

Wortprotokoll

21. Sitzung

**Montag, 5. Juli 2004, 17.00 Uhr
Bugenhagenschule, Hamburg/Alsterdorf**

Vorsitz: Abg. René Röspel

**Moderation: Bernd Seguin
(NDR)
Dr. Cornelia Werner
(Hamburger Abendblatt)**

Tagesordnung

Einziger Tagesordnungspunkt

Öffentliche Dialogveranstaltung

„Menschenwürdig leben bis zuletzt“

Beginn der Sitzung 17.00 Uhr.

Moderator Bernd Seguin: Guten Tag, meine Damen und Herren, herzlich willkommen hier in der Stiftung Alsterdorf in der Bugenhagenschule und guten Abend und herzlich willkommen im Namen des Hamburger Abendblattes, des Hamburgjournals, des Norddeutschen Fernsehens und NDR 90,3!

Wir sind sehr froh, dass wir heute Abend hier in die Stiftung Alsterdorf eingeladen worden sind. Hier tagt die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages zum Thema Bioethik, und ich darf deren Vorsitzenden René Röspel gleich bitten, zu uns zu kommen, um uns zu begrüßen und zwei Takte dazu zu sagen, was heute im Mittelpunkt ihrer Beratungen stand.

Vorsitzender: Guten Tag. Auch ich darf Sie hier recht herzlich begrüßen. Ich freue mich, dass wir als Enquete-Kommission heute hier vor Ort sein können. Wir sind vom Bundestag eingesetzt worden, um den Gesetzgeber, die Abgeordneten und den Bundestag zu medizinisch-ethischen Fragen zu beraten. Wir diskutieren immer sehr heftig in Berlin, fast jeden Montag in einer Sitzungswoche – und das in einer besonderen Zusammensetzung, die die Enquete-Kommission hat: 13 Abgeordnete und 13 Sachverständige. Es ist fast schon eine gute Tradition, dass wir auch vor Ort gehen, um unsere Thesen mit anderen zu diskutieren, aber auch um zu begreifen, was in Stiftungen, in Hospizen – und das war heute Schwerpunktthema – vor sich geht und was wir auf diesem Weg an Anregungen oder auch Kritik mitbekommen.

Moderator Bernd Seguin: Gleich eine Nachfrage zum Thema von heute: die Frage nach Sterbebegleitung, nach würdigem Sterben. Gibt es dazu einen Diskussionsstand?

Vorsitzender: Wir haben in einer Arbeitsgruppe zwei Hospize besucht. Das Helenenstift und das Leuchtfeuer. Wir sehen, dass dort wirklich tolle Arbeit verrichtet wird, und werden – das ist dann die Aufgabe der Abgeordneten – in die gesamtgesellschaftliche Diskussion einbringen müssen, was uns ein menschenwürdiger Umgang mit Patienten in dieser Gesellschaft wert ist. Das werden wir als Abgeordnete auch transportieren müssen.

Moderator: Wir wollen das heute mit Ihnen diskutieren. Einmal mit den Abgeordneten, mit den Sachverständigen und natürlich auch mit Ihnen im Publikum, die Sie ja ebenfalls sehr viel Sachverstand oder vielleicht auch eine Menge Fragen haben. Die Kollegin Cornelia Werner vom Hamburger Abendblatt wird dafür sorgen, dass die richtigen Antworten kommen

und wir auch keine Frage vergessen. Ich sage Ihnen, Herr Röspel, erst einmal herzlichen Dank und komme auf Sie zurück.

Zum Auftakt: Auf dem Podium sitzt Christa Nickels von den Bündnisgrünen. Frau Nickels, es gibt eine Reihe von Begriffen: assistierte Selbsttötung, aktive Sterbehilfe, direkte Sterbehilfe, indirekte Sterbehilfe. Was verbirgt sich eigentlich hinter all diesen Begriffen? Das würde ich gern in der ersten Runde mit dem Podium klären. Welche Definitionen gibt es? Wie sehen Ihre Definitionen aus, Christa Nickels?

Abg. Christa Nickels (B90/GR): Ich halte mich da an die Rechtslage, weil man wirklich ziemlich streng sein muss, damit man nicht in unsichere Gewässer kommt, denn hier geht es um wesentliche Punkte. Unter passiver Sterbehilfe versteht man den Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen – und jetzt geht es wirklich um jedes Wort – *beim* Sterben. Das heißt, ein Mensch muss also schon im Sterbeprozess angekommen sein. Die Rechtslage ist bei uns so, dass der Abbruch oder der Verzicht auf medizinische Maßnahmen straffrei nur als Hilfe *im* Sterben ist, also im unmittelbaren Sterbeprozess. Es gibt zwei Urteile des Bundesgerichtshofs, die in der Fachöffentlichkeit sehr viel diskutiert werden, zum einen des Strafsenats des Bundesgerichtshofes von 1994 und zum zweiten des Zivilsenats von 2003. Danach ist passive Sterbehilfe bei absehbarem Tod straffrei. Dabei wird aber der Zeitrahmen sehr, sehr kontrovers diskutiert. Das ist z. B. ein Punkt, mit dem wir uns in der Enquete-Kommission auseinandersetzen, wenn es um die Frage geht, welche Reichweite Patientenverfügungen haben dürfen oder sollten.

Dann gibt es den Begriff der aktiven direkten Sterbehilfe. Darunter versteht man alle Maßnahmen, die zum Ziele haben, einen Menschen zu töten. Diese aktive Sterbehilfe ist bei uns in Deutschland strafrechtlich absolut verboten.

Drittens gibt es die so genannte aktive indirekte Sterbehilfe. Das ist wirklich ein sehr schillernder Begriff. Zum Beispiel verstehen darunter einige, einem Menschen, der starke Schmerzen hat, sehr starke Schmerzmittel zu verabreichen, so dass als so genannte unbeabsichtigte Nebenfolge der Tod eintritt. Dabei sagen Fachleute – Herr Klaschik kann uns das genauer erklären –: Wenn man heute richtig dosiert und man dafür richtig ausgebildet ist, verlängert eine gute Schmerzmedizin das Leben eher als dass sie es verkürzt. Das Problem besteht darin, hier die Grenze zwischen gezielter Lebensverkürzung durch Schmerzmittelgabe und der Schmerzbekämpfung zu ziehen. Das ist ein Punkt, der uns auch sehr intensiv beschäftigt. Gibt es da eine Grauzone, die so eine Rutschbahn hin zu aktiver Sterbehilfe

eröffnet? Das sind die drei Begriffe, die uns sehr stark interessieren, auch im Rahmen der Beschäftigung mit Patientenverfügungen.

Moderator Bernd Seguin: Eberhard Klaschik ist schon angesprochen worden, er ist Arzt und als Sachverständiger in der Enquete-Kommission. Das ist ja eine formale Definition, die Frau Nickels gerade gegeben hat. Für Sie als Ärzte ist das etwas, wo Sie eventuell in jedem Einzelfall neu überlegen müssen: Was mache ich eigentlich in diesem Fall, und wie ist hier Recht mit ärztlichem Ethos vereinbar?

SV Prof. Dr. Eberhard Klaschik: Die Definition, die Frau Nickels genannt hat, kann ich unterstreichen. Ich möchte betonen, dass wir in der Regel relativ gut unterscheiden können, was aktive, passive oder so genannte indirekte Sterbehilfe ist. Die aktive Sterbehilfe ist wirklich das gezielte Beenden eines Lebens, in der Regel durch einen Arzt. In den Niederlanden und Belgien ist das erlaubt, in Deutschland ist es nach § 216 StGB verboten. Die passive Sterbehilfe – auch da möchte ich Frau Nickels unterstützen – ist das Nichteinleiten oder Beenden lebenserhaltender Maßnahmen, wenn der Sterbeprozess für den Patienten begonnen hat. Das ist also an den Sterbeprozess gebunden, und auch da haben wir im Alltag relativ gute Möglichkeiten der Einschätzung.

Besonderen Wert möchte ich auf die Definition der indirekten Sterbehilfe legen und zwar deswegen, weil dieser Begriff meist missbraucht wird. Erstens ist indirekte Sterbehilfe ein mehr oder weniger theoretisches Konstrukt, das in der Realität praktisch nie vorkommt. Es ist für mich die nicht beabsichtigte, versehentliche Nebenwirkung einer auf Leidenslinderung ausgelegten Maßnahme, als deren Folge der Patient verstirbt. Eine Schmerztherapie, die ordnungsgemäß durchgeführt wird, führt praktisch nie zu einem frühzeitigen Versterben eines Patienten. Wir haben die Schmerztherapie und auch andere Symptomkontrollen so sicher im Griff, dass eine indirekte Sterbehilfe praktisch nie der Fall ist. Wenn Sie fragen, wo das überhaupt vorkommt: Ich betreibe jetzt über 20 Jahre Palliativmedizin, und es gibt die extremen, seltenen Fälle von vielleicht sechs- oder siebenmal in über 20 Jahren, bei denen wir einem Patienten im unmittelbaren Sterbeprozess Schmerzmittel, auch schläfrig machende Mittel gegeben haben, und wir in dieser Situation nicht entscheiden konnten, ob tatsächlich diese Maßnahme zu einer Verkürzung des Lebens beigetragen hat. Es handelt sich also um den unmittelbaren Sterbeprozess, der sich in wenigen Sekunden, Minuten entscheidet und nicht etwa in Stunden. Fazit: Die indirekte Sterbehilfe in ein Gesetz zu bringen, halte ich für völlig überzogen. Ich denke an die Arbeitsgruppe des Bundesjustizministeriums, die das Thema Patientenautonomie am Lebensende zu bearbeiten hatte: Da kommen leider auch wieder die Begriffe „Schmerztherapie“ und „indirekte Sterbehilfe“ unmittelbar im Zusammen-

hang vor. Das tut mir außerordentlich Leid, dass dies von dieser Arbeitsgruppe so genannt worden ist.

Moderator Bernd Seguin: Michael Kauch von den Freien Demokraten: In dem, was Herr Klaschik sagte, war ja schon eine Aufgabe an das Parlament enthalten. Die Definitionen kann ich auf zweierlei Wegen machen. Ich habe sie einmal von Frau Nickels gehört, wie es formalrechtlich ist; hier von Herrn Klaschik nun, was aus seiner Sicht wichtig ist. Was ist für Sie die Grenzlinie? Wo ist die Trennlinie?

Abg. Michael Kauch (FDP): Die Definitionen sind hier ja korrekt vorgetragen worden. Die Frage, die sich stellt, ist, ob die Vorschläge, die z. B. die Arbeitsgruppe des Bundesjustizministeriums zu einer Klarstellung im Gesetz zu passiver und indirekter Sterbehilfe gemacht hat, notwendig und sinnvoll sind. Wir müssen zunächst einmal klären: Ist es sinnvoll? Bei der passiven Sterbehilfe ist die Rechtslage ja eigentlich klar. Doch haben wir die Situation, dass es nach Umfragen sowohl bei den Medizinern als auch bei den Juristen eine große Zahl gibt – es wird von bis zu 50 % gesprochen –, die den Unterschied zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe nicht genau erklären kann. Und hier ist möglicherweise, so die Argumentation der Befürworter, eine gesetzliche Klarstellung notwendig.

Bei der indirekten Sterbehilfe müssen wir auch feststellen, dass es hierzu offensichtlich auch unter Medizinern unterschiedliche Auffassungen gibt. Ich habe beispielsweise den Leiter der Kinderkrebsklinik in meiner Heimatstadt dazu befragt und war auf einigen Palliativstationen. Die Meinungen dazu sind sehr geteilt, ob es denn dieses Phänomen gibt, dass tatsächlich Schmerzmittel unter Hinnahme einer Lebensverkürzung vergeben werden; also ob die Einstellung der Medikation wirklich in allen Fällen so optimal sein kann. Ich kann das als Nichtmediziner nicht beurteilen, und deswegen werden wir als Parlamentarier sicherlich noch einmal eine Reihe von Expertengesprächen führen müssen, ob das denn notwendig ist. Die andere Frage, die sich stellt, ist, welches Signal man möglicherweise in die Gesellschaft gibt. Das muss mit abgewogen werden. Ich rate dazu, hier keine vorschnelle Festlegung zu machen, sondern wirklich diese Fragen noch einmal ernsthaft im Parlament zu diskutieren.

Moderator Bernd Seguin: Michael Wunder ist Psychologe in der Evangelischen Stiftung Alsterdorf und als Sachverständiger Mitglied der Enquete-Kommission. Herr Wunder, ich brauche ein bisschen Klarheit in den Einschätzungen. Haben wir alle Definitionen gehört? Worauf kommt es jetzt eigentlich für die Arbeit der Enquete-Kommission an?

SV Dr. Michael Wunder: Ich glaube, das Wesentliche an diesen drei Definitionen ist ihre Pseudoklarheit. Man denkt, das hat man jetzt im Kasten. In der Praxis geht es hingegen genau um die sehr, sehr labilen Grenzen zwischen diesen drei Begriffen. Die indirekte und die aktive Sterbehilfe unterscheiden sich eigentlich nur – wenn man einmal die Erfahrung der Palliativmedizin etwas hinten anstellt, dass es eventuell gar nicht so viele solcher Fälle gibt – in der Intention. Der Gesetzgeber sagt, dass es ein Unterschied sei, ob ein Arzt als Nebenwirkung das schnellere Versterben mit bewirkt, obwohl er z. B. nur Schmerzen lindern will, oder ob er intentional tötet. Da ist die Grenzziehung, und jeder, der das hört, merkt, dass das zu Missbrauch anregt.

Genauso ist auch die Grenzziehung zwischen aktiv und passiv keinesfalls so sicher, wie es sich in der Definition anhört, weil es darauf ankommt, was der Sterbevorgang eigentlich ist. Es gab 1986 eine Bundestagsanhörung zu genau diesem Thema, da hat der Ärztekammervertreter gesagt – er hat es hinterher bereut, glaube ich –, die Sterbephase sei die Zeit 48 Stunden vor dem Tod. Aber das kann man so genau gar nicht sagen. Es gibt einen ausgewiesenen medizinischen Streit darüber, was die Sterbephase ist, was die Vorphase des Sterbens ist und was der neue Begriff „in absehbarer Zeit sterben“ bedeutet. „In absehbarer Zeit“ könnte heißen, der Zeitraum ist überschaubar, ohne sich auf Wochen oder Monate festzulegen. Wenn in diesem Zeitraum etwas unterlassen wird, ist die Frage: Ist das passiv oder ist das aktiv, ist es Töten oder wird hier ein Sterbeprozess nicht weiter behindert? Das sind die moralischen Kategorien dahinter. Wir befinden uns sozusagen auf einer Landkarte, die keine Sicherheit bietet.

Wir haben noch einen vierten Begriff vergessen. Das ist die ärztlich assistierte Selbsttötung. Die macht das ganze Geschehen noch verwirrender, weil es Leute gibt, die sagen: „Aber die Freiheit muss es doch zumindest geben!“ Aber genau besehen ist es keine Freiheit. Denn es geht im Kern nicht um die Selbsttötung, sondern es geht darum, dass ein Arzt eine wesentliche Handlung dazu beiträgt und so die Selbsttötung ermöglicht. In der Schweiz gibt es diese Möglichkeit. Ich mache darauf aufmerksam, dass die schweizer Ärzte, die das durchgesetzt haben – übrigens gegen den Widerstand anderer Ärzte und Verbände in der Schweiz, die mit den Befürwortern zahlenmäßig ungefähr gleichauf waren –, heute sagen, wir haben eine bessere, eine noch liberalere Lösung als in den Niederlanden, weil bei der ärztlichen Assistenz zur Selbsttötung in der Schweiz die Menschen nicht von einem zweiten Arzt begutachtet werden müssen, die Schriftlichkeit nicht mehr verlangt wird und die Indikation nicht mehr überprüft wird. Das heißt, der Arzt stellt die Tötungsutensilien zur Verfügung, ohne dass all diese Vorbedingungen noch eine Rolle spielen. Das halte ich für eine Eskalation.

Moderator Bernd Seguin: Es gibt zwei Wortmeldungen dazu: Wolfgang Wodarg von der SPD und Michael Kauch von der FDP. Herr Wodarg ist ebenfalls Bundestagsabgeordneter und Mitglied der Enquete-Kommission – willkommen in Hamburg!

Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Ich denke, wir dürfen nicht vergessen, dass diese Diskussion vor einem Hintergrund stattfindet, der das Ganze zu einem heißen Thema macht. Wir hören überall, dass Geld knapper wird. Wir sehen, es gibt immer mehr alte Menschen, die schlecht versorgt sind, und wenn wir dann über Sterbehilfe reden, hat das etwas Makaberes. Wer den Begriff Sterbehilfe benutzt, hat eigentlich schon verloren. Das müsste eigentlich Sterbebegleitung heißen, und alles andere, wovon wir reden, ist mehr oder weniger Töten. Wenn wir das hier zu technisch diskutieren, wird mir ein bisschen komisch zumute. In Holland haben wir das Problem, dass das nicht nur bei Menschen gemacht wird, die das irgendwann einmal äußern, sondern mit Menschen, von denen man meint, dass sie es wohl geäußert hätten, weil es ihnen so schlecht geht. Da ist es schon so, dass 1.000 Menschen im Jahr getötet werden, ohne dass sie ihren eigenen Willen irgendwo kundgetan haben. Das heißt, wenn man damit erst einmal anfängt, wenn man das diskutiert und dann so schön Sterbehilfe nennt – Hilfe ist ja etwas Positives –, hat man sich schon auf diese schiefe Ebene begeben, bei der es dann gefährlich wird.

