtags
am 12. März 2007

Schriften des Hessischen Landtags
Heft 6

ISBN: 978-3-923150-31-1



HESSISCHER
LANDTAG

Schriften des Hessischen Landtags

Heft 6

Schriften des Hessischen Landtags

- Heft 1 Bioethik-Symposium des Hessischen Landtags am 17. November 2001, hrsg. von Klaus Peter Möller, Präsident des Hessischen Landtags, Wiesbaden. Hessischer Landtag, 2002
- Heft 2 Gedenkveranstaltung für die Opfer des Nationalsozialismus am 27.01.2004 im Plenarsaal des Hessischen Landtags, hrsg. von Norbert Kartmann, Präsident des Hessischen Landtags, Wiesbaden. Hessischer Landtag, 2006
- Heft 3 Gedenkveranstaltung für die Opfer des Nationalsozialismus am 27.01.2005 im Stadtverordnetensaal des Wiesbadener Rathauses, hrsg. von Norbert Kartmann, Präsident des Hessischen Landtags, Wiesbaden. Hessischer Landtag, 2006
- Heft 4 Gedenkveranstaltung für die Opfer des Nationalsozialismus am 26.01.2006 im Hessischen Landtag, hrsg. von Norbert Kartmann, Präsident des Hessischen Landtags, Wiesbaden. Hessischer Landtag, 2006
- Heft 5 Gedenkveranstaltung für die Opfer des Nationalsozialismus am 27.01.2007 im Ständehaus Kassel, hrsg. von Norbert Kartmann, Präsident des Hessischen Landtags, Wiesbaden. Hessischer Landtag, 2007

Schutz des Lebens und Selbstbestimmung am Lebensende

Symposium
des Hessischen Landtags
am 12. März 2007

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Herausgegeben von Norbert Kartmann,
Präsident des Hessischen Landtags

Redaktion: Bernd Friedrich, Hubert Müller, Susanne Baier,
Michaela Öftring

Herstellung: Elektra Reprografischer Betrieb GmbH, Niedernhausen
ISBN: 978-3-923150-31-1

© 2009 Hessischer Landtag, Wiesbaden, Schlossplatz 1 – 3

Inhaltsverzeichnis

Vorworte

Norbert Kartmann <i>Präsident des Hessischen Landtags</i>	15
Margarete Ziegler-Raschdorf <i>Vorsitzende des Rechtsausschusses</i>	16

Grußworte

Dr. Judith Pauly-Bender <i>Vorsitzende des Sozialpolitischen Ausschusses</i>	17
Jürgen Banzer <i>Hessischer Minister der Justiz</i>	19

Stellungnahmen der Landtagsfraktionen:

Hugo Klein, CDU-Fraktion	21
Heike Hofmann, SPD-Fraktion	23
Dr. Andreas Jürgens, Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	24
Ruth Wagner (Darmstadt), FDP-Fraktion	26

Symposium „Schutz des Lebens und Selbstbestimmung am Lebensende“ am 12. März 2007 im Hessischen Landtag

Begrüßung und Einführung

Norbert Kartmann <i>Präsident des Hessischen Landtags</i>	29
--	----

Teil 1:

Zwischen Autonomie und unbedingtem Lebensschutz.

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

Bischof Prof. Dr. habil. Martin Hein <i>Evangelische Kirche von Kurhessen-Waldeck</i>	32
Prof. Dr. theol. Josef Schuster <i>Philosophisch-Theologische Hochschule St. Georgen, Frankfurt a. M.</i>	36
Dr. theol. Kurt W. Schmidt <i>Zentrum für Ethik in der Medizin am Markus-Krankenhaus, Frankfurt a. M.</i>	40

Christiane Weber-Hassemer <i>Staatssekretärin a. D., Vorsitzende Richterin am OLG Frankfurt am Main, Vorsitzende des Nationalen Ethikrats</i>	44
Diskussion:	
Lothar Quanz <i>Vizepräsident des Hessischen Landtags</i>	48
Dr. med. Markus Parzeller <i>Institut für Forensische Medizin der Universität Frankfurt a. M.</i>	48
Lothar Quanz <i>Vizepräsident des Hessischen Landtags</i>	48
Christiane Weber-Hassemer <i>Staatssekretärin a. D., Vorsitzende Richterin am OLG Frankfurt am Main, Vorsitzende des Nationalen Ethikrats</i>	48
Prof. Dr. theol. Josef Schuster <i>Philosophisch-Theologische Hochschule St. Georgen, Frankfurt a. M.</i>	49
Bischof Prof. Dr. habil. Martin Hein <i>Evangelische Kirche von Kurhessen-Waldeck</i>	50
Dr. med. Michael Popović <i>Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer Hessen</i>	50
Ruth Wagner (Darmstadt), MdL	52
Dr. theol. Kurt W. Schmidt <i>Zentrum für Ethik in der Medizin am Markus-Krankenhaus, Frankfurt a. M.</i>	53
Prof. Dr. theol. Josef Schuster <i>Philosophisch-Theologische Hochschule St. Georgen, Frankfurt a. M.</i>	54
Bischof Prof. Dr. habil. Martin Hein <i>Evangelische Kirche von Kurhessen-Waldeck</i>	55
Lothar Quanz <i>Vizepräsident des Hessischen Landtags</i>	56
Christiane Weber-Hassemer <i>Staatssekretärin a. D., Vorsitzende Richterin am OLG Frankfurt am Main, Vorsitzende des Nationalen Ethikrats</i>	56
Dr. Andreas Jürgens, MdL	57
Christiane Weber-Hassemer <i>Staatssekretärin a. D., Vorsitzende Richterin am OLG Frankfurt am Main Vorsitzende des Nationalen Ethikrats</i>	57
Dr. theol. Kurt W. Schmidt <i>Zentrum für Ethik in der Medizin am Markus-Krankenhaus, Frankfurt a. M.</i>	58

Bischof Prof. Dr. habil. Martin Hein <i>Evangelische Kirche von Kurhessen-Waldeck</i>	59
Prof. Dr. theol. Josef Schuster <i>Philosophisch-Theologische Hochschule St. Georgen, Frankfurt a. M.</i>	60
Dr. med. Jürgen Bickhardt <i>Mitglied der Arbeitsgruppe des BMJ „Patientenautonomie am Lebensende“ und der BAG Hospiz, Erding</i>	60
Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach <i>Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen</i>	61
Lothar Quanz <i>Vizepräsident des Hessischen Landtags</i>	61

Teil 2:

Zwischen straffreier Selbsttötung und strafbarer Tötung auf Verlangen. Zur Klärung des strafrechtlichen Lebensschutzes am Lebensende

Prof. Dr. Torsten Verrel <i>Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Gutachter des 66. Deutschen Juristentages in Stuttgart</i>	62
Prof. Dr. Gabriele Wolfslast <i>Justus-Liebig-Universität Gießen</i>	67

Diskussion:

Lothar Quanz <i>Vizepräsident des Hessischen Landtags</i>	73
Dr. med. Michael Popović <i>Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer Hessen</i>	73
Prof. Dr. Torsten Verrel <i>Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Gutachter des 66. Deutschen Juristentages in Stuttgart</i>	74
Prof. Dr. Gabriele Wolfslast <i>Justus-Liebig-Universität Gießen</i>	74
Dr. Andreas Jürgens, MdL	75
Prof. Dr. Torsten Verrel <i>Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Gutachter des 66. Deutschen Juristentages in Stuttgart</i>	75
Prof. Dr. Gabriele Wolfslast <i>Justus-Liebig-Universität Gießen</i>	76

Dr. med. Michael Popović <i>Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer Hessen</i>	76
Prof. Dr. Gabriele Wolfslast <i>Justus-Liebig-Universität Gießen</i>	76
Ruth Wagner (Darmstadt), <i>MdL</i>	77
Prof. Dr. Torsten Verrel <i>Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Gutachter des 66. Deutschen Juristentages in Stuttgart</i>	78
Prof. Dr. Gabriele Wolfslast <i>Justus-Liebig-Universität Gießen</i>	78
Dr. med. Markus Parzeller <i>Institut für Forensische Medizin der Universität Frankfurt a. M.</i>	78
Prof. Dr. Torsten Verrel <i>Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Gutachter des 66. Deutschen Juristentages in Stuttgart</i>	78
Prof. Dr. Gabriele Wolfslast <i>Justus-Liebig-Universität Gießen</i>	79
Christian Poplutz <i>Hessische Staatskanzlei</i>	79
Prof. Dr. Torsten Verrel <i>Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Gutachter des 66. Deutschen Juristentages in Stuttgart</i>	80
Prof. Dr. Gabriele Wolfslast <i>Justus-Liebig-Universität Gießen</i>	80
Lothar Quanz <i>Vizepräsident des Hessischen Landtags</i>	80

Teil 3:

Möglichkeiten und Grenzen der Selbstbestimmung am Lebensende. Patientenverfügung, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht, was noch?

Prof. Dr. Volker Lipp <i>Universität Göttingen</i>	81
Klaus Kutzer <i>Vorsitzender Richter am Bundesgerichtshof a. D.</i>	87
Petra Vetter <i>Rechtsanwältin, Stuttgart</i>	92

Diskussion:

Norbert Kartmann <i>Präsident des Hessischen Landtags</i>	100
Anne Oppermann, <i>MdL</i>	100
Norbert Kartmann <i>Präsident des Hessischen Landtags</i>	100
Dr. Andreas Jürgens, <i>MdL</i>	100
Norbert Kartmann <i>Präsident des Hessischen Landtags</i>	101
Klaus Kutzer <i>Vorsitzender Richter am Bundesgerichtshof a. D.</i>	101
Prof. Dr. Volker Lipp <i>Universität Göttingen</i>	102
Dr. Andreas Jürgens, <i>MdL</i>	104
Prof. Dr. Volker Lipp <i>Universität Göttingen</i>	104
Petra Vetter <i>Rechtsanwältin, Stuttgart</i>	104
Ruth Wagner, <i>MdL</i>	105
Petra Vetter <i>Rechtsanwältin, Stuttgart</i>	105
Norbert Kartmann <i>Präsident des Hessischen Landtags</i>	105

Teil 4:

Konzepte der Sterbebegleitung

1. Palliativmedizin

2. Hospizbewegung

Peter Otto <i>1. Vorsitzender der LAG Hospize Hessen, Immenhausen</i>	106
Eugen Brysch <i>Geschäftsführender Vorstand der Deutschen Hospizstiftung</i>	112
Jürgen Bickhardt <i>Mitglied der Arbeitsgruppe des BMJ „Patientenautonomie am Lebensende und der BAG Hospiz, Erding</i>	116

Elke Jäger
*Chefonkologin Nord-West-Krankenhaus Frankfurt a. M. und
Vorstand der Stiftung „Leben mit Krebs“* 123

Dr. med. Thomas Nolte
Zentrum für ambulante Palliativversorgung, Wiesbaden 128

Diskussion:

Norbert Kartmann
Präsident des Hessischen Landtags 134

Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen 134

Michael Popović
Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer Hessen 134

Dr. Thomas Spies, MdL 136

Dr. med. Thomas Nolte
Zentrum für ambulante Palliativversorgung, Wiesbaden 136

Dr. Jürgen Bickhardt
*Mitglied der Arbeitsgruppe des BMJ „Patientenautonomie am Lebensende“
und der BAG Hospiz, Erding* 137

Eugen Brysch
Geschäftsführender Vorstand der Deutschen Hospizstiftung 137

Peter Otto
1. Vorsitzender der LAG Hospize Hessen, Immenhausen 139

Schlusswort

Norbert Kartmann
Präsident des Hessischen Landtags 141

ANHANG 1: Folien zum Vortrag von Prof. Dr. Torsten Verrel	143
ANHANG 2: Folien zum Vortrag von Peter Otto	147
ANHANG 3: Drs. 16/4644 des Hessischen Landtags	161
ANHANG 4: Drs. 16/4733 des Hessischen Landtags	163
ANHANG 5: Auszug aus dem Plenarprotokoll der 89. Plenarsitzung des Hessischen Landtags, 16. Wahlperiode, vom 20. Dezember 2005	165

Vorwort

Norbert Kartmann

Präsident des Hessischen Landtags

Das Thema Schutz des Lebens ist aktuell und hoch sensibel. Die Fragestellung ist nicht neu, jedoch gewinnt sie durch die stete Fortentwicklung medizinischer Lebenserhaltungsmaßnahmen an Facettenreichtum. Das Personal in Krankenhäusern, sowie in den Alten- und Pflegeheimen ist täglich mit den konkreten Bedürfnissen der Menschen an ihrem Lebensende konfrontiert. Auf der einen Seite sind Gesetzesgrundlagen von Nöten, um den Verantwortlichen Handreichungen zu geben. Auf der anderen Seite ist die Erkenntnis weit verbreitet, dass es keine Standardisierungen in diesem Bereich geben kann und darf. Es geht um das hohe Gut des Lebens. Dass das Thema die Menschen erreicht hat, zeigt unter anderem das starke Interesse an Patientenverfügungen. Gerade die Medien haben sich dieser Thematik um Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten angenommen. Aber auch hier gilt es, gewissenhaft und verlässlich mit umzugehen. Vorschnelle Entscheidungen dürfen jedenfalls nicht zu einer voreiligen Entäußerung des Rechts auf Leben führen.

Der Bereich zwischen Leben und Tod wirft viele Fragen auf. Es gibt mehr Fragen als Antworten. Die Politik kann sie nicht alleine lösen, aber sie ist im Hinblick auf den Umgang mit dem Lebensende in der Pflicht.

Der Hessische Landtag ist sich seiner Verantwortung bewusst und war im Jahr 2007 Ausrichter des Symposiums „Zum Schutz des Lebens“. Hochkarätige Referenten aus verschiedenen wissenschaftlichen Bereichen haben ihre Tatsachen, Ansichten und Probleme sachkundig dargelegt. Es ging an diesem Tag um den Austausch zwischen Wissenschaft, den Kirchenvertretern und der Politik.

Mein Dank gilt neben den Referenten, den Mitgliedern des Sozialpolitischen als auch des Rechtsausschusses des Hessischen Landtags, dass sie sich mit diesem Thema beschäftigt haben, um den Regelungsbedarf offensichtlich auf die politische Agenda zu schreiben.

Vorwort

Margarete Ziegler-Raschdorf
Vorsitzende des Rechtsausschusses

Die größte Freiheit für jeden Menschen ist es, selbst bestimmt zu leben. Diese Selbstbestimmung stößt dann an ihre Grenzen, wenn Menschen an ihrem Lebensende nicht mehr in der Lage sind, ihren Willen zu äußern. Die moderne Medizin bietet zahlreiche Möglichkeiten, das Lebensende zu erleichtern und Schmerzen zu lindern. Die Medizin ist heute ebenso in der Lage, den Sterbeprozess hinauszuzögern und damit das Leben in einer Weise zu verlängern, die viele Menschen als belastend empfinden und von daher ablehnen. Alle Menschen wollen menschenwürdig leben, aber auch menschenwürdig sterben. Der Wunsch ist, möglichst lange am Leben zu bleiben, nicht aber qualvoll künstlich am Leben gehalten zu werden. Wer über seine medizinische Behandlung nicht mehr selbst entscheiden kann, möchte trotzdem sicherstellen, dass auch in diesem Fall sein rechtzeitig zuvor geäußelter Wille Berücksichtigung findet.

Der Hessische Landtag hat sich in einer anspruchsvollen Plenardebatte in seiner 89. Sitzung am 20. Dezember 2005 mit Fragen des Lebensschutzes und der Selbstbestimmung am Lebensende beschäftigt und insbesondere die Frage der Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung von Patientenverfügungen behandelt. Die intensive Beschäftigung des Gesetzgebers mit diesem Thema machte weiteren umfassenden Erörterungsbedarf deutlich. Daraufhin führte der Hessische Landtag am 12. März 2007 im Musiksaal des Hessischen Landtages ein ganztägiges Symposium

„Schutz des Lebens und Selbstbestimmung am Lebensende“

durch. An diesem eindrucksvollen Symposium nahmen Verfassungsrechtler, Mediziner, Vertreter der Kirchen und weitere Sachverständige teil.

Die Plenardebatte, die Beiträge der Gäste des Symposiums und der Verlauf der Diskussion sind in dieser Broschüre zusammengefasst. Der Niederschrift vorangestellt sind die Stellungnahmen der vier Landtagsfraktionen von CDU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und von FDP sowie Grußworte von der Vorsitzenden des Sozialpolitischen Ausschusses, Frau Judith Pauly-Bender und des Hessischen Staatsministers der Justiz, Herrn Jürgen Banzer.

Mit dieser Broschüre möchte der Hessische Landtag einen hilfreichen Beitrag zur öffentlichen Debatte des Themas leisten.

Grußwort

Dr. Judith Pauly-Bender
Vorsitzende des Sozialpolitischen Ausschusses

Die Fortschritte der modernen Medizin ermöglichen lebenserhaltende medizinische Maßnahmen bei schwerstkranken und alten Menschen, die die Gesellschaft mit einer neuen ethischen Grunddebatte konfrontieren. Im Spannungsfeld Lebensschutz, Sterbebegleitung und Lebenshilfe werden auch an die Politik neue Fragen gestellt. Zweifellos sind das Recht auf Leben und die körperliche Unversehrtheit gänzlich indisponible Verfassungswerte. Ebenso genießt das individuelle Selbstbestimmungsrecht allerhöchsten Verfassungsrang. Doch wie genau sind die Grenzen zu ziehen zwischen der Entscheidung des Arztes oder der Angehörigen auf lebenserhaltende medizinische Maßnahmen und der individuellen Entscheidung des Betroffenen darüber, in welchem Ausmaß und wie lange die moderne Intensivmedizin das Leben verlängern soll?

Für viele Menschen ist der Tod ein Tabuthema. Die Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben und Tod geschieht erst bei der Konfrontation mit dem Tod eines Angehörigen oder eines nahestehenden Menschen, nicht selten verursacht durch einen plötzlichen Unfall oder auch in einem längeren Prozess durch Krankheit vor dieser Situation.

Verständlich ist dabei der Wunsch, möglichst selbstbestimmt über das eigene Ende zu entscheiden. Doch was, wenn man nicht mehr in der Lage ist, Entscheidungen zu treffen z. B. im Falle eines (Wach-)Komas, von Altersdemenz, schwerer geistiger Behinderung etc.?

Aber kann man sich wirklich sicher sein, wie man in der konkreten Situation denkt, fühlt oder handeln würde? Nicht selten wird ein Verweis auf einschlägige Statistiken geführt, denen zufolge Patientenverfügungen effektiv nur in 3 bis 4 % aller Fälle bei Entscheidungen über Leben oder Tod angewandt werden sollen. Sei es, weil keine Patientenverfügung verfasst wurde, weil sie unbrauchbar ist wegen unklarer Formulierungen oder weil die genannten Fälle in der Patientenverfügung schlicht nicht zutreffend sind auf die Situation. Oder weil die Papiere schon zu alt sind und unklar ist, ob der dort festgehaltene Wille noch gelten soll.

Vielfach wird in der Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben oder dem Sterben eines nahestehenden Menschen und in der Sterbehilfedebatte allgemein der Ruf nach aktiver Sterbehilfe laut – sei es aus der verständlichen Angst vor einem „unwürdigen“ Tod mit zu viel Intensivmedizin oder sei es aus der jedem nachvollziehbaren Angst vor unerträglichen Schmerzen. Und auch höchst problematische Diskussionen im benachbarten Ausland geben uns allen Anlass zu einer sorgfältigen politischen Debatte, die in der Auseinandersetzung um die Sterbehilfe nicht verpasst, auch deutliche Grenzen zu ziehen: Manchmal wird Sterbehilfe einfach nur aus „Mitleid“ ge-

wünscht, weil andere das Leben eines Dritten als „unwürdig“ oder „nicht lebenswert“ empfinden und der Ansicht sind, dieses Leben sollte aktiv beendet werden.

Es ehrt den Hessischen Landtag, sich vorgenommen zu haben, sich an der Diskussion um den Schutz des Lebens und der Selbstbestimmung am Lebensende im Dialog mit berufenen Fachleuten zu beteiligen. Die aufgeworfenen Fragen gehen weit über die Kompetenzen eines Landtages hinaus – allerdings ist es Ausdruck einer funktionierenden Demokratie, die Auseinandersetzung um ethische Grundfragen nicht allein dem nationalen Ethikrat zu delegieren, sondern öffentlich und mit möglichst breiter Wirkung zu führen.

Es ist nicht zu erwarten, aber auch nicht nötig, dass nach Auswertung des Symposiums im Hessischen Landtag alle sich stellenden Fragen zum Thema klar beantwortet sind.

Darf ein Mensch sich anmaßen, über das Lebensende eines Dritten zu bestimmen? Gibt es ein „Recht auf den eigenen Tod“ durch die eigene Hand oder die Hand eines Dritten? Welche Konsequenzen hat dieses vermeintliche Recht für unsere Gesellschaft? Könnte aus dem „Recht zum Sterben“ nicht die Pflicht zum Sterben werden (Stichwort „Ballastexistenzen“) z. B. wegen eines immer gravierender werdenden Kostenfaktors im Gesundheitswesen und in den Pflegeheimen? Was hat die Situation in den Alten- und Pflegeheimen mit dem Wunsch nach aktiver Sterbehilfe zu tun? Was ist „würdiges“ Sterben bzw. „unwürdiges“ Sterben, und welche Vorstellungen habe ich selbst davon? Gibt es eventuell Alternativen, die ein Sterben in Würde möglich machen, ohne aktive Sterbehilfe leisten zu müssen? Was ist gesetzlich erlaubt, was ist nicht erlaubt im Bezug auf „Sterbehilfe“, welche Unterschiede gibt es, wo sind die Grenzen? Was bieten Palliativmedizin, Hospizarbeit, Sterbebegleitung für Alternativen für ein Sterben in Würde? Ist ein Ruf nach „Lebenshilfe“ und „Sterbebegleitung“ nicht besser als ein Ruf nach „Sterbehilfe“ in dem Sinne, wie dieser Begriff allgemein in der Bedeutung besetzt ist?

Nicht selten aber hilft bereits die Erarbeitung weiterführender Fragen zu geeigneten Teilantworten. Möglicherweise verstummt ein Großteil der Rufe nach aktiver Sterbehilfe, wenn man Betroffenen Alternativen wie palliativmedizinische Betreuung, Hospizarbeit, Sterbebegleitung aufzeigt. Vielfach steckt bei dem Wunsch nach einem schnellen Tod durch die eigene Hand oder die Hand eines Dritten die Angst vor einem qualvollen Sterben, einsam und verlassen irgendwo abgestellt, oder einer „Übersorgung“ durch Intensivmedizin, die ein Sterben nicht zulässt.

Grußwort

Jürgen Banzer
Hessischer Minister der Justiz

Der Tod und ein würdevolles Sterben haben die Menschen seit jeher beschäftigt. Uns stellt sich die Frage, was uns nach dem Leben erwartet und wie sich der Übergang vom Leben in den Tod vollzieht. Letztendlich ist dies ein Weg in das Ungewisse. Nach der christlichen Weltanschauung und den meisten anderen Religionen ist das Leben jedenfalls etwas Heiliges, ein Geschenk Gottes. Grundsätzlich sollte daher kein Mensch darüber disponieren dürfen. Im Rahmen des medizinischen Fortschritts ist es den Menschen aber heute mehr denn je möglich, Einfluss auf den genauen Zeitpunkt des Todes zu nehmen. Dies ist eine Errungenschaft, mit der meines Erachtens behutsam und verantwortungsvoll umgegangen werden sollte.

Dabei geht es nicht darum, in das Selbstbestimmungsrecht sterbenskranker Menschen einzugreifen, sondern vielmehr dem berechtigten Wunsch nach einem würdevollen Sterben Rechnung zu tragen. Dies gilt insbesondere für die Fälle, in denen aufgrund schwerer Krankheit oder eines Unfalls mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit durch medizinische Eingriffe lediglich eine Verlängerung des Leidens zu erwarten ist. Rechtssicherheit ist für Ärzte und Betreuer enorm wichtig. Wir brauchen eine gesetzliche Vorgabe, die klarstellt, wann eine medizinische Behandlung nicht mehr fortgesetzt werden darf, weil der betroffene Patient dies nicht wünscht.

Ich hoffe, dieses Symposium wird dazu beitragen, die schwierige Thematik der Selbstbestimmung am Lebensende durch vernünftige gesetzliche Regelungen zu gestalten, die der besonderen Bedeutung des Lebens gerecht werden und dabei die Eigenverantwortlichkeit des Menschen angemessen berücksichtigen.

Stellungnahmen der Landtagsfraktionen:

Hugo Klein, *CDU-Fraktion*

Das Thema „Selbstbestimmung am Lebensende“ und die damit verbundene Ausübung des eigenen freien Willens sind immer im Zusammenhang mit dem „Schutz des Lebens“ als Verfassungsauftrag des Staates und der Würde des Menschen zu sehen. Aus Sicht der CDU-Fraktion im Hessischen Landtag ist die Politik dazu aufgerufen, Orientierung und Hilfestellung für Menschen in der schwierigsten Situation ihres Lebens anzubieten. Das gilt nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für das medizinische und pflegende Personal, bei denen bisher große Unsicherheit darüber herrscht, was „richtig“ oder „falsch“ ist. Zudem fehlen häufig hinreichende Informationen, ob sie sich durch eine einmal getroffene Entscheidung strafrechtlich belangbar gemacht haben.

Sie wünschen eine größere Rechtssicherheit und klarere, verständlichere gesetzliche Regelungen. Wir wollen uns dieser Herausforderung stellen. Das Symposium des Hessischen Landtags zum Thema „Schutz des Lebens und Selbstbestimmung am Lebensende“ konnte hierzu erste Anhaltspunkte liefern, ohne dass die Diskussion zu den entscheidenden Fragen in dieser Legislaturperiode zu einem Abschluss gebracht wurde.

Der so genannte abstrakte Lebensschutz, den der Staat zu gewähren hat, ist dem privaten Selbstbestimmungsrecht übergeordnet. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfGE 4, 7) hat dazu entschieden, dass die Beschränkung des Selbstbestimmungsrechts „Ausdruck eines Menschenbildes“ ist, in dem der Einzelne nicht isoliertes Individuum ist, sondern als Glied der Gemeinschaft gilt und daher die Schranken seiner Selbstbestimmung hinnehmen muss.

Als christliche Partei leitet sich unsere grundsätzliche Position auch aus dem Glauben und unserer christlichen Tradition ab: wir selbst sind nicht Herr über Leben und Tod, auch nicht über das eigene Leben. Diese Aussage kann zwar nicht alleine als Grundlage der weiteren Gesetzgebung dienen; sie bietet uns aber Orientierung.

So vermeintlich klar die juristischen Grenzen gezogen sind, so wenig hat insbesondere der strafrechtliche Umgang mit der „Tötung auf Verlangen“ mit der ärztlichen oder pflegerischen Praxis zu tun. Es drohen die Grenzen zwischen aktiver – strafbarer - und passiver Sterbehilfe zu verschwimmen. Diese Diskussion wird auch auf Ebene des Bundesgesetzgebers fortzuführen sein. Eine aktive Sterbehilfe lehnt die CDU-Landtagsfraktion gleichwohl ab.

Eine gesetzliche Verankerung der Patientenverfügung im Betreuungsrecht hält die CDU-Fraktion im Hessischen Landtag für unbedingt erforderlich. Ebenso werden wir uns für einen flächendeckenden Ausbau der Palliativmedizin und die Stärkung der ambulanten und stationären Hospize unter stärkerer Einbindung der Kranken-

kassen einsetzen. Gerade diese beiden Lösungen sind erfolgreiche Beiträge gegen die aktive Sterbehilfe. Zudem erscheinen bessere Informationen (beispielsweise durch Krankenkassen, Gesundheitsministerium etc.) für Patientinnen und Patienten auf der einen Seite und eine Aufklärungskampagne innerhalb der Ärzteschaft auf der anderen Seite sinnvoll.

Die CDU-Fraktion lehnt die gewerbsmäßige Sterbehilfe ab und wird auf ein Verbot der gewerbsmäßigen Sterbehilfe hinwirken.

Heike Hofmann, *SPD-Fraktion*

Der Hessische Landtag hat mit seinem Symposium „Schutz und Selbstbestimmung am Lebensende“ einen wichtigen Beitrag zur Diskussion über das Lebensende die Patientenautonomie sowie würdige Bedingungen für kranke und sterbende Menschen geleistet. Ich hoffe, dass die aus dem Symposium gewonnenen Erkenntnisse für die weitere Diskussionen und Meinungsbildungen gewinnbringend genutzt werden können.

Jeder Mensch hat das Recht, selbstverantwortlich und frei darüber zu entscheiden, ob und welche Behandlungsmaßnahmen im Krankheitsfall durchgeführt werden sollen. In dem Spannungsverhältnis zwischen dem Schutz des Lebens auf der einen Seite und dem Selbstbestimmungsrecht am Lebensende, also ob lebensverlängernde Maßnahmen durchgeführt werden, muss diese Entscheidung allein dem Sterbenden zukommen. Kann der Patient nicht mehr selbst seine Entscheidung treffen oder zum Ausdruck bringen, muss eine andere Person an seiner Stelle entscheiden. Dies kann durch einen gerichtlich bestellten Betreuer oder eine vom Patienten bevollmächtigte Person geschehen. In einer Betreuungsverfügung bzw. Vorsorgevollmacht kann der Betroffene dem Betreuer bzw. Bevollmächtigten Weisungen für seine Entscheidungen erteilen.

Mit einer Patientenverfügung können ohne Bestellung eines Betreuers oder eines Bevollmächtigten mit bindender Wirkung gegenüber jedermann verbindliche Erklärungen über Durchführung oder Unterbleiben von Behandlungsmaßnahmen abgegeben werden. Ich befürworte eine gesetzliche Regelung, die das Selbstbestimmungsrecht des Patienten stärkt. Sie sollte im Hinblick auf das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen keine sogenannte Reichweitenbegrenzung beinhalten. Eine strikte Bindung an eine Patientenverfügung kann dabei aber nur in Betracht kommen, wenn diese schriftlich abgefasst ist und zeitnah ausdrücklich bestätigt wurde.

Das Selbstbestimmungsrecht findet seine Grenze jedoch dort, wo Straftatbestände erfüllt würden. Daher ist die aktive Sterbehilfe, auch gerade im Hinblick auf unsere Vergangenheit, strikt abzulehnen.

Zu einem würdevollen Sterben gehört genauso ein Sterben in würdevoller und ruhiger Umgebung. Aus diesem Grund ist ein Ausbau der Hospizarbeit sehr zu begrüßen.

Jeder Betroffene kann am Lebensende selbst bestimmen, in welchem Maß er ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt. Hierbei leistet die Schmerztherapie einen wichtigen Beitrag, würdevoll zu sterben. In Hessen muss die Palliativmedizin deshalb weiter ausgebaut werden.

Das ganztägige Symposium des Landtags mit der Anhörung vieler hochkarätiger Sachverständiger war ein parlamentarischer Höhepunkt in der 16. Wahlperiode des Hessischen Landtags. In sehr fundierten und ausführlichen Diskussionen konnten die Abgeordneten mit den geladenen Fachleuten viele Facetten eines umfangreichen Themas erörtern. Viele Menschen beschäftigen sich mit Fragen von Leben und Tod sehr intensiv. Sie erwarten von den politisch Verantwortlichen dabei zu Recht Hilfe und Orientierung. Wir sind uns bewusst, dass nichts so hoch individuell ist, wie die Einstellung zu Tod und Sterben. Allgemein gültige Festlegungen sind daher von vornherein nur sehr behutsam zu entwickeln in einem möglichst großen gesellschaftlichen Konsens.

Vor diesem Hintergrund können für die Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN die wichtigsten Ergebnisse unseres Symposiums wie folgt zusammengefasst werden:

Jeder Mensch hat das Recht, selbstverantwortlich und frei darüber zu entscheiden, ob und welche Behandlungsmaßnahmen im Krankheitsfall durchgeführt werden sollen. Ärztliche Pflicht ist es, den Patienten aufzuklären über die möglichen Folgen von Krankheit und Behandlungsalternativen und so Entscheidungshilfe zu leisten. Seelsorger, Angehörige und andere nahe stehende Personen können helfen, eine selbstbestimmte Entscheidung zu finden. Dies gilt auch bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung. Ob lebensverlängernde Maßnahmen durchgeführt werden, unterliegt allein dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Eine Tötung auf Verlangen in Form der aktiven Sterbehilfe ist strafbar und muss dies auch weiterhin bleiben.

Kann ein Patient nicht (mehr) selbst eine Entscheidung treffen oder zum Ausdruck bringen (wegen Demenz, geistiger Erkrankung, dauernder Bewusstlosigkeit etc.), muss eine andere Person an seiner Stelle entscheiden. Nach geltendem Recht kann dies ein gerichtlich bestellter Betreuer oder eine vom Patienten für diesen Fall bevollmächtigte Person sein. In einer Betreuungsverfügung oder in der Vorsorgevollmacht kann der Betroffene dem Betreuer oder dem Bevollmächtigten Weisungen für seine Entscheidung erteilen. Hieran ist der Betreuer bzw. der Bevollmächtigte gebunden, wenn sie nicht dem Wohl des Patienten widersprechen oder erkennbar ist, dass der Patient an den Weisungen nicht mehr festhalten will. Ärzte und medizinisches Personal sind verpflichtet, den Entscheidungen des Betreuers oder Bevollmächtigten Folge zu leisten. Im Zweifelsfall entscheidet das Vormundschaftsgericht.

Auch für den Betreuer oder Bevollmächtigten ebenso wie für Ärzte und medizinisches Personal ist eine aktive Sterbehilfe ausgeschlossen. Aktive Sterbehilfe widerspricht den ethischen Grundlagen der Gesellschaft. Die gezielte Beendigung des Lebens unterliegt, wenn überhaupt, allenfalls der Disposition des Betroffenen selbst. Die gezielte Tötung eines Anderen ist dagegen absolut verboten, selbst wenn das Opfer in die Tötung einwilligt oder diese gar verlangt (§ 216 StGB). Hieran darf sich nach unserer Überzeugung nichts ändern.

Ob neben den bestehenden Möglichkeiten der Vorsorge eine gesetzliche Regelung der Patientenverfügung notwendig ist, ist umstritten. Mit einer Patientenverfügung können ohne Bestellung eines Betreuers oder eines Bevollmächtigten mit bindender Wirkung gegenüber jedermann verbindliche Erklärungen über Durchführung oder Unterbleiben von Behandlungsmaßnahmen abgegeben werden. Wir befürworten eine gesetzliche Regelung, die das Selbstbestimmungsrecht des Patienten stärkt. Eine strikte Bindung an eine Patientenverfügung kann dabei nur in Betracht kommen, wenn diese schriftlich abgefasst ist.

Die Palliativmedizin muss weiter gefördert und ausgebaut werden. Jeder Betroffene muss auch am Lebensende selbst bestimmen können, in welchem Maß er ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt. Dabei leistet die Schmerztherapie einen wichtigen Beitrag, würdevoll zu sterben. Schmerzlindernde Mittel dürfen auch dann verabreicht werden, wenn sich im Einzelfall eine Lebensverkürzung hierdurch nicht ausschließen lässt.

Weiterhin ist ein Ausbau der Hospizarbeit notwendig. Stationäre Hospize ermöglichen ein Sterben in würdevoller und ruhiger Umgebung. Ambulante Hospizdienste helfen Sterbenden und ihren Angehörigen durch Begleitung im letzten Lebensabschnitt. Sie können auch dazu beitragen, dass keine Lebenserhaltung um den Preis der Unmenschlichkeit stattfindet. Hier kann der Sterbeprozess bewusst wahrgenommen und begleitet werden. Die Verwandten können in aller Würde Abschied nehmen. Eine bessere Unterstützung der Hospize und der ambulanten Hospizdienste ist daher dringend notwendig.

Ruth Wagner (Darmstadt), *FDP-Fraktion*

Menschenwürdig leben und menschenwürdig sterben – das muss aus liberaler Sicht das Leitmotiv der Diskussion zum Schutz des Lebens und der Selbstbestimmung am Lebensende sein. Der Sterbeprozess ist Teil des Lebens. Es ist unser aller Aufgabe, mit sterbenden Menschen Solidarität zu üben und sie nicht allein zu lassen. Das gilt persönlich genauso wie politisch.

Der Hessische Landtag hat sich in einer Plenardebatte und einem eindrucksvollen Symposium mit diesem Thema unter theologischen, philosophisch-ethischen, straf- und verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten sowie mit der Patienten- bzw. der Betreuungsverfügung, der Vorsorgevollmacht und Konzepten der Sterbebegleitung, also Fragen der Palliativmedizin sowie der Hospizbewegung, eingehend beschäftigt.

Dabei mussten wir als Politikerinnen und Politiker erkennen, dass die Möglichkeiten einer Patienten- bzw. Betreuungsverfügung oder auch der Vorsorgevollmacht nur Bausteine einer Politik für ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod sind. Wir brauchen vor allem mehr Qualität in der Pflege, eine professionelle, leidmindernde Palliativmedizin und eine gut ausgebaute und möglichst flächendeckend vorhandene Versorgung mit Hospizdiensten.

Auf dem Symposium wurde weiterhin deutlich, dass nicht in erster Linie gesetzgeberische, also rechtspolitische Reformen nötig sind, sondern die Stärkung der Patientenautonomie in den Vordergrund zu rücken ist. Leitbild muss das Bild eines Menschen sein, der über sein Leben auch in existentiellen Fragen soweit wie möglich selbst entscheiden kann. Mit diesem Menschenbild erhält die Selbstbestimmung grundsätzlich Vorrang vor anderen Überlegungen, seien sie auch noch so fürsorglich motiviert. Fürsorglicher Paternalismus mit Zwangsbehandlung ist nicht unser Ziel, wir vertrauen dagegen auf die Kraft und Urteilsfähigkeit des einzelnen Menschen.

Eine rechtzeitig verfügte Willenserklärung würde für die Menschen selbst und für Dritte erhebliche Unsicherheiten ausschließen, wenn der sterbende oder todkranke Mensch nicht mehr eindeutige Entscheidungen treffen kann. Die Alternative ist dann nur die Fremdbestimmung durch andere. Deshalb wollen wir möglichst weitgehende und frühe selbstbestimmte Verfügungen der Menschen über ihre medizinische Behandlung vor dem Tod.

Die moderne Medizin hat viele Möglichkeiten zur Lebensverlängerung geschaffen, die man sich vor einigen Jahren noch nicht vorstellen konnte. Für viele Menschen sind sie ein Geschenk, für viele aber sind auch sie eine Qual. Ob es als Geschenk oder Qual empfunden wird, kann nur jeder einzelne für sich selbst entscheiden und nicht der Gesetzgeber.

Auf der anderen Seite muss aber auch niemand eine Patientenverfügung abfassen. Jeder hat das Recht, auch existentielle Entscheidungen seinem gesetzlichen Vertreter zu überlassen. Doch wer klar weiß, was er will und was er nicht will, dessen Verfügung muss auch beachtet werden.

Eine inhaltliche oder durch weitere Formalitäten eingeschränkte Patientenverfügung sehen wir daher skeptisch. Voraussetzung für eine wirksame Patientenverfügung sollte nur sein, dass sie hinreichend klar formuliert ist und es keine offenkundigen – auch nonverbalen – Äußerungen des Patienten gibt, die gegen den Inhalt der Verfügung sprechen. In Zweifelsfällen muss aber für das Leben des Patienten entschieden werden.

Unsere wichtigste Leitlinie ist und bleibt die Selbstbestimmung des Menschen.

Ich meine, dass die Beratungen im Landtag und das Symposium einen gewichtigen Beitrag zu dieser grundsätzlichen und die Menschen bewegenden Debatte leisten konnten.

Symposium „Schutz des Lebens und Selbstbestimmung am Lebensende“ am 12. März 2007 im Hessischen Landtag

Begrüßung und Einführung

Norbert Kartmann,
Präsident des Hessischen Landtags

Meine sehr geehrten Damen, meine sehr geehrten Herren! Ich begrüße Sie ganz herzlich am frühen Montagmorgen. Da Sie sich übers Wochenende ausgeruht haben, werden wir heute sicherlich eine lebendige Diskussion zu einem sehr komplexen und auch schwierigen Thema erleben.

Ich darf Sie recht herzlich zu unserem Symposium „Schutz des Lebens und Selbstbestimmung am Lebensende“ begrüßen. Der Hessische Landtag hat sich mit diesem Thema im vorigen Jahr in einer Plenardebatte beschäftigt und sich in der Hoffnung und Annahme, dass wir alle ein wenig klüger werden, auf dieses Symposium verständigt.

Ich begrüße zunächst die Kolleginnen und Kollegen des Hessischen Landtags mit Herrn Vizepräsidenten Quanz und Frau Vizepräsidentin Wagner an der Spitze. Ich begrüße Frau Ziegler-Raschdorf als Vorsitzende des Rechtsausschusses, und ich begrüße den Minister der Justiz des Landes Hessen, Herrn Jürgen Banzer. Ich begrüße ferner die politische Ebene mit den Kolleginnen und Kollegen aus den vier Fraktionen, die heute hier anwesend sind und teilnehmen werden.

Ich danke den Referentinnen und Referenten, dass sie der Einladung gefolgt sind. Wir werden sie jeweils zu Beginn der einzelnen Abschnitte begrüßen.

Unser heutiges Thema ist höchst sensibel, bedeutend und aktuell – nicht nur, weil sich gestern Abend Sabine Christiansen darin versucht hat. Jedoch konfrontiert der Graubereich zwischen Leben und Tod die Wissenschaft mit komplexen Problemen. Die Rechtswissenschaft, die Medizin, die Theologie, die Ethik sowie die Philosophie setzen sich im Rahmen lebensbeendender Maßnahmen mit den gleichen Fragen auseinander: Besteht ein Anspruch auf würdiges Sterben? Bedeutet würdiges Sterben die Zulassung der aktiven Sterbehilfe? Gibt es einen Widerstreit von Heiligkeit und Qualität des Lebens? – Und die Politik soll wieder einmal entscheiden. Es gibt viele Fragen und noch zu wenige Antworten. Dabei ist der Wunsch nach einem schnellen, nicht qualvollen Tod alt. Bereits der Eid des Hippokrates – vermutlich aus dem Jahr 400 v. Chr. – konfrontiert seither Ärzte mit einem solchen Todesverlangen. Dort heißt es:

Ich werde niemandem, auch nicht auf seine Bitte hin, ein tödliches Gift verabreichen oder auch nur dazu raten [...].

Im ersten Teil des Symposiums geht es um ethische und religiöse Grundlagen zu Fragen der Sterbehilfe und ihre verfassungsrechtlichen Grenzen.

Auch die Begriffe der Sterbehilfe oder Euthanasie sind nicht neu, jedoch beziehungsreich. Diesbezüglich reicht der Blick auf die Veränderung des Begriffsinhaltes und die Phasen, in denen man sich öffentlich über das Thema Gedanken macht.

In der Antike wurde der Begriff Euthanasie zunächst einfach im Sinne von „Hilfe zu einem guten Tod“ aufgefasst. In späterer Zeit verstand man darunter die absichtliche Verkürzung des Sterbeprozesses. Der Sterbende erfährt nicht eine Hilfe beim Sterben, sondern sein Sterben wird durch Tötung abgekürzt. Im Nationalsozialismus verstand man unter Euthanasie die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ und ordnete im „Euthanasieprogramm“ die Tötung von Zehntausenden geisteskranker Menschen an. Es ging nicht um die Tötung Sterbender, sondern um die Vernichtung lebensfähiger Menschen. Es handelte sich um Verbrechen, um Mord.

Nach 1945 beschäftigt sich die Wissenschaft mit der Aufarbeitung bzw. Nichtaufarbeitung der NS-Euthanasie.

Durch die Möglichkeiten der Intensivmedizin veränderten sich in den Sechzigerjahren die ethischen Anforderungen an die medizinischen Möglichkeiten. Vor allem den intensivmedizinisch tätigen Ärzten wurde schon bald bewusst, dass mit den neuen Möglichkeiten der Medizin auch neue ethische Problemstellungen verbunden waren.

Auslöser einer neuen Diskussion war 1973 ein Prozess in den Niederlanden. Eine Ärztin musste sich vor dem Gericht in Leeuwarden verantworten. Sie verabreichte ihrer durch einen Schlaganfall gelähmten Mutter auf deren Wunsch hin 200 mg Morphin, das zum Tode führte. Die Ärztin wurde zu einer Woche Freiheitsstrafe auf Bewährung verurteilt. Deutsche Publikationen setzten sich in einem hohen Maße mit diesem konkreten Fall und der dahinterstehenden Frage der aktiven Sterbehilfe auseinander.

Der zweite Teil unseres Symposiums setzt sich mit der Klärung des strafrechtlichen Schutzes am Lebensende auseinander. Hier ist zu bemerken, dass das staatliche Recht weder den Begriff der Sterbehilfe noch den der Euthanasie kennt. Auch gibt es in Deutschland auf staatlich-gesetzlicher Ebene – abgesehen von der bloßen Strafmilderung bei Tötung auf Verlangen – bislang keinerlei besondere Vorschriften für die verschiedenen Formen von Hilfe im und zum Sterben.

Der dritte und der vierte Teil des heutigen Symposiums setzen sich mit den Fragen um Möglichkeiten und Grenzen der Selbstbestimmung am Lebensende und den Konzepten der Sterbebegleitung auseinander. Es geht um Fragen um Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, die tagesaktuell sind und auch jeden privat im Kreis der Familie beschäftigen.

Meine Damen und Herren, ich wünsche allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern einen ergiebigen Austausch und entsprechende Erkenntnisse über den Schutz des Lebens und die Selbstbestimmung am Lebensende.

Ich bin mir sicher, dass es ein höchst differenziertes Bild der verschiedenen Anschauungen gibt. Wir, die Politiker, gehen auch nicht davon aus, dass wir am Ende des Tages wissen, was richtig und falsch ist. Aber wir gehen davon aus, dass wir eine erheblich bessere Grundlage haben, um Entscheidungen zu treffen, wenn sie gefordert sind.

Eine letzte Bemerkung: Es wäre schön, wenn dieses Symposium Resonanz in der Öffentlichkeit fände; dazu begrüße ich ganz bewusst die Vertreter der Presse. Diese Veranstaltung soll auch dazu beitragen, dieses Thema in einer breiteren Ebene als nur der eines Symposiums zu diskutieren.

Seien Sie herzlich willkommen.

(Beifall)

Ich möchte diesen ersten Teil beginnen, indem ich die Referenten und Diskussionsteilnehmer vorstelle. Zunächst weise ich allerdings darauf hin, dass sich Herr Vizepräsident Quanz und Frau Ausschussvorsitzende Ziegler-Raschdorf in der Moderation des heutigen Tages ablösen werden.

Die Überschrift des ersten Teils lautet:

**Zwischen Autonomie und unbedingtem Lebensschutz.
Ethische und religiöse Grundlagen zu Fragen der Sterbehilfe und
Ihre verfassungsrechtlichen Grenzen**

Hierzu begrüße ich auf dem Podium zunächst Frau Christiane Weber-Hassemer, Staatssekretärin a. D., Vorsitzende Richterin am OLG Frankfurt am Main sowie Vorsitzende des Nationalen Ethikrates. Herzlich willkommen.

(Beifall)

Ich begrüße ganz herzlich Herrn Bischof Prof. Dr. Martin Hein von der Evangelischen Kirche von Kurhessen-Waldeck. Herzlich willkommen.

(Beifall)

Herzlich willkommen heiße ich auch Herrn Prof. Dr. Josef Schuster von der Philosophisch-Theologischen Hochschule St. Georgen in Frankfurt.

(Beifall)

Und schließlich begrüße ich Herrn Dr. Kurt Schmidt vom Zentrum für Ethik in der Medizin am Markus-Krankenhaus in Frankfurt. Herzlich willkommen.

(Beifall)

Ausweislich des Plans hat jeder von Ihnen 15 Minuten Zeit, und ich erteile nun Herrn Bischof Prof. Dr. Hein das Wort. Bitte schön.

Teil 1:

Zwischen Autonomie und unbedingtem Lebensschutz.

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

Bischof Prof. Dr. habil. Martin Hein,
Evangelische Kirche von Kurhessen-Waldeck

Herr Präsident, meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich hoffe, dass ich zum einen die 15 Minuten nicht überschreite und zum anderen die Zeit, die Sie uns zur Verfügung stellen, nicht in Gänze nutze, sondern der Diskussion freigebe.

Zunächst zur Ambivalenz des medizinischen Fortschritts. Die Entwicklungen vor allen Dingen in der Intensivmedizin sind in den vergangenen Jahrzehnten rasant vorangeschritten. Aber dieser Fortschritt ist ambivalent: Auf der einen Seite können die erweiterten Möglichkeiten, schwer kranke Menschen zu behandeln, nur begrüßt werden. Auf der anderen Seite haben die Behandlungserfolge zur Konsequenz, dass der Zeitpunkt des Todeseintritts immer weiter hinausgeschoben werden kann. So ergeben sich Stadien eines Krankheitsverlaufs, den man in der Vergangenheit nicht erlebte, weil die Kranken zu einem früheren Zeitpunkt bereits gestorben waren.

Die Folge solcher Lebensverlängerung ist einerseits die Verlängerung des Leidens an einer Krankheit, was im Übrigen auch das Mitleiden der Angehörigen betrifft, andererseits – das lässt sich nicht leugnen – steigen der personelle und sächliche Aufwand, also die Kosten für die Behandlung am Ende des Lebens, erheblich.

Dem Wunsch, selbstbestimmt sterben zu wollen, widersetzen sich die Ärzte bislang mit dem Hinweis, sie hätten alles zu tun, um das Leben der Patienten zu erhalten. Damit aber seien, so meinen die Befürworter der Legalisierung der Sterbehilfe, Schwerstkranke einer unbarmherzigen Behandlungsmaschinerie ausgesetzt, die den freien Patientenwillen durch den Rückzug auf formaljuristische Positionen und das Berufsethos der Ärztinnen und Ärzte ignoriere.

Zur Standortbestimmung: biblisch-theologische Grundlagen. Für mich ist bereits an dieser Stelle eine Positionsbeschreibung notwendig, die deutlich macht, von welchen Voraussetzungen her ich argumentiere. Sie legt die eigenen Denkvoraussetzungen offen und eröffnet damit den Diskurs. Ich stehe zu dem Grundsatz: Positionalität verhindert nicht den Diskurs, sondern eröffnet ihn, was in der Diskussion um die Sterbehilfe oft übersehen wird.

Nach christlicher Überzeugung ist Gott der Schöpfer des Lebens. Dieser Gedanke steht nicht im Gegensatz zu dem, was etwa die Biologie über die Entstehung des Lebens, die Entwicklung der verschiedenen Arten und hier besonders des Menschen erforscht hat. Aber Leben bleibt trotz allem ein Wunder – christlich gedeutet: Es ist ein Akt der liebenden Zuwendung Gottes zu dieser Welt. Menschliches Leben ist ein Geschenk, das unserer Verfügung am Anfang entzogen ist. Gott ist zugleich derjeni-

ge, der aus dem Leben abrufft. Hier ist ebenfalls menschlicher Verfügung oder auch Selbstverfügung eine Grenze gesetzt.

Die Bibel nennt in ihrem ersten Kapitel den Menschen „Ebenbild Gottes“. Aus der Ebenbildlichkeit leiten sich für die gegenwärtige Diskussion vor allem zwei Aspekte ab: Zum einen folgt daraus die Würde jedes einzelnen Menschen – und damit sein Lebensrecht. Weitere Maßstäbe zur Beurteilung eines „Wertes“ von menschlichem Leben lehnt der christliche Glaube ab. Die Unterscheidung von wertvollem und weniger wertvollem, gar unwertem Leben verbietet sich. Nichts kann der mit dem Menschsein gegebenen Menschenwürde etwas hinzufügen oder ihr etwas wegnehmen. Jeder einzelnen Phase menschlichen Lebens kommt diese Würde zu.

Zum anderen ergibt sich aus der Vorstellung der Ebenbildlichkeit der Gedanke der Verantwortlichkeit des Menschen gegenüber Gott, die seine Freiheit stets begrenzt – auch die Freiheit gegenüber sich selbst. Unbegrenzte menschliche Autonomie ist nach christlichem Verständnis nicht gegeben.

Jede Entscheidung, wie gesellschaftlich oder individuell im Blick auf das Lebensende zu verfahren sei, hat sich nach Meinung der Kirchen gegenüber diesen Voraussetzungen ethisch zu bewähren.

Zur Stellungnahme des Nationalen Ethikrates zum Thema „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“. Aus der Stellungnahme des Nationalen Ethikrates vom 13. Juli 2006 unter dem Titel „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“ ergeben sich schwerwiegende und weitreichende Folgerungen: Sofern man fortan den in der Tat undeutlichen Begriff „aktive Sterbehilfe“ vermeiden will und – anders als etwa in den Niederlanden – die Möglichkeit einer straffreien Tötung auf Verlangen weiterhin ausschließt, wird es um die nähere inhaltliche und praktische Füllung des Begriffs der schon jetzt nicht strafbaren „Assistenz“ oder „Beihilfe“ zur Selbsttötung gehen. Hier erhoffen sich die Befürworter einer „aktiven Sterbehilfe“ ein rechtskonformes Einfallstor, um dem Wunsch nach selbstbestimmter Beendigung eines Lebens nachkommen zu können.

An jene, die sich für solche erweiterten Handlungsoptionen aussprechen, richte ich folgende konkreten Anfragen:

Was bedeutet es für das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten, wenn Ärzte nicht nur heilen, sondern auch Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten haben?

Welchen anderen Einflüssen und Beeinflussungen sind Ärztinnen und Ärzte ausgesetzt, die einer Assistenz zur Selbsttötung zustimmen soll? Ich denke etwa an Einflüsse der zukünftigen Erben, des Betreuers/der Betreuerinnen oder des gestressten Pflegepersonals.

Welche Rolle werden wirtschaftliche Überlegungen spielen, eine aufwendige Pflege oder teure Schmerzbehandlung fortzuführen, wenn man – das klingt besonders zynisch – durch Entzug dieser Maßnahmen beim Patienten den Wunsch, zu sterben, wachsen lassen kann?

Schließlich: Welches gesamtgesellschaftliche Klima entwickelt sich, wenn wöglich Kostenfragen den Druck auf alte und kranke Menschen erhöhen, sodass sie ihrer „Entsorgung“ zustimmen? Kann hier wirklich mit hehrem Pathos von einer freien Entscheidung zur Selbsttötung gesprochen werden?

Meiner Auffassung nach reichen die gegenwärtigen gesetzlichen Regelungen aus, das Lebensende würdevoll zu gestalten. Statt dem bewussten Suizid oder der Tötung auf Verlangen das Wort zu reden, geht es meiner Meinung nach darum, das Lebensende mit intensiver Zuwendung zu begleiten. „Leben bis zuletzt“ könnte das gebotene Motto sein – eine Perspektive, die die Stellungnahme des Nationalen Ethikrates keineswegs missachtet. Dies sei – bei aller sonstigen Kritik – ausdrücklich betont.

Zur bewussten Gestaltung der letzten Lebensphase. Wie aber kann der Konflikt zwischen dem möglicherweise medizinisch Gebotenen und den Bedürfnissen eines Schwerkranken, der nicht mehr in der Lage ist, seine Interessen persönlich zu vertreten, gegen Ende seines Lebens ethisch verantwortlich ausgeglichen werden? Patientenverfügungen sind ein hilfreiches Instrument, für Klarheit und Transparenz zu sorgen und einen würdevollen Umgang mit der letzten Lebensphase durch den eigenen erklärten Willen zu ermöglichen.

Vom christlichen Standpunkt aus darf allerdings das Verlangen nach aktiver Einleitung von Maßnahmen, die den Tod zur Folge haben, nicht bindender Inhalt einer Patientenverfügung sein. Das Argument, solch ein Wunsch entspreche gerade der Menschenwürde und sei Ausdruck menschlicher Autonomie, weise ich ausdrücklich zurück. Vielmehr stimme ich dem Philosophen Volker Gerhardt zu:

Selbstbestimmung des einen setzt die Anerkennung der Selbstbestimmung des anderen voraus. Deshalb verbietet es die Achtung vor der Selbstbestimmung des anderen, von ihm zu verlangen, dass er mir die Selbstbestimmung endgültig abnimmt.

Was demgegenüber „Leben bis zuletzt“ bedeuten könnte, lässt sich exemplarisch an den Einrichtungen der palliativen Medizin und an den Hospizen zeigen: Hier wird besonders deutlich, dass die Hilfe, die Sterbende benötigen, immer als eine Hilfe zum Leben unter den besonderen Bedingungen der letzten Lebensphase verstanden und gestaltet werden muss. Der Wunsch, den ein Sterbender äußert, wird gerade dann aufgenommen, wenn alle Möglichkeiten der Schmerzlinderung, der Hilfe und der Begleitung aufgeboten werden. Die Förderung und der verstärkte Einsatz der Palliativmedizin sind deswegen nachdrücklich voranzutreiben.

Dieser Grundsatz wird in der Hospizarbeit in überzeugender Weise verwirklicht. Sie versteht ihre Arbeit als Lebensbegleitung, und deshalb wird in ihrem Kontext mit Bedacht von „Sterbebegleitung“ und nicht von „Sterbehilfe“ gesprochen. Da die Sterbebegleitung in aller Regel von Angehörigen wahrgenommen wird – auch wenn ein Mensch sein Leben im Hospiz beendet –, ist die mancherorts geäußerte Idee auch politisch zu prüfen, Angehörige für die Sterbebegleitung befristet von ihren beruflichen Pflichten freizustellen.

Der anonymisierte, in Einsamkeit zu erleidende qualvolle Tod ist also nicht die ausschließliche Perspektive, auf die ein Patient oder eine Patientin dann fast zwangsläufig mit dem Wunsch nach vorzeitiger Beendigung des Lebens reagiert. Vielmehr, meine Damen und Herren, ermöglicht der Hinweis, dass es eine echte und gute Alternative dazu gibt, nämlich die eines weitgehend schmerzfreien Lebens mit freundlicher Zuwendung bis zum letzten Atemzug, erst eine wirkliche Selbstbestimmung, weil es jetzt eine echte Wahl zwischen zwei Alternativen gibt.

Eine Schlussbemerkung: Die biblisch-christliche Anthropologie weiß von menschlicher Größe und menschlichem Versagen, von Begrenzung, aber auch von Hoffnung, die unsere sichtbare Wirklichkeit überschreitet. Die biblisch-christliche Anthropologie setzt an die Stelle menschlicher Planung keineswegs eine fatalistisch anmutende Haltung des bloßen Empfangens. Aber sie hilft, Planen und Empfangen, Machen und Lassen einander zuzuordnen.

Dessen eingedenk stellen sich die Kirchen gegen eine Machbarkeitsideologie, die im vorgeblichen Namen der Menschenwürde, der Freiheit und der Selbstbestimmung bzw. mit bewusstlosem Pragmatismus oder ökonomischem Rigorismus bewährte Grenzen niederzureißen sucht. Wir treten dafür ein, auch die letzte Lebensphase gesellschaftlich wie individuell verantwortlich gegenüber Gott, dem „Freund des Lebens“, und verantwortlich gegenüber unseren Nächsten zu gestalten. – Herzlichen Dank für die Aufmerksamkeit, die Sie mir geschenkt haben.

(Beifall)

Prof. Dr. theol. Josef Schuster,
Philosophisch-Theologische Hochschule St. Georgen, Frankfurt a. M.

Herr Präsident, meine Damen und Herren! Ich beginne mit einer Vorbemerkung. Aus der Sicht katholischer Theologie und des Lehramtes der katholischen Theologie kann ich den Ausführungen von Herrn Bischof Hein voll und ganz zustimmen. Es wäre also müßig, mit ähnlichen Worten zu wiederholen, was bereits gesagt wurde.

Als Ethiker möchte ich mich auf die Klärung einiger strittiger Fragen im Kontext des Themas beschränken.

Streitpunkte in der Sterbehilfedebatte. Ich benutze den Ausdruck „Sterbehilfe“, weil er nach wie vor gängig ist und bis in einschlägige Lexika hinein Verwendung findet. Ich kenne die Sprachregelungen, die etwa der Nationale Ethikrat vorgeschlagen hat. Diese finde ich zwar hilfreich, aber Sprache lässt sich nicht einfach per Dekret ändern. Deshalb ist es gut, noch einmal auf die Diskussion der Frage, ob es denn einen moralisch relevanten Unterschied zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe gibt, zurückzukommen. Gibt es zwischen den Handlungstypen der bewusst intendierten ärztlichen Tötung auf Verlangen und dem einvernehmlichen Verzicht auf weitere therapeutische Behandlung bzw. auf deren Abbruch bei infauster Prognose eine moralische Symmetrie, wie viele behaupten, oder nicht?

Unumstritten ist, dass diese Unterscheidung für die meisten Menschen unmittelbar plausibel erscheint. Strittig ist dagegen, ob dieser lebensweltliche Konsens einer kritischen Prüfung standhalten kann. Mögen einige so weit gehen, zu behaupten, auch deskriptiv sei kein Unterschied zwischen aktiv und passiv in Bezug auf Sterbehilfe festzustellen, so konstatieren andere zwar einen deskriptiv fassbaren Unterschied, messen ihm aber moralisch keine Bedeutung bei.

Zunächst einmal eine kurze These: Diese Frage aktiv/passiv darf nicht mit Tun oder Lassen gleichgesetzt werden, sondern sie muss mit Töten und Sterbenlassen gleichgesetzt werden. Das ist die Fragestellung.

Einige kausaltheoretische Überlegungen dazu. Bei den folgenden Überlegungen wird stets die sogenannte Standardsituation der freiwilligen aktiven Sterbehilfe vorausgesetzt. Dieter Birnbacher, ein Düsseldorfer Philosoph, hat sie einmal so umschrieben:

Erstens. Der Patient befindet sich in einem schweren und hoher Wahrscheinlichkeit nach irreversiblen Leidenszustand.

Zweitens. Der Patient äußert ernstlich, über einen längeren Zeitraum wiederholt – nicht nur während eines vorübergehenden Schmerz- und Krisenzustands –, das Verlangen, zu sterben.

Drittens. Der Patient ist sich über die Tragweite seines Verlangens im Klaren.

Unter kausaltheoretischer Rücksicht ist bei der aktiven Sterbehilfe also nicht nur das Tun des Arztes ursächlich, sondern mindestens zwei weitere Faktoren ebenso: erstens das unheilbare Grundleiden und zweitens die Bitte des Patienten aufgrund seines Leidens um Tötung.

Die Unterscheidungen zwischen notwendiger bzw. nicht notwendiger und hinreichender bzw. nicht hinreichender Bedingung sind für die Frage nach der moralischen Relevanz der Unterscheidung zwischen aktiv und passiv grundlegend. Konsens besteht in der Auseinandersetzung um diese Frage darin, dass das Handeln des Arztes im Falle aktiver Sterbehilfe nicht nur notwendige, sondern auch hinreichende Bedingung für den Tod des Patienten sein muss.

Nun ist es aber auch bei Unterlassungshandlungen der Fall, dass sie zugleich notwendige wie hinreichende Bedingung für den Tod eines Patienten sein können. Wird mit dieser Feststellung die Bedeutung der Unterscheidung hinfällig? – Wenn man bedenkt, dass es bei moribunden Patienten mehrere hinreichende Bedingungen für den Todeseintritt geben kann und gibt, man also mit Recht von einer kausalen Überdeterminierung des Todes sprechen kann, dann ist es durchaus einleuchtend, folgende These aufzustellen: Bei Unterlassungen bleibt die Unterscheidung zwischen aktiv und passiv für alle Fälle relevant, in denen die Unterlassung nicht die einzige hinreichende Bedingung für den Todeseintritt ist.

Aktive und passive Sterbehilfe unterscheiden sich also im Folgenden: Bei aktiver Sterbehilfe ist das Tun des Arztes die alleinige hinreichende Bedingung für den Tod des Patienten, bei passiver Sterbehilfe ist das Handeln des Arztes entweder a) die zwar einzige notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung oder b) nicht die einzige hinreichende Bedingung für den Tod des Patienten.

Soll die Unterscheidung zwischen aktiv und passiv moralisch bedeutsam sein, muss es eine Korrelation – also eine Wechselbeziehung – zwischen dem Grad der Verantwortung und dem der kausalen Wirksamkeit geben. Eine hinreichende und vor allem eine einzige hinreichende Bedingung hat moralisch betrachtet ein weitaus größeres Gewicht als eine bloß notwendige Bedingung.

