



FRANKFURTER FORUM ■ DISKURSE

Sterbehilfe – Streit um eine gesetzliche Neuregelung



Heft 11
April 2015
ISSN 2190-7366

FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen



Diskurs-Hefte des Frankfurter Forums – ein Rückblick

- Heft 1: Medizinischer Fortschritt in einer alternden Gesellschaft
- Heft 2: Versorgungskonzepte für eine alternde Gesellschaft
- Heft 3: Priorisierung, Rationierung – begriffliche Abgrenzung
- Heft 4: Priorisierung, Rationierung – Lösungsansätze
- Heft 5: Versorgung in einer alternden Gesellschaft
- Heft 6: Chancen und Risiken individualisierter Medizin
- Heft 7: Individualisierte Medizin – die Grenzen des Machbaren
- Heft 8: Psychische Erkrankungen – Mythen und Fakten
- Heft 9: Psychische Erkrankungen – Konzepte und Lösungen
- Heft 10: Menschen in ihrer letzten Lebensphase –
selbstbestimmt leben, in Würde sterben – Teil I

Alle Diskurs-Hefte sind online abrufbar unter: <http://frankfurterforum-diskurse.de>

Ziele

Das Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen will zentrale Fragen in der Gesellschafts- und Gesundheitspolitik mit führenden Persönlichkeiten aus Politik, Wissenschaft und Gesellschaft diskutieren und versuchen, darauf Antworten zu geben. Die unterschiedlichen ethischen, medizinischen, ökonomischen, politischen und rechtlichen Standpunkte sollen transparent und publik gemacht werden. Anregungen und Handlungsempfehlungen sollen an die Entscheider in Politik und Gesundheitssystem weitergegeben werden, um so an dessen Weiterentwicklung mitwirken zu können.



Heft 11
April 2015
ISSN 2190-7366

FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen e.V.

Inhalt

Die Sterbehilfedebatte generiert vorschnelle Antworten
und verdeckt die tieferliegenden Probleme

4

Sterbehilfe – Streit um eine gesetzliche Neuregelung

TRAU GOTT ROSER

**„Freundschaft mit dem Tod“ ist keine Haltung für
Angehörige, Ärzte, Pflegende und Seelsorger**

6

FRIEDEMANN NAUCK

**Palliative Versorgung zu Hause und in der Klinik –
Status quo und Perspektiven**

12

JAN SCHILDMANN, JOCHEN VOLLMANN

**Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende:
Empirische Daten, ethische Analysen**

22

EVA WALZIK

**Ergebnisse einer repräsentativen Befragung zur Sterbehilfe:
Geringes Wissen in der Bevölkerung**

30

WOLF-DIETER LUDWIG

**Die Behandlung von Krebspatienten am Lebensende –
wann kann weniger mehr sein?**

36

Grenzverschiebungen sind nicht angezeigt,
eine bessere Palliativversorgung jedoch schon

46

Die Sterbehilfedebatte generiert vorschnelle Antworten und verdeckt die tieferliegenden Probleme

GU DRUN SCHAICH-WALCH / DR. JÜRGEN BAUSCH



Die Zeichen mehren sich, dass man einen natürlichen Tod am Ende eines erfüllten Lebens zunehmend nicht mehr als unabänderliche biologisch gewollte Tatsache akzeptiert, sondern dem „Gevatter Tod“ versucht, ins Handwerk zu pfuschen. Sowohl durch medizinisch intensivpflegerische Übertreibungen mit sinnloser Lebensverlängerung, als auch durch das Fordern nach aktiver Hilfe durch den Arzt – oder eine Sterbehilfsorganisation – dem nicht mehr als lebenswert empfundenen Zustand ein vorzeitiges Ende zu bereiten.

Mehr oder minder unbemerkt verschiebt sich im Falle legislativer Nachgiebigkeit die Rolle des Arztes – im Abendland seit Hippokrates (460 – 370 v. Chr.) definiert – zu einem Arztbild, das den Berufsstand in seinem gesellschaftlichen Ansehen nachhaltig negativ verändern wird. „Auch werde ich niemanden ein tödliches Gift geben, auch nicht, wenn ich darum gebeten werde.“ Wer diesen Grundsatz ärztlichen Handelns missachtet, begibt sich auf eine gefährliche Reise.

Zur Zeit beherrscht die aktive Sterbehilfe-Thematik die Talk- und Printmedien. Erkennbar ist dabei zweierlei: man weist gesellschaftlich den Ärzten eine aktive Helferrolle beim Suizid zu und wird dabei sogar von Ärzten unterstützt, die einen solchen vom Patienten gewünsch-

ten „Eingriff“ – natürlich nur in bestimmten Fallkonstellationen und nur im Vieraugenprinzip – für medizinisch und ethisch vertretbar halten. Häufig auch mit dem Argument, dass diese Form der Selbstbestimmung des Patienten am Lebensende mit der Menschenwürde im Einklang stehe.

Dank des Selbstbestimmungsrechts liegt die Gestaltung unseres Lebensendes weitestgehend in unserer Hand. Jeder kann bestimmen, welche medizinischen Maßnahmen durchgeführt werden sollen und wann der Punkt erreicht ist, an dem es genug ist und der Sterbeprozess in Würde beginnen soll. Niemand muss sich einer als medizinisch und pflegerisch übertrieben empfundenen Intensivmedizin zwecks Lebensverlängerung aussetzen.

Auch für den Fall, dass der Patient nicht mehr entscheidungsfähig ist, kann man mit einer Patientenverfügung seinen Willen zum Ausdruck bringen, der dann verbindliche Handlungsanweisung ist. Keine neue gesetzliche Regelung wird diesen persönlichen Entscheidungsprozess ersetzen können. Auf diesem letzten Stück des Weges sind ärztliche Hilfe und Linderung selbstverständlich. Und einiges ist dort sicher verbesserungsfähig.

Der Deutsche Bundestag hat im November 2014 mit einer Orientierungsdebatte seine Beratungen begonnen,

ob das geltende Recht in Fragen der Sterbehilfe verändert werden soll. Obwohl eine Hilfe zum Suizid längst straffrei gestellt und es keinem Arzt verwehrt ist, einem Sterbenden und Leidenden Arzneien zu verabreichen, die ausreichend seine Not lindern auch auf die Gefahr hin, das Leben zu verkürzen.

Im Gegenteil, es ist sogar medizinisch und ethisch falsch, nicht so zu handeln. Palliativmedizin tut ein Übriges, den Sterbeprozess würdig zu begleiten. Dieses Pflänzchen muss jedoch noch kräftig wachsen und begossen werden. Wenn die derzeitige Diskussion überhaupt einen Sinn hat, dann muss die Beförderung des Wachstumsprozesses in der Palliativmedizin das Ergebnis sein.

Was aber nicht verlangt werden kann, ist, dass ein „Helfer“ zur aktiven Beendigung des Lebens beitragen soll und sich womöglich gar ein Geschäftsmodell daraus entwickelt. Wenn jemand sich zum Suizid entscheidet, muss dieser Schritt in eigener Verantwortung gegangen werden. Im Rahmen unserer jetzigen rechtlichen Regelung ist diese Möglichkeit gegeben. Veränderungen in beide Richtungen sind sehr riskant und sollten besser unterbleiben.

Sterben ohne mehr oder minder intensiven ärztlichen Beistand findet in Deutschland – von tödlichen Unfällen und unerwarteten plötzlichen Todesfällen mal abgesehen – ohnehin nicht statt. Der Sterbende kann sich auf die Rolle seines Arztes als Helfer und ein dem Leben verpflichteten Heiler verlassen und darauf vertrauen.

Dass es genügend Beispiele gibt, wo sich der Sterbende mehr ärztliche Zuwendung wünscht, als ihm gegeben wird, steht außer Frage. Aber weil dem so ist und die Rahmenbedingungen für ärztliches Handeln in der Sterbebegleitung verbessert werden können, kann nicht die Antwort auf diesen Mangel darin bestehen, mit ärztlicher Hilfe das Leben zu verkürzen.

Leichtfertige Grenzverschiebungen bergen immer den Kern der falschen Weichenstellung zu schweren Verwerfungen. Insbesondere angesichts extremer ökonomischer Belastungen, die in einer alternden Gesellschaft diejenigen bringen werden, die schwer dement auf Fremdhilfe dauerhaft angewiesen sind.

Deutschlands Geschichte, aus der wir lernen müssen, zwingt uns, innezuhalten. Ärzte haben einen verantwortungsvollen Beruf für das Leben. Dazu gehört auch die Sterbebegleitung. Aber es gehört nicht zum Berufsbild des Arztes, das Lebensende eines Menschen aktiv herbeizuführen. Ganz abgesehen davon, dass der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe in der gelebten Wirklichkeit unseres Landes extrem selten ist.

In der augenblicklichen Situation konzentrieren wir uns auf den Wunsch, das Leben zu beenden, weil eine unheilbare, schwere mit starken Schmerzen einhergehende Erkrankung vorliegt und verweisen zu recht auf die Möglichkeiten der Palliativmedizin.

Steigende Hilfsbedürftigkeit, der Verlust des Selbstwertgefühls wegen schwindender Kompetenzen und die Zunahme von Einsamkeit auch auf Grund veränderter Familienstrukturen lassen bei manchen Menschen die Flucht in den Tod als einen gangbaren Weg als das weitere Leben erscheinen. Auf die sich daraus entstehenden Fragen haben wir bisher keine Antworten. Die Palliativmedizin kann soziale Vereinsamung und Überalterung ebensowenig beseitigen wie die bisher angedachten Gesetzesänderungen.

Sterbehilfe – Streit um eine gesetzliche Neuregelung

„Freundschaft mit dem Tod“ ist keine Haltung für Angehörige, Ärzte, Pflegende und Seelsorger

PROF. DR. TRAUGOTT ROSER, LEHRSTUHL FÜR PRAKTISCHE THEOLOGIE, UNIVERSITÄT MÜNSTER



Es ist kein therapeutisches und heilsames Bild, wenn man sich der unabänderlichen Tatsache des Todes stellen muss, diesen als Freund zu bezeichnen. Im Rahmen palliativer und hospizlicher Begleitung von Sterbenden und Angehörigen liegt der Nutzen des Sich-anfreundens mit dem Tod in einer Verringerung von Todesangst und der damit einhergehenden Reduktion belastender physischer, psychischer und spiritueller Symptome. Die Kunst der Palliativmedizin aber kann darin gesehen werden, sich nicht zu einem Komplizen des Todes zu machen, sondern zu Verteidigern des Lebens bis zuletzt. In dieser Grundhaltung von Palliative Care liegt es begründet, dass der ärztlich assistierte Suizid nicht im Sinne ärztlichen Handelns ist. Die seelsorgliche Begegnung zielt nicht darauf ab, sich mit dem Tod anzufreunden, sondern darauf, Freundschaft im Angesicht des unausweichlichen Endes zu erfahren.

Das Mädchen

Vorüber! Ach, vorüber!
Geh wilder Knochenmann!
Ich bin noch jung, geh Lieber!
Und rühre mich nicht an.

Der Tod

Gib mir deine Hand, du schön und zart Gebild!
Bin Freund, und komme nicht, zu strafen.
Sei gutes Muts! ich bin nicht wild,
Sollst sanft in meinen Armen schlafen!

Matthias Claudius veröffentlichte im Wandsbeker Boten seine Darstellung der beinahe wollüstigen Beziehung des Todes zum sterbenden Mädchen, die seit Hans Baldung Grien bekannt war. Der Dichter endet abrupt. Die Antwort des Mädchens bleibt aus. Anders die Vertonung durch Franz Schubert. Er lässt sie in ein sechstaktiges instrumentales Nachspiel enden. Darin fügt sich die Sterbende in einen Tod, der dank der Tonsetzung des Komponisten Sanftheit und Ruhe ausstrahlt. Gehetztheit und Verängstigung des Mädchens lösen sich auf in der beruhigenden Melodie des Todes, der sich selbst als Freund bezeichnet. Warum sollte man sich nicht mit ihm anfreunden, warum sollte man nicht Freundschaft schließen mit dem Tod?

Freundlichkeit als atmosphärische Aufgabe

Als Seelsorger habe ich oftmals in der unruhigen und hektischen Atmosphäre von Intensivstationen und im ruhigen Ambiente einer Palliativstation die Stimmungen erlebt,

die mit dem drohenden, gewissen oder eingetretenen Sterben verbunden sind und die Schubert in seinem Lied so kunstvoll vorwegnimmt. Auch hier setzt oft nach dem kräftezehrenden Kampf um „Leben bis zuletzt“ ein stilles und um Würde bemühtes Nachspiel ein. Viele Beteiligte, Ärzte, Pflegepersonal, auch Angehörige, tun alles dafür, dass die Zeit nach Eintritt des Todes durch eine ähnliche Stille, Friedlichkeit und Versöhntheit bestimmt ist wie Schuberts Nachspiel sie klingen lässt.

„Es ist ein Verdienst der Hospiz- und Palliativbewegung, sich der technisch-kalt wirkenden Medikalisierung des Sterbens entgegengestemmt zu haben.“

Auf einer Palliativstation, aber auch in stationären Hospizen oder in Pflege-Einrichtungen setzen sich Seelsorgerinnen und Seelsorger dafür ein, dass nach dem Versterben eines Patienten noch Zeit ist zum Abschiednehmen und für religiös bestimmte Handlungen wie Aussegnung, Gebet oder das Entzünden von Kerzen, selbst dort, wo feuerpolizeiliche Verbote dies ausschließen. Es ist sicher ein Verdienst der Hospiz- und Palliativbewegung, sich der technisch-kalt wirkenden Medikalisierung des Sterbens entgegen gestemmt und eine freundliche, von Mitmenschlichkeit geprägte Umgangsweise mit dem Unabänderlichen ermöglicht zu haben.

Dies habe ich sogar auf Intensivstationen erlebt, wenn es gelang, trotz der Betriebsamkeit und der Sorge um einen reibungslosen Ablauf zugunsten der anderen Patienten Ruhezeiten und Zeit zum Abschiednehmen zu schaffen. Seelsorgerinnen und Seelsorger der christlichen Kirchen haben dies über Jahre hinweg unterstützt und Klinik- und Heimleitungen davon überzeugt, dass in ihren Häusern auch gestorben werden darf. Organisationsabläufe können, ja müssen zunehmend dem entsprechen, etwa durch Einrichtung von Abschiedsräumen. Wie bei Schubert macht auch in Kliniken und Pflegeeinrichtungen der Ton die Musik. Wenn es denn schon sein muss, muss man das Sterben doch freundlich gestalten.

Freundschaftlich oder lüstern? Die Gesinnung des Todes

Hat das aber – aus Perspektive christlicher Seelsorge – wirklich damit zu tun, dass man sich mit dem Tod anfreunden kann? Ist es wirklich ein therapeutisches und heilsames Bild, wenn man sich der unabänderlichen Tatsache des Todes stellen muss, diesen als einen Freund zu bezeichnen?

Selbst in der Textvorlage Schuberts, dem im Wandsbeker Boten veröffentlichten Gedicht von Matthias Claudius, spielt die Darstellung des Todes auf das seit Hans Baldung Grien bekannte Motiv des wollüstigen Todes (Der Tod und das Mädchen, 1517, Kunstmuseum Basel) an: der Tod als übergriffiger Verführer, der das zu junge Mädchen gegen seinen Willen zum Schlaf in seinen Armen überreden will.

Ist das ein Freund? Ein 17-jähriger Junge mit einem schweren Krebsleiden wurde auf unserer Palliativstation von seinen Eltern, seiner Freundin und seinen Kumpels liebevoll begleitet. Eine mütterlich-warmherzige Ärztin versorgte ihn auf beste palliative Weise, so dass er sich bei klarem Bewusstsein von seiner Familie verabschieden konnte und sogar noch alle tröstete. Die Ärztin meinte alles gut gemacht zu haben, aber hatte dann doch Stoff für Supervision. Denn der Junge starb dennoch mit einem letzten vernehmbar geflüsterten Wort: „S*****!“

„Im Rahmen palliativer und hospizlicher Begleitung liegt der Nutzen des Sich-anfreundens mit dem Tod in einer Verringerung von Todesangst.“

In welcher Weise kann man von einer freundschaftlichen Gesinnung des Todes überhaupt sprechen, was ja eine Vorbedingung, eine Voraussetzung eines Sich-anfreundens wäre? Die Antike kannte einen feinen aber wichtigen Unterschied zwischen Freundschaft um des Nutzens, um der Lust oder um des Guten willen (vgl. Heinz-Horst Schrey, Art. „Freundschaft“, in TRE 11, Berlin/New York 1983, 590-599). Sie hat aber nur die dritte Variante als gültig und dauerhaft gelten lassen, während die utilitaristische Variante von Freundschaft als egoistisch und von kurzer Dauer gewertet wurde. Aber der therapeutische Kontext verlangt geradezu danach zu fragen, was es nutzt, sich mit dem Tod zu befreunden. Im Rahmen palliativer und hospizlicher Begleitung von Sterbenden und Angehörigen liegt der Nutzen des Sich-anfreundens mit dem Tod in einer Verringerung von Todesangst und der damit einhergehenden Reduktion belastender physischer (Unruhe), psychischer und spiritueller Symptome. Sich mit dem Tod anfreunden kann in diesem Sinn als nützlich gelten.

Vom utilitaristischen Sinn der Freundschaft mit dem Tod

Forschungen zum therapeutischen Effekt des Verhältnisses zum Tod zeigen, dass es sich dabei um ein komplexes

Gefüge unterschiedlicher Aspekte handelt: Adrian Tomer und Grafton T. Eliason entwickelten anhand umfangreicher empirischer Untersuchungen ein Modell von Todesangst, Todesakzeptanz und Einstellungen zum Tod. In ihrem Modell ist nicht von einem Sich-Anfreunden die Rede, nur tastend von einem Akzeptieren. Dabei haben die Forscher vier Komponenten erschlossen, die darüber entscheiden, ob ein Mensch sich dem Tod ängstlich oder akzeptierend annähern kann. Zunächst beschreiben sie 1. Todes-Salienz – die Vertrautheit mit dem Phänomen Tod und Sterben aus persönlicher Erfahrung eigener Todesnähe oder des Sterbens Nahestehender, 2. durch Glaubenssysteme bedingte Einstellungen, die den Tod im Blick auf das Selbst und im Blick auf die Welt werten, 3. die durch die Todesnähe ausgelöste Trauer um Vergangenes (nicht mehr zu Änderndes) oder um (ausbleibendes) Künftiges.

„Vier Komponenten entscheiden darüber, ob ein Mensch sich dem Tod ängstlich oder akzeptierend nähern kann.“

Die vierte Komponente umfasst die Frage danach, welche Sinnhaftigkeit dem Tod zugemessen wird. In der seelsorglichen und psychotherapeutischen Begleitung von Sterbenden kommt es zunächst darauf an, diese unterschiedlichen Aspekte im Gespräch mit dem Patienten oder auch dem Angehörigen, der sich mit dem Gedanken an das Sterben eines Nahestehenden auseinander setzen muss, zu erkennen und gegebenenfalls zu besprechen.

- zu 1: Das erste ist einleuchtend: Jemand, der das Sterben anderer erlebt hat, geht dem eigenen Sterben vergleichend entgegen. Wo die Erfahrung traumatisch besetzt ist, etwa durch die Panik eines Erstickungsanfalls, kann nur Skepsis gegenüber der Vorstellung eines sanften Todes vorherrschen. Für nicht wenige der Menschen, die eine gesetzliche Zulassung des assistierten Suizids einfordern, mag eine solche Vorstellung und eine entsprechende Erfahrung im Hintergrund sein. In der seelsorglichen und psychotherapeutischen Begleitung ist es zentral, diesen manchmal verdrängten Erfahrungen Raum zu schaffen, sie äußern zu können. Ich erinnere eine Patientin, die immer wieder von Alpträumen geplagt wurde. In den Gesprächen kam sie schließlich darauf, dass sie als Kleinkind beinahe in einem zugefrorenen Weiher ertrunken sei. Die Todesangst war in ihr gesamtes Gedächtnis, auch ihr Leibgedächtnis einge-

brannt. Mit dem Tod konnte sie sich nicht anfreunden, bis zuletzt nicht.

- zu 2: Selbstwertgefühl, die Empfindung von Würde der eigenen Person und das Vertrauen in eine gerechte Weltordnung werden durch den Tod ebenfalls berührt. Im besten Fall heißt das, dass der Tod als gerecht gilt: er trifft alle und macht alle gleich. Nirgendwo ist das sinnfälliger ins Bild gesetzt als in der Kaisergruft der Habsburger in der Wiener Kapuzinerkirche. Dort ist der besonders prunkvolle Sarkophag Kaiser Karls VI. zwar an allen vier Ecken mit den Insignien der Herrschaft gekrönt, samt der Krone des Heiligen Römischen Reichs deutscher Nation, doch die Kronen sitzen auf Totenschädeln, die sich geradezu über die Vergänglichkeit der Macht zu amüsieren scheinen. Der Tod trifft Arme und Reiche. Die mittelalterlichen Darstellungen des Totentanzes haben dies Kirchenfürsten, Bettlern, Ratsherren ebenso wie Mägden vor Augen geführt. Im schlechteren Fall allerdings kann der Tod den Glauben an die Ungerechtigkeit der Welt und ein vermindertes Selbstwertgefühl verstärken, insbesondere dort, wo er als zu früh und ohne eigenes Verschulden empfunden wird. Als Seelsorger habe ich manchmal schon im Erstkontakt den Vorwurf gehört, wie ungerecht das Schicksal, ja: Gott ist. Ein theologischer Disput über Gott ist dann in der Regel nicht angebracht. Nicht umsonst haben die Freunde des Hiob im gleichnamigen Buch des Alten Testaments ihren besten Moment, als sie sich zu Hiob setzen und schweigen. Wenn Sie ein Team von Ärzten, Pflegepersonal, Seelsorge und diversen Therapiegruppen als Freunde des Patienten betrachten wollen – dann ist es die Haltung des konstruktiven, verstehenden Schweigens, die dem Patienten Selbstwert vermittelt, und ihm dazu hilft, seine eigene Position zum Sterben-Müssen zu finden.

- zu 3: Einen besonderen Raum in seelsorglicher Begleitung nimmt die Möglichkeit ein, all das zu bedauern, was durch den Tod endgültig beendet ist. Der Tod kostet mehr als das biologische Leben eines Patienten. Der nahende Tod löst aus, dass sich der Sterbenskranke mit seinem ganzen Leben befassen muss. Bei einer Lebensbeichte beichtet ein Sterbender nicht nur Fehler oder Schuld, sondern er schildert die Widerfahrnisse seines Lebens – und wie er damit umgegangen ist. Dass dies auch gegenwärtig noch als Beichte bezeichnet wird, weist darauf hin, dass solche Gesprächspassagen eine

Reaktion verlangen, den Zuspruch einer Vergebung beispielsweise. Aber das Bedauern richtet sich auch auf die Zukunft, von der die Sterbende ausgeschlossen ist. Der Tod kostet das Leben, das war, und das Leben, das sein wird. In unserer Sprache haben wir für den Umgang mit diesem Schmerz den Ausdruck „das Zeitliche segnen“ – der Sterbende muss segnend auf die zurückliegende Zeit blicken können, aber er kann auch diejenigen Segnen, deren Zeit noch vor ihnen liegt. In den ältesten biblischen Texten wird vom Sterben der Erzväter und Erzmütter erzählt, dass sie ihre Nachfahren gesegnet haben.