Wir diskutieren in der Enquete-Kommission diesen Konflikt, der einerseits darin besteht, dass es den geäußerten Willen des Menschen gibt. Viele Menschen sagen: Wenn es mir so dreckig geht, will ich nicht mehr leben, dann soll man mir dabei helfen, dass ich sterbe. Es gibt viele Menschen, die das sagen, aber wenn sie das sagen, geht es ihnen meistens noch recht gut. Man weiß eben, dass, wenn es einem dann wirklich dreckig geht, der Mensch häufig doch am Leben hängt, so dass wir jetzt streiten, wie verbindlich denn so eine Erklärung ist und wie das letztlich entschieden werden muss. Das ist das wichtigste und das schwierigste Thema, mit dem wir uns in den letzten Wochen herumgeschlagen haben.

Moderator Bernd Seguin: Wolfgang Wodarg ist zwar jetzt SPD-Bundestagsabgeordneter, aber als Dr. Wodarg war er Arzt oder ist Internist von der Ausbildung her. Das zum Hintergrund. Herr Kauch und dann Cornelia Werner.

Abg. Michael Kauch (FDP): Wir sind jetzt genau an dem Punkt, wo solche Diskussionen erst einmal starten, obwohl ich mich dann frage, ob wir hier die richtige Prioritätensetzung haben. Wir diskutieren nämlich immer, und das durchaus auch sehr emotional, über die Fragen Sterbehilfe, assistierter Suizid. Ich würde mir wünschen, dass wir das Thema Palliativmedizin wirklich voranstellen und fragen, wie wir es in dieser Gesellschaft schaffen können,

dass der Wunsch nach Sterbehilfe möglicherweise gar nicht so stark aufkommt, wie es sich in den Diskussionen widerspiegelt. Wir müssen auf der anderen Seite sehen – wir hatten gerade eine Reise der Enquete-Kommission in die Niederlande –, dass es Menschen gibt, die trotz Palliativmedizin diesen Wunsch haben. Es wurde auch in den Gesprächen in den Niederlanden deutlich, dass häufig nicht einmal der Schmerz die Hauptmotivation ist. Wir waren uns in der Delegation einig, dass das niederländische Modell und die aktive Sterbehilfe auf Deutschland nicht übertragen werden können. Wir müssen uns in Deutschland schon der Diskussion stellen, über das, was wir heute an rechtlichem Instrumentarium haben, sowohl was die passive Sterbehilfe angeht, als auch was den ärztlich assistierten Suizid betrifft. Wir müssen die Diskussion in der Gesellschaft führen. Ich möchte dem nicht das Wort reden, aber ich bin der Meinung, wir sollten von Seiten der Politik keine Tabus für Diskussionen aufstellen, für die es in der Gesellschaft doch einen Nährboden gibt. Wenn Demokratie bedeutet, dass wir auch die gesellschaftlichen Debatten aufgreifen, müssen wir im Parlament, auch möglicherweise streitig, über diese Dinge diskutieren. Das werden wir auch im nächsten Jahr tun, wenn sich die Enquete-Kommission mit dem Thema Sterbehilfe beschäftigt. Aber erst dann, wenn wir uns tatsächlich ernsthaft in der deutschen Politik Gedanken darüber gemacht haben, wie wir die Palliativmedizin voranbringen können, und das nicht als Appendix der Sterbehilfediskussion begreifen.

Moderatorin Dr. Cornelia Werner: Ich habe noch einmal eine Nachfrage an Herrn Wunder. Sie reden hier von Sterbenden, zählen denn Patienten, die nach schweren Kopfverletzungen im Wachkoma liegen, auch dazu? Oder wie kommt es, dass man darüber diskutiert, ob man diesen Patienten die Nahrung entziehen darf?

SV Dr. Michael Wunder: Historisch ist es so, dass fast alle Eskalationen dieser Debatte sich immer an den Fällen der Menschen im Wachkoma entzündet haben. Das war in den USA so, das ist in Frankreich so, und in anderen Ländern ist es auch so. Es liegt offensichtlich daran, dass die Menschen im Umfeld von Wachkomapatienten, wie wir heute sagen – wir sagen nicht mehr Apalliker, das ist der alte Begriff dafür –, die Idee bekommen, dass das nicht mehr menschenwürdig sei, dass sie jetzt abstellen müssten. Und Familien kämpfen dann geradezu darum. Wir wissen heute aus der Wachkomaforschung und aus der Beobachtung dieser Patientengruppe – die übrigens riesengroß ist, und Hannelore Kohl hat ja in der von ihr gegründeten Stiftung öffentlich auf das Schicksal dieser Menschen aufmerksam gemacht –, dass diese Patientengruppe eine Gruppe ist, die zwar sehr mühsam, aber mit Musiktherapie, mit sensorischer Stimulation und mit einer guten Pflege dazu zu bringen ist, tatsächlich eine gewisse Kommunikation mit der Umwelt zu erlernen. Und zwar zwischen 60 % und 80 % aller Patienten, die im Wachkoma liegen. Das ist ein, wie ich finde, sensatio-

neller Befund einer Wissenschaft, die im Grunde ohne große öffentliche Förderung und gegen den Mainstream diesen Befund für diese große Patientengruppe herausgefunden hat. Somit verbietet es sich, weiterhin Wachkoma-Patienten als Sterbende zu bezeichnen.

Die Bundesärztekammer hat in ihren neuesten Grundsätzen aus diesem Jahr auch die Konsequenzen gezogen und zwischen Menschen mit infauster Prognose, bei der also der Tod absehbar ist, und den Patienten im Wachkoma einen Trennstrich gezogen und gesagt: Die gehören nicht dazu. Wenn wir hier also jetzt weiter über Sterbehilfe und Sterbebegleitung diskutieren, dann bitte nicht mit dem Tenor, dass das für Wachkomapatienten zutrifft. Für sie trifft es nur dann zu, wenn bei ihnen noch eine zusätzliche Komplikation auftritt, was natürlich immer passieren kann. Dann haben sie eine infauste Prognose aufgrund dieser zusätzlichen Erkrankung, aber nicht weil sie im Wachkoma liegen. Das ist eine so sensible, wichtige Entscheidung. Wir müssen in dieser Diskussion genau sein. Ich habe das alles, was ich hier sage, von Medizinern gelernt, die sich damit beschäftigen. Ich nenne hier nur einen Namen: Andreas Zieger, dem ich dieses Wissen verdanke; ich gebe es immer ausgesprochen gerne in der Öffentlichkeit weiter.

Moderatorin Dr. Cornelia Werner: Noch eine Nachfrage dazu: Bei dieser Debatte ging es ja auch immer um das Thema Nahrungsentzug. Darf man Sterbenden die Ernährung entziehen? Ist das aktive oder passive Sterbehilfe?

SV Dr. Michael Wunder: Erstens: Wenn man Wachkomapatienten die Nahrung entzieht, entzieht man Lebenden die Nahrung – und nicht Sterbenden. Das ist ein himmelweiter Unterschied. Zweitens ist es die Frage, ob man Sterbenden die Nahrung entziehen darf. Und dazu kann es meiner Ansicht nach aus ethischer Sicht nur die Antwort geben: Nein! Das gehört in meinen Augen zur Basispflege. Nun sagt allerdings eine neuere medizinische Definition, der sich auch die Bundesärztekammer zugewandt hat, dass die Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit nicht unbedingt das Stillen von Hunger und Durst bedeutet. Das ist eine neue wichtige Diskussion. Man sagt, zumindest ist das Stillen von Hunger und Durst nicht unbedingt mit der Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit identisch, sondern mit dem Befeuchten des Mundes beispielsweise. Dieses Letztere gehört dann wenigstens noch zur Basispflege. Ich halte es für risikoreich, diese Unterscheidung so offiziell zu treffen. Im Einzelfall mag es zutreffen, dass die Nahrungszufuhr dann noch einmal sozusagen Unlust hervorruft, aber ich habe da eine deutlich andere Position, als sie mehrheitlich z. B. in der Bundesärztekammer vertreten wird. Ich würde das zu den unverzichtbaren und auch nicht abwählbaren Maßnahmen zählen.

Moderatorin Dr. Cornelia Werner: Vielen Dank, Herr Wunder. Herr Kauch möchte dazu noch etwas sagen.

Abg. Michael Kauch (FDP): Herr Wunder hat es gerade in seinem letzten Satz selbst korrigiert. Wenn man sich die Richtlinien der Bundesärztekammer nämlich genau anschaut, so steht dort: „Lebenserhaltende Therapie einschließlich – ggf. künstlicher – Ernährung ist daher unter Beachtung ihres geäußerten Willens oder mutmaßlichen Willens grundsätzlich geboten.“ Und dieser Punkt „unter Beachtung ihres geäußerten Willens oder mutmaßlichen Willens“ ist wichtig. Die Mehrheit der Enquete-Kommission ist anders als ich und einige andere Mitglieder der Meinung, dass in diesem Fall Patientenverfügungen gar nicht zulässig sind, weil Wachkomapatienten in der Tat keine Sterbenden sind. Wir als Minderheit in der Enquete-Kommission sind allerdings der Meinung, dass der Patient grundsätzlich Herr der Therapieentscheidung sein muss. Wenn ein Arzt gegen den geäußerten Willen eines einwilligungsfähigen Patienten behandelt, ist das strafbar. Wir sind der Meinung, dass ein nicht-einwilligungsfähiger Patient, wenn kein Anzeichen für eine Willensänderung erkennbar ist, grundsätzlich nach seinem erklärten Willen behandelt werden muss. Das greift hier im Prinzip auch die Bundesärztekammer auf, bzw. lässt zumindest den Raum dafür. Das wollte ich zur Klarstellung der unterschiedlichen Positionen deutlich machen.

Moderator Bernd Seguin: Hubert Hüppe von der CDU-Bundestagsfraktion ist der stellvertretende Vorsitzende der Enquete-Kommission. In der ersten Runde, Herr Hüppe, ist ja schon deutlich geworden, dass es eine Menge an Definitionen gibt. Der Eindruck, der sich für die ZuhörerIn oder den Zuhörer ergibt, ist, dass es hier einer politischen Definition, einer politischen Bestimmung der Rahmenbedingungen bedarf. Glauben Sie, Sie nähern sich dem Ganzen? Denn es ist doch nun deutlich geworden: Es besteht eine Menge Regelungsbedarf.

Abg. Hubert Hüppe (CDU/CSU): Ich bin nicht der Meinung, dass wir einen so großen Regelungsbedarf haben. Ich glaube, dass viele allgemeine Forderungen auch mit Hilfe seltener Einzelfälle begründet werden. Herr Klaschik hat es gerade gesagt: Es sind sieben Fälle, die ihm in seinem Leben in einer langen Praxis vorgekommen sind, bei denen man nicht genau wusste, ob vielleicht die Gabe von Schmerzmitteln zu einer Verkürzung der Lebensdauer geführt hat. Ich glaube nicht, dass wir jeden Einzelfall in einem Gesetz ausdrücklich nennen müssen. Wir müssen auch manchmal einfach sagen, dass es ein paar Fälle gibt, die wir als Politiker einfach nicht entscheiden können. Ich habe große Bedenken, wenn wir solche Dinge wie Patientenverfügungen festmachen, die man dann vielleicht sogar beim Notar niederlegen muss. Damit schafft man dann natürlich auch Druck, den man bei der so genannten aktiven Sterbehilfe, der Tötung auf Verlangen, auch hätte, so dass man irgendwann fragt: Ist

nicht derjenige, der sich dazu entscheidet, möglichst wenig Behandlung zu bekommen, der gesellschaftlich Verträglichere, weil der unsere Ressourcen nicht so in Anspruch nimmt? Gerade ich nicht unter Druck, eine Patientenverfügung abzuschließen, die sagt: Ich möchte euch dann aber nicht mehr zur Last fallen – sowohl der Gesellschaft als auch den Verwandten? Deswegen wehre ich mich dagegen, so viel politisch zu definieren, und ich würde z. B. den § 216 so lassen, wie er ist. Wir haben da meiner Meinung nach keinen Bedarf an Änderungen.

Moderator Bernd Seguin: Wenn ich Sie richtig erkenne, kommen Sie aus der Palliativstation Asklepios-Westklinikum in Hamburg-Rissen. Sie sind Palliativmediziner. Ist das, was Hubert Hüppe von der CDU gerade beschrieben hat, eine Rahmenbedingung? Ist diese Ausgestaltungsmöglichkeit durch Ärztinnen und Ärzte etwas, bei dem Sie sagen, das ist in der Praxis etwas, was wir anwenden können und was wir benötigen?

Teilnehmer Herr Lehmann: Das denke ich schon. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen, die wir zurzeit haben, sind meiner Ansicht nach gut und ausreichend. Ich sehe keinen Handlungsbedarf, das genauer durch Juristen und Politiker zu definieren. Ich sehe z. B. auch, dass Herr Wunder, der sich sicherlich sehr intensiv mit diesem Thema beschäftigt hat, in der Praxis wenige solcher Patienten gesehen und Sterbephasen verfolgt hat. Ich denke, dass das ein medizinisches Problem ist, um das sich Mediziner kümmern sollten, wie in der Sterbephase mit dem Thema Ernährung und Flüssigkeitszufuhr umgegangen wird. Das kann man nicht gesetzlich regeln. Denn das ist ein fließender Prozess, bei dem man die Patienten sehr genau beobachten muss. Wenn Sie die alte 90-jährige Oma sehen, die auf dem Sterbebett liegt, wird die in den letzten zwei bis drei Tagen zunächst nichts mehr essen und dann irgendwann auch nichts mehr trinken. Ich denke, es entspricht nicht den ethischen Vorstellungen, die ich habe, diesen Menschen dann künstlich zu ernähren oder zu infundieren. Denn unsere Beobachtung ist: Einem sterbenden Menschen zu viel Flüssigkeit und zu viel Nahrung zu geben, ist auch eine Belastung. Das kann dem Menschen auch eher schaden. Es kommt darauf an. Ich denke, das ist wirklich ein medizinisches Problem, und ich finde, dass wir mit den derzeitigen gesetzlichen Regelungen sehr gut zu Recht kommen.

Moderatorin Dr. Cornelia Werner: Herr Klaschik, Sie wollten dazu grundsätzlich Stellung beziehen.

SV Prof. Dr. Eberhard Klaschik: Ich möchte Folgendes kurz sagen. Die Diskussion, die ich momentan erlebe, überrascht mich ein bisschen. Ich möchte den Blick auf die Niederlande wenden. Wir sollten eigentlich aus diesem Land lernen, weil die etwas dokumentieren und

nicht, um denen etwas vorzuwerfen. Ich bin über die Diskussion hier deshalb etwas verwundert, weil wir uns jetzt plötzlich ganz stark auf Ernährung fokussieren. Wenn wir in die Niederlande gucken, können wir feststellen, dass 90 % der Menschen, die aktive Sterbehilfe erhalten, Tumorpatienten sind. Es sind ganz wenige Patienten mit zerebralen Schäden. In Holland wird die Diskussion über Ernährung gar nicht so geführt, wie wir es machen. In Deutschland sind wir, wenn wir über Sterbehilfe sprechen, sofort wieder beim Thema Flüssigkeit und Ernährung. Wir sollten uns vielleicht klar machen, dass offensichtlich die Beurteilung, wann ein so genanntes unerträgliches Leid vorhanden ist, in Holland und bei uns jeweils anders beurteilt wird.

Noch einmal ganz kurz zu den Ausführungen von Herrn Lehmann: Wir sollten die verschiedenen Fälle unterscheiden, wie auch die Bundesärztekammer es macht. Bei Verhaltensweisen bei Sterbenden sagt die Bundesärztekammer ganz eindeutig, dass da keine Flüssigkeitsgabe mehr ansteht, keine Ernährung mehr, sondern nur Durststillen. An zweiter Stelle kommen Patienten mit infauster Prognose, bei denen eventuell auch noch entsprechende supportive Maßnahmen erwünscht oder notwendig sind. Wenn bei diesen Patienten aber der Sterbeprozess begonnen hat, wird natürlich, wie Sie es auch geschildert haben, Flüssigkeitsgabe und entsprechende Ernährung nicht mehr geboten sein. Beim dritten Bereich der Patienten mit zerebralen Störungen wird auch erst einmal ernährt, wie Herr Wunder gesagt hat. Aber wenn dann Zusatzprobleme auftreten, wie z. B. einmal eine Pneumonie oder eine fortschreitende Erkrankung, so dass eine Infaustprognose entsteht, wird sich eine Änderung des Behandlungsziels ergeben. Die Bundesärztekammer ist ganz offensichtlich in der Diskussion wesentlich weiter als wir und als die Juristen. Die Bundesärztekammer kennt nur noch den Begriff „aktive Sterbehilfe“, aber nicht mehr den Begriff „indirekte Sterbehilfe“, sie kennt auch nicht „passive Sterbehilfe“. Die Bundesärztekammer spricht von „einer Änderung des Therapieziels“, weil die beiden Begriffe „indirekte Sterbehilfe“ und „passive Sterbehilfe“ letztlich unglückliche Begriffe sind. Die Europäische Gesellschaft für Palliativmedizin warnt auch davor, diese beiden Begriffe noch zu benutzen. Insofern sollten wir uns vielleicht der modernen Entwicklung, der Interpretation der Bundesärztekammer angleichen und sagen: Wir haben aktive Sterbehilfe, und wir haben eventuell eine Änderung des Behandlungsziels. Wir kritisieren die Arbeitsgruppe des Bundesjustizministeriums, die leider nicht nur die Begriffe wieder aufnimmt, sondern sogar ein Gesetz daraus machen will. Von dieser Warte aus muss ich ganz klar sagen, dass ich persönlich eindeutig gegen die Änderung des § 216 bin, so wie die Arbeitsgruppe das vorgeschlagen hat.