Nun eine kurze Bemerkung zum natürlichen Tod. Da werden Sie spontan sagen: Den gibt es heute angesichts der Intensivmedizin gar nicht mehr. – Was ist also unter einem natürlichen Tod zu verstehen?

Natürlich sind Sterben und Tod immer dann, wenn sie infolge einer Erkrankung eintreten, die bereits so weit fortgeschritten ist, dass es zu einer definitiven, d. h. mit dem Einsatz verhältnismäßiger medizinischer Mittel nicht mehr zu revidierenden Zerstörung jener somatischen Wirkungsabläufe gekommen ist, die die Bedingung der Möglichkeit eines wenigstens minimalen rationalen Selbstvollzuges darstellen. – Auf Deutsch: Es ist medizinisch nichts mehr zu machen. Es gibt keine Indikation mehr für eine Therapie, die zum einen nicht heilen kann und zum anderen nicht mehr lindert. Es gibt vielmehr eine Indikation zu palliativer Behandlung und zur Sterbebegleitung.

Nicht natürlich ist ein Tod dagegen genau dann, wenn er entweder vor dem Eintritt eines natürlichen Todes erfolgt, weil überhaupt keine Erkrankung vorliegt – z. B. bei

Unfall oder Mord – bzw. eine schon ausgebrochene, aber noch behandelbare Erkrankung nicht behandelt wird oder weil er nach dem Eintritt eines natürlichen Todes erfolgt, weil der Patient durch den unverhältnismäßigen Einsatz intensivtherapeutischer Maßnahmen am Sterben gehindert wird. Das ist auch unnatürlich und meines Erachtens moralisch unzulässig.

Aus dem geht also hervor, dass sich der natürliche Ablauf des Sterbens empirisch von einem nicht natürlichen Ablauf unterscheiden lässt. Doch moralisch wird die Unterscheidung zwischen natürlichem und nicht natürlichem Tod erst relevant, wenn sich zeigen lässt, dass das Erleben des natürlichen Todes für die betreffende Person von großer Bedeutung ist. Es gibt genügend Zeugnisse, die anschaulich machen, warum diese Lebensphase unter Umständen für Menschen von sehr großer Bedeutung sein kann; ich möchte dies als sinnvoll und begründet voraussetzen. Dann stellt sich die Frage, ob das Gut des natürlichen Todes in der Standardsituation allen anderen involvierten Gütern begründet vorzuziehen ist.

Nun noch etwas zu einer anderen Unterscheidung, die in der Diskussion auch geläufig ist; ich nenne es das Intentionalitätsargument. Vorher habe ich kausaltheoretisch argumentiert, jetzt argumentiere ich sozusagen mit der Intention.

Zur eigenen Klarheit ist es förderlich, zwei Begriffspaare auseinanderzuhalten, die gerne miteinander verwoben werden: aktiv/passiv und direkt/indirekt. Die erste Unterscheidung betrifft – wie erörtert – die Dimension der Kausalität, die zweite die der Intentionalität. Ihr korrespondiert auf dieser Ebene das Begriffspaar „beabsichtigen/in Kauf nehmen“.

Wie kaum anders zu erwarten, gibt es auch um die moralische Relevanz dieser Unterscheidung Streit; dessen Darstellung muss ich Ihnen aus Zeitgründen ersparen. Deshalb nur noch folgender Hinweis: Wer einem schwer kranken Menschen den Tod als Erlösung seiner Leiden wünscht, beabsichtigt nicht dessen Tötung. Er respektiert vielmehr die Tatsache, dass der Mensch ein Recht auf einen natürlichen Tod hat.

Zum Schluss möchte ich zusammenfassend nochmals kurz auf die Unterscheidung zwischen aktiver Tötung und passivem Sterbenlassen eingehen, weil gerade Befürworter der aktiven Sterbehilfe die moralische Relevanz dieser Unterscheidung leugnen. Auch wer eine Behandlung unterlasse oder sie abbreche, intendiere den Tod des Patienten. Unter anderem nennt Dieter Birnbacher als legitimen Grund für aktive Sterbehilfe auf Verlangen wie für passives Sterbenlassen – ich zitiere – „die Minderung des Leidens eines anderen“.

Doch wer tötet, der mindert das Leiden nicht, sondern beendet es. Und wer aus Mitleid tötet, dessen Mitleiden mit dem Leidenden endet durch dessen Tod. Wer aber auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichtet oder bereits eingeleitete abbricht, weil sie das Leiden nur verlängern und therapeutisch sinnlos sind, der beendet das Leiden nicht, sondern nimmt unter Umständen die Verkürzung des Sterbeprozesses in Kauf, zumal die Behandlung mit schmerzstillenden Mitteln fortgeführt werden kann.

In diesem Kontext ist der Einwand, in beiden Fällen sei das Ergebnis – der Eintritt des Todes – dasselbe, kein Gegenargument. Denn Menschen sind sterbliche Wesen, und der Tod ist für jeden von uns das sichere Ende.

Es ist absurd, uns für den Tod von Menschen generell oder in Situationen verantwortlich zu machen, in denen der Sterbeprozess bereits eingesetzt hat oder therapeutische Maßnahmen chancenlos sind. In der Regel liegt der Tod eines Menschen nicht im Bereich unserer Verantwortung. Angesichts der Möglichkeiten der modernen Intensivmedizin, physiologische Körperfunktionen selbst nach Eintritt des Hirntodes noch aufrechtzuerhalten, ist die Unterscheidung zwischen medizinischen Maßnahmen, die eine gewisse Aussicht auf Heilung oder zumindest Linderung des Leidens haben, und solchen Maßnahmen, die therapeutisch nutzlos sind, das Leiden lediglich verlängern und häufig noch intensivieren, besonders dringlich geworden.

Um dem Patienten einen guten Tod zu ermöglichen, wird man deshalb gehalten sein, sich auf Schmerzlinderung und Grundpflege zu beschränken. Es handelt sich dann um Sterbebegleitung, nicht um die Tötung eines Menschen. Nur wenn die Unterlassung oder der Abbruch gegen eine moralische Behandlungspflicht verstoßen würde, handelte es sich um den Tatbestand unterlassener Hilfeleistung.

Noch eine kurze Schlussbemerkung. Meines Erachtens ist für alle Beteiligten – Patienten, Angehörige wie Ärzte und Pflegepersonal – eine Grundhaltung dienlich: die Anerkennung der Endlichkeit menschlichen Lebens und damit auch die Anerkennung der Begrenztheit therapeutischer Maßnahmen.

Es gilt in der Tat, den Tod als Ende anzunehmen. Hierzu gehört allerdings auch die Bereitschaft, dieses Ende nicht an den eigenen Lebens- oder Todeswillen zu binden, sondern dieses Ende in seiner Unverfügbarkeit anzuerkennen. Dieser letzte Gedanke – das sage ich ganz offen – wird unter Umständen für Menschen, die nicht daran glauben können, dass sie im Leben und Sterben von Gott, ihrem Schöpfer und Erlöser, gehalten sind, nicht nachvollziehbar sein. Hier bleibt das Zeugnis gelebter Solidarität gerade mit den Sterbenden, damit sie auf ihrem letzten Gang nicht alleingelassen sind, wenn sie ihr Leben loslassen müssen. – Danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Dr. theol. Kurt W. Schmidt,
Zentrum für Ethik in der Medizin am Markus-Krankenhaus, Frankfurt a. M.

Herr Präsident, meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich habe mich mit den beiden Vorrednern darauf verständigt, dass ich einige Anmerkungen ergänzend einbringen möchte. Ich möchte mich auf drei Aspekte konzentrieren und Ihnen sogar einen Lösungsansatz vorstellen.

Ich selbst leite das Zentrum für Ethik in der Medizin am Markus-Krankenhaus in Frankfurt. Das ist eine Einrichtung der Evangelischen Kirche von Hessen und Nassau. Ich berate dort seit nunmehr zehn Jahren Ärzte, Pflegende, Patienten sowie Angehörige bei Fragen der ethischen Entscheidungsfindung.

Die häufigsten Beratungssituationen betreffen – da beziehe ich jetzt nicht nur das Krankenhaus, an dem ich arbeite, mit ein, sondern auch andere Krankenhäuser – eindeutig Fragen am Ende des Lebens. Das verwundert nicht, weil das Krankenhaus nach wie vor der Ort ist, wo die meisten Menschen das Leben beginnen und die meisten es auch beenden. Aufzeichnungen des Statistischen Bundesamts seit Bestehen der Bundesrepublik belegen, dass rund die Hälfte aller Menschen im Krankenhaus stirbt, und an diesen Zahlen ändert sich auch nichts großartig. Es gibt zwar Schwankungen, aber im Grunde wird jeder Zweite von uns hier im Raum, rein statistisch gesehen, sein Leben im Krankenhaus beenden.

Insofern halte ich es für eminent wichtig, dass wir gerade den Blick auf das Krankenhaus richten und schauen, wie dort tätige Menschen mit ethischen Fragen umgehen.

Vom Blick der klinischen Ethik würde ich die These wagen, dass die Aspekte der aktiven Sterbehilfe spektakuläre Themen sind, aber aus der Krankenhaussituation heraus eigentlich keine große Rolle spielen. Die wahren Probleme liegen vielmehr in der Unklarheit einer passiven Sterbehilfe. Meiner Meinung nach müssen wir klar herausstellen, was das Begriffspaar „aktiv/passiv“ konkret bedeutet. Wir haben vorhin Ausführungen gehört, die uns die Schwierigkeit deutlich gemacht haben, dass es nicht so ganz einfach ist, genau zuzuordnen, was erlaubt und was verboten ist.

Die Bundesärztekammer hat im Jahr 2004 in ihren Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung versucht, auf dieses Begriffspaar in Gänze zu verzichten. Sie fragt nach dem jeweiligen Behandlungsziel. Wenn sich dieses Behandlungsziel ändert, dann dürfen z. B. die Maßnahmen und Apparate, die ursprünglich der Lebensrettung dienen, beendet und abgeschaltet werden. Dies gilt also, wenn man erkennt, dass das ursprüngliche Ziel, also die Heilung, die Lebensrettung, nicht mehr erreicht werden kann, dass der Patient also versterben wird und dann palliative Ziele im Vordergrund stehen.

Die ethischen Herausforderungen für den Arzt bestehen darin, diesen Punkt zu erkennen und den weiteren Verlauf nicht von einem psychologischen Phänomen leiten zu lassen. Viele denken nämlich, dass all das, was mit einem aktiven Handeln

verbunden ist, automatisch auch ein verbotenes Handeln darstellt. Das ist die Falle, in die man geraten kann, wenn man mit diesem Begriffspaar „aktiv/passiv“ arbeitet.

In der jüdischen Medizinethik taucht in diesem Zusammenhang immer wieder ein Vorschlag auf, den ich hier erwähnen möchte; schließlich haben Sie hinterfragt, wie andere Länder mit diesen Fragen umgehen. Nun, das ist ein Vorschlag der jüdischen Medizinethik, der sich nie durchgesetzt hat, aber ich möchte ihn hier einbringen, um einen Punkt klarzumachen.

Der Vorschlag ist: Was wäre denn, wenn in einer Intensivstation alle lebensrettenden Maßnahmen und Apparate mit einer Zeituhr versehen wären, die zurückläuft und sich nach zwölf oder 24 Stunden ausschaltet? – Der Arzt müsste dann jedes Mal neu entscheiden, ob diese Apparatur erneut in Gang gesetzt und dem Patienten dadurch wirklich geholfen würde.

Der ethische Lerneffekt – darauf kommt es mir bei diesem Vorschlag an – wird doch sofort deutlich. Das bedeutet erstens: Wenn sich der Zustand des Patienten verschlechtert, sodass die Weiterbehandlung für medizinisch sinnlos erachtet wird, und wenn der Patient dies auch nicht möchte, dann muss der Arzt dieses entsprechende Gerät gar nicht aktiv abschalten. Er verhält sich passiv.

Zweitens. Wenn die Uhr abgelaufen ist, muss der Arzt neu begründen, dass diese Behandlung dem Wohle des Patienten dient, seinem Willen entspricht und medizinisch sinnvoll ist.

Der Sorge vieler Bürger – das ist aus meiner Sicht ein Grund dafür, warum wir über diese Themen reden –, dass am Lebensende vielleicht zu viel getan wird, wird damit entgegnetreten. Das ist – wie gesagt – nur ein Vorschlag, um diese ethische Debatte um „aktiv/passiv“ in Erinnerung zu rufen und darüber zu diskutieren.

Mein Eindruck ist, dass diese Debatte um die aktive Sterbehilfe zu häufig davon ablenkt, wie notwendig und wichtig es ist, sich immer wieder aufs Neue – das kann durchaus mühsam sein – darum zu bemühen, Klarheit zu verschaffen, was dem Arzt schon seit Langem in der Begrenzung und Beendigung seiner Behandlung – auch von Juristen – erlaubt ist. Die Ergebnisse einer Ärztebefragung in Rheinland-Pfalz, im November 2001 im „Deutschen Ärzteblatt“ veröffentlicht, haben die Unsicherheit vieler Ärzte in der Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen deutlich gemacht.

Es gibt weitere Befragungen in den letzten Jahren; Prof. Dr. Lipp wird heute Nachmittag vielleicht auch etwas dazu sagen. Es sind nicht nur Ärzte befragt worden, sondern auch Patienten, Krankenpfleger, Personal und sogar Betreuungsrichter. Überall zeigt sich, dass unklar ist, was mit passiver Sterbehilfe verbunden ist. Es besteht – das ist meine These – nach wie vor ein kontinuierlicher Aufklärungsbedarf, der zu mehr Rechtssicherheit führen würde, und deshalb kann ich nur unterstützen, dass man das, was derzeit schon geregelt ist, noch einmal klar in einer gesetzlichen Formulierung deutlich macht. Das hat auch Herr Kutzer in der nach ihm benannten Kutzer-Kommission vorgeschlagen. Ich kann es aus Sicht der klinischen Ethik bestätigen: Es geht gar nicht darum, etwas Neues zu etablieren, sondern darum, das, was sich Ärzte aus verschiedenen Gerichtsurteilen zusammensuchen müssen, klar zu regeln, um den Stand der Dinge aufzuzeigen.

Zweiter Aspekt: Warum streiten wir eigentlich über diese Frage der Sterbehilfe? Dieser Streit über diese Sterbehilfe ist ein weltweiter Streit. Es gibt keinen Kongress – ob in Amerika, in Asien oder in Australien –, auf dem Sterbehilfe nicht ein Thema wäre. Es ist überall ein Thema. Aus Sicht der Medizinethik liegt eine Antwort – es ist jetzt nur eine Antwort – darin, dass sich über Sterbehilfe nur dann fair diskutieren lässt, wenn man zugleich eine Antwort auf das eigene Verständnis von Sterben, von Leid und von Tod gibt. Man muss also eine eigene Philosophie des Leids offenlegen, wie es im Grunde meine beiden Vorredner gemacht haben. Ich finde es seitens des Hessischen Landtags sehr gut, dass wir so beginnen. Denn meines Erachtens fehlt das Verständnis davon bzw. die Offenlegung – vielleicht haben es einige bei Sabine Christiansen gesehen – darüber, von welcher Position aus man argumentiert.

Als Theologe kann ich betonen, dass das, was wir von einem jüdisch-christlichen Kontext – Leid, Schmerz, Sterben und Tod – gehört haben, eine besondere Bedeutung hat. Der einzelne Christ kann sich mit seinem eigenen Schicksal in der Geschichte der Christenheit einfinden, aber das bezieht sich auf den Christen. Jetzt taucht das folgende Problem auf: Wenn jemand diesen Kontext nicht für sich übernimmt, wenn jemand nicht auf ein moralisches oder metaphysisches Verständnis von Schmerz und Leid, von Sterben und Tod zurückgreift, dann wird es schwierig, ihm zu erklären, warum er sich das eigene Leben nicht selbst nehmen darf oder warum ihm andere dabei nicht helfen dürfen. Das ist aber ein Grundproblem der Säkularisierung, das Sie überall finden und das diese Debatte aus meiner Sicht weltweit zu einem Thema macht.

Dies war also in Kürze die Zusammenfassung, warum wir über dieses Thema reden, und wir könnten – um diesen Aspekt noch hinzuzufügen – sagen, dass die gesamte Debatte um Autonomie und Selbstbestimmung eine Gegenreaktion bzw. eine Reaktion in dieser Säkularisierung ist.

Drittens. Wenn es im Ethikunterricht im Krankenhaus um ethische Konflikte am Ende des Lebens geht, fragen vor allem junge Ärzte häufig zuerst nach der Rechtslage. Sie wollen nicht über ethische Probleme diskutieren. Sie wollen wissen, was das Recht dazu sagt. Da kann man bei diesen Fragen der Sterbehilfe sehr gut deutlich machen, dass eine bestimmte Thematik, die in Deutschland in einem Krankenhaus stattfindet, unter rechtlichen Gesichtspunkten in der Schweiz, in Holland, in Belgien ganz anders betrachten würde. Von daher relativiert die internationale Debatte das Recht. Insofern muss man schauen, was wir unter deutschem Recht dazu sagen.

Interessant erscheint mir, dass wir bei allen Unterschieden – auch in dem europäischen Kontext – an einem Prinzip festhalten: Die Tötung eines anderen Menschen auch auf sein ausdrückliches Verlangen hin stellt einen Straftatbestand dar. Das ist in Holland nicht anders. Es wird zwar oft ganz anders gesehen, aber auch in Holland ist es nach wie vor ein Straftatbestand, obwohl unter bestimmten Voraussetzungen von einer Strafverfolgung abgesehen werden kann.

In dieser Debatte um Sterbehilfe tauchen oft die Aspekte der Autonomie des Patienten und der Fürsorgepflicht des Arztes auf. Von manchen wird diese Autonomie des Patienten so vehement vertreten, dass gesagt wird: Sie hat immer Priorität, und die Fürsorgepflicht des Arztes ist ihr untergeordnet. – Aus Sicht der klinischen Ethik

muss man das natürlich relativieren. Denn der Patient, der leidend ist und ins Krankenhaus kommt, ist überhaupt kein autonomer Patient. Er braucht im Grunde den Arzt mit seiner Fürsorgepflicht, sodass erst dieser Arzt den Patienten zu einem autonomen Menschen machen kann. Die Fürsorgepflicht des Arztes dient meiner Meinung nach dazu, den Patienten in seine Autonomie zu versetzen.

Ich will einen Ausblick auf ein Modell geben. Denn mit dieser Fürsorgepflicht des Arztes, die den Patienten erst autonom werden lässt, ist meines Erachtens die Beratung bei der Patientenverfügung stark verknüpft; wir werden das heute Nachmittag noch behandeln. Ich will den Ausblick auf ein Modell geben, das wir seit eineinhalb Jahren im Markus-Krankenhaus erproben. Wir haben bereits mehrfach Bürgerinnen und Bürger zu einem Seminar eingeladen; wir schließen das Seminar bei 40 Personen.

Das Modell sieht vor – es ist bundesweit einmalig –, dass wir in einer relativ überschaubaren Gruppe von verschiedenen Ärzten vorstellen lassen, was die unterschiedlichen Beschreibungen der Patientenverfügungen überhaupt bedeuten. Die Erfahrungen und Rückmeldungen haben gezeigt, dass zwar viele Patienten über ihre Patientenverfügungen sprechen, aber dies am wenigstens mit ihren Ärzten tun. Beispielsweise fehlt oftmals die Neurologin, die dem Patienten erklären könnte, was es bedeutet, einen Schlaganfall zu erleiden und im Koma zu liegen.

Nach diesen einführenden Formen machen Ärzte an verschiedenen Tischen individuelle Beratung. Im zweiten Schritt kommen der Onkologe, der Intensivmediziner. Ein Doktorand begleitet dieses Modell, und er hat mir erlaubt, Ihnen einige Ergebnisse aufzuzeigen. Interessant ist, dass von der ersten Gruppe der Personen, die an dem Seminar teilnahmen und eine Patientenverfügung hatten, 90 % ihre Verfügung anschließend änderten. Die meisten haben die Eingangsbedingungen geändert. Sie haben gesagt: Es ist uns gar nicht klar gewesen, dass wir auf die Eingangsbedingungen achten müssen und dass wir die Maßnahmen, die durchgeführt oder unterlassen werden sollen, jetzt näher und genauer beschreiben können.

Wir haben also ein kommunikatives Modell entwickelt und in einer Pressekonferenz am 10. Januar vorgestellt. Seitdem ist die entsprechende Broschüre bereits 2.000-mal im Internet heruntergeladen worden, und über 1.000-mal haben wir diese Broschüre gedruckt. Sie richtet sich nicht an Patienten. Sie richtet sich an Krankenhäuser, Altenheime, Pflegeheime und basiert auf einem kommunikativen Modell. Unsere These ist: Wenn die Vernetzung mit den einzelnen Bereichen und wenn eine effektive Aufklärung zusammen mit Ärzten und Pflegenden stattfinden, dann machen Patientenverfügungen Sinn. – Vielen Dank.

(Beifall)

Christiane Weber-Hassemer,
*Staatssekretärin a. D., Vorsitzende Richterin am OLG Frankfurt am Main,
Vorsitzende des Nationalen Ethikrats*

Herr Präsident, meine sehr geehrten Damen und Herren! Es ist wunderschön, wieder einmal hier zu sein. Ich habe den Raum ansonsten für andere Funktionen in Erinnerung.

Lassen Sie mich zwei Vorbemerkungen machen. Erstens. Ich bin maßlos stolz, dass bereits zweimal die Publikation des Nationalen Ethikrats zitiert wurde. Ich spreche heute allerdings nach meiner persönlichen Überzeugung. Wir haben zwar im Nationalen Ethikrat zwei Jahre über diese Frage diskutiert und dann das Papier erstellt, aber es gibt im Nationalen Ethikrat auch Auffassungen, die sich nicht mit meiner decken.

Zweitens. Ich bin von einem Programm ausgegangen, das den Verfassungsrechtler Höfling vor mir auswies. Ich bin davon ausgegangen, dass ich nicht das, was er vor mir viel klarer und ausführlicher darstellen würde, noch einmal vortragen würde. Jetzt bin ich in der dummen Situation, dass mir sozusagen der Vorredner fehlt und ich das Feld alleine bestreiten muss, sodass ich etwas grundsätzlicher ausholen muss.

Ich bin Juristin und vertrete hier nicht in erster Linie ethische oder moralische Positionen, obwohl diese in unserer Publikation gleichgewichtig zur Sprache gekommen sind. Ich habe hier die verfassungsrechtliche Ebene zu vertreten.

Wir sind uns alle einig, denke ich, dass in unser Grundgesetz christliches Gedankengut – auch der Deutsche Idealismus und das Dritte Reich haben ihre Spuren hinterlassen; man hat Menschenrechte zu etablieren – eingeflossen ist. Tatsächlich ist es so – daran muss ich heute erinnern –, dass das Grundgesetz wertneutral ist. Es ist nicht mehr nur dem Christentum verpflichtet, sondern es muss genauso einem Atheisten eine Heimat geben können. Das heißt, diese Neutralität muss gewahrt bleiben, und in diesen Bereichen der Sterbehilfe oder auch bei den Lebenswissenschaften am Anfang sowie bei Fragen wie: „Wie entsteht Leben, wann schützt man Leben?“, spielen höchst persönliche moralische und ethische Vorstellungen eine große Rolle. Dennoch versuche ich hier, vom Boden des Grundgesetzes aus zu argumentieren.

Maßgebend sind zwei Artikel, wobei ich die Einzelheiten weglasse. Das eine ist die Menschenwürde in Art. 1; ich lasse den Streit aus, ob es eine Grundentscheidung oder ein Grundrecht ist. Jedenfalls ist die Menschenwürde ein personales Recht. Es bezieht sich auf den einzelnen Menschen, der vor Verletzungen seiner Würde geschützt werden soll und muss.

Das andere ist Art. 2. Dieser Artikel hat zwei „Arme“. Der eine Arm ist die allgemeine Handlungsfreiheit; Selbstbestimmung. Der andere Arm ist, dass Leben nicht weggenommen werden darf, es sei denn, dies wird durch ein ausgesprochenes Gesetz legitimiert.

Das hat bestimmte Konsequenzen. Die erste Konsequenz ist – ich glaube, da sind wir uns alle einig, und das wird auch niemand bestreiten –: Der Mensch hat mit Blick auf die Menschenwürde einen Anspruch darauf, dass er einen menschenwürdigen Tod sterben darf. Deswegen gibt es überhaupt keinen Streit darüber: Wenn es möglich ist, über palliativmedizinische Maßnahmen zu verfügen, wenn es möglich ist, dass Menschen Schmerzen genommen werden, wenn es möglich ist, dass Menschen in betreuten Einrichtungen wie in denen der Hospizbewegung sterben können, sodass sie nicht in Panik, Angst und Depression verfallen, dann ist das immer und von allen Seiten das Vorzugwürdigste. – Die Wirklichkeit sieht aber sehr anders aus. Wir werden heute Nachmittag noch einiges zur Realität der Palliativmedizin hören, obgleich in diesem Bereich schon einige Fortschritte erzielt worden sind.

Das bedeutet im Grundsatz – und da sind sich alle einig –: Mit Blick auf die Selbstbestimmung und Handlungsfreiheit kann der Mensch selbst definieren, ob und wie lange er behandelt werden will. Dass er in diesem Zusammenhang der Fürsorge durch einen Arzt bedarf, sodass der Arzt ihm in seiner Entscheidung helfen kann, ist auch nicht streitig. Letztlich sagt Art. 1, dass der Mensch selbst entscheiden darf. Wenn ein Mensch – das ist unstreitig – gegen seinen Willen behandelt würde, würde sich der Behandelnde strafbar machen. Die Integrität des Einzelnen verhindert, dass der Mensch zum Objekt anderer werden darf. Auch das ist im Prinzip unstreitig; die Folgerungen sind allerdings sehr verschieden.

Das heißt, dass ein Mensch, der bei Bewusstsein und Herr seiner Sinne ist, sagen kann: „Ich verweigere jegliche weitere Behandlung“, auch wenn das im Ergebnis auf ein vorzeitiges Sterben hinausläuft. Das muss man in dieser Klarheit sehen. Die Bundesgerichte waren sich da immer einig, aber auch das Bundesverfassungsgericht hat mit aller Klarheit gesagt, dass es die Integrität des Einzelnen verbietet, dass ein anderer darüber bestimmt, wann er behandelt wird bzw. nicht.

Das führt dazu, dass auch ein Arzt verpflichtet ist, eine Sonde zu entfernen, wenn ein Patient ausdrücklich wünscht, beispielsweise kein drittes Mal chemotherapiert zu werden. „Ich will jetzt sterben“ – das ist, denke ich, für Mediziner eine furchtbar schwere Situation, weil dies mit dem Selbstverständnis von Medizinern konfligiert, und ich kann auch gut verstehen, dass ich mich überfordert fühlen würde, wenn ich in der Situation wäre. Ich denke allerdings, dass Ärzte mit dieser Situation konfrontiert werden müssen.

Es wurde vorhin schon darauf hingewiesen: Alle Befragungen, die bisher darauf hinausgelaufen sind, bei Medizinern, Neurologen und Medizinstudenten Kenntnisse über das, was erlaubt und nicht erlaubt ist, abzufragen, haben belegt, dass es unglaublich große Unsicherheiten gibt. Schon das müsste Grund genug dafür sein, dass man einen gesetzlichen Weg findet, um bestimmte Dinge zu präzisieren.

Problematisch und schwierig ist es, wenn Ärzte sagen, dass der Patient zwar artikulationsfähig, aber trotzdem nicht autonom sei. Dann sei die Selbstbestimmung keine Selbstbestimmung, weil er nicht autonom sei. Diese Situation ist in der Realität sicherlich immer wieder schwierig zu definieren. Vom Ansatz her ist sie jedoch klar. Vom Ansatz her ist es klar: Wenn der Mensch sagt: „Ich will nicht mehr“, dann ist das zu respektieren.

Man muss stets bedenken: Das Recht auf Schutz des Lebens ist etwas anderes als der Schutz des Lebens. Das heißt, das Recht hat jeder, aber das Leben darf nicht gegen den Willen des Rechtsträgers geschützt werden, genauso wenig, wie es zulässig ist, dass ein anderer definiert, was die Menschenwürde der betreffenden Person ausmacht. Das ist – denke ich – unter religiösen Gesichtspunkten schwierig, aber das Grundgesetz ist in dieser Frage eindeutig: Niemand darf gegen seine Selbstdefinition zum Objekt gemacht werden. Das bedeutet auch, dass er nicht zum Leben gezwungen werden darf, obwohl es, ethisch betrachtet, vielleicht nicht richtig ist.

Diese Situation ist auch für Nichtreligiöse schwierig; Herr Gerhardt wurde gerade zitiert, und er ist ja Mitglied des Nationalen Ethikrats. Es ist in Anlehnung an Kant schwierig. Kant hat gesagt: Wer den Wert des eigenen Lebens vernichtet, bestreitet damit im Grunde den Wert des Lebens an sich und den Wert des Menschen, und es ist ein Verstoß gegen das Sittengesetz, wenn er das so macht. – In der Ethik kann man sehr wohl darüber diskutieren, allerdings nicht im Verfassungsrecht. Die Menschenwürde ist in allererster Linie die Würde des einzelnen Menschen und nicht die Würde der Gattung, obwohl es darüber heutzutage auch Streit gibt. Es gilt allerdings nicht das Argument, die Menschenwürde gegen die Würde des Menschen selber zu wenden.

Das hat weitreichende Konsequenzen – wir werden heute Nachmittag noch darüber diskutieren – für die Patientenverfügung. Rechtlich unstrittig kann der artikulationsfähige Mensch sagen: „Ich lehne eine Behandlung ab.“ Die Frage ist: Kann er das im Voraus verfügen? – Darüber wird es jetzt einen Streit im Bundestag geben. Natürlich kann man – das können Mediziner viel besser beurteilen als ich – gegen Verfügungen auf einen späteren Zeitpunkt hin – „Wenn ich in der und der Situation bin, will ich nicht behandelt werden“ – eine Menge an empirischen Einwendungen erheben, z. B. dass kein Mensch voraussehen kann, wie er sich fühlen wird, z. B. dass kein Mensch wirklich die eigene Krankheit kennt, z. B. dass die Beweisschwierigkeiten – hat er die oder eine andere Situation gemeint? – erheblich sein können. Es ist auch schwierig, im Voraus über sein Lebensende solche Definitionen zu treffen.

Aber: Wir haben einen riesigen Bereich von solchen höchst wichtigen Entscheidungen. Denken Sie an Testamente, denken Sie an Stiftungen, denken Sie an den Organspendepass. Nun wird ein Christ sagen: Es ist ein Unterschied, ob ich Vermögensangelegenheiten regele oder ob ich etwas für den Zeitpunkt, an dem ich nicht mehr lebe – Stichwort: Organspende –, regele. – Wenn man allerdings im Lichte des Grundgesetzes argumentiert, dann muss man sagen: Der Artikulationsfähige darf auch über sein Leben verfügen, d. h. es gibt keinen Zwang zum Leben.

Diese empirischen Probleme müssen durch Aufklärung und Beratung angegangen werden. Da muss man sagen: Wenn Zweifel bleiben, dann muss man sich im Zweifel für das Leben und nicht für den Tod entscheiden. – Das sind aber keine grundsätzlichen Einwendungen. Es handelt sich hier nicht um etwas grundsätzlich anderes als die Entscheidung, in einer bestimmten Situation eine bestimmte Behandlung abzulehnen.

Ich gehe auf bestimmte Probleme nicht ein; sie wurden angeschnitten. Angeschnitten wurde die Frage: Wie verhält es sich mit der Beihilfe zum Suizid? – Der Suizid ist bekanntlich nicht strafbar; die Selbsttötung ist bei uns nicht strafbar. Herr Dr. Jürgens, Sie als Jurist wissen es: Wenn eine Haupttat nicht strafbar ist, dann kann auch die Beihilfe dazu nicht strafbar sein. Sie kann zwar ethisch verwerflich sein – die Bundesärztekammer ist ganz entschieden gegen jegliche Beihilfe –, aber unter rechtlichen Gesichtspunkten gilt: Da die Selbsttötung nicht strafbar ist, ist auch die Beihilfe nicht strafbar. Es könnte anders geregelt sein – in England ist sie anders geregelt –, aber bei uns ist es so geregelt.

Dass der Suizid in der weitaus größten Zahl aller Fälle ein Hilfeschrei, ein Verzweiflungsakt ist und die Gesellschaft aus Solidarität und aus dem Grund heraus, dass das Leben ein hohes Gut ist, gehalten ist, zu verhindern, dass es zu solchen Akten der Verzweiflung kommt, ist ganz klar; das müssen wir nicht diskutieren. Das heißt: Im Zweifelsfall ist der Suizid nicht autonom, sondern er wird von Kranken, Depressiven, Verzweifelten ausgeführt. Alles sollte getan werden, um ihn zu verhindern.

Wenn ein Mensch allerdings unter Qualen dahinsieht – es ist unstrittig, dass nicht alle Krankheiten durch Schmerzmittel ausreichend therapierbar sind; etwa 5 % aller Tumorkranken lassen sich nicht durch eine Schmerzhilfe therapieren –, dann vertritt die Mehrheit die Meinung – ich denke auch so –, dass es ethisch nicht verwerflich ist, wenn eine Hilfe geleistet wird, wenn z. B. der Arzt ein Medikament besorgt. Für mich ist allerdings die Einbindung eines Dritten in eine Tötungshandlung unerträglich, und zwar sowohl aus moralischer und ethischer Sicht als auch aus verfassungsrechtlicher Sicht. Denn in unserer Verfassung ist die Selbstbestimmung neben der Menschenwürde das höchste Gut. Es ist aber nicht so, dass die Verfassung nicht zwingen würde, am Selbstbestimmungsrecht eines anderen Halt zu machen, und jegliche Mitwirkung über eine solche reine Beihilfe hinaus wäre aus meiner Sicht rechtswidrig; dazu gibt es allerdings verschiedene Ansichten. Man kann durchaus eine verfassungsrechtlich andere Auffassung vertreten. Ich persönlich würde eine solche Änderung nicht begrüßen. – Danke schön.

(Beifall)

Diskussion

Lothar Quanz,
Vizepräsident des Hessischen Landtags:

Vielen Dank, Frau Weber-Hassemer.

Meine Damen und Herren, wir haben einen weiten inhaltlichen Bogen von theologischen über christliche bis hin zu ethischen Fragestellungen und Grundlagen gespannt, und abschließend wurden uns gerade von Frau Weber-Hassemer die verfassungsrechtlichen Grundlagen aufgezeigt. Dies ist sicherlich ein weiter Raum, um Fragen an unsere Experten zu stellen. Ich darf nun die Fragerunde eröffnen.

Dr. med. Markus Parzeller,
Institut für Forensische Medizin der Universität Frankfurt a. M.:

Ich habe eine Anregung: Es muss klarer gesetzlich definiert werden. Es hat sich im Endeffekt in der Diskussion gezeigt: Die Begrifflichkeiten Sterbebegleitung und Sterbehilfe sowie die Entscheidung des BGH-Senats in Zivilsachen, die zu mehr Verwirrung beigetragen hat, machen es den Ärzten letztendlich schwierig, zu entscheiden, wann ein Fall der passiven oder ein Fall der indirekten Sterbehilfe vorliegt, zumal auch die Bundesärztekammer mit ihrer Stellungnahme nicht gerade zur Klarheit beigetragen hat. Vielmehr trägt sie dazu bei, dass die Begrifflichkeiten nicht klar verwendet werden. Das ist einer der wesentlichen Aspekte. Also, die Frage des Todes müsste gesetzlich geregelt sein. Wir haben zwar den Anfang des Lebens geregelt, aber nicht das Ende des Lebens. Auch das Transplantationsgesetz hat diesbezüglich nicht zu Klarheit geführt.

Das Nächste ist: Herr Prof. Schuster sprach die Frage des einvernehmlichen Verzichts bei der passiven Sterbehilfe an. Das kann ich meiner Ansicht nach nicht teilen. Es geht hier nicht um eine Einvernehmlichkeit, sondern letztendlich um den Willen des Patienten, und wenn der Wille des Patienten darauf ausgerichtet ist, dass er sterben möchte, dann muss er keinen einvernehmlichen Verzicht mit dem Arzt haben. Vielmehr ist letztendlich sein Wille entscheidend.

Lothar Quanz,
Vizepräsident des Hessischen Landtags:

Ich schlage vor, dass die Antworten direkt im Anschluss gegeben werden. – Frau Weber-Hassemer, es geht um die Notwendigkeit einer gesetzlichen Präzisierung.

Christiane Weber-Hassemer,
*Staatssekretärin a. D., Vorsitzende Richterin am OLG Frankfurt am Main,
Vorsitzende des Nationalen Ethikrats:*

Ja, es hat sicherlich etwas mit den Begrifflichkeiten „aktiv/passiv“ und „direkt/indirekt“ zu tun. Auf diese Begriffspaare hat man sich so eingeschossen, aber sie sind nicht präzise. Denn eine passive Sterbehilfe kann ein aktives Tun verlangen,

beispielsweise das Abstellen eines Beatmungsgerätes. Deshalb müssen meiner Meinung nach diese Begrifflichkeiten präzisiert werden. Ich sehe im Moment allerdings nicht sehr viele Chancen, dass sie präzisiert werden. Denn im Rahmen der Patientenverfügung wird man diese Begrifflichkeit im Bundestag wahrscheinlich nicht aufgreifen, und eine strafrechtliche Regelung ist derzeit leider nicht in Sicht, obwohl sich der Deutsche Juristentag mit ganz überwältigender Mehrheit dafür ausgesprochen hat, eine strafrechtliche Klärung zu finden.

Sie sprachen eben den Zivilsenat an; hier sitzt ein Kenner der Materie. Das Problem ist tatsächlich, dass die Strafgerichte bis hin zum BGH und die Zivilgerichte einen anderen Aspekt im Auge haben, um den sie streiten. Es geht um Betreuung, um den Abbruch einer Betreuung, um die Frage, wer lebensrettende Maßnahmen genehmigen muss usw. Da verschiebt sich das Zentrum der Argumentation. Wir – insofern hat sich der Nationale Ethikrat einstimmig geäußert – möchten versuchen, die Begriffe anders zu verwenden, um es etwas klarer zu machen. Sterbebegleitung ist alles, was den Bereich Hospiz und die Palliativmedizin betrifft, und Sterbenlassen ist das, was wir heute als passive Sterbehilfe bezeichnen. Sterbenlassen umfasst alle Maßnahmen, die vom Patienten gewollt sind; da bin ich Ihrer Meinung, dass diese beachtet werden müssen.

Dazu gehört aber auch: Wenn ein Mediziner sieht, dass absolut keine Indikation mehr besteht oder keine Hilfeleistung erfolgen kann, weil der Zustand infaust ist und nichts mehr zu machen ist, dann ändert sich das Sterbenlassen. Dann ändert sich das Behandlungsziel: weg von Behandlung zur palliativmedizinischen Betreuung bzw. Begleitung. Ich könnte mir vorstellen, dass auch ohne gesetzliche Klarstellung in den Diskussionen – insofern bin ich dem Landtag dankbar, dass er hier diese Diskussion führt – mehr Klarheit herbeigeführt werden könnte. Ich wünsche mir, dass auch die Ausbildung in den Kliniken voranschreitet, sodass wir vielleicht ohne gesetzliche Regelungen auskommen. Ich selber wünsche mir allerdings, dass es zu präziseren Regelungen kommt.

Prof. Dr. theol. Josef Schuster,
Philosophisch-Theologische Hochschule St. Georgen, Frankfurt a. M.:

Natürlich bestreite ich überhaupt nicht – im Gegenteil, ich habe es mehrfach schriftlich betont –, dass der Arzt Patienten selbstverständlich nur dann behandeln darf, wenn er die Erlaubnis des Patienten hat. Gegen seinen Willen darf er nicht behandeln. Das ist Körperverletzung. Das ist ganz unstrittig. Es gibt natürlich Fälle – beispielsweise in der Notfallmedizin usw. –, in denen der Patient nicht gefragt werden kann. Manchmal muss behandelt werden, um feststellen zu können, ob es überhaupt noch eine Behandlungsmöglichkeit gibt. Das ist aber etwas anderes.

Ich möchte insistieren, dass ich sehr wohl einen Vorschlag gemacht habe, „aktiv/passiv“ sehr präzise zu fassen. Ich habe nämlich gesagt: Wenn ärztliches Handeln – das wäre in dem Fall der Tötung auf Verlangen – so aussieht, dass es die notwendige und einzig hinreichende Bedingung für den Tod ist, dann ist das Tötung; das ist nicht unklar. Ich weiß nicht, warum das nicht in Juristenköpfe hineingeht. Es ist präzise.

(Heiterkeit)

Es ist nicht verschwommen.

Ich habe auch gesagt, dass Patienten oft Moribunde sind, d. h. dass der Tod kausal überdeterminiert ist. Ich habe eine schwache Annahme gemacht: Wenn das Handeln des Arztes nicht die einzige hinreichende Bedingung ist, dann lässt das alle Maßnahmen der Therapiebegrenzung und auch den Therapieabbruch am Ende zu. Dann lässt das Handeln diese Maßnahmen als legitim und als auch moralisch legitim erscheinen.

Ob man bei den Begrifflichkeiten bleibt, bleibt offen. Allerdings muss es nicht im Unklaren bleiben.

Bischof Prof. Dr. habil. Martin Hein,
Evangelische Kirche von Kurhessen-Waldeck:

Ich möchte noch einen Satz zur Frage der konkreteren und spezifischeren gesetzlichen Regelung anmerken. Es beginnt in der Tat mit der Begrifflichkeit, und der Nationale Ethikrat hat durchaus respektable Vorschläge gemacht, wie das Thema, das wir diskutieren, im spezifischen Falle zu benennen ist.

Ich möchte an dieser Stelle vor einem Aspekt warnen: Meine Damen und Herren, glauben Sie nicht, dass Sie der ethischen Entscheidung entzogen werden, wenn Sie es rechtlich konkret gefasst haben. Das ist das Grundproblem, um das es geht. Auch eine präzisere Benennung entlässt weder Ärztinnen und Ärzte noch Juristen aus der Verantwortung, in einer bestimmten Situation etwas entscheiden zu müssen. Was hilft, ist lediglich, dass wir den Tatbestand klarer in den Blick bekommen haben.

Dr. med. Michael Popović,
Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer Hessen:

Ich möchte mich ausdrücklich dafür bedanken, dass wir eine Vorlage von Juristen und Theologen erhalten haben. Allerdings möchte ich daran erinnern, dass das Thema nicht nur zutiefst patientenorientiert, sondern auch ärzteorientiert ist. Sie, die Sie auf dem Podium sitzen, wissen, dass die Thematik in den Gremien der Ärzteschaft seit eh und je eines der Kernthemen überhaupt ist. Ich bedauere es ein wenig, dass wir seitens der verfassten Ärzteschaft nicht bei der Gestaltung dieses Symposiums einbezogen wurden. Punkt eins.

Punkt zwei. Ich möchte kritisch anmerken, dass – leider ist er nicht mehr anwesend – der Präsident des Hessischen Landtags den Satz: „Wir setzen uns mit Möglichkeiten lebensbeendender Maßnahmen auseinander“, gewählt hat. Dahinter möchte ich ein großes Fragezeichen setzen. Ich denke, genau umgekehrt ist es: Wir müssen uns damit befassen, wie die Menschenwürde im Zentrum stehend für das Handeln, das patientenzentriert ist, maßgeblich ist. Und es muss berücksichtigt werden, wie die Umstände des Einzelfalls bei dem jeweiligen Patienten vor dem Hintergrund gegebener Möglichkeiten auszuloten sind. Dieses ist juristisch nur schwer zu fassen. Herr Prof. Schuster, ich danke Ihnen ausgesprochen für Ihre sehr differenzierte Betrachtungsweise der Problematik und auch der Begrifflichkeiten.

Warum ist das so? – Wenn man medizinhistorisch oder rechtsphilosophisch in die Geschichte geht, dann wird man feststellen, dass die Auseinandersetzung mit Leben, Leiden, Tod, Sterben, Euthanasie usw. immer ein direkter Ausdruck der jeweiligen Kulturkreise war. Sinuskurvenartig entwickelt sich das, und je mehr Säkularisierung unterstellt wird, desto mehr angebliche Autonomie und Selbstbestimmung werden in der letzten Phase des Lebens mit all den negativen Auswirkungen, die wir auch historisch kennen, unterstellt.

Das bestimmt natürlich auch die Begrifflichkeiten – politisch, ideologisch, juristisch. Von daher ist es zwingend erforderlich, dass wir unter der Berücksichtigung dessen, was im Verfassungsrecht verankert ist, die Menschenwürde ins Zentrum der Behandelnden stellen. Wir müssen sie mit Orientierung versehen, sodass sie den Patienten in jeder Phase helfen und Leiden lindern, also das Pallium benutzen, ohne die wesentliche Grundlage der Beziehung zwischen Patient und Seelsorger, Patient und Arzt durch Misstrauen und Verlust von Vertrauen zu belasten. Es ist eine Kernfrage des Menschen in seiner letzten Phase: Wie zerstört man diese Vertrauensfrage, oder kann man sich in die Arme des Betreuenden begeben, ohne Angst zu haben? – Angstfrei sterben, schmerzfrei sterben, das ist eine Aufgabe der Palliativversorgung, und damit haben wir uns auseinanderzusetzen.

Wie sind die Rahmenbedingungen? Ich muss Ihnen sagen, Herr Schmidt: Ihre Darstellung ist völlig richtig. Sie schildert aber nur den klinischen Bereich. Wenn Sie sich die Empfehlung des Ministerrats der EU von 2003 anschauen, werden Sie nachvollziehen, dass auch dort dokumentiert ist, dass sich der weitaus größte Teil der palliativ zu versorgenden Patienten im häuslichen Milieu befindet und sein will, auch wenn das Ergebnis so ist, wie wir es jetzt beschreiben, dass nämlich die allerletzte Phase im Krankenhaus stattfindet, und zwar mit den Konsequenzen, die Sie beschrieben haben.

Es muss also andersherum sein, und das haben wir in den Stellungnahmen der Landesärztekammer und vielen weiteren klargestellt. Wir folgen damit auch den WHO-Forderungen an Politik und Gesellschaft oder auch denen des EU-Ministerrats, dass alles getan werden muss, damit die letzte Phase des Patienten im häuslichen Milieu menschenwürdig stattfindet und alles getan wird, damit der Patient in seiner Autonomie nicht angstvoll und in Schmerzen alleine ist. Wir haben hier auch das Prinzip der Fürsorge anzuwenden, das juristisch nicht so einfach zu fassen ist. Von daher gibt es eine Menge zu sagen.

Ich will es nicht weiter ausführen, sondern nur daran erinnern, dass die Ärztebefragung im Jahr 2001 erhebliche Unsicherheiten aufgezeigt hat. Es gibt die Grundsätze der ärztlichen Sterbebegleitung von 1998 und die der Bundesärztekammer von 2004. Es gibt viele grundsätzliche Stellungnahmen dazu, die man ins Feld führen muss. Sonst ist es nicht vollständig.

Ich möchte auch daran erinnern, dass in Berlin am 23. November letzten Jahres eine große Pressekonferenz zum Thema „Selbstbestimmt Sterben“ mit Juristen, mit Theologen usw. stattgefunden hat; das nur am Rande.

Deswegen ist es meiner Ansicht nach zwingend erforderlich, dass man nicht nur über die Begrifflichkeiten streitet, um daraus resultierend eine Rechtsgrundlage zu schaffen, die den Arzt und den Patienten in seiner letzten Phase auch verändern kann. Wir wissen doch, dass Politik mit Worten gemacht wird und Gesetzesnormen auch eine Folge von politischen Meinungsbildungsprozessen sind.

Als Fazit ziehe ich: Der Sterbeprozess des Menschen in Abhängigkeit der Kulturkreise ist ein ewiger. Insofern brauchen wir Grundnormen ärztlichen Handelns – nicht medizinische Normen –, weil die ethische Verpflichtung dem Patienten gegenüber eine ganz maßgebliche ist, die durch ideologische Veränderungen oder rechtspolitische Veränderungen nicht zulasten der Arzt-Patienten-Beziehung gefährdet werden darf.

Ich appelliere an Sie, den Patienten in seiner schmerzlichsten und einsamsten letzten Phase mit dem Vertrauen zu versehen, sodass das Leiden nicht sinnlos verlängert wird, sondern dass der Sterbeprozess – wie es die Bundesärztekammer immer wieder dargestellt hat – seelisch gut begleitet so gestaltet wird, dass die letzte Phase des Lebens menschenwürdig begleitet wird. – Vielen Dank.

Ruth Wagner (Darmstadt), *MdL*:

Ich möchte noch einmal auf alle vier Positionen eingehen, vor allen Dingen aber auf die der drei Vertreter kirchlicher Einrichtungen. Herr Schmidt, Ihre Position scheint meiner Meinung nach der von Herrn Hein zu widersprechen. Deswegen möchte ich mich mit meinen Fragen vergewissern, ob das so ist.

Die Vorfrage: Sie haben von einem jüdischen Vorschlag gesprochen. Was heißt „jüdischer Vorschlag“? Ist das eine Praxis in Israel, oder meinen Sie, dass es auch aus den jüdischen Gemeinden in Deutschland Vorschläge gibt, und wie lauten diese? Könnten Sie auch die Personen benennen, die diese Vorschläge gemacht haben?

Sie haben an einer Stelle gesagt, dass die Autonomie des Menschen nicht von sich aus vorhanden sei, sondern erst durch den Arzt hergestellt werde. Das ist meiner Meinung nach absolut konträr zu dem, was die beiden Vertreter der evangelischen und katholischen Glaubensgemeinschaft und auch Frau Weber-Hassemer für den Nationalen Ethikrat gesagt haben. Alle drei, mit unterschiedlichen Positionen, haben auf die Individualität der Person abgestellt. Ich wundere mich sehr, dass Sie als Vertreter eines evangelischen Krankenhauses darauf abstellen, dass ein Mensch in einer bestimmten Situation nicht mehr zu handeln fähig sei. Das ist sicherlich richtig; trotzdem bleibt entsprechend unserem Verfassungsrecht und aus evangelischer, katholischer und jüdischer Überzeugung die Individualität des Menschen, der über seine Handlungsfähigkeit entscheiden kann. Und wenn er es nicht kann, dann gibt es für diesen Fall verfassungsrechtliche Regelungen, wer für ihn mitentscheiden kann. Das hätte ich gerne näher erläutert.

Die zweite Frage richtet sich an Herrn Hein und Herrn Schuster. Herr Schuster, Sie haben – so habe ich Sie verstanden – sehr differenziert herausgestellt, dass man zwischen der hinreichenden Bedingung für die Unterlassung und einer Be-

handlung des Patienten abwägen müsse. Das ist in meinen Augen eine sehr viel differenziertere Haltung als die, die Herr Hein genannt hat. Damit kommen Sie in die Nähe von Überlegungen von Mitgliedern im Nationalen Ethikrat, die sehr genau differenzieren wollen, falls es gesetzlich noch nicht ausreichend differenziert ist, was nach unserem Grundrecht und Strafgesetzbuch erlaubte Unterlassung darstellt und welche Folgen sie hat.

Genau um diesen Fragenkreis dreht sich die Anhörung, die der Landtag mit Menschen aus verschiedensten Ausschüssen, in denen wir arbeiten, durchführt. Denn wir möchten über den Hessischen Landtag – er hat letztendlich nicht die Entscheidung zu treffen; dessen sind wir uns gewiss – Einfluss auf die Möglichkeiten auf Bundesebene nehmen. Vielleicht könnten Sie herausarbeiten, ob ich das richtig verstanden habe.

Zum Schluss möchte ich eine Frage zur Position von Frau Weber-Hassemer stellen. Sie haben noch einmal darauf hingewiesen, dass es in Deutschland 20 bis 25 % echte Christen gebe, die an das Lebensende glauben würden. Vielleicht sind es aufgrund der Zugehörigkeit 50 bis 60 % der Bevölkerung Deutschlands, aber das ist für die verfassungsrechtliche Behandlung dieser Frage nicht entscheidend. Die Frage ist: Was ist die ethische und moralische Grundlage der Menschen, für die der Deutsche Bundestag am Ende zu entscheiden hat? – Da möchte ich noch einmal auf den Gegensatz, den Sie dargestellt haben, rekurrieren. Sie haben gesagt, der individuelle Wert, das personale Recht nach Art. 1 sei auf der einen Seite sozusagen die Handlungsmaxime für den Gesetzgeber.

Auf der anderen Seite – dies resultiert aus der Aufklärung, kommt aber auch aus dem Christentum und dem jüdischen Glauben – ist es so, dass sich in dem Wert des Lebens des Einzelnen die Menschheit, die Gattung widerspiegelt; so hat es Immanuel Kant gesagt. Ist das eine Intention, die aus den Überlegungen des Parlamentarischen Rates bei der Formulierung der Art. 1 und 2 eine Rolle gespielt hat? Und wenn ja, welche?

Dr. theol. Kurt W. Schmidt,
Zentrum für Ethik in der Medizin am Markus-Krankenhaus, Frankfurt a. M.:

Vielen Dank für Ihre Rückfrage. – Aus meiner Sicht habe ich mich sehr missverständlich ausgedrückt. Hinsichtlich des Aspekts Autonomie bin ich mit Frau Weber-Hassemer und den anderen Kollegen völlig einig. Ich kann es nur ergänzen: Wenn ein autonomer Patient eine bestimmte Therapie nicht möchte, hat der Arzt gar keine Chance, etwas gegen seinen Willen zu unternehmen.

Ich wollte deutlich machen, dass das gegen die Fürsorge ausgespielt wird. Man sagt: Das sind zwei Antipoden, die sich gegenüberstehen. – Ich wollte darauf aufmerksam machen, dass sich die Fürsorgepflicht des Arztes auch darin ausdrückt, dass er einem Patienten, der vielleicht vor der Alternative zwischen zwei verschiedenen Operationen steht, nicht sagt: Ich war in einem Ethikseminar. Ich habe von Autonomie gehört. Ich muss mich zurückhalten. Ich darf nicht paternalistisch sein. Ich zeige Ihnen nur die beiden Alternativen, und Sie als autonomer Patient haben zu entscheiden. – An der Stelle muss man einräumen: Wenn der Patient ein medizinischer

Laie ist, kann er darüber nicht entscheiden. Er braucht dann die Informationen des Arztes, damit er selbst – jedoch nur in dieser Situation – eine Entscheidung treffen kann.

Das ändert aber nichts an meiner grundsätzlichen Position: Wenn der Patient das ablehnt, dann muss das respektiert werden, und das soll auch respektiert werden.

Ich würde dieses Selbstbestimmungsrecht mit der verbundenen Aufklärung, wie ich es Ihnen dargestellt habe, sogar so weit führen, dass ich im Hinblick auf die Patientenverfügung sagen würde: Ich sehe keinen Grund, eine Reichweitenbeschränkung vorzunehmen. Warum soll ein Patient, der sich im Krankenhaus befindet und eine Operation ablehnt, dies nicht auch für Fälle bestimmen können, in denen er nicht mehr selbst entscheiden kann? Warum soll er sich in einer Patientenverfügung so nicht festlegen können?

Um es noch einmal zu betonen; ich erinnere an den Fall Terry Shriver, der vor einhalb Jahren durch die Presse ging. Warum hätte sie nicht für diese Situation eine Patientenverfügung abgefasst haben sollen, die dann in dieser Situation gegolten hätte? Da sehe ich keinen Grund, diese Reichweitenbeschränkung vorzunehmen. Darüber wird die Debatte im Deutschen Bundestag geführt.

Zu den jüdischen Beispielen. Das war eine Debatte Ende der Siebzigerjahre. Diese kamen neulich – deswegen habe ich mich wahrscheinlich an sie erinnert – in den Zeitungen auf. Sie spielen sich in Israel ab. Sie haben aber auch einen jüdischen medizinethischen Hintergrund. Ich habe es erwähnt, um dieses Beispiel „aktiv/passiv“ aufzugreifen. Es ist ein Beispiel, das in Israel als eine Möglichkeit diskutiert wurde. Soweit ich weiß, ist es allerdings nie umgesetzt worden, sondern diente lediglich der ethisch-philosophischen Reflektion.

Prof. Dr. theol. Josef Schuster,
Philosophisch-Theologische Hochschule St. Georgen, Frankfurt a. M.:

Zunächst einmal ist es wichtig, dass ich die Phasen unterscheide. Ich spreche jetzt von der finalen Phase. Ich kenne die Fragen, die die Ärzte dann stellen: Wann beginnt die denn? – Da vertrete ich manchmal die ketzerische Auffassung, dass Angehörige und Pflegepersonal diese Frage manchmal besser beantworten können als Ärzte, die zu sehr auf bestimmte Organe und deren Versagen fixiert sind und nicht merken, dass jemand stirbt.

Für diese Phase würde ich sagen: Wenn nach ärztlicher Indikation jeder Therapievorschlag in der Situation sinnlos ist und wenn nicht nur Heilung, sondern auch Linderung in dieser Phase nicht mehr möglich ist, dann ist die Umdefinierung des Behandlungsziels – so nennen es die Ärzte gerne – auf palliativ angesagt. Es ist sogar ethisch geboten. Insofern macht sich niemand schuldig.

Frau Wagner, es geht nicht um Handgriffe. Da wird immer gesagt: Apparat abschalten oder nicht abschalten. – Sie merken, ich habe mich gar nicht darauf eingelassen. Denn das ist nicht das Entscheidende. Das Entscheidende ist vielmehr, ob

eine Therapie möglich ist oder nicht. Ist alles, was an Therapie geschieht, eine zusätzliche Belastung für die Patientin oder den Patienten? – Davor haben Menschen Angst. Ich denke – und das sagen Mediziner sehr deutlich –: Das muss nicht sein, und eine Über-Therapie wollen sie auch nicht.

Es gibt natürlich Menschen – das muss man auch sagen, und das wird Herr Schmidt aus der klinischen Erfahrung heraus bestätigen –, die am Ende eine Maximaltherapie wünschen, weil dieser aktive Moment des Das-Leben-Loslassens nicht so einfach ist; da sollten wir uns nichts vormachen. Das Sterben ist nicht einfach nur schön. Wer dabei war, wer Sterbende begleitet hat, der weiß auch von anderem zu berichten. Das muss man auch mal sehen.

Insofern muss kein Arzt bzw. keine Ärztin Angst haben, wegen unterlassener Hilfeleistung verklagt zu werden. Ich habe schon einmal in einem anderen Zusammenhang Herrn Kutzer, der das auch deutlich gesagt hat, darauf hingewiesen: Wenn in der Presse steht, dass ein Doktor einen Patienten sterben ließ, obwohl er ihn hätte retten können, dann ist der Arzt oder die Ärztin gebrandmarkt. Das ist das Problem. Es ist nicht ein Problem der Juristen, der Jurisprudenz und der Gerichtsbarkeit, sondern ein Problem der Öffentlichkeit. Sie wissen, dass Sie so oder so mit diesen Fragen sehr gut Stimmung machen können.

Ich hätte zum Menschenwürdeverständnis von Frau Weber-Hassemer eine Menge Fragen, aber diese unterdrücke ich jetzt.

Bischof Prof. Dr. habil. Martin Hein,
Evangelische Kirche von Kurhessen-Waldeck:

Mir ergeht es ebenso. Wir machen hier schließlich keine Podiumsdiskussion, sondern sind hier in der Expertenbefragung.

Zu dem von Herrn Schmidt genannten jüdischen Vorschlag aus Israel muss ich sagen: Das ist nur eine Scheinalternative. Derjenige, der die Uhr einschaltet, tut natürlich etwas und nimmt zumindest billigend in Kauf, dass dies zum Tod führen kann. Sich so aus der eigenen Handlungsverantwortung herauszustehlen, kommt mir – insofern hat dieser Vorschlag auch keine Konsequenzen gehabt – relativ billig vor.

Ich möchte auf einen Aspekt hinweisen, der mit der Frage von Frau Wagner hinsichtlich der Fürsorgepflicht des Arztes oder der Ärztin zu tun hat. Diese ist für mich in der Tat eine Informationspflicht. Patientinnen und Patienten müssen ihrerseits in die Lage versetzt werden – je früher, desto besser; schließlich wäre es in einer finalen Situation problematisch –, über die Folgen ihres Handelns rechenschaftspflichtig zu sein. Das betrifft zum einen Ärztinnen und Ärzte und zum anderen Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige. Dass das Beziehungsgeflecht seinerseits einen erheblichen Druck auslösen kann, habe ich in meiner Ausführung dargestellt.

Ich will an dieser Stelle – das wird einige Kundige wundern – noch einmal den Begriff des Gewissens einführen, der in der evangelischen Ethik ansonsten seine Besonderheit besitzt. Es geht nicht darum, dass wir als evangelische Kirche gewissermaßen

ßen Handlungsbedingungen formulieren, denen man dann einfach folgt. Das ist kein ethisches Handeln. Es gibt sozusagen in der evangelischen Kirche keine Befolungsethik, die nur ausführt, was einem vorgegeben wird. Die Wichtigkeit liegt mir an dieser Stelle darin, zu einer begründeten Gewissensentscheidung zu kommen, die dann vonseiten des Patienten die Gewissensentscheidung des Arztes immer respektieren muss. Das beinhaltet das etwas dialektische Zitat von Volker Gerhardt: Meine eigene Selbstbestimmung findet ihre Grenze sozusagen immer an der Selbstbestimmung des anderen. – Das macht allerdings die Problematik aus.

Solange es allerdings nicht zu solch einem reflexiven Verhalten kommt, halte ich eine Forderung nach Herbeiführung des Todes für moralisch nicht erträglich.

Lothar Quanz,
Vizepräsident des Hessischen Landtags:

Frau Weber-Hassemer, Sie wurden zu Art. 1 – „Die Würde des Menschen ist unantastbar“ – angesprochen. Ist dieser eine personale Grundlage, oder sind in diesem Artikel auch die Menschlichkeit und die Menschwerdung vereinigt?

Christiane Weber-Hassemer,
*Staatssekretärin a. D., Vorsitzende Richterin am OLG Frankfurt am Main,
Vorsitzende des Nationalen Ethikrats:*

Die Frage ist gemein.

(Heiterkeit –Dr. Andreas Jürgens, MdL: Aber berechtigt!)

Ich könnte mit dem blöden Satz: „Zwei Juristen, drei Meinungen“, antworten. Heute ist durchaus streitig – das war nicht immer so –, ob Art. 1 auch die Gattung Mensch und einen unveräußerlichen Bestand von dem, was wir unter Menschengeschlecht, Menschsein verstehen, schützt. Das wird von vielen Verfassungsrechtlern heftig bestritten. Andere sagen, das sei so. Das spielt natürlich bei der Diskussion um Präimplantationsdiagnostik, um Stammzellenforschung usw. eine Riesenrolle.

Ich habe hier nicht die ganze Breite darstellt, weil meines Wissens kein Verfassungsrechtler sagt: Dieses schützt mehr als die personale Menschenwürde. – Es heißt nicht: „Die Würde der Menschheit ist unantastbar.“ Es heißt: „Die Würde des Menschen ist unantastbar.“ Damit ist in allererster Linie der einzelne Mensch gemeint, und da hat sich das Bundesverfassungsgericht sehr deutlich ausgedrückt. Es hat immer wieder darauf hingewiesen, dass der Mensch nicht zum Objekt gemacht werden dürfe, sondern dass der Mensch in seinem individuellen Sein geschützt werden müsse. Es hat immer dazugefügt: Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um einen gesunden, kranken, alten, dummen usw. Menschen handelt. Es hat immer gesagt: Man darf bei den Menschen keinen Unterschied machen. Jedes Menschsein ist gleich viel wert, und es darf in keiner Weise einem Einzelnen ein Mehr zugesprochen werden. Immer bleibt das persönliche Fundament des einzelnen Menschen.

Insofern denke ich, dass man diese Gattungsfrage in der Diskussion um die Patientenverfügung nicht thematisieren muss. Aber es ist tatsächlich streitig.

Dr. Andreas Jürgens, *MdL*:

Ich habe den Eindruck, dass wir mit dem Titel unseres Symposiums „Schutz des Lebens und Selbstbestimmung am Lebensende“ einen guten Spannungsbogen, zwischen dem sich das Thema bewegt, beschrieben haben. Es gibt von Verfassungen wegen nicht nur ein Recht auf Leben, sondern auch einen Anspruch auf Schutz des Lebens durch den Staat. Dazu, wie weit dieser in Abgrenzung zu der Selbstbestimmung reicht, habe ich eine konkrete Nachfrage.