- zu 4: Ob der Sterbende den Tod als sinnhaft versteht, zeigt sich in achtsamen Gesprächen: Sinn kann ein Tod zum Beispiel in einem eskapistischen Sinn haben, wenn er als Erlösung von Qualen, Symptombelastung oder einem immer mühsamer werdenden Leben begriffen wird. Sinn erhält der Tod aber auch durch Erwartung einer Zukunft jenseits der Todesgrenze, etwa als Wiedervereinigung mit geliebten Menschen – oder als Begegnung mit dem Schöpfer. Jesus benennt diesen Sinn am Kreuz, als er dem Mitgekreuzigten zu seiner Rechten sagt: Heute wirst du mir mit im Himmelreich sein. So oder so: Der Tod ermöglicht einen Übergang von einem in einen anderen Zustand. Dass dies aber durchaus ambivalent ist, belegt schon der antike Mythos, nach dem Charon als Fährmann über den Acheron mit einer Münze bezahlt sein wollte. Freundschaftsdienste kennen eigentlich keine Pflicht zur Bezahlung.

Ziel der Begleitung von Sterbenden und trauernden An- und Zugehörigen – zumindest im Verständnis von Palliative Care – kann es nicht sein, sich irgendwie mit dem Tod anzufreunden. Den Tod kann man akzeptieren. Ziel der Begleitung von Ärzten, Seelsorgern und Pflegekräften ist die Reduktion von Angst als Symptombelastung. Hier hat eine utilitaristische Konzeption von Freundschaft ihr Recht. Freundschaft ereignet und bewährt sich dann im Angesicht des Todes, aber sie gilt nicht dem Tod selbst.

Im Nachdenken über diesen Aspekt merke ich, wie sehr meine eigenen Empfindungen als Begleiter wachgerufen werden; oftmals erlebte ich bei aller professionellen Distanz so etwas wie freundschaftliche Verbundenheit und emotionale Nähe zu einem sterbenden Patienten oder Angehörigen. In diesem Sinne kann mich auch getrost auf die (im Gesundheitswesen nicht zuletzt ökonomisch relevante) Frage einlassen, was ich als Begleiter eigentlich nütze. Dass Vertrauen die Basis einer gelingenden Sterbe-

begleitung darstellt, gilt aber für alle Gesprächsgruppen. Das Vertrauen stellt sich durch Kommunikation ein, die in der Begegnung zweier Menschen geschieht und die nicht sofort zweckorientiert sein darf. Es gibt eine Freundschaft in Todesnähe.

Keine Freundschaft mit dem Tod

Zur Freundschaft gehört es, dass man einander – beidseitig – affektiv und in Freiheit zugetan ist. Dem Tod werden wenig affektive Qualitäten nachgesagt, bestenfalls die des Spötters. Auch wird wenig davon berichtet, dass der Tod eine Freiheit fördernde Wirkung hat, die es dem andern aus freien Stücken ermöglicht, einen Freundschaftsbund einzugehen. In diesem Zusammenhang sind Gender-Aspekte beachtenswert. Nicht überall ist der Tod eine männliche Gestalt. In anderen Epochen und in anderen Sprachwelten gibt es die Vorstellung einer Tödin. Tiefenpsychologischen und kulturvergleichenden Aspekten geht der in Harvard lehrende Germanist und Literaturwissenschaftler Karl S. Guthke nach. Geschlechtsspezifische Vorstellungen wirken sich deutlich auf die Beziehung zwischen Tod und Sterbendem aus. Die Konnotationen, die sich mit dem Sensenmann und dem Schnitter verbinden, sind wenig freundschaftlicher Art.

„Die Konnotationen, die sich mit dem Sensenmann verbinden, sind wenig freundschaftlicher Art.“

Volkstümliche Gefühlskälte des Todes

Es gibt aber auch ironische Brechungen: Im in Bayern sehr beliebten Volksstück vom Brandner Kaspar klagt der „Boanlkramer“ sogar über die eigene Rollenbedingte Kälte. Der bauernschlaue Brandner wärmt ihn daraufhin mit Kirschgeist. Die unübertreffliche Darstellung des Boanlkramers durch den Volksschauspieler Toni Berger (1975) hat einer Generation Süddeutscher den Schrecken gemildert, dessen sie angesichts des massenhaften Todes durch Krieg und Vernichtung ansichtig waren. Das Volksstück zeigt, dass in der Brechung des Schreckens durch Humor, mitunter gar derbes Gelächter Distanznahme zum Tod möglich wird. „Nichts ist mehr geeignet, Distanz zu schaffen, als der Humor“ sagt schon Victor Frankl in seiner Ärztlichen Seelsorge. Die entlastende Funktion von Humor für Begleiter wie Betroffene ist erwiesen, Humor ist eine anerkannte Prophylaxe für Überlastung. Ärzte, Pflege, Therapeuten und

Seelsorger sollten sich also vor dauernder Ernsthaftigkeit hüten. Aber Angehörigen muss man hin und wieder erklären, wie heilsam Gelächter auf einer Palliativstation ist.

„Als Begleiter können wir das Danach nicht ausmalen. Aber wir können den Sterbenden Raum geben, ihre Bilder zu finden.“

Die Kraft des bayerischen Lustspiels liegt aber auch darin begründet, dass Bilder für ein Danach oder Dahin gefunden wurden, wohin der Tod den verstorbenen Christenmenschen bringt. Der Blick ins Paradies macht es möglich, sich mit dem kreatürlich bedingten Ende als notwendigem Übergangsübel anzufreunden. Tröstlich ist dann nicht der sanfte Schlaf in Todes Armen, sondern das Leben in einer Welt ohne Krankheit, Trauer und Tränen. Den Blick allerdings kann nur der Sterbende selbst wagen. Den Lebenden bleibt er verwehrt. Als Begleiter können wir das Danach nicht ausmalen. Aber wir können den Sterbenden Raum geben, ihre Bilder zu finden und zu schildern.

Dort, wo gestorben wird, verbieten sich alle Versuche einer Romantisierung oder Verniedlichung des Todes.

Der Trost des Hasses

Sie spüren sicher, dass ich Probleme habe, mich mit dem Tod anzufreunden. Eine Kollegin, die vor allem in der Geburtsklinik und auf der Neonatologie tätig war, wehrte alle Bemühungen wohlgemeinten Trostes ab mit den Worten „Ich hasse den Tod“. Und dabei blieb sie auch dann, wenn Eltern den unabwendbaren Tod ihres Kindes anzunehmen begannen. Manchmal erntete sie erstauntes Nachfragen von anderen Begleitern, die meinten, eine Seelsorgerin müsse Menschen dabei helfen, das Sterben zu akzeptieren. Nein, sie hasse den Tod noch immer, entgegnet sie bis heute. So geht es mir auch, selbst wenn ich den Eintritt des Todes am Sterbebett von zahlreichen Patienten als friedliches Aushauchen des Lebensatems zum Schöpfer hin, ja: als einen geradezu heiligen Moment erlebt habe.

Auch wenn es gelang, wie selten im Leben, Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden, wenn all die Schmerzen von Krankheit und Trauer, die Mühe der Behandlungen in diesem Moment zurück bleiben konnten. Dann war der Frieden oft erlebbar als Erschöpfung und Versagen der Kräfte. Es konnten sich Dankbarkeit und ein Gefühl des Friedens einstellen, aber all das sind keine Gefühle des sich Anfreundens mit dem Tod. Es sind eher Empfindungen

des Widerstands, mitunter gar des Stolzes wider den Tod, es geschafft zu haben mit Würde, Achtung und Respekt. Dem Tod ins Gesicht widerstanden zu haben – mit allen Mitteln der medizinischen Kunst. Ihm nicht erlaubt zu haben, Qualen, Schmerzen, Panik zu verbreiten. In solchen Momenten habe ich auch freundschaftliche Gefühle entwickeln können, sie gelten dann dem Menschen, den ich begleiten durfte; Dankbarkeit dafür, beteiligt gewesen zu sein, die Würde eines Menschen bis zuletzt zu wahren und damit dem Tod ins Gesicht zu lachen. Weil wir den Tod hinnehmen, aber ihn dennoch nicht annehmen.

Die Kunst der Palliativmedizin sehe ich darin, dass sie sich nicht zu Komplizen des Todes macht – wie es die Sterbehilfevertreter in letzter Konsequenz fordern –, sondern zu Verteidigern des Lebens bis zuletzt. Ärzte, Pflege, Sozialarbeiter, Ehrenamtliche, Angehörige und Seelsorgende bemühen sich, auch im Angesicht des Todes für den Wert des Lebens zu kämpfen. Oder genauer: für Lebensqualität bis zum letzten Atemzug. Auch in dieser Grundhaltung von Palliative Care liegt es begründet, dass der ärztlich assistierte Suizid nicht im Sinne ärztlichen Handelns ist. Philipp Stoellger, Professor für Systematische Theologie in Rostock, formuliert in einem pointierten Text über den

„Die Kunst der Palliativmedizin sehe ich darin, dass sie sich nicht zu Komplizen des Todes macht, sondern zu Verteidigern des Lebens bis zuletzt.“

Umgang des Christentums mit dem Tod: „Die Kultur des Christentums ist ‚Arbeit gegen den Tod‘, nur glücklicherweise wird die Todesüberwindung Gott überlassen und zugeschrieben... der Tod (ist) als malum maximum Inbegriff des Übels (...), gegen das gelebt, gelehrt und gefühlt wird. Kultur des Christentums ist weder Leidens- noch Todesverklärung, sondern in intensiver Weise antimortal.“

Freunde sucht man sich, Familie hat man: Schwester Tod

Der berühmte Sonnengesang des Franz von Assisi bezeichnet den Tod nicht als Freund, sondern als Schwester – als ein Bestandteil der guten Schöpfung Gottes, der durch den Tod und seine Überwindung durch die Auferstehung gepriesen wird. „Schwester“ ist sicher die treffendere Bezeichnung. Freunde sucht man sich aus. Familie hat man. Wie man sich Zeit seines Lebens bemühen muss, mit der eigenen Familie zurecht zu kommen, so muss man es wohl

auch mit dem Tod machen. Dass der Heilige Franziskus dabei die weiblichen Attribute hervorhebt, stimmt versöhnlich – und unterscheidet sich von der Rede vom Tod als Schlafes Bruder.

Aus pastoralpsychologischer Sicht macht das Sinn. Denn es ermöglicht zweierlei Prozesse in der Begegnung zwischen Seelsorger und dem Sterbenden oder Angehörigen. Zum einen ermöglicht die Offenheit dem Gegenüber Freiheit, sein eigenes Verhältnis selbst zu bestimmen und auszuführen. Auf der anderen Seite kann der Seelsorger aber auch den Tod relativieren: als auch als überwundenes Datum. Die Seelsorgliche Begegnung zielt also keineswegs darauf ab, sich mit dem Tod anzufreunden, sondern darauf, Freundschaft im Angesicht des unausweichlichen Endes zu erfahren. Letztendlich geht es um Gottesfreundschaft. Das ist das eigentliche Thema seelsorglicher Begleitung.

Literatur beim Autor

E-Mail-Kontakt: Traugott.Roser@uni-muenster.de

.....

PROF. DR. TRAUGOTT ROSER

.....



Nach dem Studium der Evangelischen Theologie in Erlangen, München, Gettysburg (USA) und Neuendettelsau war Traugott Roser Pfarrer der Evangelischen Kirche in Bayern, Koordinator für medizinethische Fragen am Institut Technik Theologie Naturwissenschaften (TTN) in München und Krankenhausseelsorger. Nach der Promotion über „Protestantische Wurzeln der Sozialen Marktwirtschaft. Eine Studie am Beispiel Franz Böhms“ bei Trutz Rendtorff (LMU München) und der Habilitation in Praktischer Theologie zu „Spiritual Care. Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte von Krankenhausseelsorge“ an der LMU München folgten Forschungsaufenthalte an der Georgetown University in Washington DC (USA) und der McGill University in Montreal (Kanada). 2010 wurde er auf die erste europaweite Professur für Spiritual Care an der Medizinischen Fakultät der LMU München berufen, bis er 2013 den Lehrstuhl für Praktische Theologie an der Westfälischen-Wilhelms-Universität übernahm.



Sterbehilfe – Streit um eine gesetzliche Neuregelung

Palliative Versorgung zu Hause und in der Klinik – Status quo und Perspektiven

PROF. DR. MED. FRIEDEMANN NAUCK, KLINIK FÜR PALLIATIVMEDIZIN, UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN



Die Palliativversorgung hat in ambulanten wie stationären Einrichtungen in den vergangenen Jahren eine deutliche Aufwertung erfahren. Eine bloße quantitative Zunahme der Zahl hospizlicher und palliativmedizinischer Einrichtungen wird aber nicht ausreichen, um künftig dem Versorgungsbedarf von Menschen in ihrer letzten Lebensphase gerecht zu werden. Zentraler Ansatzpunkt muss vielmehr der kontinuierliche Ausbau der Aus-, Fort- und Weiterbildung bei allen beteiligten Berufsgruppen sein. Insbesondere müssen dafür die Rahmenbedingungen für Forschung verbessert werden, um die Evidenz klinischen Handelns in der Palliativversorgung voranzutreiben. Dies gilt auch und gerade für die fachbereichsübergreifende Forschung. Richtungsweisend sind in diesem Zusammenhang die jüngsten Empfehlungen der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina sowie der Charta-Prozess für eine nationale Strategie zur Palliativversorgung in Deutschland.

Einleitung

Im eigenen Zuhause gut versorgt sterben zu können, begleitet von Angehörigen und nahestehenden Personen, ist ein tief empfundener Wunsch der schwerkranken Patienten (Gomes et al. 2012, Townsend et al. 1990). Um diesem Wunsch möglichst vieler Menschen gerecht zu werden und gleichzeitig auch die stationäre Versorgung von Menschen mit einer weit fortgeschrittenen, fortschreitenden und inkurablen Erkrankung zu verbessern, haben sich Hospizarbeit und Palliativmedizin zunehmend differenziert entwickelt. Dies zeigt sich in einer wachsenden Anzahl von Palliativstationen, spezialisierten ambulanten Palliativdiensten sowie stationären und ambulanten Hospizen. Neben ambulanten und stationären Strukturen konnten sich universitär auch die Bereiche Lehre und Forschung mit Lehrstühlen für Palliativmedizin etablieren.

Diese Entwicklung kann als eine Reaktion auf die zunehmende Technisierung der Medizin der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts verstanden werden, die mit einer Fülle neuer technischer und medikamentöser Therapieoptionen u.a. in der onkologischen Tumorthherapie, den operativen Fächern, der Anästhesiologie, der Intensiv- und Notfallmedizin, dem Transplantationswesen, der Nierenersatztherapie und vielem mehr einherging (Nauck et al. 2015). Mit der Entwicklung in der Medizin war eine eher aggressive therapeutische Grundhaltung verbunden, die zu einer Inkaufnahme teils hoher Therapiebelastungen führte. Ethische Fragestellungen bei schwerer Erkrankung, auch bei Patienten in bereits inkurabler oder gar sterbender Erkrankungssituation traten angesichts des medizinisch Machbaren eher in den Hintergrund. Zudem war diese Ent-

wicklung geprägt durch Zurückhaltung bei medizinischer Aufklärung und anderen kommunikativen Aspekten der Arzt-Patienten-Beziehung (Nauck & Alt-Epping 2013). Die künftige Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung, so wie sie in der Charta zur Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen in Deutschland (<http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/>) gefordert und in der Nationalen Strategie weiterentwickelt wird, wird hoffentlich dazu beitragen, das Thema Tod und Sterben wieder in die Mitte der Gesellschaft zurückzuholen, sodass immer mehr Menschen in Deutschland in ihrer letzten Lebensphase selbstbestimmt leben und in Würde sterben können.

Aufgaben und Ziele der Palliativmedizin

In der ausführlichen Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vom August 2002 wird gegenüber der früheren Version deutlich der Anspruch an eine frühe Integration der Palliativmedizin betont (Sepulveda et al. 2002):

„Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problems associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.“ (Palliativmedizin/Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art).

Palliativmedizin bedeutet nicht mehr – so wie in ihren Anfängen – ausschließlich Behandlung am Lebensende. Seit langem ist anerkannt, dass sie für viele Patienten zu einem erheblich früheren Zeitpunkt im Verlauf ihrer Erkrankung indiziert sein kann. Intensiv wird jedoch diskutiert, wann genau im Verlauf einer inkurablen, lebenslimitierenden Erkrankung die Strukturen der spezialisierten Palliativver-

sorgung einbezogen werden sollten, da zahlreiche Patienten auch von einer palliativmedizinischen Mitbehandlung simultan zu onkologischen Tumortherapien oder aber auch zu interventionellen Therapiekonzepten z.B. bei Herzinsuffizienz profitieren. Dabei soll sich palliativmedizinische Betreuung oder Mitbetreuung nach dem Behandlungs- und Begleitungsbedarf von Patienten und deren Angehörigen und nicht schematisch nach Diagnose, Krankheitsstadium oder Prognose der verbleibenden Lebenszeit richten (EAPC 2009, WHO 2002).

In den Jahren der Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung hat sich gezeigt, dass die hospizlich-palliativen Behandlungsangebote nicht nur für Patienten mit fortgeschrittenen inkurablen Krebserkrankungen hilfreich sein können, sondern auch für Menschen mit fortgeschrittenen nichtonkologischen Erkrankungen mit hoher Symptombelastung, wie zum Beispiel Patienten mit neurodegenerativen Grunderkrankungen (wie z.B. Amyotrophe Lateralsklerose) oder Organinsuffizienzen (Herzinsuffizienz, terminale Niereninsuffizienz). In der Strukturentwicklung besteht daher eine Herausforderung darin, die Palliativmedizin einerseits weiter zu spezialisieren und damit in schwierigen Situationen Patienten mit unterschiedlichsten Grunderkrankungen eine noch bessere Betreuung und Linderung von belastenden Symptomen anbieten zu können und andererseits palliativmedizinische Behandlungsansätze

Inhalte und Aufgaben der Palliativmedizin

- spezielle Maßnahmen der Symptomkontrolle
- Rund-um-die-Uhr Krisenintervention
- Wundmanagement
- Konzepte zu Volumen- und Ernährungstherapie
- pflegerische Anwendungen
- psychosoziale Konzeptarbeit
- kommunikative Kompetenzen und Case Management
- Strukturierung ethischer Fragestellungen
- Advance Care Planning
- rehabilitative / versorgungsdienstliche Maßnahmen
- Trauerarbeit

Quelle: Prof. Nauck, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen



Stationäre Palliativversorgung – Neue ZE 145 (gem. OPS 8-98e) seit 2014

ZE 145	spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	ZE 145.01	8-98e.1	spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	1.572,06 €
		ZE 145.02	8-98e.2	spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	1.906,10 €
		ZE 145.03	8-98e.3	spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage	3.220,35 €

Bei dem Zusatzentgelt ZE 145 bedeutet der Mehrerlös gegenüber dem ZE 60 eine Steigerung von jeweils etwa 23 Prozent bei 7–13 Tagen sowie ab Tag 21, in der mittleren Kategorie zwischen 14 und 20 Behandlungstagen beträgt die Steigerung knapp 18 Prozent.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin



Das Zusatzentgelt 145 ist zum Beispiel dann abrechenbar, wenn ein palliativ-medizinisches Basisassessment erfolgt und der Patient sieben Tage oder länger behandelt wird.

nachhaltig in die allgemeine Versorgung von schwerkranken Menschen zu integrieren (Nauck et al. 2015).

Palliativmedizinische Behandlung und Begleitung umfasst spezielle Kompetenzen in der Schmerztherapie und Symptomkontrolle, im Wundmanagement oder bei ethischen Fragestellungen und inkludiert auch rehabilitative Maßnahmen. Sie sensibilisiert für die Bedürfnisse Schwerkranker und Sterbender und ihres Umfeldes und bietet Konzepte zur Flüssigkeitsgabe und Ernährung am Lebensende. Patienten und Angehörige erhalten bedarfsgerecht psychosoziale Unterstützung und Begleitung sowie seelsorgerische Begleitung in Aspekten der Spiritualität und Religiosität. Ehrenamtlichenarbeit und Trauerbegleitung werden angeboten.

Formen der stationären Palliativversorgung

Im Jahr 1983 eröffnete die erste Palliativstation in Deutschland in Köln, mittlerweile existieren nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) mehr als 300 Palliativstationen.

Palliativstationen

Palliativstationen weisen in der Regel eine den komplexen Anforderungen entsprechend höhere Personalintensität als Stationen der Regelversorgung auf. Zudem verfügen sie über eine bestimmte räumliche Mindestausstattung.

Dabei wirken verschiedene Berufsgruppen (Multiprofessionalität) als auch verschiedene ärztliche Fachdisziplinen (Interdisziplinarität) mit. Somit besteht das Team auf einer Palliativstation aus speziell in der Palliativversorgung qualifizierten Ärzten und Pflegenden, Physiotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeitern, Seelsorgern, Musik- und/oder Kunsttherapeuten. In einigen Einrichtungen wird das Team durch Ehrenamtliche ergänzt.

Die Abrechnung im stationären Bereich war zunächst durch den Status einer sog. „Besonderen Einrichtung“ in direkten Verhandlungen mit den Kostenträgern möglich. Inzwischen müssen die weit überwiegende Zahl der Palliativstationen ihre Leistungen nach dem fallpauschalisierten System (DRG) abrechnen. Der erhebliche, vor allem personalbedingte Mehraufwand soll dabei durch das Zusatzentgelt 60 (ZE60) ausgeglichen werden. Seit 2014 ist das Zusatzentgelt 145 (ZE 145) definiert, mit dem die Leistungen der „Spezialisierten stationären palliativmedizinischen Komplexbehandlung“ des Operationen- und Prozedurenschlüssels unter der Ziffer OPS 8-98e mit einem Entgelt hinterlegt sind.

Dieses ist unter anderem abrechenbar, wenn ein palliativmedizinisches Basisassessment erfolgt, Kontaktzeiten der verschiedenen Berufsgruppen dokumentiert, eine Mindestbehandlungsdauer (6 Stunden / Woche) überschritten werden und der Patient sieben Tage oder länger behandelt

wird. Für die spezialisierten Einrichtungen der palliativmedizinischen Versorgung geht damit eine selbstverständliche Verpflichtung einher, die entsprechenden Struktur-, Qualitäts- und Dokumentationsanforderungen zu erfüllen. Der unvergleichbar hohe Einsatz aller Mitarbeiter, der entsteht, wenn ein Patient aus der häuslichen Palliativversorgung aufgrund einer komplexen krisenhaften medizinischen, pflegerischen, psychosozialen (z.B. familienbezogenen) Problematik notfallmäßig auf die Palliativstation aufgenommen werden muss und dort unter der intensiven Betreuung im Rahmen der fortgeschrittenen Erkrankung nach z.B. fünf Tagen stirbt, bleibt im Vergütungssystem bislang unberücksichtigt.