Moderatorin Dr. Cornelia Werner: In der Bevölkerung wird ja immer wieder der Wunsch laut, dass die aktive Sterbehilfe legalisiert werden sollte, um Menschen Leid zu ersparen. Was steckt hinter diesem Wunsch, Frau Nickels?

Abg. Christa Nickels (B90/GR): Zunächst soll man nicht alles glauben, was behauptet wird. Interessant ist – damit haben wir uns in der Enquete auch intensiv beschäftigt –, was Umfragen ergeben, wenn man bestimmte Fragen stellt. Wenn man die Menschen fragt, ob sie eine Patientenverfügung mit dem Ziel haben wollen, eine aktive Sterbehilfe zu ermöglichen, um unerträgliches Leiden zu vermeiden, und keine Alternative dabei ist, kriegt man Umfrageergebnisse, bei denen viele sagen: Ja, das könnten wir uns vorstellen. Wenn man aber, wie die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz das gemacht hat, auch zur Wahl stellt, dass man gut aufgehoben ist, dass man von Ärzten und Pflegefachkräften versorgt wird, die fachlich richtig gut ausgebildet sind, was die Schmerztherapie, die Palliativmedizin und Pflege angeht, so dass man eben keine unerträglichen Schmerzen oder Beschwerden erleiden muss; dass man in seinem eigenen Umfeld bleiben kann, dass es vielleicht ein Karenzgesetz gibt wie in Österreich. (In Österreich ist es so, dass nicht nur die Angehörigen, sondern auch die Nachbarn und Freunde sich unbezahlt von der Arbeit freistellen lassen können. Sie kriegen keine Lohnfortzahlung, aber der Arbeitsplatz wird nicht gekündigt, und auch die Sozialversicherungen werden weiter bezahlt. Ganz viele machen davon Gebrauch, weil sie ihren Freunden oder Nachbarn diesen Dienst leisten wollen.) Wenn das alles gegeben ist, verringert sich die Zahl derjenigen, die aktive Sterbehilfe verlangen, auf einen sehr kleinen Anteil.

Herr Geisler, der ja auch unter uns ist, hat uns in der Enquete-Kommission einmal Ergebnisse aus einer großen Patientenumfrage vorgetragen. Da wurden im Jahr 2002 ca. 10.000 Patienten in den USA befragt. Die haben fast alle gesagt, sie würden es vorziehen, gar keine Festlegung zu treffen, wenn sie von gut ausgebildeten Ärzten und Schwestern versorgt werden, die dann für sie über die angemessene Therapie entscheiden. Das ist das, was Menschen wollen. Wenn man die Menschen fragt, wovor sie denn am allermeisten Angst haben – wir haben lange die Studien gewälzt, die es dazu gibt; und wenn man sich fragt, wie man denn gerne sterben möchte, werden die meisten von uns genauso antworten –, sagen sie, wir wollen nicht unter körperlichen starken Beschwerden leiden müssen. Wir wollen nicht alleine gelassen werden. Wir wollen an einem vertrauten Ort mit vertrauten Menschen sterben können. Wir wollen unerledigte Dinge noch selber regeln können. Wir wollen, dass man uns dabei unterstützt, dass wir das können. Und wir wollen jemanden haben, der mit uns die Frage nach dem Sinn, dass es jetzt mit mir zu Ende geht, besprechen kann. Das sind die Punkte, die wirklich sehr, sehr wesentlich sind. Dann kommt diese Forderung nach aktiver Sterbehilfe überhaupt nicht mehr auf oder nur im geringen Maß.

Da möchte ich auch der Aussage meines Kollegen Kauch sehr vehement widersprechen, dass man das doch tun muss, weil der Mensch das Recht hat, jede Form der Therapie abzulehnen, solange er selbst entscheiden kann. Solange ich einwilligungsfähig bin, klar bei Bewusstsein bin, kann ich jede Form der Behandlung ablehnen. Wenn der Arzt das trotzdem macht, ist das Körperverletzung. Ich glaube, das ist ein sehr, sehr großer Unterschied. Zuerst einmal geht es ja hier um Leben oder Tod, das ist eine grundlegende Sache. Bei uns in Deutschland ist es so, dass, wenn der Betreuer eine Wohnung kündigt, er zum Vormundschaftsgericht gehen muss. Das ist eine grundlegende Sache und nicht etwas ganz Beiläufiges. Und zum anderen: Ich habe selbst 13 Jahre im Krankenhaus auf der Intensivstation als Fachkrankenschwester für innere Intensivmedizin gearbeitet. Ich glaube, dass wir uns viel zu wenig damit beschäftigt haben, wie es Menschen geht, die wirklich schwer krank und dem Tode nahe sind. Ich muss sagen, ich war als junge Krankenschwester immer völlig erstaunt, in welcher Weise Menschen diesen Daseinszuständen Qualität und Lebensfreude abgewonnen haben, die man sich als gesunder junger Mensch gar nicht vorstellen kann. Darum ist es ein Unterschied, ob ich selbst noch überlegen kann und meine Meinung in solch grundlegenden Fragen ändern kann, etwas will oder verweigere, oder ob ich es lange vorher aufschreibe und das dann auf einmal, wenn es um Leben oder Tod geht, die Ärzte, die Krankenschwestern exekutieren sollen. Auch Menschen, die versucht haben, sich selbst zu töten, und dann aufgefunden werden, werden ja behandelt. Das ist Ausdruck davon, dass für uns das Leben ein sehr, sehr hohes Gut ist und man nicht so leichtfertig damit umgehen kann – gerade vor dem Argument, dass das Geld knapp wird. Viele Menschen, die sich in solchen Grenzsituationen vorstellen, dass es ihnen dann vielleicht nicht so gut geht, würden im Prinzip auch indirekt ein bisschen genötigt, sich selbst abzuschaffen und keinem zur Last zu fallen.

Moderator Bernd Seguin: Danke, Frau Nickels. Dann gehe ich mal zu Ihnen weiter.

Teilnehmerin Frau Falkenberg: Ich bin niedergelassene Schmerztherapeutin hier in Hamburg. Ich möchte die Anregung aus dem Podium noch einmal aufgreifen und in erster Linie über die Palliativmedizin sprechen. Diese anderen Themen, die hier zuletzt behandelt wurden, sind ohne Zweifel ganz wichtig. Es gibt Untersuchungen darüber, was den Menschen wichtig ist, aus denen hervorgeht, dass sie in einer vertrauten Umgebung sterben möchten. Für die meisten ist ja die vertraute Umgebung ihr Zuhause. Ich kann zu unserer Tätigkeit sagen, dass wir in Hamburg zwei Hospize betreuen. Wir sehen im Vierteljahr etwa 200 verschiedene Patienten mit einer Krebserkrankung. Wir haben also einen ziemlich guten Überblick darüber, wie Menschen sterben. Es gibt auch Zahlen darüber: In Deutschland sterben

etwa 80 % aller Patienten im Krankenhaus, Krebs ist die zweithäufigste Todesursache. Ein gewisser Teil der Menschen, die hier heute Abend zusammen sitzen, wird an einer Krebserkrankung sterben. Da ist Palliativmedizin das, was Sie brauchen. Diese Frage nach Flüssigkeitsgabe oder nicht und Patiententestamente: All diese Dinge sind meiner Ansicht nach Randerscheinungen, die ohne Zweifel geregelt werden müssen, auch für uns Gesunde interessant sind zu diskutieren und einen Einfluss auf unsere Gesellschaft, auf unser Zusammenleben haben. Aber wir alle werden sterben, und die meisten von uns wollen zu Hause sterben. Dafür gibt es bisher keine richtigen Regelungen. Weder die Krankenkassen noch die Politik geben Konzepte vor. Es gibt in Deutschland einzelne „Blumen“, will ich mal sagen, die sich herausgebildet haben, wo man versucht, Patienten das Sterben zu Hause zu ermöglichen. Aber das sind ganz einzelne Versuche, und der überwiegende Teil von ihnen ist jetzt schon wieder ganz akut davon bedroht, eingestellt zu werden. Eine Weiterfinanzierung dieser Projekte ist nicht möglich. Es gibt eine ganze Reihe von Ärzten, die versuchen etwas ins Leben zu rufen. Aber wir haben gerade in der letzten Woche in Bonn mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin mit etlichen 100 Leuten zusammengesessen und festgestellt, dass es ganz schwer ist, ambulante Konzepte zur Betreuung von Patienten ins Leben zu rufen, die es uns ermöglichen, zu Hause zu sterben. Das gibt es woanders, z. B. in Großbritannien. Ich selbst bin jetzt vier Monate in den USA gewesen. Fast alle Staaten haben dort Hospizkonzepte, die es möglich machen, dass Pflegedienste, spirituelle Versorgungen, Krankenschwestern und Ärzte zusammen diese Patienten am Lebensende betreuen. Das schaffen die Ärzte nicht alleine, da ist die Politik gefragt. Ich bin auch gerade dabei, und es gibt etliche Kollegen, die es seit Jahren versuchen. Wir alleine sind gar nicht ausgebildet, um ein Konzept auszuarbeiten, bei dem ich sage, den Stellenschlüssel brauchen wir oder so treten wir an die Krankenkassen heran. Die drängen auch überhaupt nicht danach. Ich glaube wirklich, da müssen von der Politik Impulse kommen. Es muss ein Recht darauf geben, zu Hause zu sterben.

Moderator Bernd Seguin: Frau Falkenberg, das ist eine berechtigte Forderung. Dennoch ist es die Aufgabe der Enquete-Kommission, über alle Möglichkeiten, auch über die Rahmenbedingungen, nachzudenken. Deswegen wird die Diskussion etwas weiter sein als von Ihnen gerade angeregt. Ich möchte zu Linus Geisler gehen. Herr Geisler, Sie sind bereits angesprochen worden, wie ist es denn tatsächlich mit welchem Wunsch? Ist das, was Frau Falkenberg gerade gesagt hat, richtig? Kann die Enquete-Kommission hier klare Regelungen treffen? Oder ist richtig, was der Palliativmediziner sagt, dass wir hier auch einen gestaltbaren Rahmen brauchen?

SV Prof. Dr. Linus Geisler: Ich denke die Wünsche, die Sie artikuliert haben, sind wirklich die realen Wünsche von Patienten in dieser Situation. Im Übrigen wurde in England sehr schön untersucht, welche zwölf Hauptwünsche Patienten haben. Da taucht das alles wieder auf, das selbstbestimmte Sterben, die spirituelle Begleitung, eine Autonomie, aber auch Fürsorge – dies alles. Ich meine, wir müssen vielleicht noch einen Schritt weiter zurückgehen, bevor wir hier über politische Regelungen sprechen. Ich denke hier vor allem an die Ausbildung der jungen Ärzte, an das Medizinstudium, das nach wie vor ein Studium ist, das wissensorientiert und pragmatisch orientiert ist, aber die kommunikativen und die ethischen Aspekte stark vernachlässigt. Es gibt eine Untersuchung, die für mich sehr beeindruckend war: dass nämlich die jungen Kolleginnen und Kollegen, die heute das Medizinstudium beginnen, sehr wohl ethisch motiviert und psychosozial interessiert sind. Im Laufe des Studiums werden sie immer mehr mit Faktenwissen zugedeckt. Dann nimmt der Wunsch nach psychosozialer Aktivität immer mehr ab. Ich glaube, das ist vielleicht der früheste Punkt, an dem man ansetzen müsste, wenn man generell etwas in der Grundhaltung auch von Ärzten ändern möchte.

Moderator Bernd Seguin: Ich danke Ihnen, Herr Geisler. Herr Wodarg bitte.

Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Ich danke Frau Falkenberg, dass sie das hier so klar ausgesprochen hat. Wir müssen da etwas tun, da haben Sie Recht. Wir werden in der Enquete darüber nachdenken müssen, wie wir das schaffen. Wir haben ja die Situation, dass der Gesetzgeber nur Rahmenbedingungen definiert und dass dann das, was Ärzte machen dürfen, was bezahlt und was nicht bezahlt wird, wofür es Geld und wofür es kein Geld gibt, von der Selbstverwaltung, d. h. von den Krankenkassen und von der Ärzteschaft ausgehandelt wird. Hier scheint es so zu sein, als wenn es Patientengruppen gibt, denen von den Krankenkassen gar nicht so großes Interesse entgegengebracht wird. Dazu gehören chronisch Kranke, teure Versicherte, aber dazu gehören auch die Menschen am Ende des Lebens. Das ist mir unverständlich. Ich glaube, eine Krankenkasse, die von sich sagen kann, wir sorgen dafür, dass Sie bei uns kriegen, was Sie möchten, auch wenn Sie sterben, große Wettbewerbsvorteile hätte. Ich denke, dass man das einfach mal deutlicher machen muss, so wie Sie das gesagt haben. Das braucht gar keine neue gesetzliche Regelung. Wir haben jetzt mit dem GMG die Möglichkeit geschaffen, dass es Palliativmedizin im ambulanten Bereich gibt. Die stationäre Palliativmedizin, das weiß jeder, ist eigentlich nicht das Optimum. Die Menschen wollen nämlich zu Hause sein. Sie haben es selbst gesagt. Wir haben hier aber Vertreter von Einrichtungen an allen Orten, die sagen, wir haben eine wunderbare Palliativstation, und die geht uns Pleite, wenn wir keine Fallpauschalen kriegen. Es gibt jetzt aber die Möglichkeit, medizinische Versorgungszentren zu schaffen, die direkt im Vertrag mit

den Krankenkassen unter Umgehung der kassenärztlichen Vereinigung geregelt und gesichert werden können. Die kann man jetzt schaffen. Das heißt, hier könnte eine Initiative entstehen. Interessenten könnten sagen, wir wollen ein medizinisches Versorgungszentrum. Dort sind Ärzte beschäftigt, da sind Psychologen beschäftigt oder wer auch immer da hilfreich sein kann. Und die werden dann finanziert. Das ist nach dem Gesetz jetzt möglich, und das muss mit den Krankenkassen vertraglich geregelt werden. Ich fordere die Krankenkassen auf, hier ihre Pflicht zu tun und dem Bedürfnis ihrer Versicherten nachzukommen, sich hier an einen Tisch zu setzen und zu verhandeln, damit es solche Zentren gibt, die das ambulant regeln können.

Moderatorin Dr. Cornelia Werner: Herr Wunder auch noch mal dazu. Was muss eine gute Palliativmedizin den Patienten bringen, und wie lässt sich das in Deutschland umsetzen?

SV Dr. Michael Wunder: Der Satz: Ich habe Angst vor Schmerzen beim Sterben, ist, glaube ich, in Großbritannien weniger real. Oder man kann dem Patienten dort besser als in Deutschland sagen, dass diese Angst wirklich mit Mitteln zu beseitigen ist. Es ist eine traurige Wahrheit, dass, wenn Menschen so etwas äußern, wir in Deutschland keine Garantie dafür übernehmen können, dass es eine gute palliativmedizinische Versorgung gibt. Obwohl es natürlich solche Praxen und Zentren gibt, wie die von Frau Falkenberg und vielen anderen Palliativmedizinern. Aber wir sind keinesfalls dabei, dass wir hier eine flächendeckende Versorgung haben. Sie fragen, Frau Werner, was eine gute palliativmedizinische Versorgung ist. Man muss, finde ich, immer fragen: Was ist eine gute palliativmedizinische und palliativ-pflegerische Versorgung? Es nützt dem Patienten nichts, wenn er im Krankenhaus eine gute Versorgung hatte, dann aber entlassen wird, und die ambulanten Pflegedienste das gar nicht weiterführen können – teils weil die Ausbildungsstandards fehlen, aber vor allem weil die Finanzierung fehlt. Wir haben den Missstand, dass die ambulante palliative Pflege sich eigentlich auf dem Stand der Hauspflege finanzieren muss. Zur palliativen ambulanten Pflege gehört sehr, sehr viel mehr als die reine Basispflege und die Fortführung der Krankenhausversorgung, nämlich diese ganze Vermittlung von weitergehenden Hilfen der Sterbebegleitung, die psychosoziale Arbeit und vor allen Dingen ein ganzheitliches Konzept. Denn in dieser Lebensphase braucht der Mensch mehr als reine Funktionspflege, und das ist nicht finanziert. Ich nutze den Beitrag von Frau Falkenberg, um das noch stärker in die Enquete zu nehmen. Die Integration der Palliativfrage in die ärztliche Ausbildung reicht nicht, sondern sie muss auch in die pflegerische Ausbildung hinein. Und das Zweite wäre die Finanzierungsfrage, denn so kann es auf keinen Fall weitergehen.

Moderatorin Dr. Cornelia Werner: Herr Klaschik, wie weit ist die Palliativmedizin in der Ausbildung von Ärzten überhaupt verankert?