Ich möchte dies auf die Frage, die mehrfach angesprochen wurde, zuspitzen: Wie weit reicht eigentlich die Autonomie beim Suizid? Ich bin darauf gekommen, weil Frau Weber-Hassemer diesbezüglich sehr differenziert argumentiert hat. Ich habe mir hier notiert: Ein Suizid ist im Zweifel nicht autonom. – Wir wissen in der Tat aus der Suizidforschung, dass nur ein ganz kleiner Teil von fehlgeschlagenen Suizidversuchen später wiederholt wird. Daher hat man gesagt: In der Regel ist der Wunsch nach dem Tod eher der Schrei nach einem besseren Leben.

Es ist eine spannende Frage. Auf der einen Seite sagen wir: In der Regel ist ein Suizid nicht autonom; deswegen müssen Rettungskräfte eingreifen, und deswegen müssen wir alles tun, um dieses Leben gegen den Wunsch des Suizidenten retten. – Auf der anderen Seite sagen wir: Bei Schwerkranken, bei sterbenden Menschen ist es anders. – Jetzt frage ich nach: Was ist da anders?

Wir sagen dem einen: Du wirfst ein zwar nicht gutes, aber zumindest chancenreiches Leben einfach weg, und deshalb müssen wir dich vor dir selbst schützen. – Zu dem anderen sagen wir: Wir verstehen, dass du ein Leben, das aller Voraussicht nach hoffnungslos bleibt und nur von Leiden geprägt ist, aufgibst. – Machen wir dann nicht genau das, was – das haben alle unisono gesagt – nicht geschehen darf? Würden wir dann nicht zwischen einem wertvollen, schützenswerten Leben auch gegen den Willen des Suizidenten und einem eher nicht schützenswerten Leben differenzieren? Das ist die spannende Frage. Wo ist die ethische oder auch verfassungsrechtliche Grundlage dafür, genau diese Differenzierung vorzunehmen?

Christiane Weber-Hassemer,
*Staatssekretärin a. D., Vorsitzende Richterin am OLG Frankfurt am Main,
Vorsitzende des Nationalen Ethikrats:*

Man sieht an der gesamten Diskussion, dass der Autonomiebegriff zwar in der Theorie, aber nicht in der Praxis trennscharf ist. Ist ein Patient, der ins Krankenhaus kommt und sich mit einer infausten Prognose konfrontiert sieht, autonom, wenn er sagt, dass er bestimmte Dinge will bzw. nicht will? Kann ihm der Arzt helfen? – Das ist eine empirische Frage: Wann ist ein Patient so weit, dass er mit dieser Entscheidung selbst umgehen kann?

Etwas Ähnliches passiert auch bei der Suizidforschung und bei der Suizidbearbeitung. Es geht um die Grenze zu einem Depressiven, über den ein Arzt sagen würde: So depressiv ist die Hälfte der deutschen Bevölkerung. Das ist keine wirkliche Krankheit.

Sie kennen aus dem Strafrecht den Ausdruck des sogenannten Bilanzselbstmords. Der Bilanzselbstmord ist die Selbsttötung eines Menschen, der quasi sein Leben bilanziert und sagt: Ich will nicht mehr. – Die Ethiker bei uns im Nationalen Ethikrat waren durchaus auch nicht der gleichen Meinung. Herr Gerhardt meinte, dass es eine Art von moralischer Verpflichtung sei. Denn den Wert des Lebens hätten alle anderen auch, und man vernichte gleichzeitig den Wert der anderen, wenn man sein eigenes Leben vernichten würde. Andere sind da völlig anderer Auffassung.

Ich glaube, das einzig Mögliche ist, dass man sich der Überlegung stellt: Zunächst einmal muss von einer Autonomie der Person im Sinne von Selbstbestimmung ausgegangen werden. Dann muss man abwägen: Kann er überhaupt selbstbestimmt leben, oder müssen andere den Schutz für ihn übernehmen? – Das darf aber eine bestimmte Grenze nicht überschreiten.

Wir haben einen katholischen Moraltheologen im Nationalen Ethikrat gefragt: Was machen Sie denn, wenn der Mann zum vierten Mal versucht, sich umzubringen? Er wird immer gerettet und versucht es anschließend aufs Neue. – Darauf sagte er: Dann würde ich ihn sich in Ruhe umbringen lassen.

Das heißt, von allen Seiten gibt es Grenzen dessen, was man einem Menschen auferlegen kann. In der Wirklichkeit wird Ihre Frage immer problematisch bleiben, weil man immer fragen muss: War das selbstbestimmt oder nicht?

Sie kennen die Diskussion im Strafrecht zum Unglücksfall und zur unterlassenen Hilfeleistung nach § 323c StGB. Man bildet dieses Beispiel: Der Arzt geht raus, und der Patient nimmt das Mittel. Dann muss der Arzt schnell wieder rein und den Magen auspumpen. Denn sonst wäre es unterlassene Hilfeleistung.

Es ist ein kompliziertes Feld. Ich denke: Wenn wir die Patientenverfügung ernst nehmen, wird man irgendwann dazu kommen müssen, das Verhalten von Ärzten nicht mehr so eng an den allgemeinen Unglücksfall und an die allgemeine Hilfeleistung aus § 323c StGB heranbringen dürfen. Man wird den Ärzten ein eigenes, besseres Recht geben müssen, um die Situation abschätzen zu dürfen, damit sie nicht immer in diese Strafbarkeitsfalle hineinrennen. Ihr Grundproblem bleibt allerdings.

Dr. theol. Kurt W. Schmidt,
Zentrum für Ethik in der Medizin am Markus-Krankenhaus, Frankfurt a. M.:

Ich kann daran anknüpfen, dass es ein schwieriges Problem ist. Sie haben es mit Ihrer Darstellung vertieft. Aus dem klinischen Alltag kann ich bestätigen: Was machen Sie mit dem Patienten, der aufgrund seiner Krebserkrankung mit einer Patientenverfügung für alle anwesenden Ärzte nachvollziehbar sein Leben beenden wollte, nach einem missglückten Suizidversuch aber ins Krankenhaus eingewiesen wird und den behandelnden Arzt vor ein Dilemma stellt? Denn auf der einen Seite unterliegt der Arzt einer Hilfeleistungspflicht, auf der anderen Seite soll er die autonome Entscheidung des Patienten respektieren. Wir unterstellen in diesem Fall, dass der Patient diesen Schritt nicht aufgrund von Depressionen oder psychiatrischer Erkrankungen gegangen ist.

Herr Kutzer hat diese Situation in einem – wie ich finde – sehr schönen Beitrag in einem Buch, das von Gabriele Wolfslast herausgegeben wurde, dargestellt. Das ist im Moment aus meiner Sicht eine der ungelösten Situationen. Der Arzt pendelt zwischen diesen beiden Situationen – der Hilfspflicht auf der einen Seite und der Anerkennung der Patientenverfügung auf der anderen Seite – hin und her.

Aus der klinischen Perspektive würde ich sagen: Je nachdem, welche Brille Sie aufhaben, kann sich die Einschätzung sehr schnell ändern. Wenn Sie von der Sichtweise der Selbstbestimmung ausgehen und sagen: „Gut, dieser Patient ist seit langen Jahren in der Dialysebehandlung, und nun entscheidet er sich, diese Dialysebehandlung abzulehnen“, dann werden Sie nach verschiedenen Gesprächen die Selbstbestimmung dieses Patienten respektieren. Sobald Sie eine andere Brille aufsetzen und fragen, ob dies ein Suizidversuch ist, kommen Sie zu einer ganz anderen Beurteilung. Sie würden sich die Frage stellen, ob Sie den Psychiater holen sollten und ob das eine wirklich freie, selbstbestimmte Entscheidung des Patienten ist.

Wir stellen uns aus Sicht der Ethik vor, dass ein Mitteleuropäer, 35 Jahre alt, gute Schulbildung und nicht krank, frei und wohl bestimmt entscheiden kann. Aber sobald man in eine Situation kommt, die von zeitlichem Druck und Krankheitseinflüssen geprägt ist, sodass die Entscheidung eingeschränkt wird, wird es schwierig, mit diesem Begriff der Autonomie zu operieren. Da kann ich mich Ihnen nur anschließen: Wir müssen von dem Grundkonzept ausgehen und dann herunterbrechen und fragen, was das in dieser konkreten Situation heißt. Ich würde die Selbstbestimmung allerdings immer sehr stark betonen.

Bischof Prof. Dr. habil. Martin Hein,
Evangelische Kirche von Kurhessen-Waldeck:

Wir müssen uns nicht nur im Zusammenhang mit der Frage des Suizids, sondern insgesamt von der Apotheose der Autonomie trennen. Was den Suizid angeht, so hat Améry vor mehr als zwei Jahrzehnten das Buch „Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod“ geschrieben. Das war sozusagen der Ausdruck der größten Selbstbestimmung des Menschen, also der Herbeiführung seines Endes. Ich halte es aus den Gründen, die Frau Weber-Hassemer geschildert hat, die ich aber auch aus der Seelsorge kenne, für wirklichkeitsfremd.

Das Problem schätze ich hier im Zusammenhang mit der auch von dem Nationalen Ethikrat mehrheitlich geforderten befürworteten Assistenz zur Selbsttötung. Für mich wird das Problem ethisch, indem ich andere in eine Handlung einbeziehe, über die ich mich nicht zum Richter mache. Das ist nicht die Aufgabe – das war in der Geschichte der Kirche einmal anders –, sozusagen eine Handlung moralisch zu bewerten. Wenn man andere dazu „verzweckt“ – Kant hat gefragt, ob man andere zum Objekt seines eigenen Handels macht –, dann muss man dies auch in Bezug auf den Suizidenten sehen, der seine Handlung nur durch die Assistenz eines Sachkundigen vollziehen kann.

Dadurch wird es zu dem Problem, das ich vorhin schon geschildert habe, dass nämlich die Selbstbestimmung des einen nicht zur Verpflichtung des Arztes/der Ärztin werden kann, nun entsprechend dieser Selbstbestimmung handeln zu müssen.

Abschließend will ich noch eines sagen: Vielleicht ist es wichtig, dass wir den Begriff des Menschen insgesamt nicht nur von seiner Autonomie her, sondern auch von seiner Hilfsbedürftigkeit her bestimmen. Wir werden als Menschen geboren und sind auf die Pflege von Menschen, die sich um uns kümmern, angewiesen, gemeinhin unserer Eltern. Dieser Ausdruck der Hilfsbedürftigkeit begleitet eigentlich unser Leben. Es ist nicht nur mit der Kategorie des sozialen Menschen umschrieben, sondern wir sind in vielen Dingen auf andere angewiesen. Das würde ich gerne abschließend in die Debatte werfen, damit wir uns nicht ausschließlich auf den Begriff der Autonomie beziehen. Dieser ist in der Lebenswirklichkeit oft von der Tatsache überholt, dass man sein Leben nicht aus sich selbst heraus hat. Vielmehr ist man prinzipiell auf andere angewiesen.

Prof. Dr. theol. Josef Schuster,
Philosophisch-Theologische Hochschule St. Georgen, Frankfurt a. M.:

Ich kann mich kurz fassen. – Man muss sehen, was Autonomie am Lebensende bedeutet. Es ist in der Regel so – ich sage es bewusst vorsichtig –, dass das Arzt-Patienten-Verhältnis in vielen Fällen nicht symmetrisch ist. Es ist asymmetrisch. In der Regel kommt der Patient zum Arzt, weil er Hilfe braucht. Er sieht im Arzt nicht nur den Dienstleister, sondern er sieht in ihm jemanden, der ihm in einer Notsituation helfen soll, und es bedarf deshalb des Vertrauens. Der Patient muss sich dem Arzt anvertrauen wie sonst vielleicht nur noch einem Seelsorger. Es ist nicht ein symmetrisches Verhältnis. Von daher ist sozusagen eine Hilfe notwendig, die dem Patienten Möglichkeiten eröffnet, eine Entscheidung zu treffen. Am Lebensende ist das aber schwierig.

Ich habe eben die Standardsituation von Herrn Birnbacher zitiert. Ich habe das einmal auf einem Ärztekongress vorgetragen. Dann haben mir die Ärzte gesagt – das hatte ich auch vermutet –: Wissen Sie, den Patienten, der am Ende ist, nicht mehr kann und eine ganz klare Entscheidung trifft, sehen wir kaum. Diesen gibt es eigentlich nicht. – Insofern gehen wir von Fiktionen aus; das muss man sehen.

Abgesehen von der spannenden Frage, wie weit die Schutzpflicht des Staates in Sachen Lebensschutz reicht, hat der Arzt die Möglichkeit, einem Patienten bzw. einer Patientin zu sagen, wo etwas möglich ist. Ich denke, dazu ist er verpflichtet. Denn er ist nach wie vor ein Anwalt des Lebens und kann seinen Beruf letztlich auch nur so verstehen.

Dr. med. Jürgen Bickhardt,
Mitglied der Arbeitsgruppe des BMJ „Patientenautonomie am Lebensende“ und der BAG Hospiz, Erding:

Meine Damen und Herren, ich bin Internist und Intensivmediziner. Seit über 30 Jahren mache ich Sterbebegleitung und bin Sterbenden begegnet. Ich möchte

auf zwei medizinische Banalitäten hinweisen, die im Diskurs immer wieder vergessen werden.

Erstens. Wenn es keine medizinische Indikation für lebenserhaltende Maßnahmen gibt, erübrigt sich jede weitere ethische und juristische Debatte. Deswegen macht es mir Bauchweh, wenn beim unmittelbaren Sterbeprozess ethische und juristische Argumente ausgetauscht werden. Da gibt es keine medizinische Indikation für lebensverlängernde Maßnahmen. Selbst wenn Betroffene dies möchten, allerdings die Indikation nicht gegeben ist, dann darf der Arzt das verweigern. Das ist kein ethisches Problem.

Die zweite Banalität, die immer wieder gerne vergessen wird: Wenn es darum geht, lebensverlängernde Maßnahmen vor Einsetzen des unmittelbaren Sterbeprozesses gemäß Patientenwunsch einzustellen, dann denken viele immer nur an das Einstellen der künstlichen Ernährung. Denken Sie dabei immer an die ganze Palette von der Organtransplantation bis zur künstlichen Ernährung. Dann werden Sie sofort sehen, in welch schwierige Bereiche Sie etwa mit einer Reichweitenbegrenzung kommen.

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach,
Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen:

Ich bin Vorsitzender des Ausschusses Palliativmedizin in der Landesärztekammer. Ich bin niedergelassener Internist.

Ich möchte gerne aufgreifen, was Herr Schmidt zu dem jüdisch-israelischen Beispiel gesagt hat. Herr Bischof Hein, ich habe es für mich etwas anders verstanden und sehe es eigentlich als sehr hilfreich an, allerdings nicht in der Vorgabe, wie Sie es genannt haben. Es ist meiner Meinung nach vielmehr für uns Ärzte hilfreich, ob wir es an dem Apparat festmachen oder abstrahieren. Es ist eine tägliche Überlegung, ob wir mit der Bestimmung des Therapieziels noch mit dem übereinstimmen, was für den Patienten in dem Moment wichtig ist.

Als solches müssten wir Ärzte – ob wir zu Hause Patienten in der Palliativmedizin oder mit Apparaten auf der Intensivmedizin betreuen – uns immer wieder selbst fragen, ob wir mit dem Patienten eins sind in der Verpflichtung, ihm beizustehen, ihn zu schützen, seine Leiden zu lindern oder auch nur in der Phase zu begleiten, in der er stirbt.

Lothar Quanz,
Vizepräsident des Hessischen Landtags:

Ich darf Ihnen, Frau Weber Hassemer und meine Herren, ganz herzlich für Ihre Beiträge danken und dafür, dass Sie uns bei dem Prozess der Meinungsbildung geholfen haben. – Nun machen wir eine ganz kleine Zäsur, um das nächste Kapitel vorzubereiten.

(Beifall – Unterbrechung von 12.10 bis 12.15 Uhr)

Teil 2:

Zwischen straffreier Selbsttötung und strafbarer Tötung auf Verlangen. Zur Klärung des strafrechtlichen Lebensschutzes am Lebensende

Prof. Dr. Torsten Verrel,
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn,
Gutachter des 66. Deutschen Juristentages in Stuttgart:

Sehr geehrter Herr Präsident, meine verehrten Damen und Herren! Sie haben meine Kollegin Wolfslast und mich freundlicherweise eingeladen, damit wir Ihnen über die strafrechtliche Sicht der Sterbehilfe berichten.

Sie tragen damit einem Umstand Rechnung, der nach meiner Einschätzung in der Rechtspolitik bislang noch nicht hinreichend zur Kenntnis genommen wurde: Die Entscheidung über die Vornahme oder Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen wird ebenso wie die Effizienz der Schmerzbehandlung in ganz erheblicher Weise von der Furcht vieler Ärzte vor vermeintlichen strafrechtlichen Konsequenzen bestimmt.

Die selbst unter Juristen bestehende Unkenntnis über die Möglichkeiten zulässiger Sterbehilfe führt nicht selten zu einer Rechtfertigungsmedizin, in der weder der Patientenwille hinreichende Beachtung erfährt noch Raum für eine ärztliche Entscheidungsverantwortlichkeit bleibt, die nicht der Maxime des technisch Machbaren verpflichtet ist, sondern den Mut hat, danach zu fragen, wann moderne Medizin loslassen und ein natürliches Sterben zulassen sollte. Ja, ich möchte sogar behaupten, dass die Unsicherheit über die strafrechtliche Bewertung von Maßnahmen der Sterbehilfe teilweise regelrecht instrumentalisiert wird, um Ärzte, Pflegekräfte, Angehörige, Betreuer und Bevollmächtigte unter Druck zu setzen.

Ich möchte Ihnen im Folgenden zeigen, dass – erstens – der Rahmen strafrechtlich erlaubter Sterbehilfe keineswegs so eng ist, wie oft vermutet wird, dass – zweitens – und warum gleichwohl erhebliche Rechtsunsicherheit besteht und worin – drittens – nach Ansicht der strafrechtlichen Abteilung des 66. Deutschen Juristentags die zentralen Regelungsaufgaben des Gesetzgebers bestehen. Dabei werde ich auch auf die derzeit allein im Blickpunkt der Rechtspolitik stehenden Patientenverfügungen eingehen, deren gesetzliche Absicherung aber nur ein erster Schritt auf dem Weg zu mehr Rechtssicherheit sein kann.

Wir sagen unseren Studenten immer: Der Blick in das Gesetzbuch erleichtert die Rechtsfindung. – Das ist aber bei der Sterbehilfe gerade nicht der Fall. Die unbefangene Lektüre der Tötungstatbestände im StGB, insbesondere des § 216 StGB, erweckt den Eindruck einer uneingeschränkten ärztlichen Lebenserhaltungspflicht. So scheint jedes Verhalten strafbar zu sein, das zu einer Abkürzung medizinisch möglicher Lebenszeit führt, selbst wenn der Patient dies ausdrücklich und ernsthaft wünscht.

Ein so verstandener Lebensschutz würde freilich dem heute unbestrittenen Selbstbestimmungsrecht des Patienten sowie der Straflosigkeit der Suizidbeihilfe nicht ge-

recht. So fällt der Rechtsprechung unter Mithilfe der Rechtswissenschaft die Aufgabe zu, die noch aus dem 18. Jahrhundert stammenden Tötungsdelikte zeitgemäß auszulegen, also – mit anderen Worten – Fallgruppen zu benennen, in denen die Zulassung des natürlichen Sterbens oder gar die Beschleunigung des Todeseintritts nicht von den Tötungsdelikten erfasst wird. Wir haben es also ausgerechnet bei der sensiblen Sterbehilfe mit einem für unser Rechtsverständnis bemerkenswerten Case Law zu tun, bei dem sich die Unterscheidung zwischen Verbotenem und Erlaubtem in erster Linie aus der Kenntnis, Abgrenzung und Interpretation einiger Leitentscheidungen, insbesondere des Bundesgerichtshofs, ergibt.

Und tatsächlich hat die Strafrechtsprechung in den vergangenen 20 Jahren Entscheidungen gefällt, in denen die bisher schon in der Rechtswissenschaft genannten Fallgruppen erlaubter Sterbehilfe – zum Teil höchstrichterlich – anerkannt wurden:

Schon 1986 stellte das Landgericht Ravensburg fest, dass das Ausschalten eines Beatmungsgeräts kein Fall verbotener aktiver Sterbehilfe, sondern zulässig, ja sogar geboten ist, wenn der Patient dies ausdrücklich wünscht.

1987 bestätigte das Oberlandesgericht München im Fall Hackethal die Straflosigkeit der ärztlichen Beihilfe zum Suizid einer schwer krebserkrankten Patientin. Nach wie vor in der Welt ist allerdings die in der Literatur einhellig abgelehnte Rechtsansicht des BGH, dass der Arzt gegenüber einem handlungsunfähig gewordenen Suizidpatienten auch dann eine Rettungspflicht hat, wenn es sich um einen frei verantwortlichen Suizid handelt.

Im Jahr 1994 folgt die bislang bedeutendste Rechtsfortbildung auf dem Gebiet der Sterbehilfe. In der viel zitierten Kemptener Entscheidung weitet der BGH die Zulässigkeit der sogenannten passiven Sterbehilfe im Fall einer Wachkomapatientin in mehrfacher Hinsicht aus.

So hält der BGH eine Behandlungsbegrenzung erstens auch schon vor Eintritt in die Finalphase für zulässig, subsumiert darunter zweitens auch die Einstellung einer künstlichen Ernährung und stellt drittens fest, dass ein mutmaßlicher Nichtbehandlungswunsch, der sich unter anderem aus früheren Äußerungen, religiöser Überzeugung und persönlichen Wertvorstellungen des Patienten ergeben kann, genauso beachtlich wie ein ausdrücklicher Behandlungsverzicht ist.

Schließlich bestätigt der BGH im Jahr 1996 erstmals die Zulässigkeit der sogenannten indirekten Sterbehilfe, also einer Schmerzbehandlung mit der unbeabsichtigten Nebenfolge einer Lebensverkürzung.

Nach diesen Entscheidungen gingen wir Strafrechtler davon aus, dass es kaum noch weiße Flecken auf der richterrechtlichen Landkarte erlaubter Sterbehilfe gibt, der Praxis jedenfalls ein Rahmen gegeben wurde, den sie in jedem Einzelfall verantwortlich ausfüllen kann, ohne Strafbarkeitsrisiken fürchten zu müssen. Diese Erwartung hat sich leider nicht erfüllt. Wie nicht nur meine Erfahrungen aus zahlreichen Veranstaltungen mit Betroffenen, sondern vor allem übereinstimmende Ergebnisse aus Befragungen von Ärzten, ja sogar von Vormundschaftsrichtern zeigen, herrscht große Unsicherheit über die rechtliche Einordnung von Maßnahmen der Sterbehilfe.

Dabei stechen drei Resultate hervor:

Es ist ein offenbar weder durch den BGH noch durch wiederholte Fortbildungen zu beseitigender Irrglaube, dass sich die Unterscheidung zwischen verbotener aktiver und erlaubter passiver Sterbehilfe danach richtet, ob der Arzt etwas tut oder unterlässt, dass der Arzt zwar auf die Einleitung lebenserhaltender Maßnahmen verzichten könne, aber eine einmal begonnene Therapie nicht wieder aktiv beenden dürfe.

Der Unterschied liegt indessen darin, dass es sich bei der sogenannten passiven Sterbehilfe in erster Linie um den Ausdruck des Rechts des Patienten handelt, jegliche mit einem Eingriff in seinen Körper verbundene Behandlungsmaßnahmen ablehnen zu dürfen, während aktive Sterbehilfe die gezielte Tötung des Patienten durch einen von seinem Krankheitsprozess unabhängigen Eingriff meint. Die Tötung eines Patienten durch eine Giftspritze ist anders zu bewerten als die Zulassung des natürlichen Sterbeprozesses durch die Begrenzung lebenserhaltender Maßnahmen. Selbstverständlich bedarf auch die Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen einer besonderen Legitimation und es macht sich strafbar, wer eine medizinisch indizierte Therapie gegen den Willen des Patienten beendet. Wenn aber die von der Rechtsprechung anerkannten Voraussetzungen für eine Behandlungsbegrenzung vorliegen, spielt es überhaupt keine Rolle, ob diese durch aktives Tun oder Untätigkeit erfolgt.

Das zweite Resultat ist die sowohl bei den befragten Ärzten als auch Juristen festzustellende Tendenz, die Zulässigkeit einer Behandlungsbegrenzung von der juristisch irrelevanten Art der medizinischen Maßnahme abhängig zu machen. So hielten viele der Befragten das Abstellen einer Beatmungsmaschine oder die Beendigung der Zufuhr von Flüssigkeit oder Nahrung grundsätzlich für eine Form aktiver Sterbehilfe. Nach wie vor ist die sowohl juristisch als auch medizinisch nicht zutreffende Einschätzung verbreitet, die künstliche Ernährung sei unverzichtbarer Bestandteil der Basisversorgung des Patienten, da es andernfalls zu einem qualvollen Verhungern oder Verdursten komme.

Drittes Resultat ist die unter anderem bei einer Umfrage unter neurologischen Chefarzten ermittelte Fehlvorstellung, dass die Gabe potenziell lebensverkürzender Schmerzmittel selbst in der Finalphase verbotene Euthanasie sei.

Was sind die Gründe dafür, dass sich die Hoffnung auf Rechtssicherheit durch Rechtsprechung nicht erfüllt hat? – Dafür ist zu einem nicht unerheblichen Teil die missverständliche Terminologie verantwortlich. Denn mit den Vokabeln aktiv/passiv und direkt/indirekt gelingt keine phänomenologisch griffige Unterscheidung zwischen verbotener und erlaubter Sterbehilfe.

Zum anderen haben wir Strafrechtler offenbar die Möglichkeiten überschätzt, eine sich nur aus einzelnen Gerichtsentscheidungen ergebende Rechtslage auch für juristische Laien verständlich zu machen. Und es ist in der Tat eine Zumutung, Recht suchende Ärzte, Patienten, Angehörige und Betreuer darauf zu verweisen, was Gerichte im Fall Kempten, Ravensburg oder Hackethal ausgeführt oder gerade offengelassen haben.

Jüngst verschärft wurden die Probleme durch zwei Entscheidungen des 12. Zivilsenats aus den Jahren 2003 und 2005. In der ersten Entscheidung hat der 12. Zivilsenat den Fall Kempten fehlinterpretiert – da sind sich alle Experten einig – und die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen auf Krankheiten mit einem irreversibel tödlichen Verlauf beschränkt; das hat der BGH in Strafsachen so nie gesagt.

Die zweite Entscheidung enthält den für die Rechtssicherheit geradezu verheerenden Satz, „die strafrechtlichen Grenzen einer Sterbehilfe im weiteren Sinn“ seien „bislang nicht hinreichend geklärt“. Seitdem können sich Ärzte, aber auch Pflegekräfte gleichsam mit höchstrichterlichem Segen auf vermeintliche strafrechtliche Risiken berufen, um die Mitwirkung an Behandlungsbegrenzungen vor der unmittelbaren Sterbephase zu verweigern.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung hat sich der 66. Deutsche Juristentag in einer bemerkenswerten Einmütigkeit für umfassende gesetzliche Regelungen gerade im Strafrecht ausgesprochen. Es ging ihm dabei nicht etwa um eine Ausweitung, sondern allein um eine gesetzliche Klarstellung der schon jetzt nach der Rechtsprechung erlaubten Fälle von Sterbehilfe. Ebenso wenig geht es um eine gar nicht mögliche Detailregelung aller denkbaren Fälle, sondern allein um die Angabe eines Entscheidungsrahmens und von Entscheidungskriterien, die insbesondere von Ärzten in jedem Einzelfall neu ausgefüllt werden müssen.

Im Mittelpunkt steht dabei die Forderung, einen Tatbestand in das StGB aufzunehmen, der die Formen erlaubter Behandlungsbegrenzungen regelt, also das, was bisher unter dem missverständlichen Begriff der passiven Sterbehilfe behandelt wird. Dazu gehören Fälle, in denen keine medizinische Indikation mehr für eine Weiterbehandlung besteht, vor allem aber der aktuell erklärte oder in einer Patientenverfügung vorausverfügte Behandlungsverzicht sowie der mutmaßliche Behandlungsverzicht. Mit ebenfalls großer Mehrheit haben sich die Teilnehmer dagegen ausgesprochen, die Wirksamkeit von Patientenverfügungen an eine ärztliche Aufklärung zu binden oder ein bestimmtes Verfallsdatum vorzusehen; besonders deutlich war die Ablehnung einer sogenannten Reichweitenbegrenzung, also einer Beschränkung der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen auf irreversibel tödliche Krankheitsverläufe.

Der Juristentag hat sich außerdem für eine ausdrückliche Straffreistellung von lebenslindernden Maßnahmen mit der unbeabsichtigten Nebenfolge einer Todesbeschleunigung ausgesprochen. Im StGB sollte weiterhin klargestellt werden, dass nach einem erkennbar – darin liegen natürlich die Probleme – frei verantwortlichen Suizid keine strafbewehrte Rettungspflicht besteht. Dagegen sieht der Juristentag Bedarf für eine neue Strafvorschrift, mit der die Förderung von Selbsttötungen aus Gewinnsucht bzw. bei Ausbeutung einer Zwangslage erfasst werden soll.

Meine Damen und Herren, Sie haben bisher nichts von mir über die Freigabe der aktiven Sterbehilfe gehört. Dazu möchte ich abschließend Folgendes bemerken: Ebenso wie die allermeisten Teilnehmer des Juristentags halte ich dies nicht für den richtigen Weg. Vorrang haben die gesetzliche Absicherung der Möglichkeiten schon jetzt erlaubter Sterbehilfe sowie der Ausbau von Palliativmedizin und Hospizeinrichtungen. Für denkbare Extremkonstellationen, in denen Leiden nicht auf diese Weise gelindert werden kann, brauchen wir keine gesetzliche Regelung, sondern können

auf die Kraft der Rechtsprechung vertrauen, eine angemessene Einzelfallentscheidung zu treffen.

Ich halte es aber für ein Unding, dass wir bis heute keinen strafgesetzlichen Rahmen für die Fälle zulässiger Sterbehilfe geschaffen haben und uns unnötige Rechtsunsicherheit in einem Bereich leisten, in dem ethisch verantwortliche Entscheidungen frei von der Furcht vor dem Strafrecht getroffen werden sollten. Wenn der Gesetzgeber eine Reform der Tötungsdelikte weiterhin so fürchtet wie der Teufel das Weihwasser und womöglich jetzt sogar ein Gesetz über Patientenverfügungen erlässt, das weit hinter den bisherigen Stand der Sterbehilfediskussion zurückfällt, dann darf man sich allerdings über lauter werdende Rufe nach aktiver Sterbehilfe und das Interesse an den Diensten von Sterbehilfeorganisationen nicht wundern. – Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Meine sehr geehrten Damen und Herren! Sie werden gleich hören, dass der von Frau Weber-Hassemer vorhin zitierte Satz: „Zwei Juristen, drei Meinungen“, nicht immer stimmt. Denn Herr Verrel und ich haben in diesen Fragen im Wesentlichen dieselben Auffassungen. Eine kleine Differenz werden Sie am Ende dennoch feststellen.

Herr Verrel hat dieses Thema aus strafrechtlicher Sicht sehr umfassend dargestellt. Insofern muss ich Ihnen einige Wiederholungen zumuten, aber vielleicht ist es dennoch zumutbar, weil die Fragen schwierig sind und wir immer wieder merken, dass Begriffsverwirrung herrscht. Vielleicht ist es von daher gar nicht schädlich, dass Sie die Dinge ein zweites Mal hören.

Ich beginne mit der Frage nach dem Strafbarkeitsrisiko. Diese lässt sich nur zum Teil klar und einfach beantworten, und zwar für die aktive Sterbehilfe, also die gezielte Herbeiführung des Todes eines Menschen. Für aktive Sterbehilfe ist schon abstrakt eine Strafe angedroht, entweder aus dem Totschlagsparagrafen § 212 oder aus § 216, der die Tötung auf Verlangen regelt. Die Möglichkeit, unter bestimmten Umständen von Strafe abzusehen, nicht zu bestrafen, besteht nicht, wenn man einmal von der generellen Strafzumessungsregel des § 60 StGB absieht. Ist die Tötung eines Patienten entdeckt, was sicherlich nicht immer der Fall ist, dann liegt das Strafbarkeitsrisiko für aktive Sterbehilfe sicherlich bei 100 %.

Anders ist es mit den Formen der Sterbehilfe, die theoretisch erlaubt bzw. straffrei sind: indirekte Sterbehilfe, passive Sterbehilfe und assistierter Suizid.

Indirekte Sterbehilfe, die ja auch eine Form der aktiven Sterbehilfe darstellt, ist nicht strafbar – Herr Verrel hat dies eben ausführlich dargestellt –, handelt es sich hierbei doch um eine schmerzlindernde Maßnahme, die, wie der Bundesgerichtshof in Strafsachen 1996 zutreffend ausgeführt hat, nicht dadurch unzulässig wird, dass sie als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene unvermeidbare Nebenfolge den Tod beschleunigt hat.

Passive Sterbehilfe, also der Abbruch oder die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, ist nach der Rechtsprechung ebenfalls straffrei: Da jede ärztliche Behandlung und Behandlungsmaßnahme der Einwilligung des Betroffenen bedarf, kann nicht strafbar sein, was aufgrund fehlender Einwilligung nicht getan wird.

Der assistierte Suizid – die in Ihrer Einladung gewählte Formulierung „assistierte Sterbehilfe“ ist eher unüblich – ist schon aus dogmatischen Gründen eigentlich straflos: Da die Selbsttötung als Haupttat straflos ist, kann nach dem Strafrecht auch eine Hilfeleistung zur Selbsttötung nicht bestraft werden.

Das Strafbarkeitsrisiko für diese Fälle der Sterbehilfe sollte also – so könnte man meinen – bei null liegen. In gewisser Weise ist das in der Praxis auch so: Meines

Wissens gibt es keine oder kaum Fälle, in denen ein Arzt oder eine andere Person wegen indirekter oder passiver Sterbehilfe oder wegen Beihilfe zum Suizid eines Todkranken bestraft wurde.

Ich darf noch einmal kurz die Fälle nennen, die Herr Verrel schon angesprochen hat: Im Fall Wittig ist der Arzt, der seine schwer kranke Patientin, die er nach einem Suizidversuch bewusstlos vorfand und nicht in ein Krankenhaus einwies, vom Vorwurf der Tötung auf Verlangen durch Nichtgewährung ärztlicher Hilfe freigesprochen worden. Der Bundesgerichtshof hat hier eine Gewissensentscheidung des Arztes akzeptiert und anerkannt. Der Arzt Wittig hat gesehen, dass die Patientin zwar hätte gerettet werden können, aber es wäre eine Restexistenz von Leben gewesen. Der Arzt wollte die Entscheidung der Patientin, zu sterben, respektieren, und dies hat auch der Bundesgerichtshof respektiert.

Im sogenannten Kemptener Fall wurden der Arzt und der Betreuer einer Wachkomapatientin, die die Einstellung der künstlichen Ernährung der Patientin verfügt hatten, in zweiter Instanz vom Vorwurf des versuchten Totschlags durch Unterlassen freigesprochen. Das Landgericht Ravensburg – auch das haben wir schon gehört – hat 1986 den Ehemann einer an ALS leidenden Patientin, der auf Verlangen seiner Frau das Beatmungsgerät abgestellt hatte, nicht wegen Tötung auf Verlangen verurteilt, weil die Kranke das Recht gehabt habe, die Einstellung der Behandlung zu verlangen.

Der Arzt Julius Hackethal – der Name ist vielen von Ihnen sicherlich noch ein Begriff – hat vor 20 oder 25 Jahren einer unheilbar an Krebs erkrankten Patientin Zyankali verschafft, mit dem sie sich selbst tötete. Nach zutreffender Auffassung des Oberlandesgerichts München hat er straflose Beihilfe zum Suizid und nicht Tötung auf Verlangen in mittelbarer Täterschaft begangen, wie die Staatsanwaltschaft gemeint hatte.

Schließlich zum Fall eines Arztehepaars, das einer sterbenden Patientin ein schmerzlinderndes Mittel in der Absicht verabreichte, ihr durch einen raschen und schmerzlosen Tod weiteres Leiden zu ersparen. Da hat der BGH die Verurteilung wegen eines vorsätzlichen Tötungsdelikts aufgehoben, da nicht auszuschließen gewesen sei, dass die Angeklagten von den Voraussetzungen der straflosen indirekten Sterbehilfe ausgegangen seien.

Ist in der Praxis also „alles gut“, ist in der Praxis und in der Sache kein Strafbarkeitsrisiko mit diesen Fällen der Sterbehilfe verbunden? – Es wäre zu kurz gegriffen, so zu denken. Nicht nur würde damit verkannt, wie lang unter Umständen der Weg zum Freispruch und welche enorme Belastung für die Angeklagten mit der Durchführung eines Strafverfahrens verbunden ist, sondern es würde auch verkannt werden, wie unsicher der Ausgang eines solchen Verfahrens ist: Es ist nämlich, ungeachtet der schönen Definitionen und ungeachtet der Übereinstimmung in Rechtsprechung und Literatur, nicht hinreichend klar bestimmt, was erlaubt und was verboten ist, und das führt zu erheblicher Verunsicherung von Ärzten im Verhältnis zu ihren Patienten und umgekehrt.

Zum einen betrifft diese Unsicherheit den Anwendungsbereich der passiven Sterbehilfe. Ich kann nur unterstreichen, was Herr Verrel schon sagte: Viele Juristen haben Schwierigkeiten damit, die unterschiedlichen Formen der Sterbehilfe voneinander zu unterscheiden: indirekte, aktive und passive Sterbehilfe. Das Gleiche gilt selbst für Ärzte, die die Zusatzqualifikation für Palliativmedizin haben. Sie wissen genauso wenig, was aktive Sterbehilfe von indirekter Sterbehilfe und von passiver Sterbehilfe unterscheidet. Eine erschreckend große Anzahl von Ärzten, die in der Praxis mit diesen Fällen zu tun hat, denkt genau wie viele Juristen, dass das Abschalten eines Beatmungsgerätes aktive Sterbehilfe sei, weil es mit einem Tun, mit einer Tätigkeit verbunden sei.

Es kommt die Unsicherheit über die Prognose hinzu, wie damit umzugehen sei, dass man nie mit letzter Sicherheit sagen könne, wie sich ein Krankheitsverlauf entwickle. Das verunsichert Ärzte und verleitet sie dazu, Patientenverfügungen und Willensäußerungen nicht zu respektieren. Hinzu kommt eine Unsicherheit darin, ob der Wille des Patienten eine verbindliche Wirkung hat.

Wenn wir – das sei an dieser Stelle kurz gesagt – ein Gesetz entsprechend dem Alternativ-Entwurf Sterbehilfe hätten, an dem Herr Verrel mitgearbeitet hat und zeigt, dass man Vorschriften in das Strafgesetzbuch einfügen könnte, dann wären wir ein ganzes Stück weiter und hätten ein großes Maß an Handlungssicherheit.

Zur abstrakten Straffreiheit der Beihilfe zum Suizid. Auch hier besteht der Sache nach erhebliche Rechtsunsicherheit, weil die Straflosigkeit der Beihilfe an bestimmte Voraussetzungen geknüpft ist, so zum einen an die freie Verantwortlichkeit des Suizidenten, des Sterbewilligen, zum anderen daran, dass der Sterbewillige nicht nur das tödlich wirkende Medikament selbst einnimmt, sondern dass er später alleine bleibt; er muss in Einsamkeit sterben. Denn wenn der Arzt bei seinem Patienten, der das Medikament selbst eingenommen hatte, verweilt und eingreifen kann, aber nichts unternimmt, weil er den Willen des Sterbewilligen respektiert, dann wird aus der straflosen Beihilfe zum Suizid ganz schnell ein strafbarer Totschlag durch Unterlassen. Denn die Tatherrschaft geht auf die anwesende Person über. Das heißt, dass die Straflosigkeit der Beihilfe zum Suizid eigentlich ein theoretisches Konstrukt ist, das kaum trägt, wenn der Arzt nicht bereit ist, seinen Patienten alleine zu lassen.

Außerordentlich schmal und äußerlich oftmals kaum erkennbar ist schließlich die Grenze zwischen zulässiger indirekter und unzulässiger aktiver Sterbehilfe: Ob ein Arzt bestraft wird, der – in welcher Weise auch immer – einem Patienten beim oder zum Sterben hilft, hängt in vielen Fällen letztlich von seinem Willen und seiner Vorstellung ab: Will er den Tod des Patienten gezielt herbeiführen, dann ist es verbotene aktive Sterbehilfe. Behauptet er, er habe nur Schmerzen lindern wollen und den vorzeitigen Todeseintritt allenfalls in Kauf genommen, dann ist es straflose indirekte Sterbehilfe. Die Konsequenz ist nicht nur erhebliche Verunsicherung in der Ärzteschaft, sondern auch die Patienten haben unmittelbar unter dieser Gratwanderung und Unsicherheit zu leiden. Aus Angst, ihnen könne aktive Sterbehilfe vorgeworfen werden, verweigern viele Ärzte ihren schwer kranken Patienten immer noch eine ausreichende Schmerzbehandlung. Wie sehr sich das ausgewirkt hat, hat sich als Folge eines Strafverfahrens gegen eine Ärztin in Hannover gezeigt. Ihr wurde vor-

geworfen, sie habe aktive Sterbehilfe geleistet. Ich weiß gar nicht, wie das Verfahren ausgegangen ist und ob es schon zum Ende gekommen ist.

(Klaus Kutzer: Nein!)

– Danke.

Der Dissens, ob es sich um aktive oder indirekte Sterbehilfe handelt, hat dazu geführt, dass viele Ärzte – so habe ich es auf Tagungen und anderen Veranstaltungen gehört – mit der Vergabe von Morphin sehr zurückhaltend geworden sind.

Zum Gesetzgebungsbedarf. Wir brauchen ein Gesetz, und zwar ein Strafgesetz – Herr Verrel hat es auch schon gesagt –, das die Grenze zwischen strafbarer Fremdtötung einerseits und strafloser Selbsttötung sowie Behandlungsabbruch andererseits, die Grenze also des strafrechtlichen Lebensschutzes, eindeutig markiert.

Wir brauchen also ein Gesetz – das habe ich jetzt bewusst sehr plakativ formuliert –, das klarstellt, dass der Arzt nicht bestraft wird, der einem Todkranken auch dann Morphium gegen seine anders nicht beherrschbaren Schmerzen gibt, wenn dadurch möglicherweise der Tod früher eintritt.

Wir brauchen ein Gesetz, und zwar ein Strafgesetz, das klargestellt, dass ein Mensch im Vorhinein die Einwilligung in eine lebenserhaltende Behandlung verweigern kann. Wir brauchen ein Gesetz, das klarstellt, dass der Wille auch des bewusstlosen Patienten zu respektieren ist. Bewusstlosigkeit macht nicht die Kompetenz zunichte, für sich selbst eine Entscheidung zu treffen. Wer, wenn nicht der Betroffene selbst, sollte die Entscheidung für sich treffen können, ob er einen Rest von Leben noch für lebenswert hält oder nicht? – Es ist die individuelle Entscheidung eines jeden Einzelnen.

Die Gefahr des Missbrauchs von Patientenverfügungen besteht durchaus. Es besteht die Gefahr, dass jemand beeinflusst wird, eine Patientenverfügung abzufassen. Aber sie ist weitgehend auszuschließen, wenn man beispielsweise ein Modell anbietet, das Menschen hilft, Patientenverfügungen abzufassen, wenn man ein Modell etabliert, das für ausreichende Informationen sorgt. Dann – denke ich – können wir diese Gefahr als außerordentlich gering ansehen.

Zum Schluss möchte ich auf den eigentlich unwichtigsten, dennoch schwierigsten Punkt eingehen, nämlich auf die Frage, ob aktive Sterbehilfe verboten bleiben sollte oder ob man eine Änderung vornehmen sollte.

Herr Verrel hat – hier beginnt unser kleiner Dissens – von der Freigabe der aktiven Sterbehilfe gesprochen; er ist dagegen. Es geht nicht um die Freigabe der aktiven Sterbehilfe. Es geht aus meiner Sicht darum, ob an dem strikten ausnahmslosen Verbot von aktiver Sterbehilfe etwas geändert werden sollte.

In diesem Punkt gibt es einen erheblichen Dissens zwischen den offiziellen Stellungnahmen von Politikern, Ärzteschaft und Kirchenvertretern einerseits und der Meinung in der Bevölkerung andererseits. Immer wieder werden wir mit Umfrageergebnissen konfrontiert, die eine große Zustimmung für aktive Sterbehilfe ausdrü-

cken, und regelmäßig wird von allen möglichen offiziellen Stimmen dieses Ansinnen zurückgewiesen, aktive Sterbehilfe freizugeben. Ich habe keine Patentlösung für dieses Problem. Ich habe schon gesagt, dass es eigentlich ein bisschen widersinnig ist, sich damit so lange zu befassen. Denn in der Praxis spielt es sicherlich nur eine geringe Rolle, zumindest eine klar nachrangige Rolle.

Diese Frage ist meiner Meinung nach allerdings zur Nagelprobe im Verhältnis zwischen Ärzteschaft und Patienten geworden. Jüngstes Beispiel dafür ist die Sendung von Frau Christiansen, die gestern Abend lief. Da ging es um aktive Sterbehilfe – nicht nur, aber zentral. Bei allen möglichen Veranstaltungen taucht diese Frage auf, und ich denke, dass dabei eine Rolle spielt, dass sich Patienten alleine gelassen fühlen, wenn von vornherein abgeblockt und gesagt wird, dass diese Frage keine Frage sei.

Ich halte es nicht für hilfreich, dass wir von vornherein die Diskussion über aktive Sterbehilfe ausblenden und sie – wie es vielfach geschieht – als unethisch brandmarken. Wir müssen vielmehr verschiedene Tatsachen als gegeben hinnehmen: das Bedürfnis offenbar eines großen Teils der Bevölkerung, sich aktive Sterbehilfe als letzten Ausweg aus Leiden vorstellen zu können. Ich glaube nicht, dass die meisten Leute diesen Weg gehen wollten, aber sie wollen ihn sich vorstellen können.

Wir müssen uns klarmachen, dass eine große Anzahl von Menschen bei Organisationen Zuflucht sucht, die Beihilfe zum Suizid oder auch aktive Sterbehilfe anbieten. Dignitas und Exit in der Schweiz haben großen Zulauf; bei uns gilt das für die Gesellschaft für humanes Sterben.

Wir müssen sehen, dass es ungeachtet des Verbots und der Strafbarkeit aktiver Sterbehilfe eine gewisse Anzahl von einverständlichen Patiententötungen gibt, die nicht bekannt werden. Viele von ihnen dürften unter dem Mantel der indirekten Sterbehilfe stattfinden.

Letztlich ist die Tatsache zu nennen, dass sich nicht alles Leiden, nicht alle Schmerzen mit den Möglichkeiten optimaler Schmerztherapie und Palliativmedizin und Hospizen bewältigen lassen.

Es mag nur eine geringe Anzahl von Menschen sein, denen auf diese Weise nicht geholfen werden kann, aber es gibt sie. Der Film „Das Meer in mir“ hat auf beeindruckende Weise davon Zeugnis abgelegt, und vor Kurzem ist dieser Film, der eine wahre Geschichte zum Inhalt hat, in Italien bestätigt worden. In Italien war es die Geschichte des Italieners Piergiorgio Welby, der jahrelang an allen Extremitäten gelähmt war und um Sterbehilfe gebeten hat. Letztlich hat sie ihm ein Arzt gewährt. Auch diese Menschen dürfen wir nicht allein lassen – aus grundsätzlichen Erwägungen heraus, aus Angst vor Missbrauch und davor, dass sich die Geschichte wiederholt.

Nur noch einige wenige Worte dazu. Wenn wir über aktive Sterbehilfe reden – und ich meine, wir müssen es tun –, dann geht es nicht darum, aktive Sterbehilfe, also das aktive Töten eines Menschen, freizugeben. Es geht vielmehr darum, anzuerkennen, dass es Konfliktsituationen gibt, auf die nicht mit den Mitteln des Strafrechts reagiert werden muss und auf die das Strafrecht nicht unbedingt mit Strafe antworten

muss. Wir sollten also darüber nachdenken, ob nicht eine Ausnahme von der ausnahmslosen Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen richtig und wichtig ist und verkraftet werden kann.

Es ist auch darüber nachzudenken, ob das Problem der aktiven Sterbehilfe durch eine klarstellende Regelung entschärft werden könnte, dass Ärzte nicht bestraft werden und auch keine standesrechtlichen Konsequenzen zu befürchten haben, wenn sie Beihilfe zum Suizid leisten, und dass sie nicht verpflichtet sind, den bewusstlosen Patienten, der ein tödlich wirkendes Medikament eingenommen hat, zu retten. Ich glaube, dass viele Menschen, Kranke oder noch nicht Kranke, beruhigt wären und sich aufgehoben fühlten, wenn sie wüssten, dass sie mit ihrem Arzt ein Gespräch über einen solchen Weg führen könnten und eine solche Bitte nicht von vornherein als Zumutung hingestellt werden würde.

Allerdings sollte man sich auch fragen, ob der Schritt von der Beihilfe zum Suizid zur ausnahmsweise nicht strafbewehrten Tötung auf Verlangen wirklich ein so großer ist, dass eine unterschiedliche rechtliche Behandlung gerechtfertigt wäre.

Die Gefahr eines Missbrauchs, die vielfach beschworen wird, ist natürlich zu sehen. Ich glaube aber, dass man sie bewältigen könnte. Wir könnten z. B. ein Genehmigungsverfahren vorsehen, in dessen Rahmen sich der Sterbewillige einer Ethikkommission vorstellt. Und wir könnten klare Voraussetzungen aufstellen, deren Einhaltung freilich kontrolliert werden müssten. Insoweit scheinen mir die Niederlande in der Tat ein sehr schlechtes Vorbild zu sein.

Ob ein mehr oder minder bürokratisches Verfahren im Umgang mit Todkranken oder extrem körperbehinderten Menschen, die sterben möchten, das Richtige ist, daran habe ich – das können Sie mir glauben – selbst Zweifel. Allerdings sollten wir darüber nachdenken – darüber oder über einen anderen Weg, auch diejenigen Menschen nicht alleine zu lassen, denen wir mit den medizinischen Verfahren nicht helfen können. – Vielen Dank.

(Beifall)

Diskussion

Lothar Quanz,
Vizepräsident des Hessischen Landtags:

Vielen Dank. – Es liegen einige Nachfragen vor.

Dr. med. Michael Popović,
Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer Hessen:

Ich möchte zunächst Herrn Verrel sehr herzlich dafür danken, dass er die Position des Deutschen Juristentages dargestellt hat. Der Deutsche Juristentag ist in gewisser Weise eine freie Versammlung der Juristen ohne verbindliche Wirkung. Genauso gilt dies für den Deutschen Ärztetag. Aber der Deutsche Ärztetag hat zu diesen Dingen seit vielen Jahren immer wieder klare Meinungsbildungen artikuliert. Diese muss man berücksichtigen. Denn Juristen können die Auswirkungen definieren. Die Ärzte haben ihre Funktionen bezogen auf ihre patientenzentrierten Aufgaben.

Frau Wolfslast, ich danke Ihnen sehr für Ihre klaren Aussagen hinsichtlich der Begrifflichkeiten der unterschiedlichen Rechtskreise. Indirekte Sterbehilfe, aktive/passive Sterbehilfe, Sterbenlassen, Euthanasie, assistierter Suizid, Sterbebegleitung – das zeigt doch auf, wie sehr diese Begrifflichkeiten Interpretationsschwierigkeiten bereiten. In der Presseberichterstattung nach dem Deutschen Juristentag ist man sehr präzise darauf eingegangen, dass das nur zu einer weiteren Verunsicherung derjenigen führt, die damit umzugehen haben.

Wie schwierig das ist – ich schließe damit an die von Ihnen dargestellten demoskopischen Ergebnisse an, Frau Wolfslast –, wie die Bevölkerung basierend auf Begrifflichkeiten bei Meinungsumfragen reagiert, zeigen die Ergebnisse der Untersuchung der Universität Brüssel von 2006. Sie hat untersucht, wie sich in den europäischen Staaten basierend auf den kulturellen Veränderungen die Befürwortung von Sterbehilfe verändert hat. Eines ist klar: Die Befürwortung der aktiven Sterbehilfe ist direkt abhängig von dem Grad der Säkularisierung in ehemals stark christlich orientierten Staaten. Sie finden eine umso stärkere Befürwortung der aktiven Sterbehilfe in den Ländern vor, die bis vor 10, 15 Jahren deutlich römisch-katholisch geprägt waren; beispielsweise Holland oder Belgien.

Das ist ein Thema, das wir bei einem tschechisch-deutschen Workshop, bei dem Sie leider verhindert waren, Frau Wolfslast, intensiv diskutiert haben. Der ehemalige Gesundheitsminister Martin Bojar hat darauf hingewiesen, dass die Befürwortung der Sterbehilfe auch in Tschechien von der Unfähigkeit der Gesellschaft abhängig ist, mit dem Problem Sterben und Tod umzugehen; sie fühlt sich allein gelassen.

Damit komme ich zu Ergebnissen einer Untersuchung der Deutschen Hospizstiftung, die hinterfragt hat, wie die Befürwortung der aktiven Sterbehilfe und die Befürwortung der Palliativversorgung in Abhängigkeit von der Art des Wählerverhaltens aussehen. Bei den klassischen Volksparteien CDU, SPD und FDP schwankte die Befürwortung aktiver Sterbehilfe zwischen 30 und 35 %; bei der Palliativversorgung

waren es über 50 %. Bei den Linken stieg die Befürwortung der aktiven Sterbehilfe auf 53 %, und bei den Rechten lag sie bei über 80 %. Man muss sich einmal vor Augen führen, was das bedeutet. – Das zur Volksmeinung.

Sie haben die Konsequenzen aus der Begleitung in der indirekten Sterbehilfe angesprochen. Eines ist in unserer Rechtsordnung völlig klar: Jeder ärztliche Eingriff ist nach dem Strafrecht eine Körperverletzung. Diese wird nur durch den Informed Consent, also die bewusste Einwilligung des Patienten in diesen Eingriff, geheilt. Jede Wirkung hat auch eine Nebenwirkung. Die Nebenwirkung eines operativen Eingriffs kann tödlich sein. Die Nebenwirkung einer Morphingabe in höheren Dosen ist die billigende Inkaufnahme einer Nebenwirkung des gnädigen Arztes, den es immer schon gegeben hat. Nun ist die Frage, wie für den gnädigen Arzt, der in seiner Entscheidung verdammt alleine ist und für den Patienten eine ethisch verwurzelte und nachvollziehbare Entscheidung zu treffen hat, eine andere Rechtskonstellation geschaffen werden kann, die es für ihn nicht so schwierig macht. Das ist sicherlich eine gute Frage.

Die Frage, wie die Folgen ärztlichen Handelns bei der billigenden Inkaufnahme der Nebenwirkungen bewertet werden, scheint mir das Thema in der Diskussion um die wohlverstandene Palliativversorgung zu sein. Das ist das Thema, über das wir reden müssten.

Prof. Dr. Torsten Verrel,
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Gutachter des 66. Deutschen Juristentages in Stuttgart:

Zu den Umfrageergebnissen. Da wäre ich sehr skeptisch. Denn die Resultate hängen von der Fragestellung ab, und zu bedenken ist ferner, dass die Bevölkerung noch viel weniger weiß, was aktive und passive Sterbehilfe ist. Je nachdem, welcher Interessenverband solch eine Umfrage durchführt, ist die Zustimmung hoch oder gering. Es müsste also eine Umfrage stattfinden, in deren Vorfeld in der Tat darüber aufgeklärt wird, was unter den einzelnen Begriffen zu verstehen ist. Das heißt, verabschieden wir uns von den Begriffen, und beschreiben wir die Dinge so, wie sie sind. Dann ist immer noch nicht gewährleistet, ob wir Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe haben.

Auch in den Niederlanden ist es so, dass es zwei Parallelversorgungen gibt: eine gute Palliativversorgung und auch die Praxis der Sterbehilfe. Beides wird angenommen. Insofern wage ich gar keine Prognose. Vergessen Sie bitte die Volksumfragen. Diese sind methodisch so schlecht, dass man darüber kein Wort verlieren sollte.

Prof. Dr. Gabriele Wolfslast,
Justus-Liebig-Universität Gießen:

Es ist völlig richtig: Sie sind methodisch schlecht. Aber man kann sie nicht ganz vergessen, da sie in die Öffentlichkeit gebracht werden. Unter der Überschrift „Umfragen haben ergeben, dass ...“ werden sie als Faktum gehandelt, und sie beeinflussen Menschen. Dass sie schlecht und manipuliert sind, ist gar keine Frage. Dass man

auf solche plakativen Fragen und die Antworten darauf nicht allzu viel geben sollte und dass sie auch sehr von speziellen Ereignissen abhängig sind, ist auch gar keine Frage. Allerdings sind sie unter der Überschrift „Umfragen haben ergeben ...“ in der Welt. Gestern Abend hatten wir wieder so ein schönes Beispiel, und man findet sie in der Zeitung usw. Von daher müssen wir sie als ein Faktum nehmen, das man zu berücksichtigen hat.

Dr. Andreas Jürgens, *MdL*:

Ich habe eine Nachfrage zu Herrn Prof. Verrel und Frau Prof. Wolfslast. – Herr Verrel, Sie haben dargestellt, dass es unterschiedliche Auffassungen darüber gibt, ob ein Verzicht auf eine Behandlung und eine Beendigung einer Behandlung rechtlich unterschiedlich bewertet werden müssten. Sie haben das als Beleg für die Uninformiertheit der Vormundschaftsrichter dargestellt. Es ist vielleicht auch ein Beleg dafür, dass es im Bewusstsein der Menschen sehr wohl einen großen Unterschied macht, ob man eine Behandlung zunächst beginnt und dann nicht fortsetzt oder ob man sie erst gar nicht beginnt. Bildlich gesprochen: Es geht darum, ob man einen Damm erst gar nicht errichtet oder ob man einen errichteten Damm später einreißt. Im Verhältnis zu den lebensverlängernden Maßnahmen bedeutet das, ob man in dem Bewusstsein handelt, ein Leben vor sich zu haben, das möglicherweise gar nicht mehr existieren würde, wenn man von vornherein auf die Behandlung verzichtet hätte. Ich glaube, das macht jenseits von rechtlichen Bewertungen oder sonstigen Dingen im Bewusstsein der Menschen, der Angehörigen, der Ärzte und – wie wir gesehen haben – auch der Vormundschaftsrichter offenbar doch einen deutlichen Unterschied. Vielleicht könnten Sie darauf noch einmal eingehen.

Bei Frau Wolfslast hat mich die Formulierung „Rest von Leben“ erschreckt; diese Formulierung haben Sie zweimal verwendet, einmal im Zusammenhang mit der Darstellung einer Entscheidung und einmal im Kontext, ob wir Menschen zumuten können, einen „Rest von Leben“ weiter zu führen. Da habe ich die konkrete Nachfrage: Wann ist ein Leben nur noch ein „Rest von Leben“? – Ich frage unter anderem deswegen nach, weil ich natürlich sehr genau weiß, dass Menschen mit Behinderung lebenslang ein Leben führen, das von anderen möglicherweise nur als „Rest von Leben“ oder reduziertes Leben empfunden wird. Es gibt viele Leute, die sagen: Wenn ich blind bin, möchte ich nicht mehr leben. – Oder: Wenn ich Rollstuhlfahrer wäre, dann wäre das kein Leben mehr für mich. – Nun weiß ich aus eigener Erfahrung, dass das eine sehr verkürzte Sichtweise ist. Also: Wann ist ein Leben nur noch ein „Rest von Leben“? Die Beantwortung kann auch beinhalten, dass unterschiedliche Rechtsfolgen daran angeknüpft werden.

Prof. Dr. Torsten Verrel,
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn,
Gutachter des 66. Deutschen Juristentages in Stuttgart:

Ich stimme Ihnen natürlich zu, dass ein psychologischer Unterschied zwischen dem anfänglichen Verzicht und dem Beenden besteht. Denn für den Arzt wird es viel unmittelbarer, dass er jetzt den Finger krümmt und das bei einer rein kausalen

Betrachtung zum Tode führt. Wenn man ein Gerät ausschaltet, hat dies zur Folge, dass der Patient stirbt. Lässt man es von Anfang an sein, kann man sich mit der Vorstellung trösten, dass das Schicksal seinen Lauf nimmt.

Bei einer juristischen Bewertung kann allerdings kein Unterschied bestehen. Denn in beiden Fällen handelt es sich um die Frage, ob man eingreifen darf oder nicht. Und dann muss man sich auf eine Legitimationsgrundlage berufen.

Die Probleme sehe ich darin, dass es in den allermeisten Fällen zunächst richtig ist, eine Behandlung durchzuführen, vor allem dann, wenn man über den Patient nichts weiß. Dann gilt natürlich die Vermutung, dass der Patient leben will und eine Behandlung möchte. Allerdings haben wir etliche Fälle, in denen sich herausstellt: Die Hoffnungen, die man mit dieser Behandlung verbunden hat, haben sich nicht erfüllt. – Dann bestehen unendliche Schwierigkeiten, davon wieder runterzukommen. Ich wollte darauf hinweisen, dass man nach wie vor nicht nur fragt, ob man etwas tun darf, sondern auch, ob man die Behandlung fortsetzen darf. Man braucht permanent eine Legitimation, und diese kann im Laufe der Krankheitsentwicklung, im Laufe eines Prozesses entfallen.

Von daher war es mir wichtig, zu betonen, dass Ärzte nicht die Strafe aus § 216 fürchten müssen. Im Gegenteil: Ich kann mir auch Konstellationen vorstellen, in denen es Gegenstand einer Patientenverfügung ist, genau davon abzuraten, und dann tritt ein Zustand ein, bei dem nach ärztlichem Ermessen keine Remission mehr zu erwarten ist. Dann entfällt die Legitimationsgrundlage.

Prof. Dr. Gabriele Wolfslast,
Justus-Liebig-Universität Gießen:

„Rest von Leben“ ist in der Tat ein problematischer Begriff. Ich glaube, es gibt in der Medizin den Begriff – ich bitte, mich zu korrigieren, wenn es falsch ist – „Vita minima“.

Dr. med. Michael Popović,
Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer Hessen:

Unter „Vita minima“ versteht man die Minimalfunktionen eines lebenden Menschen. Eine Differenzierung nach „Rest“ halte ich für sehr problematisch.

Prof. Dr. Gabriele Wolfslast,
Justus-Liebig-Universität Gießen:

Okay. Vielen Dank.

Was mir völlig fern liegt – ich habe gehofft, dass es in meinen Ausführungen deutlich wurde –, ist, dass Leben von außen bewertet wird. Ich denke, dass eine Lebensbewertung nur von dem Träger der Persönlichkeit, von dem Träger des eigenen Lebens getroffen werden kann. Jedem steht zu – das meine ich auch –, sein eigenes

Leben als lebenswert oder als nicht lebenswert zu bewerten. Niemandem von außen steht dies zu. Jedem steht es für sich selbst zu. „Lebensrest“ war in der Tat eine ungeschickte Formulierung in Bezug auf eine Patientin, die dem Tod näher als dem Leben war. Auf ihre Einweisung ins Krankenhaus hat der Arzt verzichtet, weil ihm klar war, dass dann – darüber kann man streiten – kein bewusstes Leben mehr möglich gewesen wäre. Man hätte mehr darüber streiten können, ob diese Entscheidung eine billigenwerte war, wenn sie nur aus der Perspektive des Arztes getroffen worden wäre. Aber er hat damit den Sterbewunsch der Patientin respektiert.

Ruth Wagner (Darmstadt), *MdL*:

Ich wollte erstens auf das Stichwort Umfragen eingehen. Wir Politiker leben von diesen Umfragen. Es ist die Hoffnung, dass es eine Stimmung ist. Ich denke, viele andere sehen das genauso. Die wahren Entscheidungen werden davon natürlich beeinflusst, aber wie diese beeinflusst werden, unterliegt dem Spiel der Demografie.