Palliativmedizinische Konsildienste / Palliativdienste

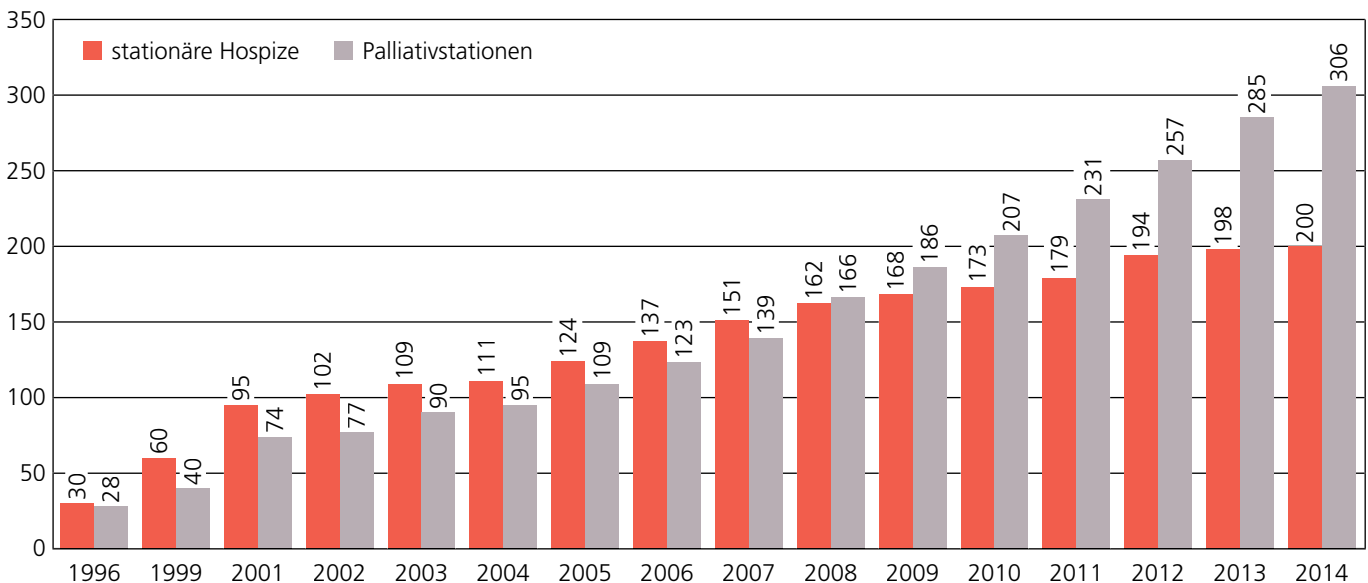
Palliativmedizinische Konsildienste / Palliativdienste arbeiten zumeist multiprofessionell (ärztlich, pflegerisch, sozialdienstlich, psychologisch, oder in ähnlichen Konstellationen) und können damit einerseits nicht-palliativmedizinische Fachbereiche und Stationen in allen palliativmedizinisch relevanten Fragestellungen beraten und bieten andererseits eine unmittelbare Mitbehandlung und

Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen an. Mancherorts ist das multiprofessionelle palliativmedizinische Mitbehandlungsangebot (analog der Liaisondienste der psychiatrischen / psychotherapeutischen / psychoonkologischen Versorgung) soweit ausgebaut, dass nicht-palliativmedizinische Stationen in die Lage versetzt werden, das Zusatzentgelt ZE60 bei Einhaltung der Mindestvoraussetzungen bei ihren Patienten abzurechnen. Damit besteht zumindest eine gewisse Refinanzierungsmöglichkeit der Leistungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Palliativ- oder Konsildiensten.

Tagesklinische Konzepte

Tagesklinische Konzepte haben sich in Deutschland – im Gegensatz zum Beispiel zu Großbritannien – nicht durchsetzen können. Dies mag daran liegen, dass diese Behandlungsstrukturen in Deutschland nicht gegenfinanziert sind, aber auch daran, dass Palliativpatienten entweder zu geschwächt sind, um regelhaft eine Tagesklinik zu besuchen (und dann häusliche Palliativversorgung im Sinne der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) benötigen) oder in so guter Verfassung sind, dass sie z.B.

Entwicklung der stationären Hospize und Palliativstationen einschl. der Einrichtungen für Kinder



Quelle: Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin/DGP; Stand 10/2014



Vor 32 Jahren hat die bundesweit erste Palliativstation in Köln eröffnet. Seitdem ist ihre Zahl auf zuletzt 306 gestiegen. Hinter diesem Anstieg zurückgeblieben ist die Entwicklung bei den stationären Hospizen, die sich im vergangenen Jahr auf 200 belaufen hat.

Ambulante und stationäre Palliativversorgung

	stationär	ambulant
allgemeine Palliativversorgung (APV)	<ul style="list-style-type: none"> • allgemeine Krankenhausstationen • nicht spezialisierte Palliativstationen/ Palliativeinheiten/ Palliativbetten • „Konsiliardienste“ <p>Personal mit Basisqualifikation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • AAPV (allgemeine ambulante Palliativversorgung) • Hausärzte / tlw. mit Zusatzqualifikation (im neuen EBM vergütet) • Pflegedienste und Pflegeheime mit Basisqualifikation • ambulante Hospizdienste (ca. 1.500 Hospizdienste mit ca. 80.000 Ehrenamtlichen) Vergütung über § 39a SGB V • weitere Netzwerkpartner, z.B. Palliativstützpunkte
spezialisierte Palliativversorgung (SPV)	<ul style="list-style-type: none"> • spezialisierte Palliativstationen (eigenständige Abteilungen mit erhöhten Qualitätsanforderungen – z.B. mind. 5 Betten) • Palliativdienste • stationäre Hospize <p>multiprofessionelle Teams!!</p>	<ul style="list-style-type: none"> • SAPV = Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (gesetzlicher Anspruch seit 2007 – geschätzter Bedarf = ca. 10% aller Sterbenden) <p>immer multiprofessionell - oft durch Teams!! Tgl. 24h Verfügbarkeit</p>

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin



Die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) ist seit dem Jahr 2007 als Rechtsanspruch der GKV-Versicherten ausgestaltet. Zu ihren Merkmalen gehören unter anderem Multiprofessionalität und eine Verfügbarkeit rund um die Uhr.

onkologisch-tagesklinisch (oder ambulant) behandelt werden, da diese Patienten in der Regel noch unter einer Tumorthherapie stehen.

Grundsätzlich werden in einer palliativmedizinischen Tagesklinik Patienten, die noch mobil sind, z.B. im Wochenrhythmus einbestellt. Dort wird eine multiprofessionelle Betreuung angeboten, mit dem Ziel, aufkommende (medizinische, pflegerische, psychosoziale) Probleme möglichst noch in einem frühen Stadium zu erkennen und diese Patienten im weiteren Verlauf ihrer Erkrankung zu unterstützen und zu behandeln.

Formen der ambulanten spezialisierten Palliativversorgung

Seit dem 1. April 2007 haben gesetzlich Krankenversicherte mit einer unheilbaren und lebensverkürzenden Erkrankung (Paragraf 37b SGB-V, Paragraf 132d) Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung, wenn sich die allgemeine palliativmedizinische Versorgung nicht mehr als ausreichend erweist (G-BA 2010). Diese Leistung ist

nicht zuzahlungspflichtig. Die Umsetzung der spezialisierten Palliativversorgung (SAPV) wird in den Bundesländern unterschiedlich gehandhabt (Jansky et al. 2012). Mehr als 270 SAPV-Teams (KBV 2014a) bieten die spezialisierte ambulante Palliativversorgung in sehr unterschiedlichen Strukturmodellen an.

Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) stellt eine der wichtigsten Formen palliativmedizinischer Mitbehandlung dar und hat zum Ziel, die hausärztliche Primärversorgung und die ortsgebundenen ambulanten Pflegedienste durch ein multiprofessionelles Angebot zu ergänzen, ohne die Primärversorgung (Krankenpflegedienste, Haus- und Fachärzte) zu ersetzen. Sie sollte in regionalen Netzwerken organisiert werden, so dass möglichst viele Patienten davon profitieren, die dieser Behandlung und Begleitung bedürfen. Die Ausgestaltung der SAPV ist in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes be-

schrieben. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat hier keine genauen Vorgaben gemacht. Die Regelungen in SGB V (Paragrafen 37b & 132d), SAPV-Richtlinie und „Gemeinsamen Empfehlungen nach Paragraf 132d SGB V“ sind an vielen Stellen offen formuliert und lassen erheblichen Gestaltungsspielraum. Das birgt Risiken und Chancen zugleich. Den Chancen, zu individuellen und passgenauen Lösungen zu kommen, stehen die Risiken gegenüber, den qualitativen Anspruch an SAPV durch eine gewisse Beliebigkeit zu unterlaufen.

Die Verordnung von SAPV muss mit der Komplexität der Behandlungssituation begründet werden und erfolgt über das Formular Paragraf 63; Erst- und Folgeverordnung werden nach EBM dem Hausarzt vergütet (KBV 2014b). Neben der Multiprofessionalität ist eines der wesentlichen Merkmale von SAPV-Teams deren 24-Stunden-Erreichbarkeit, so dass sich auch im Rahmen der Notfallmedizin Synergien ergeben können, indem bei Notfalleinsätzen Mitarbeiter der SAPV-Teams frühzeitig hinzugezogen werden. Von Nachteil ist es, dass bisher viele ambulante Palliative Care Teams ihre Unterstützung nur biprofessionell (pflegefachlich und ärztlich) anbieten und wichtige Berufsgruppen, wie Sozialarbeiter, Psychologen, Physiotherapeuten und Seelsorger nicht integriert sind, da deren Leistung in den meisten Verträgen mit den Krankenkassen nicht finanziert sind. Grundvoraussetzung ist jedoch, dass die Palliativversorgung qualitativ hochwertig mit gut in Palliativmedizin und Palliative Care weitergebildeten Mitarbeitern erfolgt.

SAPV in stationären Pflegeeinrichtungen

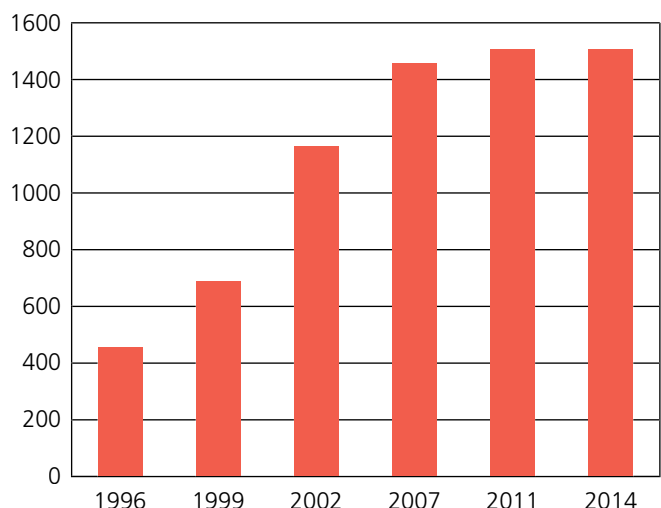
Der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in stationären Pflegeeinrichtungen kommt auf Grund der demographischen Entwicklung und eines sich deutlich verändernden Gesundheitssystems eine große Bedeutung zu. Pflegeeinrichtungen werden zunehmend zu Institutionen, in denen Palliativversorgung und Hospizkultur implementiert und umgesetzt werden müssen, da immer mehr Menschen in hohem Alter und mit zum Tod führenden, schweren Erkrankungen und belastenden Symptomen dort leben und schließlich dort sterben. Dies lässt sich bereits an der demografischen Entwicklung ablesen: Im Jahr 2011 starben in Deutschland 852.328 Menschen (Statistisches Bundesamt 2012). Nach Schätzungen wird bis zum Jahr 2038 die Mortalität insgesamt auf über eine Million Personen pro Jahr steigen (Simon et al. 2012) und damit auch die Zahl der Pflegebedürftigen (von 2,25 Millionen im Jahr

2007 auf 2,65 Millionen im Jahr 2015) (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010). Somit muss sich das Angebot der Gesundheitsversorgung inklusive der Versorgung am Lebensende dieser Entwicklung anpassen, in besonderer Weise in den stationären Pflegeeinrichtungen.

Hier bedarf es noch größerer Anstrengungen als bisher, um (spezialisierte) Palliativversorgung in die Pflegeheime hinein zu bringen (Davies & Higginson 2004). Bei Patienten mit Krebserkrankungen ist ebenso wie bei Patienten mit anderen nicht heilbaren und zum Tode führenden Erkrankungen der Pflegebedarf im letzten Lebensabschnitt ähnlich groß (Small et al. 2009). In einer Reihe von stationären Pflegeeinrichtungen ist eine über die hausärztliche Betreuung hinaus reichende spezialisierte Palliativversorgung bereits etabliert bzw. implementiert. Diese kann zu einer Verbesserung der Lebensqualität von dort lebenden Menschen beitragen, die Primärversorger deutlich entlasten und Krankenhauseinweisungen, gerade am Lebensende, vermeiden helfen.

Derzeit ist es Gegenstand intensiver Untersuchung und Diskussion, inwieweit die spezialisierte ambulante Palliativversorgung mit ihren Palliative Care Teams tat-

Entwicklung der ambulanten Hospiz- und Palliativdienste



Quelle: Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.



Die Zahl der ambulanten Hospiz- und Palliativdienste verzeichnete seit Ende der 90er Jahre eine starke Zunahme. Seit 2011 stagniert ihre Zahl weitgehend.

sächlich ein (von den meisten Menschen erhofftes) Versterben zuhause ermöglichen (Gomes et al. 2012) oder gar Kosten durch unangemessene Drehtürwideraufnahmen senken; ihr Beitrag, Symptome zu lindern und eine komplexe häusliche Begleitungssituation für Patienten und Angehörige aushaltbarer zu machen, dürfte jedoch unbestritten sein.

Hospizliche Versorgungsstrukturen

Neben den genannten Strukturen der Palliativversorgung mit ihrem multiprofessionellen, klinischen Auftrag bestehen in Deutschland eine mittlerweile hohe Zahl an stationären Hospizen. Diese bieten ihre pflegerischen und begleitenden Kompetenzen für sterbensranke Menschen an. Die häusliche Versorgung wird durch ambulante Hospizdienste mit ihren ehrenamtlichen Helfern ergänzt.

Entwicklung der Palliativversorgung durch Aus-, Fort- und Weiterbildung

Um in Zukunft eine flächendeckende qualitativ hochwertige Palliativversorgung für jeden Menschen, der diese benötigt, auch anbieten zu können, bedarf es des weiteren Ausbaus der Aus-, Fort- und Weiterbildung für alle Berufsgruppen, die schwerkranke und sterbende Menschen behandeln und begleiten. Dies ist eine wesentliche Grundlage für die Qualitätsverbesserung in der unmittelbaren Patientenversorgung in einem Bereich, der sich mit Blick auf klinische, strukturelle und gesellschaftliche Positionen ständig weiterentwickelt. Ein wesentlicher Entwicklungsschritt ist hierbei die studentische Lehre in der Palliativmedizin.

Seit dem 1. August 2009 muss Palliativmedizin als Querschnittsbereich 13 an allen medizinischen Fakultäten in Deutschland gelehrt werden. Seit dem Sommersemester 2013 ist das Fach Palliativmedizin Pflichtlehr- und Prüfungsfach für jeden Medizinstudierenden, wobei von den Studierenden für die Anmeldung zum Praktischen Jahr (PJ) ein Leistungsnachweis Palliativmedizin vorgelegt werden muss. Ziel ist es nun, im Fach Palliativmedizin eine möglichst umfangreiche und professionell koordinierte Lehre umzusetzen. Das Curriculum (DGP-Curriculum für die Lehre von Palliativmedizin, 2. Auflage von 2009) sieht eine Mindestanforderung für Lehrstunden Palliativmedizin von 20 Unterrichtseinheiten (UE) (optimal 40 UE) vor.

Die Lehrinhalte in der Palliativmedizin weisen in einigen Bereichen thematische Überschneidungen mit der

Schmerzmedizin, insbesondere Tumorschmerztherapie und Grundlagen und Pathophysiologie von Schmerz, aber auch mit diversen weiteren Fächern, wie u. a. internistische / operative Onkologie, Radioonkologie, Neurologie, Innere Medizin, Pädiatrie, Medizinethik, Allgemeinmedizin, Geriatrie, Intensiv- oder Notfallmedizin, auf.

Im Hospiz- und Palliativbereich wird deutschlandweit auf unterschiedlichen Ebenen Aus-, Fort- und Weiterbildung angeboten und weiter entwickelt. Diese reicht von der (vor-)schulischen Integration eines offenen Umgangs mit Themen wie Sterben, Tod und Trauer über die Ausbildung von Medizinstudierenden oder Pflegeschülern bis hin zu spezialisierten Weiterbildungen und Masterstudiengängen für bereits im Beruf stehende Personen.

Diese Angebote richten sich an hauptamtliche Mitarbeiter unterschiedlicher Professionen (Pfleger, Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen, Physiotherapeuten, Seelsorger, etc.) mit diversen Zielgruppen (Kinder, Erwachsene, alte Menschen, Menschen mit Behinderungen, etc.). Neben der Qualifizierung von hauptamtlich in der Palliativversorgung Tätigen liegt ein weiterer Schwerpunkt in der Befähigung von Ehrenamtlichen in der Hospiz- und Palliativversorgung.

Die DGP übernimmt als wissenschaftliche Fachgesellschaft eine wesentliche Aufgabe in der Weiterentwicklung und Koordinierung der Bildungsarbeit und legt Standards fest. Darüber hinaus orientiert sich die weitere Entwicklung der Bildungsarbeit an den aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen. So wurde inzwischen das vor einigen Jahren von der Robert-Bosch-Stiftung geförderte Curriculum Palliative Praxis von der DGP übernommen, um zu einer Verbesserung der palliativen und hospizlichen Kompetenz aller Mitarbeitenden in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe beizutragen. Nur durch kompetente, multiprofessionelle und innovative Bildungsarbeit kann die dringend benötigte Nachhaltigkeit in der Palliativversorgung in Deutschland erreicht werden.

Forschung als Grundvoraussetzung einer Weiterentwicklung der Palliativmedizin

Aktuell besteht trotz der Entwicklung auch der universitären Palliativmedizin ein erhebliches Defizit an wissenschaftlicher Evidenz der Palliativversorgung in Deutschland. Unter- und Fehlversorgung in der Palliativversorgung in Deutschland sind daher nicht auszuschließen. Um dem entgegenzuwirken und sich auch mit anderen Ländern im Bereich der Forschung in der Palliativmedizin vergleichen

zu können, sind erhebliche Forschungsanstrengungen notwendig. Auf diese Tatsache hat auch die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina in einer Stellungnahme „Palliativversorgung in Deutschland: Perspektiven für Praxis und Forschung“ hingewiesen. Die Stellungnahme enthält drei Grundempfehlungen (Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina 2015):

1. Eine für ganz Deutschland gleichwertige, einheitliche, flächendeckende und im Gegensatz zur gegenwärtigen Situation für alle Betroffenen zugängliche Versorgung mit hoher Qualität.
2. Eine für ganz Deutschland verpflichtende lückenlose Finanzierung der tatsächlichen Kosten einer wissenschaftsbasierten Palliativversorgung in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Umgebung.
3. Eine auf wissenschaftlicher Grundlage beruhende Versorgung aller Betroffenen in Deutschland. Aus diesem Grund ist die Evidenzlage in der Palliativversorgung in Deutschland nachhaltig zu entwickeln.

Ein Grund, warum die Forschung in der Palliativmedizin noch in den Anfängen steht, ist damit zu erklären, dass u.a. die notwendigen Ressourcen hierfür fehlen, aber auch, weil in der Palliativmedizin besonders vulnerable Patienten betreut werden, die auch entsprechend der Deklaration von Helsinki in besonderer Weise vor studienimmanenten Belastungen geschützt werden müssen. Ethische Probleme in der Forschung bei Palliativpatienten müssen in enger Abstimmung mit den Ethik-Kommissionen diskutiert werden (Radbruch & Nauck 2009), (Alt-Epping et al. 2013).

Ein wesentlicher Bereich für Studien ist der Nachweis der Effektivität der angewendeten Therapieverfahren. Methodisch müssen sich diese Studien mit denen anderer Forschungsbereiche vergleichen lassen. Anwendung finden sowohl quantitative als auch qualitative Forschungsmethoden. Aber weiterhin bestehen sowohl bei Mitarbeitern in den palliativmedizinischen Einrichtungen wie auch bei Patienten und deren Angehörigen Vorurteile und Barrieren gegenüber der Forschung in diesem Bereich.

Eine rein naturwissenschaftliche Ausrichtung klinischer Studien sollte nicht nur aus akademischen Gründen angestrebt werden, um sich etwa gegen den Vorwurf einer wenig evidenzbasierten Fachrichtung zu wehren, sondern Ziele verfolgen, die in besonderem Maße der Versorgung von Palliativpatienten dienen. Für eine künftige Etablierung von Forschung in der Palliativmedizin brauchen wir

Nachhaltigkeit in der Palliativversorgung durch Bildungsarbeit

Aus-, Fort- und Weiterbildung

- Ärztliche Ausbildung an den Universitäten
- Ausbildung in der Krankenpflege in Palliative Care
- Weiterbildung nach den bestehenden Curricula für alle beteiligten Berufsgruppen

Forschung

- klinische Forschung und Versorgungsforschung in Forschungsverbänden

Information (Bildung) der Gesellschaft



Quelle: Prof. Nauck, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen

Erhebliche Forschungs- und Bildungsanstrengungen auf allen Ebenen sind nötig, um eine für alle Betroffenen zugängliche Palliativversorgung in hoher Qualität zu schaffen.

in Deutschland bessere Bedingungen in den universitären Palliativeinrichtungen durch zusätzliche Forschungsstellen im klinischen Alltag und Persönlichkeiten, die das Interesse an Forschung mit dem Interesse an der klinischen Tätigkeit am Patienten verbinden. Nur so können wir sicherstellen, dass die Forschungsfragen für die klinische Praxis relevant sind und dass die Ergebnisse der Forschung in der klinischen Praxis auch umgesetzt werden können.

Damit bedarf es zukünftig der weiteren Entwicklung und Prüfung von innovativen Forschungsmethoden (Qualitative Studien und Mixed-Methods-Studien), aber auch von klinischen Studienprogrammen zur medikamentösen Symptomkontrolle, Interventionsstudien zu häufigen Symptomen (z. B. Schmerz, Angst, Dyspnoe) sowie Studien in der letzten Lebensphase und Längsschnittstudien im Krankheitsverlauf, um die Bedürfnisse der Patienten im Verlauf der Erkrankung besser zu kennen und darauf reagieren zu können. Hierbei dürfen nicht nur Patienten mit onkologischen Erkrankungen in den Blick genommen werden, sondern auch Patienten mit nichttumorbedingten Erkrankungen.

Verantwortung der Gesellschaft für die weitere Entwicklung der Palliativversorgung

Die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ hat das Ziel, eine öffentlich sichtbare Verantwortung der Gesellschaft, Politik und aller Beteiligten im Gesundheitssystem für die Gestaltung der Bedingungen, unter welchen Menschen sterben, zu entwickeln. Bereits 2010 konnte die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, die von über 200 Experten aus mehr als 50 Organisationen und Institutionen erarbeitet wurde, der Öffentlichkeit vorgestellt (DGP et al. 2010) werden.

In fünf Leitsätzen zeigt diese Charta gesellschaftspolitische Herausforderungen auf, benennt Anforderungen an die Versorgungsstrukturen und die Aus-, Weiter- und Fortbildung, skizziert Entwicklungsperspektiven für die Forschung und vergleicht den Stand der Palliativversorgung in Deutschland mit anderen europäischen Ländern. Aktuell erfolgen in enger Abstimmung mit der Politik auf der Grundlage der Charta die Vorarbeiten für eine nationale Strategie zur Palliativversorgung in Deutschland.