SV Prof. Dr. Eberhard Klaschik: Ich möchte zwei Gesichtspunkte aufnehmen. Zum einen Ihre Frage nach der Ausbildung: Ich möchte das erweitern auf Aus-, Fort- und Weiterbildung. Wenn Sie an die Ausbildung denken, haben wir in Deutschland ein großes Dilemma. Die Palliativmedizin ist in der neuen Approbationsordnung nur als Wahlfach enthalten. Sie ist nicht Pflicht-, Lehr- und Prüfungsfach. Es gibt nur zwei Universitäten, die es fast zufällig geschafft haben, nämlich Bonn und München, Palliativmedizin und Schmerztherapie als Pflichtlehrfach zu etablieren. Dort haben wir einen extremen Nachholbedarf. Deswegen möchte ich die Äußerung von Herrn Geisler aufnehmen, der gesagt hat, die zukünftige Arztgeneration muss an den Universitäten Palliativmedizin hören. Da herrscht ein großes Vakuum. Fortbildung gibt es, glaube ich, in Deutschland inzwischen vielfach, sowohl für das Klinikpersonal als auch für Ärzte. Ein anderer Punkt ist die Weiterbildung. Das heißt, wenn ein Arzt eine Gebietsbezeichnung hat, kann er zusätzlich weitergebildet werden. Es gibt seit einem Jahr eine Muster-Weiterbildungsordnung von der Bundesärztekammer, und das Land Hamburg ist mittlerweile dabei, das umzusetzen. Insgesamt sind die Landesärztekammern recht aktiv dabei, diese Muster-Weiterbildungsordnung umzusetzen, aber das beginnt gerade erst. Insofern haben wir in Deutschland einen Anfang. Am wenigsten umgesetzt ist die Durchsetzung der Palliativmedizin bisher in der Ausbildung der Studenten, und deswegen sind die Universitäten sehr gefordert.

Der andere Punkt, den ich ansprechen möchte, ist die Umsetzung der Palliativmedizin. Da muss man ganz klar sagen, dass wir in den letzten zehn Jahren eine sehr dynamische Entwicklung haben, vor allem im stationären Bereich. Im ambulanten Bereich haben wir allerdings eine Umsetzung, die absolut nicht ausreichend ist. Gerade die begonnenen sinnvollen ambulanten Förderprojekte sind leider alle eingestampft worden. Herrn Diemer sehe ich hier vorne sitzen, der das Modell in Greifswald gefördert hat. Der kann dazu vielleicht auch ein paar Worte sagen. Im ambulanten Bereich brauchen wir eine erhebliche Stärkung der Palliativmedizin, damit das, was Frau Falkenberg gesagt hat, auch wirklich umgesetzt werden kann. Insgesamt brauchen wir die Palliativmedizin als ein Modell im ambulanten *und* stationären Bereich. Wir brauchen es gleichermaßen, d. h. wir brauchen wirklich in beiden Bereichen eine Umsetzung, damit die Patienten am Lebensende, wo auch immer sie betreut werden wollen, eine hoch kompetente Versorgung bekommen.

Moderator Bernd Seguin: Ich habe Herrn Diemer schon auf meiner geistigen Rednerliste abgespeichert. Ich will aber erst einmal mit Herrn Stappenbeck von der Hamburgischen

Pflegegesellschaft die Frage klären: Wie ist es denn mit der Ausbildung auch von Pflegekräften? Ist bereits in der Ausbildung die Palliativmedizin, die Sterbebegleitung so verankert, dass sie sinnvoll angewandt werden kann, oder gibt es auch dort große Ausbildungsdefizite?

Teilnehmer Herr Stappenbeck: In der Ausbildung ist sie rudimentär vorhanden. Es reicht überhaupt nicht aus, wie die Pflegekräfte für diesen Bereich ausgebildet werden. Ich würde gerne noch ein bisschen den Horizont erweitern, wie es eigentlich in der ambulanten Pflege zurzeit mit der Sterbebegleitung bestellt ist. Es gibt ja so etwas wie eine Richtlinie, nach der die Ärzte verordnen können, die 92-er Richtlinie, wie sie bei den ambulanten Diensten heißt. Nach dieser Richtlinie kann auch eine so genannte spezielle Krankenbeobachtung verordnet werden. Das ist seit Mitte 2002 der Fall. Wir haben dann versucht, diese spezielle Krankenbeobachtung, die so aussieht, dass ein Pflegedienst 24 Stunden bei einem Pflegebedürftigen bleiben kann, in den Verhandlungen übernehmen zu lassen. Es hat jedoch keine Krankenkasse in Hamburg gegeben, die mit uns darüber verhandelt hat. Es gibt hierzu also kein Verhandlungsergebnis, und es gibt hierzu auf der Bundesebene auch keine Ansätze. Wohl gemerkt hat der Gemeinsame Bundesausschuss – der kleine Gesetzgeber, wenn man so will – vorgesehen, dass diese Maßnahme umgesetzt wird. Es gibt letztlich für ambulante Pflegedienste keine Möglichkeit. Jetzt komme ich mit dem bösen Wort von der Abrechnung in diesem Bereich. Das wird immer schwierig. Abrechnen geht nicht. Wir haben hier als Sterbebegleitung in Deutschland, was ambulante Pflegedienste oder überhaupt den ambulanten Ansatz anbelangt, fast überhaupt keine Möglichkeiten. Die professionelle Begleitung des Sterbens zu Hause findet zurzeit nicht statt.

Moderator Bernd Seguin: Die schlimmsten Befürchtungen von Frau Falkenberg sozusagen. Nun gehe ich hinüber zur Alzheimer-Gesellschaft.

Teilnehmerin Frau Demme: Dieses letzte Wort kann ich nur bestätigen, es findet überhaupt nichts statt. Insofern treffen wir natürlich in Angehörigengruppen immer wieder auf die entsetzliche Frage: Warum muss jetzt noch in letzter Stunde bei einem Krankenhausaufenthalt eine Sonde gelegt werden? Ist das nicht eine völlig andere Art von Hilfe als von dem Kranken in Gesprächen mit den Angehörigen gewünscht worden ist? Das ist so ein Punkt. Uns macht sehr besorgt, dass die ganze Wertefrage in unserer Gesellschaft doch eher auf technischen Fortschritt hin orientiert ist und die Frage, wie wir das Leben, auch zum Lebensende hin, humaner gestalten können, keine Priorität erhält.

Wir haben mit den so genannten Frühdiagnostizierten ein kleines Projekt gestartet (die Technik in der Medizin ist so weit vorgeschritten, dass man heute diese schreckliche Krank-

heit früh diagnostizieren kann). Aber stellen Sie sich vor, Sie wären alleinstehend, alleinlebend und erhalten diese Diagnose. Es gibt keine Institution, die eine Beratung, eine Begleitung, nicht nur für den Diagnoseschock, sondern für die weitere Lebensplanung anbietet. In dieser Diagnose ist eigentlich Sterben schon enthalten. Diese Menschen könnten noch eine Vorsorgevollmacht, eine Patientenverfügung zumindest mit geschulten Kräften besprechen. Schreiben können sie oft schon nicht mehr. Ich wollte diese Problematik mit auf den Weg geben, denn in der Enquete-Kommission muss man, glaube ich, da auch sehr weiträumig denken.

Moderator Bernd Seguin: Dazu gleich direkt Frau Maaßen.

Teilnehmerin Frau Maaßen: Ich komme von der Hamburgischen Brücke – Beratungsstelle für ältere Menschen und ihre Angehörigen. Ich möchte an das anschließen, was Frau Demme von der Alzheimer-Gesellschaft gesagt hat, und ihre Rede davon, dass die Diagnose Demenz das Sterben einschließe, in eine andere Richtung bringen. Ich finde es ganz wichtig, dass bei Krankheiten wie der Demenz Forschungen zur Lebensqualität wie auch zu anderen schweren Erkrankungen stattfinden, um Menschen, die betroffen sind oder betroffen sein werden, aber auch den Angehörigen zu helfen. Bei Demenz wird den Betroffenen Lebensqualität meistens abgesprochen und zwar mangels besseren Wissens. Das halte ich für eine Katastrophe. Da müsste es auch etwas geben. Dann, denke ich, wird auch die Angst vor der Entwicklung einer Demenz, die Angst auch vor dem Sterben bei Demenz etwas gemildert, wenn Menschen – und dann sind es zuletzt die Angehörigen – immer mehr wissen, wie es einem Menschen mit Demenz geht und wie es auch einem sterbenden Menschen mit Demenz geht. Dazu gehört natürlich auch, dass es in der Behandlung der Spätstadien der Demenz einen Konsens geben muss. Den gibt es in Deutschland noch gar nicht. In der medizinischen und pflegerischen Versorgung müsste es Leitlinien geben, nicht nur zu den Spätstadien der Demenz, sondern insbesondere auch zum Sterben demenzkranker Menschen.

Moderator Bernd Seguin: Ich würde gerne noch zwei Wortmeldungen mitnehmen und dann ein paar Antworten suchen. Sie haben den Kollegen aus Greifswald schon angesprochen. Da frage ich doch einmal nach. Als Ihr Modellprojekt, ich erinnere mich noch, ins Leben gerufen wurde, waren wir alle darüber begeistert, was in und um Greifswald geschah. Nun sind die Perspektiven etwas anders.

Teilnehmer Herr Diemer: Ich bin hier nicht nur als jemand, der mal ein Modellprojekt geleitet hat, das von 1996 bis 2003 lief, sondern auch als Landesvorsitzender unserer Arbeitsgemeinschaft Hospiz und Palliativmedizin. Als solcher finde ich es ganz wichtig zu sagen, dass

in den neuen Bundesländern der Bedarf an Betreuung dieser Patientengruppe noch wesentlich stärker ist, weil es da sehr viel Nachholbedarf gibt. Wir können nicht alle Aufgaben auf unsere Ehrenamtlichen übertragen, die mit großem Engagement Patienten auch zu Hause betreuen. Denn das Ehrenamt kann nicht eine professionelle palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung ersetzen. Es ist natürlich vollkommen richtig, was Herr Geisler und Herr Klaschik gesagt haben, dass Ausbildung und Weiterbildung extrem wichtig sind. Aber die Regelungen, z. B. zur Schmerztherapie, haben wir seit nahezu 20 Jahren, und auch heute wissen immer noch 50 % der Ärzte nicht, dass es sie gibt, geschweige denn die Inhalte. Bis wir mit Aus- und Weiterbildung etwas verändern, wird es eine weitere Generation, d. h. 30 Jahre, dauern. Wir brauchen auch Veränderungen in den Strukturen, so dass wirklich ambulante palliativmedizinische Versorgung ermöglicht wird. Dazu bedarf es im Gegensatz zu dem, was Herr Wodarg gesagt hat, durchaus gesetzlicher Maßnahmen. Denn die heutige strikte finanzielle Trennung zwischen ambulanter- und stationärer Versorgung – d. h. dass kein Krankenhausarzt aus dem Krankenhaus herausgehen darf, um Patienten außerhalb des Krankenhauses zu betreuen, so wie wir das in diesen sieben Jahren bei über 800 Patienten gemacht haben – ist ein Mangel. Eine palliativmedizinische ambulante Betreuung kann nicht auf einem Arzt als Einzelkämpfer alleine lasten. Denn wenn dieser nur noch 100 Patienten im Quartal oder vielleicht 200, wie Frau Falkenberg gesagt hat, betreuen kann, verhungert er. Der kann das auch nicht rund um die Uhr machen. Das heißt, wir brauchen für die ambulante palliativmedizinische Betreuung andere strukturelle Lösungen, als es das SGB V bis heute vorsieht. Da reichen integrierte Versorgungen oder medizinische Versorgungszentren einfach nicht aus, weil das alles auch wieder nur Angebotsmodelle sind, die die Krankenkassen freiwillig anbieten können, und das tun sie nicht. Wenn man zu ihnen hinget, dann sagen sie: „Ja, mache mir ein Angebot, was die Versorgung entweder bei gleichen Kosten qualitativvoller oder bei gleicher Qualität billiger macht.“ Aber Palliativmedizin ist nun einmal keine billige Betreuung. Insofern werden wir ohne strukturelle Veränderungen keine Besserung in der ambulanten Versorgung dieser Patienten erreichen.

Moderator Bernd Seguin: Linus Geisler, Sie haben mit Ihrer Bemerkung ja ganz schön etwas angestoßen. Mit Ihnen würde ich gerne in die nächste Runde hinein gehen; Cornelia Werner muss vielleicht noch mit für Antworten sorgen. Nun sind eine Menge Argumente gefallen – gibt es eine Perspektive, Herr Geisler?

SV Prof. Dr. Linus Geisler: Darf ich vielleicht noch ein kurzes Schlaglicht auf den Stand der Palliativmedizin in Deutschland werfen? Und zwar eine Zahl, die mich unheimlich beeindruckt hat: Es gibt eine internationale Studie aus dem Jahr 2002, bei der man den therapeutischen Morphineinsatz in Kilogramm pro Million Einwohner in verschiedenen europäischen

Ländern bestimmt hat. Im Mutterland der Palliativmedizin werden 320 Kilogramm Morphin pro einer Million Einwohner therapeutisch eingesetzt. Deutschland steht an der untersten Skala mit 20 Kilogramm – im Vergleich zu 320! Ich denke, die Zahl ist wirklich so umwerfend, dass sie deutlich zeigt, wo wir stehen und welchen Nachhol- und Aufbaubedarf wir haben.

Moderator Bernd Seguin: Danke, Herr Geisler.

Moderatorin Dr. Cornelia Werner: Herr Klaschik, daraufhin möchte ich Sie noch einmal ansprechen: Woran liegt es, dass in Deutschland die Hemmschranken so groß sind, Morphin zu verschreiben?

SV Prof. Dr. Eberhard Klaschik: Ich glaube, das wird in Deutschland nach wie vor weitgehend mythologisiert. Das betrifft die Ärzte, die Apotheker und die Laien gleichermaßen. Wo bei wir Ärzte natürlich gefordert sind, das als erste zu lernen. Herr Geisler hat schon auf die kritische Situation hingewiesen. Ich glaube tatsächlich, dass vieles mythologisiert wird. Was ich in den letzten 10 Jahren gelernt habe, ist, dass fast nichts schwieriger abzubauen ist als ein Mythos. Sie können so viel reden, wie Sie wollen – es braucht nur ein Hauch von Gegenwind zu kommen, und schon fallen alle um. Der Hauch von Gegenwind kam vor kurzer Zeit, als eine Hannoveraner Ärztin durch Mißbrauch so viele deutsche Ärzte verunsichert hat, dass ich, wenn ich Vorträge über Schmerztherapie halte, immer wieder von Ärzten, die eigentlich eine ordnungsgemäße Schmerztherapie machen wollen, mit der Frage konfrontiert werde: Aber da war doch der Fall in Hannover, dürfen wir jetzt kein Morphin mehr verschreiben? Ja, man darf Morphin verschreiben, man muss nur die Indikation richtig stellen, die Dosierung richtig machen und eine gute Kontrolle durchführen. Das, was in Hannover passiert ist, war wahrscheinlich nicht die richtige Indikation, es wurde nicht richtig dokumentiert und auch nicht richtig kontrolliert. Der Missbrauch einer Substanz darf nicht gegen eine gute Schmerztherapie verwendet werden. Insofern muss ich ganz klar sagen: Wir müssen eine konzertierte Aktion durchführen, damit bei uns endgültig eine Schmerztherapie so greift, wie wir es wollen. Diejenigen, die in Deutschland eine Schmerztherapie machen, wissen, dass wir bei unseren Patienten auch eine Hochdosistherapie mit Opiaten ohne Lebensverkürzung machen können. Ich habe gerade vor kurzem eine Untersuchung in Bezug auf Hochdosis-Morphintherapie gemacht, die bei mir als über 1000 Milligramm Morphin pro Tag definiert ist. Das ist selten notwendig, aber wenn man die richtige Indikation stellt, eine Dokumentation macht, die Patienten überprüft, passiert wirklich nichts, auch keine Lebensverkürzung.

Moderatorin Dr. Cornelia Werner: Vielen Dank, Herr Klaschik. Herr Kauch möchte noch etwas zum Thema Palliativmedizin und zu den Strukturen in unserem Gesundheitswesen sagen.

Abg. Michael Kauch (FDP): Eine kritische Frage ist bisher nicht einmal ansatzweise von uns Politikern angesprochen worden. Ich habe auch nicht die Patentlösung, aber ich möchte zumindest das Problem ansprechen, nämlich die Frage, wie die Dinge, die wir gerade als wünschenswert identifiziert haben, auch zu finanzieren sind. Die Frage, die sich stellt, ist: Müssen wir möglicherweise auch als Politiker noch einmal über grundsätzliche Schwerpunkte diskutieren, die wir im Gesundheitswesen setzen wollen? Sei es in bestimmten Einzelfragen, sei es vielleicht auch in den großen Linien Prävention, Kurativmedizin, Palliativmedizin. Möglicherweise muss man neue Schwerpunkte setzen, wenn man sagt, dass sich Sozialpolitik eigentlich an den Schwächsten der Gesellschaft orientieren soll. Möglicherweise kann man darauf verzichten, dass bestimmte Alterserkrankungen von der Solidargemeinschaft getragen werden. Das ist die eine ethische Grundfrage.