Ich möchte Ihnen einen Punkt nennen, der gewichtig ist und den wir in einer anderen Kommission dieses Landtags behandeln: Das ist die demografische Entwicklung unseres Landes. Sehr konkret – ich glaube, so konkret wie kein anderer Landtag in Deutschland – befassen wir uns mit der Fragestellung, wie die Lebenserwartung infolge von medizinischen Erfolgen, medizinischer Technik und verbesserter Pflegesituation in 60 Jahren Friedenszeit aussieht. Die Lebenserwartung eines Mönchs im Kloster Eberbach lag bei unter 30 Jahren. Die Lebenserwartung um die Jahrhundertwende zwischen dem 19. und 20. Jahrhundert lag bei unter 60 Jahren. Bei den Männern war sie sogar geringer; das ist leider immer so gewesen.

Das, was wir heute wissen, basiert nicht mehr auf Schätzungen, sondern auf Hochrechnungen. Wir hatten beispielsweise vor vier oder fünf Wochen eine Anhörung mit Medizinern der Universität Heidelberg. Diese Mediziner sagen, dass im Jahr 2050 anzunehmen sei, dass der heute 40-Jährige mit Sicherheit eine noch längere Lebensdauer habe. Frauen würden 85, 86 oder 87 Jahre alt, Männer würden ein wenig früher sterben.

Das heißt, die Frage der Hochbetagten, die Frage der Alterszeit, die Frage, wie lange jemand sein Leben „ertragen“ – ich sage es jetzt etwas platt – muss, wird uns nicht mehr loslassen. Sie wird eine der großen Herausforderungen dieser Gesellschaft sein. Deshalb glaube ich nicht, dass wir kurzfristig nur über Fragen der Strafgesetzgebung in dem einen oder anderen Punkt reden müssen, weil Gerichte vielleicht unterschiedlich entschieden haben. Es ist eine Herausforderung an uns alle.

Ich möchte zwei Fragen stellen. In einer Diskussion, die ich vor Kurzem in dieser Frage führte – das müssten die Juristen beantworten können –, ist davon geredet worden, dass es in der Rechtsprechung einen Begriff der Unumkehrbarkeit vom Weg des Lebens zum Weg des Sterbens gibt. Es geht um Irreversibilität als einen Begriff, der für Ärzte und Patienten von großer Bedeutung ist. Könnten Sie das bitte auch für mich als Nichtjuristen klären?

Ein zweiter Punkt. Mich interessiert Ihre Meinung, Herr Prof. Verrel und Frau Prof. Wolfslast, zu der strafrechtlichen Bewertung in der Schweiz. Ist das Ihrer Meinung nach ein Modell, das wir in der Bundesrepublik Deutschland einführen sollten?

Prof. Dr. Torsten Verrel,
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn,
Gutachter des 66. Deutschen Juristentages in Stuttgart:

In der Tat: Der Begriff der Unumkehrbarkeit taucht vor allem im Kontext der passiven Sterbehilfe im engeren Sinne auf. Darunter versteht man, dass eine Krankheit einen solchen Verlauf genommen hat, dass nun die Sterbephase unumkehrbar begonnen hat.

Damit können sich die Juristen natürlich aus der Verantwortung ziehen. Das zu beurteilen ist Sache der Mediziner. Mir ist es wichtig, zu sagen: Das ist natürlich eine Prognoseentscheidung, die mit einem Irrtumsrisiko behaftet ist. Nur, das müssen wir tragen und ertragen. Denn wenn wir das nicht wollten, gäbe es eine Weiterbehandlung ad finitum. Kein Arzt wird sagen: Ich bin mir hundertprozentig sicher, dass jetzt der Sterbevorgang eingesetzt hat. – Also gibt es diese Vokabel. Diese in der Praxis auszufüllen ist Sache der Mediziner.

Prof. Dr. Gabriele Wolfslast,
Justus-Liebig-Universität Gießen:

Zum Vorbild Schweiz. Ja, in gewisser Weise ist es für mich ein Vorbild. Denn es besteht die Klarstellung, dass nach einer Beihilfe zum Suizid keine Eingriffspflicht für den Helfer besteht. Das halte ich für eine wichtige Klarstellung.

RA Dr. med. Markus Parzeller,
Institut für Forensische Medizin der Universität Frankfurt a. M.:

Ich habe eine Frage. Sie sprachen den Punkt Richterrecht statt Gesetzgebung an. Sie haben Verfahren angesprochen, die 20 oder sogar 30 Jahre zurückliegen. Müsste der Gesetzgeber nicht schon längst gehandelt haben, wenn man die verfassungsrechtlichen Grundsätze des Wesentlichkeitsprinzips und des Demokratieprinzips ernst nimmt?

Die Umfragen sind höchst kritisch zu sehen. Denn – wie gesagt – auch auf der Ebene der Experten sind die Begrifflichkeiten oft unklar. Von daher muss man diese Umfragen eingeschränkt werten.

Prof. Dr. Torsten Verrel,
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn,
Gutachter des 66. Deutschen Juristentages in Stuttgart:

Mit der Frage der Handlungspflicht des Gesetzgebers stoßen Sie bei mir offene Türen ein. Ich meine, das ist ein so zentraler Bereich, dass er geregelt werden sollte. Ich verstehe nicht, warum man bei Bagatellen im Strafrecht eine derartige Perfektion

betreibt und Tatbestände erfindet, die über mehrere Seiten gehen. Aber ausgerechnet in diesem Bereich hat man nichts.

Nun bin ich vorsichtig genug, um nicht zu sagen, dass das ein verfassungswidriger Zustand sei. Das kann man sicherlich nicht sagen. Denn die Antwort wird lauten: Na ja, es geht doch. Seht doch, die lückenhaften Tatbestände kann man mithilfe der Rechtsprechung und der anerkannten Kasuistik auslegen. – Meine Meinung dazu kennen Sie. Aber ich möchte mich nicht so weit aus dem Fenster lehnen und sagen, das gehe überhaupt nicht. Ich habe auch wenig Hoffnung darauf, dass sich der Zustand ändern wird. Denn es bestehen zu große Skrupel, ihn anzugehen, wie ich in einer Veranstaltung neulich von jemandem hörte, der die Sache gut durchblickte. Er sagte: Fordern Sie lieber nicht, dass wir diese Fälle regeln. Denn dann werden Schubladen aufgemacht, die Sie überhaupt nicht aufhaben möchten. – Das heißt für mich, dass die Parlamentarier nicht das Differenzierungsvermögen haben, um diese Tatbestände zu regeln. Ich hoffe nicht, dass es so ist.

(Ruth Wagner (Darmstadt), *MdL*: Auch das ist ein Vorurteil!)

Prof. Dr. Gabriele Wolfslast,
Justus-Liebig-Universität Gießen:

Es hat schon 1986 eine Befassung durch den Deutschen Juristentag mit dieser Thematik gegeben. Damals wurde bereits darüber diskutiert, ob es einen Vorschlag geben sollte, die Fragen der Sterbehilfe rechtlich zu regeln. Damals wurde es abgelehnt. Ich glaube, es ist ein tief greifendes Unbehagen, sich mit diesen Fragen des Sterbens und des Todes zu befassen und in Formen zu gießen.

Dazu kommt die Unsicherheit, dass man nicht weiß, was dabei herauskommt. Wir sind an demselben Punkt: Wir haben Sorge, dass die rechtliche Regelung einer Patientenverfügung ein Schuss nach hinten werden könnte.

Christian Poplutz,
Hessische Staatskanzlei:

Ich habe zwei ganz kurze Fragen. – Das Strafrecht ist bekanntlich fragmentarisch. Wenn wir jetzt im Strafgesetzbuch regeln wollten, was nicht strafbar ist, geschähe dies im Allgemeinen Teil sozusagen als Rechtfertigungsgrund, oder wollen Sie im Besonderen Teil eine Art Ausschließungsgrund in den Tötungstatbeständen formulieren?

Hinsichtlich der Patientenverfügung habe ich folgende Frage: Wenn der Gesetzgeber in diesem Bereich tätig würde und eine Patientenverfügung ohne vorherige ärztliche Aufklärungspflicht und ohne zeitliche Begrenzung für bindend erklären würde, könnte das Problem entstehen, dass jemand etwa eindeutig regelt, was er so eigentlich gar nicht eindeutig regeln möchte.

Mit anderen Worten: Dann haben wir wieder einen Bedarf nach Kasuistik, nach Rechtsprechung, um ihm zu dem Recht zu verhelfen, das er schriftlich gar nicht

niedergelegt hat. Ich denke beispielsweise an den 40-jährigen Familienvater, der mit dem Motorrad verunglückt und dadurch dialysepflichtig wird, aber im Alter von 20 Jahren geschrieben hat: Sollte ich einmal in eine lebensbedrohliche Krankheit verfallen, dann wünsche ich keine Apparatedizin. – Das wäre hier erfüllt. Wenn Ihr Vorschlag Gesetz würde, dann könnte man diesem Mann überhaupt nicht helfen, oder man würde die Mühle der Rechtsprechung erneut in Gang bringen.

Prof. Dr. Torsten Verrel,
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn,
Gutachter des 66. Deutschen Juristentages in Stuttgart:

Zu Ihrer ersten Frage. Das ist gar kein Problem. Das regeln wir im BT in den §§ 214 und 215. Da wird genau beschrieben, in welchen Fällen eine Behandlungsbegrenzung straflos ist, dass indirekte Sterbehilfe sowie die Suizidbeihilfe straflos sind. Da sehe ich gar kein Problem.

Zu Ihrem zweiten Fall. Ich finde es bezeichnend, dass immer diese Beispiele genannt werden. Das sind nicht die Beispiele, die uns beschäftigen. Vielmehr sind es die Menschen, die am Ende ihres Lebens einen wohlweislich überlegten Entschluss gefasst haben, dass sie nun auf eine Weiterbehandlung verzichten möchten. Den Fall, den Sie schildern, kann man in der Regel problemlos dadurch lösen, dass wir keine absolute Verbindlichkeit von Patientenverfügungen schaffen, sondern immer prüfen müssen, ob es Anhaltspunkte dafür gibt, dass der damals niedergelegte Wille auch noch auf die heutige Situation zutrifft. Da hätte ich in dem von Ihnen genannten Beispiel Schwierigkeiten. Ich finde es allerdings immer wieder bezeichnend, dass solche Antibeispiele gebracht werden, um damit das Institut der Patientenverfügung zu diskriminieren, das von vielen Personen sehr verantwortlich verwendet wird.

(Beifall)

Prof. Dr. Gabriele Wolfslast,
Justus-Liebig-Universität Gießen:

Nur ein Satz: Jede Willenserklärung muss ausgelegt werden.

Lothar Quanz,
Vizepräsident des Hessischen Landtags:

Meine Damen und Herren, ich darf allen Teilnehmern, Diskutanten und Referenten für ihre Beiträge sehr herzlich danken.

Teil 3:

Möglichkeiten und Grenzen der Selbstbestimmung am Lebensende. Patientenverfügung, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht, was noch?

Prof. Dr. Volker Lipp,
Universität Göttingen

Herr Präsident, meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich habe erstens die Aufgabe, den Brückenschlag von den, wie Sie, Herr Kartmann, sagten, grundsätzlichen allgemeinen Fragen zu den praktischen Fragen zu vollziehen. Insbesondere die Patientenverfügung steht wahrscheinlich allen vor Augen. Zum anderen habe ich die undankbare Aufgabe, dem „Dämpfer“ nach dem Mittagessen entgegenzuwirken. Ob mir das gelingt, werden Sie nachher selbst beurteilen müssen.

Kurz zu meiner Person. Dass ich jetzt vor Ihnen stehe, hat damit zu tun, dass ich über die Fragen der Vorsorgemöglichkeiten schon lange nachdenke und, wie das bei Wissenschaftlern üblich ist, auch einige Tinte verspritzt habe. Ich hoffe, ich fasse mich kurz genug.

Die drei Rednerinnen und Redner des ersten Themenblocks von heute Nachmittag haben sich so geeinigt, dass ich Ihnen zunächst einen Überblick über die angesprochenen Möglichkeiten der Vorsorge und ihre grundsätzlichen Probleme gebe, Herr Kutzer dann schwerpunktmäßig etwas über die Patientenverfügung als Instrument zur Dokumentation oder Ermittlung des Patientenwillens sagt und Frau Vetter Ihnen schließlich praktische Beispiele vor Augen führt.

Eine letzte Vorbemerkung. Von woher spreche ich? Das ist heute Morgen deutlich geworden. Ich spreche zu Ihnen selbstverständlich als Jurist, und das heißt zweierlei. Zum einen spreche ich als Jurist, wohl wissend, dass die Problematik, über die wir uns heute unterhalten, weit mehr Dimensionen als die rechtliche hat. Aber es ist ja im Vorfeld von einer rechtlichen Regelung die Rede, und insofern spreche ich natürlich insbesondere mit Blick auf die diskutierten rechtlichen Regelungen.

Zum Zweiten möchte ich darauf hinweisen – das kam heute Morgen schon zur Sprache –, dass es eine Rechtsordnung gibt und dass es nur eine Art der rechtlichen Regelung geben kann. Ich spreche also als Jurist über die eine rechtliche Regelung, die es entweder nach dem geltenden Recht gibt oder, rechtspolitisch gesprochen, vielleicht geben wird, wohl wissend, dass es viele Diskussionen im Bereich der Ethik, Moral und Religion gibt, die nicht miteinander vereinbar sind und sein müssen. Es kann verschiedene ethische Auffassungen geben, aber das Recht muss eine eindeutige Regelung treffen. Das heißt notwendigerweise: Das Recht sagt Ihnen nicht, wie Sie leben und sterben können, sondern das Recht schafft eine Rahmenordnung. Nur von dieser Rahmenordnung werde ich heute Nachmittag sprechen.

Zunächst möchte ich mit Ihnen kurz die Grundlagen beleuchten, vor deren Hintergrund Möglichkeiten der privaten Vorsorge erst plastisch werden, nämlich darstellen, wie die ärztliche Behandlung ihrer Grundstruktur nach, ihrer rechtlichen Struktur nach aussieht, und in einem zweiten Schritt vor allem schildern, wie sich die Rechtslage darstellt, wenn der Patient aktuell nicht selbst in die Behandlung einwilligen kann. Das ist die Situation der Vorsorge. Hierbei geht es insbesondere um die Rolle des Vertreters und des Vormundschaftsgerichts.

Mit diesen Grundlagen soll dann die private Vorsorge beleuchtet werden, und zwar in den genannten drei Formen: Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung. Die Patientenverfügung steht, nicht nur der Dramaturgie wegen, sondern auch sachlich, am Ende, weil – das kann ich an dieser Stelle vorwegnehmen – ihr praktisches Einsatzspektrum nach meiner Überzeugung ein begrenztes ist.

In Erinnerung rufen möchte ich zunächst etwas, was schon angesprochen wurde und was für die folgenden Ausführungen von ganz zentraler Bedeutung ist. Dies sind die Voraussetzungen für jede ärztliche Behandlung, wenn Sie so wollen, also die Legitimationsbedingungen für jegliche ärztliche Behandlung. Das reicht von lebenserhaltenden Maßnahmen, intensivmedizinischen Maßnahmen bis hin zur künstlichen Ernährung oder Versorgung mit Flüssigkeit. All dies sind verschiedene Formen der ärztlichen Behandlung, und für alle diese Formen gilt, dass sie einerseits ärztlich indiziert sein müssen und zweitens – nach entsprechender Aufklärung – vom Willen des Patienten getragen sein müssen, dass der Patient also in sie eingewilligt haben muss.

Dieses – man könnte sagen – Zwei-Säulen-Modell muss man vor Augen haben. Das gilt in jeder Lebens- und in jeder Behandlungssituation, auch für den Sterbenden.

Die Frage, welche Maßnahmen, ärztlich gesehen, indiziert sind, ist gerade bei schwer kranken, möglicherweise sterbenden Patienten ganz schwierig zu beantworten. Sie liegt im Verantwortungsbereich der Ärzte, und daraus kann diese auch niemand entlassen.

Die zweite Säule, die Zustimmung des Patienten, wird problematisch, wenn der Patient nicht mehr selbst entscheiden kann. Dann stellt sich nämlich die Frage, wer für ihn entscheiden kann. Wenn wir über die Patientenautonomie sprechen, so sprechen wir nur über diese zweite Säule, d. h. nur über den einen Teil, einen wichtigen, aber eben nur über einen Teil der Behandlung.

Insoweit ist ganz klar, dass die Behandlungshoheit, wenn der Patient nicht selbst entscheiden kann, nicht etwa insgesamt auf den Arzt übergeht, sondern dass der Stellvertreter, der Vertreter des Patienten, in den Behandlungsprozess einzubeziehen ist. Das kann ein Bevollmächtigter oder der gesetzliche Betreuer sein. Erst an dritter Stelle – dies ist insbesondere in der Notfallmedizin von Bedeutung – kann und muss der Arzt dies alles allein entscheiden, weil es wegen der Eilbedürftigkeit nicht möglich ist, einen Vertreter beizuziehen oder zu bestellen. Das Instrument, das dann die Behandlung auf dieser zweiten Säule trägt, nennen wir Juristen die mutmaßliche

Einwilligung, was heißt – nur in Klammern sei dies gesagt –, dass der Arzt nicht aus seiner Sicht alleine urteilen darf, sondern immer fragen muss, wie der Patient entschieden hätte, also die Perspektive des Patienten mit zu berücksichtigen hat, dass er also an dieser Stelle sozusagen zwei Seelen in seiner Brust tragen muss.

Der praktisch weitaus wichtigere Teil ist natürlich der, in dem der Vertreter für den Patienten am gesamten Behandlungsprozess beteiligt ist. Die Frage lautet nur: Wie sieht diese Beteiligung aus? Insoweit sollte man sich von der Vorstellung verabschieden, dass der Vertreter erst dann in den Behandlungsprozess einzubinden ist, wenn es um ein Ja oder Nein zu einer angesonnenen Behandlung geht. Dies kommt in der Praxis leider viel zu häufig vor. Der Vertreter wird kurz vor der Behandlung angerufen, erhält ein Fax, er solle kurz zustimmen. Rechtlich angemessen und sachlich notwendig wäre eine Beteiligung des Vertreters so früh wie möglich im gesamten Behandlungsprozess, weil die primäre Aufgabe des Vertreters nicht darin besteht, den Patienten zu verdrängen und sich einfach selbst an dessen Stelle zu setzen. Die Patienten sind ja nicht nur entweder im Koma oder voll entscheidungsfähig, sondern befinden sich in der Regel irgendwo dazwischen. Er berät also den Patienten bei dessen eigenem Entscheidungsprozess, er unterstützt ihn darin und sorgt dafür, dass er in dieser Situation nicht vom von der Sache her fast notwendig übermächtigen Arzt oder von der Kliniksituation überrollt oder an die Wand gedrückt wird und einfach seine Zustimmung geben muss. Hierin besteht eine ganz wichtige Aufgabe des Vertreters, die man übersieht, wenn man nur den zweiten Aspekt berücksichtigt.

Wenn der Patient zu keiner Äußerung mehr in der Lage ist, dann hat natürlich der Vertreter auch die Aufgabe, anstelle des Patienten die Entscheidung über Zustimmung oder Ablehnung einer Behandlung zu treffen. Aber sie hierauf zu reduzieren wäre in der Sache falsch und auch rechtlich nicht angemessen.

Damit komme ich zu der heiß umstrittenen Frage, ob der Vertreter für die Ablehnung einer lebenserhaltenden Behandlung, also für die sogenannte passive Sterbehilfe, eine Genehmigung des Vormundschaftsgerichts braucht. Diese Diskussion will ich Ihnen nicht in allen Einzelheiten und Windungen vor Augen führen, sondern gewissermaßen nur kurz ihren Abschluss skizzieren.

Ich habe Ihnen die zwei Entscheidungen des 12. Zivilsenats des BGH vom 17. März 2003 und vom 8. Juni 2005 an die Projektionswand geworfen. Diese Entscheidungen haben neben strafrechtlicher Verwirrung auch zivilrechtliche Klarheit gebracht. Ob man die Auffassung des BGH teilt, ist eine andere Frage, aber diese Entscheidungen haben in dieser Frage zivilrechtliche Klarheit gebracht: Eine solche Genehmigung ist nicht generell, sondern nur unter bestimmten Voraussetzungen erforderlich, nämlich dann – so die Formulierung des BGH –, wenn der Arzt die lebenserhaltende Maßnahme anbietet, d. h. sie aus seiner Sicht indiziert ist, und der Vertreter diese Maßnahme unter Hinweis auf den Patientenwillen oder das Patienteninteresse ablehnen will. Das heißt in Kurzform: Eine Genehmigung des Vormundschaftsgerichts ist immer dann erforderlich, wenn ein Konflikt zwischen Arzt und Vertreter über den maßgeblichen Patientenwillen herrscht. Deswegen spricht man auch in verkürzender, schlagwortartiger Form von einer Konfliktgenehmigung, also von einer Genehmigung im Konfliktfall.

Dies ist die Folie, vor der nun die Möglichkeiten der privaten Vorsorge zu beleuchten sind.

Zunächst zur Betreuungsverfügung. Seit der Reform des Vormundschaftsrechts durch das Betreuungsgesetz, das im Jahre 1992 in Kraft getreten ist, endet das Selbstbestimmungsrecht nicht mit der Bestellung des Betreuers, sondern soll und muss auch im Rahmen der Betreuung beachtet werden. Das kann man insbesondere mittels einer Betreuungsverfügung, einer Vorsorgeerklärung, in zwei Formen tun. Man kann zum einen eine Vertrauensperson als Betreuer benennen, die dann das Vormundschaftsgericht im Regelfall auch zu bestellen hat. Und/oder man kann demjenigen, der als Betreuer bestellt wird, Vorgaben für die Führung der Betreuung machen, indem man sogenannte – so sagt es das Gesetz – Wünsche dokumentiert, die dann der Betreuer bei den einzelnen Maßnahmen zu beachten hat. Diese können natürlich auch die Behandlung betreffen.

Die Vorsorgevollmacht unterscheidet sich von der Betreuungsverfügung in mehrfacher Hinsicht. Ausgangspunkt ist auch hier das Selbstbestimmungsrecht des Patienten bzw. die Patientenautonomie für Behandlungsvollmachten; aber hier wird der Vertreter nicht vom Vormundschaftsgericht bestellt, sondern man bestellt als Vorsorgender den Vertreter kraft seines Selbstbestimmungsrechtes selbst. Auf der Grundlage des Auftrages, mit dem man jemanden betraut, im eigenen Interesse tätig zu sein, diese Angelegenheiten zu besorgen, wird eine Vollmacht erteilt, und damit ist der Vertreter als Vertreter aktiv und kann mittels der Vollmacht alle ihm aufgetragenen Geschäfte erledigen, ohne dass das Vormundschaftsgericht tätig werden muss.

Diese Möglichkeit der Vorsorgevollmacht ist auch für den Bereich der Behandlung gesetzlich anerkannt. Spätestens seit 1999 steht das ausdrücklich so im Gesetz.

Eine umstrittene Frage war – dies verwundert sicherlich nicht –, ob die Vorsorgevollmacht insbesondere die Behandlung am Lebensende und auch den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen oder die – so ist es formuliert – Behandlungsbeschränkung umfasst. Hier gibt das BGB im § 1904 Abs. 2 keine direkte, aber doch eine indirekte Antwort, da gerade auch lebensgefährdende Maßnahmen von einer solchen Vollmacht umfasst werden können, wenn der Betreffende das will. Schutz vor einem möglichen Missbrauch dieser besonders gefährlichen Maßnahmen des Vertreters bieten drei Elemente, die das Gesetz vorsieht. Das erste Element ist die Schriftform einer solchen Vollmacht. Als zweites Element muss die Vollmacht diese besonderen Maßnahmen ausdrücklich nennen. Eine Generalvollmacht, eine Vollmacht in allen Angelegenheiten, reicht hier also nicht. Das dritte Element ist die Genehmigungspflicht des Vormundschaftsgerichts – dies ist die einzige Form, in der das Vormundschaftsgericht im Rahmen einer Vollmacht tätig wird – für Maßnahmen, die lebensgefährlich sind bzw. gravierende, dauernde Schäden verursachen können, und – das ist im Gesetz nicht ausdrücklich so genannt, das wird man aber im Lichte dieser beiden genannten BGH-Entscheidungen sagen müssen – in gleicher Weise auch für den Verzicht bzw. die Beschränkung lebenserhaltender Maßnahmen in derselben Weise wie beim Betreuer.

Nun zur Patientenverfügung als letztem Instrument der Vorsorge. Auch hier ist die Grundlage das Selbstbestimmungsrecht; man muss sich aber klarmachen, dass

die Patientenverfügung kein festgefügtter, klarer Typus ist, sondern eine Vielzahl von Erscheinungsformen, Äußerungsformen umfasst, von denen ich sozusagen nur paradigmatisch die zwei Endpunkte genannt habe, einerseits eine konkrete, individuelle, auf eine bestimmte Situation bezogene Einwilligung oder Ablehnung einer Behandlung oder andererseits eine allgemein gehaltene Äußerung von bestimmten Wünschen und Wertvorstellungen, wie beispielsweise die häufig zitierte Patientenverfügung: „Ich will keine Apparatedizin, ich will in Frieden sterben“, oder dergleichen mehr.

Die Frage der Verbindlichkeit stellt den Kern der Debatte dar. Wenn man diese beiden Erscheinungsformen als paradigmatische Typen vor Augen hat, muss man sagen, dass es insoweit kein Entweder-oder gibt, weil es auch nicht „die“ Patientenverfügung gibt. Vielmehr ist die Patientenverfügung umso verbindlicher, je konkreter der Patient selbst die Festlegung getroffen hat. Wer sagt: „Ich will keine Apparatedizin“, trifft eben keine individuelle, konkrete Entscheidung für einen bestimmten Fall. Der Grad der Verbindlichkeit ist schon von der Erklärung des Patientenwillen her ein anderer – sie ist nur eine Richtlinie, eine Direktive –, als wenn es eine konkrete, vorweggenommene Entscheidung ist.

In jedem dieser Fälle ist klar: Eine solche Patientenverfügung, ganz gleich, wie konkret sie ist, muss immer daraufhin befragt werden, was sie in dem konkreten Fall der Behandlung, um die es jetzt geht, bedeutet. Sie muss also ausgelegt, sie muss interpretiert werden. Das ist an sich eine juristische Binsenweisheit, wird aber in diesem Zusammenhang leider häufig vergessen.

Die Patientenverfügung regelt in jedem Fall immer nur die Behandlung. Das einfache Beispiel eines Unfallpatienten, der im Wege der Notfallmedizin in ein Krankenhaus eingeliefert und behandelt wird und dessen Patientenverfügung erst später auftaucht, verdeutlicht, dass noch viel mehr Fragen zu regeln sind – im Rahmen der Behandlung, finanzieller Art, aber auch in den sonstigen Angelegenheiten – und dass eine Patientenverfügung in den allermeisten Fällen nur einen ganz kleinen Teil der anstehenden Fragen beantwortet – wenn überhaupt –, sodass in praktisch allen Fällen ein Vertreter notwendig ist. Insoweit ist, wenn man berät, immer klar: Die Patientenverfügung ist als isolierte eine untaugliche Vorsorgemaßnahme. Eine Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung ist und bleibt immer notwendig. Die Patientenverfügung kann allerdings ein Teil eines sogenannten Vorsorgepakets sein.

Die Grundlage für die Patientenverfügung ist damit erstaunlicherweise gesetzlich durchaus vorhanden. Die Patientenverfügung ist nämlich im Regelfall die Regelung, die den Betreuer an die konkreten Wünsche oder allgemeinen Vorstellungen des Betreuten bindet, und sie ist im selteneren, aber durchaus noch häufigen Fall des Bevollmächtigten jene Regelung des Auftragsrechts, die den Auftragnehmer – also den Beauftragten, den Bevollmächtigten – an die Vorgaben des Auftraggebers bindet.

Nur insofern gibt es keine gesetzliche Regelung, als die Patientenverfügung gegenüber dem Arzt unmittelbar als Ausdruck des Patientenwillens verbindlich gemacht wird. Dies ist vielmehr wie das allgemeine Arzt-Patienten-Verhältnis aus allgemeinen Grundsätzen zu entwickeln. An dieser Stelle setzt dann auch die Diskussion um die

Patientenverfügung und ihre gesetzliche Regelung ein. Der Rahmen der rechtspolitischen Diskussion ist aber ein ganz anderer. Herr Verrel und Frau Wolfslast haben bereits ganz deutlich darauf hingewiesen: Der Kernpunkt der heutigen Debatte sind das Strafrecht und die Beschränkungen des Behandlungsverzichts bzw. die Behandlungsbeschränkung auf die Sterbephase, die man mit dem Wort vom irreversiblen tödlichen Verlauf zu beschreiben versucht.

Dies hat natürlich Folgewirkungen für alle anderen Vorsorgeformen. Bei der Betreuung stellt sich die Frage, ob das Vormundschaftsgericht nur in Konfliktfällen eingeschaltet werden sollte oder ob das Vormundschaftsgericht häufiger – in welchen Fällen auch immer – beigezogen werden sollte. Die Forderungen gehen bis hin zur regelmäßigen Beteiligung.

Ähnlich sieht es bei der Vorsorgevollmacht aus. Hier reicht das Spektrum von der Abschaffung der Genehmigung auch in Konfliktfällen, obwohl diese noch nie höchstrichterlich festgestellt worden sind, bis hin zu einer Erweiterung der Genehmigungspflicht auf alle oder fast alle Fälle.

Bei der Patientenverfügung haben wir das gesamte Spektrum zu verzeichnen: ihre Beschränkung auf die Sterbephase, die Vorgabe einer zwingenden Schriftform und die Vorstellung, dass eine zwingende ärztliche Aufklärung erforderlich sei, all dies, um Sicherheit zu gewinnen, dass dies auch der Wille des Patienten ist. Wenn wir aber nur bestimmte Formen des Patientenwillens anerkennen, dann stellt sich sofort die Frage: Was ist eigentlich in allen anderen Fällen, in denen man auf andere Weise den Patientenwillen kennt, in denen dieser aber nicht den Formerfordernissen genügt? Wenn man Wirksamkeitserfordernisse einfügt, dann hat man auf einmal mindere Qualität.

Das ist aus meiner Sicht der zentrale Punkt, weshalb man in allen drei Fällen sagen muss: Gesetzliche Wirksamkeitserfordernisse – nein. Förderung von ärztlicher Beratung und dergleichen – auf jeden Fall, aber keine zwingenden gesetzlichen Vorgaben, die die Beachtung eines wie auch immer ermittelten Patientenwillens ausschließen.

(Beifall)

Klaus Kutzer,
Vorsitzender Richter am Bundesgerichtshof a. D.

Sehr geehrter Herr Präsident, meine sehr geehrten Damen und Herren! Die Evangelische Akademie Arnoldshain im Taunus hat im Sommer 2006 eine interdisziplinäre Tagung zu Vorausverfügungen für das Lebensende organisiert. Herr Pfarrer Dr. Schmidt sprach heute Vormittag schon davon. Er war maßgeblich beteiligt.

Ich möchte meine Ausführungen mit einem Auszug aus dem Editorial des Tagungsbandes beginnen, der nicht die juristisch-dogmatischen und rationalen Aspekte der Problematik, sondern deren mentale und emotionale Aspekte anspricht.

Nacht für Nacht hat er diesen Traum. Mal erwacht er, unangenehm berührt, mal ruhig und entspannt. Stets geht es in diesem Traum um eine Reise, eine letzte große Reise, und er fürchtet sich vor ihr. Zwar ist er in seinem Leben viel und gerne unterwegs gewesen, doch seit einigen Jahren ist ihm das Reisen zur Last geworden, vielleicht auch deshalb, weil seine Frau, die ihn sonst immer begleitet hat, nicht mehr an seiner Seite steht. Doch diese eine Reise muss er noch antreten, und er muss auf sie vorbereitet sein. Aber er schiebt die Vorbereitungen immer wieder hinaus.

Da erhält er vom Reiseunternehmen eine Broschüre, die ihm die Planung erleichtern soll. Hier kann er ankreuzen und festlegen, wo und wann die Reise unterbrochen werden soll, welche Orte gemieden, welche Hotels und Restaurants nicht gebucht werden sollen. Da die Reise ins Ausland geht und er die fremde Sprache nur schlecht spricht, ist eine solche Reiseplanung für ihn durchaus sinnvoll. Vor Ort könnte er sich kaum verständigen, und Freunde und Bekannte wären kaum zu erreichen. Aber allein an diese Fahrt zu denken fällt ihm schwer.

Manch eine Nacht träumt er davon, wie er im Ausland festsitzt, dass der Busfahrer seine Anweisungen nicht lesen und er sie ihm nicht verständlich machen kann. Wegen einer Umleitung wird er hin- und hergefahren, obwohl er doch alles so klar festgelegt hatte. In einer anderen Nacht wiederum sieht er sich selbst, wie er am Flughafen empfangen wird, das Taxi bereitsteht und er ohne Umwege zum Ziel gebracht wird.

So oder so ähnlich ist der Traum unseres Reisenden. Es könnte der Traum eines Menschen sein, der sich mit seiner Lebensplanung beschäftigt und mit den Fragen vom Ende des Lebens, der sich Gedanken macht über eine Patientenverfügung und den diese Gedanken bis in den Schlaf verfolgen, weil er nicht weiß, was geregelt ist und was wirklich gilt.

In der Tat wird das Versprechen der rechtlichen Verbindlichkeit in Deutschland noch nicht wirklich eingelöst. Was der Patient geplant und festgelegt hat, gilt unter Umständen nichts, wird nicht verstanden, wird nicht beachtet. Patientenverfügungen und andere Vorsorgeverfügungen sind in vielen Krankenhäusern und in der ambulanten Versorgung noch nicht etabliert. Sie funktionieren nicht, weil sie nicht eingebunden sind in das Versorgungssystem und in Routine.

So weit das Zitat aus dem beachtenswerten Tagungsband. Meine sehr geehrten Damen und Herren, es muss also noch viel getan werden, wenn Gebrauch und Respektierung von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht selbstverständliche Praxis im medizinischen Alltag werden sollen. Die Hindernisse liegen nicht nur in der fehlenden Rechtssicherheit über Verbindlichkeit und Reichweite von Patientenverfügungen, sondern auch in der Furcht, dem Arzt durch Vorwegverfügungen im entscheidenden Augenblick die Hände zu binden und ihm die Motivation zu nehmen, die medizinischen Möglichkeiten zur Verlängerung des Lebens auszuschöpfen.

Der Ruf nach dem Zulassen eines natürlichen Sterbens bedeutet nicht, dass der Mensch so sterben will, als wenn es die modernen Errungenschaften der Medizin nicht gäbe. Für ein würdevolles Sterben entscheidend ist nicht die Forderung nach Abwesenheit von Medizin, sondern die nach Maß, Qualität und Dauer der ärztlichen Intervention. Zu den Bedingungen eines Sterbens in Würde gehört auch, dass dem Kranken keine Verfahren aufgezwungen werden, die er ablehnt, dass ihm sein Sterben körperlich und seelisch erleichtert wird und dass nicht, wie es etwa die Vorschläge der Enquetekommission des Deutschen Bundestages vorsehen, ohne Not Gerichte und förmliche Konzile eingeschaltet werden.

Ein Sterben in Würde muss in einer humanen Gesellschaft und in einem sozialen Rechtsstaat unabhängig davon gewährleistet werden, ob der Patient eine Patientenverfügung errichtet hat oder nicht. So wichtig ein Gesetz über Patientenverfügungen auch ist, so erscheint es doch nicht weniger wichtig, dass der Gesetzgeber die noch bestehenden strafrechtlichen Unklarheiten über die Behandlung am Lebensende beseitigt. Darüber haben wir heute Vormittag von den Professoren Verrel und Wolfslast gehört.

Der 66. Deutsche Juristentag hat jeweils mit überwältigender Mehrheit – mir wurde gesagt, solche Mehrheiten gab es in der strafrechtlichen Abteilung in der langen Geschichte des Deutschen Juristentages noch nie – Vorschläge zur Ergänzung und Klarstellung des Strafrechts gemacht. Sie werden von den Politikern und Verbandsfunktionären der Ärzteschaft leider nicht gebührend berücksichtigt. Der Eindruck drängt sich auf, dass ihnen die auf der Hand liegenden rechtlichen Unsicherheiten gar nicht so unlieb sind, um über den Umweg diffuser Angst vor dem Strafrecht die eigenen restriktiven Vorstellungen umso besser durchsetzen zu können. Anders kann ich mir z. B. den Widerstand nicht erklären, der einer gesetzlichen Klarstellung dahin gehend entgegengesetzt wird, dass das Unterlassen oder Beenden einer lebenserhaltenden medizinischen Maßnahme nicht strafbar ist, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht.

Eine solche Ergänzung der Tötungstatbestände hat die von mir geleitete interdisziplinäre Arbeitsgruppe des Bundesjustizministeriums vorgeschlagen. Da Regelungen in Patientenverfügungen unwirksam sind, soweit sie gegen das Strafrecht verstoßen, strahlt jede strafrechtliche Unsicherheit auf die zulässige Reichweite von Patientenverfügungen aus.

Ich habe zusammen mit dem bekannten Palliativmediziner Prof. Borasio aus München und dem stellvertretenden Direktor der Evangelischen Akademie Tutzing,

Dr. Meier, ein Buch über Patientenverfügungen herausgegeben. Es trägt den erläuternden und programmatischen Untertitel „Ausdruck der Selbstbestimmung – Auftrag zur Fürsorge“. Eine Patientenverfügung kann zwar nichts daran ändern, dass wir über unseren Tod letztlich nicht disponieren können und ein gutes Sterben nur zu einem geringen Teil in unserer Hand liegt; dies ist aber kein Freibrief dafür, dass wir uns nicht bemühen, durch eigene Vorsorge den uns möglichen kleinen Teil zu einem von uns angenommenen, erträglichen Sterben zu leisten.

Vorgesorgt werden kann, soweit es die juristischen Aspekte betrifft, durch Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung. Eine Patientenverfügung muss sich einfügen in eine medizinische Ethik, welche die Achtung der jeweiligen Persönlichkeit des Todkranken und die Respektierung seiner Wünsche als hohen Wert anerkennt, zugleich aber dem ärztlichen Ethos Raum lässt, mit den Mitteln der Medizin und mit solidarischer Zuwendung dem leidenden Patienten in seiner schweren existenziellen Krise beizustehen. Deswegen verfehlt jeder Arzt, der sich darauf beschränkt, eine Patientenverfügung technokratisch 1 : 1 umzusetzen, seinen ärztlichen Auftrag. Er muss unabhängig davon das Gespräch mit dem Patienten und bei dessen Kommunikationsunfähigkeit mit dessen Vertretern oder Vertrauenspersonen sowie den Pflegekräften suchen, um das jeweils Angemessene herauszufinden und es dem Entscheidungsträger anzubieten.

Den Vorteil einer Patientenverfügung verkennt, wer sie nur auf Erklärungen zu medizinischen Maßnahmen reduziert, die der Verfasser akzeptiert oder ablehnt. Die schon erwähnte Arbeitsgruppe des Bundesjustizministeriums hat darauf hingewiesen, dass Patientenverfügungen keine Festlegungen in Form von vorauserteilten oder versagten Einwilligungen in bestimmte medizinische Maßnahmen enthalten müssen. Eine Patientenverfügung kann sich vielmehr darauf beschränken, bloße Richtlinien für die Entscheidung von Arzt und Patientenvertreter zu geben und zu deren Auslegung eigene Wertvorstellungen niederzuschreiben.

Der Patient kann die Letztentscheidung darüber, wie die Patientenverfügung in der konkreten Situation auszulegen ist und ob sie im Einzelfall durchgesetzt werden soll, ausdrücklich seinem Betreuer, seinem Gesundheitsbevollmächtigten oder einer anderen Vertrauensperson überlassen, die auch der behandelnde Arzt sein kann. Nur wenn die Patientenverfügung auch für unterschiedliche Entscheidungen in nicht beschriebenen oder vom Patienten noch nicht erfahrenen Situationen offen ist, wird der Arzt von sich aus die Last der individuellen Entscheidungsfindung nicht scheuen und im Dialog mit den anderen Beteiligten nach der Lösung suchen, die der individuellen Persönlichkeit seines Patienten am besten entspricht. Dazu weist ihm die Patientenverfügung Weg und Ziel.

Die unmittelbare Verbindlichkeit einer Patientenverfügung für den Arzt und den Patientenvertreter sollte von deren Überzeugung abhängen, dass sie aufgrund ausreichender Aufklärung irrtumsfrei und ohne äußeren Druck gerade für Situationen der zu beurteilenden Art erstellt worden ist und dass keine gewichtigen Indizien für deren zwischenzeitlichen Widerruf erkennbar sind.

Dafür, dass diese Voraussetzungen vorliegen, wird in aller Regel eine tatsächliche Vermutung sprechen. Vielleicht sollte man solche Geltungsbedingungen in den zu

beschließenden Gesetzestext ausdrücklich hineinschreiben, um immer wieder auftretenden Befürchtungen einer allzu schematischen Gesetzesanwendung entgegenzutreten.

Die schwierige Transformation des geschriebenen Wortes in eine patientengerechte Behandlung am Lebensende muss sich an den wesentlichen Wünschen des Patienten orientieren. Lehnte z. B. ein multimorbider, lebenssatter, hochbetagter Patient in einer validen Patientenverfügung weitere lebenserhaltende Maßnahmen, wie z. B. eine Reanimation, eine künstliche Ernährung oder Beatmung, eine Dialyse oder die Gabe von Antibiotika, bei einer interkurrenten Erkrankung ab, so verstieße es sowohl gegen das grundgesetzlich gewährleistetete Selbstbestimmungsrecht des Patienten wie auch gegen das ärztliche Berufsethos, sie ihm dennoch zu oktroyieren, weil er sich, entscheidungs- und handlungsunfähig, nicht mehr dagegen wehren kann. Die von sogenannten Lebensschützern geforderte Kautel, dass der Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen rechtlich nur binde, wenn das Grundleiden einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen habe, ist weder verfassungsrechtlich noch strafrechtlich, noch medizinethisch zu begründen. Denn sie würde in dem genannten Beispielfall das von dem alten, lebensmüden Menschen gewollte natürliche Sterben dann unmöglich machen, wenn die Medizin in der Lage ist, eine tödliche Grunderkrankung aufzuhalten.

Wer aufgrund seiner multifaktoriellen Leidensgeschichte ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung den Tod innerlich akzeptiert hat, darf nicht durch medizin-artifizielle Akte am Sterben gehindert werden. Könnte der Patient allerdings durch die von ihm in einer Patientenverfügung abgelehnten Maßnahmen nach ärztlicher Erfahrung geheilt werden, so mag man insoweit die Ablehnung als eine verdeckte Form des Suizids werten und ihr ebenso die rechtliche Anerkennung versagen wie einer Tötung auf Verlangen. Solche Fälle werden jedoch in der täglichen Praxis keine Rolle spielen und wären im Übrigen medizinethisch in aller Regel nicht zu verifizieren.

Ich darf ganz kurz zusammenfassen:

Erstens. Patientenverfügungen sollten so abgefasst sein, dass sich der Arzt und der Patientenvertreter gegebenenfalls durch Befragung von Bezugspersonen von ihrer Validität überzeugen können.

Zweitens. Patientenverfügungen sollen dem Arzt die eigene Verantwortung nicht abnehmen, sondern ihm Richtschnur für die Behandlung am Lebensende sein. Seine Entscheidungen soll der Arzt im Dialog mit dem Patienten, bei dessen Entscheidungsunfähigkeit mit dessen Betreuer, Vorsorgebevollmächtigten oder sonstigen Vertrauenspersonen sowie mit den beteiligten Pflegekräften, erarbeiten.

Drittens. Dabei dürfen die in einer validen Patientenverfügung mängelfrei und ohne Verstoß gegen das Strafrecht getroffenen Festlegungen nicht missachtet werden. Es wäre juristisch willkürlich, unärztlich und inhuman, das Verbot lebenserhaltender Maßnahmen nur dann zu beachten, wenn sich feststellen ließe, dass eine Sicherheit dafür vorhanden ist, dass eine irreversible Grunderkrankung bereits einen tödlichen Verlauf angenommen hat.

Viertens und letztens. Eine situationsangepasste Umsetzung einer Patientenverfügung erfordert in aller Regel ihre authentische Auslegung durch eine vom Patienten benannte Vertrauensperson nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt. Ich bin Herrn Lipp dankbar dafür, dass er hierauf ausdrücklich hingewiesen hat. Die Erteilung einer Vorsorgevollmacht an einen Vertrauten, mit dem der Vollmachtgeber seine Sicht der letzten Dinge besprochen hat, kann daher wichtiger sein als eine detaillierte Vorwegverfügung für vorgestellte Krankheitsverläufe.

(Beifall)

Petra Vetter,
Rechtsanwältin, Stuttgart

Sehr geehrter Herr Präsident, meine sehr geehrten Damen und Herren! Für mich als Juristin, als praktizierende Rechtsanwältin, die sich seit vielen Jahren tagtäglich mit der Durchsetzung von Patientenverfügungen beschäftigt, war es naheliegend, Ihnen heute zwei Beispielsfälle mitzubringen, die von mir zu Beginn des letzten Jahres als Mandate übernommen wurden und im Dezember letzten Jahres bzw. im Januar dieses Jahres zum Abschluss gekommen sind. Bei diesen Beispielsfällen handelt es sich um absolut typische Fälle, so wie sie sich in den letzten Jahren darstellen.

Vorab möchte ich die Überschrift des dritten Teils unseres Symposiums ein wenig abändern, die lautet: „Patientenverfügung, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht, was noch?“ Ich würde fragen: Ist denn tatsächlich bei der Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht in der Praxis alles klar? – Damit komme ich zu meinem ersten Beispiel.

Zum Zeitpunkt der Mandatierung kam eine Frau mit ihrer erwachsenen Tochter auf mich zu. Es ging um einen 56 Jahre alten Mann, einen ehemaligen Personalchef einer großen Stuttgarter Firma, verheiratet, ein Kind, ein ausgesprochen sportlicher Mensch, der im Sport nicht nur selbst aktiv, sondern auch als Jugendtrainer tätig war und unzähligen Vereinen, in denen er sich engagierte, vorstand, um jemanden, der seiner Leidenschaft als Hobbygärtner frönte und auch im Kleintierzuchtverein und Kleingärtnerverein als Vorstand tätig war. Er wurde, wie sich im Nachhinein durch die Ermittlungen bestätigte, als adrett, charmant, freundlich, außerordentlich diszipliniert und nicht uneitel beschrieben. Er war immer sehr auf seine äußere Wirkung bedacht. Er hatte viele Freunde. Im Prinzip waren er, seine Frau und seine Tochter eine klassisch glückliche Familie.

Im Alter von 50 Jahren erhielt er, per Ausschlussdiagnostik in der Universität Tübingen festgestellt, die Diagnose: Alzheimer. Wie es seinem Wesen entsprach, informierte er sich daraufhin überall intensivst über den Verlauf dieser Krankheit. Er wusste ganz genau, was ihn schlussendlich erwarten würde, und er zog nach diesem Schock für die Familie und für ihn selbst ganz heftige Konsequenzen. Obwohl die Krankheitszeichen dazu keinen Anlass gegeben hatten, zog er sich sofort aus allen ehrenamtlichen Positionen zurück. Er trieb nur noch für sich selbst Sport, er zog sich aus dem Freundeskreis zurück, seiner Frau und seiner Tochter wurde verboten, im Freundes- und Familienkreis mitzuteilen, woran er erkrankt sei. Er hat immer gesagt: Wenn man bei mir die Anzeichen der Krankheit bemerkt, dann möchte ich, dass wir uns irgendetwas anderes einfallen lassen. Alzheimer und ich – das passt nicht zusammen. – Diesen Spruch hat er gebraucht.

Am Ende musste die Ehefrau für ihn den Job aufgeben. Er hatte seinen Job schon lange zuvor gekündigt, war zu Hause bei seiner Frau, wurde von ihr gepflegt. Zu ihr hat er immer gesagt: Tue mir einen Gefallen: Niemals in ein Pflegeheim!

Dieses Versprechen wird, so glaube ich, in der Bundesrepublik vorschnell abgerungen und auch gegeben. Die Frau hat ihm versprochen: Nein, das brauchst du

nicht. Ich habe meinen Job aufgegeben. Du bist zu Hause, und wir schaffen das hier bis zum Ende.

Das war dann allerdings nicht möglich, nachdem sich sein Gesundheitszustand im Alter von 54 Jahren gravierend verschlechterte. Er wurde zunehmend aggressiv, musste zur neuen medikamentösen Einstellung ins Krankenhaus, bekam dort einen fürchterlichen Infekt, hatte eine schwere Lungenentzündung nach der anderen, was ihn körperlich so mitnahm, dass es nicht anders möglich war, als ihn nunmehr zu substituieren, d. h. ihn letztlich zu unterstützen, weil seine Vitalfunktionen deutlich erschlafft waren. Vor allen Dingen musste er künstlich ernährt werden.

Die Ärzte sagten der Frau: Sie müssen jetzt einer vorübergehenden Anlage der PEG zustimmen. Nur dadurch wird es möglich sein, Ihren Mann wieder so aufzupäppeln, dass Sie ihn mit nach Hause nehmen und das Pflegeheim vermeiden können.

Daraufhin stimmte die Frau auch tatsächlich zu, eine PEG zu legen. Der Gesundheitszustand ihres Mannes war allerdings so schlecht, dass es unmöglich war, ihn mit nach Hause zu nehmen. Der pflegerische Aufwand war zu massiv.

Jetzt schildere ich Ihnen kurz ein paar Problematiken und Besonderheiten im Zusammenhang mit diesem Fall.

Als die Frau und ihre Tochter zu mir in die Kanzlei kamen, war der Status des Patienten seit zwei Jahren absolut unverändert, im Übrigen damals schon, auch gutachterlich durch einen Arzt, bestätigt. Der Mann wies eine ausgeprägte Spastik auf, wie sie sich bei Alzheimer-Patienten im Endstadium sehr häufig findet. Man muss sich vorstellen, dass die Arme ganz fest an den Körper gezogen werden, die Fäuste werden zusammengedrückt. Die Patienten bekommen dann Waschlapen oder Schwämmchen zwischen die Finger, damit sie sich nicht verletzen. Die Patienten sind motorisch äußerst verkrampft. Die Arme ließen sich bei diesem Patienten nicht mehr in irgendeiner Form lösen. Er wies eine ausgeprägte Spitzfußstellung auf, die auch nachteilig ist. Kommunikation war mit ihm in keiner Weise mehr möglich. Er öffnete nur noch vereinzelt am Tag die Augen, mit der klassischen Durchblickssymptomatik: keine Blickfixation, keine akustischen Reize, gar nichts.

Die Ernährung mittels PEG-Magensonde verlief immer schlechter, weil die einzige Nahrung, die er vertrug, im Grunde nur noch durch den Körper hindurch diffundierte. Er war bei einer Körpergröße von 1,83 m bereits auf ein Körpergewicht von 46 kg abgemagert.

Was sind die Hintergründe in diesem Fall? Als der Mandant die Diagnose „Alzheimer“ bekam und sich intensiv mit seinem Zustand auseinandergesetzt hat, ging er mit seiner Frau und seiner Tochter zu einem Notar, zu einem Freund, und hat gesagt: Jetzt kommt man so langsam in die Jahre. Ich habe die Fünfzig überschritten. Ich möchte jetzt so eine Vollmacht. Damit kennst du dich doch aus. – Klar, sagte der Notar. Das machen wir.

Dann sagte der Mann: Ich habe auch noch etwas von Patientenverfügung gehört. Patiententestament heißt das. – Klar, sagte der Notar. Das nehmen wir mit auf. Kein Thema. Was soll ich schreiben?

Ich habe vorhin gesagt: Der Patient hatte ein großes Problem damit, seine Krankheit in die Öffentlichkeit zu transportieren. Deshalb hat er seinem Freund gesagt: Weißt du, ich möchte für den Fall, dass ich daliege und nichts geht mehr, vorsorgen. – Der Notar, medizinisch außerordentlich gebildet, sagte: Koma. Du meinst Koma. Ich schreibe ins Patiententestament: Für den Fall, dass ich im Koma liege, wünsche ich keine künstliche Ernährung über Magensonde, Nasogastralsonde, venös usw. – Es war sehr fundiert und ausgeprägt, aber es stand „Koma“ darin.

Nachdem dieser zweijährige Dauerzustand eingetreten war und es mit dem Mann gewichtsmäßig immer mehr nach unten ging, erinnerte sich die Ehefrau erstens an das Versprechen „kein Pflegeheim“, zweitens an die „testamentarische Verfügung“: keine künstliche Ernährung im Wachkoma, wandte sich an die behandelnde Ärztin und sagte: Hier ist die Patientenverfügung meines Mannes. Was machen wir denn damit?

Die Ärztin nahm das Schriftstück und sagte: Ja, Vollmacht mit Patiententestament; aber ich weiß von der Bundesärztekammer, dass Sie damit sofort zum Vormundschaftsgericht gehen müssen. Vorher darf ich das gar nicht anschauen. Das muss erst ein Vormundschaftsrichter sehen.

Dann haben sie im Heim Rücksprache genommen. Das Pflegeheim hat gesagt: Wenn die Ärztin sagt, Sie müssen erst zum Vormundschaftsgericht, können wir auch nichts machen; denn wir handeln ja nur auf ärztliche Anweisung. Wir können die Ernährung für Ihren Mann jetzt nicht einstellen; gehen Sie also zum Vormundschaftsgericht.

Interessant war, dass in diesem Pflegeheim ein ambulanter Hospizdienst tätig war, der sich, wenn die Leute ganz normal ihren Alterstod gestorben sind, in speziellen Situationen auch zu Sitzwachen für Angehörige bereit erklärt hat. Dieser ambulante Hospizdienst erfuhr, dass in diesem Heim über die Vorlage einer Patientenverfügung beim Vormundschaftsgericht geredet wurde und informierte in diesem Fall den Leiter unseres Stuttgarter Hospizes, damals noch Herrn Prof. Student, der dann tatsächlich Kontakt zu der Ehefrau aufgenommen und gesagt hat: Das dürfen Sie gar nicht. Die Ärztin irrt. Das, was Sie hier versuchen, ist aktive Sterbehilfe. Sie versuchen, Ihren Mann umzubringen. Sie können es jetzt, nach zwei Jahren, nur nicht mehr aushalten. Sie kommen im Übrigen recht spät damit. Jetzt erst die Patientenverfügung herauszuholen, das geht nicht. – Man hat also massiv interveniert.

Daraufhin hat die Frau beim Vormundschaftsrichter angerufen und gefragt, was sie machen solle. Der Vormundschaftsrichter hat gesagt: Ich stehe kurz vor der Pensionierung. Ich will einen solchen Fall nicht. Wenn Sie einen Antrag stellen wollen, formulieren Sie ihn schriftlich. Guten Tag. Auf Wiederhören.

Das war die Situation, in der ich mandatiert wurde. Diese behalten wir jetzt im Hinterkopf. Die Lösung des Falles folgt nach der Schilderung meines zweiten Beispiels.

Hierbei geht es um eine 26-jährige Frau, Zahnmedizinstudentin, vielseitig begabt und musisch außerordentlich interessiert, reiselustig. Sie hat fünf Sprachen gesprochen, war ledig, Einzelkind und in erster Linie bei ihren Großeltern aufgewachsen.

Dazu muss man wissen: Beide Großeltern waren körperlich stark behindert. Der Großvater war kriegsversehrt, doppelbeinamputiert, die Großmutter hatte spinale Kinderlähmung, hat sich also mit starken Behinderungen durchs Leben gekämpft. Beide haben ein glückliches Leben geführt und das Enkelkind im Alter von drei bis 19 Jahren überwiegend betreut.

In den Semesterferien fährt diese junge Frau nach Griechenland und verunglückt dort als Beifahrerin auf einem Motorrad. Sie trug keinen Helm. Der neue Freund, ein Grieche, war so stolz. Er wollte sie einmal geschwind im Nachbardorf seinen Freunden vorstellen. Die beiden fahren um eine Kurve, werden von einem Auto geschnitten. Dem Freund und dem Motorrad passiert gar nichts, aber sie liegt mit gespaltenem Schädel auf dem Asphalt, in Griechenland, auf Kreta.

Die ärztliche Versorgung war außerordentlich schwierig. Zunächst wurde sie nach Heraklion gefahren und geflogen. Dort blieb sie über vier Monate. Dann hat man sie nach Deutschland zurückgeholt. Seither litt sie unter einem apallischen Syndrom, sie hatte eine posttraumatische Epilepsie entwickelt, die sie außerordentlich gequält hat. Die epileptischen Anfälle waren alle Grand-mal-Anfälle, kamen in absolut unregelmäßigen Abständen und haben sie körperlich entsprechend beeinträchtigt. Sie hat aufgrund einer vollständigen Entgleisung ihres Hormonhaushalts eine ganz schwere Akne entwickelt. Diese Akne hat sie nicht nur nach außen hin entstellt, sondern hat sie durch die permanente Eiterpustelbildung im Gesicht und in anderen Körperregionen entsprechend beeinträchtigt und pflegerisch einen großen Aufwand erfordert.

Sie wurde bis zum letzten Tag künstlich mit PEG ernährt. Eine Beatmung, die ursprünglich einmal per Tracheostoma durchgeführt werden musste, konnte zum Glück wieder zurückgeführt werden. Sie hat wieder angefangen, spontan zu atmen.

Was ist nun die Problematik in diesem Fall? Obwohl man alles für die Patientin getan hat, obwohl sie Reha-Maßnahmen erhalten hat, wie ich es in keinem meiner unzähligen Wachkoma-Patientenfälle im Vorfeld erlebt hatte – die Eltern haben um dieses Kind gekämpft wie verrückt; Reha-Maßnahmen im großen Ausmaß erstreckten sich über eineinhalb bis zwei Jahre –, blieb der Zustand sechs Jahre lang unverändert schlecht, mit deutlichen Krisen dazwischen, die überwunden wurden.

Der Vater hatte eine Vollmacht, ausgestellt von der Mandantin, allerdings im Gesundheitsbereich unzureichend. Deshalb wurde sie als Betreuungsverfügung gewürdigt. Der Vater wurde zum Betreuer für Gesundheitsangelegenheiten bestellt. Und ganz markant: Die Mandantin hatte eine punktgenau, zu 100 % zutreffende Patientenverfügung.

Wie kommt ein junger Mensch im Alter von 19 Jahren dazu, eine solche Verfügung abzufassen? Ich habe bereits die Großeltern erwähnt, mit denen sie aufgewachsen ist und bei denen sie gelebt hat. Kurz bevor sie die Verfügung verfasst hat, sind die Großeltern im Abstand von einem Jahr verstorben, die Großmutter an einem Mammakarzinom, unbehandelt, der Großvater an einer Darmkrebserkrankung, unbehandelt. Beide haben entschieden: Wir haben unser Päckchen im Leben zu tragen gehabt. Wir wollen das so nicht mehr. – Beide sind auf Palliativstationen, palliativme-

dizinisch behandelt, absolut untherapiert verstorben. Sie haben im Vorfeld ebenfalls Verfügungen getroffen.

Das Enkelkind hat dies außerordentlich beeindruckt, und als der Großvater gestorben ist, hat sie gesagt: Ich bin Einzelkind, ich habe nur ganz wenige Freunde, ich habe nur meine beiden Eltern. Wir machen das jetzt sozusagen gegenseitig alle dingfest. Jeder gibt die Vollmacht, alles wechselseitig, und dann hat jeder eine solche Patientenverfügung.

Diese Patientenverfügung sah vor, dass erst in dem Augenblick, in dem nach Aussage der Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach eine Besserung des Zustandes nicht mehr eintreten wird und damit eine an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit für eine dauerhafte Kommunikations- und Entscheidungsunfähigkeit besteht, die lebensverlängernden Maßnahmen eingestellt werden sollten.

Als sich der Vater an den zuständigen Arzt wendet, liegt seine Tochter auf der Wachkomastation eines Spezialheimes in Stuttgart: zehn Betten, hoch qualifiziertes Personal. Der Arzt sagt: Einen Moment. Sie hat jetzt die PEG. Sie kommen zu spät. Wenn die PEG einmal liegt, dann hat sie sie. Ich kann sie jetzt schlecht verhungern lassen. Im Übrigen wäre das aktive Sterbehilfe. Ich sage es Ihnen: Sie dürfen bei Wachkomapatienten auch nie die Hoffnung aufgeben. Sie haben schon so lange für Ihre Tochter gekämpft; nun müssen Sie auch weiterkämpfen. Irgendwann wird sie vielleicht doch wieder wach. Bitte geben Sie nicht vorschnell auf. Ich kann an dieser Stelle für Sie nichts tun. – Die Patientenverfügung angeschaut hat er nie. Er hat dieses Schriftstück nicht einmal in die Hand genommen.

Das Pflegeheim war noch ein bisschen „markanter“. Dort hat man gesagt: Wenn Sie noch einmal versuchen, mit uns auf der Wachkomastation dieses Thema zu diskutieren, dann werden wir Sie anzeigen. – Das haben sie im Übrigen nachher auch mit uns gemacht. Dabei ist nichts herausgekommen. Aber das ist egal. Sie haben jedenfalls schon in diesem Stadium gedroht: Wir werden Sie anzeigen. Sie wollen Ihr Kind umbringen.

Was haben wir in dieser Situation getan, in der deutlich wurde: Hier stand alles im Vordergrund, nur nicht der Patient und die Patientenverfügung? Die Patientenverfügung wurde in beiden Fällen nicht einmal angeschaut, sodass es noch nicht einmal zu einer Auslegung oder Ähnlichem kommen konnte. Wie läuft es also in concreto ab?

Ich fasse noch einmal zusammen, was Sie heute schon verschiedentlich gehört haben. Ein Patient, der seinen Willen selbst äußern kann, ist in der Lage, dem Arzt mitzuteilen, ob er lebensverlängernde Maßnahmen wünscht oder nicht. Ein Patient, der seinen Willen dauerhaft nicht mehr äußern kann, bleibt nicht willenlos. Sein Wille ist vielmehr zu ermitteln. Die erste Prüfung, die wir – in beiden Fällen – angestellt haben, betraf die Frage, ob es von dem betreffenden Patienten eine eigene Äußerung des aktuellen Willens durch eine im Voraus getroffene punktgenaue Patientenverfügung gibt.

Im zweiten Fall, bei der Wachkomapatientin, hatten wir kein Problem. Die Verfügung war vorhanden. In dem ersten Fall gab es auch eine Verfügung. Wir mussten sie nur entsprechend anschauen und auslegen und kamen dabei ganz schnell zu dem Schluss: Endstadium Alzheimer ist nicht Koma. Insofern mussten wir an dieser Stelle weitermachen und sagen: Hier brauchen wir eine Unterstützung. Deshalb machen wir Folgendes. – Das ist jetzt nicht etwas, was sich Frau Vetter ausgedacht hat, sondern das sind lediglich die Vorgaben des Kemptener Urteils zur stufenweisen Prüfung und Ermittlung des Patientenwillens. Wenn ich keine punktgenaue Patientenverfügung habe, dann muss ich mich an die Ermittlung des mutmaßlichen individuellen Willens machen.

Das war in dem Fall des an Alzheimer erkrankten Patienten relativ leicht. Mir lagen die Aussagen der Ehefrau vor, die mir ganz klar dokumentieren konnte, was die Hintergründe dafür waren, dass das Wort „Koma“ in der Patientenverfügung stand. Ich hatte die Aussagen der Tochter.

Was haben wir noch gemacht? Denn in diesem Augenblick wird ja harte Dokumentationsarbeit geleistet. Wir haben alle Freunde, Verwandten und Bekannten, die wir noch finden konnten und die am Ende natürlich wussten, was hinter diesem Rückzug des Patienten stand, angeschrieben, sie zum Teil auch in der Kanzlei gehabt und jeweils ein Protokoll gefertigt, alle eine Wertanamnese, eine Lebensbeschreibung dieses Patienten abgeben lassen. Alle haben ausgesagt, wie er früher war, dass er sich dann schlagartig ohne Begründung zurückgezogen hat und dass dies alles hundertprozentig in seine Sicht von sich selbst passt. Bei allen kam zum Ausdruck: Er wollte der Umwelt diesen schmähhlichen Persönlichkeitsverlust – so muss er sich irgendwann einmal geäußert haben – nicht zumuten, und er wollte, dass ihn alle so in Erinnerung behalten, wie er vorher war. Vor diesem Hintergrund hatten wir das Dokument seines Patientenwillens relativ schnell zusammengetragen. Im Fall der Komapatientin mussten wir, wie gesagt, die Patientenverfügung auch genau anschauen und auslegen. Sie passte tatsächlich konkret auf die Situation.