Nationale Strategie zur Palliativversorgung

Die Nationale Strategie verfolgt das Ziel, die in der Charta formulierten fünf Leitsätze zu den Themen

1. Gesellschaftliche Herausforderungen – Ethik, Recht und öffentliche Kommunikation,

2. Bedürfnisse der Betroffenen – Anforderungen an die Versorgungsstruktur,
3. Anforderungen an Aus-, Weiter- und Fortbildung,
4. Entwicklungsperspektiven und Forschung,
5. Die europäische und internationale Dimension unter Einbindung der Politik auf allen Ebenen – Bundesebene, Länderebene und kommunale Ebene – systematisch umzusetzen, sodass jeder Betroffene unabhängig von der zugrundeliegenden Erkrankung, von der persönlichen Lebenssituation oder vom Versorgungsort eine qualitativ hochwertige Palliativversorgung und Begleitung erhält.

Fazit

Die Palliativversorgung mit ihren unterschiedlichen ambulanten und stationären Strukturen hat in den vergangenen Jahren hohe Anerkennung erlangt und wesentlich dazu beigetragen, das Thema Krankheit, Sterben und Tod wieder mehr in den Fokus der Öffentlichkeit, aber auch des Gesundheitswesens zu rücken.

Für ein Sterben unter würdigen Bedingungen, entweder zu Hause oder – in Abhängigkeit von der individuellen Situation des Schwerkranken – in einer stationären Einrichtung, ist auch das Vorhalten einer umfassenden und qualitativ hochwertigen hospizlichen und palliativen Versorgung ein wesentlicher Baustein. Die Palliativmedizin und die hospizliche Versorgung tragen wesentlich dazu bei, dass Ängste bei Patienten am Lebensende vor leidvollem Versterben gemildert werden können. Dennoch bedarf es weiterer Anstrengungen, die Palliativversorgung zielgerichtet stärker auszubauen und noch besser im Gesundheitssystem zu verankern.

Eine bloße Zunahme der Anzahl ambulanter und stationärer hospizlicher und palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen wird jedoch nicht ausreichen, um allen Menschen, die im Verlauf ihrer Erkrankung Palliativversorgung benötigen, gerecht zu werden. Hier kann nur der weitere Ausbau von Aus-, Fort- und Weiterbildung aller involvierten Berufsgruppen, eine deutliche Entwicklung in der Forschung sowie eine gesteigerte öffentliche und politische Thematisierung die bestehenden Defizite in der Palliativversorgung in Deutschland beheben. Dabei ist die Etablierung der Palliativmedizin und ihrer Themen ein fortwährender Prozess, bei dem auf unterschiedlichen Ebenen Optimierungsbedarf besteht, zum Beispiel beim Ausbau palliativer Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen.

Die Forschungsaktivitäten müssen verstärkt und die Rahmenbedingungen für Forschung verbessert werden,

Hospiz- und Palliativversorgung in der Zukunft

- jeder Arzt, jede Pflegekraft, die schwerkranke und sterbende Menschen betreut und bei denen Bedarf für Palliativversorgung besteht (Teil der Regel- oder Basisversorgung)
- unterstützt durch weitere Berufsgruppen
- unterstützt durch ambulante Hospizdienste und ihre ehrenamtlichen Mitarbeiter
- unterstützt durch qualifizierte Ärzte, Pflegenden, Sozialarbeiter, Psychologen, Seelsorger, Musik- und Kunsttherapeuten, Physiotherapeuten, etc.

Quelle: Prof. Nauck, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen



Es bedarf weiterer Anstrengungen, um die Palliativversorgung auszubauen und noch besser im Gesundheitssystem zu verankern.

um unter anderem mehr Evidenz für das klinische Tun zu erhalten. Fachbereichsübergreifende Forschung ermöglicht es, eine Vielzahl palliativmedizinischer Inhalte, inklusive ethischer und rechtlicher Aspekte, besser in den Blick zu nehmen. Palliativmedizinische Aus- und Weiterbildung sollte sich an allgemeingültigen Qualitätsstandards orientieren und neben Themen wie Symptomkontrolle, Ethik, Recht, Kommunikation und Selbstreflexion auch die multidisziplinäre Teamarbeit in den Vordergrund stellen. Letztere gilt es nicht nur zu lehren, sondern auch zu leben. Es bleibt zu hoffen, dass die Stellungnahme „Palliativversorgung in Deutschland: Perspektiven für Praxis und Forschung“ der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina wie auch die Aktivitäten im Rahmen des Charta-Prozesses und der Nationalen Strategie hier richtungweisend für eine bessere Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen in Deutschland sind.

Hinweis:

Der Beitrag basiert auf folgendem Artikel: Nauck F., Alt-Epping B., Benze G.: Palliativmedizin – Aktueller Stand in Klinik, Forschung und Lehre. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2015; 50: 36–44.

Literatur beim Autor

E-Mail-Kontakt: Friedemann.Nauck@med.uni-goettingen.de

PROF. DR. MED. FRIEDEMANN NAUCK



Krankenpflegeexamen 1975, Abitur 1979 (Bergisches Kolleg Wuppertal, zweiter Bildungsweg), Studium der Medizin an der Rheinischen-Friedrich-Wilhelms Universität Bonn. Anerkennung zum Facharzt für Anästhesiologie, Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ und „Palliativmedizin“. Seit 1992 Forschungstätigkeiten in den Bereichen Schmerz- und Palliativmedizin, Aufbau des Forschungsbereiches des Zentrums für Palliativmedizin in Bonn (1. Lehrstuhl für Palliativmedizin an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Univ. Prof. Dr. med. Eberhard Klaschik). Seit Oktober 2006 Direktor der Klinik für Palliativmedizin an der Universitätsmedizin Göttingen und Inhaber des Lehrstuhls für Palliativmedizin.



Sterbehilfe – Streit um eine gesetzliche Neuregelung

Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende: Empirische Daten, ethische Analysen

PD DR. JAN SCHILDMANN, AKADEMISCHER RAT, PROF. DR. DR. JOCHEN VOLLMANN, DIREKTOR DES INSTITUTS FÜR MEDIZINISCHE ETHIK UND GESCHICHTE DER MEDIZIN, RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM



Eine empirische Untersuchung über ärztliche Handlungen am Lebensende hat gezeigt, das die ärztlich assistierte Selbsttötung (ÄAS) von Ärzten in Deutschland moralisch unterschiedlich bewertet wird. Danach wird ein berufsrechtliches Verbot der ÄAS von 33,7 Prozent der befragten Ärzte abgelehnt, 25 Prozent befürworteten ein solches Verbot, 41,4 Prozent waren unentschieden. Das von der Bundesärztekammer geforderte und auch von Lehrstuhlinhabern für Palliativmedizin unterstützte berufsrechtliche Verbot der ÄAS wird demnach nur von einer Minderheit der befragten Ärzte unterstützt. Die gesetzlichen Regelungsvorschläge, nach denen die ÄAS für ausgewählte Situationen möglich sein soll, bergen das Problem normativ überzeugender Begründungen für den Ein- beziehungsweise Ausschluss von bestimmten Patientengruppen. Es sollte von Seiten der Ärzteschaft geprüft werden, ob ein Procedere für Anfragen von Patienten nach ÄAS entwickelt werden kann, das den ethischen und klinischen Herausforderungen bei den seltenen Einzelfallentscheidungen in angemessener Weise Rechnung trägt.

Ärztliche Handlungen am Lebensende: Begrifflichkeiten und normativer Handlungsrahmen in Deutschland

Ärztliche Handlungen am Lebensende werfen neben medizinischen auch ethische und rechtliche Fragen auf, die aktuell Gegenstand intensiver wissenschaftlicher, gesellschaftlicher und politischer Diskussionen sind. Für eine konstruktive interdisziplinäre und öffentliche Debatte ist ein gemeinsames Verständnis der unterschiedlichen ärztlichen Handlungen eine wichtige Voraussetzung. In diesem Beitrag werden vier ärztliche Handlungen in der letzten Lebensphase unterschieden 1. Symptomlinderung, 2. Begrenzung (Verzicht auf oder Beendigung bereits eingeleiteter) medizinischer Maßnahmen 3. Tötung (auf Verlangen von Patienten) 4. Ärztlich assistierte Selbsttötung.

In der klinischen Praxis häufige Handlungen in der letzten Lebensphase betreffen zum einen die Symptomlinderung und zum anderen den möglichen Verzicht beziehungsweise die Beendigung begonnener medizinischer Maßnahmen (van der Heide et al. 2003, Schildmann et al. 2014). Maßnahmen zur Symptomlinderung, zum Beispiel die Behandlung von Tumorschmerzen werden gelegentlich auch als sogenannte „indirekte Sterbehilfe“ bezeichnet. Für die ethische Diskussion ist hier das sogenannte Prinzip der Doppelwirkung nach Thomas von Aquin von Bedeutung, in dem es um die ethische Rechtfertigung von Handlungen mit gewünschten (zum Beispiel Linderung von Schmerzen durch Morphin) und nicht beabsichtigten beziehungsweise nicht gewünschten (zum Beispiel Verringerung der Atemfrequenz durch Morphin) Konsequenzen geht. Entsprechend der standesethischen Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung kann

in der letzten Lebensphase „die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf“ (Bundesärztekammer 2011). Der Verzicht auf beziehungsweise die Beendigung von bereits eingeleiteten medizinischen Maßnahmen wird häufig als „passive Sterbehilfe“ bezeichnet. Entsprechend der bereits genannten Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung „darf das Sterben durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht“ (Bundesärztekammer 2011).

Die Selbsttötung und die Beihilfe dazu sind kein Gegenstand des Strafgesetzbuchs.

Ergänzend ist festzuhalten, dass selbstbestimmungsfähige Patienten auch lebensrettende beziehungsweise lebensverlängernde medizinische Maßnahmen rechtlich wirksam ablehnen können. Weiterhin muss bedacht werden, dass es aus klinischer Perspektive Situationen gibt, in denen diese Handlungen nicht nur zu einer Verbesserung der Lebensqualität sondern auch zu einer Lebenszeitverlängerung führen können. So zeigen empirische Daten, dass die frühzeitige Einbeziehung eines palliativmedizinischen Teams bei an einer bestimmten Form von Lungenkrebs erkrankten Patienten mit einer Verbesserung der Lebensqualität, weniger intensiven medizinischen Verfahren und einer verlängerten Überlebenszeit assoziiert war (ASCO 2012, Temel et al. 2010, Vergleiche auch den Beitrag von W.-D. Ludwig in diesem Heft).

Die Tötung eines selbstbestimmungsfähigen Patienten ist auch verboten, wenn dieser den Wunsch ausdrücklich und ernstlich äußert (Paragraf 216 StGB). Die Selbsttötung und Beihilfe zur Selbsttötung ist kein Gegenstand des deutschen Strafgesetzbuchs. In Bezug auf die ärztliche Assistenz zur Selbsttötung (ÄAS) besteht aufgrund unterschiedlicher Rechtsprechung in den vergangenen Jahrzehnten allerdings eine „gewisse Rechtsunsicherheit“ (Koranyi und Verrel 2013, S. 278). Nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung ist die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung „keine ärztliche Aufgabe“ (Bundesärztekammer 2011). Auf dem Deutschen Ärztetag 2011 wurde ein Verbot der ÄAS in die Musterberufsordnung aufgenommen. Der entsprechende Passus der Musterberufsordnung wurde

allerdings bislang nur von etwa der Hälfte der Landesärztekammern in die berufsrechtlich relevante Berufsordnung übernommen.

In Deutschland liegen bislang nur wenige Daten zur ärztlichen Handlungspraxis am Lebensende vor. Im Folgenden werden Methodik und ausgewählte Ergebnisse einer empirischen Untersuchung zur Handlungspraxis am Lebensende und den Einstellungen gegenüber der ärztlich assistierten Selbsttötung von Ärzten in Deutschland vorgestellt. Daran anschließend wird der Beitrag empirischer Untersuchungsergebnisse für die aktuelle Diskussion über einen angemessenen normativen Handlungsrahmen am Lebensende unter besonderer Berücksichtigung der ÄAS reflektiert. Der Beitrag schließt mit einer Analyse medizinisch relevanter Aspekte, die bei der Formulierung eines standesethischen und berufsrechtlichen Rahmens für die ÄAS zu bedenken sind.

Methoden

Erhebungsinstrument

Als Erhebungsinstrument wurde eine geringfügig modifizierte Version des Fragebogens des EURELD (European End-of-Life Decisions)-Konsortiums verwendet (van der Heide et al. 2003). Ergänzend wurden drei Fragen zu Erfahrungen mit sowie Einstellung gegenüber dem ÄAS eingefügt, die sich an eine von der Bundesärztekammer initiierte Umfrage zum Thema (Bundesärztekammer 2010) anlehnen. Der Fragebogen wurde im Rahmen eines Pre-Tests ausgewählten Ärzten zur Beantwortung und Kommentierung vorgelegt. Im Anschluss wurden kleinere Veränderungen bezüglich Sprache und Layout vorgenommen. Alle Fragen zur Handlungspraxis beziehen sich auf den letzten, innerhalb der vergangenen zwölf Monate, verstorbenen Patienten (Seale 2006).

Stichprobenziehung, Datenerhebung und Auswertung

Auf der Grundlage einer Kooperation mit der Ärztekammer Westfalen-Lippe und in Zusammenarbeit mit einem Institut für Sozialforschung (TNS Emnid) wurde ein Konzept für die Stichprobenziehung und Datenerhebung unter besonderer Berücksichtigung von Datenschutz und Anonymität erstellt. Ärzte aus Fachgebieten, in denen keine sterbenden Patienten betreut werden (z.B. Anatomie, Pathologie), sowie Vertreter der Kinderheilkunde wurden von der Stichprobenziehung ausgeschlossen, soweit dies

Antwortverhalten der Landesärztekammern auf Anfrage zur Kooperation



- Landesärztekammern, die im Rahmen der Kooperation eine Zufallsstichprobe gezogen haben.
- Landesärztekammern, die die Ziehung einer Zufallsstichprobe abgelehnt haben. Die Ärztekammer Hamburg zog ihre ursprüngliche Zustimmung (Schreiben vom 14.6.2012) wegen Bedenken „gegen diese Form der Fragestellungen“ zurück (Schreiben vom 8.8.2012).
- Landesärztekammern, die auf zwei schriftliche Anfragen zur Kooperation nicht geantwortet haben.

Quelle: <http://www.kartenwelten.de/produkte/download-basiskarten/download-kostenlose-basiskarten.html>



Abb. 1: Sechs Landesärztekammern lehnten eine Kooperation ab, sechs weitere Kammern haben nicht auf die Anfragen reagiert.

mit Hilfe der Datenbanken möglich war. Die Versendung und der Empfang der Fragebögen erfolgten über die kooperierenden Landesärztekammern beziehungsweise TNS Emnid. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum zustimmend bewertet (AZ 4196-11).

Fünf Landesärztekammern haben an der Umfrage letztendlich teilgenommen.

Die Umfrage wurde unter Ärzten einer Zufallsstichprobe aus fünf Landesärztekammern durchgeführt. Neben der Landesärztekammer Westfalen-Lippe stimmten nach schriftlichen Anfragen im Mai und Juli 2012 bei allen Landesärztekammern die Landesärztekammern Nordrhein, Saarland, Sachsen und Thüringen einer Zusammenarbeit bei der Stichprobenziehung zu. Sechs Landesärztekam-

mern lehnten eine Kooperation ab, wobei in den schriftlichen Begründungen neben Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes auch Kritik an Inhalt und Methode der geplanten Studie formuliert wurde. Sechs weitere Landesärztekammern antworteten nicht auf die beiden schriftlichen Anfragen der Autoren. Abbildung 1 gibt eine Übersicht über die Reaktionen der Landesärztekammern auf die Anfrage

Die Gesamtstichprobe wurde entsprechend der Mitgliederzahl der kooperierenden Landesärztekammern aufgeteilt. Alle Prozentangaben beziehen sich auf die Stichprobe der jeweils gültigen Antworten. Der Einfluss unterschiedlicher Faktoren auf die Einstellung der Befragten gegenüber einer „Unterstützung zur Selbsttötung“ bzw. die „Einstellung zum berufsrechtlichen Verbot der ärztlich assistierten Selbsttötung“ wurde mithilfe von logistischen Regressionsanalysen untersucht.

Ergebnisse

Es wurden 2003 Fragebögen versandt, wovon 15 aufgrund fehlerhafter beziehungsweise unbekannter Adressen nicht zugestellt werden konnten. 734 ausgefüllte Fragebögen konnten ausgewertet werden (Rücklaufquote 36,9 Prozent). 296 Studienteilnehmende (40,3 Prozent) gaben an, dass sie innerhalb der letzten zwölf Monate keinen sterbenden Patienten behandelt hatten. Diese Ärzte beantworteten entsprechend der Anleitung im Fragebogen ausschließlich Fragen zu Erfahrungen mit und Einstellung gegenüber der ÄAS sowie zur Demografie. 367 der Studienteilnehmenden waren weiblich (50,1 Prozent), 365 männlich (49,9 Prozent). 22,9 Prozent nannten die Innere Medizin als Fachgebiet, 17,3 Prozent die Chirurgie und 13,9 Prozent die Allgemeinmedizin.

Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende

Sofern nicht gesondert beschrieben, bezieht sich die im Folgenden dargestellte Auswertung der Daten zur ärztlichen Handlungspraxis am Lebensende auf die Gruppe der verstorbenen Patienten im Alter von mindestens 18 Jahren (N= 403). In 55,9 Prozent dieser Fälle wurden die Patienten von den befragten Ärzten bis zum Tod betreut. 46,1 Prozent der Patienten waren weiblich, 53,9 Prozent männlich. In 13,0 Prozent trat der Tod unerwartet und plötzlich ein. Als Todesursache wurde in 45,2 Prozent eine Krebserkrankung angegeben.

Todesursache war bei fast jedem zweiten berichteten Fall eine Krebserkrankung.

86,7 Prozent der Studienteilnehmenden gaben an, dass vor dem Tod die medikamentöse Schmerz- und/oder Symptomlinderung intensiviert wurde, bei 50,7 Prozent der Patienten wurde auf eine Behandlung verzichtet und in 42,4 Prozent der Fälle wurde eine Behandlung abgebrochen. Nach Angaben von 35,5 Prozent der Befragten führte die medikamentöse Schmerz- und/oder Symptomlinderung „wahrscheinlich oder sicher“ zur Beschleunigung des Todesintritts. Bei Verzicht auf beziehungsweise Abbruch einer Behandlung wurde dies in 33,1 Prozent beziehungsweise 23,5 Prozent für wahrscheinlich gehalten. 19,9 Prozent der Ärzte berichteten, dass der Verzicht auf eine Behandlung mit der Intention der Lebenszeitverkürzung erfolgte und in 15,0 Prozent der Fälle war dies beim Ab-

bruch einer Behandlung beabsichtigt. Bei 9,2 Prozent der Patienten erfolgte die Intensivierung von Symptom- und/oder Schmerzlinderung mit der Absicht den Todeseintritt zu beschleunigen.

In zwei Fällen erfolgte die Medikamentengabe mit dem Ziel des Todeseintritts.

In zwei Fällen verabreichte der befragte Arzt ein Medikament mit der ausdrücklich beabsichtigten Folge des Todesintritts. In diesen beiden Fällen berichteten die Ärzte, dass der Patient früher einen entsprechenden Wunsch geäußert hätte. In einem weiteren Fall war der Tod eines erwachsenen Patienten die Folge eines Medikaments, welches von dem Befragten zur Verfügung gestellt wurde (ärztlich assistierte Selbsttötung (ÄAS)). Ergänzend zu den ausgewerteten Daten von Patienten im Alter von mindestens 18 Jahren wurde eine Tötungshandlung bei einem Patienten im Alter von 16 Jahren beschrieben. Auch in diesem Fall gab der Arzt an, dass der Patient früher einen entsprechenden Wunsch geäußert hatte, wobei der Patient von dem befragten Arzt zum Zeitpunkt dieses Gesprächs nicht als „vollumfänglich fähig“ erachtet wurde, „seine Situation richtig zu beurteilen und adäquat eine Entscheidung darüber zu treffen“. Tabelle 1 fasst die verschiedenen Arten von Handlungen am Lebensende und ihre jeweiligen Häufigkeiten zusammen.

Erfahrungen mit und Einstellung gegenüber ärztlich assistierter Selbsttötung

Alle 734 Studienteilnehmenden, unabhängig davon, ob sie in den vergangenen zwölf Monaten einen verstorbenen Patienten betreut hatten oder nicht, wurden zu ihren Erfahrungen und Einstellungen bezüglich der ÄAS befragt. 20,7 Prozent der Befragten waren bereits von Patienten um ÄAS gebeten worden. 41,7 Prozent können sich ÄAS auf keinen Fall vorstellen, während 40,2 Prozent sich dies unter bestimmten Bedingungen vorstellen konnten, 18 Prozent waren unentschieden. Ein berufsrechtliches Verbot der ÄAS wurde von 33,7 Prozent abgelehnt, 25 Prozent befürworteten ein solches Verbot und 41,4 Prozent waren unentschieden.

Die logistische Regressionsanalyse hinsichtlich möglicher Einflussfaktoren für die Befürwortung beziehungsweise Ablehnung der ÄAS zeigt, dass Ärzte, die bereits um ÄAS gebeten wurden, signifikant häufiger zur

Häufigkeiten von Handlungen am Lebensende bei Patienten im Alter von mindestens 18 Jahren (Mehrfachnennung möglich)

	N	%
Gesamtheit der untersuchten Fälle	403	100
Symptomlinderung	299	86,7
Symptomlinderung mit möglicher Lebensverkürzung	123	35,5
Symptomlinderung mit beabsichtigter Lebensverkürzung	31	9,2
Gabe von Medikamenten, um Patienten kontinuierlich bis zu seinem Tode in tiefer Sedierung oder im Koma zu halten	105	30,8
Verzicht auf eine Behandlung	174	50,7
Verzicht auf eine Behandlung mit möglicher Lebensverkürzung	115	33,1
Verzicht auf eine Behandlung mit beabsichtigter Lebensverkürzung	69	19,9
Abbruch einer Behandlung	144	42,4
Abbruch einer Behandlung mit möglicher Lebensverkürzung	80	23,5
Abbruch auf eine Behandlung mit beabsichtigter Lebensverkürzung	51	15,0
Tötung*	2	0,6
Ärztlich assistierte Selbsttötung	1	0,3

* Nach Angabe der Befragten hatte der Patient „früher einen entsprechenden Wunsch geäußert“

Quelle: Schildmann J, Dahmen B, Vollmann J: Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende. DMW, DOI 10.1055/s-0034-1387410



Tabelle 1: In zwei Fällen haben befragte Ärzte ein Medikament mit der beabsichtigten Folge des Todeseintritts verabreicht.

ÄAS bereit waren ($p=0,001$; Odds ratio=2,476, Konfidenzintervall für OR [1,457; 4,209]). Dagegen waren Ärzte, die einer der Konfessionen katholisch, evangelisch oder islamisch zugehörten, signifikant seltener zur ÄAS bereit ($p=0,000$; Odds ratio=0,393, Konfidenzintervall für OR [0,246; 0,629]). Alter, Geschlecht, stationäre oder ambulante Tätigkeit sowie die Tatsache, ob die Befragten in den letzten zwölf Monaten einen sterbenden Patienten betreut hatten oder nicht, waren nicht signifikant mit der Bereitschaft zur ÄAS assoziiert. In Bezug auf die Zustimmung beziehungsweise Ablehnung eines berufsrechtlichen Verbotes der ÄAS war die persönliche Bereitschaft der Befragten zur ÄAS signifikant mit einer Ablehnung eines

berufsrechtlichen Verbotes assoziiert ($p=0,000$; Odds ratio 25,863, Konfidenzintervall für OR [12,193; 54,859]). Tabelle 2 fasst die Ergebnisse der statistischen Analyse von Faktoren, die mit der persönlichen Bewertung der ÄAS assoziiert sind, zusammen.