Die zweite Frage ist, ob man diese Entscheidung möglicherweise nicht besser in die Entscheidung der Bürger und der Versicherten stellt. Das würde eine Neuorientierung auch des Krankenversicherungssystems erfordern, dass man den Patienten tatsächliche Wahlmöglichkeiten gibt, welche Absicherung sie denn in der Gesundheitspolitik haben wollen. Das sind die zwei Wege: Entweder es kollektiv zu entscheiden oder es sozusagen dem Einzelnen zu überlassen. Wir müssen uns dieser Diskussion stellen. Fordern können wir viel. Es wird seit langem gefordert, dass man viele Dinge finanziert. Es gibt auch sicherlich Strukturveränderungen, die nicht mehr Geld bedeuten, sondern vielleicht den Mitteleinsatz effizienter machen. Das ist in der Tat angesprochen worden. Aber wir müssen uns schon der Frage stellen, wo wir Schwerpunkte setzen wollen. Wir werden als Enquete-Kommission auch über das Thema „Allokation im Gesundheitswesen“ sprechen, und da muss diese Frage aus meiner Sicht einfließen, weil wir sonst hier wieder das Blaue vom Himmel versprechen, und es wird sich nichts ändern. Irgendwo muss das Geld dann möglicherweise auch weggenommen werden.

Moderatorin Dr. Cornelia Werner: Danke Herr Kauch! Herr Klaschik möchte direkt dazu noch etwas sagen.

SV Prof. Dr. Eberhard Klaschik: Es gibt eine Untersuchung von dem von mir sehr geschätzten Herrn Müller-Busch aus Berlin. Auf ihn berufe ich mich, wenn ich folgende Zahlen nenne. Er hat 2001 publiziert, dass die gesetzlichen Krankenversicherungen für die Pallia-

tivmedizin 0,03 % ihres Budgets ausgeben. Er hat eine Hochrechnung gemacht, der zu Folge man für eine flächendeckende, ganz gute Palliativmedizin etwa 0,5 % des Budgets der Gesetzlichen Krankenversicherungen bräuchte. Insofern muss man ganz klar sagen, dass Palliativmedizin zwar nicht preiswert sein mag, aber in Relation zu dem, was andere Bereiche an Ressourcen verbrauchen, ist es sogar eine preiswerte Angelegenheit. Wir sind also fast preisbewusst. Ich glaube nicht, dass wir mit der Palliativmedizin eine Kostenexplosion bekommen werden. Die Ressourcen, die wir brauchen, sollten wir uns erarbeiten.

Moderatorin Dr. Cornelia Werner: Danke! Herr Wunder noch einmal zu dem Thema Perspektiven für die Zukunft. Wie betrachten Sie das?

SV Dr. Michael Wunder: Wenn wir über Perspektiven sprechen, dann sollten wir vielleicht einfach einmal in das Nachbarland Frankreich gucken. Wenn es so ist, wie diese Diskussion an diesem Nachmittag auch wieder zeigt, dass Palliativmedizin eigentlich nicht zu den Wahl-, sondern zu den Grundleistungen der Menschen zählen, und wir uns daran gewöhnen sollten, dann ist es doch bemerkenswert, dass es in Frankreich ein Gesetz gibt, das Palliativmedizin definiert. Das ist sehr interessant. Es definiert nämlich palliativmedizinische Versorgung als eine Trias: Schmerzlinderung, Bewahrung der Würde und Unterstützung des Umfeldes. Das ist hier heute noch nicht so richtig diskutiert worden. Das heißt, Palliativmedizin bedeutet mehr als die reine medikamentöse Versorgung, aber noch nicht einmal die gibt es bei uns ausreichend, wie wir gehört haben. Aber es ist sehr mutig, wenn der Gesetzgeber diese Trias definiert, und dann auch noch sagt, es gebe einen Rechtsanspruch auf die Versorgung in dieser Hinsicht. Das ist Frankreich! Und es ist ja nun ein Land, von dem wir uns wirklich dieses oder auch noch etwas anderes abgucken könnten.

Das Gesetz hat noch einen Vorteil: Es verzahnt nämlich den ambulanten und den stationären Bereich, allerdings nicht in der Form, wie es hier zum Teil anklingt, dass man das Ganze gerade beim palliativmedizinischen Versorgungssystem angeht. Das hat dieses Gesetz auch nicht geschafft, sondern man hat sagt, die Versorgungsbereiche müssten besser aufeinander abgestimmt und besser durchfinanziert werden. Das ist sozusagen ein erster Schritt, die festen Grenzen etwas flexibler zu machen. Das Gesetz bietet zudem den großen Vorteil – so wie Christa Nickels vorhin gesagt hat – dass Menschen sich für die Sterbebegleitung freistellen lassen können. Menschen, die in Arbeitsverhältnissen sind, erhalten zwar keine Lohnfortzahlung, aber sie behalten den Arbeitsplatz und die Sozialversicherungsbeiträge werden weiterhin bezahlt. Es gibt solche Gesetze in Dänemark, Österreich und Frankreich. Nur bei uns gibt es das noch nicht. Wenn wir über Perspektiven reden, sollten wir schlicht über die Grenzen gucken. In anderen Ländern ist man weiter. Von ihnen können wir etwas lernen.

Moderator Bernd Seguin: Herr von Trotha ist der Präses des Kollegiums der Oberalten. Ja, da gucken Sie, Herr Wodarg, und fragen sich, was das ist. Das ist eine der ältesten Institutionen, die wir in Hamburg haben. Es ist unsere ehemalige Regierung in der Stadt. Heute sind die Oberalten die Verantwortlichen für das sozusagen größte Hamburger Altenhilfeunternehmen, d. h. für das älteste Hospital „Zum Heiligen Geist“. Herr von Trotha, wie sieht es in der Praxis von einer so großen Einrichtung aus?

Teilnehmer Herr von Trotha: Wir haben im Hospital über 300 Apallikerplätze. Wenn man über so eine Station geht, dann liegen da alte Menschen, die eigentlich zu nichts mehr in der Lage sind, außer dass sie mit offenem Mund gerade noch artikulieren können: Wann holt mich der liebe Gott? Die Frage kommt dauernd und immer wieder. Es ist eine Frage, die wir uns wirklich stellen müssen. Maja Falkenberg hat es richtig gesagt: Die meisten sind eben nicht zu Hause, wenn sie sterben oder sterben wollen, sondern sie sind in einem Unternehmen bzw. in einem Hospital. Sie wollen sterben und artikulieren das. Und wie geschieht das? Ich persönlich bin der Auffassung, dass es einen Rechtsanspruch auf einen selbstbestimmten Tod geben muss. Es ist ein Tabuthema, wenn man das wirklich in der Konsequenz durchsetzt. Aber eine Frage, die immer wieder kommt, ist, wie die Umsetzung aussieht. Ich habe ein Urteil in Erinnerung, bei dem Angehörige ein rechtskräftiges Urteil erstritten haben, dass die weitere Behandlung unterlassen werden sollte. Wie aber geschieht die Vollstreckung dieses Urteils? Der Patient lag in einem Haus und die Mitarbeiter dieses Hauses weigerten sich, dieses Urteil zu vollstrecken, d. h., die Behandlung zu unterlassen und den Stecker herauszuziehen. Wie also kann man ein Urteil, wenn es rechtskräftig ist, denn überhaupt umsetzen?

Moderator Bernd Seguin: Herr Röspel, ich komme zu Ihnen und sage Ihnen gleich, dass dieser Mann im Hauptberuf Richter ist. Nicht, dass Sie sich wundern, warum er eine solche Sprache spricht. Als Präses ist er im Ehrenamt, aber ansonsten im Hauptberuf Richter. Gibt es eine Antwort darauf?

Vorsitzender: Ich persönlich kann keine eindeutige Antwort geben, weil ich in der Diskussion, die wir in der Enquete-Kommission geführt haben, die Erfahrung gemacht habe, dass es auf jedes Beispiel, das genannt wird, ein entsprechendes, ebenfalls schlüssiges und nachvollziehbares Gegenbeispiel gibt. Ich bin immer sehr unsicher oder bewundere diejenigen, die eine hundertprozentig sichere Antwort auf diese Frage haben, über die wir heute Nachmittag reden. Ich glaube und bin zu der Überzeugung gelangt, dass es nicht das Recht auf

den selbstbestimmten Tod zumindest in der Phase gibt, in der man nicht mehr selbst darüber bestimmen kann.

Moderator Bernd Seguin: Die Frage, die Herr von Trotha gestellt hat, ist ja auch, wie man hier eine Entscheidung bekommt. Ich gehe einmal zu Christa Nickels und Michael Wunder. Herr von Trotha verlangt auf der einen Seite Klarheit. Er verlangt aber auf der anderen Seite auch, wenn es so ein Recht gibt, Christa Nickels, dass es auch umgesetzt werden muss.

Abg. Christa Nickels (B90/Grüne): Zunächst einmal haben Sie zwei Dinge über einen Kamm geschoren, was meiner Meinung nach so nicht geht. Sie haben einmal von Wachkomatösen gesprochen, die dann nur noch murmeln würden, dass der liebe Gott sie holen möge. Ich habe selbst viele Wachkomatöse gepflegt. Ich weiß, dass diese Menschen reagieren, weil ich als Fachkrankenschwester achteinhalb Stunden am Bett war, aber die haben nicht gemurmelt. Wachkomatöse äußern sich durch Muskeltonus, indem die Gesichtszüge glatter werden, wenn sie sich wohl fühlen. Ich glaube zu Beginn dieser Diskussion hat Michael Wunder schon ziemlich deutlich gesagt, dass diesbezüglich der medizinische Fortschritt sehr viel weiter gegangen ist. Man kann diesen Menschen nicht absprechen, dass sie eine Daseinsweise eigener Art haben. Man kann durch körperliche Manifestationen merken, ob sich diese Menschen wohl fühlen oder nicht. Ich kenne keine einzige Person – ich habe etliche gepflegt, allerdings war das ein Haus, in dem eine gute Pflege vorherrschte – bei der man das Gefühl hatte, dass sie sich in solcher Weise äußert. Außerdem können sie es nicht. Da mache ich jetzt einen Haken darunter, denn das kann nicht sein.

Wenn Sie dann aber von den Menschen, die schwer pflegebedürftig sind und in Pflegeeinrichtungen leben, sprechen, dann sage ich ganz drastisch, dass etwas an der Pflege nicht stimmt, wenn Sie diese Erfahrungen machen. Ich kenne selbst sehr viele gute Häuser, ich habe viele Kolleginnen und Kollegen, die in der Altenpflege tätig sind. Allerdings gibt es auch Häuser, die schlecht geführt sind und in denen die Menschen nicht angemessen gepflegt werden. Von daher gesehen ist das, was sie beschreiben, für mich ein ganz klarer Punkt. Es geht darum, dass wir politisch und gesellschaftlich erkämpfen, dass Menschen bis zum Tod würdig leben können, dass sie die Pflege, Medizin und Zuwendung bekommen, die sie brauchen. Da ist noch sehr, sehr viel zu tun. Darein möchte ich meine Energie stecken. Im Weltvergleich gibt Deutschland sehr, sehr viel Geld in das Gesundheitswesen. Wir liegen gleich nach den USA und Schweden. England hat ein geringeres Budget und trotzdem ist dort die Palliativmedizin besser. Hier ist ein vernachlässigtes Feld, um das es sich wirklich zu kämpfen lohnt, damit hier diese Rückstände und Verkrustungen aufgebrochen werden. Das ist einfach angesagt. Das ist notwendig und da kann man eine ganze Menge machen. Ich habe

andere Beispiele. Ich habe auch vorbildliche Einrichtungen für Demente gesehen. Als ich zweieinhalb Jahre Staatssekretärin im Gesundheitsministerium war, habe ich viele Einrichtungen besucht. Ich hatte selbst immer Angst davor, dass ich vielleicht einmal dement werden könnte. Die habe ich nicht mehr, seit ich gut geführte Einrichtungen gesehen habe. Diese Menschen freuen sich am Leben. Und darum möchte ich kämpfen und muss gekämpft werden, dass das für alle Menschen so ist. Wir müssen die Ressourcen auch umverteilen und müssen erheblich mehr machen. Ich will noch ein Argument sagen, warum meines Erachtens unsere Rechtslage angemessen und gut ist, so wie das interessanterweise auch die Pflegekräfte, Leiter und auch Ärzte aus Hospizeinrichtungen gesagt haben. Ich möchte nicht, dass wir uns dieser Prozedur, ein menschenwürdiges Leben bis zuletzt zu ermöglichen, in einer so reichen Gesellschaft dadurch entziehen, dass wir hier leichtfertig eine Bankrotterklärung abgeben, indem wir dem Wunsch nach Selbsttötung nachgeben und den Suizid amtlich ermöglichen.

Moderator Bernd Seguin: Herr Kauch, ich habe Sie gesehen, aber vor Ihnen sind ungefähr noch fünf andere dran. Ich komme dann wieder zu Ihnen herüber. Ich gehe jetzt einmal zum Erzbistum Hamburg, um jetzt noch einmal die zweimal aufgeworfene Frage zur Ethik anzusprechen. Wir haben jetzt hier verschiedene Fälle diskutiert. Nun einmal aus der reinen Ethikdiskussion des katholischen Theologen betrachtet: Gibt es so etwas wie eine Zielführung?

Teilnehmer Herr Laschinski: Ich würde die fachliche Diskussion ungern fortsetzen, weil wir die Antworten vorhin gehört haben. Lassen wir uns doch endlich darauf ein, das Behandlungsziel zu verändern. Zur ethischen Grundlage dieses Behandlungszieles gehört, dass der Mensch eine unveräußerliche Würde hat. Und wenn ich diese Würde auf verschiedenen Wegen erhalten kann, dann stimme ich mit den ethischen Grundsätzen des Christentums völlig überein. Insofern denke ich, haben Sie, Herr Klaschik, das hier ganz deutlich gesagt. Und ich erschrecke, wenn ich von Ihnen, Herrn Kauch, höre, dass das Geld dafür nicht da sein sollte. Diskutieren wir doch einmal darüber, welche Argumente wir haben, die Verwaltungskosten der Krankenkassen anzugehen. Wenn ich höre, die Kostenbelastung der Krankenhäuser veränderte sich von 0,03 % nach 0,5 %, dann ist das kein großer Schritt. Aber es hätte etwas, diese Differenz von 0,47 in Zukunft bei den Verwaltungskosten einzusparen.

Zweiter Punkt. Wir haben eben über das Netzwerk und über ehrenamtliche und hauptberufliche Palliativmedizin etwas gehört. Seit vier Jahren versuchen wir hier in dieser Stadt mit der Regierung darüber zu sprechen, dass die Voraussetzungen im Sozialgesetzbuch zur Ausbildung von ehrenamtlichen Begleitern von Sterbenden in dieser Stadt umgesetzt werden. Es

geschieht außer einer großen Aktion vor drei, vier Jahren nichts in dieser Stadt. Wenn Menschen sagen, sie möchten zu Hause sterben, dann heißt das, dass sie ihr Umfeld in den letzten Tagen oder Wochen ihres Lebens nicht verlassen möchten. Das wäre eine Aufgabe, bei der wir zusammenarbeiten könnten. Ich glaube, es ist auch eine Aufgabe für uns Kirchen.

Moderator Bernd Seguin: Damit bin ich bei Ihnen. Ich bitte Sie, kurz zu sagen, wer Sie sind und woher Sie kommen.

Teilnehmer Herr Gent: Mein Name ist Peer Gent. Ich komme vom Kinderhospiz Sternbrücke. Das ist eine Einrichtung für Kinder mit begrenzter Lebenserwartung. Wir haben hier heute ganz viel über die Schwierigkeiten der Palliativmedizin gehört, in Deutschland richtig Fuß zu fassen. Wenn man das vielleicht mit der Entwicklungsgeschichte der Erde vergleicht, dann sind wir mit der Palliativmedizin in der Bronzezeit und bei der Kinderpalliativmedizin im Moment kurz nach der Steinzeit angelangt. Wir haben uns alle sehr dafür ausgesprochen, dass nach Möglichkeit Menschen, die in der letzten Lebensphase sind, zu Hause sterben sollen. Das denke ich gerade dann, wenn es darum geht, dass Kinder sterben. Das ist etwas, das wir auf jeden Fall alle unterstreichen würden. Wenn man das zu Hause realisieren möchte, dann bedarf es auch einer sehr guten ambulanten Palliativversorgung für Kinder. Wir sind heute in einer Phase bzw. in der Situation, dass dies flächendeckend überhaupt noch nicht realisiert werden kann. Ich möchte insbesondere die Enquete-Kommission ermutigen, alles in diesem Bereich zu unternehmen, damit der Ausbau verbessert wird und es vor allen Dingen Familien auf dem flachen Land – nicht nur in den Ballungszentren – ermöglicht wird, ihre Kinder zu Hause zu begleiten. Wir haben das Glück, einen der wenigen Kinderpalliativmediziner in unserer Einrichtung zu haben. Wir merken, wie sehr wir als Magnet wirken, aber das Bedürfnis, zu Hause zu sterben, ist natürlich sehr groß. Da muss mehr unternommen werden. Herzlichen Dank!