Ich gehe nun kurz der Frage nach: Was wäre denn gewesen, wenn an dieser Stelle nichts vorhanden gewesen wäre, wenn keine Patientenverfügung vorgelegen und man keine Ansätze für eine Ermittlung des mutmaßlichen individuellen Willens gehabt hätte?

Der BGH sagt uns, dass auch dann der Arzt nicht einfach entscheiden kann, ob lebensverlängernde Maßnahmen ergriffen werden oder nicht. Vielmehr muss man versuchen, den Patientenwillen anhand objektiver, allgemein verbindlicher Kriterien zu ermitteln.

Damit kommen wir zu der Frage: Was macht vor dem Hintergrund vergleichbarer Fälle für den betreffenden Patienten in seiner Situation noch Sinn? Eigentlich befinden wir uns an dieser Stelle schon bei der Frage nach der ärztlichen Indikation. Erst wenn das im Hinblick auf eine konkrete Willensermittlung auch nicht weiterführt, gilt das, was in beiden Fällen sofort als Automatismus lief: In dubio pro vita – im Zweifel für das Leben.

Ich sage Ihnen noch schnell, wie es dann weiterging und wie wir die Fälle gelöst haben. Ich habe, wie wir das immer machen, erst den Willen in einer großen Dokumentation ermittelt. Im Falle des Alzheimer-Patienten habe ich mich an die Ärztin gewandt und gesagt: Ich erlaube mir, Ihnen mitzuteilen, dass das Vormundschaftsgericht nur dann einzuschalten ist, wenn Sie tatsächlich sagen, Ihre Indikation sei nach wie vor gegeben. Wir haben den Patientenwillen ermittelt, und dieser besagt: Einer Behandlung würde der Patient in der momentanen Situation, wenn er es aktuell könnte, nicht zustimmen.

Die Ärztin – das rechne ich ihr heute noch außerordentlich hoch an – hat sich vor diesem Hintergrund tatsächlich mit der Frage der Indikation beschäftigt und hat sich überlegt, worin denn bei einem Patienten, bei dem die PEG-Nahrung sozusagen nur noch durchläuft, ihr Therapieziel besteht, worin das Therapieziel der Verbesserung der Lebensqualität besteht, wenn dieser Patient zwei Jahre lang keinerlei Regungen mehr von sich gegeben hat, keinerlei Signale und Ähnliches gegeben hat. Sie hat dann tatsächlich gesagt, wenn sie vor diesem Hintergrund vom Vormundschaftsrichter wenigstens ein kleines Okay bekäme, wäre sie bereit, darüber zu reden, ob man in diesem Fall nicht die Ernährung einstellen könnte. Das Pflegeheim hat gesagt: Wenn uns die Ärztin die Anweisung gibt, machen wir in dieser Situation mit; wir unterstützen.

Daraufhin habe ich den Vormundschaftsrichter angerufen und ihm gesagt: Die Ärztin ist in diesem Falle mit uns grundsätzlich einig. Sie will nur Ihr Okay. Der BGH hat dazu gesagt, Sie müssen nur im wirklichen Konfliktfall entscheiden und nicht, wenn dieser sozusagen nur provoziert ist. – Daraufhin hat der Vormundschaftsrichter gemeint: Das ist eine Chance, Frau Vetter. Ich kann sagen: Ich brauche dann nicht zu entscheiden, wenn sich die Ärztin mit Ihnen einig ist. – Genauso hat er es geschrieben. Der Ärztin hat es Gott sei Dank gereicht, und wir haben dann im Pflegeheim tatsächlich durchsetzen können, dass der Patient durch Einstellung von Ernährung und Flüssigkeitszufuhr innerhalb von zwei Wochen ganz friedlich verstorben ist. Ich habe drei nächtliche Sitzwachen bei ihm gemacht. Es war ein ganz ruhiges, sanftes Versterben, in den Armen seiner Frau.

Anders der Fall der Koma-Patientin. Hier ging gar nichts. Hier hatten wir auch weiterhin einen provozierten Konfliktfall. Der Arzt hat mir ganz klar gesagt: Ich weiß, dass es keinen Sinn mehr macht. Natürlich kommt uns dieses Mädels nicht mehr zurück, und natürlich ist sie die nächsten Jahre sozusagen ein stabiler Pflegefall. Aber sie ist eine behinderte Frau und keine kranke Frau. Deshalb bleibt für mich die Indikation gegeben.

Der Vormundschaftsrichter sagte ganz klar, für ihn sei dies ein echter Konfliktfall. Wir haben dann ein weiteres neurologisches Gutachten – das achte – in Tübingen eingeholt: Liquorräume im Hirn, drei Fäuste groß – unvorstellbar! –, eine vollständig aufgebrauchte Großhirnrinde, null Reflexe, noch nicht einmal mit Lichtblitzbrille oder Ähnlichem. Der Neurologe hat ganz klar gesagt: Hier ist eine Weiterbehandlung nicht mehr indiziert.

Der Vormundschaftsrichter hat vor dem Hintergrund der Patientenverfügung gesagt: Hier muss die Genehmigung zum Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen erteilt werden.

Wir haben dann noch viereinhalb Wochen gebraucht, um den behandelnden Arzt dazu zu bringen, uns eine medizinische Indikation für eine Verlegung der Patientin auszustellen. Denn in dem Heim ging gar nichts. Nach Hause nehmen konnten wir die Patientin nicht. Er hat dann wegen der epileptischen Anfälle die medizinische Indikation ausgestellt, dass sie in ein Krankenhaus verlegt werden könne. Dort lag sie auf der Palliativstation, und nach Einstellung der Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr ist sie innerhalb von neun Tagen gestorben.

Zum Abschluss für jeden zum Nachdenken, in welche Richtung auch immer: Wir müssen das Leben nehmen, wie es kommt; aber wir können einiges dafür tun, dass es so kommt, wie wir es nehmen möchten. – Das sagt Curt Goetz. Ich bin mir nicht sicher, ob das auch noch gilt, wenn die Reichweitenbeschränkung durchkommt.

(Beifall)

Diskussion

Norbert Kartmann,
Präsident des Hessischen Landtags:

Vielen Dank, Frau Vetter. – Meine Damen und Herren, ich eröffne die Diskussion.

Anne Oppermann, *MdL:*

Frau Vetter, ich bin Ihnen ausgesprochen dankbar dafür, dass Sie diese eindrucksvollen Beispiele dargelegt haben, weil damit plastisch deutlich wird, worüber wir heute den ganzen Tag reden.

Herr Kutzer, an Sie habe ich eine Frage. Sie haben in Ihrer Zusammenfassung unter anderem gesagt, die Patientenverfügungen sollten so abgefasst sein, dass sie valide sind. Sie haben aber auch gesagt, die Patientenverfügungen sollten dem Arzt die eigene Entscheidung nicht abnehmen. Ist das nicht ein Widerspruch in sich? Bei dem, was Frau Vetter hier eindrucksvoll dargelegt hat, ging es um den mutmaßlichen Willen des Patienten. Daher frage ich: Wo bleibt dabei der mutmaßliche Wille des Patienten?

An Sie, Herr Prof. Lipp, eine Frage, die im Zusammenhang mit diesem Thema ebenfalls viel diskutiert wird: Wie stehen Sie zu dem Richtervorbehalt?

Norbert Kartmann,
Präsident des Hessischen Landtags:

Uns stehen insgesamt für die Fragen nur 15 Minuten zur Verfügung. Ich weiß nicht, wie Sie es heute früh gemacht haben. Ich rege an, die Fragen zu sammeln und erst anschließend zu antworten. – Somit rufe ich zunächst weitere Wortmeldungen auf. Herr Dr. Jürgens, bitte.

Dr. Andreas Jürgens, *MdL:*

Herr Prof. Lipp, auf einer Ihrer letzten Folien wurden, wenn ich mich recht entsinne, verschiedene Voraussetzungen für die Wirksamkeit einer Patientenverfügung statuiert. Wenn ich Sie richtig verstanden habe, hätten alle anderen nicht in dieser Form bekundeten Patientenwillen keinerlei Wirkungen bzw. keinerlei Folge. Nun ist es aber heute schon so, dass nach dem Betreuungsrecht – ich vermute stark, nach dem Auftragsrecht ebenfalls – der Betreuer bzw. der Beauftragte und Bevollmächtigte auch an Wünsche gebunden ist, die in anderer Weise als schriftlich geäußert worden sind. Das heißt, bei der Ermittlung wären diese ohnehin und auf jeden Fall zu berücksichtigen, auch wenn sie nicht den Formerfordernissen genügten.

Sie hatten auch dargelegt, wenn es weder einen Bevollmächtigten noch einen Betreuer oder sonstigen Vertreter gebe, müsse der Arzt selbst den mutmaßlichen

Willen ermitteln. Auch hierbei sind ja andere als formvollendet bekundete Willensäußerungen zu beachten. Aber die Formvorschriften, über die immer wieder geredet wird, haben nach meinem Verständnis doch gerade den Sinn, eine stärkere Bindung an den Patientenwillen herbeizuführen als „bloß geäußerte Wünsche“, eine striktere Bindung herbeizuführen, z. B. ohne Möglichkeit der Abwägung mit dem Wohl des Patienten oder mit sonstigen Dingen.

Wir haben vorhin in der Mittagspause schon einmal hierüber gesprochen. Nach meinem Dafürhalten können verschiedene Anforderungen an die Wirksamkeit einer Patientenverfügung, die eine bindende Wirkung haben sollen, durchaus sinnvoll sein.

Norbert Kartmann,
Präsident des Hessischen Landtags:

Ich habe eine Frage an Frau Vetter. Wenn eine praktizierende Juristin „am Objekt arbeitet“, so hat sie bestimmt auch Vorstellungen über das, was gesetzlich anders oder verdichtend geregelt werden müsste. Diese Vorstellungen würden mich interessieren. – Bei der Beantwortung der Fragen beginnen wir mit Herrn Kutzer. Bitte sehr.

Klaus Kutzer,
Vorsitzender Richter am Bundesgerichtshof a. D.:

Frau Oppermann, das klingt wie ein Widerspruch, ist es aber nicht. Grundsatz ist, dass nach dem Willen des Patienten gehandelt werden muss. Aber wenn der Patient seinen Wunsch nicht äußern kann, müssen wir seine Patientenverfügung auslegen. Da ist der Arzt gefragt, sich zunächst einmal eine eigene Entscheidung zu erarbeiten, indem er das Umfeld des Patienten mit einbezieht, die Ehefrau fragt. Dann kann er dem Entscheidungsträger – der Entscheidungsträger ist der Bevollmächtigte oder der Betreuer – seine Entscheidung anbieten. Der Arzt muss nicht deswegen, weil in der Patientenverfügung bestimmte Maßnahmen ausgeschlossen sind, sagen: Diese sind für mich ebenfalls ausgeschlossen. – Er muss es in ein Gesamtkonzept, das er nach ärztlichen Maßstäben bildet, einbeziehen und dann sagen: Ich halte aber unter Berücksichtigung der Persönlichkeit des Patienten dies und jenes für angemessen. – Sodann ist der Entscheidungsträger gefragt.

Mir geht es nur darum, dass man den Arzt nicht auf einen Vollstrecker irgendwelcher Patientenverfügungen reduziert, sondern dass man sein ärztliches Wissen, sein ärztliches Können mit einbezieht, damit er dem Entscheidungsträger, der nachher das letzte Wort hat, notfalls mit Zustimmung des Vormundschaftsgerichts, einen fundierten Vorschlag anbieten kann. Die Patientenverfügung soll den Arzt von seiner ärztlichen Tätigkeit nicht freistellen.

So etwas will der Patient im Grunde ja auch. Er will nicht, dass das Papier einen eigenständigen Wert hat, sondern er will, dass es einen Wert hat im Hinblick auf die konkrete Situation, die er in den meisten Fällen so genau nicht voraussieht. – Es gibt

auch Fälle, in denen er sie voraussieht, z. B. wenn er mit dem Arzt das weitere Vorgehen am Anfang einer schweren, zum Tode führenden Krankheit bespricht. Dann hat die Entscheidung des Arztes natürlich kein so großes Gewicht mehr wie in den hier geschilderten Fällen, in denen es darum geht, das ärztlich indizierte Urteil zu bilden. Wichtig aber ist – insofern ist es kein Widerspruch –: Das Letztentscheidungsrecht hat der Betreuer oder der Bevollmächtigte, wenn der Arzt damit nicht einverstanden ist, rechtlich nur dann, wenn das Vormundschaftsgericht zustimmt, so wie in den von Frau Vetter genannten Fällen.

Prof. Dr. Volker Lipp,
Universität Göttingen:

Ich knüpfe an das an, was Herr Kutzer sagt. Das macht nämlich auch Ihre Frage nach dem Richtervorbehalt deutlich. – In dem Bild des Zwei-Säulen-Modells habe ich versucht, deutlich zu machen: ärztliche Indikation, Verantwortungsbereich des Arztes einerseits – Zustimmung des Patienten zur Behandlung andererseits, die Patientenautonomie. Die Patientenautonomie entlastet den Arzt nicht von seiner Verantwortung, die Indikation zu ermitteln. Dazu gehört natürlich auch, dass die Indikation nichts ist, was sich der Arzt sozusagen im stillen Kämmerlein ausdenkt. Vielmehr ist diese im Kontakt mit dem Patienten und im Gespräch mit dem Patienten oder gegebenenfalls dessen Vertreter zu erarbeiten. Die Stellung der Indikation ist ja auch ein Prozess.

Da ist das, was Herr Kutzer sagt, am Platze. Die Patientenautonomie, die Einwilligung des Patienten in die Behandlung, das ist der Raum, in dem dann der Vertreter anstelle des Patienten tätig wird. Wenn der Vertreter eine vom Arzt vorgeschlagene, für indiziert erachtete Behandlung ablehnen will, dann – so jedenfalls der BGH in dem Konfliktmodell – ist eine Genehmigung des Vormundschaftsgerichts notwendig.

Das ist die derzeitige Rechtslage. Ich halte diese aber auch für prinzipiell richtig bzw. sachlich angemessen. Das Vormundschaftsgericht ist zwar weder der bessere Arzt noch der bessere Patient, aber es kann mit dem Instrumentarium, das ihm zur Verfügung steht, in den Fällen, in denen man darüber streitet, was eigentlich der Patientenwille ist, diese Frage klären, indem es dafür sorgt, dass alle relevanten Auskunftspersonen angehört werden, dass niemand übersehen wird, dass auch kein Missbrauch betrieben wird. Deswegen ist diese Anknüpfung an den Konflikt zwischen Arzt und Patienten meines Erachtens sachlich richtig und sollte auch bei einer gesetzlichen Regelung nicht aufgegeben werden.

Man kann darüber diskutieren, ob man diesen Genehmigungszwang bei einem Bevollmächtigten abschafft. Insoweit gibt es keine höchstrichterliche Entscheidung, aber ich meine, das würde für den Vorsorgebevollmächtigten ebenso gelten, sodass man auch als Bevollmächtigter eine solche Genehmigung des Vormundschaftsgerichts einholen müsste.

Von der Kommission, der Herr Kutzer vorstand, wurde vorgeschlagen, diesen Genehmigungsvorbehalt abzuschaffen, weil der Bevollmächtigte die Vertrauensperson des Patienten ist. Wenn der Arzt den Eindruck hat, dass der Bevollmächtigte sei-

ne Position missbraucht, also nicht im Sinne des Patienten handelt, dann kann und muss er das Vormundschaftsgericht einschalten, das dann notfalls den Bevollmächtigten durch einen Betreuer ersetzt, sodass auch in einem solchen Falle eine Kontrolle vorhanden ist, aber keine schematische, regelmäßige durch die Genehmigung erzwungene Kontrolle, sondern eine, bei der man Anhaltspunkte für einen möglichen Missbrauch sucht. Das ist eine sinnvolle Alternative, um die Vorsorgevollmacht zu stärken, aber es ist die Frage, wo man die stärkeren Akzente setzt, beim potenziellen Missbrauch oder beim Vertrauen in den Vorsorgebevollmächtigten.

Damit bin ich bei der zentralen Frage angelangt, die Herr Jürgens aufgeworfen hat und die lautet: Wie ermittelt man, wenn sich der Patient nicht aktuell selbst äußern kann, anhand der verschiedenen Anhaltspunkte das, was der Patient in einer bestimmten Situation will?

In meinem Schaubild habe ich darauf hingewiesen, dass das Gesetz nach dem geltenden Betreuungsrecht und Auftragsrecht eine diesbezügliche Regelung enthält. Sie haben sie auch erwähnt. Ich möchte noch hinzufügen: Der Bundesgerichtshof hat in seiner Entscheidung von 2003, bestätigt im Jahre 2005, die Bindungswirkung der Patientenverfügung ausdrücklich auf diese Vorschrift des Betreuungsrechts, § 1901 Abs. 3 BGB, gestützt. Das ist meines Erachtens auch richtig. Denn da gab es einen Betreuer, und der Betreuer sollte an die Patientenverfügung gebunden sein. Insoweit hat auch der Bundesgerichtshof klar und deutlich festgehalten, dass hier keine Abwägung zwischen dem Wunsch des Patienten in der Patientenverfügung und seinem objektiven Wohl, also seinem allgemeinen Lebensschutz, vorgenommen werden kann, sondern dass der Wunsch des Patienten, also dessen Wille in der Patientenverfügung, vorgeht. Das kann für den Bevollmächtigten nicht anders sein. Insoweit auch meine Kritik an diesen zusätzlichen Wirksamkeitsvoraussetzungen über jene hinaus, die Herr Kutzer nannte, also diese Validitätskriterien, kein Zwang, Einwilligungsfähigkeit usw.

Wenn man die Wünsche sozusagen in zwei Gruppen einteilt, zum einen in Wünsche, die irgendwie dokumentiert oder ermittelt werden und die, wie ich sagte, nach dem Betreuungsrecht auch verbindlich sind, und zum anderen in jene, die schriftlich nach ärztlicher Aufklärung und anderen Dingen, die einem als Wirksamkeitsvoraussetzungen noch einfallen können, verfasst werden, dann heißt das nicht, dass man den Willen des Patienten stärkt, indem man das verbindlich macht. Denn das ist es jetzt schon. Das heißt vielmehr, dass man jene Wünsche, die diese Wirksamkeitsvoraussetzung nicht erfüllen, unverbindlicher macht, als sie nach der gegenwärtigen Rechtslage sind. Das ist, da der Bundesgerichtshof die Bindung des Betreuers an die Patientenverfügung ausdrücklich auf § 1901 Abs. 3 BGB gestützt hat, meines Erachtens die unausweichliche Konsequenz. Insofern – das muss man ganz klar sagen – wäre dies in meinen Augen, neutral formuliert, ein Rückschritt gegenüber der gegenwärtigen Rechtslage und bedeutete eine geringere Bindung dieser Form von Patientenwillen. Dafür sehe ich keine sachliche Rechtfertigung.

Das Motiv, das dahintersteht, das ich jedenfalls bei Ihnen – auch in unserer Diskussion in der Mittagspause – herausgehört habe, erkenne ich an. Es geht darum, sicher zu ermitteln, was der Patientenwille ist. Das ist ein Beweisproblem, das man aber nicht dadurch lösen kann, dass man von vornherein und generell bestimmte Be-

weismittel ausschließt und nur eine schriftliche Patientenverfügung nach Aufklärung usw. zulässt.

Dr. Andreas Jürgens, *MdL*:

Ich darf kurz nachfragen: Wenn das im Betreuungsrecht schon jetzt alles klar ist und wenn das auch durch die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs geklärt ist, wo besteht dann noch gesetzlicher Regelungsbedarf?

Prof. Dr. Volker Lipp,
Universität Göttingen:

Den gesetzlichen Regelungsbedarf sehe da, wo ihn die beiden Strafrechtsskollegen heute Morgen gesehen haben und wo ihn auch Herr Kutzer sieht, nämlich in der Klarstellung, dass die Behandlungsbegrenzung oder die Einstellung der lebenserhaltenden Behandlung nicht auf die Sterbephase oder auf eine andere bestimmte Phase beschränkt ist. Wenn man dies klarstellt, dann heißt das, dass die Vertreterentscheidung und die Patientenverfügung in jeder Phase anzuerkennen sind. Die Grundsätze, die hierbei gelten, sind in den Entscheidungen des Bundesgerichtshofs an sich geklärt. Die Verwirrung ist dadurch entstanden, dass dieser 12. Zivilsenat – da sind wir völlig einer Meinung – zunächst die strafrechtliche Entscheidung des Kemptener Falls falsch interpretiert hat, dann einen halben Schritt zurückgegangen ist, indem er gesagt hat, die strafrechtliche Situation sei unklar, und dadurch die Verwirrung erzeugt hat, unter der wir heute leiden. Die zivilrechtliche Seite ist an sich klarer, als sie häufig dargestellt wird. Insoweit besteht Aufklärungs- und Informationsbedarf, hierbei gibt es aber meines Erachtens nichts, was der Gesetzgeber besser machen könnte. Unterstützende Maßnahmen sind hier viel wichtiger. Es ist also viel wichtiger, dafür zu sorgen, dass Information, Beratung usw. – die ich in der Sache für sinnvoll halte, die ich nur nicht als Wirksamkeitsvoraussetzung aufstellen möchte – auch tatsächlich erfolgen und dass beispielsweise auch die schon lange erhobene Forderung aufgegriffen wird, dass die Ärzte auch unter den heutigen Bedingungen die Zeit haben müssen, hierüber zu beraten, und dass man die entsprechenden Versorgungseinrichtungen schafft. Insoweit besteht auch gesetzgeberischer Handlungsbedarf. Dies gilt aber nicht für die zivilrechtliche Regelung der Patientenverfügung.

Petra Vetter,
Rechtsanwältin, Stuttgart:

Es ist das gelebte Fürsorgeprinzip, wenn ich mich dankenswerterweise den Worten meines Vorredners nur noch anschließen muss. Das ist die Fürsorge für Sie, dass ich nicht wieder, völlig unentschuldig, meine Redezeit überschreite. Ich schließe mich dem Gesagten also an. Das ist genau das, was ich mir eigentlich für die Zukunft von der Gesetzgebung erwarte.

Ruth Wagner, (Darmstadt), *MdL*:

Gilt für den Fall der 19-Jährigen, den Sie geschildert haben, deren Wille ganz eindeutig erkennbar war, dass das noch einmal gesetzlich festgelegt werden müsste, damit das, was sie verfügt hat, unbezweifelbar ist?

Petra Vetter

Rechtsanwältin, Stuttgart:

Nein, im Hinblick hierauf eben nicht, weil wir dafür momentan ein Instrumentarium haben, aber im Hinblick auf die Weigerung der Ärzte, die vor diesem Hintergrund sagen, sie dürften diese Verfügung in dem jetzigen Zustand nicht umsetzen. Es geht um eine strafrechtliche Klärung, aber nicht um eine ausdrückliche zivilrechtliche Regelung, womöglich noch mit dem Problem der Reichweitenbeschränkung; denn dann ist dieser Fall nicht mehr lösbar.

Norbert Kartmann,

Präsident des Hessischen Landtags:

Gibt es weitere Wortmeldungen zu diesem Themenkomplex? – Das ist nicht der Fall. Dann machen wir jetzt eine kurze Pause. Ich darf Sie bitten, um 16 Uhr für den letzten Themenkomplex wieder hier zu sein.

(Unterbrechung von 15.45 bis 16.07 Uhr)

Teil 4:

Konzepte der Sterbebegleitung

1. Palliativmedizin

2. Hospizbewegung.

Peter Otto,

1. Vorsitzender der LAG Hospize Hessen, Immenhausen

Frau Vorsitzende, meine Damen und Herren! Dass ich von weiter vorn rede, hat nicht nur damit zu tun, dass sich Ihnen nun die Praxis etwas mehr nähert, sondern auch damit, dass ich noch nicht mit so modernen Dingen wie Power Point ausgestattet bin. Die LAG Hospize Hessen konnte sich das bisher noch nicht leisten. Ich greife also auf die bewährte Methode der Folienpräsentation mittels Overheadprojektor zurück.

„Spiegel der Praxis“ – so kann man, denke ich, diesen vierten und letzten Teil des heutigen Symposiums auch überschreiben. Ich habe in der letzten Woche ein Buch in die Hand bekommen, eine Diplomarbeit aus dem Studiengang Pflegemanagement. Die Verfasserin schließt ihre Ausführungen mit einem Zitat von Dag Hammarskjöld, das sie nach Cicely Saunders, der Begründerin der Hospizbewegung, zitiert. Ich habe dieses in Englisch geschriebene Zitat versucht, wie folgt zu übersetzen:

Sieh nicht zurück. Traumwandle auch nicht in die Zukunft. Es wird dir weder deine Vergangenheit zurückgegeben, noch wirst du durch Tagträume befriedigt. Deine Pflicht, deine Bestimmung ist im Hier und Heute.

Einige einleitende Bemerkungen. Wenn Sie in das Programm schauen, so werden dort unter der Überschrift des vierten Teils „Konzepte der Sterbebegleitung“ erstens die Palliativmedizin mit den Fragen a) bis d) und zweitens die Hospizbewegung mit den Fragen a) bis e) aufgeführt. Der Hospizbewegung wurde also eine Frage mehr gestellt, nämlich die Frage nach der Verknüpfung zwischen Palliativmedizin und Hospizbewegung, nach der Verbindung der Konzepte: Hat euer Konzept etwas mit dem Konzept der Palliativbewegung, der Palliativmedizin zu tun?

Eine weitere Vorbemerkung. Bei der Frage nach der Finanzierung – dies ist die Frage 2 c) –, bei der Frage also, wer die Kosten der Versorgung in Hospizen trägt, kann leicht der Eindruck entstehen, dass nach der Finanzierung stationärer Hospize gefragt wird. Wenn sich die hessische Arbeitsgemeinschaft der Hospize „Landesarbeitsgemeinschaft Hospize Hessen“ nennt, so will sie damit signalisieren, dass hier unter „Hospiz“ sowohl die ambulante als auch die stationäre hospizliche Arbeit gemeint ist.

Eine weitere Vorbemerkung. Die Frage 2 e) nach den Defiziten und dem Handlungsbedarf, danach, was die Politik für eine Verbesserung der palliativen Versorgung tun kann, wird wörtlich aus dem Fragekatalog an die Palliativmedizin übernommen, und es lässt sich – jedenfalls für mich – nicht erkennen, ob dies absichtlich

oder fahrlässig geschehen ist. Eigentlich hätte die Frage lauten müssen: „Defizite und Handlungsbedarf (Was kann die Politik für eine Verbesserung der hospizlichen Versorgung tun?)“

Letzte Vorbemerkung. In diesem Abschnitt 4 werden Palliativmedizin – ich betone den letzten Teil des Wortes – und Hospizbewegung ergänzend nebeneinandergestellt. In beiden Bereichen geht es aber in Ableitung von der WHO-Definition – die WHO hat den Begriff Palliative Care definiert – vor allem um ein multiprofessionelles Miteinander von vier Bereichen: der medizinischen Versorgung, der pflegerischen Versorgung, der psychosozialen Begleitung und der spirituellen Begleitung. Es geht darum, diese vier Bereiche – Medizin, Pflege, psychosozialer und spiritueller Bereich – beieinander zu halten, aufeinander zu beziehen und, falls möglich, unter der Regie des sterbenden Menschen, vielleicht mithilfe eines Care Managers, als Angebot für diesen sterbenden Menschen vorzuhalten.

Dabei ist zu beachten, dass die deutschen Übersetzungen der WHO-Definition meistens als erstes Wort den Begriff der Palliativmedizin nennen. Die WHO meint aber als umfassenden Begriff, wenn sie von Palliative Care spricht, nicht, dass die anderen Bereiche dem Bereich der Medizin zuzuarbeiten haben; vielmehr sind die vier genannten Bereiche, die sich sowohl an den sterbenden Menschen als auch – auch das ist wichtig – an sein soziales Umfeld wenden, zusammen erst als Palliative Care benannt.

Erste Frage: „Ansatz und Ziele (Was will, was kann die Hospizbewegung leisten?)“ Vieles kann sie leisten. Ich nenne einige Schwerpunkte.

Die psychosoziale Begleitung umfasst den emotionalen Beistand der Sterbenden und ihrer Angehörigen. Sie hilft bei der Auseinandersetzung mit dem bevorstehenden Tod, sie unterstützt alle Betroffenen bei der Bewältigung unerledigter Probleme.

Der spirituelle Beistand eröffnet sich dem natürlichen Bedürfnis von Sterbenden, Fragen nach dem Sinn von Leben, Tod und Sterben und dem Danach zu stellen. In der Auseinandersetzung mit diesen letzten Fragen soll niemand allein bleiben müssen.

Ein dritter Schwerpunkt ist die Verbesserung der Lebensqualität. Ja, der Lebensqualität; denn Sterben ist Leben, Leben bis zuletzt. Am Ende seines Lebens soll ein Mensch nicht unter unerträglichen Schmerzen leiden müssen. Eine ganzheitliche Leidenslinderung durch die modernen Verfahren der Palliativmedizin und der Palliativpflege hat höchste Priorität für würdig gelebte letzte Tage. Die palliative Versorgung ist daher Bestandteil einer umfassend verstandenen Hospizarbeit. Die Verbesserung der Lebensqualität erfolgt durch das multidisziplinäre Zusammenwirken von Pflegekräften, Ärzten und Ärztinnen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, Theologen und Theologinnen und ehrenamtlichen Hospizmitarbeitenden.

Gibt es Ziele der Hospizbewegung? Ja. Die aktuellen Ziele lassen sich vielleicht in folgenden fünf Punkten benennen.

Erstens. Aufbau eines Netzwerkes Hospiz durch Sicherstellung eines Verbundes flächendeckender palliativmedizinischer, palliativpflegerischer, psychosozialer und spiritueller Maßnahmen. – Sie sehen: Diese vier Säulen tauchen immer wieder auf.

Zweitens. Anstoß einer breiten politischen Diskussion mit dem Ziel der Erhaltung und vor allen Dingen der Verbesserung der Lebensqualität sterbender Menschen und gegen Forderungen nach Legalisierung aktiver Sterbehilfe. Denn die Belastbarkeit des Artikels 1 GG – „Die Würde des Menschen ist unantastbar“ – wird unter anderem überprüfbar an der hospizlich-palliativen Haltung einer Gesellschaft, die Sterbens- kranke lebensbejahend integriert und auch der dazugehörigen Trauer Raum gibt.

Drittens. Integration der Hospizidee als Lernziel in Regelungen zur Aus-, Wei- ter- und Fortbildung aller relevanten Berufsgruppen, die mit sterbenden Menschen befasst sind. Hierbei denke ich an die Berufe aus dem Bereich der Alten- und Kran- kenpflege, der Medizin, der Sozialarbeit, der Seelsorge und viele andere mehr.

Das vierte aktuelle Ziel besteht in der Unterstützung von Angehörigen Sterbenskr- anker durch gesetzlich garantierte arbeitsrechtliche Freistellungsansprüche zur Ster- bebegleitung im Familienkreis, wobei ich „Familie“ sehr großzügig auslege. Dazu gehören sicherlich auch Freunde und Freundinnen von Sterbenden. Denn was heißt schon: „Ich will in der Familie sterben“, wenn jemand als 60- oder 80-Jähriger irgend- wo als Single lebt?

Das fünfte, längst noch nicht letzte Ziel, allerdings das letztes Ziel, das hier ge- nannt werden kann, ist die Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Hospiz. Darum sind wir dankbar für eine Veranstaltung wie die heutige.

Womit tut die Hospizbewegung dies alles? Vor allem mit ehrenamtlichen Mitarbei- tenden. Denn die Stütze der Hospizbewegung ist das Ehrenamt. Das Ehrenamt bildet bis heute den Kern der gesamten Hospizarbeit. Dem Engagement von Bürgerinnen und Bürgern ist es zu verdanken, dass in den Achtzigerjahren die ersten Hospizinitia- tiven in Deutschland entstanden. Ohne jeden gesetzlichen Auftrag, ohne finanziellen Rückhalt suchten Menschen nach Antworten auf den Leidensdruck austerapiertor sterbenskranker Menschen, die keine Fürsprecher hatten, um ihr Recht auf Linde- rung einzufordern, und allzu oft von den rein kurativ ausgerichteten Institutionen des Gesundheitswesens abgeschoben wurden.

Gegenwärtig gibt es in Hessen gut 60 stationäre Hospizbetten in sieben statio- nären Hospizen und einem Kinderhospiz. Es gibt aber über 70 ambulante Hospiz- initiativen mit über 5.100 Personen, die sich als Mitglieder dieser Hospizinitiativen eingeschrieben haben, und es gibt über 1.600 Personen in Hessen, die sich als ehrenamtlich Mitarbeitende in einer Weiterbildung von 100 bis 120 Stunden haben qualifizieren lassen.

In einer Rankingliste, die wir als Landesarbeitsgemeinschaft Hospize auf der Grundlage von Zahlen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zusammen- gestellt haben, wird dargestellt, dass Hessen in Bezug auf seine Stellung innerhalb der 16 Länder Deutschlands im Bereich hospizlicher Leistung – ich drücke es vor- nehm aus – bisher weit hinter seinen Möglichkeiten zurückgeblieben ist. Von der Ein-

wohnerzahl her gesehen steht Hessen an fünfter Stelle innerhalb der Bundesrepublik Deutschland. Bei der Zahl der Palliativbetten pro 1 Million Einwohner steht Hessen an 14. Stelle. Bei der Zahl der Hospizbetten pro 1 Million Einwohner steht Hessen an zehnter Stelle. Das ist besser als der 14., aber noch längst nicht der fünfte Platz. Die anderen Zahlen können Sie auf der Folie lesen.

Was will und was kann die Hospizbewegung leisten? Die Hospizbewegung in Hessen stellt sich in erster Linie in der Landesarbeitsgemeinschaft Hospize Hessen dar, der über 80 % aller hessischen Hospizinitiativen und Träger hospizlicher Einrichtungen angehören. Die LAG Hospize Hessen fördert die Arbeit hessischer Hospizinitiativen und -dienste ideell, sie organisiert Informations- und Erfahrungsaustausch, vertritt die Interessen ihrer Mitglieder auf Landesebene gegenüber der Öffentlichkeit, gegenüber staatlichen Institutionen – mit dem sozialpolitischen Arbeitskreis und dessen Obleuten kommt die LAG regelmäßig zusammen – und auch gegenüber anderen gesellschaftlichen Gruppen. Die LAG Hospize Hessen versteht sich als freiwilliger Zusammenschluss von Initiativen, Gruppen und Institutionen, die in Hessen in der Hospizarbeit tätig sind.

Gefragt ist nach der Arbeit der Hospiz-„Bewegung“. Versteht man unter Hospizbewegung die lokale Hospizinitiative, so leistet diese unter optimalen Bedingungen unter anderem Folgendes.

Die Bevölkerung wird für Fragen, Probleme, Chancen und Möglichkeiten der Begleitung sterbender Menschen sensibilisiert. Einer möglichen Flucht in die Sterbehilfe wird so der Boden entzogen. Das Sterben in der Gesellschaft wird durch die Arbeit der lokalen Hospizinitiativen enttabuisiert. Der einzelne Mensch und seine Angehörigen haben die Möglichkeit, sich über Zusammenhänge und mögliche Hilfen durch multiprofessionelle Begleitende zu informieren und diese in Anspruch zu nehmen, damit Sterben als Leben bis zuletzt auch gelebt werden kann. Außerdem wird das Sterben von Menschen wieder aus der Anonymität heraus und in die Gesellschaft hineingeholt. Die Würde des Einzelnen wird dadurch wieder wahrnehmbar.

Versteht man aber unter Hospizbewegung nicht nur die lokale Initiative, sondern auch die landes- und bundesweiten Aktivitäten, so leistet die Hospizbewegung unter optimalen Bedingungen Folgendes.

Fragen, Probleme, Chancen und Möglichkeiten der Begleitung sterbender Menschen werden in die Gesellschaft hineingetragen, in ihr bewusst gemacht, sodass Gesellschaft und Politik dadurch Gelerntes in Strukturen gestalten können. Wie das in Hessen aussieht, können Sie im Langtext, wenn er gedruckt ist, nachlesen.

Ein weiterer Punkt zu der Frage, was Hospizbewegung landes- oder bundesweit leistet: Lokal aus hospizlicher Praxis Gelerntes und Erkanntes wird auf einer weiteren – ich sage nicht: höheren – Ebene wahrgenommen, festgehalten, verglichen, gesellschaftlich angesprochen. Damit ist es – wie die Statistiken vom heutigen Vormittag – in der Welt. Es kann nun viel leichter in politisches und gesamtgesellschaftliches Handeln überführt werden. Dies versucht und gestaltet auf der Landesebene z. B. die LAG Hospize, zum Teil in Kooperation mit Verbänden der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen. Dies versucht und gestaltet auf Bundesebene z. B. die

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, auch dort zum Teil in Kooperation mit Verbänden der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege.

Frage b) zielt auf die Institutionalisierung: „Welche Einrichtungen der Hospizbewegung gibt es?“ Ende der Achtzigerjahre des 20. Jahrhunderts sind in Hessen die ersten Hospizinitiativen gegründet worden. Inzwischen hat die 1996 gegründete LAG ca. 90 Mitglieder, davon – das sagte ich bereits – ca. 70 ambulante Hospizinitiativen. Dazu gibt es sieben stationäre Hospize und ein stationäres Kinderhospiz. Wir arbeiten sehr eng mit der KASA in Marburg zusammen, mit dem Service-Point Hospiz, und wenn wir einen Blick auf Hessen werfen und die Zahlen hier mit bundesweiten Zahlen vergleichen, so können Sie z. B. sehen: In Deutschland gibt es 1.450 ambulante Hospizdienste. Die Gesamtzahl in Hessen beträgt ca. 80. Wenn ich die 1.450 von Deutschland durch 80 Millionen teile und mit 6 Millionen Hessen multipliziere, müssten es eigentlich 110 statt 80 sein. Ähnlich verhält es sich bei den stationären Hospizen. Wir müssten in Hessen, wenn wir Bundesdurchschnitt erreichten, wenigstens 92 Betten haben. Bei den Palliativstationen müssten wir wenigstens 140 Betten haben; und wir müssten eigentlich 6.000 Ehrenamtliche haben, wenn wir in Hessen die Zahlen des Bundesdurchschnitts erreichen wollten, haben aber nur 1.600.

Frage c) „Finanzierung (Wer trägt die Kosten der Versorgung in Hospizen?)“ Für beide Bereiche, den stationären und den ambulanten Bereich, gibt es Bundesrahmenvereinbarungen nach § 39a, der auch mithilfe der BAG Hospiz in das SGB V hineingekommen ist. Im Rahmen der Versorgung werden im stationären Hospiz neben Unterkunft und Verpflegung palliativmedizinische, pflegerische, soziale und geistig-seelische Leistungen sowie Sterbe- und Trauerbegleitung, ganztägig oder nur tagsüber oder nur nachts, erbracht. Aber lediglich 90 % des tagesbezogenen Bedarfssatzes werden den Hospizen von den Kranken- bzw. Pflegekassen erstattet, sodass jeder Träger eines stationären Hospizes mindestens 10 %, faktisch oft über 20 %, aus Eigen- und Spendenmitteln selber beizusteuern hat.

Für die ambulante Hospizarbeit wird nach § 39a Abs. 2 jeweils eine begrenzte Summe Geldes zur Verfügung gestellt, in Hessen in diesem Jahr ca. 2 Millionen €, die aber, weil die vorausgehenden Bedingungen so eng formuliert sind, nur von einer relativ geringen Menge an Initiativen, an ambulanten Hospizdiensten, beantragt werden kann. Im Jahre 2006 waren es 33. Vielen ambulanten Hospizinitiativen ist eine Finanzierung deshalb nicht möglich, weil eine Vorfinanzierung von bis zu eineinhalb Jahren notwendig wird. Dies behindert die ambulante Arbeit ungemein. Derzeit wird mit dem Hessischen Sozialministerium und der Willy-Robert-Pitzer-Stiftung nach Möglichkeiten gesucht, dieses Problem zu lösen.

Frage 2 d) „Verknüpfung zwischen Palliativmedizin und Hospizbewegung (Verbindung der Konzepte)“. Ich habe auf die integrative Arbeit hingewiesen, auf die vier Säulen. An dieser Stelle kann ich noch sagen: Hinsichtlich der Frage, wie dies am effektivsten geschehen kann, gibt es derzeit eine Meinungsbildung und Meinungsverschiedenheiten in Hessen, vor allem im Zusammenhang mit der Einführung des § 37b SGB V durch das GKV-WSG. Das heißt: Spezielle ambulante Palliativversorgung wird in einem Wettbewerbsstärkungsgesetz geregelt. Die Hospizbewegung macht ihrem Namen alle Ehre – wir versuchen dies jedenfalls –, wenn sie die hospizlichen Interessen dort vertritt, wo im Vorlauf der Einführung des § 37b, frühestens

zum 1. April, wenn der Bundespräsident unterschreibt, vier hessische Krankenkassen – AOK, BEK, DAK und IKK – auf der Grundlage der Möglichkeiten nach den §§ 140a bis h SGB V versuchen, mit der speziellen ambulanten Palliativversorgung eine krankenhaus- und einseitig onkologisch orientierte spezielle ambulante Palliativversorgung in Hessen noch vor dem 31. März zu initiieren, ohne den gesamten notwendigen palliativ-hospizlich orientierten Bereich von Anfang an integrativ einzubeziehen. Ich denke, dies wird entweder – regional wenigstens – zur Zerschlagung hospizlicher Strukturen führen, oder es wird die in Hessen in der näheren Vergangenheit erreichte Annäherung von Medizin- und Hospizarbeit konterkarieren können.

„Defizite und Handlungsbedarf (Was kann die Politik ... tun?)“ Ich habe einmal folgende Punkte aufgeschrieben, quasi als Wunsch an die Politik, mit denen die Umsetzung der WHO-Definition der Palliative Care betrieben werden kann.

Von den politisch Verantwortlichen erbittet die Hospiz- und Palliativarbeit zu ihrer Förderung Unterstützung unter anderem bei der Schaffung ausreichender statistischer Grundlagen für die Bewertung der Lage sterbender Menschen, z. B., aber nicht nur, in hessischen Altenheimen. Sterben nach hospizlichen Grundsätzen muss an allen Wohn- und Aufenthaltsorten möglich sein. Die Gleichbehandlung aller Menschen in ihrer letzten Lebensphase muss gewährleistet werden.

Damit komme ich zu den letzten drei Punkten:

Erstens. Eine verlässliche Dauerfinanzierung von multiprofessioneller Sterbegleitung durch hospizliche Begleitung und palliative Versorgungsarbeit in den letzten vier Lebenswochen muss garantiert werden.

Zweitens. Eine geregelte, zuverlässig gesteuerte multiprofessionelle Zusammenarbeit ist Voraussetzung palliativ-hospizlichen Handelns. Darauf muss gesehen werden.

Drittens. Eine spezielle ambulante Palliativversorgung muss durch § 37b SGB V und durch die Anwendung der Möglichkeiten der §§ 140 ff., also der IV-Lösung, der Integrierten Versorgung, bei gleichberechtigter Mitwirkung aller beteiligten Professionen und Institutionen, installiert werden.

Ich bitte um Verzeihung, dass ich meine Redezeit überzogen habe, und bedanke mich bei Ihnen.

(Beifall)

Eugen Brysch,
Geschäftsführender Vorstand der Deutschen Hospizstiftung

Sehr geehrte Frau Vorsitzende, meine Damen und Herren! Ich muss Sie enttäuschen. Ich bin nicht einmal so gut wie Herr Pfarrer Otto, der eine Präsentation auf Folie vorbereitet hatte, kann Sie heute weder mit Power Point noch mit einer Folie begeistern und verlasse mich ganz auf das Wort.

Ich freue mich, als Vertreter der Deutschen Hospizstiftung zu Ihnen sprechen zu dürfen. Wir verstehen uns als Patientenschutzorganisation der Schwerstkranken und Sterbenden in Deutschland.

Zum Verständnis drei Punkte vorweg:

Erstens. Die Deutsche Hospizstiftung ist kein Leistungserbringer. Daher betreiben wir keine stationären Einrichtungen. Wir bieten keine ambulanten Hospizleistungen an, und wir erhalten keine Förderung durch Steuermittel.

Zweitens. Auch sind wir nicht der Dachverband der Hospizdienste in Deutschland. Als Interessenvertretung der Schwerstkranken und Sterbenden sehen wir unsere Aufgabe in zwei zentralen Punkten, die uns große Sorge machen.

Zum einen geschieht dies auf sehr persönlicher Ebene, wenn es darum geht, an unserem bundesweiten Schmerz- und Hospiztelefon jährlich rund 30.000 Anrufer durch individuelle Beratung, aber auch durch psychosoziale Hilfe und durch Information zu begleiten. Betroffene, aber auch viele Familienangehörige und Freunde, darüber hinaus Schulklassen und deren Lehrer, Seminare und Hochschullehrer, Kindergärten, Erzieher, Eltern, Verbände, deren Gliederungen und natürlich auch Kirchenkreise und politische Parteien stellen an diesem Hospiztelefon Fragen. Selbstverständlich kann ich hier nur eine Auswahl der Gesprächspartner nennen. Diesen besonderen Service gibt es an drei Standorten, in Dortmund, Berlin und München.

Auch geht es uns darum, gerade in Konfliktfällen die Stärkung der Patientenrechte im Auge zu haben. In den letzten Jahren hat sich die Auseinandersetzung mit Krankenkassen, mit Leistungserbringern und Vormundschaftsgerichten verstärkt. Durch Beratung und Hilfe beim Abfassen von Patientenverfügungen versuchen wir, unseren Beitrag dazu zu leisten, dass Vorsorgedokumente erstellt werden, die beides beinhalten: sowohl die nötige Einforderung der solidarischen Schutzpflicht dieser Gesellschaft für die berechtigten Interessen der Schwerstkranken und Sterbenden als auch darüber hinaus das Wesentliche für die Autonomie dessen, der weiß, was er am Ende verfügt. Zudem kooperieren wir mit 160 Hospizdiensten, die beitrags- und kostenfrei Hilfe erhalten, entweder in Form von Organisationsberatung, im Coaching der Hospizdienste, manchmal auch bei Verhandlungen mit den Krankenkassen, oder wenn es darum geht, die Supervision insbesondere der ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer zu fördern.

Über diese persönliche Ebene hinaus geht es um eine gesellschaftliche Ebene, d. h. um Öffentlichkeitsarbeit für die Interessen der Schwerstkranken und Sterbenden,

und es geht auch darum, diese Dinge energisch bei Regierungen, Parlamenten und Verbänden in Bund und Ländern einzubringen.

Damit kommen wir, wenn Sie so wollen, zum gesellschaftlichen Ziel. Es geht darum, eine flächendeckende, bedarfsgerechte, auf die berechtigten Versorgungsinteressen von Schwerstkranken und Sterbenden patientenzentrierte palliative und hospizliche Begleitung in Deutschland zu etablieren.

Ich möchte das, was Herr Pfarrer Otto bereits sagte, noch einmal aus einer anderen Perspektive verdeutlichen. In Deutschland gibt es für die über 800.000 Sterbenden einen Palliative-Care-Versorgungsgrad von 2,5 %. Mit der Versorgung durch einen hospizlichen, insbesondere ehrenamtlichen Bereich erfassen wir in Deutschland 4,4 % der Betroffenen. Für Hessen heißt das – das stützt die Zahlen von Herrn Pfarrer Otto –: 1,6 % der Betroffenen erhalten hier eine tatsächlich umfassende palliative Versorgung.

Wichtig ist dabei die Implementierung einer effektiven Palliative-Care-Versorgung, die die von ehrenamtlichen Hospizdiensten geleistete psychosoziale Betreuung sinnvoll und den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten entsprechend angemessen ergänzt.

Wie sieht die heutige Charakteristik aus? Es gibt, so darf man sagen, eine Mischung aus institutionellen Hemmnissen und finanziellen Defiziten. Institutionelle Hemmnisse liegen im Nebeneinander der Versorgungssektoren im Gesundheitswesen begründet. Nicht die Bedürfnisse und Belange der Patientinnen und Patienten stehen im Mittelpunkt, sondern – ich will es so scharf formulieren, weil auch das SGB V dies so scharf formuliert – die Belange der Leistungserbringer. Die Finanzierung von Palliative-Care-Leistungen findet sich weder in der ärztlichen Gebührenordnung noch in den Leistungskatalogen der Pflege in angemessener Form wieder.

Lassen Sie mich dazu zwei Beispiele nennen. Bei den niedergelassenen Ärzten gilt das EBM 2000 plus. Darin gibt es eine Ziffer, die „palliativmedizinische Betreuung“ heißt. Gemeint ist die Versorgung nach den Punktwerten einmal im Quartal in der Höhe von 40 €. Wird das, was wir jetzt als neues EBM 2000 feiern, in der Praxis auf die Gebührenordnung davor reflektiert, so stellen wir – zugespitzt gesagt – fest, dass es zuvor bereits eine ähnliche Ziffer gab. Diese hieß „Begleitung von Schwerstkranken“ und konnte ebenfalls quartalsmäßig abgerechnet werden. Sie werden erstaunt sein, dass es am Ende die gleichen Punktwerte sind, die wir heute unter palliativmedizinischer Leistung bei den niedergelassenen Ärzten abrechnen dürfen.

Es gibt sogar noch eine Verschlechterung. Mit ihr sollten wir in Hessen auch nicht hinterm Berg halten. Während früher der niedergelassene Arzt, gleich ob er Facharzt oder Hausarzt war, die Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden abrechnen konnte, ist der Facharzt jetzt beim EBM 2000 plus – deswegen wohl das Plus – außen vor.

Schauen wir uns den stationären Sektor an. Für den Palliativpatienten gibt es keine adäquate Abbildung im DRG-System. Zwar existiert für Palliativstationen die auch nach SGB V vorgesehene Möglichkeit der besonderen Einrichtung, aber ich

wage die Behauptung, dass es insgesamt weniger als zehn solcher Verträge gibt. Wenn Sie Verantwortung für ein Krankenhaus tragen, dann wissen Sie auch, warum. Denn wenn Sie mit den Krankenkassen über die Budgets verhandeln, dann ist das das erste Bauernopfer, das Sie in der Versorgung eingehen, um andere Leistungen Ihres Krankenhauses zu retten.

Ein großes Problem stellt nach wie vor der Eigenanteil der Betroffenen dar, der bei der stationären hospizlichen Leistung in der Regel einzubringen ist. Dabei haben die Betroffenen zunächst einmal gewisse Bedingungen zu erfüllen. Denn ausgeschlossen ist bei der stationären hospizlichen Leistung in der Regel der Bewohner von Pflegeheimen. Ich darf Ihnen einmal vor Augen halten, dass es sich hierbei um den Ausschluss von 640.000 Menschen in Deutschland handelt, die in der Regel keine stationäre hospizliche Versorgung erhalten können. Das sind immerhin 31 % der Pflegebedürftigen.

Die Betroffenen müssen eine zweite Hürde überwinden, sie müssen nämlich eine Kostenübernahmezusage der Kassen haben. Wohlgermerkt gibt es Ausnahmen, aber in der Regel erhalten sie auch dann keinen Platz im Hospiz.

Ein Weiteres kommt hinzu. Aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen können die ambulanten Hospizdienste die bereitgestellten Fördersummen – manchmal wird von Spenden der Krankenkassen geredet; ich bin dann immer ganz erstaunt, dass die Krankenkassen Spendengelder ausgeben können – nur zum Teil, man kann sogar sagen, zu maximal 65 %, abrufen.

Lassen Sie mich in einem Land, in dem Frau Lautenschläger zufolge die Integrierte Versorgung ein entscheidend wichtiges Konzept der Zukunftsgestaltung gesundheitspolitischer Maxime ist, festhalten: Wenn wir uns die sogenannte Integrierte Versorgung insbesondere unter dem Ansatz der palliativ-pflegerischen, der palliativ-medizinischen Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden anschauen, so stellen wir fest, es gab Ende 2006 – das ist gerade einmal drei Monate her – lediglich 15 bestehende Verträge im gesamten Bundesgebiet.

Ich darf Ihnen hierzu noch eine Zahl zur Relation nennen: Zurzeit existieren knapp über 3.000 Versorgungsverträge nach Integrierter Versorgung. Dies sind also 15 zu 3.000 Verträge. Ich würde mich fast schämen, mich hinzustellen und zu sagen, dies sei ein zukunftsweisendes Konzept für die Versorgung Schwerstkranker und Sterbender.

Heute und auch im politischen Diskurs muss es um die Lösungsansätze gehen. Insoweit möchte ich die frühere Enquetekommission des Bundestages zum Thema Recht und Ethik in der Medizin zitieren, die sagte: An der Schnittstelle zwischen stationärer Krankenhausversorgung und ambulanter Versorgung soll durch die Palliative-Care-Dienste eine individuelle Beratung und Begleitung der ambulanten und pflegerischen Strukturen sichergestellt werden.

Was heißt das? Dies heißt, so glauben wir: Es bedarf einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in Form von Hauptamtlichen, um sowohl an nationalen als auch an internationalen Standards orientierte Palliative-Care-Dienste einzubringen.

Sie haben den Schlüssel, um zur Überbrückung der Sektorierung des Gesundheitswesens mit beizutragen.

Außerdem will dieser Ansatz helfen, den Patienten in den Mittelpunkt zu stellen. Der Schwerstkranke soll eine umfassende Palliative-Care-Betreuung erhalten, gleich ob er sich im Krankenhaus, in der Behandlung beim Hausarzt oder in der ambulanten Pflege befindet.

Lassen Sie mich auch noch deutlich machen: Diese ambulanten Palliative-Care-Dienste sind ein entscheidendes Bindeglied zwischen den Versorgungssektoren im Gesundheitswesen. Wenn wir von der Umsetzung reden, die im Mai durch ein Palliativleistungsgesetz der Deutschen Hospizstiftung vorgestellt worden und jetzt, zum Teil jedenfalls, im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz mit aufgegriffen worden ist, dann dürfen wir sagen: Der entscheidende Fortschritt besteht darin, dass der Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung in § 37b SGB V festgelegt wurde, so wie dies auch Herr Pfarrer Otto gesagt hat.

Aber machen wir uns nichts vor. Nach § 37b kommt dem gemeinsamen Bundesausschuss die Aufgabe zu, die Richtlinien zur inhaltlichen Ausgestaltung der Palliativ-versorgungsleistung zu bestimmen. Es liegt auf der Hand, dass an dieser Stelle die entscheidenden Weichen gestellt werden. Im Sinne der Betroffenen wird darauf zu achten sein, dass die diesbezüglichen Richtlinien nicht hinter verschlossenen Türen ausgekugelt, sondern – ich meine, das ist wichtig – nach einem sachlich begründeten und transparenten Verfahren gefunden werden. Hierzu gibt es sowohl von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin als auch, wenn es um die Qualitätsstandards geht, von der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz und von der Deutschen Hospizstiftung Vorschläge.

Zum Bedarf muss festgehalten werden: Wenn wir in Deutschland nur eine 20-prozentige palliative Versorgung – also eine Zunahme von 2,5 % auf 20 % – wünschen und brauchen, dann brauchen wir 660 ambulante Palliative-Care-Dienste in Deutschland. Diese Palliative-Care-Dienste – das möchte ich unterstreichen – benötigen auch ein eigenes Arzneimittelbudget, sodass eben nicht ein Wildern in anderen Bereichen strukturiert wird.

Meine Damen und Herren, wir brauchen eine Stärkung sowohl des ehrenamtlichen als auch des Palliative-Care-Leistungsangebots. Ich glaube, wir haben in Deutschland kein Erkenntnisproblem, sondern ein Umsetzungsproblem. Deswegen sollten wir endlich handeln und uns an die Arbeit machen.

(Beifall)

Dr. Jürgen Bickhardt,
*Mitglied der Arbeitsgruppe des BMJ „Patientenautonomie am Lebensende“
und der BAG Hospiz, Erding*

Sehr geehrte Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren! Zunächst will ich etwas zu meiner Person sagen. Ich nehme keinerlei Funktionen in der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz wahr, so wie es im Programm steht, sondern bin Vorstandsmitglied im Bayerischen Hospizverband.

Eine zweite Bemerkung zu meiner Person. In meinen knapp 40 Jahren Krankenhausärztlicher Tätigkeit habe ich im Grunde an drei Dingen Anstoß genommen, die mein späteres Engagement sehr geprägt haben.

Zum einen war dies die Tatsache, dass einige meiner Chefs am Zimmer von Sterbenden vorbeigegangen sind. So wurde, angestachelt durch dieses Negativbeispiel, die Sterbebegleitung zu einem wichtigen Teil meiner beruflichen Tätigkeit und darüber hinaus meines Engagements in der Hospizbewegung.

Zweitens hat mich sehr gestört, dass im Krankenhausbetrieb die psychosozialen und spirituellen Ängste, Sorgen, Nöte und Hoffnungen von Patienten außer Acht gelassen werden und dass überwiegend die körperlich-somatische Schiene gefahren wird. Dies hat dazu geführt, dass ich in den Achtzigerjahren gerade im Bereich der Intensivmedizin, zumindest versuchsweise, zusätzliche psychosoziale Aspekte sowohl in der Baulichkeit als auch im Alltag der Stationen und in der Ausbildung der Pflegekräfte eingeführt habe. Heute würde man von der Implementierung von Palliative Care in der Intensivstation sprechen.

Das Dritte, was ich erlebt habe, war eine schlimme Entmündigung und Bevormundung von Patienten, und zwar keineswegs nur durch das Krankenhauspersonal, sondern auch durch die Angehörigen, eine Entmündigung und Bevormundung keineswegs nur von Menschen, die nicht mehr entscheidungsfähig waren, sondern auch von Schwerstkranken und Sterbenden, die sich sehr wohl noch entscheiden konnten, die aber keine Kraft mehr hatten, sich gegen das zu wehren, was ihnen zum Teil oktroyiert wurde.

Als Vorbemerkung ein Zitat aus der Arbeitsgruppe, kurz Kutzer-Kommission genannt:

Die flächendeckende Bereitstellung von Palliativmedizin und hospizlicher Versorgung ist eine wesentliche Voraussetzung für die wirksame Ausübung des Rechts auf Selbstbestimmung am Lebensende.

Das ist sozusagen der Bogen zu heute Vormittag und zum frühen Nachmittag. Leider sind die Themen meiner Ansicht nach heute in falscher Reihenfolge behandelt worden, genauso wie seinerzeit von der Enquetekommission, die den Zwischenbericht zur Palliativversorgung auch erst nach dem ersten Zwischenbericht zur Patientenverfügung vorgelegt hat.

Ein kleines Beispiel – heute früh wurde darüber diskutiert – sollte allen klarmachen, was damit gemeint ist. Wenn ein Mensch von seinen Schmerzen besetzt ist, so ist er nicht mehr zur Selbstbestimmung in der Lage. Ich muss ihm erst seine Schmerzen nehmen, damit er wieder in die Lage kommt, selbstbestimmt einwirken zu können.

Über eines müssen wir uns im Klaren sein: Die flächendeckende Bereitstellung von Palliativmedizin und hospizlicher Versorgung ist ein Wettlauf mit der Zeit. Ich schätze, dass es mindestens 10 bis 15 Jahre dauern wird, bis wir so weit sind, und habe die ganz große Befürchtung, dass bis dahin Meinungsumfragen, auch wenn sie seriös durchgeführt werden, einen noch viel höheren Prozentsatz in der Bevölkerung zeigen, der sich für das Töten auf Verlangen einsetzt.

Nun zu Ansatz und Zielen der Hospizbewegung. Die Betreuung von Sterbenden fordert alles, was wir tun können, damit die Patienten leben können, bis sie sterben. – Dies ist ein Zitat von Cicely Saunders aus dem Jahre 1965. Wir würden hier nicht zusammensitzen, wenn schon alles getan worden wäre. Bisher ist in Deutschland viel zu wenig getan worden.

Cicely Saunders war nicht nur die Begründerin der modernen Hospizbewegung, sondern auch eine maßgebliche Impulsgeberin für die Palliativmedizin, insbesondere für die Schmerztherapien. Daraus ergibt sich zwangsläufig: Hospizbewegung und Palliativmedizin gehören zusammen; denn ihr Ziel ist ein gemeinsames. Hierauf muss ich nicht näher eingehen. Dieses Ziel kann nur im gemeinsamen, vernetzten und gleichberechtigten Miteinander von Vertretern verschiedenster Berufsgruppen und qualifiziert vorbereiteten ehrenamtlichen Hospizhelfern unter Einbeziehung der Angehörigen erreicht werden.

Zum Stichwort Hospiz- und Palliativteam. Hierzu ist von meinen Vorrednern bereits einiges gesagt worden. Ich will die Ehrenamtlichen noch einmal bewusst herausstellen, weil sie in allen Bereichen auch der Palliativmedizin eine erhebliche Rolle spielen, und nehme die Angehörigen hinzu, weil diese nicht nur Adressat hospizlicher Hilfen sind, sondern sie sind auch Teil des Teams, sie sind, wenn Sie so wollen, Co-Therapeuten. Diese Doppelrolle der Angehörigen wird oft zu wenig gesehen.

Das gemeinsame Ziel von Hospizbewegung und Palliativmedizin wird durch Symptomkontrolle erreicht. Heute Morgen wurde über die indirekte Sterbehilfe geredet. Es ist ein Mythos, dass eine gute Symptomkontrolle unbeabsichtigt ein vorzeitiges Sterben in nennenswertem Umfang herbeiführen könnte. Das Gegenteil ist der Fall. Eine sachgerecht durchgeführte Palliativtherapie, sprich: auch Schmerztherapie mit hoch dosierten Morphiumgaben und zusätzlichen Sedativa, führt in der Regel eher zu einer leichten Verlängerung des Lebens. Ich persönlich verrete sogar die Meinung, dass wir diesbezüglich keine gesetzliche Regelung brauchen; denn wir haben auch keine gesetzliche Regelung für den Tatbestand, der gar nicht so selten ist, dass lebenserhaltend gemeinte Maßnahmen in kritischster Situation – ebenfalls unbeabsichtigt, und zwar häufiger als die palliativen – zu einem vorzeitigen Tod führen können.

Das Ziel wird also erreicht durch Symptomkontrolle, Rehabilitation, Kommunikation und Sterbebegleitung im eigentlichen Sinne. In diesem arbeitsteiligen Konzept von Palliativmedizin und Hospizarbeit liegt der Schwerpunkt der Palliativmedizin auf dem Gebiet der Symptomkontrolle. Aber alles andere gehört ebenfalls zur Palliativmedizin dazu. Schwerpunkt der Hospizbewegung ist die psychosoziale Begleitung Schwerstkranker und Sterbender durch ehrenamtliche, für diese Aufgabe nach bundeseinheitlichen Standards vorbereitete Hospizhelferinnen und Hospizhelfer. Aber dies ist nicht die einzige Aufgabe von Hospiz.

Was brauchen Sterbende? Nicht den Chefarzt, der am Zimmer vorbeigeht, sondern jemanden, der zunächst zuhört, ehe er Antworten gibt, jemanden, der nicht als Erstes Ratschläge erteilt, Helfer mit dem Mut, über all das zu reden, worüber der Sterbende mit ihnen reden will, einen geschützten Raum, um Gefühle äußern zu dürfen – hier darf auch geweint werden; das sollte in jedem Krankenhaus möglich sein – und ein Klima von Wahrheit und Wahrhaftigkeit.

Darüber hinaus gibt es noch ganz wichtige Aufgaben der Hospizbewegung, die in ganz vielen unserer deutschen Hospizvereine auch wahrgenommen werden. Zu nennen ist beispielsweise die Palliativberatung. Spezialisierte Pflegekräfte und/oder Sozialarbeiter in den Hospizdiensten beraten nicht nur die Betroffenen und die Angehörigen, sondern sie beraten auch Pflegedienste und mitunter auch Ärzte, die nicht über dieses Palliative-Care-Wissen verfügen.

Als Nächstes ist die qualifizierte Trauerbegleitung zu nennen wie auch die Trauerbegleitung von Menschen, die zuvor nichts mit Hospizen zu tun hatten, deren Verstorbene also nicht hospizbegleitet wurden. Öffentlichkeitsarbeit, Schulunterricht und dergleichen mehr sind selbstverständlich. Anzuführen ist auch die qualifizierte Beratung in Bezug auf die Patientenverfügung und auf die Vorsorgevollmachten.

In Ergänzung zu dem, was heute Morgen von Herrn Dr. Schmidt berichtet wurde, möchte ich sagen: Wir haben in Bayern im Rahmen des Bayerischen Hospizverbandes eine Beraterschulung aufgebaut, haben inzwischen in viertägigen Schulungen rund 80 solcher Hospizler geschult, die in ungefähr 40 Hospizvereinen in Bayern tätig sind und sich jährlich zum Erfahrungsaustausch treffen.