Limitationen der empirischen Untersuchung

Bei der Interpretation der Ergebnisse müssen zunächst die bekannten Limitationen schriftlicher Umfragen – wie die Selektion der Antwortenden, Verzerrungen bei der Erinnerung oder auch sozial erwünschte Antworten – berücksichtigt werden. Ein weiterer Selektionsbias ist in der Stichprobe der kooperierenden Landesärztekammern begründet. Trotz zweifacher Kooperationsanfragen in Verbindung mit ausführlichen Informationen zu Zielsetzung und der international erprobten Methodik sowie einem in Abstimmung mit einem renommierten Institut für Sozialforschung sorgfältig entwickelten Konzept zur Wahrung der Anonymität der Befragten, waren lediglich fünf Landesärztekammern bereit im Rahmen einer wissenschaftlichen Kooperation eine Zufallsstichprobe für die Untersuchung zu ziehen. Aus diesem Grund konnte leider die angestrebte bundesweite Untersuchung nicht durchgeführt werden.

Dies zeigt die strukturellen und forschungspraktischen Hindernisse, die bei der Durchführung eines Forschungsvorhabens zu einem ethisch innerhalb der Ärzteschaft kontrovers bewerteten Themas zu überwinden sind. Schließlich ist die Wiedergabe unterschiedlicher Aspekte der ärztlichen Handlungspraxis in Form von geschlossenen Fragen mit einer Verkürzung der oftmals komplexen Sachverhalte verbunden, die als Verzerrungsfaktor bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden.

Empirische Daten und ihr Beitrag zur aktuellen

Diskussion über professionelles Verhalten am Lebensende

Aus Ergebnissen empirischer Untersuchungen können nicht unmittelbar Aussagen über ein ethisch angemessenes, professionelles Verhalten abgeleitet werden. Dennoch sind die erhobenen Daten zur Handlungspraxis am Lebensende und zu den Bewertungen der Ärzte von Bedeutung für die aktuelle Diskussion über einen angemessenen standesethischen und (berufs-)rechtlichen Handlungsrahmen am Lebensende. Aufgrund der aktuellen kontroversen Debatte über die ÄAS in Deutschland fokussieren wir im Folgenden besonders auf ethische und empirische Aspekte dieser Praxis am Lebensende.

Logistische Regressionsanalyse hinsichtlich möglicher Einflussfaktoren für die Befürwortung beziehungsweise Ablehnung der ÄAS

	p-Wert	Odds-Ratio [Konfidenzintervall]
Ärzte, die bereits um ÄAS gebeten wurden, waren signifikant häufiger zur ÄAS bereit	0,001	2,476 [1,457;4,209]
Ärzte, die einer der Konfessionen katholisch, evangelisch oder islamisch zugehörten, waren signifikant seltener zur ÄAS bereit	0,000	0,393 [0,246;0,629]
In Bezug auf die Zustimmung beziehungsweise Ablehnung eines berufsrechtlichen Verbotes der ÄAS war die persönliche Bereitschaft der Befragten zur ÄAS signifikant mit einer Ablehnung eines berufsrechtlichen Verbotes assoziiert	0,000	25,863 [12,193;54,859]



Quelle: Schildmann J, Dahmen B, Vollmann J: Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende. DMW, DOI 10.1055/s-0034-1387410

Tabelle 2: Ärzte, die einer Konfession angehören, waren signifikant seltener zum ärztlich assistierten Suizid bereit.

Die Ergebnisse der Studie machen deutlich, dass die ÄAS selten ist. Die Zahlen zur Handlungspraxis am Lebensende decken sich mit Untersuchungsergebnissen aus internationalen Untersuchungen (van der Heide et al. 2003). Allerdings wurde immerhin jeder vierte Arzt bereits um Assistenz zur Selbsttötung von Patienten gebeten. Weiterhin belegen die erhobenen Daten, dass die ÄAS innerhalb der Ärzteschaft moralisch unterschiedlich bewertet wird. Allerdings zeigt die Untersuchung auch, dass ein berufsrechtliches Verbot der ÄAS nur von 25 Prozent befürwortet wird. Das von der Bundesärztekammer geforderte und sowohl vom Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (Nauck et al. 2014) als auch von den Lehrstuhlinhabern für Palliativmedizin unterstützte berufsrechtliche Verbot der ÄAS wird demnach nur von einer Minderheit der in unserer Studie befragten Ärzte unterstützt.

Die Untersuchungsergebnisse machen den Diskussionsbedarf unter Ärzten deutlich.

Diese Ergebnisse zu den Bewertungen innerhalb der Ärzteschaft schaffen Transparenz und korrigieren den bisweilen in Stellungnahmen von Ärztevertretern vermittelten Eindruck einer einheitlichen moralischen Ablehnung der Assistenz zur Selbsttötung seitens der Ärzteschaft. Die Diskrepanz zwischen den öffentlichen Stellungnahmen von Vertretern der Ärzteschaft und den Ergebnissen unserer Untersuchung spricht nach Einschätzung der Autoren für

einen Diskussionsbedarf innerhalb der Ärzteschaft. Vor diesem Hintergrund sollen im abschließenden Teil ausgewählte medizinethische Aspekte benannt werden, die nach Einschätzung der Autoren für die Diskussion über einen angemessenen standesethischen und berufsrechtlichen Handlungsrahmen von Bedeutung sind.

Standesethische und berufsrechtliche Rahmenbedingungen der ärztlich assistierten Selbsttötung

Für die unterschiedlichen moralischen Auffassungen bei der Beurteilung der ärztlich assistierten Selbsttötung lassen sich jeweils gute ethische Gründe anführen. Zur ethischen Rechtfertigung der ÄAS wird häufig die Forderung nach Respekt vor der Autonomie des Patienten mit dem Prinzip des Wohltuns (Benefizienz) kombiniert. Dieser Argumentation folgend wird die Assistenz zur Selbsttötung bei selbstbestimmungsfähigen Patienten mit besonders schwerwiegendem und nicht behandelbarem Leid als möglicher Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit gefasst.

Gegner der ÄAS berufen sich auf die Verpflichtung zum Schutz von Leben. In Bezug auf eine berufsrechtliche oder gesetzliche Regelung nach der die (ärztlich) assistierte Selbsttötung unter bestimmten Bedingungen rechtlich möglich wäre, wird befürchtet, dass dies das Vertrauen in die Arzt-Patient-Beziehung verringern könnte und sich Patienten unter Druck gesetzt fühlen könnten um ÄAS „zu bitten“. Die Würde des Menschen beziehungsweise Vorstellungen von einem würdigen Sterben werden sowohl

von Befürwortern als auch Gegnern der ärztlich assistierten Selbsttötung als Begründung für die jeweilige Position angeführt (Übersicht über ethische Argumentation u.a. in Battin M et al. 1998, Keown J 2002, Vollmann 2000, Schildmann und Vollmann 2006).

Die standesethische Positionierung sowie der rechtliche Handlungsrahmen am Lebensende werden seit 1979 in den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung zusammengefasst. Der Veröffentlichung der aktuell gültigen Fassung im Jahre 2011 ging neben einer von der Bundesärztekammer in Auftrag gegebene empirische Untersuchung (Bundesärztekammer 2010) auch eine intensive Diskussion über die standesethische Positionierung in Bezug auf die ärztlich assistierte Selbsttötung voraus. Die in den aktuellen Grundsätzen geprägte Formulierung: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe“, verdeutlicht, dass die ärztliche Assistenz bei der Selbsttötung kein professionelles Angebot sein soll, das gleichberechtigt neben Maßnahmen der Symptomlinderung und anderen Formen der Hilfe beim Sterben steht. Gleichzeitig werden „die verschiedenen und differenzierten individuellen Moralvorstellungen von Ärzten in einer pluralistischen Gesellschaft anerkannt [...]“ (Bundesärztekammer 2011). Mit Blick auf die Funktion der Grundsätze heißt es im Vorwort weiterhin „Diese Grundsätze sollen Ärztinnen und Ärzten eine Orientierung bei der Begleitung von Sterbenden geben, auch wenn sie die eigene Verantwortung in der konkreten Situation nicht abnehmen können“ (Bundesärztekammer 2011).

Angesichts der schwierigen Einzelfallsituationen und auch mit Blick auf die im Verlauf der letzten Jahrzehnte erkennbaren Unterschiede in der Rechtsprechung zur ÄAS (Übersicht Koranyi und Verrel 2013) wurde von verschiedenen Seiten die Forderung erhoben, durch eine berufsrechtliche Regelungen Rechtssicherheit zu schaffen. Wenige Monate nach in Kraft treten der Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung wurde entsprechend des Vorschlages des Vorstandes der Bundesärztekammer ein berufsrechtliches Verbot zur ärztlichen Sterbebegleitung als Teil der Musterberufsordnung vom Deutschen Ärztetag 2011 mehrheitlich verabschiedet. Ein solches generelles Verbot der ÄAS ist allerdings angesichts der auch in unserer empirischen Studie dokumentierten und ethisch jeweils gut begründeten, unterschiedlichen moralischen Positionen innerhalb der Ärzteschaft zu kritisieren. Persönliche Gewissensentscheidungen in einem vertrauensvollen Arzt-Patient-Verhältnis

sind angesichts der möglichen berufsrechtlichen Konsequenzen schwierig umzusetzen (Deutscher Ethikrat 2014).

Darüber hinaus zeigen die uneinheitlichen berufsrechtlichen Regelungen der Landesärztekammern und die geringe Unterstützung eines generellen Verbotes ein Akzeptanzproblem eines generellen berufsrechtlichen Verbotes innerhalb der Ärzteschaft. Die in den vergangenen Monaten eingebrachten Vorschläge zur gesetzlichen Regelung der ÄAS müssen aus medizinethischer Perspektive allerdings ebenfalls kritisch beurteilt werden. Mit Regelungsvorschlägen, nach denen die ärztlich assistierte Selbsttötung für ausgewählte Situationen strafrechtlich möglich sein soll, ist insbesondere das Problem einer normativ überzeugenden Begründung für den Ein- beziehungsweise Ausschlusskriterien verbunden. Daher muss kritisch gefragt werden, wie die notwendigerweise rechtlich allgemein festgelegten Kriterien den relativ wenigen und heterogenen Fällen der ärztlich assistierten Selbsttötung in der Praxis angemessen Rechnung tragen können. Ausgehend von der bereits differenzierten Bewertung ärztlichen Handelns am Lebensende in den standesethischen Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung 2011 sollte nach Einschätzung der Autoren daher geprüft werden, ob eine Festlegung von prozeduralen Kriterien bei Anfragen von Patienten nach ÄAS in der Praxis nicht besser geeignet sind, im Einzelfall ethisch angemessen zu entscheiden und Missbrauch zu vermeiden.

So könnten in den standesethischen Grundsätzen beispielsweise festgelegt werden, dass in solchen Situationen im Rahmen eines Konsultationsverfahrens mit einem palliativmedizinisch kompetenten Arzt bzw. mit einem palliativmedizinischen Zentrum zunächst die Hintergründe für den Wunsch nach Selbsttötung exploriert werden. Die Qualität der aktuellen medizinischen Versorgung sowie die Prüfung der Selbstbestimmungsfähigkeit und möglichen Einschränkungen zum Beispiel durch psychische Begleiterkrankungen sollten ebenfalls kritisch überprüft werden. Während Details eines solchen Verfahrens an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden können, erscheint nach Einschätzung der Autoren der kollegiale Austausch über die vergleichsweise seltenen und fachlich wie auch moralisch herausfordernden Situationen wichtig für eine professionell angemessene Handlungspraxis am Lebensende.

Die vorstehenden Ausführungen zu medizinischen Aspekten eines professionellen Handlungsrahmens sind als Anregung für den ausstehenden ärztlichen Diskurs über

einen professionellen Handlungsrahmen für die assistierte Selbsttötung gedacht. Dieser ärztliche Diskurs ist zum einen notwendig, weil medizinisches Fachwissen und klinische Erfahrungen wichtige Voraussetzungen für einen empirisch fundierten normativen Handlungsrahmen sind. Zum anderen ist dieser Diskurs aber auch aus professionsethischer Perspektive wichtig. Die Ärzteschaft als Profession und den damit verbundenen Privilegien muss zeigen, dass sie auch bei kontroversen moralischen Positionen in der Lage ist sich über professionsethische Handlungsspielräume zu verständigen.

Die empirischen Daten zur Handlungspraxis am Lebensende sowie Teile diese Artikels wurden in folgender Originalarbeit veröffentlicht: Schildmann J, Dahmen B, Vollmann J: Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende. Ergebnisse einer Querschnittsumfrage unter Ärzten in Deutschland. Deutsche Medizinische Wochenschrift. DOI 10.1055/s-0034-1387410

Literatur bei den Autoren

E-Mail-Kontakte: Jan.Schildmann@rub.de
Jochen.Vollmann@rub.de

PD DR. MED. JAN SCHILDMANN, M.A



Jan Schildmann hat nach Abschluss seines Studiums der Humanmedizin einen Studiengang in Medical Law & Ethics am King's College London absolviert. 2002-2010 war er als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Bereich Medizinethik und als Arzt tätig. Seit 2011 ist er Facharzt für Innere Medizin. Er ist Akademischer Rat a. Z. am Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum. Seine Arbeitsschwerpunkte umfassen ethische Fragestellungen am Lebensende, methodologische Aspekte des Verhältnisses von Norm und Empirie in der Medizinethik sowie die Evaluation klinisch-ethischer Unterstützungsangebote.



PROF. DR. MED. DR. PHIL. JOCHEN VOLLMANN



Jochen Vollmann ist Direktor des Instituts für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin der Ruhr-Universität Bochum. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Zahlreiche akademische Preise und internationale Gastprofessuren. Forschungsschwerpunkte: Ethische Probleme in der Psychiatrie, Aufklärung und Einwilligung, Professionsethik, ethische Fragen am Lebensende, klinische Ethikberatung.



Sterbehilfe – Streit um eine gesetzliche Neuregelung

Ergebnisse einer repräsentativen Befragung zur Sterbehilfe: Geringes Wissen in der Bevölkerung

EVA WALZIK, LEITERIN DES POLITISCHEN BÜROS DER DAK-GESUNDHEIT, BERLIN



Den Ergebnissen einer repräsentativen Befragung zur Folge möchten 70 Prozent der Bürger in Deutschland bei einer schweren Erkrankung auf Möglichkeiten der aktiven Sterbehilfe zurückgreifen können. 22 Prozent der Befragten lehnen dies für sich ab. Vermutlich würde der Ruf nach aktiver Sterbehilfe leiser, wenn in der Bevölkerung bekannter wäre, was gute Schmerztherapie, palliativmedizinische Versorgung und psychosoziale Betreuung leisten können. Vor diesem Hintergrund wäre eine breite Debatte über die letzte Lebensphase wünschenswert, die zu einer Enttabuisierung des menschlichen Sterbens und damit auch zu einem erweiterten Menschenverständnis führen könnte.

1. Hintergrund der Umfrage

In der vergangenen Legislaturperiode scheiterte die damalige Justizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger (FDP) mit dem Vorhaben, die gewerbsmäßige Vermittlung zur Selbsttötung unter Strafe zu stellen. Union und FDP wurden sich nicht einig. Nach dem Regierungswechsel griffen CDU/CSU und SPD das Thema Ende 2013 mit der folgenden kurzen Passage im Koalitionsvertrag der 18. Legislaturperiode erneut auf:

„Zu einer humanen Gesellschaft gehört das Sterben in Würde. Wir wollen die Hospize weiter unterstützen und die Versorgung mit Palliativmedizin ausbauen.“

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe gab schließlich den Startschuss zur öffentlichen Debatte, als er am 6. Januar 2014 in der Presse ankündigte, die Sterbehilfe in Deutschland gesetzlich neu regeln zu wollen.

Um zu erfahren, wie die Bevölkerung zu diesem Thema steht, beauftragte die DAK-Gesundheit im Januar 2014 die Forsa Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH (kurz forsa) mit einer repräsentativen Umfrage. So wurden am 13. und 14. Januar 2014 deutschlandweit insgesamt 1005 Personen nach ihren Einstellungen zur Sterbehilfe befragt.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Umfrage, die auf ein breites Presseecho stießen, dargestellt und erläutert. Doch zunächst wird das methodische Vorgehen vorgestellt, das dem sogenannten Feldbericht von forsa zu entnehmen ist, der mit den Befragungsergebnissen der DAK-Gesundheit zur Verfügung gestellt wurde.

2. Zur Methodik und technischen Durchführung der forsa-Umfrage

Die Grundgesamtheit der Untersuchung im Auftrag der DAK-Gesundheit umfasst alle in Deutschland in Privathaushalten lebenden deutschsprachigen Personen ab 14 Jahre. Zur Auswahlgesamtheit zählen alle Personen der Grundgesamtheit mit Festnetzanschluss im Haushalt.

Die Auswahl der Befragten erfolgt bei den forsa-Umfragen durch eine mehrstufige Zufallsstichprobe auf Basis des sogenannten ADM-Telefonstichproben-Systems. Die Arbeitsgemeinschaft deutscher Meinungsforschungsinstitute (ADM) entwickelte dieses Auswahlverfahren, weil es in Deutschland weder ein allgemein zugängliches amtliches Verzeichnis aller Privathaushalte oder Personen noch ein vollständiges Verzeichnis aller privat genutzten Telefonschlüsse gibt. Das Verfahren der ADM ermöglicht es, repräsentative Stichproben der telefonisch erreichbaren Privathaushalte und der darin wohnenden Personen zu erstellen. Mittels dieses Verfahrens werden zufällig Festnetznummern generiert.

In den so ausgewählten Haushalten wird in der letzten Auswahlstufe die zu befragende Person mit Hilfe der so genannten Geburtstagsmethode ermittelt. Dabei fragt der Interviewer nach derjenigen Person im Haushalt, die zuletzt Geburtstag hatte. Kann die so ausgewählte Zielperson nicht sofort interviewt werden, wird ein Termin vereinbart. Eine Befragung von Ersatzpersonen des ausgewählten Haushaltes ist nicht zulässig, da dies gegen das Prinzip einer reinen Zufallsauswahl verstoßen würde. Kann die Zielperson nicht befragt werden, fällt der Haushalt als Erhebungseinheit ganz aus.

Die Befragungen erfolgen mittels computergestützter Telefoninterviews (CATI) im Rahmen der täglichen bevölkerungsrepräsentativen telefonischen Mehrthemenumfrage von forsa. Grundsätzlich werden dabei die Interviews in eigenen zentralen Einrichtungen durchgeführt. Für telefonische Interviews stehen forsa in Berlin, Dortmund und Frankfurt insgesamt 1200 geschulte Interviewer und über 330 CATI-Arbeitsplätze zur Verfügung.

Fragefolge, Antwortüberprüfung und Filteranordnung werden durch den Computer gesteuert. Damit werden Fehler vermieden, die mit dem Überlesen oder Überschlagen oder mit falschem Protokollieren von Antworten verbunden wären. Die Verwaltung von Terminen, die mit den zu befragenden Personen in den Haushalten verein-

bart werden müssen, wird automatisch vom Computer übernommen. Zur vorgeschriebenen Zeit werden diese Termine vom Computer einem frei verfügbaren Interviewer zugewiesen. Die Steuerung erneut anzurufender Haushalte erfolgt ebenfalls mit Hilfe des Computers. Es werden über zehn Kontaktversuche unternommen, um den ausgewählten Haushalt bzw. die ausgewählte Befragungsperson zu erreichen.

Nicht mit allen der ausgewählten Personen kommt ein Interview zustande. Solche ausfallbedingten Strukturverzerrungen der Stichprobe werden durch nachträgliche Gewichtung ausgeglichen. Die Gewichtung der Stichprobenergebnisse nach Region, Alter und Geschlecht erfolgt dabei auf Grundlage der amtlichen Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Bundesamtes. Bei der beschriebenen Vorgehensweise von forsa gibt es keine abgeschlossene Bruttostichprobe. Grundlage ist ein durchlaufendes Sample, bei dem „abgearbeitete“ Nummern kontinuierlich durch „neue“ Nummern ersetzt werden. Die Ausschöpfung und damit die Qualität der Stichprobe werden durch einen vorher definierten systematischen Anrufplan optimiert.

3. Die Ergebnisse der forsa-Befragung für die DAK-Gesundheit vom Januar 2014

Im Rahmen des Auftrags der DAK-Gesundheit wurden den Befragten vier Fragen zum Thema Sterbehilfe gestellt. Durch Verknüpfung der Antworten mit den soziodemographischen Daten der Befragten zeigen sich folgende Ergebnisse, die forsa in einem Ergebnispapier vom 15. Januar 2014 der DAK-Gesundheit zur Verfügung stellte. Die betreffenden Fragen sind jeweils wörtlich vorangestellt.

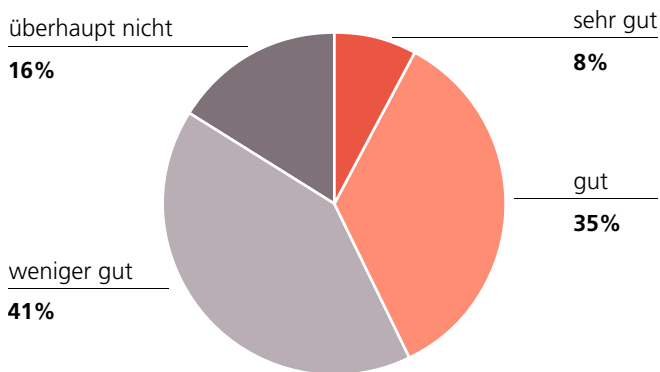
3.1 Informiertheit über das Thema Sterbehilfe

Frage 1: „Das Thema Sterbehilfe ist sehr komplex und vielschichtig. Was würden Sie sagen, wie gut sind Sie über die derzeit geltenden Regelungen bei der Sterbehilfe informiert: sehr gut, gut, weniger gut oder überhaupt nicht?“

Acht Prozent der Befragten fühlen sich sehr gut und 35 Prozent gut über die geltenden Regelungen bei der Sterbehilfe informiert. 41 Prozent stufen sich als weniger gut informiert ein. 16 Prozent geben an, darüber überhaupt nicht informiert zu sein. Befragte ab 45 Jahren und formal höher Gebildete fühlen sich alles in allem etwas häufiger gut oder sehr gut über dieses Thema informiert als Jüngere bzw. Befragte mit mittlerer oder geringerer Bildung.

