

**Herrn
Prof. Dr. Dr. h.c. J.-D. Hoppe
Präsident der Bundesärztekammer
und des
Deutschen Ärztetages
B e r l i n**

– offener Brief –

Im April 2011

Sehr verehrter Herr Präsident,
sehr geehrte Damen und Herren,

am 21.1.2011 wurden die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung neu gefasst. Statt der bisherigen Formulierung aus dem Jahr 2004 – „Die Mitwirkung des Arztes an der Selbsttötung des Patienten *widerspricht dem ärztlichen Ethos*“ – heißt es nun: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung *ist keine ärztliche Aufgabe*.¹ Diese Neuformulierung widerspricht nicht nur der gemeinsam mit der BÄK entwickelten < *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland* >; sie unterläuft grundsätzlich das ärztliche Ethos, wie es u.a. in der WHO-Deklaration von Helsinki formuliert wurde, und stellt ein fatales Einfallstor für Bewertungen menschlichen Lebens nach ökonomischen Gesichtspunkten dar. Gegen die Neuformulierung der Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung möchten wir daher auf das Schärfste protestieren und eine umgehende Revision des Textes beantragen.

Zur Begründung im Einzelnen:

Zwar wird in der Präambel zu den neuen Grundsätzen der BÄK darauf hingewiesen, dass die Entscheidung für eine palliativmedizinische Versorgung „*nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden*“ darf, doch wird diese ethische Maxime mit der Neuformulierung opportunistisch unterlaufen: Das moralische Dilemma, Schwerstkranken ein Sterben und würdigen Bedingungen zu ermöglichen, sich gleichzeitig aber, den mit einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen einhergehenden Unterordnung menschlichen Lebens unter ökonomische Zwänge zu verwehren, gilt es auszuhalten. Mit der Neuformulierung aber wird dieses Dilemma nicht etwa gelöst, sondern lediglich aus dem ärztlichen Verantwortungsbereich ausgelagert und verschärft. Um für alle Kranken, die diese benötigen, eine angemessene stationäre und ambulante Palliativbetreuung anbieten zu können, wäre ein umfassender Ausbau unserer Kapazitäten dringend erforderlich.

Konnte sich der einzelne Arzt bisher unter den Schutz der Grundsätze der BÄK stellen, so haben Sie im diesen jetzt entzogen. Fortan wird er sich unter dem Druck der zunehmenden Ökonomisierung und Beschränkung der von der Gemeinschaft finanzierten Therapien, insbesondere in der Onkologie, immer häufiger vor die Entscheidung gestellt sehen, einem Leben mit Leiden ein Ende zu bereiten.

¹ Hoppe J.-D. Grundsätze der Bundesärztekammer, Bekanntmachungen, DÄB 2011; 108: A346 – 348;

Ist dem Wohl des Patienten wirklich gedient, wenn diese schwere Verantwortung fortan von einer Phalanx aus Freitodvereinigungen und auf Gewinnmaximierung zielenden kommerziellen Anstalten getragen wird?

Erschreckenderweise ist es in dieser Hinsicht gar nicht nötig, auf Definitionen „lebensunwerten Lebens“ zu verweisen, wie sie im Rahmen der sogenannten nationalsozialistischen „Gesundheitspolitik“ geliefert wurden – ein einfacher Blick auf die Realität kommerzieller Organisation des Sterbens in vielen europäischen Ländern genügt, um der fatalen Konsequenzen eines solchen Rückzugs aus der Verantwortung gewahr zu werden: So argumentiert man beispielsweise in den Skandinavischen und BeNeLux-Ländern,² ein Leiden „existentieller Art“ bzw. ein „Leiden am Leben“ – das man bereits aus einer „Kombination von leichter Inkontinenz, Sehbehinderung, Einsamkeit, Nicht-mehr-laufen-können“ herleiten zu können meint“ –, erlaube es, „dem Tod nachzuhelfen, wenn der Exitus imminert ist, wie bei fortgeschrittenem Krebs“, so formuliert von der *Niederländische Vereinigung für freien Tod (NVVE)*.³

In der Praxis umgeht man dabei, wie ein Blick in die Niederlande zeigt, die unmittelbare Tötung durch eine „langsam zum Tode führende terminale Sedierung“, genannt „slow sedation“, die „das Gewissen der Ärzteschaft“ erleichtert.⁴ Hier wird die klare Trennung zwischen passiver Euthanasie – Sterben gewähren zu lassen, „wenn dies dem Willen des Patienten entspricht“ (1) – und einer aktiven Intervention zur Beendigung des Lebens verwischt. Ergebnis ist z.B. die niederländische Praxis zur Tötung schwer missgebildeter Neugeborener⁵ oder die „Erweiterung der Euthanasiepraxis, ohne das Parlament zu bemühen“⁶, wie es dort von jedem Arzt nach Belieben bei „Leiden am Leben“ betrieben werden kann. Traurige Höhepunkte sind die Einrichtung von „Kliniken für Euthanasie“⁷ oder die Auslandstransporte Sterbewilliger durch die *Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben*, einer Perversion des ärztlichen Ethos, gegen die auch Theo Boer⁸, Vorsitzender der niederländischen <Prüfungskommission Euthanasie> öffentlich protestiert hat. Diesen häufig auf Wunsch des Patienten erfolgenden Tötungen liegt eine tiefe Verzweiflung des Einzelnen und seiner Angehörigen auf dem Boden einer unzureichenden palliativmedizinischen Begleitung zugrunde. Dort wo diese auch real verfügbar ist, wird der Wunsch nach (Selbst-) Tötung nur in den allerseltensten Fällen aufrecht erhalten. Diese wenigen Fälle legitimieren keinesfalls die von Ihnen gewählte Änderung der Grundsätze der BÄK.

Wir sollten uns auch nicht durch Meinungsumfragen zur aktiven Sterbehilfe beirren lassen, wie sie angeblich von der „großen Mehrheit“ in Großbritannien oder 30% der Deutschen⁹ gewünscht wird. Denn nicht nur besteht ein gravierender Unterschied zwischen Einzelfallentscheidungen angesichts des Leidens eines Individuums und der grundsätzlichen Eröffnung der Möglichkeit aktiver Sterbehilfe; neben ökonomischen Zwängen können auch soziale Zwänge, sogar innerhalb des engsten familiären Umfelds, Schwerkranke gefügig machen und

² Vgl. Van den Block L., Bilsen J., Deschepper R. et al.: End-of-life decisions among cancer patients compared with non-cancer patients in Flanders, Belgium. *J. Clin. Oncol.* 2006; 24: 2842-48; Van der Heide A., Onwuteaka-Philipsen BD., Rurup ML et al.: End-of-life practices in the Netherlands under the euthanasia act. *New Engl. J. Med.* 2007; 356: 1957 – 65; Klinkhammer G, Rabata S.: Luxemburg: Straffreiheit für aktive Sterbehilfe. *DÄB* 2008; 105: A493

³ NVVE Niederländische Vereinigung für freien Tod, *NRC Handelsblad* 10.2.2011

⁴ Rietjens JAC, van der Heide A., Vrakking AM. et al.: Physician reports of terminal sedation without hydration or nutrition for patients nearing death in the Netherlands. *Ann. Intern. Med.* 2004; 141: 178 - 185

⁵ *Epd*: Die Welt 11.12.2006 Hygienemuseum bedauert Kritik an Preisvergabe.

⁶ Van den Block L., Bilsen J., Deschepper R. et al.: End-of-life decisions among cancer patients compared with non-cancer patients in Flanders, Belgium. *J. Clin. Oncol.* 2006; 24: 2842-48

⁷ Klinik abgeleitet aus dem Griechischen für „Heilkunde“.

⁸ Theo Boer: *NRC Handelsblad* 10.2.2011

⁹ Die Welt 27.7.2009: Umfrage: Große Mehrheit für aktive Sterbehilfe.

in ihnen die Illusion eines selbstbestimmten aber von anderen ausgeführten Todes generieren.¹⁰

Werden Alternativen zur Tötung auf – wohlmöglich nur kurzzeitigem – Verlangen wirklich ernsthaft erwogen, ja darf aktive Euthanasie überhaupt umstandslos als Alternative auf gleicher moralischer Ebene begriffen werden? Gerade dies wurde auf der Jahrestagung der *European Association for Palliative Care (EAPC)* 2009 nach intensiver Diskussion vom Vorstand einstimmig abgelehnt.

Auch wir verweisen seit Jahren¹¹ auf die Gefahr eines allmählichen Übergangs hin, auf eine Verschiebung unseres ethischen Maßstabs, auf „*verschiedene Ethiken von relativem Gewicht*“¹²

Auf der Grundlage der *g e m e i n s a m* mit der BÄK entwickelten < *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland* > wie sie unter der Federführung der *DGP* inzwischen von allen in der Palliativmedizin (PM) hiezulande wie international verantwortlichen Institutionen und Gesellschaften, so auch der *Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG)* mit getragen wird¹³, widersprechen wir der aktuellen Änderung unseres Berufsrechts durch die BÄK (1).

Die gesetzlichen Regelungen zur Patientenverfügung und unser Verständnis des ärztlichen Ethos erfordern, dass die „*Willensbekundungen (Schwerstkranker und Sterbender) respektiert und akzeptiert werden*“ (2 § 1, Absatz 5). Dazu gehört zwar auch der Wunsch nach Selbsttötung, dem aber im Rahmen der PM entgegenzuwirken ist:

„*Ein Sterben unter würdigen Bedingungen zu ermöglichen bedeutet auch, den Bestrebungen nach einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen oder der Beihilfe zum Suizid durch eine Perspektive der Fürsorge und des Miteinanders entgegenzuwirken.*“ (2 § 1, Absatz 4).

Besteht dennoch der Wunsch, aktiv aus dem Leben zu scheiden fort, erweisen sich also unsere multiprofessionellen Bemühungen als erfolglos, muss dieser respektiert werden, o h n e „*das Verbot der Tötung auf Verlangen*“ zu umgehen.

Wir sind uns dessen bewusst, dem Kranken hierbei nicht folgen zu können, ohne ihm jedoch unsere „*Zeit und kompetenten Beistand*“ aufzukündigen. Wir sind verpflichtet, „*Sterbesituationen mit der angemessenen Würde zu begleiten*“ und humane Alternativen aufzuzeigen. Es gilt <*Kraft zum Leben*> (Karl Barth) zu vermitteln, auch und insbesondere in der terminalen Lebensphase¹⁴.

Wir fassen zusammen:

Die neuen *Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung* können fehl verstanden werden: <Tötung auf Verlangen> ist laut Berufsordnung nun zwar keine ärztliche Aufgabe, kann aber vom „Privatmann“ assistiert werden. Damit erklärt sich die BÄK schlichtweg für unzuständig: Sie gibt die Option einer Selbsttötungsbeteiligung im Stile einer nichtärztlichen Nebentätigkeit von Ärzten frei.¹⁵

¹⁰ Rob Hof: Doktor, wie lange noch? hofstudio@yahoo.de. Dokumentation gesendet vom ZDF 2007

¹¹ Kleeberg U.R., Possinger K.: Palliativmedizinischer Kurs der European School of Oncology, Berlin 2005
Kleeberg U.R. DGS Jahrestagung 2006–2010, Deutscher Krebskongress 2008 & 2010
Kleeberg U.R. Neugründung AG Palliativmedizin. Forum der DKG Heft 3 . 2010: 60 – 61

¹² Klinkhammer G., Stüwe H.: „Die ärztliche Ethik wird von allen ernst genommen“. Interview mit Prof. Dr. J.-D. Hoppe. DÄB 2011; 108: A301-303

¹³ Charta zur Betreuung *schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland* § 1 Absatz 4 <Sterben in Würde> und § 1 Absatz 5 <Sterben und das Recht>

¹⁴ Busch E.: Karl Barths Lebenslauf nach seinen Briefen und autobiografischen Texten. Theologischer Verlag Zürich 2005

¹⁵ Gehring Petra, Philosophisches Institut, TU Darmstadt. Sterbehilfe: Soll es noch ein ärztliches Ethos geben? Frankfurter Allgemeine 2011, FAZ.NET/-01r58r

Die Verpflichtung zur Einhaltung strenger ethischer Grundsätze muss für uns selbst, als Vertreter unserer abendländisch – christlichen Kultur moralisch bindend und für andere vorbildlich sein.

Wir beantragen daher eine Revision der Entscheidung der BÄK vom 21. Januar 2011.

< Kraft zum Leben > zu vermitteln ist ärztliche Aufgabe. Nach dem verbleibenden Sinn eines Lebens zu fragen, dessen Wert zu taxieren, unwertes Leben zu definieren, schließlich bei der Tötung oder Selbsttötung mitzuwirken, markiert den aufgezeichneten moralisch abschüssigen Weg. Dies widerspricht unserem ärztlichen Ethos und damit unserer Berufsordnung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr

Handwritten signature of U. R. Kleeberg in black ink, featuring a stylized 'U' and 'R' followed by a long horizontal stroke.

Prof. Dr. U. R. Kleeberg

Vorsitzender der *Hamburger Krebsgesellschaft e.V.*

Im Auftrag der

AIO *Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie der DKG e.V.*