Mittlerweile kommt eine weitere Aufgabe hinzu. Gerade dort, wo diese Beratung durchgeführt wird, kommen immer mehr Anfragen und Anrufe, ob man nicht helfen könne, den mutmaßlichen Willen zu ermitteln, weil es keine Patientenverfügung gibt, weil es leider sehr viele Ärzte gibt, die sich weigern, diesen mutmaßlichen Willen zu ermitteln, wenn keine Patientenverfügung vorliegt.

Dieser Patientenwille ist zu ermitteln. So der BGH 1994, so der BGH 2003, so die Grundsätze der Ärztekammer. Aber es wird nicht gemacht, nur in minderheitlichen Fällen. Ich sehe hier einen riesigen Handlungsbedarf, denn Patientenverfügungen besitzen heute 5 % bis 10 % aller Menschen. Bei optimistischen Schätzungen wird dieser Prozentsatz niemals höher als 30 % sein, weil Menschen sich nicht mit der eigenen Endlichkeit befassen wollen. Insoweit ist die sorgfältige Ermittlung des mutmaßlichen Willens nach den Regeln, die uns der BGH im Jahre 1994 und die Bundesärztekammer vorgegeben haben, ganz stark zu fokussieren.

Als Letztes nenne ich die Implementierung der Hospizidee in Pflegeheime. Ich bin der Meinung, dass die Hospizidee allen Sterbenden zugute kommen soll, auch jenen, die von sich aus nichts mit ihr am Hut haben, die gar nicht mit Hospizen in Kontakt treten, und das ist ebenfalls die Mehrheit der Bevölkerung.

Nun noch zu den Institutionalisierungen. Das geht ganz schnell. Palliativstationen sind Krankenhauseinrichtungen. Palliative Konsiliardienste sollte es an Krankenhäusern geben, in denen es keine Palliativstationen gibt. Stationäre Hospize sind selbstständige Einrichtungen, vergleichbar mit Pflegeheimen, d. h., die Patienten werden von einem niedergelassenen Arzt betreut. Ambulante Hospizdienste gibt es in vielfältigster Ausprägung: als reine ehrenamtliche Begleitung, als qualifizierte, angeleitete ehrenamtliche Begleitung und Palliativberatung und in seltenen Fällen auch als eigene Palliativberatungsdienste im Rahmen von Hospizdiensten.

Die wenigen Kinderhospize in Deutschland haben eine ganz andere Funktion. Dort geht es um Rehabilitation und Erholung von Kindern und deren Familien. Denn wenn es ans Sterben geht, wollen die Eltern immer, dass dies zu Hause geschieht.

In den Hospizakademien ist man verantwortlich für Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten und Pflegekräften und sozial Tätigen in Palliative Care, also von den „Professionellen“. Aber es gibt dort auch Fortbildungsangebote für haupt- und ehrenamtliche Hospizmitarbeiter. Außerdem ist dies ein Ort für Fachgespräche, für medizinischen Diskurs und für Meinungsaustausch.

Die Hospizstiftungen, die es gibt, haben das Ziel, Geld einzuwerben, es zu verwalten und für hospizliche und palliative Projekte und Zwecke bereitzustellen.

Kurz ein paar Zahlen aus Deutschland. Rund 100 Palliativstationen, 125 stationäre Hospize, 1.400 ambulante Hospizdienste, 85.000 ehrenamtliche Hospizhelferinnen und Hospizhelfer gibt es.

Ganz kurz noch eine Folie. Diese hat mir Frau Dr. Bausewein, die stellvertretende Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin überlassen: Zielwert sind eigentlich 50 Betten pro 1 Million Einwohner. Die kleinen Bundesländer, insbesondere die Stadtstaaten, sind näher an diesem Ziel als die großen Flächenstaaten. Außerdem besteht ein Nord-Süd-Gefälle. Bayern, Hessen und Baden-Württemberg stehen leider ganz unten. Im europäischen Vergleich sehen wir nach wie vor ganz schlecht aus. Die Folie zeigt dies. Je dunkler die Farbe – in England und Nordirland ist sie ganz dunkel –, umso mehr wird getan. Dort, wo es dunkelblau ist, wird sehr viel getan. Dort, wo es mittelblau ist, auch. Wir sind hellblau dargestellt, befinden uns also bei der Minderheit der Länder, in denen zu wenig getan wird.

Die meisten Hospizeinrichtungen und auch ein Teil der Palliativeinrichtungen sind in Landesarbeitsgemeinschaften oder Landesverbänden organisiert. Auf Bundesebene gibt es die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, die sich als Sprachrohr und Interessenvertretung der Hospizbewegung in Deutschland versteht. Die Repräsentanten dieser Einrichtungen arbeiten ehrenamtlich.

Kommen wir nun zur Finanzierung. Aus Sicht der Betroffenen heißt das: Die Angebote sind an keine Bedingungen gebunden. Niemand muss Mitglied sein, die Religionszugehörigkeit spielt keine Rolle. Im ambulanten Bereich sind die Angebote vom Prinzip her kostenlos. Das gilt auch für die spezielleren Beratungen wie für die Palliativberatung, für die keine Kosten entstehen, für Beratungen zur Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, für Hospizsprechstunden in Pflegeheimen oder Krankenhäusern.

Aus Sicht der Hospizdienste sieht dies ein wenig anders aus. Die Hospizdienste sind in erster Linie auf Spenden und Mitgliedsbeiträge angewiesen. Sie werden teilweise von Stiftungen gefördert, und sie erhalten nach § 39a Zuschüsse für Vorbereitung, Anleitung und Einsatz der ehrenamtlichen Hospizhelferinnen und -helfer im ambulanten Sektor durch speziell dafür ausgebildete Koordinatoren.

Die Voraussetzungen für diese Förderung sind mit Recht hoch gehängt. Ich habe hier gar nicht alles aufgeführt. Es müssen speziell ausgebildete Pflegekräfte vorhanden sein. Eine weitere Bedingung ist die telefonische Erreichbarkeit des Hospizdienstes rund um die Uhr. Nicht wenige Hospizdienste bieten das an und sind nicht nur Montag bis Freitag von 8 Uhr bis 18 Uhr oder freitags nur bis 16 Uhr, sondern rund um die Uhr erreichbar. Es müssen mindestens 15 aktive Hospizhelferinnen und -helfer da sein, und die Zusammenarbeit mit Pflegediensten und Ärzten, vor allem mit jenen, die palliativ erfahren sind, muss gewährleistet sein.

Praktisch nicht bezuschusst werden die Hospizhelfereinsätze im stationären Bereich. Wenn Ehrenamtliche auf Palliativstationen, im normalen Krankenhaus, in Pflegeheimen oder Reha-Einrichtungen tätig sind, wird dies nach § 39a nicht bezuschusst, die Palliativberatung durch die Hospizdienste auch nicht. Vom Gesetzgeber ist zwar vorgesehen, dass auch die Palliativberatung durch § 39a gefördert werden soll, aber der Schlüssel, nach dem sich das berechnet, ist so gestaltet, dass Hospizdienste, die intensive Palliativberatung durchführen und die gleiche Anzahl von Einsätzen und Hospizhelfern haben, keinen Pfennig mehr an Zuschuss erhalten als die Hospizdienste, die palliativ beraten.

Zu nennen sind in diesem Zusammenhang das Angebot von Trauergruppen, die Beratung zur Patientenverfügung.

Über die stationären Hospize ist bereits gesprochen worden. Eine Ausnahme nach dem neuen Gesetz werden die wenigen Kinderhospize in Deutschland sein, wo die Eigenbeteiligung der hospizlichen Einrichtung nicht mehr 10 %, sondern nur noch 5 % beträgt. Das tut finanziell niemandem weh. Das könnten wir, so wie wir hier sitzen, gut finanzieren.

Verknüpfung von Palliativmedizin und Hospizbewegung. Zusammenarbeit von Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz und Deutscher Gesellschaft für Palliativmedizin. Im vergangenen Jahr wurde ein gemeinsames Papier entwickelt über die Vorstellung, wie ein solches ambulantes Hospiz- und Palliativteam aussehen könnte. In Berlin sitzen beide auf dem gleichen Flur. Man erwägt im Moment – so bin ich jedenfalls orientiert –, die Geschäftsstelle wegen Synergieeffekten, um Geld zu sparen, gemeinsam zu betreiben.

Vor Ort gibt es eine intensive Zusammenarbeit. Ganz viele Palliativstationen sind ja auf Initiative von Hospizvereinen entstanden, stationäre Hospize ohnehin. Aber es gibt eben inzwischen auch zahlreiche Vernetzungsmodelle, die institutionenübergreifend sind und endlich einmal im Rahmen dieser wenigen integrierten Modelle, die viel zu wenig sind, diese heilige Kuh der Trennung von „ambulant“ und „stationär“ schlachten, und es gibt zunehmend Expertenkreise und runde Tische für Palliativmedizin und Hospizarbeit auf lokaler Ebene, auf kommunaler Ebene, aber eben auch auf Landesebene.

In diesem Falle darf ich mein Bundesland Bayern loben. Dort besteht seit über drei Jahren ein Expertenkreis „Hospizarbeit und Palliativmedizin“, bei dem wirklich alle relevanten und involvierten Berufsgruppen und Interessenvertretungen miteinander im Gespräch sind.

Defizite und Handlungsbedarf. Natürlich ist der erhebliche Mangel an palliativer Grundkompetenz bei ganz normalen Ärzten und Pflegediensten zu nennen. Zu nennen ist auch der Mangel an spezialisierten Palliativmedizinern und Palliative-Care-Pflegekräften, ein Mangel an Vernetzung – vor allen Dingen stationär/ambulant –, ein Mangel an stationären Hospizen, bei denen eben die Eigenbeteiligung so groß ist, dass ganz viele Hospizvereine davon abgehalten werden, in dieses finanzielle Risiko zu springen, und eben die unzureichende Finanzierung.

Ein paar Zahlen noch hierzu. Einige hat Herr Brysch schon genannt. 45 % bis 80 % der hochbetagten Schmerzpatienten werden unzulänglich behandelt. Die Ausgaben für die Palliative-Care-Versorgung lagen bisher bei einem knappen Promille, und die Ausgaben für die ambulante Hospizbetreuung lagen bei 0,5 Promille des gesamten Gesundheitsbudgets.

Handlungsbedarf besteht im Hinblick auf die Verbesserung von Aus-, Weiter- und Fortbildung, im Hinblick auf die palliative Grundkompetenz und Spezialkompetenz bei Ärzten, Pflegekräften, Sozialarbeitern usw. Diesbezüglich geschieht im Moment viel. An einigen Universitäten ist die Palliativmedizin Pflichtfach, Prüfungsfach geworden. Zu nennen ist die Implementierung des Hospizgedankens in Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten. Überall dort, wo gestorben wird und wo Berufe mit dem Sterben zu tun haben, sollte dies implementiert werden. Wichtig sind der Aufbau der Kompetenzteams, gesicherte Finanzierung und – ganz wichtig in meinen Augen – die Stärkung des gesellschaftlichen Bewusstseins für eine verbesserte Kultur des Sterbens und der Sterbebegleitung.

Gesundheitspolitische Ansätze gibt es. Ich verweise auf § 39a SGB V und auf die Enquetekommission. Außerdem erwähne ich die bayerische Einrichtung und schließlich auch die Gesundheitsreform. Zu ihr nur ein Satz. Viel wurde dazu schon gesagt. Wenn der Bundesausschuss zusammenkommt und wenn es sozusagen ans Eingemachte geht, sollte eine enge Kooperation mit den ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizdiensten erfolgen. Auf den vorhandenen Strukturen sollte aufgebaut werden, und es sollten keine neuen Strukturen „auf die grüne Wiese“ gesetzt werden. Aber die Umsetzung – wie das alles erfolgt –, ist natürlich noch unklar.

Ich komme zu meiner Schlussbemerkung. Wir sollten gemeinsam mehr Kraft, Kreativität, Zeit und Geld dafür investieren, möglichst vielen Schwerkranken und Sterbenden ein Leben im Sterben zu ermöglichen, anstatt immer nur in Aktionismus zu verfallen und zu Ende gehendem Leben stets möglichst viele Tage hinzuzufügen, oftmals unter Einsatz maximaler Diagnostik und Therapie und häufig ohne Einwilligung des Betroffenen. Wir Ärzte haben das Tun perfekt gelernt. Das Lassen haben wir viel zu wenig gelernt und müssen es noch lernen.

Ich möchte zitieren, was heute früh Herr Dr. Schmidt gesagt hat. Für uns Ärzte ist die Voraussetzung, mit diesem Problem adäquat umzugehen, die Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit, mit dem eigenen Sterben-Müssen und den Vorstellungen hierzu, die Kenntnis nicht nur der Rechtslage, sondern auch der standesrechtlichen Lage und die tägliche Frage, die sich mir wirklich bei allem Nichtentscheidungsfähigen auf der Intensivstation täglich gestellt hat: Ist es heute so wie gestern noch gerechtfertigt, was wir machen? Entspricht das noch dem mutmaßlichen und vorausverfügten Willen des Betroffenen, oder sollen wir andere Entscheidungen fällen? – Ich danke Ihnen für Ihre Geduld.

(Beifall)

Prof. Dr. Elke Jäger,
*Chefonkologin Nord-West-Krankenhaus Frankfurt a. M. und Vorstand der Stiftung
„Leben mit Krebs“*

Sehr geehrter Herr Präsident, verehrte Damen und Herren! Es ist spät geworden, und es ist bereits viel über Palliativmedizin und Hospizbewegung geredet worden. Ich als Ärztin und Leiterin einer der wenigen Palliativstationen in Hessen und in Deutschland möchte Ihnen gerne ein paar medizinische Aspekte unserer Tätigkeit näherbringen und ein wenig genauer beleuchten, worum es aus der Sicht des Mediziners im Alltag einer Palliativstation gehen kann.

Zunächst zur Begriffsdefinition. Das Wort „Palliativmedizin“ leitet sich von dem lateinischen Wort „Pallium“, Mantel, ab. Es geht – wir haben es vielfach gehört – darum, eine symptomatische Therapie für Patienten zu entwerfen und immer wieder anzupassen, deren Krankheitsschicksal unabwendbar ist, die krankheitsassoziierte Symptome haben, die in der Regel und aus der Erfahrung ursächlichen Behandlungsmöglichkeiten nicht mehr offenstehen, bei denen es darum geht, die Symptome zu begrenzen. Dabei kommt es sehr wesentlich darauf an, dass dieser Sterbeprozess auf der Seite der Therapeuten, aber auch auf der Seite der betroffenen Patienten und ihrer Angehörigen akzeptiert wird. Im Hinblick auf das Behandlungsziel muss, gerade wenn es um palliativmedizinische Maßnahmen geht, Einlinigkeit vorliegen. Es ist ganz klar, dass wir unter Palliativmedizin keine Sterbehilfe, also keinen aktiven Tötungsprozess, verstehen und akzeptieren.

Die Palliativmedizin ist – die Zahlen wechseln, aber sie ist – zu fast 80 % aus onkologischen Krankheitsbildern zusammengesetzt. Das liegt daran, dass die meisten Tumorerkrankungen im fortgeschrittenen Stadium immer noch nicht heilbar sind, obwohl bessere Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, die eigentlich dazu führen, dass viel mehr Patienten in schwersten Krankheitssituationen akkumulieren. Daraus leitet sich schon zwingend ab, dass die palliativmedizinische Versorgung in Zukunft zunehmen, mehr Fälle betreffen wird und dass es hierzu auch mehr kundiger Einrichtungen bedarf.

Die hauptsächlichen Diagnosen im Gebiet onkologischer Palliativmedizin entsprechen den häufigen Tumorerkrankungen. Das sind Tumoren des Magen-Darm-Trakts, Lungentumoren, Tumoren des weiblichen Genitaltraktes und sehr häufig und zunehmend das Prostatakarzinom des Mannes. Die häufigsten Symptome, die den Palliativmedizinern begegnen, sind Depression und Ratlosigkeit im Umgang mit der Situation. Patienten haben in der Regel körperliche Merkmale, sind gezeichnet von ihrer Erkrankung. Sehr häufig sind sie unterernährt, und aus diesem Gefühl der Unterernährtheit und der Schwäche leiten sich viele andere Symptome ab.

Organfunktionsstörungen sind bei Tumorerkrankungen, je nach Lokalisation oder Ausbreitung der Erkrankung, häufig. Sie können sehr quälend sein. Dies trifft beispielsweise auf das Symptom chronischer Luftnot zu oder auf die Unmöglichkeit, zu essen, wenn der Magen-Darm-Trakt durch entsprechende Erkrankungen verschlossen ist. Das führt immer dazu, dass der Patient psychisch wie physisch durch

die Krankheitszeichen erschöpft ist. Sehr häufig sind, gerade im onkologischen Formenkreis, schwer beherrschbare Schmerzen ein Problem. Der Patient ist durch den Komplex der genannten Symptome, am häufigsten durch Schmerz und Erschöpfung, bewegungseingeschränkt und immobil.

Diese Komplexe führen dazu, dass er seine körperliche Integrität als verändert empfindet, und daraus leitet sich auch direkt ab, dass das Gefühl zur Selbstbestimmung nicht mehr so stark ist wie früher. Der Patient erlebt sich verändert und zweifelt oft daran, ob er überhaupt wissen kann, wie es weitergeht. Er verlässt sich sehr gerne auf begleitende Angehörige, die deswegen – auf Wunsch des Patienten – vom Palliativmediziner immer in die Behandlungsplanung mit einbezogen werden sollten.

Was sind die Aufgaben der Palliativmedizin? Eine Aufgabe ist natürlich eine umfassende psychoonkologische, psychosoziale, spirituelle Begleitung. Ich konzentriere mich jetzt aber bewusst mehr auf den medizinischen Teil, um Ihnen hierüber einen Eindruck zu verschaffen.

Auch bei einem Patienten mit einer bekannten Erkrankung, die unweigerlich in den Sterbeprozess mündet, ist es wichtig, immer wieder die im Vordergrund stehenden Symptome eindeutig zu diagnostizieren und eine Zuordnung der Symptome vorzunehmen, dies nicht alles unter den Mantel der schon bekannten Diagnose zu werfen, sondern nachzuschauen, ob eventuell auch ursächliche Behandlungsmaßnahmen geboten sind.

Ich will Ihnen ein Beispiel nennen. Sehr häufig gibt es bei Tumorerkrankungen einen Befall des Knochensystems. Die Patienten können im Rahmen einer solchen Krankheitsmanifestation z. B. durch gebrochene Knochen erhebliche Schmerzen erleiden. Hier kann es gut sein, lokal eine Strahlenbehandlung durchzuführen. Man würde das eigentlich gar nicht in den Komplex der Palliativmedizin einsortieren; aber die Bestrahlung ist, was die Schmerzkontrolle anbetrifft, auf die Dauer viel wirksamer als immer höher zu dosierende Schmerzmittel. Deswegen sollte man als aktiver Mediziner daran denken, dass auch akutmedizinische Behandlungsmöglichkeiten im Feld der Palliativmedizin Bestand haben.

Es ist immer notwendig, den Patienten aufzuklären und ihm die Sinnhaftigkeit der diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme zu erklären, um ihn auf dem Weg der Diagnostik, Planung und Therapie als Partner zu haben – je nach Beeinträchtigung der Patienten selbstverständlich unter Integration von Bezugspersonen. Auch für diese muss das Behandlungsziel definiert sein.

Die Palliativmedizin sollte – insoweit sind die Strukturen in Krankenhäusern heute sicherlich noch besonders schwach – auch unter Medizinern als interdisziplinäre Aufgabe verstanden werden. Niemals hat ein Onkologe, ein Neurologe, ein Chirurg oder ein Strahlentherapeut den kompletten Überblick. Vielmehr ist es nötig, so wie wir es in der Onkologie ohnehin tun, interdisziplinäre Konzepte unter Einsatz akutmedizinischer Maßnahmen zu entwerfen.

Die Kommunikation mit anderen versorgenden Institutionen, wie z. B. Hospizen und ambulanten Pflegediensten, im Sinne eines Netzwerks ist sehr wichtig, um den

Patienten wirklich nur kurzfristig in der stationären Einrichtung zu behalten und ihm möglichst bald, wenn die Rahmenbedingungen dies zulassen, eine ambulante Weiterbetreuung zu ermöglichen.

Palliativmedizin hat unterschiedliche Aufgaben und Perspektiven. Im Sinne einer Krisenintervention muss sie gegebenenfalls unmittelbar auf den Plan treten. In der Regel sind es die stationären Einrichtungen, die auch im Notfall angerufen werden. Es geht darum, bei vorhandenen und bekannten Krankheitsbildern auch drohende Symptome mit zu berücksichtigen, beispielsweise bei Tumorerkrankungen mit bestimmten Manifestationen, die Organfunktionsstörungen absehbar erkennen lassen, unter Umständen auch palliativmedizinische vorbeugende Maßnahmen zu planen, und dies selbstverständlich immer unter Berücksichtigung individueller Vorgaben, dem Wunsch des Patienten entsprechend, passend zu den Rahmenbedingungen seiner Unterbringung und zur Versorgung durch mitbetreuende Ärzte und Angehörige.

Worin bestehen die häufigsten palliativmedizinischen Maßnahmen? Hierbei geht es nicht um ursächliche Therapie, sondern um Symptombegleitung, um supportive Maßnahmen. An oberster Stelle ist sicherlich die Schmerztherapie zu nennen, weil damit das aus Patientensicht bedrohlichste Symptom genannt wird. Ebenfalls zu nennen sind die Atemtherapie bei Patienten mit entsprechenden Beeinträchtigungen der Lungenfunktion und die Ernährungstherapie bei Unmöglichkeit der normalen Ernährung. Die physikalische Therapie ist sehr wichtig. Sie wird häufig außer Acht gelassen, aus dem Verständnis heraus, dass wir hier einen Sterbenden vor uns haben. Dieser kann aber erheblich darunter leiden, dass er bewegungslos ist. Auch das passive Bewegen, beispielsweise in Lähmungssituationen, kann als erhebliche Erleichterung empfunden werden. Hinzu kommt selbstverständlich die schon vielfach erwähnte psychologische Begleitung, nicht nur des Patienten, sondern auch seiner Begleiter im Sinne einer Familienintervention oder einer Konfliktberatung zwischen Angehörigen und Freunden.

Sie sehen hier ein Ablaufschema, wie es in der eigenen Einrichtung geübt wird. Der Patient steht im Zentrum. Dieser kommt mit komplexen Fragestellungen palliativmedizinischer Art an, muss kennengelernt werden, wird dann, wenn ersichtlich ist, dass interdisziplinäre Konzepte entworfen werden müssen, auch entsprechend in einer Fallkonferenz diskutiert. Es wird entschieden, ob vielleicht sogar chirurgische Behandlungsmaßnahmen geeignet sein könnten, sein Leiden zu lindern, oder es werden auch die Disziplinen der konservativen Medizin auf den Plan gerufen.

Wir zwingen uns dazu, sämtliche Entscheidungen, interdisziplinär getroffen, zu dokumentieren und das Ergebnis dieser Diskussionen mit anderen versorgenden Ärzten, Hospizen, anderen Teams, die aus der Psychoonkologie, der Ernährungsmedizin, der Physiotherapie stammen können, festzuhalten und zu kommunizieren. Ich denke, dieser Dokumentationsschritt ist wichtig und hilft auch, gegenüber Kostenträgern die Schwere und Komplexität der Fälle zu illustrieren und mehr Transparenz in die Fallzahlen und in die tatsächlich eingesetzten medizinischen Konzepte zu bringen, um hier Abhilfe zu schaffen.

Wir haben schon vielfach den Begriff des Netzwerkes gehört. Hier ist er aus Sicht des Krankenhausmediziners nochmals aufgetragen. Gerade in der Palliativmedizin geht es darum, die diagnostischen und therapeutischen Schritte möglichst gut zu koordinieren. Das heißt, es muss jemanden geben, der den Patienten an die Hand nimmt, der das aus medizinischer Sicht Gebotene in die Wege leitet. Wenn der Patient z. B. stationär auf eine bestimmte Schmerztherapie eingestellt wird oder wenn andere Maßnahmen abgeklopft werden, sind die anderen betreuenden Teams hinzuzuziehen und ist auch ihnen Gelegenheit zu geben, die individuellen Notwendigkeiten des Patienten kennenzulernen und für die ambulante Weiterbehandlungsmöglichkeit vorzusorgen.

Ein Patient sollte idealerweise im palliativmedizinischen Kontext nur kurz stationär betreut werden. Man sollte die Behandlungsebenen wechseln können, man sollte ihn sich in einer Ambulanz vorstellen können. Dort sollte er zu Follow-up-Untersuchungen und zum Monitoring einer therapeutischen Maßnahme aufgefangen werden können. Insoweit kann es auch nötig sein, länger dauernde Prozeduren in Tageskliniken abzuhandeln.

Wir haben vom Hospiz schon sehr viel gehört. Ich werde jetzt nichts Zusätzliches sagen. Dieses kann im Sinne der ambulanten oder auch stationären Betreuung eine sehr wichtige Pflegeeinrichtung sein, die auch wieder in der Kommunikation mit Palliativstationen und ambulant versorgenden Ärzten steht.

Neue Strukturen sind innerhalb der sogenannten Medizinischen Versorgungszentren, kurz MVZ, möglich geworden, in denen sich im ambulanten Bereich verschiedene Fachdisziplinen zusammenschließen können. Gerade unter dem Aspekt der Palliativmedizin sind hier wichtige Komplementärfächer zusammengekommen, in der eigenen Einrichtung Psychotherapie und Onkologie, die hier, repräsentiert auch für das ambulante Feld, die Verzahnung der Disziplinen zu üben versuchen und versuchen, ein komplexes Angebot an Patienten und auch an mitbetreuende Kollegen zu machen.

Im eigenen Krankenhaus, im Krankenhaus Nordwest in Frankfurt, ist ein Förderantrag gegenüber der Deutschen Krebshilfe erfolgreich umgesetzt worden. Wir haben schon seit zehn Jahren zehn palliativmedizinische Versorgungsbetten innerhalb der onkologischen Klinik, die aber räumlich bislang nicht von dem akutmedizinischen Bereich getrennt waren. Aus diesem Missstand heraus ist im Antragsverfahren von der Deutschen Krebshilfe ein Förderprogramm an uns gegangen, für das wir sehr dankbar sind, im Rahmen dessen ein entsprechender separater Raum für die Palliativstation im Moment gerade erbaut wird und im Sommer eröffnet werden kann, sodass diese zehn palliativmedizinischen Betten auch räumlich richtig abgebildet werden.

Nach den Erkenntnissen der Palliativmedizin der letzten zehn Jahre in Deutschland und in Europa, aber auch im Vergleich mit den USA haben wir Raumstrukturen und Versorgungsnotwendigkeiten, Raum für die mitbetreuenden Teams, für die Psychoonkologie, die Annäherung, die Physiotherapie in den Baulichkeiten vorgesehen und sind im Moment überzeugt und sehr optimistisch, dass wir mit dem Gebäude und dem entsprechenden personellen Stab zur Versorgung den modernen Erforder-

nissen der Palliativmedizin auf dem Gebiet der Onkologie, aber auch interdisziplinär gerecht werden können.

Wichtige Aufgabe der Palliativmedizin im stationären Bereich ist es, Standards einzuführen und somit eine Qualitätskontrolle der Versorgungsmöglichkeiten zu gewährleisten. In anderen Gebieten, gerade in der Onkologie, bemüht man sich darum, Leitlinien für die häufigen Symptomkomplexe zu erarbeiten. Dasselbe muss selbstverständlich für den Versorgungszweig der Palliativmedizin erfolgen und ist vielfältig in Arbeit. Es sollte so sein, dass nur evidenzbasierte Maßnahmen zum Einsatz kommen, d. h. Maßnahmen, die geprüft sind und möglicherweise sogar innerhalb von klinischen Studien exploriert worden sind. Selbstverständlich muss es eine Erfolgskontrolle geben, und die Symptomkomplexe müssen abgefragt werden, ein klinisches Monitoring muss stattfinden, wie dies in anderen Behandlungssituationen auch der Fall ist. Ganz sicher sollten von den wenigen stationären Einrichtungen der Palliativmedizin wissenschaftliche Programme ausgehen, die nicht nur im stationären Kontext geprüft werden, sondern gerade auch in Verbindung mit all den genannten Versorgungsteams, weil deren Leistung ineinandergreift und nur das komplexe Auftreten der unterschiedlichen Disziplinen in eine effektive Palliativmedizin münden kann.

(Beifall)

Dr. Thomas Nolte,
Zentrum für ambulante Palliativversorgung, Wiesbaden

Guten Abend und vorab vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit zu später Stunde. Ich denke, im Laufe dieser langen Tagung haben Sie schon erhebliche Kräfteeinbußen erleiden müssen.

Wir wollen nun insbesondere über die Versorgung im ambulanten Bereich sprechen. Hierbei geht es um die spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Ich bin froh und glücklich, dass ich als ein langjähriger Vertreter der ambulanten Versorgung die Gelegenheit habe, vor Ihnen zu sprechen, und dass ich auf dem Boden meiner jetzt 14-jährigen Tätigkeit im ambulanten Bereich zeigen kann, wie kreative Entwicklungen aus dem ambulanten Bereich möglich sind – mit Unterstützung der Politik, muss man sagen, dadurch dass neue gesetzliche Regelungen geschaffen werden, die aus dem ambulanten Bereich erwachsen und für neue Strukturen wegweisend sein können.

Ihnen, Frau Dr. Jäger, danke ich dafür, dass ich die Gelegenheit habe, als letzter Redner einen Ausblick auf die künftige Entwicklung zu geben.

Sie sehen schon an den verschiedenen Strukturen, die auf meinem Schaubild aufgeführt sind, dass wir in einem Netzwerk zusammenarbeiten. Seit mehr als sechs Jahren haben wir uns zum Palliativnetz zusammengeschlossen, um wirklich alle Berufsgruppen, die in der ambulanten und auch stationären Versorgung am Lebensende notwendig sind, zu versammeln. Aus diesem Palliativnetz heraus sind vielfältige weitergehende Initiativen entstanden, wie z. B. das komplette Curriculum für die Weiterbildung im Rahmen der Palliativmedizin, sowohl für die Pflege wie auch für Ärzte. Wir haben Qualitätszirkel für Palliativmedizin eingeführt, Palliativkonferenzen veranstaltet, wir haben die Hospiz- und Palliativwoche in Wiesbaden eingeführt, alles Innovationen, die, wie ich sagen möchte, aus der Kreativwerkstatt Palliativnetz Wiesbaden entstanden sind.

Ich denke, es reicht eben nicht aus, wenn man bei der Strukturierung und beim Aufbau palliativer Versorgung auf die Zahl der Palliativstationen oder der palliativen stationären Betten schaut. Das ist nur ein sehr ungenauer Anhaltspunkt dafür, wie die tatsächliche Versorgung aussieht. Insbesondere geht es darum, die ambulante Versorgung zu stärken. Die ambulante Versorgung hat, so wie dies Herr Brysch bereits ausführte, unter den politischen Neuerungen – sprich: EBM 2000 plus – erheblich gelitten. Wir haben eine Ausdünnung von schmerztherapeutischen Strukturen insbesondere in Hessen erfahren, weil Stützungsangebote seitens der KV Hessen nicht umgesetzt worden sind. Einzelne Praxen im Bereich der Schmerztherapie mussten schließen.

Wir haben gehört, wie jämmerlich der besondere palliative Aufwand der Hausärzte honoriert wird, weil die Facharztebene, weil das Honorar für die palliative Versorgung durch Fachärzte, so wie wir Palliativmediziner sie repräsentieren, komplett weggefallen ist.

Aber es gibt auch positive Entwicklungen. Ich habe Ihnen eine komplette Übersicht des Themas mitgebracht. Mir ist allerdings klar, dass Sie heute Ihr Opernglas nicht bei sich haben. Deswegen möchte ich mich mit diesem Schaubild auch nicht weiter auseinandersetzen und es Ihnen nicht näher erklären. Mir ist besonders wichtig, auf die Entwicklungen einzugehen und gemeinsam mit Ihnen noch einmal die Möglichkeiten, die im Rahmen der veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen geschaffen worden sind, zu beleuchten.

Mit dem EBM 2000 plus haben wir, wie gesagt, im Bereich der Regelversorgung einen Rückschritt erlitten. Ich spreche jetzt von den Regelungen in Hessen, wo der Verband der Angestelltenkrankenkassen die besonderen Leistungen zur Palliativversorgung ausbudgetiert und mit einem gesicherten Punktwert honoriert hat. Das hat allerdings in der Konsequenz nicht wirklich dazu geführt, dass sich die ambulante Versorgung verbessert hätte. Sonst hätten wir keine weitergehenden Modelle zur Palliativversorgung erhalten.

Wir haben über die Regelversorgung hinaus die Möglichkeit, in Modellprojekten palliative Versorgung auszuprobieren. In Mecklenburg-Vorpommern gab es ein Modellprojekt, das vom Land gefördert wurde, das aber mittlerweile leider trotz der Effizienz der Versorgung eingestellt wurde. In Nordrhein-Westfalen gibt es ein Modellprojekt zur flächendeckenden Versorgung, das möglicherweise im Rahmen neuer gesetzlicher Möglichkeiten – ich denke an § 140 SGB V, § 73b und c – in weitere qualitätsgesicherte Versorgungsmodelle übernommen wird und zu neuen Versorgungsstrukturen führen kann. Aber die qualitätsgesicherte Versorgung ist insofern schon in Bezug auf neue palliative Strukturen überholt, als wir ja mit der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung praktisch schon die gesetzlichen Rahmenrichtlinien für weitergehende Versorgungsstrukturen erhalten haben, so wie sie dann ab 1. April 2007 in die Versorgung eingeführt werden sollen.

Ein sehr wichtiger Bereich ist die Integrierte Versorgung. Wir haben bereits gehört, dass es bei insgesamt 3.000 Versorgungsmodellen in Deutschland lediglich 15 Modelle der Integrierten Versorgung gibt. Das liegt sicherlich daran, dass die Versorgung am Lebensende kein Wettbewerbs- und Marketinginstrument für Krankenkassen sein kann; es sei denn, es kommt durch konkurrierende Konzepte zu einem Wettbewerb auf diesem Gebiet.

Das ist eigentlich genau das, was wir im Moment in Wiesbaden erleben. Dort gibt es den Wettbewerb zweier sehr unterschiedlich strukturierter Modelle. Diese möchte ich Ihnen nun näherbringen.

In Wiesbaden besteht zum einen ein integriertes Versorgungskonzept palliativ, das aus dem Palliativnetz Wiesbaden hervorgegangen ist und im Februar 2006 gemeinsam mit Frau Lautenschläger der Öffentlichkeit in einer Pressekonferenz vorgestellt wurde. Dieses Konzept ist mittlerweile überregional aufgestellt, in Wiesbaden und in Fulda. Gegenwärtig sind wir im Begriff, weitere Zentren zu rekrutieren und diese zu zertifizieren.

Seit August letzten Jahres gibt es in Wiesbaden ein weiteres Konzept, ein sogenanntes krankenhauskoordiniertes onkologiebasiertes ambulantes Versorgungskon-

zept, auch KAP genannt. Während das IVP-Modell eine Strukturierung vom Krankenhaus in den ambulanten Bereich aufweist, sich aus dem ambulanten Bereich pyramidenförmig in den stationären Bereich orientiert, weist dieses KAP praktisch die gegenläufige Struktur auf.

Auf jeden Fall ist hierin schon einmal ein Riesenvorteil zu sehen. Wir haben dadurch, dass sich die großen Kassen entweder dem einen oder dem anderen Modell angeschlossen haben – dem IVP die Technikerkrankenkasse und der Landesverband der Betriebskrankenkassen und top-down, beim krankenhauskooordinierten ambulanten Palliativkonzept, immerhin Kassen wie die AOK, BEK und DAK –, einen Grad der Verbreitung gefunden, mit dem immerhin 80 % bis 90 % der gesetzlich Versicherten in Wiesbaden erreicht werden. Hiermit ist es möglich – ich denke, das ist eine sehr positive Botschaft –, integrierte Versorgungskonzepte für 80 % bis 90 % der gesetzlich versicherten unheilbar Kranken am Lebensende anzubieten, sofern wir – dieses Problem ist bislang noch nicht gelöst – diese Patientengruppe mit unseren Modellen auch erreichen.

Ich habe diese beiden Modelle, also das IVP, das aus dem Palliativnetz hervorgegangene Modell, und das krankenhauskooordinierte ambulante Palliativkonzept, einmal gegenübergestellt. Das eine ist hausarztbasiert, das andere ist krankenhausbasiert, eines ist dezentral, das andere zentralisiert, das eine ist ambulant, das andere stationär koordiniert, abgestuft in einzelne Versorgungsstufen oder eben über keine Abstufung verfügend, das eine mit einer kontinuierlichen Begleitung des Patienten im interdisziplinären multimodalen Team, während sich das andere Konzept als interventionell versteht und in dem Moment krisenhafter Entwicklungen zum Tragen kommt, in dem die Patienten praktisch notfallmäßig palliativ versorgt werden müssen.

Hier noch einmal der Aufbau des ambulant ausgerichteten IVP-Modells des Palliativnetzes. Wir haben dezentral praktisch regionale Versorgungsteams zusammengestellt, wobei jeder Kreis den Radius eines palliativärztlichen Hausarztes darstellt, der mit seiner palliativen Kompetenz in der Region zusammen mit dem Hausarzt die Versorgung von Patienten am Lebensende übernimmt und eng mit dem ambulanten Hospizverein Auxilium kooperiert, ebenso mit der ambulanten Pflege, z. B. mit EVIM, die gerade im Bereich der Palliative-Care-Pflege besonders geschult ist, und auch mit dem Schmerz- und Palliativzentrum Wiesbaden, das sich als dahinter gestaffeltes Kompetenzzentrum versteht, wenn es in diesen einzelnen regionalen Kompetenzteams zu Versorgungsproblemen kommt.

So sieht das krankenhauskooordinierte Modell aus: Ein sogenanntes Kompetenzteam fährt aus dem Krankenhaus heraus interventionell zu Patienten.

Wichtige Fragen sind das Honorar und die Verteilung der finanziellen Risiken. Wir haben heute gehört, dass die ambulante Palliativversorgung immer noch darunter leidet, dass es Budgetzwänge gibt, dass viele Hausärzte Ängste bezüglich der Verordnung von Opioiden haben, die in den Versorgungskosten relativ teuer sind, sodass alleine schon aufgrund der Sektorisierung des ambulanten Bereichs Hürden und Hindernisse entstehen, die fernab jeglicher fachlicher Fragestellung sind.

Im IVP-Modell ist eine komplette Budgetverantwortung enthalten. Das heißt, in dem Moment, in dem sich der Patient aktiv in das Versorgungsnetz einschreibt, übernimmt das Versorgungsnetz sowohl die komplette medizinische wie auch die medikamentöse Verantwortung für diesen Patienten, sodass hier eine Versorgung außerhalb der Regelversorgung stattfindet, ohne Risiken für die daran beteiligten Ärzte. Abgerechnet wird über eine kostenneutrale Tagespauschale, ähnlich wie im Bereich der DRG-Systematik, und das Honorar wird nach Leistung und Qualifikation gestaffelt bezahlt. Das heißt, je nach palliativer Qualifikation und dem persönlichen Einsatz der daran Mitwirkenden wird mehr oder weniger honoriert.

Beim KAP-Modell erhält der Hausarzt 40 € pro Monat, die Pflege 20 € pro Monat und das ambulante Hospiz 20 € pro Monat. Hierbei gibt es keine Abstufung nach Leistung oder Qualifikation, sodass auch für die hieran Beteiligten außer den aufgeführten Beträgen keine zusätzliche Kompensation entsteht, wenn sie mehr Einsatz zur Versorgung dieser Patienten aufbringen.

Das heißt, wir haben auf der einen Seite ein wirklich organisch strukturiertes Konzept, das insbesondere die dezentralen Strukturen einbindet, das palliative Qualifikation regional bündelt und auch entsprechende palliative Qualifikation bei der Honorierung berücksichtigt, wobei der stationäre Bereich erst zu einem sehr späten Zeitpunkt als Hintergrund-Versorgungsmöglichkeit zur Verfügung steht.

Auf der anderen Seite haben wir dieses krankenhausbasierte Top-down-Modell, in dem ein komplettes krankenhausbasiertes Team mit Palliativarzt, Palliativberatung und Pflege und Sozialdienst ausrückt und den Patienten vor Ort betreut.

Wir haben eben von Herrn Pfarrer Otto gehört, dass wir eigentlich keine zusätzlichen Strukturen brauchen. Wir sollten zunächst einmal versuchen, die bestehenden Strukturen in den Aufbau von neuen Konzepten zu implementieren. Wir haben hier zwei Modelle, die praktisch unberührbar nebeneinanderstehen, weil von dem krankenhausbasierten Konzept eine Vernetzung in den fachärztlichen ambulanten Bereich dezidiert nicht gewünscht und umgesetzt werden kann.

Wenn man das zusammenfasst, so heißt dies: Wir haben in dem einen Modell eine Verbesserung der Unterfinanzierung im ambulanten Bereich, es besteht keine Regressgefahr, es gibt auch keine sonstigen bürokratischen Hürden, und wir haben auch eine entsprechende Förderung für Weiterqualifikation, während in dem anderen Modell die Unterfinanzierung im ambulanten Bereich – mit Beträgen von 40 €, 20 € und 20 € pro Monat für den Mehraufwand – bestehen bleibt. Wir haben hier einen Honorartransfer ins Krankenhaus zu verzeichnen, und letztendlich verbleiben die Kosten der Versorgung, die Kosten für den hausärztlichen und pflegerischen Aufwand, der hier zu betreiben ist, im ambulanten Bereich, ohne dass die Qualifikation entsprechend honoriert wird.

Beim IVP-Modell entstehen im Vergleich zur Regelversorgung keine Mehrkosten, weil das Konzept durch eine Umleitung der bereits heute bestehenden Kosten in der Regelversorgung finanziert ist. Diese Regelversorgung ist – ich denke, das ist wirklich unbestritten – gekennzeichnet durch Über- und Fehlversorgung am Lebensende. Nunmehr erfolgt also eine Umleitung in eine wirklich patientenorientierte, ko-

ordinierte, hoch qualifizierte Versorgung am Lebensende, sodass mithilfe der bereits früher durch Fehlversorgung entstehenden Kosten eine Optimierung der Versorgung erreicht werden kann und auch realisierbar ist.

Im anderen Bereich entstehen Zusatzkosten durch Add-on-Finanzierung, weil die Kosten im ambulanten Bereich ja weiterhin anfallen und die Hauptleistungen, die im ambulanten Bereich erbracht werden, im Bereich der medizinischen Versorgung weiterhin entstehen.

Erste Ergebnisse liegen vor. In dem Palliativnetz-Konzept sind bisher alle zu versorgenden Patienten zu Hause verstorben, in dem anderem Konzept ist ein Drittel der Patienten auf der Palliativstation gestorben, wobei es, wie gesagt, bei den neuen Versorgungsstrukturen insbesondere darum geht, die ambulante Versorgung zu verbessern.

Wir haben also auf der einen Seite ein integratives Modell, so wie es auch von den gesetzlichen Vorgaben nach §§ 37b und 132d gefordert wird. Wir haben hier ein motivationsförderndes Konzept durch Anreize der Mitwirkung für andere, sodass es eben auch expandieren und sich in strukturell schwächere Regionen ausdehnen kann. Wir haben bereits Patienten im Rheingau, in Lorch, in Espenschied, versorgen können, weil durch den dezentralen Aufbau dieser Strukturen diese Ausweitung von Kompetenz auch gefördert wird.

Auf der anderen Seite steht ein sehr zentralistisch organisiertes Konzept, krankenhausbasiert, ausströmend, mit möglicherweise sehr weiten Anfahrtswegen und einem hohen zeitlichen Aufwand, was die Bewältigung der Wegstrecke anbetrifft, und natürlich auch ein Modell, das an Krankenhausstrukturen gebunden ist, die eine besondere Qualifikation und eine besondere Struktur vorhalten müssen, die in Hessen nicht sehr weit verbreitet sind.

Wir haben also nur wenige Krankenhäuser, die über palliative Kompetenz verfügen, wir wissen aber, dass dieses Modell, krankenhausbasiert, bis Ende März noch an verschiedene andere onkologische Stationen von Krankenhäusern angegliedert und damit erweitert werden soll, obwohl dort zum Großteil noch gar keine palliative Kompetenz vorhanden ist. Das heißt, es werden hier Parallelstrukturen aufgebaut, krankenhausorientiert, ohne dass bisher eine Mitwirkung in der ambulanten oder stationären Palliativversorgung aufgebaut worden ist. Das hat sicherlich mit den gesetzlichen Regelungen ab dem 1. April 2007 zu tun; denn die Strukturen, die bis zum 31. März dieses Jahres an der Versorgung teilnehmen, müssen ab dem 1. April nach dem GKV-WSG entsprechend berücksichtigt werden. Hier werden bis zum 31. März Fakten noch schnell geschaffen, um damit eine Weiterförderung nach dem 1. April im Bereich des GKV-WSG zu ermöglichen, aber eben komplett vorbei an den bisher aufgebauten ambulanten Strukturen.

Es gibt z. B. in Kassel gute ambulante Strukturen, ebenso in Fulda und in Hanau. All diese ambulanten Strukturen sind in diesem krankenhauskoordinierten ambulanten Palliativkonzept ausdrücklich nicht berücksichtigt worden. Das steht im Widerspruch zum Geist des GKV-WSG, indem dezidiert der integrative Gesichtspunkt, der organische Aufbau von unten nach oben und die Mitwirkung aller Beteiligten, insbe-

sondere jener, die sich seit Jahren für eine Förderung der Hospiz- und Palliativarbeit stark gemacht haben, ausgeschlossen werden.

Sie haben den Worten von Herrn Pfarrer Otto, der dieses Thema auch angesprochen hatte, entnommen, dass es nicht allein meine Sorge ist, sondern dass es die Sorge der gesamten ambulanten Hospiz- und Palliativbewegung ist, dass hier krankenhausbasierte Fakten geschaffen werden sollen, die, auch historisch betrachtet, gerade den Bereich ausgliedern sollen, der sich in den letzten 10 bis 15 Jahren besonders stark gemacht hat und der vielleicht auch dafür verantwortlich ist, dass wir heute hier sitzen und dieses Thema so offen und kreativ diskutieren können. – Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vielleicht noch ein Wort. Es gibt eine Pressemitteilung vom 7. Februar 2007, in der vonseiten der Hausärzteschaft dieses krankenhauskoordinierte Konzept dezidiert abgelehnt wird, was einmal mehr zeigt, dass Versorgungsstrukturen geschaffen werden sollen, die den organischen Aufbau der letzten Jahre einfach ausklammern.

Diskussion

Norbert Kartmann,
Präsident des Hessischen Landtags:

Vielen Dank, Herr Dr. Nolte. – Wir kommen nun wieder zur Diskussion.

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach,
Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen:

Ich bin niedergelassener Facharzt für innere Medizin und Mitglied des Präsidiums der Landesärztekammer Hessen.

Ich bedanke mich ganz ausdrücklich für die Vorträge dieser letzten Runde des heutigen Nachmittags, die gezeigt haben, was ist und was noch werden muss. Auch wenn es durchaus schon funktionierende Strukturen mit verschiedenem Ansatz in Ballungsgebieten gibt, so muss man, wenn man auch Herrn Pfarrer Otto und Herrn Brysch folgt, doch dringend darauf hinweisen, dass gerade in der Peripherie noch ein ganz großer Handlungsbedarf besteht. Das ist mit das Schwierigste. Wir haben es sehr einfach, wenn im Hintergrund Fachabteilungen stehen, wenn es eine größere Zahl von Ärzten gibt, die sich in den Diensten austauschen können, und wir haben große Probleme im Land. Hessen ist eines der Flächenländer. Möglicherweise deshalb gibt es dort noch große weiße Flecken.

Des Weiteren muss man sagen, wenn wir den Vortrag von Frau Prof. Jäger als Beispiel nehmen und den Bedarf an Palliativmedizin feststellen wollen, so ist das die Spitze des Eisberges. In der Regel haben wir nicht onkologische Patienten, wie wir auch in dem Vortrag von Frau Rechtsanwältin Vetter gehört haben. Sie hat Beispiele genannt, die mit der Onkologie überhaupt nichts zu tun hatten. Das sind Unfallpatienten, das sind neurologische Patienten, das sind internistische Patienten, eine Vielzahl unterschiedlicher Patienten. Diese sind häufig, wenn wir heute von Hospizarbeit und Palliativmedizin sprechen, in der öffentlichen Diskussion noch weit hinten. Hieran müssen wir sehr arbeiten. Wenn wir von Bedarfszahlen sprechen, so bitte ich gerade die Verantwortlichen, dass von vornherein daran gedacht wird, dass wir viel mehr tun müssen, und das ist ohne die Unterstützung der Politik nicht möglich.

(Beifall)

Dr. med. Michael Popović,
Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer Hessen:

Ich möchte mich den Worten von Herrn Dr. von Knoblauch anschließen und zunächst feststellen, dass Palliativversorgung, Palliativmedizin und hospizliche Begleitung nicht ausschließlich in die Domäne eines medizinischen Fachgebietes gehören,

wenngleich die Onkologie natürlich ein Fachgebiet ist, das sich aufgrund der Krebserkrankungen, die nicht mehr austerapiierbar sind, mit diesen Problemen befasst.

Ich möchte das Gesagte noch vertiefen. Wir haben in der Neurochirurgie, in der Neurologie, in der Psychiatrie, in der Geriatrie und in vielen anderen Fachgebieten ebenfalls palliativ zu versorgende Patientinnen und Patienten, die hospizlich begleitet werden müssen. Wir haben Beispiele dafür genannt bekommen, wie es in einem bestimmten definierten Bereich gut funktioniert. Da wir als Landesärztekammer für die flächendeckende Versorgungsqualität zuständig sind, sage ich aber: Das darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass wir in der Fläche tatsächlich erhebliche Probleme unterschiedlicher Art haben. Seit zwölf Jahren beschäftigen wir uns damit, die Versorgungssituation in der Fläche zu analysieren und Handlungsempfehlungen für die Strukturentwicklung auf den Weg zu geben.

Die Situation stellt sich in Arolsen und Korbach gänzlich anders dar als in Michelstadt im Odenwald, und die medizinischen Versorgungszentren in den Zentren sind nicht unser Problem – heute nicht so sehr und vor allem nicht morgen. Wir haben massive Strukturveränderungen im Gesundheitswesen zu erwarten, mit einer Verschärfung der Versorgungslogistik, die vor allen Dingen die Alten und Schwerstkranken in der Fläche betrifft.

Ich nenne in diesem Zusammenhang einmal ein ganz anderes Syndrom: die Versorgung von Schlaganfallpatienten. Auch hier werden wir die Versorgungslogistik massiv optimieren müssen. Ich könnte das vertiefen, will es aber angesichts der fortgeschrittenen Zeit nicht tun. Ich möchte Sie nur darauf verweisen, dass sich die Landesärztekammer unter Berücksichtigung dieser interdisziplinären Probleme und flächendeckenden Versorgungssituationen mit der Strukturierung der Palliativversorgung in Hessen intensiv auseinandergesetzt und der Landesregierung eine Stellungnahme hierzu zur Verfügung gestellt hat. Wir haben diese hinten ausgelegt. Ich möchte Ihnen noch einmal dringend nahelegen, diese Stellungnahme bei Ihren weiteren Beratungen mit zu berücksichtigen.

Dank der aktiven Förderung durch die Willy-Robert-Pitzer-Stiftung, allen voran durch unseren ehemaligen Sozialminister, Herrn Armin Clauss, haben die Landesarbeitsgemeinschaft Hospize in Hessen, die KASA und die Landesärztekammer drei Fachtagungen interdisziplinärer, multiprofessioneller Art in unserem Fortbildungszentrum in Bad Nauheim mit bis zu 300 Teilnehmern durchgeführt – interdisziplinär, multiprofessionell. Es waren Ärzte dabei, es waren Theologen dabei, Vertreter von Caritas, Diakonie, Ehrenamt usw. Gerade bei der letzten Tagung am 31. Januar, an der fast 300 Personen teilgenommen haben, haben wir in sechs Workshops, die auf die Krankenhausversorgungsregionen bezogen waren, intensiv erarbeitet, wo Probleme vorhanden sind und worin die Lösungsansätze bestehen. Derzeit erstellen wir die Dokumentation, und diese ist, wenn Sie so wollen, eine aus § 5 Heilberufsgesetz resultierende gutachterliche Stellungnahme für die Landesregierung. Wir werden sie Ihnen zuleiten. Die Veröffentlichung dazu findet sich im Heft 3 des Hessischen Ärzteblatts und ist ebenfalls hinten ausgelegt.

Ein letzter Hinweis zur Frage, was gut ist für den Sterbenden. Das, was gut für ihn ist, wollen wir wohl alle. Dazu haben wir einen Workshop durchgeführt. Ich habe

heute Morgen bereits hierauf hingewiesen. Auch diese Veröffentlichung finden Sie hinten ausgelegt.

(Beifall)

Dr. Thomas Spies, *MdL*:

Herr Nolte hat ganz zum Schluss ein sehr eindrucksvolles Beispiel dafür geliefert, als wie schwierig sich ökonomische Steuerungsmechanismen im Gesundheitsbereich gelegentlich erweisen können. Ich habe eine Frage an Sie alle, so Sie sich berufen fühlen, sie zu beantworten. Herr Pfarrer Otto sagte, als er auf die Frage, was Hospizbewegung ist, einging, eine flächendeckende Hospizbewegung würde der Diskussion um Sterbehilfe den Boden entziehen. Vielleicht kann man das einmal auf die politische Ebene zurückführen, auch auf die Aufgaben, die sich Landespolitik insgesamt stellt. Teilen Sie die Einschätzung, dass man, wenn man das, was Sie alle fünf uns heute dargestellt haben und was an Forderungen daraus abzuleiten ist, umsetzte, vielleicht die Frage nach der Sterbehilfe nicht mehr stellen müsste, weil es keinen mehr gäbe, der danach verlangte? – Dies alles umzusetzen ist sehr aufwendig und schwierig. Herr Popović hat das Spektrum eindrucksvoll angerissen, und Sie alle haben dieses Spektrum an verschiedenen Stellen angerissen. Wenn ich nur den letzten Vortrag nehme und mir überlege, ich wollte das flächendeckend in Hessen umgesetzt wissen, so wäre diese Aufgabe jedenfalls nicht nebenbei zu lösen.

Dr. med. Thomas Nolte,
Zentrum für ambulante Palliativversorgung, Wiesbaden:

Ich fühle mich durchaus angesprochen und denke, würden wir nicht nur die Voraussetzungen für eine solche umfassende palliative Versorgungskultur schaffen – würden wir eben nicht nur pflegerische, spirituelle und medizinische Leistungen schaffen –, sondern würden wir auch einen mehr kulturellen und sozialen Dialog pflegen, dann hätten wir erheblich weniger Probleme bei der Versorgung von Menschen am Lebensende und auch weniger Diskussionen wie die, die wir beispielsweise gestern Abend in der ARD erlebt haben, in der sehr konträre Gesichtspunkte gegeneinander standen. Insbesondere die Tabuisierung des Themas stellt ein großes Problem dar. Es ist immer noch jeden Tag Realität, dass Menschen mit über 80 Jahren und einer unheilbaren Erkrankung ihr Schicksal in keiner Weise problematisiert haben, keine Vorsorge getroffen haben, nicht mit ihren Angehörigen, nicht einmal mit ihrem Lebenspartner über die letzten Tage gesprochen haben. Ich denke, es geht nicht alleine nur um Strukturen, nicht alleine um Geld, sondern es geht auch um Kultur im Umgang mit dem Tod und dem Sterben. Wir müssen wirklich alle Möglichkeiten rekrutieren, die wir haben. – Ich denke und sage dies dezidiert: Wir haben dank der Politik tolle Instrumente bekommen. Ich gehöre nicht zu den Kritikern der Reform im Gesundheitsbereich der letzten Jahre, sondern ich habe diese Reform als Riesenchance verstanden, mich um neue Versorgungswege zu bemühen und Ideen und Konzepte zu entwickeln. – Dann haben wir zumindest das Bestmögliche getan, um 90 % bis 95 % der Diskussionen erst gar nicht aufkommen zu lassen.

Ich glaube, dass das Ausmaß der Diskussionen auch das Ausmaß der Unterversorgung widerspiegelt. Es wäre idealisiert, zu sagen, wenn dies einträte, wäre die Diskussion beendet; aber das Problem wäre – davon bin ich fest überzeugt – um 90 % reduziert.

Dr. Jürgen Bickhardt,
*Mitglied der Arbeitsgruppe des BMJ „Patientenautonomie am Lebensende
und der BAG Hospiz, Erding:*

Das lässt sich an den beiden Umfragen des Jahres 2005 belegen. In der einen hatten sich über 70 % der Bevölkerung für aktive Sterbehilfe ausgesprochen, in der anderen 35 %. In der letztgenannten Umfrage waren die Befragten zuvor über die Möglichkeiten von Palliativmedizin und Hospizarbeit informiert worden. Das heißt, das Wissen um diese Möglichkeiten ist entängstigend.

Jene, die trotzdem diesen anderen Weg wollen, werden – das ist schon klar – nicht aussterben, aber ihr Prozentsatz wird wesentlich geringer, und der Druck auf die Politik lässt damit natürlich nach.

Ich möchte noch ein Weiteres sagen. Zurzeit befinden wir uns in einer Mangelsituation, in der eigentlich alle vorhandenen Modelle unterstützt werden sollten. Ich bin immer skeptisch, wenn „stationär“ und „ambulant“ gegeneinander ausgespielt werden. Gerade in der flächendeckenden Versorgung – Bayern ist ein noch größerer Flächenstaat – ist das palliative Know-how in vielen Bereichen eben nur im Krankenhaus vorhanden. Dann muss die Vernetzung das Krankenhaus mit einbeziehen. Wenn das palliative Know-how im ambulanten Bereich besteht, so ist das ambulante Modell vorzuziehen. Das heißt, wir müssen mehrgleisig fahren und dürfen jetzt nicht das eine oder das andere fordern. In 15 Jahren kann das ganz anders aussehen.

Eugen Brysch,
Geschäftsführender Vorstand der Deutschen Hospizstiftung:

In Bezug auf die Frage, ob wir uns das leisten können, denke ich, dass die Zahlen doch ein deutliches Bild widerspiegeln. Zurzeit geben wir im Bundesgebiet für die Versorgung im palliativen Bereich 33 Millionen €, vielleicht 35 Millionen € aus. Für die Versorgung im ambulanten, insbesondere ehrenamtlichen, Bereich sind es etwa 11 Millionen € bis 12 Millionen €. Ich darf Ihnen vor Augen halten, dass das gesamte Gesundheitssystem rund 245 Milliarden € jährlich im Budget umsetzt. Das heißt, wir müssen tatsächlich eine Fehlleitung der Mittel mit innovativer Kraft realisieren. Dazu bedarf es natürlich auch einer Politik, die den Mut hat, Maßstäbe zu setzen.

Auch wenn Herr Nolte das neue Wettbewerbsstärkungsgesetz außerordentlich begrüßt, so wird die eigentliche Arbeit meiner Meinung nach erst im Bundesausschuss beginnen. Ich darf einmal den Vorsitzenden des Bundesausschusses zitieren, der sagte, er sei selbst überfordert, das gesamte Gesundheitssystem darzustellen bzw. zu begreifen. Deswegen wird es entscheidend darum gehen – der Gesetzgeber hat sich da ein bisschen herausgemogelt –, ganz klare prozessuale Wege, wie wir eigentlich zu diesen Ergebnissen kommen, vorzugeben.

Wir haben auch mit Herrn Staatssekretär Schröder sehr intensiv über diese Sache verhandelt. Er war nicht in der Lage, den Politikern tatsächlich den Maßstab für die Gestaltung im Bundesausschuss an die Hand zu geben. Sie wissen, dass der Teil der Beteiligung aller Hospiz- und Palliativverbände außen vor steht. Es gibt nur ein leichtes Beteiligungsrecht, das wir nun schon seit über 50 Jahren kennen. Wir haben ja bewusst gesagt, dass ein solches Angebot bei 660 Palliative-Care-Diensten rund 1 Milliarde € umfasst. Das bedeutet, dass ein Palliative-Care-Dienst nach unseren Vorstellungen wenigstens zwei Ärzte, acht Pflegekräfte und einen Sozialarbeiter, der auch noch die Arbeit als Case-Manager übernehmen muss, implementieren sollte. Aber Sie sehen: Genau über diese Inhalte muss noch der Bundesausschuss entscheiden.

Bei dem Zweiten, auf das ich eingehen will, handelt es sich um eine hochpolitische Diskussion. Ich glaube, niemand, der hier vorn sitzt, wird Ihnen, weil er auch die praktische Erfahrung hat, heute verdeutlichen, dass damit die Diskussion um die Veränderung des § 216 StGB – Tötung auf Verlangen – komplett eingestellt wird. Wir sind uns aber über eine Sache im Klaren: Es ist ein Pfund, das wir hier auch im Strafrecht haben, dass wir Tötungsdelikte, wenn Sie so wollen, in unterschiedlicher Weise bewerten. Es gibt den Mord, es gibt den Totschlag, und es gibt die Tötung auf Verlangen, und das in wirklich abgestimmter Form zueinander.

Bei aller Fantasie mancher Strafrechtler, man könne das alles objektivieren, glaube ich, dass man daran scheitern wird. Ich bin der Überzeugung, dass auch die Juristen in den Niederlanden keinen schlechten Vorsatz hatten, aber dass sie an ihrer Objektivierbarkeit gescheitert sind. Sie mussten daran scheitern, weil – darüber müssen wir uns im Klaren sein – Einzelfallgerechtigkeit niemals das Recht – ich sage einmal: erst recht nicht das Strafrecht –, sondern einzig und allein der Richter herzustellen hat. Die Frage wird nur sein: Sind unsere Richter in Deutschland auf eine solche ethische Diskussion vorbereitet, und sind sie vorbereitet, tatsächlich zu prüfen, inwieweit und mit welchem Strafmaß dieses Töten auf Verlangen zu belasten ist?

In den letzten Jahren hat es in Deutschland beispielsweise eine Entscheidung in Berlin gegeben, die aufhorchen lässt. Eine Anklage wegen Tötung auf Verlangen wurde nicht nur zugelassen, sondern es ist auch über sie entschieden worden, was allerdings zur Straffreiheit für die betreffende Person geführt hat. Sie sehen also: Einzelfallgerechtigkeit ist möglich. Wir müssen nur den Mut haben, zu sagen: Es gibt keine Objektivierbarkeit, es gibt eine Grenze der Objektivierbarkeit.

Ich sage noch dazu: Alle, die glauben, das herzustellen, müssen dann auch die Verantwortung für die sogenannten – dies ist ein schreckliches Wort, aber ich nenne es dennoch – Kollateralschäden tragen. Diejenigen, die glauben, das objektivierbar zu machen und einen Mechanismus außerhalb des Strafrechts dahin gehend abzuwickeln, müssen die Verantwortung für jene tragen, die vorher nicht gefragt wurden oder die dazu gedrängt worden sind.

Jetzt sage ich Ihnen noch eines, und das lässt doch nachdenken. In den Niederlanden ist in den mittlerweile 20 Jahre Praxis mit der Tötung auf Verlangen – ich will gar nicht schwarz-weiß malen – noch niemals ein Arzt wegen irgendeines Deliktes in diesem Zusammenhang verurteilt worden. Es gab in den Niederlanden sogar An-

klagen auf Mord, die dann höchstrichterlich mit einer Straffreistellung endeten. Man muss sich das vorstellen. Daran sieht man, welche unterschiedlichen Strafrechtsordnungen wir haben.

Wo also gibt es ein hundertprozentiges System auf dieser Welt, das die Realität tatsächlich so abbildet, wie sie ist? Ich kenne keines, nur solche, die uns vorgegaukelt werden, und das lässt uns als Patientenvertreter unruhig werden, insbesondere, wie dies Herr Nolte und auch Herr Bickhardt formuliert haben, da wir noch so viel nacharbeiten müssen hinsichtlich der tatsächlichen Form verfassungsmäßiger Rechte, sodass nämlich in der Realität Würde auch durch staatliche Angebote, nämlich an Palliation und hospizlicher Leistung, zu realisieren und zu sichern ist.

(Beifall)

Peter Otto,

1. Vorsitzender der LAG Hospize Hessen, Immenhausen:

Das, was mit § 37b SGB V, dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, kommen soll, ist überschrieben mit „Spezielle ambulante Palliativversorgung“. Mit der Überschrift „Spezielle ambulante Palliativversorgung in Hessen“ versuchen im Moment die vier vorhin von mir genannten Krankenkassen, ebenfalls ein entsprechendes Angebot zu initiieren. Das hat aus der Sicht der Hospizbewegung zumindest den Mangel, dass es nicht vorher mit allen möglichen Beteiligten abgesprochen wurde. Dieser Mangel ist im Moment nicht ohne Weiteres zu heilen; denn: Diese Verträge werden geschlossen. Punkt. – Das Letzte war ein Originalzitat.

Obwohl wir eine ganze Menge Kritik daran haben, haben wir von der Landesarbeitsgemeinschaft Hospize versucht, das Gespräch mit den Verantwortlichen in diesem Bereich weiter zu führen. Der nächste gemeinsame Termin, der dritte, wird nach dem 31. März stattfinden. Wir werden dann sehen, was bis dahin herausgekommen ist.

Neben diesen Dingen gibt es eine ganze Menge von Konzepten. In meinem Langtext habe ich wenigstens fünf genannt, die auch andere Wege möglich erscheinen lassen. Mein Anliegen ist es, möglichst auch über das Land Hessen Einfluss auf den eben schon genannten gemeinsamen Bundesausschuss, der die Umsetzung des § 37b durch Richtlinien beschließen muss, zu nehmen. Die Vorschläge der Bundesspitzenverbände der Palliativarbeit und der Hospizarbeit sollen nicht einfach nur geprüft werden. Sie sind vielmehr einzubeziehen, sagt der Gesetzgeber. Natürlich haben auch die Länder die Möglichkeit, Impulse zu setzen, auch wenn sie nicht selbst mit abstimmen. Genau darum möchte ich bitten. Wir sollten jetzt nicht verschneupft übereinander sein, nach dem Motto: „Die haben das so gemacht, aber wir möchten das eigentlich ganz anders“, sondern wir sollten im Moment umso intensiver das Gespräch miteinander führen, um noch Impulse in Richtung des gemeinsamen Bundesausschusses geben zu können.

(Beifall)

Schlusswort

Norbert Kartmann,
Präsident des Hessischen Landtags

Meine Damen und Herren, mir liegen keine weiteren Fragen und Wortmeldungen vor, sodass ich nun mit Ihnen gemeinsam diesen Tag beschließen will. Vielen Dank zunächst einmal dafür, dass Sie so lange ausgehalten haben. Wir liegen allerdings nur zehn Minuten über der Zeitplanung. Das ist ein Beispiel für den Hessischen Landtag. Dieser schafft es nie, nur zehn Minuten über die Zeit zu gehen. Aber hier, bei fünf Minuten Redezeit, ist das natürlich etwas einfacher.

Ich habe dieses Symposium heute Morgen mit dem Hinweis und dem etwas verkürzten Satz eröffnet, das Problem bestehe darin, dass am Ende wieder die Politik entscheiden müsse. Selbstverständlich. Dies war der Ansatz, vor dem Hintergrund, dass wir uns ein Fundament für unsere Meinungsbildung schaffen müssen. Dieser Tag heute ist ein Teil des gesamten Meinungsbildungsprozesses, dieser Spannungsbogen von ethisch-theologisch-philosophischen Fragestellungen bis hin zu juristischen Aspekten und dann in Konkretion der Frage der Palliativmedizin und der Hospizbewegung.

Ich glaube, dass ich mitteilen sollte, dass wir natürlich sehr genau wissen, dass dies nicht umfänglich alles ist, was sich in diesem Themenbereich wiederfindet. Vielmehr haben Abgeordnete in Schwerpunkten eine Auswahl getroffen. Selbstverständlich ist das, was in anderen Bereichen an Überlegungen, Gedanken, Festlegungen und Erkenntnissen vorhanden ist, ebenfalls Teil der Meinungsbildung und Anlass, sich überhaupt einmal mit dem Thema zu beschäftigen. Wir haben aber heute mit Sicherheit erfahren, dass man sich viel mehr in dieser Frage bewegt, als dem einen oder anderen bewusst ist. Das ist eine ganz wichtige Erkenntnis. Jemand wie ich, der weder Mediziner noch Jurist, aber indirekt Betroffener ist, hat erfahren, wie diese Hemmschwellendebatte geführt werden muss, die ebenfalls angesprochen worden ist. Das heißt: Der Angehörige ist Teil des Vorgangs mit unglaublich schwierigen Entscheidungsstrukturen, und zwar in Tagen, weshalb aus meiner Sicht neben allen wichtigen Aspekten, die Sie alle vorgetragen haben, die Frage des Bewusstseins ein wesentlicher Aspekt ist. Dies gilt gerade auch im Hinblick auf die Möglichkeiten der Hospizarbeit. Deswegen kommt neben dem Inhaltlichen, dem Fachlichen, der Tiefe des Themas, auch die praktische Frage nach den Möglichkeiten der Hospizarbeit und der Palliativmedizin hinzu, aber auch die Frage der Patientenverfügung und anderer Möglichkeiten der Hilfe.

Meine Damen und Herren, in diesem großen Bereich haben Sie sich mit uns bewegt. Ich bedanke mich bei allen, die sich uns heute zur Verfügung gestellt haben, um etwas tiefer in das Thema einzusteigen.

Uns ist nichts entgangen. Es wird alles gedruckt werden; denn wir haben das gesamte Symposium protokolliert. Jeder wird also noch einmal nachlesen können, was er gesagt hat, und dies auch entsprechend korrigieren können, ohne dass die Inhalte

verändert werden. Das ist die Gesetzmäßigkeit unseres Protokolls. Vielleicht könnten einige Charts, die heute gezeigt wurden, dem Protokoll beigefügt werden. Das sollten wir bei den Referenten noch erfragen; denn ich glaube, das ist wesentlich.

Meine Damen und Herren, schließen möchte ich mit einem Hinweis von Herrn Brysch, der sagte, die Politik brauche Mut, in diesem Bereich Maßstäbe zu setzen. Das ist richtig. Die Frage lautet nur: Wer beurteilt, ob es Mut war, wenn wir Maßstäbe gesetzt haben? – Damit lasse ich Sie politisch – nicht inhaltlich-fachlich – nach Hause gehen. Aber es ist völlig richtig: Das ist ein wichtiger Aspekt.

(Eugen Brysch: Wenn die Kritiker laut aufrufen, dann wissen Sie, dass Sie Maßstäbe gesetzt haben!)

– Sehen Sie, das ist genau das Problem, das ich als Politiker seit 35 Jahren habe. Über die Frage der Wahrnehmung von Politik könnten wir ein anderes Symposium veranstalten.

Ich wünsche Ihnen allen einen guten Nachhauseweg und bin sehr dankbar, dass Sie hier waren.

(Beifall)

ANHANG 1: Folien zum Vortrag von Prof. Dr. Torsten Verrel

Folie 1:



Prof. Dr. Torsten Verrel



Symposium des Hessischen Landtags, 12. März 2007:

***Schutz des Lebens und
Selbstbestimmung am Lebensende***

- Strafrechtliche Perspektive -

 universität**bonn** Kriminologisches Seminar
der Rechts- und Staatswissenschaftlichen Fakultät 1

Folie 2:

Gliederung

1. Richterrecht statt Gesetzgebung
2. Ausmaß und Gründe der Rechtsunsicherheit
3. Beschlüsse des 66. DJT, Stuttgart 2006.

2

Folie 3

1. Richterrecht statt Gesetzgebung

1986: LG Ravensburg:

- Straflosigkeit der (aktiven) Beendigung künstlicher Beatmung auf ausdrücklichen Wunsch einer ALS-Patientin

1987: OLG München, Fall Hackethal:

- Straflosigkeit der (ärztlichen) Beihilfe zum freiverantwortlichen Suizid

1994: BGH, Fall Kempten:

- Behandlungsbegrenzung bei 73 jähriger Wachkomapatientin auch vor Sterbephase möglich
- in Form der Einstellung künstlicher Ernährung
- mutmaßlicher Nichtbehandlungswille genauso verbindlich wie ausdrücklicher Behandlungsverzicht

1996: BGH, Dolantin-Fall:

- Straflosigkeit sog. indirekter Sterbehilfe

3

Folie 4

2. Ausmaß der Rechtsunsicherheit

Zuordnung von Sterbehilfemaßnahmen durch **Vormundschaftsrichter** (n= 479)

		aktive Sterbeh.	passive Sterbeh.	indirekte Sterbeh.
herz-/kreislaufstabilisierende Medikamente	Verzicht	3,4 %	48,4 %	40,4 %
	Beendigung	17,4 %	48,3 %	27,3 %
Chemotherapie	Verzicht	1,7 %	42,7 %	43,6 %
	Beendigung	13,9 %	42,9 %	31,7 %
künstliche Beatmung	Verzicht	7,8 %	57,4 %	29,8 %
	Beendigung	34,5 %	41,2 %	18,8 %
Flüssigkeitszufuhr über Sonde	Verzicht	8,8 %	53,7 %	30,5 %
	Beendigung	34,0 %	42,5 %	17,1 %
Nahrungszufuhr über Sonde	Verzicht	8,4 %	54,5 %	31,2 %
	Beendigung	31,8 %	43,5 %	18,8 %

Quelle: Simon et al, MedR 2004, 305

Folie 5

2. Gründe der Rechtsunsicherheit

1. Missverständliche Terminologie:
 - aktiv = strafbar?
 - Unterlassen ja, Beendigung nein?
 - Ernährung: nicht disponible „Basisversorgung“?
 - Anrühigkeit „indirekter“ Sterbehilfe
2. Begrenzte Kommunizierbarkeit von Rechtsprechung
3. Irritierende Entscheidungen des 12. Zivilsenats

5

Folie 6

3. Beschlüsse des 66. DJT

1. Notwendigkeit (straf)gesetzlicher Regelung
2. Klarstellung der Voraussetzungen für Straflosigkeit von :
 - Behandlungsbegrenzungen
 - todesbeschleunigender Leidenslinderung
 - Suizidbeihilfe und unterlassener Rettung
3. Verbindlichkeit schriftl. Patientenverfügungen:
 - ohne Pflicht zur ärztlichen Aufklärung
 - ohne Verfallsdatum
 - auch bei noch nicht irreversibel tödlichen Krankheitsverläufen
4. Keine Zulassung aktiver Sterbehilfe

6

ANHANG 2: Folien zum Vortrag von Peter Otto

Folie 1

Teil 4:

Konzepte der Sterbebegleitung in der Hospizbewegung

von Peter Otto

Vorgaben des Veranstalters:

1. Palliativmedizin

- a) Ansatz und Ziele (Was will und was kann die Palliativmedizin leisten?)
- b) Institutionalisierungen (Welche Einrichtungen der Palliativmedizin gibt es?)
- c) Finanzierung (Wer trägt die Kosten palliativer Versorgung?)
- d) Defizite und Handlungsbedarf (Was kann die Politik für eine Verbesserung der palliativen Versorgung tun?)

2. Hospizbewegung

- a) Ansatz und Ziele (Was will und was kann die Hospizbewegung leisten?)
- b) Institutionalisierungen (Welche Einrichtungen der Hospizbewegung gibt es?)
- c) Finanzierung (Wer trägt die Kosten der Versorgung in Hospizen?)
- d) Verknüpfung zwischen Palliativmedizin und Hospizbewegung (Verbindung der Konzepte)
- e) Defizite- und Handlungsbedarf (Was kann die Politik für eine Verbesserung der palliativen Versorgung tun?)

Dame Cicely Saunders, die große alte Dame und Impulsgeberin der modernen Hospizbewegung zitierte gerne einen Spruch von Dag Hammarskjöld¹:

Do not look back.
Do not dream about future either.
It will neither give you back the past, nor satisfy your other day dreams.
Your duty, your reward, your destiny – are here and now.

Sieh' nicht zurück!
Traumwandle auch nicht in die Zukunft!
Es wird dir weder deine Vergangenheit zurückgegeben,
noch wirst du durch Tagträume befriedigt.
Deine Pflicht, deine Belohnung, deine Bestimmung ist im Hier und Heute!

¹ Diese Worte finden sich am Ende der Diplomarbeit (**Fundraising im Palliativ- und Hospizbereich als Herausforderung für interdisziplinäre Qualitätszirkel**) von **Ingrid Griesel** aus Gudensberg im Studiengang Pflegemanagement aus dem Jahre 2006.

Vorbemerkungen:

1. Für die Hospizbewegung in Hessen erfolgt die Darstellung zu Teil 4 (Abschnitt 2. Hospizbewegung) durch Peter Otto (Pfr. em.)², Vorsitzender der Landesarbeitsgemeinschaft Hospize Hessen. Die Darstellungen der Herren Eugen Brysch und Dr. Jürgen Bickhardt werden mehr die bundesweite Sicht ergänzend einbringen können. Dabei sei noch erwähnt, dass Peter Otto zugleich Vorstandsmitglied der *einzigen* bundesweiten hospizlichen Spitzenverbandsorganisation (Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V.³) ist.

2. Es fällt die Parallelität der Fragestellungen des Veranstalters an die Palliativmedizin und an die Hospizbewegung auf. Dabei wird allerdings die Frage (4.2d) nach der „*Verknüpfung zwischen Palliativ-medicin und Hospizbewegung*“ (*Verbindung der Konzepte*) lediglich an die Hospizbewegung, nicht an die Palliativmedizin gestellt, obgleich man sagen kann, die Palliativmedizin sei das „Kind“ der Hospizarbeit. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin ist auch erst zwei Jahre nach der BAG Hospiz gegründet worden.

3. Bei der Frage (4.2c) nach der *Finanzierung* (Wer trägt die Kosten der Versorgung in Hospizen?) kann leicht der Eindruck entstehen, dass nur nach der Finanzierung *stationärer* Hospize gefragt wird. Wenn die hessische Arbeitsgemeinschaft sich „*LAG Hospize Hessen*“ nennt, so signalisiert dies, dass hier unter „Hospiz“ sowohl die *ambulante* als auch die *stationäre* hospizliche Arbeit gemeint ist.

4. Bei der Frage (4.2e) nach den *Defiziten und den Handlungsbedarf* (*Was kann die Politik für eine Verbesserung der palliativen Versorgung tun?*) wird die Fragestellung aus dem Fragekatalog an die Palliativmedizin wörtlich übernommen. Es lässt sich nicht erkennen, ob dies absichtlich oder fahrlässig geschehen ist und die Fragestellung eigentlich hätte heißen müssen: „*Defizite und Handlungsbedarf (Was kann die Politik für eine Verbesserung der hospizlichen Versorgung tun?)*“

5. Es werden *Palliativmedizin* und *Hospizbewegung* ergänzend nebeneinander gestellt. In beiden Bereichen geht es in Ableitung von der WHO-Definition von „palliative-care“ vor allem darum, in einem multiprofessionellem Miteinander die vier Bereiche der **medizinischen Versorgung**, der **pflegerischen Versorgung**, der **psycho-sozialen Begleitung** und der **spirituellen Begleitung** beieinander zu halten, aufeinander zu beziehen und – falls möglich – unter der „Regie“ des sterbenden Menschen mit Hilfe eines „Care-managers“ als Angebot für diesen anzubieten.

Es ist zu beachten, dass die WHO nicht von *Palliativmedizin* als umfassenden Begriff spricht, dem die anderen zuzuarbeiten haben, sondern dass die vier genannten Bereiche zusammen als „*palliative-care*“ benannt sind, die sich sowohl an den sterbenden Menschen als auch an sein soziales Umfeld wenden.

2 Die LAG Hospize Hessen ist zu erreichen über:
LAG Hospize Hessen. Zum Försternstein 1, D-34376 Immenhausen; Tel.: 05673-44 04 und 0177-7 93 55 46; Fax: 05673-91 39 46; www.hospize-hessen.de; e-mail: lag-hessen@gmx.de

3 **Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V.**, Aachener Straße 5, 10713 Berlin; Tel.: 030-83223893; Fax: 030- 83223950; bag_hospiz@hospiz.net; www.hospiz.net

Zu 2. Hospizbewegung

a) Ansatz und Ziele

(Was will und was kann die Hospizbewegung leisten?)

Die Hospizidee - Für eine neue Kultur von Sterben und Leben

Vom lateinischen hospitium - Herberge - leitet sich der Name der modernen Hospizbewegung ab. Diese will Herberge sein für sterbensranke Menschen. 95 Prozent der Bevölkerung äußern den Wunsch, zu Hause sterben zu wollen - tatsächlich sterben um die 70 Prozent in Institutionen des Gesundheitswesens wie Krankenhäusern und Pflegeheimen. Das will die Hospizbewegung ändern und so eine neue Kultur von Sterben und Leben fördern. Ziel ist: Das Leiden Sterbenskranker zu lindern, ihnen das Verbleiben in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen und auch den Angehörigen beizustehen. Hospizarbeit ist Sterbebegleitung durch befähigte ehrenamtliche Hospizmitarbeiter und Hospizmitarbeiterinnen. Sie stehen gemeinsam mit Frauen und Männern aus dem Bereich der Medizin, der Pflege, der Sozialarbeit und Theologie sterbenskranken Menschen und ihren Angehörigen im letzten Lebensabschnitt zur Seite.

Die Schwerpunkte der Hospizarbeit

- **Psycho-soziale Begleitung**
Sie umfasst den emotionalen Beistand der Sterbenden und ihrer Angehörigen. Sie hilft bei der Auseinandersetzung mit dem bevorstehenden Tod. Sie unterstützt alle Betroffenen bei der Bewältigung unerledigter Probleme.
- **Spirituelle Beistand**
Er öffnet sich dem natürlichen Bedürfnis von Sterbenden, Fragen nach dem Sinn von Leben, Tod und Sterben und dem Danach zu stellen. In der Auseinandersetzung mit diesen letzten Fragen soll niemand alleine bleiben müssen.
- **Verbesserung der Lebensqualität**
Am Ende seines Lebens soll ein Mensch nicht unter unerträglichen Schmerzen leiden müssen. Ganzheitliche Leidenslinderung durch die modernen Verfahren der Palliativmedizin und der Palliativpflege hat damit höchste Priorität für würdig gelebte letzte Tage. Palliative Versorgung ist daher Bestandteil einer umfassend verstandenen Hospizarbeit. Die Verbesserung der Lebensqualität erfolgt somit durch das multidisziplinäre Zusammenwirken von Pflegekräften, ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, TheologInnen und Hospizmitarbeitenden.

Aktuelle Ziele der Hospizbewegung

- **Aufbau eines Netzwerkes** Hospiz durch Sicherstellung flächendeckender palliativ-medizinischer, palliativpflegerischer psycho-sozialer und spiritueller Maßnahmen.
- Anstoß einer breiten politischen Diskussion mit dem Ziel der Erhaltung und **Verbesserung der Lebensqualität sterbender Menschen und gegen** Forderungen nach **Legalisierung aktiver Sterbehilfe**, denn die Belastbarkeit des Grundgesetzes Artikel 1 "*Die Würde des Menschen ist unantastbar*" wird u. a. überprüfbar an der hospizlich-palliativen Haltung einer Gesellschaft, die Sterbensranke **lebensbejahend integriert** und der dazugehörigen Trauer Raum gibt.
- Integration der Hospizidee als Lernziel in Regelungen zur **Aus-, Weiter- und Fortbildung** aller relevanter Berufsgruppen, die mit sterbenden Menschen befasst sind (Alten- und Krankenpflege, Medizin, Sozialarbeit und Seelsorge).
- Unterstützung von Angehörigen Sterbenskranker durch gesetzlich garantierte arbeitsrechtliche **Freistellungsansprüche zur Sterbebegleitung im Familienkreis**.
- Verstärkung der **Öffentlichkeitsarbeit** zum Thema Hospiz.

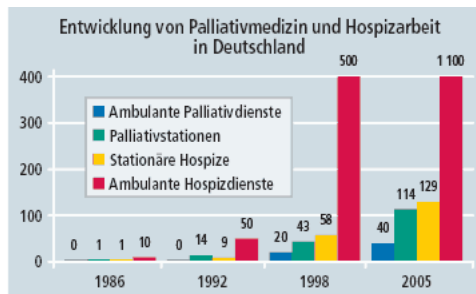
Die Stütze der Hospizbewegung - das Ehrenamt

Das **Ehrenamt** bildet bis heute den Kern der gesamten modernen Hospizarbeit in Deutschland. Dem Engagement von BürgerInnen ist es zu verdanken, dass in den 80er Jahren die ersten Hospizinitiativen in Deutschland entstanden. Ohne jeden gesetzlichen Auftrag und ohne finanziellen Rückhalt suchten Menschen nach Antworten auf den **Leidensdruck austerapiierter sterbenskranker Menschen**, die keine Fürsprecher hatten, um ihr Recht auf Linderung einzufordern und all zu oft von den rein kurativ ausgerichteten Institutionen des Gesundheitswesens abgeschoben wurden.

Aus dieser Bürgerbewegung heraus hat die Hospizidee heute Eingang gefunden in:

1. ambulante Pflege
2. Alten- und Pflegeheime
3. Krankenhäuser
4. stationäre Hospize
5. Palliativstationen
6. Weiterbildung Pflege
7. Weiterbildung Medizin

Das ehrenamtliche Engagement wuchs stetig und mit ihm die Zahl der Hospizeinrichtungen. Der **Bedarf an hospizlichen Angeboten ist in Hessen** aber **bei weitem noch nicht gedeckt**. Heute kommen auf 1 Million Einwohner in Deutschland erst 17 Palliativ- und Hospizbetten. Nach Berechnungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG) und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin liegt der tatsächliche Bedarf im stationären Bereich bei 50 Hospizbetten pro 1 Million Einwohner; das wären für Hessen ca. 120 Betten. Wir haben derzeit in Hessen gut 60 stationäre Hospizbetten in sieben stationären Hospizen und einem Kinderhospiz. Wir haben aber derzeit in Hessen über 70 ambulante Hospizinitiativen mit über 5.100 Personen, die sich als Mitglied zu diesen Hospizinitiativen zählen und über 1.600 Personen, die sich als ehrenamtlich Mitarbeitende in einer Weiterbildung haben qualifizieren lassen.



Quelle: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Stand 01.10.2005)

In einer Rankingliste der LAG⁴ wird dargestellt, dass **Hessen** in Bezug auf seine Stellung innerhalb der 16 Länder Deutschlands im Bereich hospizlicher Leistung **noch weit hinter seinen Möglichkeiten zurückgelassen ist**.

4 Deutsche Länder im Vergleich der stationären Palliativ- und Hospizangebote 2006. Zusammengefasst von der und bezieht sich auf die LAG Hospize Hessen aufgrund von statistischen Zahlen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.

Folie 5:

Die Stellung Hessens innerhalb der 16 Länder Deutschlands

Von der Einwohnerzahl her gesehen steht Hessen an	<u>5. Stelle</u> innerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
Bei der Zahl der Palliativbetten pro 1 Mio. EW steht Hessen an	<u>14. Stelle</u> ;
nach absoluten Zahlen an	<u>07. Stelle</u> .
Bei der Zahl der Hospizbetten pro 1 Mio. EW steht Hessen an	<u>10. Stelle</u> ;
nach absoluten Zahlen an	<u>07. Stelle</u> .
Bei der addierten Zahl der Palliativbetten und Hospizbetten pro 1 Mio. EW steht Hessen an	<u>15. Stelle</u> ;
nach absoluten Zahlen an	<u>07. Stelle</u> .
Bei der Zahl der Kinderhospizbetten pro 1 Mill. EW steht Hessen an	<u>04. Stelle</u> ;
nach absoluten Zahlen an	<u>02. bis 04. Stelle</u>

(Anmerkung: Es gibt nur in 5 Ländern Kinderhospize (NRW, HH, HE, B, B.-W.).)

Was will und was kann die Hospizbewegung leisten?

Die Hospizbewegung in Hessen⁵ stellt sich in erster Linie dar in der LAG Hospize Hessen, der über 80% aller hessischen Hospizinitiativen und Träger hospizlicher Einrichtungen angehören. Die Landesarbeits-gemeinschaft Hospize Hessen fördert ideell die Arbeit hessischer Hospizinitiativen und -dienste. Sie organisiert Informations- und Erfahrungsaustausch und vertritt die Interessen ihrer Mitglieder auf Landesebene gegenüber der Öffentlichkeit, staatlichen Institutionen und gesellschaftlichen Gruppen. Die LAG Hospize Hessen versteht sich als freiwilliger Zusammenschluss von Initiativen, Gruppen und Institutionen, die in der Hospizarbeit tätig sind.

Die LAG Hospize Hessen ist am 28. Juni 1996 gegründet worden. Die ersten Sprecher waren Joost Dwerhagen, Hospizdienst Limburg, und Professor Dr. med. Friedhelm Hess, Ambulanter Hospizdienst am Tumorzentrum Marburg. Bereits damals wurden Forderungen für die Hospizarbeit gestellt, die zum größeren Teil noch immer nicht erfüllt sind und weiterhin auf der Agenda stehen:

- einheitliche curriculare Ausbildung der ehrenamtlicher Hospizmitarbeitenden
- Koordinierung der Versorgung sterbenskranker Menschen zwischen ehrenamtlichen und professionellen Diensten einschließlich niedergelassener Ärzte
- Förderung der Einrichtung stationärer Hospize in Hessen
- Förderung der Einrichtung von Palliativstationen an hessischen Krankenhäusern

Versteht man unter „Hospizbewegung“ die **lokale Hospizinitiative**, so leistet sie unter optimalen Bedingungen:

- Die Bevölkerung wird für Fragen, Probleme, Chancen und Möglichkeiten der Begleitung sterbender Menschen sensibilisiert. Einer möglichen „Flucht“ in „Sterbehilfe“ wird der Boden entzogen.
- Das Sterben wird in der Gesellschaft enttabuisiert: Der einzelne Mensch und seine Angehörigen haben die Möglichkeit, sich über Zusammenhänge und mögliche Hilfen durch multiprofessionelle Begleitende zu informieren und diese in Anspruch zu nehmen, damit Sterben als „Leben bis zuletzt“ gelebt werden kann.
- Das Sterben von Menschen wird wieder aus der Anonymität heraus- und in die Gesellschaft hineingeholt. Die Würde des Einzelnen wird dadurch wieder wahrnehmbar.

5 Vgl. „Hospizarbeit in Hessen“. Von Peter Otto und Wolfgang Spuck. Hess. Ärzteblatt 02-2002

Folie 6:

Versteht man unter „Hospizbewegung“ die **landes- oder bundesweiten Aktivitäten**, so leistet sie unter optimalen Bedingungen:

- Fragen, Probleme, Chancen und Möglichkeiten der Begleitung sterbender Menschen werden so in die Gesellschaft hineingetragen und in ihr bewusst gemacht, dass Gesellschaft und Politik dadurch Gelerntes in Strukturen gestalten können:
 - Auf der Bundesebene hat dies zur Inkorporation der §§ 37b und 39a in das SGB V geführt.
 - Auf der Landesebene Hessen hat dies zu bisher insgesamt drei Jahres-Fachtagungen (2005, 2006 und 2007) zur Palliativ- und Hospizarbeit geführt, die professionsübergreifend die an der WHO-orientierten Palliativ-Care-Arbeit Beteiligten zur gemeinsamen Arbeit zusammenführte. Diese von der *Willy Robert Pitzer Stiftung* finanzierten Tagungen wurden gemeinsam veranstaltet von KASA (Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung, HAGE, Marburg), der Landesärztekammer Hessen und der LAG Hospize Hessen. Voraussichtlich wird zukünftig die notwendige Kooperation auf der regionalen Ebene der Krankenhausplanungsregionen eingeübt und mitgestaltet.
- Lokal aus hospizlicher Praxis Gelerntes und Erkanntes wird auf einer weiteren Ebene wahrgenommen, festgehalten, verglichen und gesellschaftlich ausgesprochen. Damit ist es in der Welt. Es kann nun viel leichter in politisches und gesamtgesellschaftliches Handeln überführt werden. Dies versucht und gestaltet auf der Landesebene z.B. die LAG Hospize Hessen (z. T. in Kooperation mit Verbänden der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen). Dies versucht und gestaltet auf der Bundesebene z.B. die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (z. T. in Kooperation mit Verbänden der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege). Neben der Umsetzung die Hospizarbeit betreffender gesetzlicher Bestimmungen in Bundesrahmenvereinbarungen und Landesvereinbarungen betrifft dies u. a. auch Fragen wie die, die zur Ansetzung dieses Symposiums geführt haben: Es ist davon auszugehen, dass die Bündelung der Basisreaktionen auf die Niederlassung der Schweizer DIGNITAS in Deutschland mit dazu geführt hat, dass der Hessische Landtag – wenn auch mit einjähriger Verspätung – dieses Symposium heute durchführt.

b) Institutionalisierungen

(Welche Einrichtungen der Hospizbewegung gibt es?)

Ende der 80er Jahre des 20. Jahrhunderts sind in Hessen die ersten Hospizinitiativen gegründet worden. Inzwischen hat die 1996 gegründete LAG Hospize Hessen ca. 90 Mitglieder, davon ca. 70 ambulante Hospizinitiativen. Dazu gibt es sieben stationäre Hospize und ein stationäres Kinderhospiz.

Als Wiege der Hospizbewegung in Europa gilt Großbritannien. Dort gründete Dame Cicely Saunders – die Grand Dame der Hospizbewegung 1967 in London mit dem „St. Christopher's Hospice“ das erste „neuzeittliche“ Hospiz, das bereits zwei Jahre später durch einen palliativen Hausbetreuungsdienst ergänzt wurde. Hintergrund dieser Entwicklung war, dass die an akutmedizinischen Behandlungsmaximen orientierte und zunehmend technisierte Hochleistungsmedizin insbesondere bei schweren Tumorerkrankungen den Versorgungsbedarfen und –bedürfnissen der Betroffenen nicht gerecht werden konnte und kann. Die Bedingungen, unter denen schwerstkranke Menschen in den Akutkliniken verstarben, wurden zunehmend als inhuman empfunden, da weder der Linderung belastender Symptome, noch einer psychosozialen Beileitung Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Auch die in Deutschland heute bestehenden ambulanten Palliativ- bzw. Hospizdienste und stationären Hospize sind in der überwiegenden Anzahl aus lokalen oder regionalen Hospizgruppen hervorgegangen.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz** (Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V. zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin) wurde **1992** als gemeinnütziger Verein für die bundesweite Interessenvertretung der Hospizbewegung in Deutschland gegründet. Gründungsmitglieder waren engagierte Ehrenamtliche sowie Vertreter bestehender örtlicher Hospizvereine und stationärer Hospize. 13 Personen aus den Bundesländern, die ausschließlich ehrenamtlich tätig sind, bilden den Vorstand der BAG Hospiz (Ärzte, Krankenschwestern, Pfleger, Leiter von stationären Hospizen und von Trauerkontaktstellen, Vorsitzende ambulanter Hospizdienste und von Landesarbeitsgemeinschaften). Den Vorsitz hatten bisher inne: Klinikseelsorger Heinrich Pera in Halle/Saale (1992 – 1997), Frau Gerda Graf (1997 – 2006) und Frau Staatsrätin Dr. Birgit Weihrauch (seit 2006).

Mitglieder der BAG Hospiz sind ambulante, teilstationäre und stationäre Hospize sowie Palliativstationen, dies zum größten Teil über die 16 Landesarbeitsgemeinschaften Hospiz bzw. Hospizverbände. Auch überregionale Organisationen wie der Bundesverband Kinderhospiz e.V., die Deutsche Aidshilfe, der Deutsche Kinderhospizverein, die Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand (IGSL Hospiz), der Malteser Hilfsdienst und Omega - Mit dem Sterben leben e.V. sind Mitglieder der BAG. Kooperiert wird u. a. mit der Deutschen Alzheimergesellschaft dem Deutschen Pflegerat und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.

Die BAG Hospiz arbeitet eng mit ihrem Wissenschaftlichen Beirat mit nationaler und internationaler hospizlicher und palliativer Forschung zusammen, gibt deren Ergebnisse in Hospizpublikationen heraus und bedient die Hospizinitiativen, die über die Landesarbeitsgemeinschaften bei ihr eine indirekte Mitgliedschaft haben, mit der „Hospiz-Zeitschrift“. Der „Bundes-Hospiz-Anzeiger“ ist mehr für die Unterrichtung öffentlicher Mandatsträger und Verantwortliche gedacht und kann über den „der hospiz-verlag“⁶ oder über die zuständige LAG⁷ bezogen werden. Neuerdings verantwortet die BAG Hospiz eine eigene Hospizakademie und eine eigene Stiftung. Die Deutsche Hospiz Stiftung (gegründet 1996) dagegen arbeitet nur punktuell mit der BAG Hospiz und deren Landesarbeitsgemeinschaften zusammen und hat neben den Stiftungsaufgaben als „Patientenschutzorganisation“ einen eigenen Förderverein gegründet, der aber eine Förderung der BAG Hospiz oder der Landesarbeitsgemeinschaften bisher nie übernommen hat.

Die LAG Hospize Hessen ist seit 2000 Mitglied der BAG Hospiz. Sie ist derzeit sowohl in deren BAG-Facharbeitsgruppen als auch in deren Vorstand vertreten.

6 *der hospiz verlag* Paul Timmermanns, Auer Schulstr. 17, 42103 Wuppertal; Tel.: +49 (202) 4938300; Fax: +49 (202) 4938301; E-Mail: hospiz@hospiz-verlag.de; Internet: www.hospiz-verlag.de

7 Vgl. Anmerkung 1

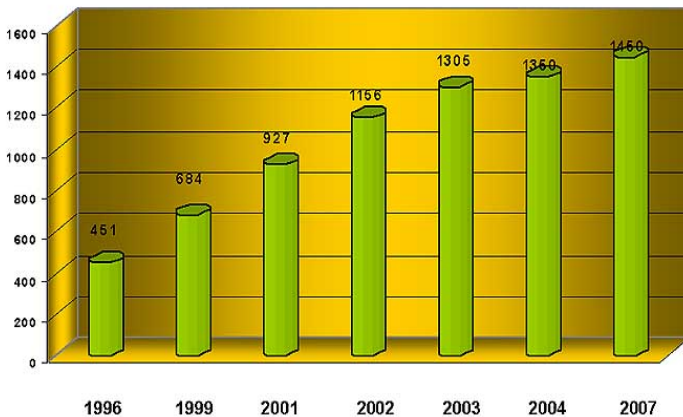
Folie 8:

In der BAG Hospiz und in den Landesarbeitsgemeinschaften gilt das Subsidiaritätsprinzip: Die eigentliche Begleitung sterbender Menschen geschieht vor Ort. Landes- und Bundesarbeitsgemeinschaft verstehen ihre Arbeit als Zuarbeit und Unterstützung der örtlichen Aktivitäten durch Forschung, Koordination, gesellschaftliche und politische Lobbyarbeit.

**Von der BAG erfasste Hospizeinrichtungen in Deutschland
(Stand: Februar 2007)**

Einrichtung	Gesamtzahl Deutschland	Gesamtzahl Hessen	Abgeleitet von den Angaben aus der „Gesamtzahl Deutschland“ müssten in Hessen vorhanden sein
Ambulante Hospizdienste:	≈1.450	≈ 80	110
Stationäre Hospize:	151 (1.232 Betten)	8 (68 Betten)	92 Betten
Palliativstationen:	139 (933 Betten)	3 (36 Betten)	140 Betten
Ehrenamtliche in der Hospizbewegung:	ca. 80.000	ca. 1.600	6.000

Entwicklung der ambulanten Hospiz- und Palliativdienste - einschließlich der spezialisierten Dienste für Kinder

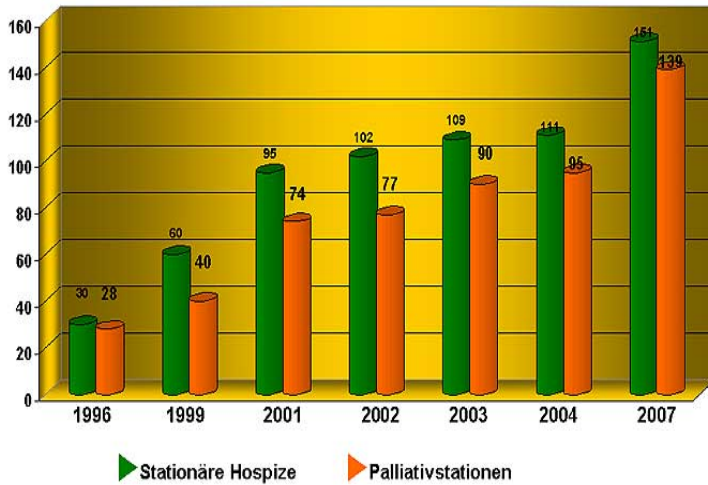


Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V.
 Aachener Str. 5, 10713 Berlin
 Tel: 030 / 83223893, Fax: 030 / 83223950,
 E-Mail: bag.hospiz@hospiz.net, Internet: www.hospiz.net

Stand: 02/2007

Quelle: Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin 2006/2007 und BAG-Hospiz Datenbank

Entwicklung der stationären Hospize und Palliativstationen - einschließlich der spezialisierten Einrichtungen für Kinder



Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V.
Aochener Str. 5, 10713 Berlin
Tel: 030 / 83223890, Fax: 030 / 83223950,
E-Mail: bag.hospiz@hospiz.net, Internet: www.hospiz.net

Stand: 02/2007

Quelle: Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin 2006/2007 und BAG-Hospiz Datenbank

c) Finanzierung

(Wer trägt die Kosten der Versorgung in Hospizen?)

Für die **stationären Hospize** wurde in einer Bundes-Rahmenvereinbarung nach § 39a (1) Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998 i. d. F. vom 09.02.1999 mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen eine Finanzierung vereinbart.

Im Rahmen der Versorgung werden im stationären Hospiz neben der Unterkunft und Verpflegung palliativ-medizinische, palliativ-pflegerische, soziale und geistig-seelische Leistungen sowie Sterbe- und Trauerbegleitung ganztätig (vollstationär) oder nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) erbracht.

Die palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung soll durch Linderung der Krankheitsbeschwerden die letzte Lebensphase des Patienten so erträglich wie möglich gestalten und ist nicht primär darauf gerichtet, das Leben zu verlängern. Im Zentrum steht somit neben der Behandlung der körperlichen Beschwerden (Schmerztherapie, Symptomkontrolle) die Linderung der mit dem Krankheitsprozess verbundenen psychischen Leiden unter Berücksichtigung sozialer und ethischer Gesichtspunkte.

Das stationäre Hospiz erbringt die sach- und fachkundige umfassend geplante Pflege, die sich in Inhalt und Umfang an körperlichen, psychischen, sozialen und geistig-seelischen Bedürfnissen der sterbenden Menschen orientiert. Die Angehörigen und Bezugspersonen der Sterbenden werden nach Möglichkeit in die Pflege und Begleitung mit einbezogen.

Lediglich 90 v. H. des tagesbezogenen Bedarfssatzes werden den Hospizen von den Krankenz- bzw. Pflegekassen erstattet, sodass jeder Träger eines stationären Hospizes mindestens 10% (faktisch oft über 20%) selber aus Eigen- oder Spendenmitteln beizusteuern hat.

Für die **ambulante Hospizarbeit** wurde in einer Bundes-Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002 i. d. F. Vom 17.01.2006 mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen lediglich für die Personalkosten der hauptamtlichen Koordinationsfachkräfte eine Zuschussfinanzierung vereinbart. Die hauptamtlichen Koordinationsfachkräfte haben neben der Palliativberatung der sterbenden Menschen und deren Angehörigen die ehrenamtlich Mitarbeitenden zu gewinnen, zu qualifizieren, einzusetzen und zu begleiten.

Der Förderbetrag wird auf Grundlage von Leistungseinheiten ermittelt. Die Leistungseinheiten des einzelnen ambulanten Hospizdienstes errechnen sich, indem die Anzahl der am 31.12. des Vorjahres einsatzbereiten ehrenamtlichen Personen mit dem Faktor 2 und die Anzahl der im Vorjahr geleisteten Sterbebegleitungen mit dem Faktor 3 multipliziert und anschließend addiert werden. Zur Ermittlung des Förderbetrages je Leistungseinheit ist das Gesamtfördervolumen des Bundeslandes durch die Summe der Leistungseinheiten der zu fördernden ambulanten Hospizdienste des Bundeslandes zu dividieren. Der Förderbetrag ist auf die in Abs. 1 genannten Personalkosten begrenzt. Sachkosten werden öffentlich nicht geregelt bezuschusst.

Zur Verfügung steht jeweils eine begrenzte Summe (Hessen 2007 ca. 2 Mill. €), die zudem erst im Juli ausgeschüttet wird. Vielen ambulanten Hospizinitiativen ist deshalb eine Finanzierung nicht möglich, weil sie nicht die Möglichkeit einer bis zu 1,5 Jahren notwendigen Vorfinanzierung haben. Dies behindert die ambulante Arbeit ungemein. Derzeit wird mit dem Hessischen Sozialministerium und der Willy Robert Pitzer Stiftung nach Möglichkeiten gesucht, dieses Problem zu lösen.

d) Verknüpfung zwischen Palliativmedizin und Hospizbewegung (Verbindung der Konzepte)

Unter Palliativmedizin wird hier alles das verstanden, was unter "Palliative-care zu subsumieren ist. (vgl. Vorbemerkung 4 und Ausführungen zu 2b) Es ist hier nicht die Möglichkeit, ausführlich die Konzepte der Palliativarbeit darzustellen. Doch ist zu bemerken, dass die Entwicklung von Palliative Care auf die Hospizbewegung zurückgeht. In der Literatur werden die Begriffe „Palliative Care“ (palliative Versorgung) und „Hospice Care“ (hospizische Versorgung) häufig synonym benutzt. Sie stehen jeweils für die im angelsächsischen Raum in der Tradition der bürgerlichen Protestbewegung der 1960er-Jahre verwurzelten Initiativen für die Entwicklung bedarfs- und bedürfnisgerechter Versorgungsmöglichkeiten für schwerstkranke und sterbende Menschen.

Lag der Schwerpunkt der Hospizarbeit auf der Begleitung schwerstkranker sterbender Menschen und ihrer Bezugspersonen, so wird heute das Augenmerk verstärkt darauf gelenkt, dass palliative Versorgungskonzepte zur Maximierung von Lebensqualität und die in der [Palliativmedizin](#) weiterentwickelten palliativen Behandlungsverfahren insbesondere bei schweren fortschreitenden Erkrankungen bereits in frühen Behandlungsphasen begleitend zur kurativen Therapie angewandt werden. Ferner wird heute der Blick verstärkt darauf gelenkt, dass bei vielen an chronisch degenerativen Erkrankungen leidenden Menschen eine Versorgungspraxis angezeigt ist, die dem Symptommanagement hinreichend Rechnung trägt. Sie können und sollten von den in der Palliativpflege und -medizin im Rahmen der Versorgung von Menschen im fortgeschrittenen Stadium von Tumorerkrankungen und Aids gesammelten Erfahrungen profitieren. Dies gilt im besonderen Maße für chronisch erkrankte Menschen, die durch anhaltenden Schmerz oder wiederholt auftretende Schmerzzustände in ihrer Lebensqualität einschränkt sind.

Ich habe schon darauf hingewiesen, dass vier Bereiche integrativ zu einer hospizlichen und palliativen Zuwendung dazugehören: die **medizinische Versorgung**, die **pflegerische Versorgung**, die **psycho-soziale Begleitung** und der **spirituelle Begleitung**. Da die ersten beiden vornehmlich im palliativen Bereich der Medizin und der Pflege, die letzten beiden vornehmlich im hospizlichen Bereich angeboten oder vermittelt werden, kann ein ganzheitlicher Umgang mit einem sterbenden Menschen nur im Miteinander der Angebote und Professionen geschehen. Wie dies am effektivsten geschieht, dazu gibt es derzeit Meinungsbildung und Meinungsverschiedenheiten – vor allem im Zusammenhang mit der Einführung des § 37b SGB V durch das GKV-WSG. Die Hospizbewegung macht hier ihrem Namen alle Ehre, wenn sie die hospizlichen Interessen dort vertritt, wo im Vorlauf der Einführung des § 37b SGB V mit der *speziellen ambulanten Palliativversorgung* vier hessische Krankenkassen (AOK, BEK, DAK und IKK) auf der Grundlage der Möglichkeiten nach §§ 140 a bis 140h SGB V versuchen, eine krankenhaus- und einseitig onkologisch orientierte *spezielle ambulante Palliativversorgung in Hessen* noch vor dem 31.03.2007 zu initiieren, ohne den gesamten notwendigen, palliativ-hospizlich orientierten Bereich von Anfang an integrativ einzubeziehen. Dies wird entweder regional zur Zerschlagung hospizlicher Strukturen führen oder die in Hessen in der näheren Vergangenheit erreichte Annäherung von Medizin und Hospizarbeit konterkarieren.

Es gibt gute Konzepte für integrative Zusammenarbeit. Sie hier darzustellen würde den Zusammenhang überfordern. Es sei aber hingewiesen auf das BAG-Konzept, das zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin erarbeitet wurde:

- AHPZ – Ambulante Hospiz- und Palliativzentren sowie z.B. auf
- Modelle aus dem Saarland (Paul Herrlein: Koordinierung und Case Management in der Hospiz- und Palliativversorgung) und
- NRW (Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in NRW) und nicht zuletzt die
- Gedanken der LÄK Hessen zur „Strukturierung der palliativmedizinischen Versorgung“ (Hess. Ärzteblatt 11/2006 S. 838ff).

Es bleibt aber festzustellen, dass tragfähige Lösungen nur im Miteinander aller Verantwortlichen und Beteiligten erarbeitet werden können.

e) Defizite- und Handlungsbedarf

(Was kann die Politik für eine Verbesserung der palliativen Versorgung tun?)

Die Fragestellung ist aus hospizlicher Sicht nicht korrekt. Besser heißt sie:

Was kann die Politik für eine Verbesserung der palliativen Versorgung und der hospizlichen Begleitung tun?

Die Antworten ergeben sich aus der WHO Definition of Palliative Care

WHO-Definition von Palliative-Care von 2002 (Englisch)

„Palliative Care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problems associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.“

Palliative care

- provides relief from pain and other distressing symptoms;
- affirms life and regards dying as a normal process;
- intends neither to hasten or postpone death;
- integrates the psychological and spiritual aspects of patient care;
- offers a support system to help patients live as actively as possible until death;
- offers a support system to help the family cope during the patients illness and in their own bereavement;
- uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counselling, if indicated;
- will enhance quality of life, and may also positively influence the course of illness;
- is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.

Vorschlag einer deutschen Übersetzung nach Dr. Thomas Schindler, DGP:

„Palliative Care ist ein Weg zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Prävention und Linderung von Leiden durch frühzeitiges Erkennen und zweifelsfreier Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderer Probleme körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“

Palliative Care

- sorgt für die Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Beschwerden;
- bejaht das Leben und betrachtet Sterben als einen natürlichen Prozess;
- beabsichtigt weder den Tod zu beschleunigen noch ihn hinaus zu zögern;
- beinhaltet die psychologischen wie spirituellen Aspekte der Patientenbetreuung;
- bietet ein Unterstützungssystem an, das den Patienten hilft, bis zum Tod so aktiv wie möglich zu leben;
- bietet ein Unterstützungssystem an, das den Familien hilft, mit der Erkrankung und mit ihrer eigenen Verlustsituation umgehen zu können;
- nutzt die Teamarbeit, um sich an die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Familien zu richten, einschließlich der erforderlichen Trauerbegleitung;
- will die Lebensqualität verbessern und wenn möglich einen positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf nehmen;
- ist bereits früh im Krankheitsverlauf anwendbar, in Verbindung mit anderen Behandlungsmaßnahmen, die auf Lebensverlängerung ausgerichtet sind, wie z.B. Chemo- oder Strahlentherapie, und umfasst diejenigen Maßnahmen, die für ein besseres Verständnis und eine verbesserte Handhabung belastender klinischer Komplikationen notwendig sind.

Folie 13:

Von den **politisch Verantwortlichen** hätte Hospiz- und Palliativarbeit zu ihrer Förderung gerne Unterstützung u. a. bei:

- **Schaffung ausreichender statistischer Grundlagen für die Bewertung der Lage sterbender Menschen (z.B. in hessischen Altenpflegeheimen)**
In Hessen werden die rechtlichen und strukturellen Voraussetzungen dafür geschaffen, dass kontinuierlich und regelmäßig ergänzende Daten zu Sterbe-Orten, Sterbe-Umständen und Verweildauern bei einem Versterben in Institutionen erhoben und veröffentlicht werden.
- **Sterben nach hospizlichen Grundsätzen muss in allen Wohn- bzw. Aufenthaltsorten möglich sein.**
Menschen haben - unabhängig von ihrem Wohn- bzw. Aufenthaltsort - dieselben Rechte auf eine fachlich gute und menschlich würdevolle Begleitung und Betreuung in ihrer letzten Lebensphase.
- **Die Gleichbehandlung aller Menschen in ihrer letzten Lebensphase**
Um dem Ziel der Gleichbehandlung aller Menschen in ihrer letzten Lebensphase näher zu kommen, müssen ähnliche Rahmenbedingungen und insbesondere deren Finanzierung unabhängig vom Status der Versicherung des sterbenden Menschen verbessert bzw. hergestellt werden:
- **Eine verlässliche Dauer-Finanzierung von multiprofessioneller Sterbebegleitung durch hospizliche Begleitung und palliative Versorgungsarbeit in den letzten vier Lebenswochen.**
In diese Finanzierung sollen generell auch Aufwendungen für die Angebote der ambulanten Hospizdienste einbezogen werden (z.B. Fahrtkosten, Sachkosten, ggf. Koordinationskostenanteil).
- **Eine geregelte, zuverlässig gesteuerte multiprofessionelle Zusammenarbeit ist Voraussetzung palliativ-hospizischen Handelns.**
Dafür ist eine fortlaufende Qualifizierung aller Berufsgruppen aus Medizin, Pflege, Therapie, Seelsorge und Sozialarbeit sowie der hospizlich qualifizierten Ehrenamtlichen als wesentliches Kennzeichen einer qualitativ hochwertigen Sterbebegleitung notwendig.
- **Die Installation der speziellen ambulanten Palliativversorgung durch § 37b SGB V und durch die Anwendung von §§ 140 a – h muss in gleichberechtigter Mitwirkung aller beteiligter Professionen und Institutionen geschehen.**
Das Land Hessen möge darauf hinwirken, dass unabhängig von bisher gesetzlich geregelten Mitwirkungsrechten Beteiligte (z.B. Ambulante Hospizdienste) künftig gleichberechtigt zusammenarbeiten können, weil nur so der ganzheitliche Ansatz umzusetzen ist. Nur dadurch können Umstände vermieden werden, die sterbende Menschen in die Arme von „Sterbehelfern“ treiben.

Lassen Sie mich schließen, indem ich das Wort Dag Hammarskjöld vom Anfang noch einmal zitiere:

Sieh' nicht zurück!
Traumwandle auch nicht in die Zukunft!
Es wird dir weder deine Vergangenheit zurückgegeben,
noch wirst du durch Tagträume befriedigt.
Deine Pflicht, deine Belohnung, deine Bestimmung ist im Hier und Heute!

Ich danke Ihnen für Ihre Bereitschaft, sich auf dieses Thema einzulassen und für Ihre Geduld.



HESSISCHER LANDTAG

15. 11. 2005

Zur Behandlung im Plenum
vorgesehen

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN betreffend Schutz des Lebens und Selbstbestimmung am Lebensende

In den letzten Wochen ist eine Debatte über das Spannungsverhältnis zwischen dem Schutz des Menschenlebens und dem Wunsch nach Selbstbestimmung auch am Lebensende aufgekommen, die durch Vorschläge aus dem politischen Raum konkretisiert wurde. Dabei geht es um ethische Grundfragen, die ungeeignet für eine parteipolitische Auseinandersetzung sind, gleichwohl aber auch einer politischen Antwort bedürfen.

Der Landtag wolle beschließen:

Der Landtag stellt fest:

1. In der Werteordnung des Grundgesetzes und der Hessischen Verfassung genießen die Würde des Menschen, das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit höchste Priorität. "Leben und Gesundheit, Ehre und Würde des Menschen sind unantastbar", lautet Art. 3 der Verfassung des Landes Hessen. Die Verpflichtung des Staates, das Leben und die Würde aller Menschen zu schützen, gehört zu den Grundlagen jedes demokratischen Gemeinwesens. Die Tötung eines anderen Menschen ist deshalb nach unserem gemeinsamen ethischen, weltanschaulichen und politischen Verständnis ein Tabu und muss deshalb strafbewehrt sein. Dies gilt auch für die Tötung auf Verlangen.
2. Ebenso gehört das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen zu den höchsten Gütern der Verfassung. "Der Mensch ist frei. Er darf tun und lassen, was die Rechte anderer nicht verletzt oder die verfassungsmäßige Ordnung des Gemeinwesens nicht beeinträchtigt", heißt es in Art. 2 Abs. 1 der Verfassung des Landes Hessen. Der Wunsch, in Würde zu leben und zu sterben, ist ebenso schutzwürdig, wie die Entscheidung des Einzelnen, im Krankheitsfalle bestimmte Behandlungsmaßnahmen durchzuführen oder zu unterlassen, Respekt verdient.
3. Die Errungenschaften der modernen Medizin haben dazu geführt, dass die Grenzen zwischen Selbstbestimmung und fremden Entscheidungen auf lebenserhaltende medizinische Maßnahmen neu bestimmt werden müssen. Immer wieder stehen Angehörige, Ärzte, Betreuer und Vormundschaftsrichter vor der Frage, ob medizinische Maßnahmen, wie z.B. künstliche Ernährung bei älteren bzw. schwerstkranken Menschen, aufgenommen oder beendet werden soll.

Der Landtag nimmt seine Verantwortung wahr, indem er als Beitrag zur politischen Willensbildung die öffentliche Debatte über die aktuellen Fragen von Lebensschutz, Sterbegleitung und Sterbehilfe engagiert mitgestaltet. Er veranstaltet demgemäß im Frühjahr 2006 ein Symposium zu den grundlegenden ethischen und rechtlichen Fragen des Lebensschutzes, der Wahrung der Menschenwürde auch im Sterben und der möglichen und notwendigen Hilfen dabei.

Der Präsident wird gebeten, dieses Symposium in Zusammenarbeit mit den Fraktionen des Landtags vorzubereiten und durchzuführen. Es sind unterschiedliche Positionen und Meinungen aus allen Bereichen der Gesellschaft, insbesondere aus den Kirchen, der Wissenschaft und der Rechtspflege, zu beteiligen.

Der Rechtsausschuss wird beauftragt, die zur Vorbereitung des Symposiums notwendigen Entscheidungen alsbald zu treffen.

Wiesbaden, 15. November 2005

Der Parlamentarische Geschäftsführer:
Frank-Peter Kaufmann



HESSISCHER LANDTAG

01. 12. 2005

Beschlussempfehlung und Bericht des Rechtsausschusses

**zu dem Antrag
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
betreffend Schutz des Lebens und Selbstbestimmung am Lebensende
Drucksache 16/4644**

- A. Der Rechtsausschuss empfiehlt dem Plenum, den mündlich geänderten Antrag Drucks. 16/4644 in der nachfolgenden Fassung als gemeinsamen Antrag aller vier Fraktionen anzunehmen.

In den letzten Wochen ist eine Debatte über das Spannungsverhältnis zwischen dem Schutz des Menschenlebens und dem Wunsch nach Selbstbestimmung auch am Lebensende aufgekommen, die durch Vorschläge aus dem politischen Raum konkretisiert wurde. Dabei geht es um ethische Grundfragen, die ungeeignet für eine parteipolitische Auseinandersetzung sind, gleichwohl aber auch einer politischen Antwort bedürfen.

In der Werteordnung des Grundgesetzes und der Hessischen Verfassung genießen die Würde des Menschen, das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit höchste Priorität. "Leben und Gesundheit, Ehre und Würde des Menschen sind unantastbar", lautet Art. 3 der Verfassung des Landes Hessen. Die Verpflichtung des Staates, das Leben und die Würde aller Menschen zu schützen, gehört zu den Grundlagen jedes demokratischen Gemeinwesens. Die Tötung eines anderen Menschen ist deshalb nach unserem gemeinsamen ethischen, weltanschaulichen und politischen Verständnis ein Tabu und muss deshalb strafbewehrt sein. Dies gilt auch für die Tötung auf Verlangen.

Ebenso gehört das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen zu den höchsten Gütern der Verfassung. "Der Mensch ist frei. Er darf tun und lassen, was die Rechte anderer nicht verletzt oder die verfassungsmäßige Ordnung des Gemeinwesens nicht beeinträchtigt", heißt es in Art. 2 Abs. 1 der Verfassung des Landes Hessen. Der Wunsch, in Würde zu leben und zu sterben, ist ebenso schutzwürdig, wie die Entscheidung des Einzelnen, im Krankheitsfalle bestimmte Behandlungsmaßnahmen durchzuführen oder zu unterlassen, Respekt verdient.

Die Errungenschaften der modernen Medizin haben dazu geführt, dass die Grenzen zwischen Selbstbestimmung und fremden Entscheidungen auf lebenserhaltende medizinische Maßnahmen neu bestimmt werden müssen. Immer wieder stehen Angehörige, Ärzte, Betreuer und Vormundschaftsrichter vor der Frage, ob medizinische Maßnahmen, wie z.B. künstliche Ernährung bei älteren bzw. schwerstkranken Menschen, aufgenommen oder beendet werden sollen.

Der Landtag wolle beschließen:

Der Landtag nimmt seine Verantwortung wahr, indem er als Beitrag zur politischen Willensbildung die öffentliche Debatte über die aktuellen Fragen von Lebensschutz, Sterbebegleitung und Sterbehilfe engagiert mitgestaltet. Er veranstaltet demgemäß im Frühjahr 2006 ein Symposium zu den grundlegenden

ethischen und rechtlichen Fragen des Lebensschutzes, der Wahrung der Menschenwürde auch im Sterben und der möglichen und notwendigen Hilfen dabei.

Der Präsident wird gebeten, dieses Symposium in Zusammenarbeit mit den Fraktionen des Landtags vorzubereiten und durchzuführen. Es sind unterschiedliche Positionen und Meinungen aus allen Bereichen der Gesellschaft, insbesondere aus den Kirchen, der Wissenschaft und der Rechtspflege, zu beteiligen.

Der Rechtsausschuss wird beauftragt, die zur Vorbereitung des Symposiums notwendigen Entscheidungen alsbald zu treffen.

- B.
1. Der Antrag war dem Rechtsausschuss in der 85. Plenarsitzung am 24. November 2005 überwiesen worden.
 2. Der Rechtsausschuss hat den Antrag in seiner Sitzung am 30. November 2005 behandelt und einstimmig die unter A wiedergegebene Beschlussempfehlung getroffen.

Wiesbaden, 30. November 2005

Berichtersteller:
Dr. Andreas Jürgens

Ausschussvorsitzender:
Boris Rhein

(Beginn: 10.07 Uhr)

Präsident Norbert Kartmann:

Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich eröffne die 89. Plenarsitzung des Hessischen Landtags am heutigen Dienstag, dem 20. Dezember 2005. Ich stelle die Beschlussfähigkeit des Hauses fest. – Dieser Feststellung wird nicht widersprochen.

Zur Tagesordnung teile ich mit, dass die Punkte 14, 16, 18 und 19, 21 und 22, 24 bis 27, 30 bis 33, 35 bis 38, 40 und 41, 61 sowie 64 bis 67 noch offen sind.

Wir tagen heute bis zur Erledigung der Tagesordnung und ohne Mittagspause.

Wir beginnen mit Tagesordnungspunkt 41. Das ist die Beschlussempfehlung des Rechtsausschusses zu dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Drucks. 16/4733 zu Drucks. 16/4644. Danach rufen wir den Tagesordnungspunkt 14 auf. Das ist der Nachtragshaushalt.

Es ist noch ein Dringlicher Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN betreffend Abschiebestopp jetzt – dauerhaftes Bleiberecht umsetzen, Drucks. 16/4999, eingegangen. Wird die Dringlichkeit bejaht? – Das ist der Fall. Damit wird dieser Dringliche Antrag Tagesordnungspunkt 68 und kann, wenn dem nicht widersprochen wird, mit dem Tagesordnungspunkt 64 zu diesem Thema aufgerufen werden.

(Frank-Peter Kaufmann (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Es wird darum gebeten!)

– Darum wird gebeten, und daher wird dies auch so gemacht.

Weiterhin ist ein Dringlicher Entschließungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN betreffend Verkauf des Universitätsklinikums Gießen und Marburg schafft Risiken für Wissenschaftsfreiheit und Krankenhausversorgung, Drucks. 16/5000, eingegangen. Das ist zumindest eine ehrenwerte Zahl. Wird die Dringlichkeit bejaht? – Das ist der Fall. Damit wird dieser Antrag Tagesordnungspunkt 69 und kann mit den Tagesordnungspunkten 38, 61 und 67 aufgerufen werden. – Dem wird nicht widersprochen, daher verfahren wir so.

Meine Damen und Herren, auf den Tischen liegt die neue Ausgabe der Broschüre „Die Arbeit des Hessischen Landtags“ aus. Das Schülereheft und das dazugehörige Lehrheft werden Ihrem Interesse empfohlen, und es wird den Besuchergruppen anheim gestellt, dass sie nur hierher kommen, wenn sie die Unterrichtsstunden durchgeführt haben. Das kann nie schaden.

Meine Damen und Herren, dann rufe ich, wie vereinbart, **Tagesordnungspunkt 41** auf:

Beschlussempfehlung und Bericht des Rechtsausschusses zu dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN betreffend Schutz des Lebens und Selbstbestimmung am Lebensende – Drucks. 16/4733 zu Drucks. 16/4644 –

Berichterstatter ist Herr Abg. Dr. Jürgens. – Auf Berichterstatter verzichten wir, aber er hat das Wort zur Aussprache. Die vereinbarte Redezeit beträgt 15 Minuten je Fraktion.

Dr. Andreas Jürgens (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):

Herr Präsident, meine Damen und Herren! Meine Fraktion hat den Vorschlag zur Durchführung eines Symposiums zum Schutz des Lebens und zur Selbstbestimmung am Lebensende von vornherein in der Erwartung eingebracht, dass es uns gelingen könnte, eine fraktionsübergreifende Initiative in dieser Richtung zustande zu bringen. Ich bin daher froh, dass es uns im Rechtsausschuss sehr schnell gelungen ist, zu einer einvernehmlichen Beschlussempfehlung zu kommen, wie sie Ihnen schriftlich vorliegt.

(Beifall bei dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und bei Abgeordneten der SPD)

Ich denke, wir sind übereinstimmend der Auffassung, dass die angesprochenen Fragen von Leben und Tod sich von vornherein nicht für parteipolitische Auseinandersetzungen oder Profilierungen eignen. Es geht nicht nur um grundlegende Fragen unserer Rechtsordnung. Es geht um die ethischen Grundlagen der Gesellschaft, und es geht um elementare Fragen des menschlichen Daseins schlechthin.

Der Beschluss, den wir heute fassen werden, wie ich annehme, bietet aus unserer Sicht eine sehr gute Grundlage für die fundierte Beschäftigung mit einem schwierigen, aber außerordentlich wichtigen Thema, das sehr viele Menschen in unserer Gesellschaft sehr bewegt.

Vielleicht fragt sich der eine oder andere, ob es sinnvoll ist, sich ausgerechnet in der Weihnachtswoche mit Fragen des Sterbens auseinander zu setzen. Schließlich ist Weihnachten das Fest der Geburt, für die Christen sogar das Fest der wichtigsten Geburt in der Menschheitsgeschichte. Wir feiern Ende der Woche genau diese Geburt, diesen Beginn eines Lebens. Sollen wir uns da mit dem Lebensende beschäftigen?

Ich glaube, dies ist kein Widerspruch; denn der Tod gehört zum Leben wie auch die Geburt. Das eine ist ohne das andere nicht denkbar, und die Auseinandersetzung mit dem Sterben kann aus meiner Sicht sinnvoll nur mit einem grundsätzlichen Bekenntnis zum Leben geführt werden und ist daher auch in der Vorweihnachtszeit gut führbar.

Jedes menschliche Leben ist ein einzigartiges Geschenk, gleichviel ob wir es betrachten als Geschenk Gottes, als Geschenk der Natur, der Vorsehung, vielleicht als Geschenk der Eltern oder auch nur des Zufalls. Jedenfalls ist unser aller Leben entstanden ohne unser Zutun.