Informiert über Sterbehilfe - Selbsteinschätzung

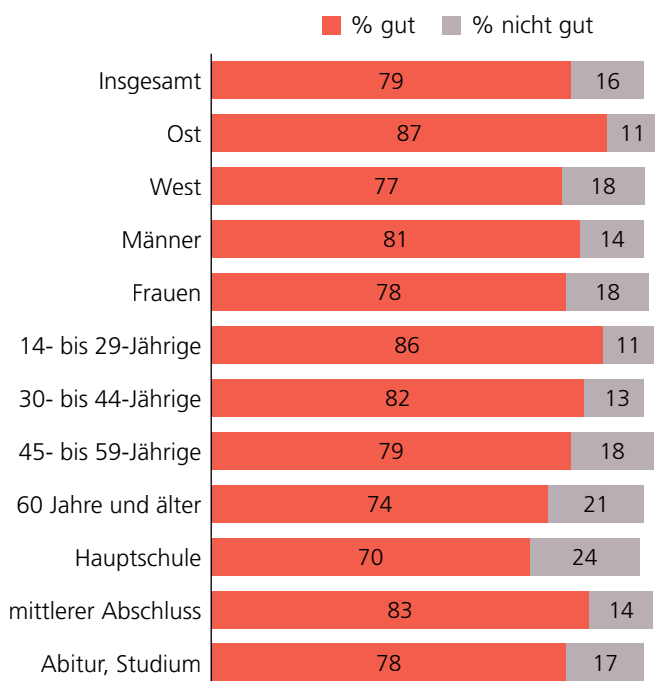
Das Thema Sterbehilfe ist sehr komplex- und vielschichtig. Was würden Sie sagen, wie gut sind Sie über die derzeit geltenden Regelungen bei der Sterbehilfe informiert: sehr gut, gut, weniger gut oder überhaupt nicht?



Quelle: DAK-Gesundheit, Eva Walzik

Lediglich acht Prozent der Befragten schätzen sich als sehr gut informiert beim Thema Sterbehilfe ein. Deutlich mehr als die Hälfte der Bürger bezeichnet ihren Kenntnisstand als unzureichend oder sogar schlecht.

Gesetzliche Regelung



Quelle: DAK-Gesundheit, Eva Walzik

Dass der Deutsche Bundestag sich mit dem Thema Sterbehilfe beschäftigt, findet die Zustimmung von mehr drei Viertel der Befragten. Dabei fällt die Zustimmung in den neuen Bundesländern um nochmals zehn Prozentpunkte höher aus als im Westen.

Demnach fühlt sich die Mehrheit der Befragten (57 Prozent) weniger gut oder überhaupt nicht über die geltenden Regelungen der Sterbehilfe informiert. Sehr gut im Bilde sehen sich nur acht Prozent. Vermutlich sieht es in der Realität noch schlechter aus, da sich die Befragten wahrscheinlich besser informiert einschätzen als sie es tatsächlich sind. Diese Tendenz zur sozialen Erwünschtheit ist in vielen Interviews zu beobachten und wird meist als eine verbreitete, mehr oder minder unabsichtliche Neigung zu einer positiven Selbstdarstellung gedeutet.

Dass die Menschen auch allgemein über die letzte Lebensphase relativ wenig Bescheid wissen, zeigen zum Beispiel die Ergebnisse einer Online-Befragung mit 1000 Teilnehmern, die im Juni 2014 von der Schwenninger Krankenkasse in Auftrag gegeben wurde. Nach dieser Bevölkerungsumfrage fühlen sich mehr als die Hälfte (54 Prozent) über „Betreuungs- und Versorgungsangebote in der letzten Lebensphase“ weniger gut und gar nicht informiert. Summa summarum scheint es noch erheblichen Aufklärungsbedarf bei den Themen rund um die letzte Lebensphase und das Sterben zu geben.

3.2 Gesetzliche Regelung

Frage 2: „In Deutschland gibt es bislang kein spezielles Gesetz, das ein Sterben durch Sterbehilfe bei unheilbaren Krankheiten regelt. Finden Sie es gut, wenn der Deutsche Bundestag sich dieses Themas annimmt und eine gesetzliche Regelung dazu trifft oder finden Sie das nicht gut?“

Die meisten der Befragten (79 Prozent) finden es gut, dass der Deutsche Bundestag sich des Themas Sterbehilfe annimmt und eine gesetzliche Regelung dazu trifft. 16 Prozent – tendenziell eher die Älteren und die formal weniger Gebildeten – finden das nicht gut. Die Zustimmung ist in der Altersgruppe der 14- bis 29-Jährigen mit 86 Prozent deutlich größer als bei den über 60-Jährigen (74 Prozent).

Der breite Ruf nach dem Gesetzgeber – fast 80 Prozent wollen, dass der Bundestag das Thema Sterbehilfe aufgreift und eine gesetzliche Regelung herbeiführt, – könnte ein Ausdruck davon sein, dass sich die Menschen wenig informiert und damit unsicher fühlen.

3.3 Möglichkeit einer aktiven Sterbehilfe

Frage 3: „Einmal unabhängig von der grundsätzlichen Diskussion um die Sterbehilfe. Möchten Sie selbst im Falle schwerster Krankheit die Möglichkeit haben, auf aktive Sterbehilfe, also beispielsweise ärztliche Hilfe beim Suizid,

zurückzugreifen oder lehnen Sie diese Möglichkeit für sich persönlich ab?“

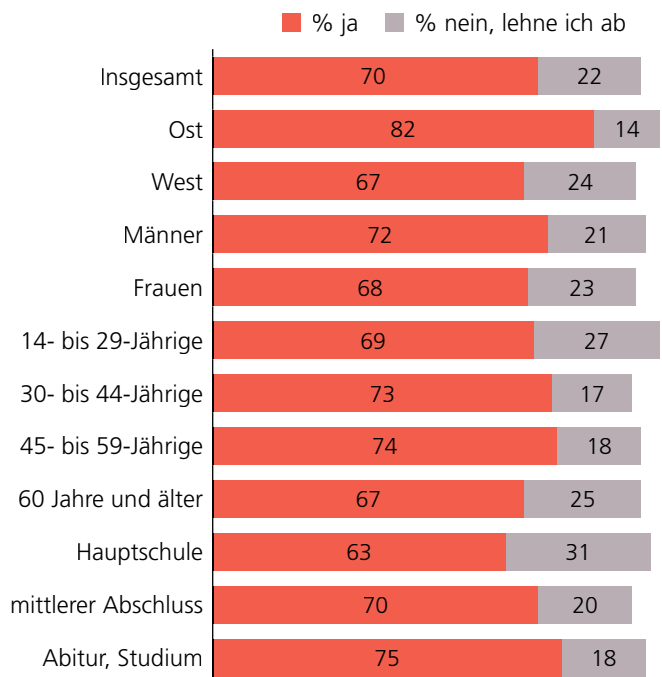
70 Prozent der Befragten möchten im Falle schwerster Krankheit die Möglichkeit haben, auf aktive Sterbehilfe zurückzugreifen. Ostdeutsche geben dies noch etwas häufiger als Westdeutsche an. 22 Prozent lehnen diese Möglichkeit für sich ab. Befragte mit Hauptschulabschluss geben etwas häufiger als die übrigen Befragten an, dass sie die Möglichkeit der aktiven Sterbehilfe für sich persönlich ablehnen.

Die Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe geht quer durch alle Bevölkerungsschichten und ist weitgehend unabhängig von Geschlecht, Alter und Bildung. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Frage nicht auf die Anwendung der Sterbehilfe im konkreten Fall abzielt, sondern auf die Möglichkeit sie gegebenenfalls in Anspruch nehmen zu können. Dass fast drei Viertel der Befragten (70 Prozent) diese Möglichkeit im Falle schwerster Krankheit haben wollen, kann auch ein Ausdruck davon sein, dass man wenig über die letzte Lebensphase weiß und sich daher alle Optionen offen halten möchte.

Eine ähnliche Frage wird auch in der bereits erwähnten Umfrage der Schwenninger Krankenkasse gestellt. 70 Prozent der Befragten antworteten positiv auf die Frage „Ich kann mir vorstellen, bei einer schweren Erkrankung aktive Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen. Das heißt die gezielte Herbeiführung meines Todes durch einen Dritten – beispielsweise einen Arzt“. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass die Hälfte von ihnen (35 Prozent) der Aussage nur bedingt zustimmt, also bereits eine Relativierung erfolgt.

Dieser Befund – großer Wunsch nach Möglichkeiten aktiver Sterbehilfe – deckt sich auch mit den Ergebnissen weiterer Befragungen, in denen es nicht um die konkrete persönliche Bereitschaft geht, Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen, sondern allgemein um die Zulassung bzw. des Verbots der aktiven Sterbehilfe in Deutschland. Anfang September 2014 befragte das IfD – Institut Allensbach 1530 Personen zum gleichen Thema und veröffentlichte die Ergebnisse im sogenannten Allensbacher Kurzbericht vom 6. Oktober 2014. Demnach steht die deutliche Mehrheit der Bevölkerung der Forderung, unheilbar schwerstkranken Menschen auf deren Wunsch hin aktiv Sterbehilfe zu gewähren, positiv gegenüber. 67 Prozent sprechen sich dafür aus, aktive Sterbehilfe in Deutschland zu erlauben.

Möglichkeit der aktiven Sterbehilfe



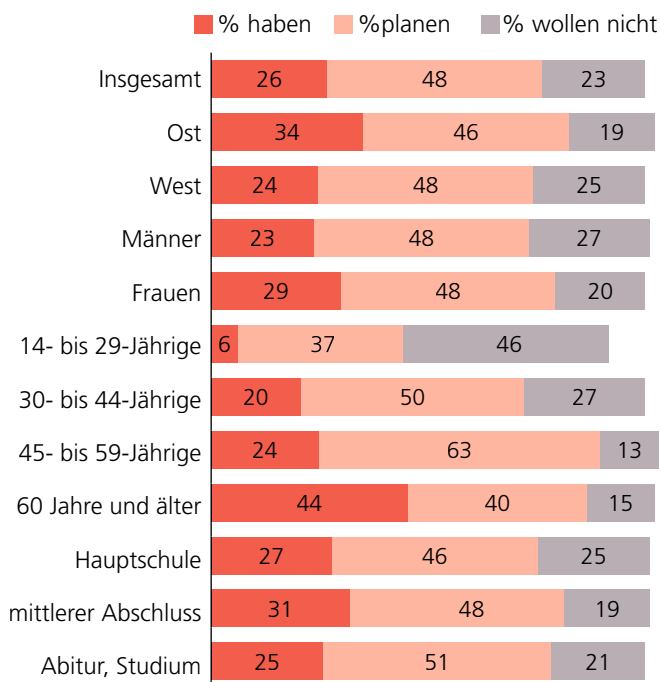
Quelle: DAK-Gesundheit, Eva Walzik

Die Zustimmung zur Möglichkeit der aktiven Sterbehilfe liegt im Bundesdurchschnitt bei 70 Prozent. Im Osten ist sie um 15 Punkte höher als im Westen. Die höchste Zustimmungsrates findet sich in der Gruppe der 45- bis 59-Jährigen, nicht aber bei denjenigen, die 60 Jahre oder älter sind.

Im Jahre 2008 waren es – laut Allensbach – 58 Prozent der Befragten, die die Möglichkeit der aktiven Sterbehilfe bejahten. Damit scheint die Akzeptanz für die aktive Sterbehilfe in den letzten Jahren gestiegen zu sein.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt eine Befragung von 1014 Personen des Markt- und Meinungsforschungsinstituts YouGov im Auftrag von ZEIT Online vom Januar 2014, und zwar trotz einer anders gerichteten (zu verneinenden) Fragestellung. Die Frage „In Deutschland ist es aktuell verboten, aktive Sterbehilfe zu leisten, d. h. jemand auf dessen Verlangen hin zu töten. Sind Sie der Meinung, dass das so bleiben soll?“ beantworten zwei Drittel der Befragten (66 Prozent) mit „nein“ und sprechen sich damit für eine Legalisierung der Sterbehilfe aus. 21 Prozent der Befragten wollen, dass die aktive Sterbehilfe verboten bleibt und 12 Prozent antworteten mit „weiß nicht“. Die hohe Ablehnung des Status quo (66 Prozent) ist bemerkenswert, da in Interviews eine sogenannte Ja-Sage-Ten-

Patientenverfügung



Quelle: DAK-Gesundheit, Eva Walzik



Bei der Verbreitung von Patientenverfügungen zeigen sich in der Bevölkerung signifikante Unterschiede: Anteilig deutlich mehr Menschen im Osten haben ein solches Dokument als im Westen. Überdurchschnittlich viele über 60-Jährige haben zudem eine Verfügung.

denz zu beobachten ist, also die Neigung der Menschen, Fragen eher mit „ja“, „stimmt“ oder „richtig“ zu beantworten, und zwar unabhängig vom Inhalt der Frage.

3.4 Patientenverfügung

Frage 4: „In Deutschland gibt es eine sogenannte „Patientenverfügung“. Darin werden Wertvorstellungen und Behandlungswünsche zum Ausdruck gebracht für den Fall, dass der Betroffene – vorübergehend oder dauerhaft – nicht mehr in der Lage ist, bezüglich einer medizinischen Behandlung seine Zustimmung oder Ablehnung direkt kundzutun. Haben Sie eine solche Patientenverfügung, planen Sie eine solche zu verfassen oder haben Sie das nicht vor?“

26 Prozent der Befragten geben an, dass sie eine Patientenverfügung haben. 48 Prozent planen, eine solche zu verfassen. 23 Prozent möchten keine Patientenverfügung. Ostdeutsche haben häufiger als Westdeutsche eine Patientenverfügung. Deutliche Unterschiede zeigen sich

in Abhängigkeit vom Alter der Befragten. Während unter 30-Jährige nur selten eine solche Verfügung besitzen, liegt der Anteil bei den Befragten im mittleren Alter bereits zwischen einem Fünftel und einem Viertel. Von den Befragten ab 60 Jahren gibt schließlich fast jeder Zweite (44 Prozent) an, eine Patientenverfügung zu haben.

Etwas mehr als ein Viertel (26 Prozent) aller Befragten haben mit einer Patientenverfügung bereits eine wichtige Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Lebensende geschaffen. Dass allerdings fast die Hälfte der Befragten angibt, eine Patientenverfügung zu planen, bedeutet nicht, dass sie in Kürze eine erstellen werden. Vielmehr ist zu vermuten, dass hier die sozial erwünschte Antwort gegeben wurde. Zudem fällt auf, dass der Besitz einer Patientenverfügung (26 Prozent) nicht mit dem Wunsch nach der Möglichkeit zur aktiven Sterbehilfe (70 Prozent) korreliert. Diese Diskrepanz kann ein Indiz dafür sein, dass man das Thema Sterbehilfe zwar für wichtig und regelungsbedürftig hält, aber es selbst (noch) nicht an sich heranlässt.

4. Fazit der Befragung zum Thema Sterbehilfe

Die im Auftrag der DAK-Gesundheit erfolgte forsa-Umfrage zeigt, dass es beim Thema Sterbehilfe einen hohen Aufklärungsbedarf in der Bevölkerung gibt. Dies wird auch durch andere Umfragen bestätigt. So meinen 82 Prozent der im Auftrag der Schwenninger Krankenkasse Befragten, dass das Thema „letzte Lebensphase“ „viel mehr Beachtung in der Gesellschaft“ finden sollte.

Die Menschen in Deutschland scheinen eine gesellschaftliche Diskussion über die letzte Lebensphase und das Sterben zu wünschen. Aus der hohen Zustimmung zur gesellschaftlichen Diskussion des Themas lässt sich auch auf die in den Umfragen deutlich werdende persönliche Unsicherheit und unzureichende Informiertheit der Befragten schließen. Die Menschen erhoffen und erwarten von der gesellschaftlichen Auseinandersetzung mehr Klarheit über das Thema.

Darüber hinaus zeigt die Befragung der DAK-Gesundheit, dass mehr als zwei Drittel der Menschen in Deutschland aktive Sterbehilfe befürworten. 70 Prozent der Befragten möchten bei einer schweren Erkrankung die Möglichkeit haben, etwa auf ärztliche Hilfe bei der Selbsttötung zurückzugreifen. 22 Prozent der Befragten lehnen dies für sich ab. Dieses Ergebnis, das auch durch andere Befragungen bestätigt wird, ist allerdings vorsich-

tig zu interpretieren. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die Antworten gesunder Menschen zur letzten Lebensphase in der Regel nicht selbsterlebten Erfahrungen entstammen, sondern dem Erleben einer solchen Phase bei anderen Menschen oder Berichten darüber entspringen. So wird als Motiv für aktive Sterbehilfe häufig das Schreckensszenario eines schmerzgequälten Patienten in der Endphase einer Erkrankung genannt. Zudem zeigen die Befragungen, dass das Wissen in der Bevölkerung nicht nur über Sterbehilfe, sondern auch über Palliativmedizin und Hospizbetreuung verhältnismäßig gering ist.

So ist es für viele Menschen derzeit auch schwierig, bereits frühzeitig selbstbestimmt zu handeln und mit einer Patientenverfügung zu erklären, wie weit sie in der letzten Phase ihres Lebens gehen wollen und welche lebensverlängernden Maßnahmen sie wünschen bzw. ablehnen. Vermutlich wird der Ruf nach aktiver Sterbehilfe leiser, wenn in der Bevölkerung bekannter wird, was gute Schmerztherapie, palliativmedizinische Versorgung und psychosoziale Betreuung leisten können.

Dann würde vielleicht deutlich, dass es trotz starker Einschränkungen und krankheitsbedingten Behinderungen auch bei einer unheilbaren Erkrankung Lebensqualität geben kann. Palliativmedizin und Hospizbetreuung – im Sinne einer menschlichen und an den Werten des Patienten orientierten Sterbebegleitung – können zur Alternative von aktiver Sterbehilfe werden. Schließlich entsteht der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe häufig nicht aufgrund unbezwingbarer Symptome, sondern aufgrund von Hoffnungslosigkeit und Sinnverlust.

So gesehen kann der in den Umfragen zum Ausdruck kommende Wunsch der Bevölkerung nach rechtlichen Möglichkeiten der aktiven Sterbehilfe auch als ein Hilferuf gegenüber dem vermeintlich unerträglich erscheinenden Leid am Lebensende verstanden werden. Der gegenwärtige Ruf der Bevölkerung nach aktiver Sterbehilfe sollte daher nicht unreflektiert in neuen gesetzlichen Regelungen münden. Wünschenswert wäre vielmehr eine breite Debatte über die letzte Lebensphase, die zu einer Enttabuisierung des menschlichen Sterbens und damit auch zu einem erweiterten Menschenverständnis führen könnte.

E-Mail-Kontakt: Eva.Walzik@dak.de

EVA WALZIK



Eva Walzik leitet seit 2008 das politische Büro der DAK-Gesundheit in Berlin. 1989 beendete sie ihr Studium an der Universität zu Köln als Diplom-Volkswirtin. Im gleichen Jahr startete Walzik ihre berufliche Tätigkeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Später leitete sie die Geschäftsstelle des Rates in Bonn. 1992 wechselte Walzik zu den Verbänden der Ersatzkassen (VdAK/ AEV) nach Siegburg, war dort stellvertretende Leiterin der Abteilung Verbandspolitik, Marktsicherung und Öffentlichkeitsarbeit und von 1999 bis 2008 Leiterin der Außenstelle der Ersatzkassenverbände in Berlin.

Sterbehilfe – Streit um eine gesetzliche Neuregelung

Die Behandlung von Krebspatienten am Lebensende – wann kann weniger mehr sein?

PROF. DR. MED. WOLF-DIETER LUDWIG, VORSITZENDER DER ARZNEIMITTELKOMMISSION DER DEUTSCHEN ÄRZTESCHAFT; CHEFARZT DER KLINIK FÜR HÄMATOLOGIE, ONKOLOGIE UND TUMORIMMUNOLOGIE IM HELIOS KLINIKUM BERLIN-BUCH



Trotz unbestreitbarer Fortschritte in der Behandlung von Krebspatienten in der letzten Lebensphase gibt es weiterhin viele Defizite in der Versorgung. In Studien sind die relevanten Indikatoren für eine schlechte Betreuungsqualität wiederholt beschrieben worden. Gegenstand zahlreicher Untersuchungen ist auch gewesen, welche Informationen sich Patienten mit unheilbaren Krebserkrankungen und ihre Angehörigen in der Kommunikation mit Ärzten und Pflegekräften wünschen. Ergebnisse dieser Untersuchungen unterstreichen die Bedeutung intensiver Gespräche, damit gut informierte Patienten frühzeitig die Prognose der Krebserkrankung richtig einschätzen und ihre Wünsche für die letzte Lebensphase äußern können. Auch ist durch empirische Untersuchungen deutlich geworden, dass Krebspatienten viel zu oft bis wenige Wochen vor ihrem Tod zytostatisch behandelt werden. Insoweit bedarf es noch großer Anstrengungen, um diesen Patienten so lange wie möglich die größtmögliche Lebensqualität zu erhalten, unnötige Maßnahmen zu ersparen und eine „Medikalisierung“ des Sterbens zu verhindern. Dabei sollen auch die mitunter falschen finanziellen Anreize im Gesundheitssystem, die diesem Ziel entgegenstehen, offen diskutiert und beseitigt werden.

„Sterben und Tod gehören zu den unabänderlichen Attributen unseres Lebens. Sie sind Teil unseres Menschseins und unser Leben besteht in der fortwährenden Herausforderung, unser Sterben zu gestalten“.
(Montaigne, M.: Die Essais)

Einleitung

Ein wegweisender, auch heute noch lesenswerter Bericht des Institute of Medicine mit dem Titel: „Approaching Death – Improving Care at the End of Life“ hat sich im Jahr 1997 mit der interdisziplinären Versorgung und Begleitung von Patienten in der letzten Lebensphase beschäftigt und zahlreiche Defizite in der ärztlichen, pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Betreuung am Lebensende aufgezeigt. Hierzu zählen:

- Zu viele Menschen leiden am Ende ihres Lebens unnötigerweise unter Fehlern, die aus der Unterlassung oder der Durchführung von Maßnahmen resultieren – beispielsweise, wenn Ärzte oder Pflegekräfte wirksame palliativmedizinische Maßnahmen nicht ausführen oder Ärzte Therapien ohne gesicherten Nutzen, möglicherweise aber mit schwerwiegenden Nebenwirkungen, verabreichen.
- Gesetzliche, organisatorische und ökonomische Hindernisse tragen dazu bei, dass eine nachgewiesenermaßen optimale Pflege am Lebensende unterbleibt.
- Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten und anderen an der Betreuung von Patienten am Lebensende beteiligten Gesundheitsberufen sind nicht ausreichend, um das erforderliche Fachwissen, notwendige

Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie Einstellungen zu vermitteln, die für eine Betreuung von Patienten am Lebensende erforderlich sind.

- Ungenügende Kenntnisse und fehlendes Verständnis der Probleme bei der Betreuung von Patienten am Lebensende verhindern, dass Prinzipien der evidenzbasierten Medizin in die Praxis umgesetzt werden.

Der Bericht des Institute of Medicine gab sieben konkrete Empfehlungen. Sie richteten sich vor allem an die für Gesundheitspolitik Verantwortlichen, Ärzte und Pflegekräfte und beinhalteten verschiedene Maßnahmen, um diese Defizite zu beseitigen. Hierzu zählten unter anderem die Förderung der Palliativmedizin als eigene medizinische Fachdisziplin, eine kompetente palliativmedizinische Versorgung durch interdisziplinäre Teams und eine intensive öffentliche Auseinandersetzung mit den vielschichtigen Fragestellungen zum Thema Lebensende, insbesondere auch zum existenziellen Thema Sterben und Tod.

