

Sterbehilfe – Streit um eine gesetzliche Neuregelung

Grenzverschiebungen sind nicht angezeigt, eine bessere Palliativversorgung jedoch schon

DR. FLORIAN STAECK

Die aktuelle Diskussion über Sterbehilfe hat schwerwiegende Risiken und Nebenwirkungen: Sie ist vor allem auf Einzelfälle fokussiert, die den Versorgungskontext von sterbenskranken Patienten unberücksichtigt lassen. Die Debatte bietet allerdings auch die Chance, Mängel und Versäumnisse – aber auch positive Entwicklungen – in der palliativen Versorgung zu diskutieren.

Der am heftigsten diskutierte Vorschlag von Abgeordneten, der bis Oktober 2014 bekannt geworden ist und der in einem interfraktionellen Antrag im Deutschen Bundestag münden soll, belässt es nicht dabei, die Strafbarkeit der organisierten Sterbehilfe zu fordern, sondern würde zu einer Grenzverschiebung ärztlichen Handelns führen. In diesem Eckpunktepapier werde die Rolle des Arztes als einem dem Leben zugewandten Therapeuten redefiniert. Der Arzt wäre – nach Maßgabe dieses Papiers – künftig Therapeut und potenziell aktiver Sterbehelfer zugleich.

In dieser Bewertung ist das Plenum des Frankfurter Forums für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatfragen sich einig gewesen, das am 24./25. Oktober 2014 in Fulda getagt hat. Ganz überwiegend bestand Konsens darüber, dass der gesetzliche Status quo in Deutschland beibehalten werden sollte.

Verbot der geschäftsmäßigen Sterbehilfe

Einzelne Teilnehmer meldeten dennoch gesetzlichen Klärungsbedarf an und votierten dafür, die geschäftsmäßige Sterbehilfe künftig unter Strafe zu stellen. Begründet wurde dies damit, diese Form organisierter Sterbehilfe richte sich keineswegs nur an schwerkranke, sterbende Menschen, sondern auch an depressiv Erkrankte, die sonst körperlich

gesund sind. Nur zögerlich sei bisher bekannt geworden, wie viele Menschen in den vergangenen Jahren die Angebote geschäftsmäßiger Sterbehelfer wahrgenommen hätten, wobei teilweise hohe Geldbeträge gezahlt worden seien.

Als ein Auslöser der neu aufgeflammtten Debatte über Sterbehilfe wurde von Teilnehmern die Bundesärztekammer beschrieben. Die BÄK habe im Jahr 2011, in einer vergleichsweise kurzen Diskussion, die Passagen zur Sterbebegleitung durch Ärzte in der Musterberufsordnung (MBO) an einem heiklen Punkt verändert: Paragraph 16 MBO lautete in seiner damaligen Fassung, Ärzte dürften das Leben „des Sterbenden nicht aktiv verkürzen“. In der neuen Fassung wurde 2011 das über das Strafrecht hinausgehende Verbot der ärztlichen Beihilfe zu Selbsttötungen formuliert: „Ärzte dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“

Zehn Landesärztekammern hätten bis dato den Text der MBO in ihre Berufsordnungen übernommen, sieben hingegen nicht. So heißt beispielsweise die entsprechende Passage der Berufsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe: „Ärzte sollen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ Insofern sei die Debatte auch aus der Ärzteschaft heraus provoziert worden, erläuterten Teilnehmer.

Ungleichgewicht in der Diskussion

Zudem sei die Ankündigung von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe Anfang 2014, Sterbehilfevereine verbieten zu wollen, so verstanden worden, als solle der rechtliche Rahmen insgesamt restriktiver ausgestaltet werden. Inzwischen, kritisierten Teilnehmer, habe sich die öffentliche Diskussion über eine gesetzliche Regelung losgelöst von ihrem Ursprung. Dabei bezeichneten Plenumsteilnehmer

das Ungleichgewicht zwischen der Sterbehilfediskussion und den Fragen nach der Verbesserung der Versorgung am Lebensende als „skandalös“.

Immer neue Meinungsumfragen von unterschiedlicher methodischer Qualität vermittelten in den Medien das Bild von konstant großen Mehrheiten für die Einführung der aktiven Sterbehilfe. Als besonders problematisch wurde dabei der undifferenzierte Umgang mit Begriffen wie etwa „indirekte“ oder „aktive“ Sterbehilfe bezeichnet. Denn der letztere Fall bezeichnet die bereits bisher strafbewehrte Tötung auf Verlangen. Die demoskopischen Ergebnisse bildeten dann wiederum einen Verstärker für Parlamentarier, die darin die Bestätigung einer Notwendigkeit sehen, die Sterbehilfe neu zu regeln.