So sicher, wie das Leben mit der Geburt beginnt, endet es mit dem Tod. Das sind die beiden einzig sicheren Aussagen, die man über jedes Leben treffen kann. Was dazwischen der Lebensweg mit sich bringt, ist sehr unterschiedlich und unsicher.

Aber sowenig wir selbst die Entstehung unseres Lebens beeinflussen können, können wir am Ende dem Tod entgegen. Er ist unumkehrbar und endgültig. Wir alle leben mit dieser Gewissheit, und vermutlich ist es gerade dieses Unausweichliche, das uns oft als Bedrohung erscheint. Nahe stehende Menschen sterben zu sehen, dabei die eigene Hilflosigkeit zu erfahren, ihnen nicht helfen zu können, gehört zu den schlimmsten Erfahrungen, die das Leben mit sich bringt. Aber wir können den Fragen der Selbstbestimmung und des Schutzes des Lebens auch am Lebensende nicht ausweichen. Deshalb ist es gut und richtig, dass sich auch der Hessische Landtag damit beschäftigt.

(Beifall bei dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Die Fortschritte der Medizin verhelfen vielen kranken Menschen zu einem besseren, einem längeren und einem beschwerdefreien Leben. Ich bin im Übrigen persönlich ganz froh, dass 1956, als mein Zwillingbruder und ich geboren wurden, in dem Kinderkrankenhaus, in das wir als Frühgeburt kamen, überhaupt schon Brutkästen vorhanden waren. Wie ich jetzt weiß, war das damals durchaus noch keine Selbstverständlichkeit.

Die heute viel gescholtene Apparate- und Intensivmedizin kann vielen Menschen sehr gut helfen. Wir sollten sie daher auch nicht verteufeln.

(Beifall bei dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der Abg. Ruth Wagner (Darmstadt) (FDP))

Im Übrigen meinten die Ärzte damals, dass mein Bruder und ich wegen unserer angeborenen Glasknochen das Schulkindalter nicht erreichen würden.

Wenn alles gut geht, werden wir im nächsten Jahr 50 Jahre alt. Vielleicht haben diese persönliche Erfahrung und vor allem diese ärztliche Fehleinschätzung ein bisschen dazu beigetragen, das Bewusstsein von dem Leben als Geschenk zu stärken, und gleichzeitig auch eine gewisse Grundskepsis gegenüber allen ärztlichen Prognosen bewirkt.

(Beifall bei dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der SPD und der FDP)

Die großen Fortschritte der Medizin haben vielfach das trügerische Gefühl vermittelt, Ärzte könnten dem Tod ein Schnippen schlagen. In der Tat sind viele Krankheiten und Verletzungen, die früher zum Tod führten, heute behandelbar und vielleicht sogar heilbar. Wir leben länger, weil es die moderne Medizin gibt.

Hier hat vielleicht der Begriff von den „Halbgöttern in Weiß“ seinen Ursprung – wobei ich zumindest in der Vergangenheit manchmal den Eindruck hatte, dass einige Ärzte einzig den Zusatz „halb“ für falsch hielten. Aber gegenwärtig erleben wir bei vielen Menschen eher eine deutlich medizinkritische Haltung. Trotz der Fülle des angehäuften medizinischen Wissens sowie trotz aller entwickelten Techniken und Fähigkeiten der Heilberufe gilt die Erkenntnis, dass die menschliche Existenz mehr Geheimnisse verborgen hält, als bisher enthüllt werden konnten. Auch die modernste Medizin kann das Sterben letztendlich nicht verhindern.

Allerdings ist der Ablauf des Sterbens dadurch ein anderer geworden. In den meisten Fällen ist das Sterben kein plötzlich eintretendes Ereignis, sondern ein fortschreitender Prozess, der – so könnte man fast sagen – mit der Geburt beginnt. Der bewusste Sterbeprozess, der als solcher wahrgenommen wird, zieht sich gelegentlich quälend lange hin.

Ich habe mich am Freitag im Kasseler Hospiz umgesehen. Dort werden Gäste aufgenommen, deren Leben sich absehbar dem Ende zuneigt. Was die Verweildauer betrifft: 13 Monate waren die längste Zeit, die jemand dort verbracht hat, 20 Minuten die kürzeste. In dieser Zeitspanne bewegte sich die Verweildauer.

Die Medizin kann das Sterben letztlich nicht verhindern. Sie wird es nie können und sollte das auch nicht; denn Unsterblichkeit würde Unmenschlichkeit bedeuten. Allerdings empfinden viele auch eine Lebenshaltung um jeden Preis als Unmenschlichkeit. Muss immer und in jedem Fall alles medizinisch Mögliche geleistet werden? Immer wieder fragen sich das die Angehörigen sterbender

Menschen, die das Leiden ihrer Lieben kaum ertragen können.

Aber man muss sich wiederum fragen, was zu welchem Zeitpunkt noch zu leisten ist. Schließlich kann niemand genau vorhersehen, wann der Tod eintritt, und niemand kann genau sagen, wie lange das Leben noch verlängert werden kann. Was ist sinnvoll und richtig: eine Lebensverlängerung um Stunden, Tage, Wochen, Monate oder Jahre? Was ist sinnvoll? Was soll geleistet werden? Wo ist die Grenze? Können wir eine solche Grenze überhaupt festlegen? Dürfen wir das?

Ich glaube, die Antwort muss Nein lauten. Nichts im Leben eines Menschen ist in so hohem Maße individuell wie das Sterben. Es gibt sicherlich keine zwei Menschen, die in vergleichbaren Stadien derselben Krankheit die gleichen Wünsche und Hoffnungen haben, die gleichen Seelenqualen durchmachen und die gleichen Entscheidungen fällen würden.

Jeder Mensch ist anders als alle anderen – gerade wenn es ans Sterben geht. Deshalb ist der betroffene Mensch der Einzige, der wirklich Entscheidungen über das Ausmaß und die Intensität lebensverlängernder Behandlungsmaßnahmen fällen darf. Nur mit seiner Einwilligung darf behandelt werden; nur aufgrund seiner Entscheidung darf eine Behandlung unterbleiben.

Das ist sicherlich auch einer der Gründe dafür, warum sich der Gesetzgeber bisher damit zurückgehalten hat, in diesem Bereich regelnd einzugreifen. Es ist immer sehr schwierig, hoch individuellen Situationen mit abstrakten Regelungen generell beizukommen.

Allerdings gibt es eine gesetzliche Festlegung, die von Alters her gilt: Die Tötung eines anderen Menschen ist nämlich selbst dann verboten, wenn das Opfer die Tötung nicht nur erlaubt, sondern geradezu darum gebeten hat. Das ergibt sich schon aus dem Eid des Hippokrates, der nicht erst von gestern stammt, sondern schon sehr alt ist. Der Eid des Arztes lautet:

Ich werde niemandem, auch nicht auf seine Bitte hin, ein tödliches Gift verabreichen oder auch nur dazu raten.

Konsequenterweise enthält unser Strafgesetzbuch auch – so könnte man sagen – seit Alters her den § 216, der die Tötung auf Verlangen unter Strafe stellt.

Einer der Anlässe, warum wir uns darüber unterhalten, ist die im politischen Raum jüngst erhobene Forderung, die Tötung auf Verlangen in bestimmten Teilbereichen freizugeben. Ich bin sehr froh, dass die Justizministerkonferenz dieses Anliegen zurückgewiesen hat und dass die Reaktion in der Öffentlichkeit überwiegend ablehnend war.

Wir befinden uns in der Situation, dass die Selbsttötung straffrei ist, mit der Folge, dass auch die Beihilfe und die Anstiftung zur Selbsttötung straffrei sind. Die Rechtsordnung zieht also eine strikte Grenze zwischen der aktiven Tötung eines anderen, die verboten und in jedem Fall strafbar ist, und der straffreien Beihilfe zur Selbsttötung. Diese Grenze darf meines Erachtens nicht überschritten werden. Der Staat ist verpflichtet, das höchste Rechtsgut, das wir kennen, nämlich das menschliche Leben, vor Angriffen von außen zu schützen. Niemand darf an einen Dritten Hand anlegen. Dieses absolute Tötungsverbot, nicht zuletzt in dem Gebot „Du sollst nicht töten“ zum Ausdruck gekommen, gehört zu den wichtigsten zivilisatorischen Leistungen der Menschheitsgeschichte. Es gilt immer und unbedingt.

Die auch nur teilweise Freigabe der Tötung auf Verlangen würde diesen Schutz des Lebens aufweichen. Wer will beurteilen, ob tatsächlich ein ernsthaftes Verlangen des Opfers vorlag und – vor allem – ob dies das wirkliche Motiv des Täters war? In wie vielen Fällen wurde das vorge-täuscht, um andere Motive, z. B. die eigene Unfähigkeit, das Leiden des anderen zu ertragen, oder handfeste erb-rechtliche Interessen, zu verschleiern?

Außerdem wissen wir aus der Suizidforschung, dass ein geäußelter Todeswunsch sehr häufig, wenn nicht sogar in aller Regel, zunächst einmal der Wunsch nach einem besse- ren Leben ist. 90 % der Suizidversuche werden nicht wiederholt, weil der zugrunde liegende Konflikt gelöst ist, weil der Halt, den man vorher nicht hatte, jetzt gefunden wurde – wie auch immer.

Auch bei kranken und sterbenden Menschen spiegelt ein geäußelter Todeswunsch zunächst einmal den Wunsch nach einem Leben ohne Leiden und ohne Schmerzen wi- der. Irgendwann kommt der Zeitpunkt, an dem die Ein- sicht in die Ausweglosigkeit die Hoffnung auf Besserung überwiegt. Aber wann dieser Zeitpunkt ist und ob er mit dem Zeitpunkt, zu dem ein Todeswunsch geäußert wird, tatsächlich übereinstimmt, werden wir in aller Regel nicht ermitteln können.

Die so genannte aktive Sterbehilfe, also die bewusste, ge- wollte und zielgerichtete Beendigung des Lebens eines anderen, darf daher nach meiner Überzeugung nicht frei- gegeben werden. Der Einzige, der, wenn überhaupt, über die Beendigung seines Lebens entscheiden darf, ist der Betroffene selbst. Die Rechtsordnung verlangt – wie ich finde, zu Recht –, dass er, wenn er diese Entscheidung trifft, sie in eigener Verantwortung und eigenhändig umsetzt. Dann deckt die Rechtsordnung den Mantel des Schweigens darüber und erhebt keinen Strafanspruch – auch nicht gegenüber denjenigen, die ihm dabei helfen. Aber der Betroffene selbst muss das Geschehen jederzeit beherrschen. Nur so kann ein möglicher Missbrauch ver- hindert werden.

An dieser Stelle muss ich deutlich darauf hinweisen, dass die immer wieder erhobenen Forderungen nach klaren und eindeutigen gesetzlichen Regelungen nach Fragen der Sterbehilfe in diesem höchst individuellen Bereich von Leben und Tod wahrscheinlich nicht erfüllt werden kön- nen. Wie auch immer eine abstrakte Regelung aussehen könnte, sie wird niemals in der Lage sein, alle denkbaren Fälle einer alle zufrieden stellenden Lösung zuzuführen. Dazu sind die Wertvorstellungen, die Interessenlagen so- wie die Wünsche und Ängste der Menschen einfach zu unterschiedlich.

Sicher haben viele von uns in der Familie sowie im Freun- des- und Bekanntenkreis bereits eine Situation erleben müssen, in der sie sich hilflos und von der Rechtsordnung allein gelassen fühlten. Viele hätten sich gewünscht, ihrem Angehörigen besser helfen zu können – vielleicht auch durch das Abschalten der Geräte, die ihn nur noch mühsam am Leben erhielten.

Ich denke aber, wir dürfen nicht den Fehler begehen, eige- ne Erfahrungen in dramatischen Einzelfällen als allei- nigen Maßstab für generelle Regelungen zu nehmen; denn eine Regelung, die für einen selbst hilfreich gewesen wäre, würde vielleicht schon beim Nachbarn versagen. Was in dem einen Fall als Hilfe bei einem menschenwü- rdigen Sterben gilt, wäre vielleicht schon im nächsten Fall die Durchsetzung von Eigennutz oder ein aufgrund des Kostendrucks verursachtes frühes Ableben.

Im Übrigen sehe ich in den Fällen keine aktive Sterbe- hilfe, in denen zur Linderung von unerträglichen Schmer- zen z. B. hohe Dosen schmerzlindernder Medikamente, wie Morphine, verabreicht werden, obwohl man weiß, dass diese vermutlich zu einer Verkürzung des Lebens beitragen werden. Hier wird nämlich das frühere Eintre- ten des Todes nicht gezielt herbeigeführt – es ist nicht die Absicht des Handelns –, sondern es ist die unvermeidliche Folge einer medizinischen Maßnahme, die wiederum zweifelsfrei dem Wohle des Patienten dient.

Hier gibt es erheblichen Nachholbedarf. Die Palliativmed- izin steckt bei uns vielfach noch in den Kinderschuhen. In dem Maße, wie die Medizin anerkennen muss, dass sie nicht alle Menschen heilen kann, muss sie, wie ich finde, ihr Wissen und ihre Fähigkeiten dafür einsetzen, die Men- schen vor vermeidbaren Schmerzen und Leiden zu be- wahren. Auch dies gehört zur Menschenwürde am Le- bendende.

(Beifall bei dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und bei Abgeordneten der SPD)

„Die Würde des Menschen ist unantastbar“, heißt es im Grundgesetz. Zu Recht steht dieser Satz am Anfang des Grundgesetzes. Damit ist jeder Mensch gemeint: Männer wie Frauen, Deutsche wie Ausländer, Hellhäutige und Farbige. Ich füge hinzu: nicht nur der gehende Mensch, sondern auch der rollende, nicht nur der hörende, sondern auch der gehörlose, nicht nur der sehende, sondern auch der blinde.

Viele Menschen sagen immer wieder: „Wenn ich im Roll- stuhl sitze, möchte ich nicht mehr leben“, oder: „Wenn ich blind wäre, wäre ich lieber tot“. Ich weiß, diese Menschen haben Unrecht. Ich weiß, dass ein Leben im Rollstuhl sehr wohl schön und lebenswert sein kann. Ich habe viele Men- schen in meinem Bekanntenkreis, die blind oder erheblich sehbeeinträchtigt sind und ihr Leben in beiden Händen halten – teilweise sehr viel stärker, als Sehende dies tun.

Deswegen gilt: Jeder Mensch hat, unabhängig von seiner höchst individuellen Existenz, einen Anspruch auf Ach- tung und Anerkennung. In jeder Phase seines Lebens ist er einzigartig.

Da ich nicht mehr viel Zeit habe, kann ich auf die Frage, ob und wie Patientenverfügungen geregelt werden kön- nen, die uns sicher auch beschäftigen muss, nicht mehr eingehen. Ich möchte aber zum Schluss noch ein Wort zu den Hospizen und zu den Hospizdiensten sagen. Ich war am Freitag im Hospiz in Kassel. Viele kennen Hospiz- dienste, die tagtäglich vielen Menschen in der Beratung Hilfe leisten, nicht zuletzt über Patientenverfügungen, bei der Vorbereitung und auch bei der Sterbebegleitung. Sie helfen den Menschen beim Sterben, sie leisten nicht etwa Hilfe zum Sterben. Es arbeiten hier viele haupt- und vor allem ehrenamtliche Kräfte, geleitet von der Liebe zum Leben, dem Respekt vor dem Sterben und der jeweiligen Achtung der Würde des Einzelnen. Ich möchte an dieser Stelle ausdrücklich allen danken, die diese verantwor- tungsvolle Arbeit leisten. Sie verrichten ihren Dienst in einer Mitmenschlichkeit, die unsere volle Bewunderung verdient.

(Beifall)

Ich denke, wir werden bei dem Symposium eine Menge an Themen zu behandeln haben. All dies sind sicherlich keine leichten Themen, aber sie beschäftigen viele Men- schen immer wieder und immer intensiver. Der Landtag als Zentrum der politischen Willensbildung in Hessen

sollte sich diesen Fragen daher stellen. Wir sollten aber nicht den Anspruch erheben, einfache und schnelle Antworten zu finden. Es liegt in der Natur der Sache, dass wir immer wieder und immer länger darum werden ringen müssen, was richtig und was falsch ist. Ich freue mich auf die Diskussion und wünsche Ihnen bis dahin ein geruhsames Weihnachtsfest im Kreis Ihrer Lieben und einen guten Start ins neue Jahr.

(Anhaltender Beifall)

Präsident Norbert Kartmann:

Herr Dr. Jürgens, herzlichen Dank für diese Rede. – Die nächste Wortmeldung ist von Frau Kollegin Hofmann von der Fraktion der SPD.

Heike Hofmann (SPD):

Herr Präsident, meine Damen und Herren! Durch die in den Niederlanden, der Schweiz und Belgien verabschiedeten Gesetze zur aktiven Sterbehilfe ist auch in Deutschland die Diskussion über das Spannungsfeld zwischen dem Schutz des Lebens und dem selbstbestimmten Lebensende aufgeworfen worden. Es ist richtig und wichtig, dass wir uns als Politiker auch hier im Hessischen Landtag jenseits des sonst üblichen Tagesgeschäftes – Herr Dr. Jürgens, da stimme ich Ihnen ausdrücklich zu – diesen elementaren und schwierigen rechtlichen und ethischen Fragen stellen, eine Antwort suchen und deswegen einstimmig über alle Fraktionsgrenzen hinweg beschlossen haben, diesbezüglich ein Symposium durchzuführen.

Gestatten Sie mir an dieser Stelle auch eine persönliche Anmerkung. Ich selbst musste jahrelang zusehen, wie ein von mir sehr geliebter Angehöriger gegen seinen leider zuvor nie dokumentierten Willen künstlich ernährt wurde und jahrelang vor sich hin dümmerte. Da fragt man sich in der Tat: Wo beginnen sinnvolle lebensverlängernde Maßnahmen, wo enden sie? Wie lässt sich sinnloses Leiden vermeiden? Wo bleibt die Würde, und wo bleibt der Wille des sterbenden Menschen?

Lassen Sie mich auf die bestehende rechtliche Lage noch etwas deutlicher als mein Vorredner eingehen. Entscheidend ist zum einen, dass es das verfassungsrechtlich geschützte Selbstbestimmungsrecht des Patienten auch heute schon gibt und jeder Patient in jeder Lebensphase, auch am Lebensende, selbst darüber entscheiden kann, welche ärztliche Hilfe er in Anspruch nimmt und welche nicht. Es ist bereits heute rechtswidrig, intensivmedizinische Technologie auszuschöpfen, wenn sie dem wirklichen oder auch dem mutmaßlichen Patientenwillen widerspricht. Lebensverlängernde Maßnahmen dürfen auch nach der heutigen Rechtslage abgebrochen werden, wenn sie den Verlauf der tödlichen Erkrankung nicht mehr beeinflussen können und die Leiden des Sterbenden nur noch unzumutbar verlängern. Anerkannt ist auch, dass der Arzt dem Kranken in der letzten Lebensphase schmerzstillende Mittel selbst dann verabreichen darf, wenn sich dabei im Einzelfall eine Lebensverkürzung nicht ausschließen lässt.

Herr Dr. Jürgens hat richtigerweise gesagt – da muss ich ihm ausdrücklich zustimmen; das ist auch meine persönliche Auffassung –, dass die im Grundgesetz getroffenen Wertentscheidungen, wie die Verpflichtung zum Lebensschutz und die Menschenwürde, eine aktive Sterbehilfe verbieten, und dies zu Recht. Wo aber liegt die Grenze

zwischen verbotener aktiver Sterbehilfe und der erlaubten so genannten passiven Sterbehilfe?

Lassen Sie mich zu dieser Fragestellung den Leitsatz einer BGH-Entscheidung zitieren:

Auch bei aussichtsloser Prognose darf Sterbehilfe nicht durch gezieltes Töten geleistet werden, sondern nur entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen durch die Nichteinleitung oder den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen, um dem Sterben gegebenenfalls unter wirksamer Schmerzmedikation seinen natürlichen, der Würde des Menschen gemäßen Verlauf zu lassen.

Es kommt also nicht darauf an, ob lebensverlängernde Maßnahmen unterlassen oder durch aktives Tun abgebrochen werden. Entscheidend ist heute, dass dem Sterben sein natürlicher Lauf gelassen wird, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht.

Das ist der entscheidende Punkt, den auch Herr Dr. Jürgens schon angedeutet hat. Nach meiner Überzeugung brauchen wir – so schwierig die Einzelfragen auch sind – klarere Bestimmungen, um das Selbstbestimmungsrecht der Patienten zu stärken. Hierzu sind in dem Referentenentwurf der alten Bundesregierung zur Patientenverfügung schon wichtige Hinweise enthalten. Das ist ein Schritt in die richtige Richtung. Wir alle sollten die neue Bundesregierung auffordern, dieses Gesetzgebungsverfahren weiter zu betreiben und endlich zum Ende zu führen.

Von immenser Bedeutung ist auch, dass die Palliativmedizin und die Hospizdienste weiter ausgebaut werden. – Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall bei der SPD und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Präsident Norbert Kartmann:

Das Wort hat der Abg. Rhein für die Fraktion der CDU.

Boris Rhein (CDU):

Herr Präsident, meine sehr geehrten Damen und Herren! Das höchste Rechtsgut des Menschen ist das Leben. Das genießt Absolutheitscharakter, weil mit ihm alle anderen Rechte stehen und fallen. Es hat existenzielle Bedeutung, denn wenn das Leben einmal genommen ist, gibt es kein Zurück.

Die Diskussion, die sich entwickelt hat, die sich auch hier entwickelt hat, geht am Ende und in der Kernfrage immer darum: Darf ein sterbewilliger Mensch über sein eigenes Leben verfügen, und wenn ja, wann und wie darf er darüber verfügen? – Viele sagen: Wenn das Leben ein höchstpersönliches Rechtsgut ist und der Schutz des Lebens eine solchermaßen privilegierte Stellung genießt, dann muss der Einzelne darüber auch verfügen dürfen.

Vordergründig ist das sicherlich nicht einmal falsch. Die versuchte Selbsttötung steht nicht unter Strafe. Aber die alles entscheidende Frage in der Debatte ist dann doch: Gilt das auch für Dritte? Darf sich ein Sterbewilliger Dritter bedienen, um dieses Ziel zu erreichen? – Damit beginnt die eigentliche Kontroverse. Passive Sterbehilfe ist in einem gewissen Rahmen richterrechtlich anerkannt. Die aktive Sterbehilfe hingegen ist durch § 216 unseres Strafgesetzbuches explizit unter Strafe gestellt. So klar Ju-

rsten hier Grenzen gezogen haben und so klar diese juristischen Grenzen sind, so wenig hat das am Ende mit der Wirklichkeit des ärztlichen oder auch des pflegerischen Alltags zu tun. Denn eine Tötung auf Verlangen kann auch durch Unterlassen begangen werden. Das ist dann der Moment, in dem die Grenzen zwischen aktiver Sterbehilfe – strafbar – und passiver Sterbehilfe, wenn sie sich nicht auflösen, zumindest verschwimmen.

Was hat sich in den vergangenen Jahren in unserer Gesellschaft so enorm verändert, dass das so genannte humane Sterben zum Thema wurde? Die Alterung der Gesellschaft, bessere Lebensbedingungen, bessere Lebensumstände, eine von Grund auf veränderte Arbeitswelt, ein gewandelter, auch ein bewussterer Umgang mit dem Gut Gesundheit und ein sich rasant entwickelnder medizinischer Fortschritt haben dazu geführt, dass Menschen immer länger leben. Das ist außergewöhnlich erfreulich. Eines bleibt aber bestehen: das Genmaterial des Menschen. So kommt es dazu, dass sich Menschen heute gesundheitlichen Problemen stellen müssen, die vor Jahrzehnten kein Problem waren, weil sie diese Probleme im wahren Sinne des Wortes nicht erlebt haben. Oft stellen Angehörige und die Öffentlichkeit viel zu reißerisch die Frage: Ist es denn noch Leben, wenn neueste Behandlungsmethoden und bislang unvorstellbare Möglichkeiten in der Medizin Maschinen in die Lage versetzen, ausgefallene Körperfunktionen über Jahre oder sogar über Jahrzehnte hinweg fortzusetzen? Ebenso oft wird manchmal zu voreilig die Forderung erhoben, dem Leiden doch endlich ein Ende zu bereiten.

Meine Familie und ich befinden uns glücklicherweise noch nie in der Ausnahmesituation, die diese Situation darstellt. Ich habe aber in den vergangenen Jahren vielfach im Freundes- und Bekanntenkreis erleben können und erleben müssen, dass viele in einer solchen Situation nicht wussten, was für ihre Mutter, für ihren Großvater oder gar für ihre Kinder richtig ist. Niemand hat es sich in dieser Frage leicht gemacht. Niemand hat leichtfertig gedacht oder leichtfertig gehandelt, weil allen bewusst war: Das Leben ist ein unwiederbringliches Gut.

Herr Dr. Jürgens hat auf das fünfte Gebot hingewiesen. Für uns Christen ist das fünfte Gebot – „Du sollst nicht töten“ – unverhandelbar. Es gilt absolut für jede Tötungshandlung. Für die Union steht der Schutz des Lebens an oberster Stelle, wie für uns alle der Schutz des Lebens an oberster Stelle steht. Deswegen lehnen wir eine aktive Sterbehilfe kategorisch ab. Menschliches Leben darf und kann weder am Anfang noch am Ende zur Disposition gestellt werden.

Es wäre allerdings zu einfach, die Diskussion hier abzubrechen und sich der Diskussion über die passive Sterbehilfe zu verschließen. Wir können und wir wollen uns nicht aus der Verantwortung stellen. Gerade Mediziner erwarten zu Recht, dass rechtliche Grauzonen, in denen sie sich befinden und in denen sie oft agieren müssen, gelichtet werden. Hier stehen wir, hier steht die Politik, und hier steht insbesondere der Gesetzgeber in der Pflicht. Es werden zu Recht klare Vorgaben erwartet.

Eines der Hauptprobleme besteht darin, dass viele Betroffene – sei es nach einem Unfall, sei es infolge von Geisteskrankung oder Altersdemenz – gar nicht mehr in der Lage sind, ihren Willen zu erklären. Selbst wenn eine Patientenverfügung vorliegt, sind die daran zu stellenden Formerfordernisse völlig unklar. Unklar ist ebenfalls, inwieweit der erklärte Wille überhaupt noch aktuell ist. Es gibt nichts Altbraumhafteres als die Vorstellung, im

schlimmsten Falle unfähig, eine Erklärung abzugeben, und insoweit wehrlos mitzubekommen, wie andere die Entscheidung über das eigene Leben treffen. Man steht sozusagen vor sich selbst und sieht, wie andere eine Entscheidung über einen selbst treffen.

Deswegen steht für die CDU-Fraktion fest, dass die Wirksamkeit von Patientenverfügungen in jedem Fall an Bedingungen geknüpft sein muss. Unserer Ansicht nach sind es vier Bedingungen. Die erste Bedingung ist: Wir brauchen dringend eine vorherige fachkundige Beratung. Der Betroffene muss in die Lage versetzt werden, die Tragweite seiner Erklärung zu erfassen. Ich halte es für falsch, zu argumentieren, das sei die Durchbrechung des Selbstbestimmungsrechts. Das ist keine Durchbrechung des Selbstbestimmungsrechts. Bei lächerlichen Haustürgeschäften wird der Verbraucher an die Hand genommen und beraten. Wenn es irgendwo notwendig ist, beraten zu werden, dann dort, wo es um das Höchste aller Rechte, nämlich um das Leben, geht.

(Beifall bei der CDU)

Zweite Bedingung: Die Union hält die Schriftform für unabdingbar. Das ist nicht nur eine Frage der Beweisführung – das ist es auch –, sondern das Schriftformerfordernis hat auch eine Hemmschwellenwirkung. Eine schriftliche Erklärung führt immer zu einer erhöhten Ernsthaftigkeit und Reflexion dessen, was man tut. Ich halte es für inakzeptabel, eine solche weit reichende Erklärung nur mündlich abzugeben.

Dritte Bedingung: Wir bestehen darauf, dass die Patientenverfügung regelmäßig erneuert werden muss. Es ist doch völlig klar, dass der vor zehn Jahren erklärte Wille nicht unbedingt mit dem deckungsgleich sein muss, was ich heute denke und empfinde. Ein 20-Jähriger geht mit den Fragen des Todes, des Sterbens oder der Frage, unter welchen Umständen ein Leben „lebenswert“ ist, völlig anders um als jemand, der viermal so alt ist.

Vierte Bedingung: Ich wehre mich entschieden dagegen, zuzulassen – ich weiß, dass dies ein sehr strittiger Punkt ist –, dass eine Entscheidung über das Ende lebenserhaltender Maßnahmen sozusagen auf dem Krankenhausflur zwischen Tür und Angel getroffen wird. Deswegen muss man zumindest darüber nachdenken – wir haben bislang darüber noch keine Entscheidung getroffen –, ob man eine neutrale Kontrollinstanz will. Ich halte die Argumente, die sowohl dafür als auch dagegen sprechen, für so wichtig, dass man sie ernsthaft und gewissenhaft diskutieren muss.

Ebenso ernsthaft muss man über den Anwendungsbereich passiver Sterbehilfe diskutieren. Eines ist jedoch klar: In diesem Bereich ist jede Fehlentscheidung fatal, weil sie unumkehrbar ist. Passive Sterbehilfe kann nichts anderes sein und ist nichts anderes als lediglich ein Zugeständnis an Menschen, die unheilbar krank sind, ein Zugeständnis an Menschen, die dem Tode bereits näher als dem Leben sind und die nach einer Erlösung von schwersten körperlichen Leiden oder furchtbaren Schmerzen suchen. So uneinig sich die Gesellschaft im Umgang mit dem willentlichen Sterben ist, so einig sind wir uns darüber – das begrüße ich sehr, wie auch die Art und Weise, in der wir darüber reden –, dass wir in diesem Bereich eine politische Willensbildung unabdingbar treffen müssen.

Die CDU-Fraktion will mit dem vorliegenden gemeinsamen Antrag aller Fraktionen des Hauses und mittels eines noch durchzuführenden Symposiums diesen Weg dorthin beschreiten. Passive Sterbehilfe ist für uns nur in einem

ganz beschränkten Bereich zulässig. Der Wille des Betroffenen muss klar und aktuell erklärt sein. Niemand darf das menschliche Leben infrage stellen – weder an dessen Anfang noch an dessen Ende. – Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Norbert Kartmann:

Das Wort hat Frau Kollegin Wagner für die FDP-Fraktion.

Ruth Wagner (Darmstadt) (FDP):

Herr Präsident, meine Damen und Herren! Wir unterstützen – wie alle Fraktionen – die Initiative der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, zu dem Thema der Sterbehilfe und des begleiteten Sterbens ein Symposium durchzuführen. Formal könnte man sagen, dass weder dieser Landtag noch andere Landtage diese Frage am Ende entscheiden werden. Eine Enquetekommission des Deutschen Bundestages hat zwei Jahre lang die meisten der von den Rednern hier vorgetragenen Argumente im Rahmen von Expertenanhörungen und Symposien vorgeklärt.

Ich weise für meine Fraktion darauf hin: Der Hessische Landtag hat in zwei Legislaturperioden, von 1987 bis 1991 sowie von 1991 bis 1995, schon einmal eine Vorreiterrolle in so wichtigen Fragen wie der Bioethik und Gentechnologie übernommen, bevor das Gentechnikgesetz auf Bundesebene verabschiedet worden ist. Wir hatten damals große Anhörungen mit allen gesellschaftlichen Gruppierungen durchgeführt und gute Hinweise geben können.

Meine Damen und Herren, hier ist das Thema des Lebens überhaupt angesprochen – der Lebensanfang und das Lebensende –, das Sterben als solches und, ich füge hinzu, auch die Phase nach dem Sterben. Als der Deutsche Bundestag in zwei Debatten die Reform des § 218 StGB diskutiert hatte, hat für meine Fraktion Liselotte Funcke zu Beginn ihrer Rede erklärt: Wir mögen hier heute über rechtliche Fragen sprechen. Wir müssen auch über strafrechtliche Fragen sprechen. Aber nach meiner Überzeugung – so hat sie gesagt, und Sie wissen, sie ist eine sehr aktive evangelische Christin – geht heute niemand schuldlos aus dem Saal.

(Beifall bei der FDP und der CDU)

Das ist ein anderer Begriff von Schuld, den wir in diesem Zusammenhang nennen müssen. Wir können strafrechtliche Regelungen und andere rechtliche Regelungen für uns alle schaffen. Wir können Rechtsräume für das Pflegepersonal, für die Ärzte, für die Angehörigen und für den Patienten selbst schaffen, aber aus der Frage des Umgangs mit dem Leben gibt es einen ethischen, für viele Menschen zum Glück einen religiösen Schuld begriff, den jeder mit sich selbst ausmachen muss. Das ist der Grundsatz der abendländisch-christlichen, jüdischen Kultur, der in der Hessischen Verfassung wie auch im Grundgesetz klar formuliert ist.

(Beifall bei der CDU)

Meine Damen und Herren, ich will jetzt nicht wiederholen, was die Kollegen zu Recht gesagt haben. Das Thema der aktiven Sterbehilfe ist geklärt, aber die Diskussion über die Grenzsituation hat neu begonnen. Ich möchte darauf hinweisen, weil wir das in unserer Erörterung sehr

gut aufnehmen können, dass die beiden großen Kirchen in einer eigenen Vorlage für eine christliche Patientenverfugung wie auch in einer von beiden im Januar letzten Jahres getroffenen Entscheidung ganz klar gesagt haben: Wir lehnen die aktive oder direkte Sterbehilfe nach wie vor ab, die strafbewehrt ist, aber wir reden über passive Sterbehilfe. – Diese definieren beide Kirchen wie folgt: Die passive Sterbehilfe zielt auf ein menschenwürdiges Sterbenlassen insbesondere dadurch, dass eine lebensverlängernde Behandlung, z. B. künstliche Ernährung, künstliche Beatmung, Dialyse oder Verabreichung von Medikamenten wie Antibiotika, bei einem unheilbar kranken Menschen nicht weitergeführt oder gar nicht erst aufgenommen wird. Sie setzt sein Einverständnis voraus und ist rechtlich-ethisch zulässig.

Meine Damen und Herren, ich will Ihnen etwas schildern, was ich Ende September dieses Jahres zusammen mit einer Gruppe junger FDP-Leute im Main-Kinzig-Kreis erlebt habe. Ich habe ein Pflegeheim besucht, in dem folgende „Arten“ von Kranken – ich möchte Ihre Aufmerksamkeit auch auf die Sprache lenken – untergebracht waren: Demenzkranke, Komakranke, pflegebedürftige Menschen und so genannte „Austherapierte“. Diese Bezeichnung hatte ich noch nie gehört. Sie klingt, als würde man Menschen nicht mehr als Lebewesen, sondern als Gegenstände bezeichnen.

In diesem Pflegeheim ist auch ein Mädchen untergebracht, dass mit 14 Jahren einen Fahrradunfall hatte, seit 20 Jahren im Koma liegt und in dem Heim ver- und „ent“-sorgt wird. Bei diesem Mädchen kann man nicht voraussetzen, dass ein Einverständnis zur Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen vorliegt. Wie ist dann zu verfahren?

Indirekte Sterbehilfe wird dann geleistet, wenn Sterbenden ärztlich verordnete, schmerzlindernde Medikamente gegeben werden, die als unbeabsichtigte Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen können. Eine solche indirekte Sterbehilfe wird in Abwägung der ärztlichen Doppelpflicht, Leben zu erhalten und Schmerzen zu lindern, für rechtlich und ethisch zulässig gehalten.

Meine Damen und Herren, es gibt Länder auf der Erde, die über diese Abgrenzung weit hinausgehen. Wir kennen die gesetzlichen Regelungen der Staaten Kalifornien und Oregon sowie der Niederlande, Belgiens und auch der Schweiz, die weit über das hinausgehen. In Deutschland gibt es, vielleicht zu Recht, einen sehr viel größeren Abstand und eine sehr viel größere Abwehr, weil wir erlebt haben, wie in der Nazidiktatur mit dem Leben umgegangen worden ist. Das betraf auch das ungeborene Leben und Säuglinge, genauso wie alte und sterbende Menschen.

Wir müssen aber über diese Abgrenzungen juristischer und gesellschaftlicher Art und über diese ethischen Fragen neu nachdenken, weil es – diese Diskussion ist auch in meiner Partei voll entbrannt – eine große Zahl einsam storbender Menschen gibt, die niemanden mehr haben, weder Kinder noch andere Angehörige.

Deshalb will ich Ihnen die Bandbreite der Diskussion darstellen, die im Augenblick in meiner Partei geführt wird. Es gibt niemanden, der das Verbot der aktiven Sterbehilfe abschaffen will. Hierzu gibt es klare gemeinsame Vorstellungen. Es gibt aber durchaus eine Überlegung, die z. B. Frau Leutheusser-Schnarrenberger so formuliert hat:

Ich setze mich dafür ein, dass der Straftatbestand „Tötung auf Verlangen“ abgeschafft wird. Nur in Einzelfällen, unter ganz bestimmten Voraussetzungen

gen, sollte die Hilfe zum Sterben nicht bestraft werden. So genannte Strafausschließungsgründe, wie in Holland ... könnten mehr Sicherheit für Angehörige, Pflegepersonal und Ärzte schaffen.

Das ist eine Mindermeinung in der FDP.

Ich sage für meine Fraktion, für mich persönlich und für die große Mehrheit der FDP-Mitglieder, dass wir eher dem zuneigen, was Dr. Burkhard Hirsch, der vormalige Bundestagsvizepräsident, so formuliert hat:

Es geht um eine klare Abgrenzung der straflosen Beihilfe zur Selbsttötung und der strafbaren Tötung auf Verlangen. Das geltende Recht ist relativ großzügig, ohne die vorsätzliche Tötung eines Menschen zu rechtfertigen. Strafflos ist, jemandem, der sich selbst töten will, ein schmerzlos und schnell wirkendes Gift zu besorgen. Wer als Arzt eine den Tod herbeiführende Patientenverfügung befolgt und die Behandlung einstellt, bleibt straffrei. Straffrei bleibt der Arzt, der das Sterben eines Patienten nicht mit allen Mitteln verlängert.

Er sagt weiter:

Um den Anfängen zu wehren, bin ich dafür, dass es keine weitere strafrechtliche Auffächerung oder Schwächung der bisherigen Situation gibt.

Auch mit der Konstruktion der Patientenverfügung, die Herr Rhein zu Recht angesprochen hat, sind die Probleme nicht immer zu lösen, z. B. in den Fällen nicht, wenn ein Patient seinen Willen nicht äußern kann. Können dann Vormundschaftsgerichte oder die Angehörigen Entscheidungen treffen? Burkhard Hirsch sagt zu Recht:

Der Arzt sollte sich auf keine Norm berufen können, sondern sich allein seinem Gewissen und seinem Gott gegenüber verantworten.

Das heißt, es bleibt am Ende die individuelle Entscheidung einer Person. Ich sage aber für mich und für meine Fraktion ganz deutlich – das hat auch Dieter Posch vorhin auf den Punkt gebracht –: Es bleibt wie beim § 218 StGB eine persönliche Entscheidung. Beim § 218 StGB muss die betroffene Frau entscheiden, ob sie ihre Schwangerschaft unterbrechen will oder nicht. Es ist ihr Schuldproblem, es ist ihr Entscheidungsproblem.

Der Vergleich ist zwar ein bisschen schwierig, aber für Juristen und Innenpolitiker ist das ein ähnlicher Fall wie der Umgang mit dem so genannten finalen Rettungsschuss. Es geht dabei um den Umgang mit dem Leben und um eine Entscheidung, die am Ende ein Einzelner zu treffen hat. Es bleibt, trotz aller strafrechtlich klaren Definitionen, ein persönlich zu tragender Teil an Verantwortung.

Es bleibt die Möglichkeit, im Sinne des Strafrechts eine Schuldtausschließung in solchen Grenzfällen auszusprechen, z. B. über eine Patientenverfügung, z. B. über eine Novellierung des § 218 StGB. Ich bin der Auffassung, das ist nicht notwendig, und dieser Meinung ist auch die große Mehrheit in meiner Fraktion.

Lassen Sie mich zum Schluss auf einen Punkt hinweisen, der mir genauso wichtig ist. Ich weiß nicht, ob auch einige von Ihnen vor kurzem den Brief eines Angehörigen eines Verstorbenen erhalten haben, der sich mit dem Thema Umgang mit Sterbenden und gerade verstorbenen Patienten in Krankenhäusern auseinandersetzt. Ich habe mit der Frau Sozialministerin über diesen Brief korrespondiert, und ich bin sehr dankbar über ihren Umgang mit dieser Angelegenheit.

Ich will Ihnen aus einem Gespräch mit Kardinal Lehmann Folgendes berichten. Es gibt Krankenhäuser, die sich, mit entsprechender medizinischer Ausstattung hochgerüstet, mit sehr hohem Aufwand sterbenden Patienten zuwenden. Nach Eintritt des Todes der Patienten werden diese aber räumlich in einer Weise untergebracht, die nichts mehr mit der würdigen Behandlung eines Lebewesens oder überhaupt eines Wesens zu tun hat. Erst wenn der Bestatter kommt, beginnt wieder eine Zuwendung zu den gerade verstorbenen Menschen im Sinne eines würdigen Umgangs mit einem Wesen. Kardinal Lehmann hat mir erzählt, dass er bei einer seiner Visiten in einem der Krankenhäuser eines katholischen Trägers entdeckt hat, dass dort gerade verstorbene Patienten so untergebracht wurden, dass man das nur als „Entsorgung“ bezeichnen konnte. Meine Damen und Herren, Sprache ist oft ein Indiz für unseren Umgang mit dem Leben und mit dem Tod.

(Allgemeiner Beifall)

Deshalb ist es richtig, dass Frau Lautenschläger alle Krankenhausträger in Hessen darauf hingewiesen hat, sie mögen darauf hinwirken, dass es in ihren Krankenhäusern einen würdigen Umgang mit sterbenden und verstorbenen Patienten gibt. Ich glaube, dass dieser Vorgang – auch in sprachlicher Hinsicht, ich erinnere an die Bezeichnung „Austherapierte“ – zeigt, dass unsere gesamte gesellschaftliche Einschätzung des Lebens an einem fitten, sportlichen, auf Erfolg getrimmten, auf ökonomischen Fortschritt gerichteten 30- bis 50-jährigen Menschen ausgerichtet ist. Das ist unmenschlich.

Wenn der Hessische Landtag etwas dazu beitragen kann, dass das Alter und die Erfahrung von Leid und Schmerz – ich weiß, wovon ich rede, ich habe viele, viele Kolleginnen und Kollegen sowie Freundinnen, die allesamt über 70 Jahre alt sind und die mit solchen Krankheiten zu tun haben, und man weiß auch nicht, was auf einen selbst zukommt oder was man in der Begleitung von Schwerkranken zu tragen haben wird – einen Wert erhalten und mittels eines Symposiums ein großes Nachdenken in der hessischen Gesellschaft über die Würde des Sterbens und des Lebens einsetzt, dann hätten wir schon viel geleistet. – Vielen Dank.

(Allgemeiner Beifall)

Präsident Norbert Kartmann:

Vielen Dank. – Das Wort hat Herr Abg. Dr. Spies.

Dr. Thomas Spies (SPD):

Herr Präsident, meine Damen und Herren! Erlauben Sie mir, zu diesem Thema Ausführungen aus einem Blickwinkel beizutragen, der den des rechtspolitischen Ausschusses ein bisschen verlässt.

Frau Wagner hat eben ein Zitat aus einem Entscheidungsprozess gebracht. Es lautete: „Heute geht niemand ohne Schuld aus dem Saal.“ Ich hatte in meinem Berufsleben Momente, in denen ich, jenseits aller juristischen Fragen, durchaus das Gefühl hatte: Heute geht niemand ganz ohne Schuld von der Station.

Denn die Fragen, wann die Konsequenzen solcher Wünsche über die Gestaltung des Endes des Lebens zu treffen sind, wann dem der Moment erreicht ist, ist einer, dem ich in früheren Jahren regelmäßig sehr konkret gegenüberstand.

Was heißt das eigentlich, wenn ein Patient gesagt hat: „Ich möchte nicht an den Schläuchen sterben“, er einem aber nicht mehr erklären kann, ob der jetzige, ein früherer oder ein späterer Punkt einer sich schrittweise vollziehenden Entwicklung gemeint ist? Ist denn der Moment, in dem jemand den Wunsch äußert, man wolle nicht mehr weiterleben, und nach Hilfe nicht mehr beim Leben, sondern zum Sterben verlangt, einer, der unweigerlich auf einen zukommt? Das Gesetz in seiner Klarheit, Strenge und Ordnung trennt Fragen sehr sauber – oder versucht es –, die im wirklichen Leben niemals so klar, sauber und einfach zu lösen sind.

Das ist ein Thema, das die Angst von jedermann vor dem Sterben berührt – deshalb ist das eine schwierige Debatte, die immer wieder aufkommt –, und es berührt auch die Angst derjenigen vorm Sterben, die mit der Behandlung von Patienten befasst sind. Auch die stehen tagtäglich ihrer eigenen Angst gegenüber.

Deshalb ist das Recht nötig. Aber in Wahrheit kommt es zu spät. Denn die Fälle, in denen das Gesetz die aktive Hilfe beim Sterben verbietet, sind entweder solche, die – wenn wir ehrlich sind – so tragisch sind, tragisch im Sinne der klassischen Tragödie, im Sinne der Frage, dass man sich nur zwischen zwei Varianten von Falsch entscheiden könnte, dass es in Wahrheit an der Wirklichkeit scheitern muss. Oder es kommt tatsächlich zu spät und ist in seiner Notwendigkeit gar kein rechtspolitisches Problem, sondern ein medizinisches und beweist, dass ein Medizinsystem möglicherweise Empathie nicht erträgt – jedenfalls nicht in dem Umfang, in dem sie manchmal erforderlich wäre.

Die Motivation, die es so schwer macht, mit Momenten des Todes, der Beendigung, der Einstellung von Maßnahmen oder gar der Hilfe umzugehen, ist ja Mitleiden, also das Teilhaben am Leiden des Gegenübers. Aber dieser Punkt setzt jedenfalls im medizinischen System viel zu oft zu spät ein. Die Klage, wir hätten Humaningenieure und keine Ärzte, trifft nicht für jeden zu und darf nicht pauschaliert werden. Aber sie trifft es. Die sind dann im letzten Moment ohnehin überfordert, aber sie waren es schon lange zuvor.

Woher kommt das? – Frau Wagner hat in mehreren Beispielen auf den Zynismus verwiesen. Es waren ja zynische Beispiele, zynische Begrifflichkeiten, von denen es im Medizinsystem ganz viele gibt; sie sind vorhanden, und es wäre völlig verfehlt, so zu tun, als gäbe es sie nicht. Sie sind auch manchmal nötig. Für den Einzelnen, der täglich dem Leiden anderer gegenübersteht, sind sie

Ruth Wagner (Darmstadt) (FDP): Ein Schutzmechanismus!

einen Moment lang hilfreich. Das Problem ist also nicht die Verdammung eines Zynismus, der das Leiden erst zu spät erkennt und dann eine Situation erzeugt, in der das Leiden so furchtbar wird, dass einem nichts anderes mehr übrig bleibt, als nach dem Ende zu rufen. Der Zynismus ist nicht vorwerfbar. Aber er ist veränderbar.

Ich glaube, das ist das eigentliche Problem hinter der Frage: verwiesen nach einem Konzept von Medizin, Pflege, Hilfe für Schwerstkranke und nach einem Problem in der persönlichen Entwicklung derer, die das tun.

Das Recht kommt viel zu spät. Was wir tatsächlich tun müssten, ist, diejenigen, die immer wieder in der Situation dem Leidenden gegenüberstehen – und zwar zu einem frühen Zeitpunkt, in dem die Intervention am Leiden und

nicht am technisch Machbaren ausgerichtet ist –, in die Lage zu versetzen, auf den Zynismus zu verzichten.

(Beifall der Abg. Kordula Schulz-Asche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN))

Es geht darum, diese Menschen in die Lage zu versetzen, dass die täglich notwendige Empathie zu ertragen ist. Das ist sehr, sehr schwer. Sie sollten in die Lage versetzt werden, die Entscheidungshilfe, die der Einzelne braucht, um am Ende auch eine Patientenverfügung zu produzieren, zu geben. Das heißt, sie sollten in die Lage versetzt werden, über das Sterben zu sprechen.

Meine Damen und Herren, auch das ist äußerst schwer.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD, des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN und der FDP)

Deshalb möchte ich anregen, dass wir den Gegenstand des heute zu beschließenden Symposiums auch in Abstimmung mit dem Sozialpolitischen Ausschuss in seinen Details diskutieren, um nicht nur der Frage nachzugehen, was die rechtlichen Probleme in dem Moment sind, in dem das Recht gefordert ist, sondern sehr viel tiefer und schwieriger: Wie können wir sehr viel früher dazu beitragen, die Momente, in denen man auf das Recht zurückgreifen muss, gar nicht entstehen zu lassen? – Danke schön.

(Beifall bei der SPD und bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN sowie der Abg. Nicola Beer (FDP))

Präsident Norbert Kartmann:

Das Wort hat der Justizminister. Bitte schön.

Jürgen Banzer, Minister der Justiz:

Herr Präsident, meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich denke, Sie stimmen mir zu: Gleichgültig, was die heutige Landtagsdebatte noch bringen wird, diese eine Stunde, in der wir uns mit der Frage beschäftigt haben, hat sich in jedem Fall für diesen Landtag – und, ich glaube, auch für Hessen – gelohnt.

(Allgemeiner Beifall)

Wir suchen im Landtag insbesondere das Trennende, und wir versuchen, das sehr deutlich zu machen, damit das draußen gesehen, gespürt und nachvollzogen werden kann. Ich glaube, es ist aber auch eine wichtige Botschaft, dass es in diesem Landtag Dinge gibt, in denen man sich einig ist. Eigentlich sind das die ganz wichtigen Fragen.

(Allgemeiner Beifall)

Ich glaube, eine Gesellschaft braucht den Konsens in den Grundfragen – sicherlich nicht nur in der heute aufgeworfenen Grundfrage, da gibt es noch einige andere. Aber diese Grundfrage ist schon eine ganz wichtige. Sie ist auch in ihren Differenzierungen noch gemeinsam – wenn ich das Thema aktive Sterbehilfe anspreche. Man muss sich natürlich davor hüten: Dort gibt es nirgends eine klare Antwort.

Der Justizsenator von Hamburg hat mit einer gewissen Berechtigung gesagt: Jede Hilfe ist irgendwie aktiv. – Auch darüber müssen wir nachdenken. Das Drücken auf den Knopf, um die Geräte auszuschalten, ist auch ein Tun. Es gibt keine einfachen Antworten. Wir müssen dort an jeder

Stelle, an jedem Detail unsere Überlegungen und Entscheidungsprozesse immer wieder neu überprüfen.

Wir Menschen haben uns dieses Problem selbst geschaffen. Der Fortschritt von Forschung und Technik, der Fortschritt der Medizin hat uns dieses Problem als ein sehr viel zentraleres und drängenderes Problem offenbart, als das vor 50 oder 100 Jahren der Fall war – obwohl es sicherlich immer eine Thematik war.

Die Konkurrenz der Rechtsgüter Leben, Selbstbestimmung, letzten Endes aber auch die Würde des Menschen, ist immer wieder die Fragestellung, vor der wir stehen. Ich denke, es ist nahe liegend und klug, zunächst einmal zu versuchen, den Moment, in dem die Konkurrenz unter diesen Rechtsgütern auftritt und schmerzlich wird, möglichst weit nach oben zu schieben. Deswegen ist das Thema Palliativmedizin, Hospizbewegung in dieser Diskussion von solch zentraler Bedeutung – nicht als eine Ausweichfragestellung, sondern als die erste Verpflichtung für uns, an dieser Stelle Schwerpunkte zu setzen und dafür zu sorgen, dass viele Probleme gar nicht auftreten.

(Allgemeiner Beifall)

Die 100 Hospizgruppen mit 1.200 ehrenamtlichen Helfern, die es in Hessen gibt, sind Initiativen, die unser aller Unterstützung brauchen und die diese auch täglich erfahren müssen, denn dieses Dauerengagement ist eine Leistung, die man gar nicht hoch genug bewerten kann.

(Allgemeiner Beifall)

Im Übrigen glaube ich auch, das ist ein Bereich, in dem ehrenamtliches Engagement sehr viel wirksamer, notwendiger und hilfreicher ist, als wenn wir versuchen, dies alles staatlich zu organisieren. Da gibt es irgendwo Grenzen, an denen es für uns schwierig wird, mitzuhelfen – auch wenn ich das bedauere und an manchen Stellen selbst erlebt habe, wie schwierig es ist, die Grundfinanzierung, um die es dann letztendlich auch geht, solcher Hospizeinrichtungen sicherzustellen und dafür von den Kostenträgern die erforderliche finanzielle Unterstützung zu bekommen. Da gibt es ganz harte kaufmännische Kämpfe, die das Problem vergrößern.

Wenn ich richtig informiert bin, haben wir sechs stationäre Hospizeinrichtungen. Dies ist sicherlich zu wenig zur Bewältigung dieses Problems. Ich bin froh, dass das Sozialministerium in diesem Bereich engagiert dabei ist, einen weiteren Ausbau zu betreiben und weitere Unterstützung sicherzustellen.

Letztlich muss jedes Krankenhaus zum Thema der Palliativmedizin Antworten finden und Antworten vorhalten. Wenn man das unter diesem Aspekt sieht, haben wir insgesamt noch eine große Aufgabe vor uns. Dies würde uns aber helfen, die Konkurrenz der Rechtsgüter erst dann in Frage zu stellen und als Problem zu behandeln, wenn es unbedingt erforderlich und unvermeidlich ist. Dann ist es immer noch schwierig genug.

Rechtsgüter können natürlich nach verschiedenen Kriterien abgewogen werden. Als Katholik sage ich: Ich bin nicht Herr über Leben und Tod, auch nicht über mein Leben. Das ist von Gott gegeben, und von Gott ist darüber zu entscheiden. Ich kann meine Position aber nicht 1 : 1 zur Grundlage einer Gesetzgebung des Deutschen Bundestages machen. Natürlich ist der Deutsche Bundestag an die Wertentscheidungen unseres christlich-abendländischen Gesellschafts-, Kultur- und Rechtsverständnisses gebunden, und er orientiert sich daran. Er kann es aber nicht 1 : 1 übersetzen.

Ich glaube, dass es auf jeden Fall richtig ist, kein Rechtsgut absolut zu setzen. Wenn man eines der in Konkurrenz stehenden Rechtsgüter absolut setzt, kann man keine freieheitliche Gesellschaft mehr organisieren.

(Allgemeiner Beifall)

Also muss man versuchen, die Rechtsgüter in einer Gesamtdiskussion in ein akzeptables Verhältnis zueinander zu bringen. Ich glaube, dass es falsch wäre, zu sagen: An dieser Stelle höre ich als Staat auf. Das ist so komplex und so schwierig. Das kann ich nicht lösen. Bürger, findet eure eigene Lösung. Es gibt Regelungen im Strafgesetzbuch. Also orientiert euch daran. – Ich denke, das geht nicht. Wir sind als Politik und Sie sind als Legislative dazu aufgerufen, Grundentscheidungen, Grundorientierung sowie Hilfestellung für Menschen in der schwierigsten Situation ihres Lebens anzubieten. Das gilt übrigens nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die, die in besonderer Herzlichkeit oder mit besonderem beruflichem Engagement diesen Menschen zugetan sind. Dabei müssen wir Hilfestellung geben.

Ich fürchte, dass die Justiz als Justiz allein nicht helfen kann. Dabei ist das Thema der Patientenverfügung sicherlich hilfreich. Die Patientenverfügung wird aber nicht die absolute und einzige Antwort sein. Was machen Sie denn in der konkreten Situation, in der keine Patientenverfügung vorliegt und in der man sich mit zählenden Fragestellungen befassen muss? Diese Situation haben viele von uns ganz persönlich erlebt. Wollen wir wirklich sagen, dass es keine Patientenverfügung gibt und damit Schluss ist? Ist die Patientenverfügung ein Allheilmittel? Es gibt genügend Untersuchungen, die zeigen, dass die theoretische Überlegung, was man als Mensch bereit ist an Krankheit und Leid zu ertragen, ganz entscheidend davon abweicht, was man ertragen wird, wenn man sich in der konkreten Situation des Leids und der Krankheit befindet.

(Allgemeiner Beifall)

Diese beiden Bereiche zeigen die Begrenztheit der Patientenverfügung, ohne dass ich damit sagen will, dass sie keine wichtige und notwendige Hilfestellung bei Entscheidungsprozessen ist, die im letzten Moment zu treffen sind.

Ich glaube, die Vorstellung ist sehr problematisch, dass am Schluss Richter berufen seien, inhaltlich zu entscheiden, ob Sterbehilfe geleistet werden kann. Ich glaube, dass Richter – wer soll es denn sonst in unserer Gesellschaft tun? – hierzu durchaus in der Lage sind und berechtigt und aufgerufen sind, zu überprüfen, ob die Entscheidungsgrundlage für eine konkrete Sterbehilfe so zustande gekommen ist, dass der vermutliche Wille des Menschen umgesetzt wird. Das Nachprüfen der Bewertung der Entscheidung ist Juristensache. Aber wir können uns nicht vorstellen, dass Gerichte anstelle der Betroffenen die Entscheidung treffen. Dabei muss man genau abwägen.

(Allgemeiner Beifall)

Dabei hilft auch nicht die Frage – ich will das gar nicht in Abrede stellen, es ist aber nicht die letzte Lösung –, welche Schriftform gewählt werden muss, inwieweit die Belehrung erfolgt sein muss, ob es notariell geschehen muss und wie oft es wiederholt werden muss. Die konkrete Situation ist dennoch nicht zu ersetzen. Der mutmaßliche konkretisierte Wille ist entscheidend, wenn wir dem Menschen seine Würde und sein Selbstbestimmungsrecht las-

sen wollen und wenn wir das Leben als eines der wichtigsten Güter unserer Gesellschaft aufrechterhalten wollen.

(Allgemeiner Beifall)

Ich bin nicht so weit, dass ich sagen kann, dass ich dazu bereits abschließende Antworten habe. Ich glaube, dass die Gesellschaft eine Diskussion über diese schwierigen und wichtigen Fragen benötigt. Darüber hinaus ist es erforderlich, dem anderen zuzuhören und die Erfahrung des anderen zu kennen. Deshalb denke ich, dass die Idee, in diesem Landtag ein Symposium hierzu zu veranstalten, uns allen weiterhelfen wird. Es wäre gut, wenn es dabei gelingt, dafür zu sorgen, dass unsere Gesellschaft mehr denn je begreift, dass Sterben und Tod Teile des Lebens sind und deshalb weder tabuisiert werden können noch tabuisiert werden dürfen.

Die Humanität einer Gesellschaft lässt sich insbesondere daran messen, wie sie mit den letzten Tagen eines Menschen umgeht. Ist es human, wenn beispielsweise in einem Altenheim bereits einen Tag nach dem Tod eines Menschen die Kostenerstattung für den Heimplatz beendet wird? Besteht die Notwendigkeit, die Verstorbenen schnell in ein anderes Zimmer zu verlagern, wodurch die Angehörigen nicht mehr Abschied nehmen können? Wir müssen begreifen, dass es neben Effizienz und Wirtschaftlichkeit um ganz andere Werte geht, dass die letzten Tage des Lebens für unsere Gesellschaft entscheidend sind. Wenn wir das begreifen, sind wir ein großes Stück weitergekommen.

(Allgemeiner Beifall)

Präsident Norbert Kartmann:

Vielen Dank, Herr Staatsminister Banzer. – Meine Damen und Herren, mir liegen keine weiteren Wortmeldungen mehr vor.

Dann lasse ich über die Beschlussempfehlung abstimmen. Wer der Beschlussempfehlung zustimmen möchte, den bitte ich um ein Handzeichen. – Gegenstimmen und Enthaltungen stelle ich nicht fest. Ich stelle fest, dass die Beschlussempfehlung einstimmig angenommen worden ist. Ich werde zu Beginn des nächsten Jahres mit den Geschäftsführern das weitere Prozedere beraten.

Jetzt können wir leider nicht aufhören.

(Heiterkeit)

Insofern rufe ich nun den nächsten Tagesordnungspunkt auf. Ich rufe **Tagesordnungspunkt 14** auf:

Dritte Lesung des Gesetzentwurfs der Landesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Gesetzes über die Feststellung des Haushaltsplans des Landes Hessen für das Haushaltsjahr 2005 (Nachtragshaushaltsgesetz 2005) – Drucks. 16/4994 zu Drucks. 16/4933 zu Drucks. 16/4576 –

Für diese Lesung haben wir uns auf eine Redezeit von zehn Minuten je Fraktion verständigt. Zunächst erteile ich dem Berichterstatter das Wort. Das Wort hat der Vorsitzende des Haushaltsausschusses, Herr Kollege May.

Jürgen May, Berichterstatter:

Herr Präsident, meine Damen und Herren! Der Haushaltsausschuss empfiehlt dem Plenum, den Gesetzentwurf in der Fassung der zweiten Lesung mit folgender Änderung in dritter Lesung anzunehmen:

In Art. 1 § 1 wird die Angabe „20.763.932.900 Euro“ durch die Angabe „20.829.932.900 Euro“ ersetzt.

Der Haushaltsausschuss empfiehlt dem Plenum, zu den Einzelplänen folgende weitere Beschlüsse zu fassen. Die Einzelheiten, die ausschließlich den Einzelplan 17 betreffen, sind der Drucksache zu entnehmen.

Der Gesetzentwurf war dem Haushaltsausschuss in der 86. Plenarsitzung am 13. Dezember 2005 nach der zweiten Lesung zur Vorbereitung der dritten Lesung überwiesen worden.

Der Haushaltsausschuss hat den Gesetzentwurf in seiner Sitzung am 15. Dezember 2005 behandelt und mit den Stimmen der CDU gegen die Stimmen der SPD, des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN und der FDP die zu vor wiedergegebene Beschlussempfehlung gefasst.

Präsident Norbert Kartmann:

Vielen Dank, Herr Kollege May. – Ich eröffne die Aussprache. Das Wort hat Herr Kollege Williges für die Fraktion der CDU.

Frank Williges (CDU):

Herr Präsident, meine Damen und Herren! Es sind keine leichten Zeiten für oppositionelle Berufshaushaltskritiker

(Heiterkeit des Abg. Gottfried Milde (Griesheim) (CDU))

bei der Beratung des zweiten Nachtrags in dritter Lesung.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU)

Da ist zum einen das Urteil des Staatsgerichtshofs vom vergangenen Montag zu nennen, das sicherlich nicht mit der Zielsetzung der Antragsteller übereinstimmte und das man – das habe ich in der vergangenen Woche auch getan – durchaus als eine Niederlage der Sozialdemokraten bezeichnen kann.

(Reinhard Kahl (SPD): Eine Niederlage Hessens!)

Da sind zum anderen die Steuermehreinnahmen, die nach der zweiten Lesung des Nachtragshaushalts 2005 noch zu Buche schlagen und ebenfalls dazu beitragen, die Arbeit der Opposition nicht gerade einfacher zu machen.

Lassen Sie mich kurz zurückblenden. Bei der zweiten Lesung des Nachtrags am vergangenen Dienstag mussten wir noch von einem Rückgang der Steuereinnahmen gegenüber dem Urhaushalt 2005 von 642 Millionen € ausgehen.

(Reinhard Kahl (SPD): Das sind doch Ihre Zahlen gewesen!)

nach dem Länderfinanzausgleich immerhin noch eine Mindereinnahme von 322 Millionen € und mithin ein Einnahmerückgang von 1,7 %. Dem stand erfreulicherweise mit dem Nachtrag eine Ausgabenverminderung von 1,8 % gegenüber. Nichtsdestotrotz sind 322 Millionen € minus in einem laufenden Haushalt im Vollzug schwer zu verkraften. Ich will noch einmal darauf hinweisen – das habe ich bereits am vergangenen Dienstag getan –, welche Maßnahmen ergriffen wurden und welche positiven Aspekte im laufenden Haushaltsjahr eingetreten sind.

(Frank-Peter Kaufmann (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Wiederholungen machen den Haushalt auch nicht besser!)