Auch der von der American Society of Clinical Oncology (ASCO) 1998 publizierte Artikel „Cancer Care During the Last Phase of Life“ erwähnte – neben der angemessenen Behandlung der Krebserkrankung am Lebensende – ausdrücklich die vertrauensvolle, sensible und empathische Kommunikation mit dem Patienten sowie die Wichtigkeit der Palliativversorgung, um die bestmögliche Lebensqualität von Patienten und ihren Angehörigen angesichts lebensbedrohlicher, unheilbarer Erkrankungen herzustellen oder aufrechtzuerhalten. In einem Anhang dieses Artikels wurden acht Faktoren genannt, die aus medizinischer und ethischer Sicht wesentlich sind für eine qualifizierte und umfassende Betreuung von Krebspatienten am Lebensende. Dabei wurde besonderer Wert auf die Gespräche mit dem Patienten in seiner letzten Lebensphase gelegt, in denen ihm vermittelt werden sollte, dass man seine Vorstellungen, Wünsche und Werte respektiert und ihm ein Sterben in Würde ermöglicht.

Retrospektive oder prospektive Analyse

Zahlreiche Untersuchungen haben sich seit Erscheinen der Berichte des IOM und der ASCO mit der medizinischen Betreuung und Begleitung von Krebspatienten am Lebensende beschäftigt. Dabei wurden meist zwei unterschiedliche Herangehensweisen gewählt, um die Qualität der Betreuung am Lebensende zu analysieren: Entweder wurde die Betreuung von Patienten im Zeitraum bis zu

ihrem Tod retrospektiv beurteilt oder die Patienten wurden in ihrer letzten Lebensphase ausgewählt und die medizinischen Behandlungen sowie die Kommunikation am Lebensende prospektiv bewertet. Diese Untersuchungen haben übereinstimmend ergeben, dass medizinische Entscheidungen, Kommunikation mit Patient und Angehörigen sowie Sterbewünsche bei Patienten mit unheilbaren Krebserkrankungen komplex und schwierig zu erforschen sind. Gleichzeitig wurden die massiven Belastungen beschrieben, unter denen Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen häufig leiden, und auf Fragen hingewiesen, die sich am Lebensende für Patienten, ihre Angehörigen, Ärzte und Pflegekräfte stellen. Sie betreffen beispielweise die körperlichen Beeinträchtigungen, die zu erwarten sind, und was gegen die eigene Hilflosigkeit getan werden kann, aber auch inwieweit intensive Therapiemaßnahmen Sinn machen und wann eine Behandlung bei weit fortgeschrittener Krebserkrankung aus Gründen der Aussichtslosigkeit abgebrochen werden sollte.

Es bedarf intensiver Gespräche, damit gut informierte Patienten früh ihre Wünsche für die letzte Lebensphase äußern können.

Um bei Patienten mit unheilbaren Krebserkrankungen das Lebensende aktiv vorzubereiten, bedarf es intensiver Gespräche und eines strukturierten Vorgehens, damit gut informierte Patienten frühzeitig offene Fragen klären, die Prognose der Krebserkrankung richtig einschätzen und ihre Wünsche für die letzte Lebensphase äußern können.

Vor diesem Hintergrund beschreibt der vorliegende Artikel den Status quo sowie die weiterhin bestehenden Mängel in der Behandlung von Krebspatienten am Lebensende. Im Mittelpunkt stehen dabei die Kommunikation zwischen Patienten, den Angehörigen und dem pflegerischen bzw. ärztlichen Fachpersonal sowie die Frage, wie oft und warum nutzlose, vielfach belastende (Chemo-) Therapien durchgeführt werden. Auch die Bedeutung prognostischer Faktoren wird diskutiert – sie ermöglichen in klinischen Untersuchungen eine ungefähre Vorhersage der verbleibenden Lebensdauer. Abschließend wird auf nationale und internationale Empfehlungen, Stellungnahmen sowie Forschungsprogramme kurz eingegangen, die auf eine individuelle und würdevolle Betreuung der Patienten mit unheilbaren Krebserkrankungen abzielen und Perspektiven für Praxis und Forschung aufzeigen.

Kommunikation zwischen Patienten, Angehörigen und pflegerischem bzw. ärztlichem Fachpersonal am Lebensende – welche Gesprächsinhalte sind wichtig und welche Aspekte werden häufig nicht oder zu spät angesprochen?

Qualitative Untersuchungen mit mehr oder weniger strukturierten Interviews sowie zumeist retrospektive Kohortenstudien haben sich mit den Wünschen von Krebspatienten am Lebensende und ihrer Angehörigen beschäftigt. Im Mittelpunkt dieser Untersuchungen stand die Frage, welche Informationen wünschen sich Patienten und ihre Angehörige in der Kommunikation mit Ärzten und Pflegekräften. Ein offenes Gespräch zu allen Aspekten der Krebserkrankung, ihrem Fortschreiten und der Prognose wurde in der Mehrzahl der Untersuchungen – unabhängig vom kulturellen Hintergrund des Patienten – angegeben.

Dabei stand häufig der Wunsch im Vordergrund, dass der Arzt im Gespräch Mitleid und Empathie zeigt und durch ehrliche, respektvolle Kommunikation den Patienten ein ernsthaftes Angebot macht, sich an der Entscheidung zu beteiligen, wie sie die letzte Phase ihres Lebens verbringen wollen. Die mitgeteilten Informationen sollten verständlich sein und einen Umfang haben, der von Patienten und Angehörigen aufgenommen werden kann. Sehr wichtig war für Patienten auch, dass ausreichend Zeit für diese Aufklärungsgespräche zur Verfügung steht. Außerdem wünschten sich Patienten, dass Ihnen das Gefühl vermittelt wird, auch bei Fortschreiten der Krebserkrankung beraten und adäquat medizinisch betreut zu werden.

Diese Gespräche sollten gewährleisten, dass die Behandlung am Lebensende den Wünschen des Patienten angepasst wird, und Ärzten medizinische Entscheidungen erleichtern – beispielweise zum Beginn oder zum Abbruch einer gegen die Krebserkrankung gerichteten antineoplastischen Therapie (z.B. Chemo- oder Strahlentherapie, Kinase-Inhibitoren, monoklonale Antikörper), zum geeigneten Zeitpunkt für Gespräche über die Planung des Lebensendes („Advance Care Planning“) und zur rechtzeitigen Verlegung des Patienten in Palliativstationen oder Hospize.

Die Betreuung von Krebspatienten am Lebensende stellt Ärzte vor Herausforderungen bezüglich ihrer kommunikativen Fähigkeiten, da die Qualität der Kommunikation nicht allein von medizinisch-fachlichen Kompetenzen abhängt, sondern insbesondere auch psychologische Fähigkeiten erfordert. Ärzte vermeiden oder verzögern häufig derartige Gespräche bzw. kommunizieren die medizini-

schen Fakten euphemistisch oder zu optimistisch. Für die mitunter zu spät oder niemals geführten Gespräche von Ärzten mit Krebspatienten und ihren Angehörigen werden verschiedene Gründe genannt: Zeitmangel; Unsicherheit der Ärzte, aber auch der Patienten und Angehörigen, wer diese Gespräche initiieren sollte und wann; unzureichende Ausbildung der Ärzte im Überbringen schlechter Nachrichten („breaking bad news“); die Sorge, den Patienten übermäßig zu beunruhigen, und die Angst, falsche bzw. ungenaue Informationen zu vermitteln.

Wer gut informiert ist, lehnt aggressive Therapie eher ab

Mehrere Untersuchungen haben gezeigt, dass Patienten, die rechtzeitig Informationen zu ihrer Krebserkrankung erhalten und gut verstanden haben, weniger geneigt sind, aggressive medizinische Maßnahmen ohne gesicherten Nutzen, wie beispielsweise weitere Chemotherapien nach Versagen anderer evidenzbasierter Interventionen, zu akzeptieren. Außerdem werden häufiger intensivmedizinische Maßnahmen am Lebensende abgelehnt und frühzeitig eine Palliativversorgung bzw. Betreuung in Hospizen angestrebt.

Ergebnisse einer multizentrischen, prospektiven, longitudinalen Kohortenstudie bei Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen verdeutlichen die essenzielle Bedeutung von Gesprächen zwischen Ärzten und Patienten zur medizinischen Betreuung am Lebensende. Diese Studie – „Coping with Cancer“ –, die u. a. vom National Cancer Institute gefördert wurde, erfolgte über sechs Jahre (2002–2008) und schloss sowohl Patienten als auch Ärzte ein. Nur etwas mehr als ein Drittel der insgesamt 332 Patienten (37 Prozent) berichtete, dass sie vor Einschluss in die Studie Gespräche mit ihren Ärzten zum Lebensende geführt hatten. Diese Gespräche führten nicht zu einer höheren Rate an depressiver Verstimmung, waren jedoch verbunden mit einer weniger aggressiven Behandlung kurz vor dem Tod (z. B. seltener Verlegung auf eine Intensivstation, weniger invasive Beatmung und Verzicht auf Wiederbelebung) und früherer Aufnahme in Hospize.

Auch klinische Studien bei Patienten mit speziellen Tumorerkrankungen – am besten untersucht wurden Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung der Lunge – ergaben, dass nur etwa die Hälfte der Patienten, die innerhalb von zwei Monaten nach dem Interview verstarben, den Wunsch einer finalen Betreuung in Hospizen mit ihren Ärzten diskutierten und Missverständnisse hinsichtlich der Prognose ihrer Erkrankung häufig auftraten.

Eingeschränkte Möglichkeiten der Beteiligung

Die Möglichkeiten von Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen, am Lebensende Entscheidungen zu treffen oder sich an Entscheidungen aktiv zu beteiligen, sind häufig eingeschränkt. Ausschlaggebend hierfür sind verschiedene Faktoren. Einige Patienten sind physisch oder emotional aufgrund ihrer unheilbaren Krebserkrankung nicht in der Lage, aus vorhandenen Therapieoptionen, die für sie geeignete auszuwählen. Andere Patienten, die sich wünschen, aktiv an Therapieentscheidungen am Ende ihres Lebens beteiligt zu sein, werden daran gehindert, da sie von Ärzten mitunter keine ausreichenden Informationen zur Behandelbarkeit und dem Verlauf ihrer Erkrankung bekommen.

Eine intensive medizinische Versorgung am Lebensende, die letztlich nur den Prozess des Sterbens verlängert, lehnen die meisten Menschen ab. Dies trifft laut Ergebnissen einer Umfrage in den USA auch für Ärzte zu – zumindest immer dann, wenn diese selbst im Sterben liegen. So erklärten knapp 90 Prozent der in einer kürzlich publizierten Untersuchung befragten Ärzte, im Falle einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Erkrankung keine aggressiven Therapien zu wünschen. Bei ihren Patienten scheinen jedoch viele Ärzte einer anderen Maxime zu folgen. In einer 2013 durchgeführten Befragung von mehr als 1000 Ärzten beiderlei Geschlechts aus unterschiedlichen medizinischen Fachdisziplinen hielten die befragten Ärzte Patientenverfügungen grundsätzlich für sinnvoll. Sie zeigten trotzdem nur wenig Bereitschaft, den Wünschen ihrer Patienten zu folgen – unabhängig von ihrem Geschlecht und ethnischen Hintergrund.

Interessanterweise berücksichtigten Orthopäden, Chirurgen und Strahlentherapeuten im Mittel den Patientenwillen noch weniger als Vertreter anderer Fachdisziplinen. Trotz des in den USA bereits im Jahr 1990 eingeführten „Patient Self-Determination Act“ – ein Gesetz, das dem Patienten mehr Selbstbestimmung bei der Entscheidung für oder gegen lebenserhaltende Maßnahmen einräumt – ist ein Sinneswandel bei Ärzten bisher nicht erkennbar. Zu den Gründen für die Tendenz der Ärzte, den Wünschen todkranker Patienten nicht nachzukommen, zählten u. a. Zweifel an deren Entscheidungsfähigkeit, ein größeres Vertrauen in die eigene Kompetenz sowie die Sorge, Diskussionen um das therapeutische Vorgehen könnten die Beziehung zum Kranken verschlechtern. Generell hielten es die meisten Ärzte außerdem für wichtiger, das Le-

Wesentlicher Gesprächsstoff für die Diskussion zu Behandlungszielen von Ärzten mit Patienten am Lebensende

- Fragen Sie nach vorausgegangenen Gesprächen oder schriftlich niedergelegten Dokumenten über den Einsatz von lebenserhaltenden Maßnahmen.
- Vereinbaren Sie einen Zeitpunkt, um die Ziele der medizinischen Behandlung und Betreuung zu diskutieren.
- Stellen Sie Informationen über „Advance Care Planning“ zur Verfügung, die vor dem Gespräch mit dem Arzt gelesen werden können.
- Machen Sie Angaben zur Prognose der fortgeschrittenen Krebserkrankung.
- Fragen Sie den Patienten nach seinen Werten (z. B.: Was ist wichtig für Sie, wenn Sie Entscheidungen zu Ihrer Gesundheit betrachten?).
- Liefern Sie Informationen über Ergebnisse, Nutzen und Risiken von lebenserhaltenden Maßnahmen.
- Liefern Sie Informationen über Ergebnisse, Nutzen und Risiken von Maßnahmen, die auf eine Symptomlinderung der Erkrankung abzielen.
- Veranlassen Sie den Patienten, zusätzliche Fragen zu den Zielen der Behandlung zu stellen.
- Geben Sie dem Patienten die Gelegenheit, seine Ängste und/oder Sorgen auszudrücken.
- Fragen Sie nach Präferenzen hinsichtlich der medizinischen Betreuung in lebensbedrohlichen Situationen.
- Erleichtern Sie den Zugang zu rechtlichen Dokumenten, in denen Wünsche des Patienten schriftlich niedergelegt sind

Quelle: Modifiziert nach Jou J.J. et al: What really matters in end-of-life discussions? Perspectives of patients in hospital with serious illness and their families. CMAJ 2014; 186: E679–87.



Herausforderung Kommunikation: Die Qualität der Kommunikation hängt nicht allein von medizinisch-fachlichen Kompetenzen ab, sondern erfordert auch psychologische Fähigkeiten.

ben zu verlängern, als dem Wunsch des Patienten, eine Therapie abzubrechen, zu entsprechen.

Aktuelle Untersuchungen aus der Schweiz, den Niederlanden und Belgien zeigen, dass auch in Europa Sterbewünsche von Patienten mit fortgeschrittenen, unheilbaren Krebserkrankungen nicht immer erfüllt werden. Eine Analyse, die sich auf anonymisierte Daten von knapp 4000 Patienten einer schweizerischen Krankenversicherung und kantonaler Krebsregister stützte, ergab, dass 68,5 Prozent der Patienten im letzten Lebensmonat in ein Spital eingewiesen, 14,5 Prozent mit Chemotherapie

behandelt und 7,7 Prozent bestrahlt wurden. Dabei variierte die Intensität der Krebsbehandlung am Lebensende deutlich in Abhängigkeit von Alter, Krebsart und Wohnort, aber auch vom Versichertenstatus der Patienten. Die Tatsache, dass Patienten mit privater oder halbprivater Zusatzversicherung im letzten Lebensmonat fast doppelt so oft eine Chemotherapie erhielten wie Krebspatienten mit geringerem Versichertenstatus, spricht dafür, dass medizinische Entscheidungen am Lebensende sich nicht nur am Patientenwohl, sondern beispielsweise auch an ökonomischen Fehlanreizen orientieren.

Die positiven Auswirkungen des kombinierten Einsatzes von onkologischen Standardtherapien und Palliativversorgung sind nachgewiesen.

Darüber hinaus fanden sich in einer retrospektiven, vergleichenden Untersuchung von Krebspatienten am Lebensende in Belgien und den Niederlanden deutliche Unterschiede in der Palliativversorgung und im Ort, an dem Patienten verstarben. In den Niederlanden starben knapp zwei Drittel der Patienten zu Hause. Somit konnte der Wunsch vieler Krebspatienten erfüllt werden, die letzten Tage in ihrem vertrauten Umfeld zu Hause anstatt im Krankenhaus oder sogar auf Intensivstationen zu verbringen.

Demgegenüber starben nur etwa ein Drittel der belgischen Krebspatienten zu Hause. Obwohl palliative Therapieziele bei den meisten Patienten in beiden Ländern im Vordergrund der Betreuung standen, gab es doch sehr unterschiedliche Behandlungsmuster, die nicht nur die tatsächlichen Bedürfnisse der Patienten, sondern vor allem auch die unterschiedliche Angebotsstruktur in beiden Ländern widerspiegeln, wie beispielsweise die regionale Verfügbarkeit von Hospizen und Palliativstationen sowie von entsprechend geschultem ärztlichen und pflegerischen Personal.

Unnötige, vielfach belastende Chemotherapien am Lebensende: Wie oft und warum werden sie durchgeführt?

Zahlreiche Untersuchungen haben sich in den letzten Jahren der Überversorgung von Krebspatienten am Lebensende gewidmet, vor allem der Verabreichung von Chemotherapie in den letzten Tagen, Wochen oder Monaten vor dem Tod. Demgegenüber widmeten sich vergleichsweise

wenige Studien bei Krebspatienten der Unterversorgung, insbesondere dem Vorenthalten palliativmedizinischer Maßnahmen zur Reduktion von krankheitsbedingten Symptomen bzw. Schmerzen und der rechtzeitigen Verlegung von Patienten auf Palliativstationen oder in Hospize.

Palliative Therapien mit Zytostatika, anderen antineoplastischen Wirkstoffen oder Strahlentherapie werden bei Patienten mit weit fortgeschrittenen, metastasierten Krebserkrankungen verabreicht, um Symptome der Erkrankung sowie Schmerzen zu lindern und das Überleben zu verlängern – meistens allerdings nur um wenige Wochen bis Monate.

Diese Therapien sollten bereits frühzeitig im Krankheitsverlauf – und nicht erst nach Versagen der letzten kausalen Therapieoption – begleitet werden von optimaler Palliativversorgung. Die positiven Auswirkungen eines kombinierten Einsatzes von antineoplastischen Standardtherapien und Palliativversorgung sowohl auf das Überleben als auch die Verbesserung krankheitsbedingter Symptome, Lebensqualität und Zufriedenheit der Patienten, aber auch der verantwortlichen Ärzte und Pflegekräfte, konnte inzwischen in mehreren klinischen Studien, darunter auch einer randomisierten, kontrollierten Studie der Phase III nachgewiesen werden.

Die insgesamt zu häufige Verabreichung von Zytostatika und anderen, gegen die Krebserkrankung gerichteten Therapien bei Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen wurde durch viele Untersuchungen in den letzten 20 Jahren eindeutig belegt. Nicht selten resultiert dabei die Überversorgung mit oft nutzloser und vielfach auch belastender Chemotherapie am Lebensende aus dem Verhalten der Ärzte, die dem Patienten demonstrieren wollen, dass noch etwas – wenn auch nur im Sinne eines „letzten Strohhalmes“ – gegen die Krebserkrankung unternommen werden kann und man nicht aufgibt.

So ergaben beispielsweise Auswertungen von Medicare-Versicherungsdaten in den USA zu knapp 29.000 älteren Patienten (≥ 65 Jahre), die innerhalb eines Jahres nach Diagnose einer Lungen-, Brust-, Darmkrebserkrankung oder anderer Tumorerkrankungen des Magen-Darm-Traktes zwischen 1993 und 1996 verstarben, dass 29,5 Prozent der Patienten in ihrem letzten Lebensjahr und 18,5 Prozent in den letzten zwei Wochen vor ihrem Tod eine Chemotherapie erhielten.

Im Jahr 2001 wurde auf der Jahrestagung der ASCO berichtet, dass von 8000 Patienten mit Krebserkrankun-

gen, die 1996 in Massachusetts verstorben sind, 41 Prozent eine Chemotherapie im letzten Jahr ihres Lebens, 33 Prozent in den letzten sechs Monaten und 25 Prozent in den letzten drei Monaten vor ihrem Tod erhielten. Die Verabreichung der Chemotherapie war unabhängig davon, ob Patienten an fortgeschrittenen Tumorerkrankungen litten, die auf Chemotherapie in der Regel gut ansprechen (z. B. Krebserkrankungen der Brust, des Darmes oder der Eierstöcke) oder an Tumoren mit schlechtem Ansprechen (z. B. Krebserkrankungen der Gallenblase, der Nieren, der Leber oder der Bauchspeicheldrüse).

Diese Ergebnisse waren Anstoß für weitere Untersuchungen in den USA und Europa mit dem Ziel, evidenzbasierte Empfehlungen auszusprechen, wann am Lebensende eine zytostatische oder andere antineoplastische Behandlung abgebrochen bzw. wann ganz auf sie verzichtet werden sollte.

Die ASCO hat sich 2012 im Rahmen ihrer „Top Five List“ eindeutig gegen eine antineoplastische Therapie bei Patienten mit soliden Tumoren ausgesprochen, die folgende Kriterien erfüllen: schlechter Allgemeinzustand, kein Nutzen von vorausgegangenen evidenzbasierten Interventionen, Patient nicht geeignet für klinische Studie und Fehlen von guter Evidenz für klinischen Nutzen weiterer antineoplastischer Therapien. Diese Empfehlungen raten auch von anderen diagnostischen, bildgebenden Verfahren und medikamentösen Therapien in der Onkologie ab, die kostenintensiv sind, zu häufig erfolgen und nicht durch gute Evidenz belegt werden.

Negative Auswirkungen einer mit palliativer Zielsetzung in den letzten 30 Tagen vor dem Tod verabreichten Chemotherapie verdeutlichten eindrucksvoll Ergebnisse einer 2006 durchgeführten, prospektiven englischen Untersuchung, in der etwa 600 auswertbare Patienten aus mehr als 1000 britischen Krankenhäusern analysiert wurden. Annähernd 40 Prozent der Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach Chemotherapie verstarben, erlitten schwere unerwünschte Ereignisse im Zusammenhang mit der zytostatischen Behandlung und bei etwa einem Viertel der Patienten beschleunigte oder verursachte sogar eine Chemotherapie den Tod.

Auch Ergebnisse des Dartmouth Atlas Project sowie prospektiver Kohortenstudien, wie beispielsweise der in den USA durchgeführten Untersuchung „Coping With Cancer“, bestätigen, dass Chemotherapien mit palliativer Zielsetzung, die in den letzten Monaten vor dem Lebens-

de begonnen werden, das Überleben der Krebspatienten nicht verlängern, jedoch mit zahlreichen unerwünschten Effekten verbunden sind. Hierzu zählen vor allem eine Verschlechterung der Lebensqualität, häufigere Arztkontakte und Aufenthalte auf Intensivstationen – verbunden mit meist nicht indizierten intensivmedizinischen Maßnahmen wie beispielsweise Wiederbelebung erloschener Lebensfunktionen (künstliche Beatmung, Herzmassage o. Ä.) – und eine Verlegung der Patienten auf Palliativstationen oder in Hospize erst kurz vor dem Tod. Außerdem unterbleiben infolge der Applikation von Chemotherapien häufig auch wichtige Gespräche zur Planung des Lebensendes („Advance Care Planning“) – einer entscheidenden Voraussetzung für eine vom Willen des Patienten selbstbestimmte Gestaltung der letzten Lebensphase.

Chemotherapie bis vier Wochen vor dem Tod

Aktuelle Untersuchungen sprechen dafür, dass zwar nur ein relativ kleiner Prozentsatz – etwa sechs Prozent – der Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen eine Chemotherapie zwei Wochen vor dem Tod erhalten, demgegenüber aber weiterhin 20 bis 50 Prozent innerhalb von 30 Tagen und mehr als 60 Prozent innerhalb von zwei Monaten vor dem Tod zytostatisch behandelt werden.