Kritik erntete insbesondere das Mitte Oktober 2014 von mehreren Abgeordneten (Hintze, Reimann, Lauterbach et al.) vorgelegte Eckpunktepapier, in dem für eine Zulassung des ärztlich assistierten Suizids plädiert wird. Darin wird es als ein „Gebot der Menschenwürde“ angesehen, leidenden Menschen am Lebensende zu helfen. Angemerkt wurde hierzu, der Begriff der Menschenwürde als eine nicht-interpretierte Norm sei in diesem Kontext nicht zielführend, weil er in der konkreten Entscheidungsfindung nicht weiterhelfe. Auch die Vorgabe, dass eine „extreme Leidenssituation“ des Patienten gegeben sein müsse, dürfte im Falle einer gesetzlichen Regelung zu sehr unterschiedlichen Auslegungen führen, warnten Teilnehmer.

Als unvereinbar mit dem Geist der Verfassung wurde zudem der Ansatz gebrandmarkt, den ärztlich assistierten Suizid „im Umfeld der Regelungen zur Patientenverfügung“ zu regeln, wie es im Eckpunktepapier heißt.

Eine Codifizierung im Bürgerlichen Gesetzbuch sei eine gesetzgeberisch viel zu schwache Lösung angesichts der Tatsache, dass es um Grundrechtstatbestände geht, hieß es. Und selbst wenn es gelingen sollte, Rechtssicherheit für ärztliches Handeln zu schaffen, sei dies kein Garant für professionelles Verhalten in der letzten Lebensphase. Die argumentative Verengung der Sterbehilfe-Debatte auf den ärztlich assistierten Suizid lasse außer Betracht, dass die häufigsten ethischen Herausforderungen in der palliativen Versorgung sich bei der Symptomlinderung und Begrenzung medizinischer Maßnahmen stellen.

DRGs passen nicht zu den Zeittakten des Sterbens

Eindringlich mahnten Teilnehmer dazu, die verzögerten Zeittakte des Sterbens zu respektieren. Fallpauschalen seien vor diesem Hintergrund auf Palliativstationen ein völlig kontraproduktives Instrument. Der hohe ökonomische Druck – in Pflegeheimen wie in Kliniken – führe mitunter dazu, dass sich Gespräche mit Patienten darauf beschränkten, wie sie sterben – aber nicht wie sie weiterleben wollen. Kundige Teilnehmer berichteten von übertrieben hohen Medikamentenverordnungen bei Pflegeheimbewohnern, weil sich die Ärzte nicht die Zeit nähmen, festzustellen, dass es sich eigentlich längst um einen Fall handelt, der palliativ betreut werden müsse. Unbekannt sei Patienten, Angehörigen aber auch vielen Professionellen immer noch, dass Palliative Care mehr sei als Schmerzlinderung, wurde ergänzt.

Perspektivisch müsse sich die palliative Versorgung an Patienten mit allen Erkrankungen adressieren, nicht nur an Krebspatienten. Sie müsse außerdem früher ansetzen,

nicht erst in der Sterbephase, lautete eine weitere Forderung. Weiterhin müsse Palliative Care alle Dimensionen des Lebens umfassen, nicht nur die physische Verfassung, sondern auch die psychische, soziale und spirituelle Dimension. Schließlich wurde für die Verfügbarkeit von Palliative Care in allen Versorgungssettings – ob ambulant oder stationär – plädiert. Nimmt man den Ansatz von Palliative Care ernst, so das Fazit, dann sei eine multiprofessionelle Betreuung der Patienten unverzichtbar. Dies scheitere in vielen Konstellationen an falschen oder fehlenden ökonomischen Anreizen: Bekomme beispielsweise ein Physiotherapeut nicht die Fahrtkosten zum Patienten erstattet, bleibe die geforderte Multiprofessionalität bare Theorie, wurde angemerkt.

Als besonders bedrückendes Desiderat in der palliativen Versorgung bezeichneten Teilnehmer die Frage, wie Selbstbestimmung und die Gestaltung der letzten Lebensphase bei demenzkranken Patienten zu handhaben sind. Die Ermittlung des mutmaßlichen Willens bei sterbenskranken Patienten mit einer fortgeschrittenen Demenz stelle eine besondere Herausforderung dar, da in diesem Fall Grundorientierungen wie Autonomie und Fürsorge schwer auflösbar zueinander in Spannung träten, bemerkten Teilnehmer.

Unterschiedliche Meinungen bildeten sich im Forum darüber, ob bei der Integration von Palliativ Care in die Regelversorgung in den vergangenen 20 Jahren Fortschritte erreicht worden sind. Einzelne Teilnehmer zeichneten ein pessimistisches Bild und verwiesen auf nach wie vor bestehende Brüche in der Versorgungsstruktur. Diese zeigten sich etwa im Teilkaskoprinzip der sozialen Pflegeversicherung: Vier von fünf Pflegebedürftige in Heimen seien keine Selbstzahler, sondern abhängig von der Sozialhilfe. Verwiesen wurde darauf, dass die Eigenbeteiligung in der Pflegestufe 3 derzeit bei weit über 1000 Euro im Monat liege. Demgegenüber falle die finanzielle Belastung bei der Aufnahme eines Versicherten in ein Hospiz marginal aus. Teilnehmer verlangten daher, Zuständigkeiten müssten neu justiert und das ganze System stärker auf Kooperation angelegt werden.

SAPV existiert vielerorts nur auf dem Papier

Andere Teilnehmer verwiesen auf Fortschritte in der palliativen Versorgung in den vergangenen 20 Jahren. Dies gelte, obwohl gesetzlich verbrieft Ansprüche von Patienten – wie den auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) – vielerorts nach wie vor nur „auf dem

Papier“ existierten. Die Integration von Palliativ Care in die Behandlungskette, berichteten klinisch tätige Ärzte, gelinge oft nur durch Druck oder sei auf die Initiative Einzelner angewiesen. Forumsteilnehmer erinnerten zudem an die Ankündigung in der Koalitionsvereinbarung vom Herbst 2013, die Palliativversorgung stärken zu wollen. Bislang sei keine Strategie erkennbar, wie dies angegangen werden solle, wurde kritisch angemerkt.

Hinzu komme die Tatsache, dass in den fünf neuen Bundesländern die Ausstattung mit Lehrstühlen für Palliativmedizin immer noch Fehlanzeige sei. Die Herausforderungen von Palliative Care für die Aus- und Weiterbildung von Ärzten und anderen Gesundheitsberufen sind umfangreich bereits in Heft 10 des Frankfurter Forums, das auf der Tagung im April 2014 fußt, beleuchtet worden.

In- und ausländische Studien zeichneten andererseits ein nach wie vor häufig betrübliches Bild der Überversorgung von Patienten am Lebensende. So müsse beispielsweise davon ausgegangen werden, dass jeder fünfte Krebspatient weniger als 30 Tage vor seinem Tod noch eine Chemotherapie erhalten hat. Dabei stehe in Frage, inwieweit finanzielle Anreize für diese Fehlversorgung mit ursächlich sind.

Konstatiert werden müsse bei Krebsleiden eine seitens der Ärzte häufig zu optimistische Darstellung der Therapie- und /oder Heilungschancen im Patientengespräch. Zu wenig würden bisher in der palliativen Versorgung prognostische Scores eingesetzt, um die mutmaßliche Restüberlebenszeit und damit auch die gebotene palliative Versorgung eines Patienten besser abschätzen zu können.

Im Ergebnis schätzten es Forumsteilnehmer als äußerst schwierig ein, ethische Ansprüche und Kostendruck – nicht nur – in der stationären Versorgung miteinander zu vereinbaren. Dabei wurde insbesondere der Abbau von Pflegepersonal in Kliniken als fatal und den Zielen einer guten palliativen Praxis zuwiderlaufend bezeichnet. Der Pflegenotstand in Heimeinrichtungen ist ohnehin nicht zu verbergen.

Die in Meinungsumfragen konstant hohe Zustimmung für aktive Sterbehilfe könne auch aus einem mangelnden Vertrauen in die Leistungsfähigkeit von Versorgungsstrukturen herrühren, wurde vermutet. „Trust“ sei demgegenüber in europäischen Nachbarländern längst als eine wichtige Voraussetzung für die Ausübung von Selbstbestimmung erkannt worden. Viele ökonomische Anreize in der medizinischen und pflegerischen Versorgung liefen gegenwärtig aber in die falsche Richtung.

Das Frankfurter Forum appellierte an alle Verantwortlichen in Politik und Gesundheitswesen, einer verkürzten Debatte über den assistierten Suizid Einhalt zu gebieten. Nötig sei zum einen eine grundsätzliche innerärztliche Selbstverständigung ohne Zeitdruck und falsche Formelkompromisse über eine ethisch fundierte Handlungspraxis bei Patienten am Lebensende. Zum anderen geboten

sei die seriöse Information der breiten Öffentlichkeit über die geltende Rechtslage, zentrale Begriffe in diesem Zusammenhang sowie Stand und Chancen der palliativen Versorgung in Deutschland.

Dieser Beitrag gibt die Auffassung des Autors und des Kuratoriums des Frankfurter Forums wider.

DISKUSSIONSTEILNEHMER BEIM FRANKFURTER FORUM



Dr. med. Jürgen Bausch

Wolfgang van den Bergh

Dr. med. Margita Bert

Eugen Brysch

Dr. med. Winfried Demary

Dr. med. Rosa-Adelinde Fehrenbach

Dr. rer. nat. Liane Fickler

Prof. Dr. med. Gisela Charlotte Fischer

Prof. Dr. rer. pol. Frank-Ulrich Fricke

Dr. med. Jan Geldmacher

Dr. h. c. Jürgen Gohde

Dr. med. Kay Großmann

Eike Hovermann

Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig

Hardy Müller

Dr. med. Axel Munte

Prof. Dr. med. Friedemann Nauck

Prof. Dr. med. Norbert Niederle

Dr. med. Erika Ober

Dietmar Preding

Prof. Dr. rer. pol. Herbert Rebscher

Prof. Dr. theol. Traugott Roser

Gudrun Schaich-Walch

PD Dr. med. Jan Schildmann

Dr. med. Hubert Schindler

Rechtsanwalt Gerhard Schulte

Dr. med. Nick Schulze-Solce

Prof. Dr. theol. Josef Schuster SJ

Dr. phil. Florian Staeck

Oliver Stahl

Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich

Eva Walzik

Organisations- und Programmkuratorium des Frankfurter Forums e.V.

| | |
|---|---|
| Philosophie / Theologie : | Prof. Dr. theol. Josef Schuster SJ, Fachbereich Moralthologie und Ethik, Theologisch-Philosophische Hochschule St. Georgen, Frankfurt |
| Kassenärztliche Vereinigungen : | Dr. med. Jürgen Bausch, Vorsitzender Frankfurter Forum e. V., Hanau Dr. med. Margita Bert, Mitglied Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Berlin |
| GKV-Spitzenverband : | Michael Weller, Leiter Stabsbereich Politik, Berlin |
| Krankenkassen : | Eva Walzik, DAK-Gesundheit - Unternehmen Leben, Leiterin Berliner Büro, Berlin Jan Carels, Geschäftsführer Politik & Unternehmensentwicklung, AOK-Bundesverband, Berlin |
| Krankenhaus : | Prof. Dr. med. Ulrich Finke, Direktor und Chefarzt St. Katharinen-Krankenhaus, Frankfurt |
| Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) : | Claudia Korf, Geschäftsführerin Wirtschaft, Soziales und Verträge, Berlin |
| Politik : | Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a. D., Frankfurt, stellvertretende Vorsitzende Frankfurter Forum e. V., Hanau |
| Ökonomie / Gesundheitsökonomie : | Prof. Dr. rer.pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl VWL III, insbesondere Finanzwissenschaft, Universität Bayreuth |
| Gesundheitsmanagement : | Dr. med. Nick Schulze-Solce, Arzt und Apotheker, Bad Homburg |
| Kommunikation : | Wolfgang van den Bergh, Springer Medizin, Direktor Nachrichten und Politik, Chefredakteur ÄRZTE ZEITUNG, Neu-Isenburg Dr. phil. Florian Staeck, Redakteur Gesundheitspolitik/Gesellschaft, ÄRZTE ZEITUNG, Neu-Isenburg |
| Projektmanagement : | Dietmar Preding, stellvertretender Vorsitzender, Frankfurter Forum e. V. , Hanau |
| Forschende Pharmaindustrie : | Oliver Stahl, Direktor Corporate Affairs, Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg v. d. H. |