Teilnehmerin Frau Achilles: Mein Name ist Ina Achilles vom Verein Hamburger Gesundheitshilfe. Ich würde doch gerne noch einmal darauf zurückkommen wollen, was vorhin von Frau Nickels gesagt wurde, und zwar dass in Häusern, die gut geführt würden, nicht nach Sterbehilfe gerufen werde. Einerseits würde ich gerne sagen, dass ich es bedauerlich finde, dass sich das gegen das Hospital „Zum Heiligen Geist“ zu richten schien, weil ich denke, dass es eine Einrichtung ist, die in den letzten Jahren viel an Wandlung und Entwicklung vollbracht hat. Ich glaube, dass es in der Tat an Folgendem liegt – so wie es auch Herr Stappenbeck von der Hamburgischen Pflegegesellschaft bereits formuliert hat: Solange es keine Vergütung für diese Leistung gibt, kann diese Leistung auch so nicht erbracht werden. Wir haben zwar mit den Ehrenamtlichen und der Förderung nach § 39a SGB V einen großen

Schritt in die richtige Richtung unternommen, da die Leistung der Sterbebegleitung zumindest von Ehrenamtlichen finanziert wird, aber wenn sie nicht von Hauptamtlichen flankierend begleitet und von ihnen das Fundament geleistet wird, dann können die Ehrenamtlichen nicht die Hilfe erbringen, die wir uns von ihnen wünschen.

Moderator Bernd Seguin: Ich danke Ihnen! Reinhard Merkel ist ebenfalls Mitglied der Enquete-Kommission und Herr Merkel ist Sachverständiger der Enquete-Kommission. Der Ruf, der jetzt von vielen aus dem Publikum kommt, ist der Ruf nach Versorgungskonzepten und nach Zuverlässigkeit. Ist beides herstellbar?

SV Prof. Dr. Reinhard Merkel: Ein bisschen überfallen Sie mich jetzt mit dieser Frage. Ich bin, wie die hier vorne Sitzenden wahrgenommen haben, etwas zu spät gekommen. Ich lasse es mir eine Sekunde durch den Kopf gehen, wenn Sie mir gestatten, zuvor noch eine Frage an Frau Nickels loszuwerden. Ich glaube, es gibt hier einen breiten Konsens über das Bedürfnis des Gebotenseins der Verbesserung der Palliativmedizin. Da wird niemand irgendeinen Widerspruch anmelden. Aber ich bin bei Ihrer Bemerkung leise irritiert gewesen, Frau Nickels. Wollen Sie mit dem, was Sie zum Schluss gesagt haben, sagen, wenn alle alten, schwerkranken, dementen, leidenden und sterbenden Patienten richtig gepflegt würden, dann könnte es den Ruf oder den Wunsch: Wenn mich doch der liebe Gott holen würde, einfach nicht geben? Wollen Sie das wirklich sagen?

Abg. Christa Nickels (B90/Grüne): Erst einmal ist das ungewöhnlich, Herr Kollege, da wir uns in jeder Enquete-Kommissionssitzung miteinander befassen können, dass Sie hier zu spät kommen und mir vor dem Publikum eine Frage stellen.

Moderator Bernd Seguin: Aber das halten wir aus, Frau Nickels. Das stehen wir durch, Frau Nickels.

Abg. Christa Nickels (B90/Grüne): Entschuldigung, er hat mich hier etwas gefragt. Sie haben die Frage zugelassen. Anstatt Ihre eigene Frage zu beantworten, fragen Sie mich, aber ich beantworte zwei Fragen gerne. Einmal die von Ihnen, Herr Professor Merkel. Natürlich würde ich das nie sagen. Es gibt Zustände, in denen ein Mensch überhaupt keine Schmerzen hat, aber total fertig und zutiefst im Keller ist, dass er sagt, ich habe keine Lust mehr am Leben. Das gehört zum menschlichen Dasein dazu. Ich würde nie sagen, dass so eine Verzweiflung ausgeschlossen ist. Außerdem wollte ich hier auch kein Krankenhaus diskreditieren. Ich kenne das Krankenhaus gar nicht. Ich habe mich nur über diese Äußerung etwas

gewundert, dass ein Wachkomatöser flüstern soll, dass der liebe Gott ihn holt, weil ich das nicht für möglich halte. Und jetzt möchte ich gerne auch Ihre Frage beantworten.

Moderator Bernd Seguin: Frau Nickels, Sie können gerne darauf antworten. Jetzt greife ich hier wieder ein, darauf können Sie gleich antworten. Das war für drei Minuten Deutscher Bundestag in Alsterdorf. Ich gebe an Herrn Rachel.

SV Prof. Dr. Reinhard Merkel: Frau Nickels, Sie haben so eine nette Art, die Dinge klarzustellen. Ich bin vollkommen zufrieden.

Moderator Bernd Seguin: Herr Rachel, ich gehe jetzt weiter, nachdem wir diesen Diskurs gerade hatten. Kommen Sie an meine Seite, Herr Rachel. Ich würde gerne ein Mitglied der Enquete-Kommission etwas präziser dazu befragen. Sie sind als CDU-Abgeordneter Mitglied der Enquete-Kommission. Es geht um die Frage nach den Versorgungskonzepten, die jetzt mehrfach angemahnt worden sind. Was kann ambulant und stationär sinnvoll sein? Wie kann man die Versorgung tragfähig gestalten? Die Frage von Frau Falkenberg: Wie kann es denn wirklich ein Versorgungskonzept – ob Schmerztherapie, ob Palliativmedizin – geben? Es geht auch um die Frage des Kollegen aus dem Westklinikum. Gibt es eine Idee zu Versorgungskonzepten?

Abg. Thomas Rachel (CDU/CSU): Die ehrliche Antwort ist, dass wir als Enquete-Kommission noch nicht so weit sind, hier eine umfassende Antwort zu geben, weil wir uns im ersten Schritt ganz intensiv mit unserer Stellungnahme zum Thema Patientenverfügung befassen, die noch in diesem Sommer abgeschlossen werden soll. Wir werden in der nächsten Stufe an die Frage Sterbehilfe gehen und dann an die Thematik Palliativmedizin und Hospizwesen herangehen. Für mich ist aber klar, dass wir ein vollkommenes Umdenken brauchen. Wir sind im Bereich der Palliativmedizin, was die Versorgung betrifft, in Deutschland in einem Entwicklungshilfeland. Wenn wir sehen, was in Großbritannien allein im Bereich der stationären Versorgung an Palliativbetten vorhanden ist, dann ist das ein Vielfaches dessen, was wir hier in Deutschland zur Verfügung haben. Wir sind, Professor Klaschik hat das angedeutet, auch in der Ausbildung ein Entwicklungsland. Ich selbst bin Mitglied einer Stiftung, die einen Lehrstuhl für Palliativmedizin an der RWTH Aachen finanziert. Sie sehen, es gibt schon private Initiative, um so etwas zu organisieren, weil der Staat es nicht selbst macht. Das muss flächendeckender gelingen.

Zum Stichwort stationäre und ambulante Palliativmedizin: Die Bereiche müssen wir uns ganz in Ruhe noch angucken. Auf den ersten Blick sehe ich nämlich überhaupt nicht, dass das, was hier richtigerweise als notwendig beschrieben wird, nämlich den Ausbau der ambulanten Palliativmedizin, teurer kommen muss. Im Gegenteil! Ich kann mir sehr wohl vorstellen, dass das eine sinnvolle Ergänzung zur stationären Palliativmedizin ist. Wir werden dazu ganz konkrete Konzepte erarbeiten, aber lassen Sie uns ein bisschen Zeit. Wir wollen mit den Praktikern darüber sprechen und werden dann Vorschläge erarbeiten.

Moderatorin Dr. Cornelia Werner: Herr Kauch möchte gerne noch etwas zur Finanzierung der Palliativmedizin sagen.

Abg. Michael Kauch (FDP): Ich bin gerade von dem Herrn von der Kirche angesprochen worden. Ich hätte gesagt, es sei kein Geld da. Das ist nicht richtig. Es ist sehr viel Geld im deutschen Gesundheitswesen da. Es ist nur die Frage, wofür wir es ausgeben. Wir müssen den Mut haben – und ich bitte da einfach um Ehrlichkeit – uns hier als Politiker nicht einfach hinstellen und zu sagen, wir wollen das alles bezahlen, sondern wir müssen gleichzeitig den anderen Leuten sagen, was wir dann nicht mehr bezahlen. Wir sind nicht mehr in einer Zeit, in der wir alles versprechen können. Diese Art von Gefälligkeitspolitik ist einfach vorbei. Wir haben es auch von den Kollegen, die regieren, gehört, dass die Bereitschaft dafür groß ist. Aber es gibt offensichtlich Gründe, warum es bis heute noch nicht durchgesetzt ist. Denen müssen wir entgegenwirken. Dazu muss die Enquete-Kommission aus meiner Sicht einen Beitrag leisten. Was mir aber wichtig ist – es hat bisher keine Antwort auf die Frage gegeben: Es gibt ein Urteil, dass eine Therapie eingestellt werden soll, weil es offensichtlich dem Patientenwillen entspricht. Dann, liebe Frau Nickels, kann nicht die Antwort sein – auch wenn Sie der Meinung sind – dass das ein völlig unsinniger Wunsch ist, sondern wenn wir uns in einem Rechtsstaat befinden und ein Patient offensichtlich so glaubhaft in einer Patientenverfügung verfügt, dass das Gericht ihn darin unterstützt, dass eine lebensverlängernde Maßnahme einzustellen ist, dann ist ein solches Urteil in einem Rechtsstaat natürlich auch umzusetzen – auch wenn dies manchen Mitgliedern der Enquete-Kommission nicht gefällt. Ich kann auch Herrn Röspel nicht unterstützen, wenn er auf diese Frage sagt, es gebe kein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Das ist keine Antwort auf diese Frage. Es gibt in der Tat kein Recht auf aktive Sterbehilfe oder so etwas, aber es gibt sehr wohl das Recht, wenn es ein Vormundschaftsgerichtsurteil gibt, dass eine lebensverlängernde Maßnahme einzustellen ist. Dann steht der Arzt nicht über dem Recht. Das muss auch jedem klar sein, der Mediziner ist.

Moderatorin Dr. Cornelia Werner: Herr Klaschik, was kann in einer Patientenverfügung wirklich verfügt werden und wieweit ist sie für die Ärzte bindend?

SV Prof. Dr. Eberhard Klaschik: Zunächst zum zweiten Punkt. Es ist gar keine Frage, dass in der Zwischenzeit eine Patientenverfügung für einen Arzt verbindlich ist. Das ist für mich gar nicht die entscheidende Frage, sondern es geht um die Reichweite, die eine Patientenverfügung eigentlich erlangen kann. Das ist der einzige echte Streitpunkt. Wenn wir die beiden vorhin schon einmal zitierten Gerichtsurteile vom Bundesgerichtshof (1994/2003) nehmen, dann muss man ganz klar sagen, dass das BGH-Urteil 2003 die passive Sterbehilfe ganz eindeutig auf den Sterbeprozess projiziert hat. Gleichzeitig hat der BGH gesagt, dass die Patientenverfügung verbindlich ist. Wenn wir auf das Urteil von 1994 zurückschauen, auf das sich das BGH-Urteil 2003 bezogen hat, so wurde eindeutig gesagt, dass eine Patientenverfügung nur ausnahmsweise eine Gültigkeit außerhalb des Sterbeprozesses hat. Insofern möchte ich Herrn Kauch erst einmal widersprechen. Die beiden BGH-Urteile sind so, dass meines Erachtens im Moment eine Verfügung über den eigenen Sterbeprozess hinaus nicht so einfach abgeleitet werden kann. Mittlerweile ist es meines Erachtens dringend notwendig, dass wir uns über die Reichweite einer Patientenverfügung Gedanken machen. Das wird eine der wesentlichen Aufgaben der Enquete-Kommission sein. Herr Rachel hat es schon gesagt: Wir werden hoffentlich im Laufe des Sommers unsere entsprechende Arbeit zu Ende führen. Es wird auch in Bezug auf die Reichweite Stellung bezogen werden, und zwar inwiefern man auch außerhalb des Sterbeprozesses verfügen kann. Insofern ist das eine momentan noch offene Frage, die beantwortet und dann empfohlen werden muss. Anschließend ist der Bundestag bzw. die Gesetzgebung gefordert, dazu Stellung zu beziehen. Ich bin der Meinung, dass man sich dann letzten Endes nicht nur anhand von Gerichtsurteilen orientiert, sondern dass eine Gesetzgebung klarstellt, wie weit die Reichweite einer Patientenverfügung gehen kann.

Moderatorin Dr. Cornelia Werner: Was heißt Reichweite und was heißt außerhalb des Sterbeprozesses?

SV Prof. Dr. Eberhard Klaschik: Es geht um die Frage, inwiefern ein Patient im Vorfeld verfügen kann, was bei Eintreten einer Einwilligungsunfähigkeit noch gemacht werden darf. Laut Empfehlung der BMJ-Gruppe steht noch nicht einmal fest, dass der Patient überhaupt erkrankt sein muss. Für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit kann er verfügen, dass letzten Endes alles unterlassen wird, unabhängig davon, ob er sich im Sterbeprozess befindet oder nicht.

Moderator Bernd Seguin: Herr Merkel noch einmal zur juristischen Klarstellung. Zu Herrn Hüppe komme ich gleich.

SV Prof. Dr. Reinhard Merkel: Die Reichweite einer Patientenverfügung ist *die* Frage. Ich möchte Herrn Kauch aber zunächst einmal darin unterstützen, dass sich der Arzt selbstverständlich nicht über eine verbindliche Patientenverfügung hinwegsetzen kann. Die Frage lautet: Wie kann so etwas vollstreckt werden? Es ist wohl angezeigt, die Ärzte, die sich an die verbindliche Patientenverfügung nicht halten wollen, darauf hinzuweisen, dass dann die Fortsetzung der Behandlung eine strafbare Nötigung und Körperverletzung ist. Das ist sogar, wenn Sie wollen, für jeden anderen aus dem medizinischen Personal einer solchen Klinik notwehrfähig. Er kann seinerseits den Arzt von dieser sozusagen pflegenden Behandlung entfernen. Das ist der erste Hinweis. Der zweite Hinweis zur Reichweite einer solchen Verfügung: Ich will jetzt nicht die kniffligen juristischen Dinge erörtern. Herr Klaschik, die Sache ist natürlich so, dass das erste Urteil des BGH 1994 von einem Strafsenat gefällt wurde. Das zweite (2003), auf das Sie sich beziehen, ist von einem Zivilsenat gefällt worden und bedeutet nicht einfach die Konfiskation des alten Urteils. Dazu muss man auch sagen, dass der Bundesgerichtshof nicht die Rechtsordnung macht. Der Bundesgerichtshof legt sie aus. Viele BGH-Entscheidungen sind nicht richtig. Es ist damit längst nicht ausgestanden, dass 2003 der Zivilsenat gesagt hat, das beziehe sich nur auf die Sterbephase. Wenn man das nur darauf beziehen will, dann muss man ein Argument dafür finden und einen Grund dafür angeben, warum Patienten, die bei Bewusstsein und einwilligungsfähig sind, sich in jedem Stadium ihres Lebens jederlei Behandlung verbitten können, während Patienten aber, die wohl einwilligungsfähig waren, die aber genau deshalb eine Patientenverfügung geschrieben haben, weil sie erwarten mussten, dass sie es demnächst nicht mehr sein würden, dann im Fall der aktuellen Einwilligungsfähigkeit anders behandelt werden. Diese sollen dann einer Art Zwangsbehandlung unterzogen werden können. Es mag dafür Argumente geben, aber so simpel sind die Geschichten nicht. Die muss man benennen.

Moderator Bernd Seguin: Das habe ich nicht alles verstanden. Sie sind ja Professor für Juristerei und dann reden Sie immer so gequirlt. Das kann man nicht so leicht verstehen. Also, ich will verstehen. Wenn ich heute bei klarem Geist entscheide, dass ich, wenn ich zu Ihnen einmal in die Pflege komme, nicht will, dass Sie bestimmte Dinge mit mir tut, müssen Sie sich dann dran halten?

SV Prof. Dr. Reinhard Merkel: Grundsätzlich muss er sich daran halten. Die Sache ist die, dass es für Juristen natürlich denkbare Situationen gibt, in denen der Grundsatz aus anderen prinzipiellen Gründen nicht durchzuhalten ist. Wissen Sie was gemeint ist und was der Bun-

desgerichtshof 1994 mit den Patienten außerhalb des Sterbeprozesses gemeint hat, die gleichwohl zuvor in der Situation ihrer Einwilligungsfähigkeit in die Lage versetzt werden sollen, für diese Zeit eine bindende Verfügung zu treffen? Es geht um die Patienten im apallischen Syndrom, die so genannten Wachkomapatienten. So etwas kann manchmal absehbar sein, wie etwa bei degenerativen Gehirnerkrankungen wie Alzheimer. Am Ende kann das apallische Syndrom stehen. Solchen Patienten hat der BGH 1994, wie ich meine, mit recht guten Gründen gesagt, dass sie zuvor entscheiden können sollen, ob sie in dem Zustand der völligen und irreversiblen Bewusstlosigkeit mit einem zeitlich offenen Ziel am Leben erhalten werden wollen. Setzt man sich darüber hinweg, führt man eine Art Zwangsbehandlung ein. Ich glaube, Herr Seguin, das werden Sie jetzt verstehen. Da beißt die Maus keinen Faden ab.

Moderator Bernd Seguin: Das habe ich verstanden. Hubert Hüppe!

Abg. Hubert Hüppe (CDU/CSU): Punkt eins: Ich habe mich gemeldet, weil mich dieser Fall in Kiefersfelden – ich habe mich noch einmal erkundigt, ob das auch derselbe Fall ist – sehr berührt hat, weil mich das Personal damals angerufen hat. Das ist nämlich in der Tat eine Frage, wie das aussieht, wenn das Urteil vollstreckt werden muss. Man muss sich vorstellen, dass dieses Personal darüber sehr erschrocken war, weil die den Patienten drei Jahre lang gepflegt, ihn gestreichelt, gewaschen, mit ihm gesprochen und mit ihm Therapie gemacht haben. Plötzlich hieß es, er soll nicht mehr weiter ernährt werden. Übrigens Herr Kauch, die Entscheidung fiel nicht aufgrund einer Verfügung, sondern aufgrund des mutmaßlichen Willens. Das ist natürlich auch eine ganz schwierige Frage für die Menschen, die diesen Menschen kennen und mit ihm gelebt haben. Das muss man sich auch vor Augen führen. Ich sage das auch deswegen, weil eben das englische System so gelobt worden ist. Es ist richtig, dass dort gerade die Kinderhospizbewegung stark ist. Aber man muss auch wissen, dass dort Wachkomapatienten schon seit Jahren die Ernährung auch ohne erklärten Willen entzogen wird. Sogar bei Leuten mit bestimmten Syndromen, die sich noch äußern könnten und die keine Wachkomapatienten sind. Es ist nicht ganz so einfach. Es wurde dort auch schon diskutiert, ob diese Personen nicht zum Teil als Organspender dienen könnten. Diese Frage wurde gestellt. Die nächste Frage war dann, dass man diese Personen nicht verhungern lassen dürfte, weil man die Organe sonst nicht benutzen könnte. Es gibt natürlich auch solche Diskussionen.

Punkt zwei, weshalb ich mich auch gemeldet habe, ist das vorgehende Thema. Ich glaube in der Tat – wir werden kein Gesetz machen können, da das nicht unsere Aufgabe ist –, dass die Enquete-Kommission ein Eckpunktepapier dazu erarbeiten wird, wie wir die ambulante

palliativmedizinische Versorgung sicherstellen können. Ich glaube, es wird nicht teurer, weil ich nicht einsehen kann, dass ich Menschen in ein Krankenhaus bringe, nur damit sie dort sterben. Das Bett kostet ja auch eine Menge. Die Kosten dafür sind wahrscheinlich in diesen 0,03 % nicht enthalten. Das Krankenhaus ist eben nicht zum Sterben oder zum Abliefern von Sterbenden da, sondern es ist zum Heilen da. Deswegen sollte hier ambulant vor stationär gelten. Aber es reicht nicht nur ein Änderung im Sozialgesetzbuch aus, sondern wir brauchen auch eine Änderung des Pflegegesetzes, worin der Bereich dann geregelt ist, der eben nicht nur die körperliche Pflege, sondern auch das Umfeld mit abdeckt. Nur so können die Menschen das in der Familie mitmachen.

Ein letzter Punkt: Auf die stationären Hospize können wir auf keinen Fall verzichten, da immer mehr Menschen alleine sterben müssen, obwohl sie wahrscheinlich nicht gerne alleine sterben. Es gibt Menschen, die eben keine Verwandten oder Bekannten mehr haben. Auch das ist ein zunehmendes Problem vor allem in den Großstädten.

Moderatorin Dr. Cornelia Werner: Herr Wunder, Sie wollten noch was zur Patientenverfügung sagen.

SV Dr. Michael Wunder: In dieser Debatte liegt eine bestimmte Gefahr. Es wird so getan, als ob man mit der Patientenverfügung wirklich immer das ganze Problem lösen könnte. Das zeigt sich auch hier. Ich glaube, dass allein in dem Wort Verbindlichkeit schon etwas steckt, worunter die Menschen völlig Verschiedenes verstehen können. Bedeutet Verbindlichkeit, dass es um eine 1:1-Umsetzung geht also darum, dass das, was irgendwann einmal aufgeschrieben worden ist, in der konkreten Situation tatsächlich so ausgeführt werden muss, da es sonst Rechtsbruch ist? Vor einer solchen Situation habe ich Angst, sollte das gesetzlich verankert werden. Denn wir wissen aus der Klinik, dass sich der Wille des Patienten angesichts der Zuspitzung einer gesundheitlichen Situation sehr stark ändern kann – sowohl insgesamt als auch schwankend. Das heißt, es gibt kein wirklich überzeugendes Argument, dass der irgendwann einmal exakt formulierte Wille dann tatsächlich 1:1 bindend sein sollte. Zudem ist die Situation, in der die Patientenverfügung angewendet werden soll, nicht wirklich zu 100 % antizipierbar. Es gibt immer eine Entwicklung, die keiner genau prognostizieren kann. Die aktuelle Situation ist die aktuelle Situation. Die muss angesichts dessen, was in einer Patientenverfügung steht, neu beurteilt werden. Daher plädiere ich dafür, Verbindlichkeit nur im Sinne von Beachtlichkeit – also eine bindende Beachtlichkeit – zu definieren und nicht im Sinne einer 1:1-Umsetzungsgarantie. Das ist ganz wichtig, weil wir sonst die Situation hätten, dass die Menschen hinterher möglicherweise Sklaven ihrer vorher, im gesunden Zustand verfügten Willenserklärung werden würden.

Ich möchte bei dieser Debatte vielleicht noch einmal eine Warnung aussprechen. In der Öffentlichkeit wird jetzt so viel – auch durch den Bericht des BMJ – über die Patientenverfügung gesprochen. Auch wir als Enquete-Kommission haben ja den Beschluss gefällt, dass wir dieses Thema alleine zum Gegenstand eines Zwischenberichts machen und die Themen Palliativmedizin und Hospize ersteinmal außen vor lassen und später bearbeiten. Wir dürfen nicht so tun, als ob wir das Erschreckende unserer Sterblichkeit durch eine Verfügung, die genau formuliert ist und die der Gesetzgeber geregelt hat, kontrollierbar machen. Unser Ende ist durch nichts hinweg zu diskutieren und ist durch nichts zu minimieren. Die Angst davor ist völlig natürlich. Es ist unsere Grundangst. Dass wir eines Tages einmal nicht mehr da sind, ist das, was uns gleich macht. Das kontrollierbar machen geht nicht. Das ist eine Illusion, die meiner Ansicht nach in dieser Debatte steckt. Und wenn man die einmal erkannt hat, dann ist diese Patientenverfügung ein wichtiges Mittel für den Arzt und auch für das Pflegepersonal, um die bestmögliche Entscheidung im Sinne des Patienten zu treffen. Wenn wir uns darauf grundsätzlich einigen, dann sollte natürlich die Verfügung so genau wie möglich und mit so viel Hilfe wie möglich formuliert werden – möglichst mit ärztlicher Beratung, mit Aktualisierung und mit Hinterlegung beim Notar. Das werden wir auch vorschlagen. Aber wir dürfen uns bitte nicht der Illusion hingeben, dass man damit dieses Ungeheuerliche des Todes, der uns allen bevorsteht, wirklich vollkommen kontrollierbar und verfügbar machen könnte.

Moderator Bernd Seguin: Ich hoffe, Sie wissen, auf was Sie sich weiterhin einlassen? Wir haben noch eine gute halbe Stunde Zeit. Ich habe vier Wortmeldungen aus dem Publikum und gehe dann wieder zurück zum Podium. Frau Nickels, die Podiumsrunde beginnt dann gleich mit Ihnen. Wenn Sie sagen wer Sie sind und woher Sie kommen?

Teilnehmer Herr Brenzel: Mein Name ist Werner Brenzel, ich bin Hamburger. Ich bin weder Politiker noch bin ich Theologe noch bin ich Arzt. Diese Gespräche hier erschrecken mich. Ich muss mich insofern outen, als dass ich ein großer Verfechter der aktiven Sterbehilfe bin. Das bin ich nicht nur aus irgendeinem Grund, sondern deshalb, weil ich persönlich betroffen war durch den Tod meiner Frau. Das war eine Odyssee. Wenn ich das hier erklären würde, würde der Abend nicht mehr ausreichen. Aber es ist doch erstaunlich, dass Politiker einfach immer überall nur versuchen, ein Haar in der Suppe zu finden, anstatt einmal den Bürger zu hören, was der denkt. Bei einer Emnid-Umfrage waren 82 % der Bevölkerung für die aktive Sterbehilfe. Und nicht, Frau Nickels, nur mal eben so gefragt! Das war schon eine richtige, echte Befragung. 82 %! Sie müssen eines nicht vergessen, wenn Sie Mitglied des Bundestages sind, dann haben Sie über Hunderttausende von Bürgern zu bestimmen. Ich sehe Ihr

Kopfnicken. Ich habe ganz deutlich erkannt, dass Sie Einzelkämpferin sind. Das heißt also, wenn ich mit Ihnen so etwas durchfechten müsste, habe ich von vornherein verloren, weil Sie ja viel mehr über uns zu bestimmen haben. Eines kann ich nur sagen: Warum ist man gegen diese aktive Sterbehilfe? Kein Mensch muss davon Gebrauch machen, aber in der Not kann er. Das ist doch sehr wichtig, denn man darf eines bei der Geschichte nicht vergessen, ob das jetzt die so genannten Christen sind, Gläubige oder nicht Gläubige: Es geht doch darum, das selbst derjenige, der leiden muss, selbst wenn er meint, Gott würde ihm das Leiden auferlegen, im letzten Augenblick vielleicht froh sein würde, wenn er das Licht ausmachen könnte. Wir hören hier nur Palliativmedizin, wir hören hier auch Hospiz, aber es gibt eine ganze Menge Menschen, die wollen über ihren Tod bestimmen können. Wir gehen einmal von der Voraussetzung aus, dass Sie sterbenskrank sind. Zwei von einander unabhängige Ärzte bescheinigen das. Dann muss es doch möglich sein, dass sein Leiden nicht verlängert wird, sondern dass der Mensch über sein Leben bestimmen kann. Denn die Schizophrenie besteht doch darin: Wenn ich vor einer schweren Operation stehe und die ablehne, dann darf ich in Frieden sterben. Wenn ich aber unheilbar krank bin und die Krankheit führt zum Tode, dann muss ich das Leiden bis zum letzten Augenblick auskosten, weil der Gesetzgeber nicht spürt.

Moderator Bernd Seguin: Wir haben, glaube ich, Ihren Punkt verstanden, bevor es in ein Koreferat geht. Ich muss an die denken, die ich noch haben will.

Teilnehmerin N.N.: Ich war gerade beim Notar wegen einer Generalvollmachtsunterzeichnung für alle Fälle. Das heißt dann Generalvollmacht. Als das verlesen wurde, habe ich gesagt, wo werde ich gefragt, wie ich sterben möchte, was ich brauche in der Begleitung und zwar in der seelischen Begleitung. Diese Frage hätte mir gefehlt – vielleicht beim Notar, vielleicht in der Ethikkommission. Damit möchte ich auch dafür werben, dass diese ethischen Fragen, wie schon erwähnt, deutlicher in die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzte und von Schwestern hineinkommen – und im Grunde genommen von uns allen. Wieso soll ich nicht zum Arzt gehen, wenn ich etwas habe, und mit dem Arzt – auch in meinem Alter schon – in ein Gespräch kommen, wie ich sterben möchte und was mir in diesem Sterben wichtig ist. Denn wir Menschen haben alle ein Bild vom Tod. Es kann nur ein Bild sein, denn wenn die Wirklichkeit kommt, ist es sicherlich noch einmal anders. Aber wir haben ein Bild und wir haben ein Bild davon, was wir in diesem Tod brauchen. Wir haben auch ein Bild davon, was nach dem Tod kommt. Je nach dem, wie mein Bild davon ist, was danach ist und was im Sterben geschieht, so sollte die Begleitung sein. Warum soll ich nicht ganz normal mit 40, mit 50, mit 55 bei den so genannten Vorsorgeuntersuchungen auch zum Thema Sterben und Tod mit einer Ärztin sprechen, anstatt das auszugrenzen, bis man ganz, ganz krank ist.

Hinzu kommt, Herr Geisler hat das vorhin kurz aus London zitiert, dass die Menschen Kriterien haben. Wenn Menschen sagen, was ihnen wichtig ist im Sterben, dann haben sie ihre Lebenskriterien. Wenn die Menschen sagen, das Wichtigste ist ihnen Autonomie und Fürsorge, dann sind das Lebenskriterien. Wenn sie sagen, dass sie spirituelle Begleitung möchten, dann möchten sie die schon jetzt im Leben. Lebens- und Sterbehilfe, finde ich, gehören in ein weiteres Spannungsfeld.

Moderator Bernd Seguin: Die Frage danach, wie ich eigentlich begleitet werde, und nicht nur, wie ich medizinisch behandelt werde, zieht sich wie ein roter Faden durch. Wie werde ich im Leben und im Sterben so begleitet, dass ich wirklich Begleitung erfahre? Sie und Sie noch und dann gehe ich zum Podium.

Teilnehmerin Frau Fischbach: Mein Name ist Petra Fischbach, ich bin Geschäftsführerin des Hamburger Leuchtfeuer Hospiz. Ich möchte genau das gerne noch einmal aufnehmen, was meine Vorrednerin gesagt hat. Wir erleben in unserem Alltag, dass z. B. Diskussionen und Fragestellung zur aktiven Sterbehilfe in den Hintergrund rücken, wenn wir uns mehr der Frage widmen, was Menschen in ihrer letzten Lebensphase brauchen und welche Angebote wir schaffen müssen, damit Menschen in ihrer letzten Lebensphase auch allumfassend versorgt und begleitet werden können. Da ist mir die Diskussion mit dem Schwerpunkt Palliativmedizin ein bisschen zu eng. Wir aus der Hospizbewegung verstehen viel mehr darunter, nämlich sowohl die Palliativmedizin als auch die Palliativpflege. Ebenso kommt die spirituelle und psychosoziale Begleitung hinzu, eben das, was den Spiegel unseres Lebens darstellt. Wir erleben in unserem Alltag sehr häufig, dass die letzte Lebensphase trotz aller Belastung, die natürlich daran geknüpft ist, schwerstkrank zu sein und zu wissen, dass das Leben zu Ende geht, als eine ganz wertvolle Zeit erlebt werden kann, wenn man Menschen darin unterstützt, ihren letzten Willen umzusetzen und die letzten Dinge zu regeln, und ihnen vermittelt, dass alle ihre Belastungsfaktoren im Blick sind und Beachtung finden.

Ein Wort in dem Kontext auch noch einmal zur Patientenverfügung, auch das ist mir ganz wichtig jenseits von jeder juristischen Betrachtungsweise: Wir als Hospiz und ebenso die Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz stellen fest, dass die Auseinandersetzungen mit der Patientenverfügung eine Auseinandersetzung mit meinem Leben, aber auch mit meinem Sterben bedeutet. Das ist ein Schritt, den wir sehr begrüßen, fernab davon, wie relevant denn eine Patientenverfügung juristisch sein kann. Es ist der erste Schritt in der Gesellschaft, erneut die Diskussion darüber wieder in Gang zu setzen. Was bedeuten Sterben, Tod und Trauer für mich persönlich und welche Wertigkeit haben sie in unserer Gesell-

schaft? Das wäre eine Diskussion, die ich neben allen formalen Aspekten, die sicherlich auch notwendig sind, gerne voran bringen möchte. Noch ein letztes Wort sei mir gestattet. Ich finde es auch richtig, wenn hier heute diskutiert wird, dass der ambulante Bereich in der Palliativversorgung, wir sagen Palliative-Care, gestützt werden muss. Zumindest in Hamburg ist es so, dass im stationären Hospizbereich vieles schon geschafft ist. Wir sind längst nicht am Ziel angekommen, aber wir haben zumindest in Hamburg drei Hospize für Erwachsene und ein Kinderhospiz. Der ambulante Hospizbereich steht ganz anders da. Wir kennen es aus Fachgesprächen, dass Einrichtungen, die sich im ambulanten Hospizbereich stark machen wollten, kurz vor dem Bankrott stehen, weil sie nicht wissen, wie sie ihr Angebot finanzieren sollen. Deshalb ist der Schwerpunkt – auch in der Diskussion – richtig gelegt. Nichtsdestotrotz bin ich davon überzeugt, dass wir ein Netzwerk brauchen.

Moderator Bernd Seguin: Ich danke Ihnen.

Teilnehmerin Frau Sellmann: Mein Name ist Heidi Sellmann, ich komme von der Beratungsstelle Charon. Diese Beratungsstelle ist hier in Hamburg ein Angebot für die psychosoziale Betreuung und Begleitung von sterbenden Menschen, ihren Angehörigen und dem professionellen Helfer. Hier sind schon viele Stichworte gefallen, zuletzt auch von Ihnen, Herr Wunder. Es ging um diese Patientenverfügung. Was passiert eigentlich wirklich? Unsere Erfahrung ist, dass die Auseinandersetzung damit ein Prozess ist. Ich kann mir vieles denken. Vorhin sagte eine Frau an der Bushaltestelle, für sie sei das ganz klar. Sie würde am liebsten nach Holland ziehen, wenn sie das könnte. Ich habe sie gefragt, warum sie gerne nach Holland ziehen würde. Da sagte sie, sie sei hier allein. An der Stelle möchte ich noch einmal unterstreichen, was viele schon gesagt haben. Das ist der Appell an die Politiker. Wenn uns klar ist es, dass es sich um einen individuellen Prozess handelt, dann brauchen wir die Unterstützung für psychosoziale Begleitung. Das kann niemals nur eine Aufgabe der Ehrenamtlichen sein. Wo kommen wir denn da hin, wenn wir diesen Teil ausschließlich in die ehrenamtliche Hand legen, weil es nicht gelingt anzuerkennen, dass es dafür ein von Politikern gewolltes und unterstütztes professionelles Angebot geben muss.

Moderator Bernd Seguin: Ich gehe einmal auf das Podium. Herr Röspel, ich habe Ihre Meldung gesehen. Ich frage Sie gleich zum Schluss, weil ich langsam in die Zielgrade rein gehe. Cornelia, ich glaube, du musst mit Christa Nickels anfangen.

Moderatorin Dr. Cornelia Werner: Frau Nickels, können Hospize wirklich den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe abfangen?

Abg. Christa Nickels (B90/Grüne): Folgendes, wenn man hier gut zugehört hat: Ich habe von keinem einzigen Mitarbeitenden in einem Hospiz gehört, dass sie in ihren Einrichtungen mit diesen Wünschen konfrontiert sind. Ich möchte mich noch einmal an den Herrn wenden, der dieses schreckliche Erlebnis in der Begleitung seiner sterbenden Frau gehabt hat. Ich kenne viele Situationen, in denen das leider so ist. Ich kann verstehen, dass Sie sagen, dass es furchtbar war. Aber ich bin nun einmal eine Politikerin. Ich war die erste Krankenschwester im Bundestag. Ich habe 13 Jahre in dem Beruf gearbeitet. Wenn ich Finanzpolitik machen muss, muss ich mir das aneignen. Dazu kann ich nichts aus eigener Erfahrung sagen. Aber in diesem Bereich kann ich aus langjähriger, eigener Erfahrung sprechen. Meine Erfahrungen habe ich auf einer Intensivstation gesammelt. Ich hatte Glück, denn ich habe in einem guten Haus mit gut ausgebildeten Kollegen gearbeitet. Ich kann die Erfahrungen der Mitarbeiter in Hospizen bestätigen. Außerdem ist hier eine Abgeordnete eine kleine Nummer unter 600. Da müssen sie schon sehr strampeln, bis sie etwas hinkriegen. Ich habe eine Sache für die Hospize und die Menschen, die es nötig haben, erreicht in meinem Leben. Dafür bin ich dankbar. Ich habe viele Jahre meines Lebens dafür gekämpft, dass die ambulante Hospizarbeit förderfähig wird. Ich war Vorsitzende im Petitionsausschuss und von 1994 bis 1998 hatten wir viele Petitionen, die immer abgelehnt wurden. Dann war ich von 1998 bis 2000 in der Situation, Staatssekretärin im Gesundheitsministerium zu sein. Ich hatte das nicht vergessen und bin dann zu dem Referenten gegangen, der das federführend bearbeitete. Ich wollte, dass das jetzt passiert. Die Ministerin hat mich unterstützt. Es hat aber zwei Jahre gedauert. Das lag nicht nur an der Politik. Sie müssen alle Verbände, alle Anbieter, alle Krankenkassen, also die beteiligten Akteure, an einen Tisch kriegen, weil das ja noch extra finanziert werden muss. Das haben wir dann hin bekommen. Das ist dieser hier oft angesprochene § 39a Abs. 2 SGB V.

Was mich dann wirklich geschockt hat, ist, was ich jetzt in der Enquete-Kommission erlebt habe. Hospizmitarbeitende haben mich gefragt, warum denn das Geld, was die Krankenkassen zur Verfügung stellen, nicht ausgeschüttet wird. Da wird schon wieder versucht, mit Pfennigfuchserie auch das noch einzusparen, was nötig ist, um diese Beratungsstellen aufzubauen. Die Kommunen, die hier bisher sehr viel bezahlt haben, meinen, sich daraus zurückziehen zu müssen, wenn jetzt von den Krankenkassen etwas kommt. Ich glaube, Sie sehen, dass es wirklich mehr braucht als Politiker, die sich dafür auch ein Stück schlagen. Wir brauchen wirklich eine gesamtgesellschaftliche Bewegung, damit Tod und Sterben nicht mehr tabuisiert wird und die in Dialog tritt mit denen, die hier kompetent und professionell Beistand leisten können. Nur so können wir in einem solch reichen Land wirklich mehr Würde im Sterben erreichen.

Moderatorin Dr. Cornelia Werner: Vielen Dank Frau Nickels. Herr Wunder, was nehmen Sie heute Abend aus dieser Diskussion mit nach Hause und wie sehen Sie die Zukunft dieser Debatte?

SV Dr. Michael Wunder: Mit nach Hause nehmen heißt für mich mit in die Enquete nach Berlin nehmen. Zu Hause bin ich in Hamburg. Das erste Stichwort war von der Kollegin aus der Beratungsstelle Charon: Wir können dieses Beratungsfeld, das so wichtig und so zentral ist, doch nicht den Ehrenamtlichen überlassen. Das hat sich noch einmal für mich in der Diskussion gezeigt. Es ist so vielfältig, was wir dann kurz zusammenfassend die psychosoziale Begleitung nennen. Ich stimme Ihnen völlig zu. Wir brauchen auf jeden Fall Ehrenamtlichkeit, das ist ganz klar, aber wir müssen alles tun, damit sie professionelle Hilfe nicht substituiert wird, sondern dass sie additiv bleibt. Die professionelle Hilfe muss wirklich besser finanziert werden, und zwar sowohl die Beratungsarbeit als auch Palliative-Care und die ambulante Pflege. Es kann nicht sein, dass sie weiterhin der Hauspflege gleichgestellt ist.

Das zweite Stichwort, das ich mitnehme, ist das Netzwerk, das Frau Fischbach angesprochen hat. Mich erinnert das an die Diskussion in der psychosozialen Versorgung, in der es in den 80-er Jahren häufig darum ging, dass der stationäre und ambulante Bereich dermaßen von einander getrennt sind und sie nichts voneinander wissen. Die wirklich Leidtragenden sind die Patienten, die durch eine Versorgungslücke müssen, um sich dann wieder auf etwas Neues einzustellen. Es geht bei dieser Arbeit ebenso wie im psychosozialen Bereich immer um Kontakte und um die Kontinuität der Begleitung. Bei dem Stichwort Netzwerk habe ich einfach die Idee – unabhängig von Geld und Gesetzgebung – dass man diese Konferenzen regional ins Leben rufen muss. Es geht nur nicht ohne die Politik. Die Politik muss mit für diese Konferenzen sorgen, damit sich alle stationären und ambulanten Anbieter in einer Region wirklich regelmäßig mit Protokollführung an einen Tisch setzen, um die Defizite in der Versorgung aufzulisten. Nur dann entsteht politischer Druck. Man muss sich das in Hamburg auf regionaler Ebene überlegen – in anderen Regionen natürlich auch. Ich finde aber, dass die Bedingungen in Hamburg dafür eigentlich recht gut sind, weil wir einiges haben. Wir haben auch Erfahrungen dazu, was im Moment nicht geht. Die ambulante Versorgung geht nicht gut.

Die Ausbildungsstandards in der ärztlichen Ausbildung und in der Pflege sind erwähnt worden. Das Thema streife ich jetzt nur. Mein Steckenpferd ist, wie gesagt, Frankreich bzw. das französische Gesetz. Ich träume davon, dass es in Deutschland ein Gesetz gibt, das einen Anspruch auf palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung formuliert. Das pro-

zesshafte Verständnis hat mir besonders gut gefallen. Das führt mich zu meiner Schlussbemerkung.

Ich glaube, dass es für die meisten Probleme, die wir angesprochen haben, überhaupt keine richtige Regulierung gibt. Die Hauptkritik, die ich an der niederländischen Lösung habe, ist, dass etwas Unregulierbares reguliert wird. Das geht nicht! Es führt dazu, dass plötzlich Menschen, die gar nicht einwilligen können, aktive Sterbehilfe bekommen. Das ist auch eine Antwort an Sie. Das ist einer der Gründe: Man kann das überhaupt nicht von der nicht eingewilligten Euthanasie abgrenzen. Meine Aufforderung an den Gesetzgeber und auch an uns Sachverständige als Berater des Gesetzgebers ist, die Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass die Individualität der Begleitung und auch der Entscheidungsfindung am Ende des Lebens gewährleistet werden kann, denn kein Fall ist wirklich mit dem anderen zu vergleichen. Die beste Lösung wäre, dass sich die Menschen, die mit diesem Patienten oder mit diesem Sterbenden zu tun haben, zusammenfinden und in einem Dialog – nicht in einem Telefonat – gemeinsam die beste Lösung finden. Wir haben das einmal Konsil genannt. Man kann es auch Konferenz nennen. Es hat nichts mit Ethikkommissionen zu tun, die weit oberhalb irgendwo Entscheidungen treffen, sondern es müssen die Menschen sein, die direkt mit diesen Patienten zu tun haben. Das sind die Behandelnden und die Angehörigen. Das wäre für mich eine Garantie zur Individualisierung dieser Entscheidungsprozesse. Der Gesetzgeber ist nur darauf zu verpflichten, den Rahmen dafür zu schaffen. Er soll keine weiteren definitorischen Grenzen einziehen – ausgenommen sind natürlich die bestehenden, die wir sowieso die aktive Sterbehilfe betreffend haben. Vielen Dank!

Moderatorin Dr. Cornelia Werner: Vielen Dank Herr Wunder. Herr Klaschik, wir haben hier eine sehr engagierte Debatte gehört. Trotzdem bleibt ein bisschen der Eindruck, dass die aktive Sterbehilfe contra Palliativmedizin stehen bleibt. Wie betrachten Sie das?

SV Prof. Dr. Eberhard Klaschik: Ich möchte zunächst einmal festhalten, dass ich heute Abend gelernt habe, dass Palliativmedizin wirklich eine zwingende Notwendigkeit ist. Sie ist für mich wirklich eine Art Antipode zur aktiven Sterbehilfe. Die Anmerkung dieses Herrn hat mich durch seine persönliche Betroffenheit sehr berührt. Ich glaube, bei der aktiven Sterbehilfe geht es nicht um einen selbstbestimmten Tod, sondern man gibt etwas ab. Denn letztlich muss der andere zustimmen, dass die aktive Sterbehilfe durchgeführt wird. Insofern geben Sie letztlich ganz viel Verantwortung an jemand anderen ab. Es gibt eine ausgezeichnete Untersuchung an deutschen Ärzten, die nach ihrer Einstellung zur aktiven Sterbehilfe und deren Legalisierung befragt worden sind. Diese Untersuchung hat Folgendes sehr eindeutig gezeigt: Je mehr sich die Ärzte mit ethischen Fragen und mit der Schmerztherapie sowie

Symptomkontrolle auseinandergesetzt haben, je mehr sie sich mit der Palliativmedizin und Hospizarbeit beschäftigt haben, um so geringer war ihre Zustimmung dazu, dass die aktive Sterbehilfe legalisiert werden sollte. Das ist für mich ein weiteres Indiz für die Bedeutung dieses Kleinods Palliativmedizin und Hospizarbeit. Diese beiden Bereiche stellen für mich ein Netzwerk dar. Ich möchte die Palliativmedizin und die Hospizarbeit nicht auseinander dividiert sehen. Frau Fischbach, das ist wirklich ein und dasselbe in unterschiedlichen Umsetzungsformen. Dieses Kleinod muss letztendlich gepflegt werden. Es gehört letztendlich in eine Gesetzgebung. Erst wenn wir dieses flächendeckend und kompetent umgesetzt haben, lassen Sie uns überlegen, was an Leid noch übrig bleibt und weshalb Patienten aktive Sterbehilfe einfordern.

Moderatorin Dr. Cornelia Werner: Vielen Dank Herr Klaschik! Herr Kauch, was nehmen Sie mit nach Hause?

Abg. Michael Kauch (FDP): Zunächst möchte ich auch noch einmal auf den Einwurf des Herrn zur aktiven Sterbehilfe eingehen. Der Ansatz von Herrn Klaschik zu sagen, was können wir denn tun, damit der Wunsch nicht entsteht, ist zunächst einmal der Schlüssel, den wir verfolgen müssen. Dann wird es möglicherweise Fälle geben, Herr Klaschik hat es schon gesagt, bei denen wir beispielsweise mit Schmerzmedizin nicht weiterkommen. Die Frage ist, ob die Gesellschaft hier dann das Angebot einer rechtlichen Änderung macht. Die Frage ist, ob es Wege zwischen der jetzigen deutschen Rechtslage und der, wie sie in Holland besteht, gibt? Letztere finde ich so nicht akzeptabel. Das ist eine Debatte, die wir in Deutschland führen müssen und die wir nicht tabuisieren dürfen. Wir müssen im Gesundheitswesen einen Schwerpunkt legen auf eine Neugewichtung – hin zu palliativer Versorgung.

Ich habe heute mitgenommen – auch aus den Gesprächen, die wir bei unseren Besuchen in den Einrichtungen geführt haben –, dass wir tatsächlich sicherstellen müssen, dass es eine professionelle Grundversorgung gibt und dass wir darüber hinaus ehrenamtlich Tätige einsetzen können. Wir müssen auch noch einmal eine Debatte führen, wie wir beispielsweise die Potenziale älterer Menschen, die sich möglicherweise soziale Kompetenzen in ihrem Leben erworben haben, besser nutzen und wie wir hier die Rahmenbedingungen verbessern können, um additiv zu der professionellen Versorgung eine bessere soziale Betreuung hinzubekommen.

Wenn wir über Patientenverfügungen reden, dann muss aus meiner Sicht gelten – das wird Sie nicht überraschen, dass ich das als Liberaler sage –, dass im Zweifel die Selbstbestimmung des Patienten gelten muss und dass die Reichweite nicht zu sehr beschränkt werden

darf. Ich möchte darauf hinweisen, dass auch die Kirchen beispielsweise mit einer Vertreterin der deutschen Bischofskonferenz in der Arbeitsgruppe im Bundesjustizministerium vertreten waren. Die Kirchen tragen viel mehr mit als die Mehrheit in der Ethikkommission des Deutschen Bundestages. Das hat sich auch sehr deutlich bei einer Anhörung meiner Fraktion gezeigt. Deshalb müssen wir in den nächsten Monaten dazu noch einmal eine offene Debatte im Deutschen Bundestag führen, ob man die Patientenverfügung wirklich so restriktiv zurückdrängen kann, wie es die Mehrheit dieser Enquete-Kommission will.

Moderator Bernd Seguin: Ich danke Ihnen Herr Kauch! Die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages hat sich heute in Hamburg der Diskussion gestellt. Herr Röspel, ich darf Sie als Vorsitzenden und als SPD-Bundestagsabgeordneten noch einmal um ein Statement bitten. Sie haben viele Argumente gehört. Argumente, die dem Zweck dienen, dass Sie in Ihrer Arbeit als Parlamentarier und Sachverständige neue Impulse bekommen. Was war für Sie das Eindrücklichste dieser Hamburger Diskussion für Ihre politische Arbeit?

Vorsitzender: Ich habe heute einiges dazu gelernt, auch durch den Besuch in den Einrichtungen, was ich vorher nicht kannte. Es ist gerade eine Menge genannt worden. Wir sind noch in der Dialogphase, zumindest was die Palliativmedizin und die Sterbebegleitung angeht. Wir werden uns bis Ende diesen Jahres bzw. bis Anfang nächsten Jahres noch Zeit nehmen, um die Argumente abzuwägen und auszutauschen. Dann werden wir eine Empfehlung an den Gesetzgeber abgeben. Das muss kein Gesetz sein, so wie Hubert Hüppe und Thomas Rachel es gesagt haben. Es können auch Empfehlungen sein, bestimmte Defizite aufzuarbeiten. Jetzt greife ich einen Punkt der Alzheimer-Gesellschaft auf, den ich auch in anderen Diskussionen schon festgestellt habe: Wir sind in der Gesellschaft und vielleicht auch in der Politik sehr schnell geneigt, auf Fragen, die eigentlich sozialer Art sind, mit einer technischen Lösung zu reagieren und zu glauben, das Problem dadurch zu lösen. Das habe ich von der Stammzeldiskussion noch sehr gut in Erinnerung. Wir werden als Enquete-Kommission auch erarbeiten müssen, ob die Antwort, z. B. aktive Sterbehilfe, wirklich die Antwort auf die Frage ist, die viele Menschen stellen – ähnlich wie Herr Geisler es formuliert hat. Wir müssen versuchen, diese Ebenen übereinander zu kriegen.

Moderator Bernd Seguin: Danke Ihnen! Das Hamburger Abendblatt, das Hamburgjournal des Norddeutschen Fernsehens und NDR 90,3 sagen einen ganz herzlichen Dank an die Abgeordneten und Sachverständigen der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages. Wir sagen Dankeschön der Evangelischen Stiftung Alsterdorf, dass wir hier zu Gast

sein durften. Am Mikrofon waren Cornelia Werner und Bernd Seguin. Tschüss, einen schönen Abend noch!

Ende der Sitzung 19.30 Uhr.

René Röspel, MdB