Die Entscheidung über eine Chemotherapie bei Patienten mit fortgeschrittener, unheilbarer Krebserkrankung sollte grundsätzlich getroffen werden im Gespräch des Patienten mit dem Arzt – möglichst in Anwesenheit von Angehörigen des Patienten sowie weiterer, für die Pflege und psychosoziale Betreuung verantwortlicher Personen (z. B. Krankenschwester/Pfleger, Psychologe, Sozialarbeiter). In diesem Gespräch sollten die Prognose der Krebserkrankung und alle verfügbaren Behandlungsoptionen – einschließlich des Verzichts auf eine Chemotherapie oder eine andere, gegen die Krebserkrankung gerichtete Behandlung – mit dem Patienten diskutiert und ein erwarteter Nutzen gegenüber möglichen Nebenwirkungen der Maßnahmen sorgfältig abgewogen werden.

Angesichts dieser inzwischen klar definierten Anforderungen an eine adäquate Kommunikation zwischen allen Betroffenen stellt sich die Frage, wie häufig tatsächlich im Alltag – jenseits der Palliativstation oder des Hospizes – Gespräche mit Patienten stattfinden, in denen die Bedeutung der Behandlung der Krebserkrankung am Lebensende und/oder eine Palliativversorgung bzw. eine Betreuung im Hospiz thematisiert werden.

Dieser Frage wurde in verschiedenen Untersuchungen, meist anhand qualitativer Interviews und pro- oder retrospektiver Kohortenstudien nachgegangen und das Verhalten von Ärzten, aber auch von Pflegekräften hinsichtlich der Verabreichung von Chemotherapien bei Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen ausgewertet. Für den in den letzten zwei Jahrzehnten zu beobachtenden Trend, häufiger Chemotherapien am Lebensende zu verabreichen, sind vor allem Ärzte verantwortlich. In Aufklärungsgesprächen mit Patienten zur Durchführung einer Chemotherapie erwähnen sie häufig nicht die ungünstige Prognose der Krebserkrankung, auch weil sie irrtümlicherweise annehmen, dass ehrliche Informationen Patienten depressiv machen und ihnen Hoffnung nehmen würde.

Demgegenüber zeigen qualitative Interviews, dass Pflegekräfte häufiger an der Sinnhaftigkeit weiterer Chemotherapie zweifeln und bevorzugen würden, dass Patienten selbstbestimmt entscheiden, wie sie die letzten Monate bzw. Wochen ihres Lebens verbringen möchten.

Die Mängel in der Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten bezüglich der potenziellen Effekte einer Chemotherapie wurde eindrucksvoll verdeutlicht in einer in den USA durchgeführten, prospektiven Beobachtungsstudie zu den Erwartungen von Patienten bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen. Bei der Befragung von etwa 1200 Patienten mit metastasierten soliden Tumoren (Krebserkrankungen der Lunge oder des Darmes) antworteten die Mehrzahl der Patienten – 69 Prozent der Patienten mit Lungen- und 81 Prozent der Patienten mit Darmtumoren –, dass sie die palliative Zielsetzung der Chemotherapie nicht verstanden hatten und davon ausgingen, dass die medikamentöse Behandlung für sie eine reelle Heilungschance bietet. Verantwortlich hierfür sind vermutlich neben Fehlern in der Kommunikation von Seiten der Ärzte auch unrealistische, häufig zu optimistische Erwartungen der Patienten an die Wirksamkeit einer Chemotherapie. Unabhängig von den Gründen für diese Fehleinschätzung ist es wichtig, in Gesprächen mit Patienten am Lebensende durch ein individualisiertes Vorgehen Informationen zu vermitteln, die es Patienten erlauben, eine „informierte Entscheidung“ zu treffen, die Änderung des Therapieziels (z. B. Abbruch oder Nicht-Aufnahme aussichtsloser Therapien) zu akzeptieren und die verbleibende Lebenszeit ihren Werthaltungen und Wünschen entsprechend selbstbestimmt zu planen.

In zwei empirisch-ethischen Untersuchungen zur ärztlichen Indikationsstellung und Entscheidungsfindung bei Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen wurden deutsche und englische Onkologen interviewt und mehrere Faktoren identifiziert, die Behandlungsentscheidungen am Lebensende beeinflussen. Hierzu zählen persönliche (z. B. eigene klinische Erfahrung), situative (z. B. Zeitdruck), medizinische (z. B. angenommener Nutzen der Therapie) und andere, den Patienten (z. B. Alter, Lebensumstände) oder Kontext der Aufklärung betreffende Faktoren (z. B. verfügbare Ressourcen). Einige in dieser Untersuchung befragte Ärzte räumten darüber hinaus ein, dass ihre Entscheidungen nicht unbedingt durch die Wünsche der Patienten, sondern häufig auch durch eigene Vorstellungen und Werte beeinflusst werden.

Prognostische Faktoren für die Vorhersage der Lebensdauer – welche Informationen wünschen Patienten und welche erhalten sie?

Die Mehrzahl der Patienten mit fortgeschrittenen, nicht kurativ behandelbaren Krebserkrankungen wünschen Informationen zum Verlauf ihrer Erkrankung, dabei insbesondere eine Einschätzung ihrer Lebenserwartung (Prognose) und der Aussichten medikamentöser Therapiestrategien oder einer Bestrahlung, vor allem hinsichtlich Lebensverlängerung und Linderung von Symptomen.

Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass Krebspatienten – auch nach ehrlicher und gründlicher Aufklärung – ihre Lebenserwartung manchmal falsch einschätzen und dabei die Wahrscheinlichkeit für ein längeres Überleben, mitunter sogar Heilung, und den Nutzen der Therapiemaßnahmen überschätzen.

Wie wichtig aufrichtige, intensive Gespräche zwischen Arzt und Patient am Lebensende sind, in denen Informationen zur Prognose verständlich den Patienten mitgeteilt werden, verdeutlichte bereits 1998 eine prospektive Kohortenstudie an 917 erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen der Lunge oder des Darmes. Diese Untersuchung zeigte, dass Patienten häufig ihre Prognose nicht richtig verstehen und deshalb auch dazu neigen, die ihnen verbleibende Lebenszeit nicht richtig zu beurteilen. Patienten überschätzten meist die Aussicht, ihre fortgeschrittene Krebserkrankung sechs Monate zu überleben, wohingegen Ärzte die Prognose der Erkrankung recht genau angeben konnten und ihre Vorhersage in der Regel mit der tatsächlich verbliebenen Lebenszeit

korrelierte. Patienten, die davon ausgingen, dass ihnen mindestens sechs Monate Lebenszeit verbleiben, bevorzugten lebensverlängernde Therapiemaßnahmen gegenüber einer ausschließlichen Palliativversorgung.

Die Bedeutung einer korrekten Vorhersage der verbleibenden Lebenszeit für klinische Entscheidungen in der Betreuung von Krebspatienten am Lebensende wurde inzwischen auch in systematischen Übersichtsarbeiten bestätigt.

Für Ärzte ist es mitunter aber sehr schwierig, konkrete Angaben zur Prognose zu machen. Deshalb werden heute verstärkt prognostische Scores bzw. Modelle herangezogen, die zumindest ungefähre Angaben zur Prognose fortgeschrittener Krebserkrankungen erlauben und ohne Zweifel eine Verbesserung gegenüber der vorwiegend auf klinischer Erfahrung des Arztes beruhenden Vorhersage der Überlebenszeit darstellen.

Elf aussagekräftige Variablen für die Prognose

Die heute verfügbaren prognostischen Scores, wie beispielsweise der „Palliativ Prognostic (PaP) Score“, der „Palliativ Prognostic Index (PPI)“ oder der „Terminal Cancer Prognostic (TCP) Score“ und ihre Vorteile bzw. Grenzen sind in verschiedenen Übersichtsarbeiten diskutiert worden. Einige der Variablen, die mit einem kürzeren Überleben von Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen assoziiert sind, beziehen sich auf Symptome der Krebserkrankung (z. B. Anorexie, Dyspnoe, Dysphagie, Schmerzen, Gewichtsverlust, Ödeme, Aszites), auf biologische Faktoren (z. B. Leukozytose, Lymphozytopenie, Anämie, Hypoalbuminämie, Erhöhung der Lactat-Dehydrogenase) und auf andere Parameter (Aussage des Arztes zur Prognose, Allgemeinzustand, primäre Lokalisation der Krebserkrankung, Metastasierung, Komorbidität). Eine 2011 veröffentlichte prospektive, multizentrische Kohortenstudie, die an 18 palliativmedizinischen Einrichtungen in Großbritannien durchgeführt wurde, bestätigte die Bedeutung prognostischer Indikatoren bei Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen. Diese Beobachtungsstudie führte anhand einer multivariaten Datenanalyse zu elf aussagekräftigen Variablen, die eine Vorhersage erlauben, ob Patienten ihre fortgeschrittene Krebserkrankung zwei Wochen oder zwei Monate überleben. Die in dieser Publikation vorgeschlagenen Scores waren unabhängig von der subjektiven Einschätzung der Überlebenszeit durch Ärzte und einer der prognostischen Scores, der allerdings eine Blutuntersuchung erfordert,

Wichtige Variablen für die Vorhersage der Überlebenszeit bei Patienten mit unheilbaren, fortgeschrittenen Krebserkrankungen

Pulsfrequenz
genereller Gesundheitszustand
mentaler Score
Allgemeinzustand
Vorhandensein von Anorexie
Vorliegen einer metastasierten Erkrankung
Nachweis von Lebermetastasen
C-reaktives Protein
Leukozytenzahl
Thrombozytenzahl
Harnstoffkonzentration

Modifiziert nach: Gwilliam B. et al.: Development of Prognosis in Palliative Study (PiPS) predictor models to improve prognostication in advanced cancer: prospective cohort study. *BMJ* 2011; 343: d4920.



Die Bedeutung der korrekten Vorhersage der verbleibenden Lebenszeit von Patienten für klinische Entscheidungen ist in systematischen Übersichtsarbeiten bestätigt worden.

erwies sich als signifikant besser als die individuelle Vorhersagen des Arztes oder der Pflegekraft.

Alle heute existierenden prognostischen Scores müssen jedoch noch hinsichtlich ihrer Genauigkeit, die verbleibende Lebenszeit von Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen vorherzusagen, an unabhängigen Datensätzen validiert und in weiteren klinischen Studien untersucht werden. Die Priorität weiterer Forschung zu derartigen Scores oder Modellen ergibt sich aus der Wichtigkeit exakter prognostischer Informationen, um Patienten in die Lage zu versetzen, nach eigenem Willen zu entscheiden, wie und wo sie die verbleibende Lebenszeit verbringen wollen.

Fazit

Auch fast zwei Jahrzehnte nach Veröffentlichung der Berichte des Institute of Medicine und der American Society of Clinical Oncology zur Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem, unheilbaren Krebserkrankungen bestehen trotz unbestreitbarer Fortschritte in der Behandlung und Begleitung von Krebspatienten in ihrer letzten Lebensphase weiterhin auch zahlreiche Defizite. Das auf der Auswertung von Versicherungsdaten in den USA ba-

Individualisierte Betreuung von Patienten mit unheilbaren, fortgeschrittenen Krebserkrankungen – Was ist wichtig?

- Patienten sollten gut informiert sein über ihre Prognose sowie die verfügbaren Therapieoptionen und die Gelegenheit haben, ihre Präferenzen und Sorgen zur Behandlung der Krebserkrankung und Palliativversorgung zu äußern.
- Eine antineoplastische Therapie (z. B. Chemo-/Strahlentherapie) sollte diskutiert und angeboten werden, wenn durch Studien belegt ist, dass sie eine reelle Aussicht auf einen patientenrelevanten Nutzen bietet.
- Alle Optionen mit dem Ziel, die Lebensqualität zu verbessern, sollten diskutiert werden. Diese Diskussionen sollten nicht nur bei Diagnose, sondern während des gesamten Krankheitsverlaufes geführt, entsprechende Behandlungskonzepte entwickelt und mit dem Patienten besprochen werden.
- Gespräche über antineoplastische Therapien sollten Informationen beinhalten zur Wahrscheinlichkeit des Ansprechens, der Art des Ansprechens und zu potenziellen Nebenwirkungen.
- Falls möglich, sollte Patienten die Möglichkeit angeboten werden, sich an klinischen Studien oder anderen wissenschaftlichen Untersuchungen zu beteiligen, die abzielen auf eine Verbesserung der Therapieergebnisse bei ihnen oder bei der Betreuung anderer Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung.
- Bereits zum Zeitpunkt der Diagnose einer fortgeschrittenen Krebserkrankung, spätestens aber, sobald die zur Behandlung der Krebserkrankung verfügbaren Therapieoptionen ausgeschöpft sind, sollten Patienten ermutigt werden, eine Änderung des Behandlungsziels – meist den Übergang zu einer die Symptome lindernden Palliativversorgung – zu akzeptieren. Wesentliches Ziel dieser Maßnahmen ist es, körperliches und emotionales Leiden zu minimieren und dadurch sicherzustellen, dass Patienten die Möglichkeit haben, selbstbestimmt, in Würde und Seelenfrieden zu sterben.

Quelle: Modifiziert nach: Peppercorn JM et al.: American Society of Clinical Oncology statement: Toward individualized care for patients with advanced cancer. J. Clin. Oncol. 2011; 29: 755–60.



Die von der American Society of Clinical Oncology veröffentlichten Kernpunkte einer individualisierten Betreuung und Behandlung von Patienten mit unheilbaren Krebserkrankungen enthalten Empfehlungen, die sich an Leistungserbringer, Patienten und Ärzte richten.

sierende „Dartmouth Atlas Projekt“ kommt deshalb auch zu folgender, ernüchternder Einschätzung der Betreuung von Krebspatienten am Lebensende: „Trotz einer Zunahme der Gespräche am Lebensende ist die Krebsbehandlung allgemein aggressiver geworden. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass einige Patienten eine aggressive Behandlung bevorzugen, deren Nutzen bzw. Schäden nicht verstehen, oder aber akzeptieren, dass ihre Lebens-

erwartung begrenzt ist. Möglicherweise erfolgen die Gespräche zu den Wünschen der Patienten am Lebensende auch zu spät im Verlauf der Krebserkrankung, um Entscheidungen zur Behandlung ernsthaft zu beeinflussen“.

In retro- und prospektiven Kohortenstudien wurden die relevanten Indikatoren für eine schlechte Qualität in der Betreuung von Krebspatienten am Lebensende – die es zu beseitigen gilt – vielfach beschrieben. Hierzu zählen vor allem: kurzes Intervall (z. B. wenige Wochen) zwischen der letzten Chemotherapie und dem Tod des Patienten, häufige Aufenthalte in Rettungsstellen bzw. auf Intensivstationen am Lebensende, zu spät oder gar nicht geführte Gespräche zu den individuellen Wünschen des Patienten am Lebensende sowie unzureichende Palliativversorgung oder zu späte Aufnahme in Hospize.

Stellenwert des „Advance Care Planning“

An diesen Qualitätsindikatoren orientieren sich auch die 2011 von der American Society of Clinical Oncology veröffentlichten Kernpunkte einer individualisierten Behandlung und Betreuung von Patienten mit unheilbaren, fortgeschrittenen Krebserkrankungen. Sie beinhalten Empfehlungen, die sich an Leistungserbringer (z. B. Ärzte, Pflegekräfte), Patienten und ihre Angehörige richten und fordern die Finanzierung tatsächlicher Kosten einer wissenschaftlich fundierten Palliativversorgung. Zudem setzen sie die Prioritäten bei Forschungsfeldern und -strategien mit Relevanz für die Versorgung von Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen.

Ähnliche Schwerpunkte legt auch der aktuelle Bericht des Institute of Medicine zum Thema „Dying in America: Improving Quality and Honoring Individual Preferences Near the End of Life“, der 2014 veröffentlicht wurde. Er betont ausdrücklich den Stellenwert des „Advance Care Planning“ und der „Shared decision-making“ für Patienten und ihre Angehörigen sowie der stärkeren Berücksichtigung einer sozialen, psychologischen und spirituellen Unterstützung am Lebensende. Außerdem wird eine Palliativversorgung gefordert, die sich an Vorstellungen und Wünschen der Patienten sowie ihrer Angehörigen orientiert und die evidenzbasiert sein sollte.

Auch auf nationaler Ebene gibt es verschiedene Initiativen, um die Palliativversorgung am Lebensende generell und insbesondere die von Krebspatienten zu verbessern. Nationale Fachgesellschaften und Akademien wie die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin („Charta zur

Betreuung Schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“) und die Leopoldina („Palliativversorgung in Deutschland – Perspektiven für Praxis und Forschung“) haben kürzlich in ihren Stellungnahmen entsprechende Leitsätze formuliert und Empfehlungen ausgesprochen.

Sie erwähnen darin gesellschaftspolitische Herausforderungen hinsichtlich Ethik, Recht und öffentlicher Kommunikation sowie Anforderungen an die vielfach noch unzureichenden Versorgungsstrukturen und betonen die Bedeutung der Aus-, Weiter- und Fortbildung. Darüber hinaus werden Grundempfehlungen ausgesprochen für eine in ganz Deutschland verpflichtende lückenlose Finanzierung der tatsächlichen Kosten einer wissenschaftsbasierten Palliativversorgung in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen oder der häuslichen Umgebung und für eine auf wissenschaftlicher Grundlage beruhende Versorgung aller Betroffenen.

Ausdrücklich hingewiesen wird in diesen Stellungnahmen auch auf die weiterhin bestehenden Unsicherheiten bzgl. der Effizienz verschiedener Maßnahmen der Palliativversorgung, da die Versorgungsforschung für diesen Bereich sich erst im Aufbau befindet und in der Palliativmedizin weiterhin erheblicher Bedarf an interdisziplinärer Forschung besteht.

Für das übergeordnete Ziel – Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen die größtmögliche Lebensqualität solange wie möglich zu erhalten und eine „Medikalisierung“ des Sterbens zu verhindern – bedarf es deshalb weiterhin großer Anstrengungen aller Beteiligten wie den gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern, Ärzten, anderen an der Betreuung von Krebspatienten am Lebensende beteiligten Berufsgruppen und Kostenträgern. Letztlich muss auch in der Öffentlichkeit verstärkt diskutiert werden, wie gute Behandlung und Betreuung von Krebspatienten am Lebensende aussehen sollte und welche Maßnahmen bzw. finanziellen Ressourcen erforderlich sind, um Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen am Lebensende eine qualitativ hochwertige, multiprofessionelle Palliativversorgung und Begleitung zu ermöglichen.

Dabei sollten auch falsche Anreize in unserem Gesundheitssystem, wie beispielsweise die lukrative Erstattung unangemessener diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen (z. B. Chemotherapie) offen diskutiert und Rahmenbedingungen für eine gute Betreuung von Krebspatienten am Lebensende (z. B. ausreichende Zeit für ei-

ne wahrhaftige Kommunikation mit dem Patienten und seinen Angehörigen) verbessert werden. Leider werden aber gerade diese Grundelemente einer guten Betreuung von Krebspatienten am Lebensende häufig durch die Ökonomisierung der Medizin und der damit verbundenen Verschlechterung der Arbeitsbedingungen von Ärzten und Pflegekräften erschwert.

E-Mail-Kontakt: wolf-dieter.ludwig@helios-kliniken.de

.....
PROF. DR. WOLF-DIETER LUDWIG



Jahrgang 1952, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Tumorrimmunologie im HELIOS Klinikum Berlin-Buch. Ludwig ist Mit-Herausgeber des unabhängigen Informationsblatts DER ARZNEIMITTELBRIEF und Fachredakteur für das Gebiet „Hämatologie/Arzneimitteltherapie“ der medizinisch-wissenschaftlichen Redaktion des Deutschen Ärzteblattes. Seit Dezember 2012 ist er Mitglied des Management Board der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA).



Sterbehilfe – Streit um eine gesetzliche Neuregelung

Grenzverschiebungen sind nicht angezeigt, eine bessere Palliativversorgung jedoch schon

DR. FLORIAN STAECK

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

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

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

Verbot der geschäftsmäßigen Sterbehilfe

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

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

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

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

Ungleichgewicht in der Diskussion

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

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

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

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

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

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

DRGs passen nicht zu den Zeittakten des Sterbens

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

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

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

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

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

SAPV existiert vielerorts nur auf dem Papier

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DISKUSSIONSTEILNEHMER BEIM FRANKFURTER FORUM



Dr. med. Jürgen Bausch

Wolfgang van den Bergh

Dr. med. Margita Bert

Eugen Brysch

Dr. med. Winfried Demary

Dr. med. Rosa-Adelinde Fehrenbach

Dr. rer. nat. Liane Fickler

Prof. Dr. med. Gisela Charlotte Fischer

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

Dr. med. Jan Geldmacher

Dr. h. c. Jürgen Gohde

Dr. med. Kay Großmann

Eike Hovermann

Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig

Hardy Müller

Dr. med. Axel Munte

Prof. Dr. med. Friedemann Nauck

Prof. Dr. med. Norbert Niederle

Dr. med. Erika Ober

Dietmar Preding

Prof. Dr. rer. pol. Herbert Rebscher

Prof. Dr. theol. Traugott Roser

Gudrun Schaich-Walch

PD Dr. med. Jan Schildmann

Dr. med. Hubert Schindler

Rechtsanwalt Gerhard Schulte

Dr. med. Nick Schulze-Solce

Prof. Dr. theol. Josef Schuster SJ

Dr. phil. Florian Staeck

Oliver Stahl

Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich

Eva Walzik

Organisations- und Programmkuratorium des Frankfurter Forums e.V.

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

Impressum

Herausgeber:

Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen e.V.

Geschäftsstelle Frankfurter Forum e.V.:

Dietmar Preding
Mozartstraße 5, 63452 Hanau
E-Mail: dp-healthcarerelations@online.de

Verlag:

Ärzte Zeitung Verlagsgesellschaft mbH
Am Forsthaus Gravenbruch 5,
63263 Neu-Isenburg

Redaktionelle Bearbeitung:

Dr. Florian Staeck, Wolfgang van den Bergh

Autoren:

Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, Prof. Dr. Friedemann Nauck,
Prof. Dr. Traugott Roser, PD Dr. Jan Schildmann, Dr. Florian Staeck,
Prof. Dr. Dr. Jochen Vollmann, Eva Walzik

Titelbild:

© iStock / thinkstockphotos.com

Layout / Grafik:

Melanie Marschall

Druck:

F&W Mediencenter GmbH, Kienberg

Springer Medizin

© Ärzte Zeitung Verlagsgesellschaft mbH,
Neu-Isenburg, April 2015



ISSN 2190-7366

Partner

Das „Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen e. V.“ wird seit seiner Gründung in 2008 von der Lilly Deutschland GmbH bzw. der Lilly Stiftung Deutschland in Bad Homburg als Hauptsponsor finanziert. Als neue Partner sind in 2013 die IMS HEALTH GmbH & Co. OHG in Frankfurt und die „Ärzte Zeitung“ aus dem Haus der Springer Medizin Verlagsgesellschaft mbH in Neu-Isenburg hinzugekommen. Die Sponsoren fördern mit ihrem Engagement in aktiver Verantwortung den interdisziplinären Dialog grundsätzlicher und langfristiger Fragen der Gesellschaft und der Gesundheitspolitik. Die Sponsoren nehmen keinen Einfluss auf die Auswahl und Ausarbeitung der Tagungsthemen der Forumsveranstaltungen, der Referentinnen oder Referenten, der Vortragsmanuskripte, der Diskussionen und der Abschlussstatements, wodurch die redaktionelle Unabhängigkeit der Publikationsreihe „Frankfurter Forum: Diskurse“ garantiert ist.



Antworten, auf die es ankommt.





FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen