



Für ein „Nein“
zum geplanten
strafgesetzlichen
Verbot der Hilfe
zum Suizid!

DGHS-Podiumsdiskussion am 20. Juni 2015

Die letzte Hilfe! Ärzte aus dem In- und Ausland diskutieren über Suizidhilfe

Die Statements der fünf Experten
„Urania“ Berlin



- 3** Editorial
- 4** Zusammenfassung des Beitrags „Selbstbestimmung über das Lebensende – ein Recht jedes Bürgers?“ von Dr. Carlo Bock, Onkologe, u. a. Vorsitzender der Nationalkommission zur Bewertung und Überwachung des Euthanasiegesetzes, Luxemburg
- 8** Zusammenfassung des Beitrags von François Damas, Arzt und Vorsitzender der Ethikkommission des Krankenhauses La Citadelle in Liège, Belgien
- 11** Zusammenfassung des Beitrags „Verantwortung übernehmen nicht nur im Leben, sondern auch im Sterben“ von Dr. Erika Preisig, Hausärztin und Vereinspräsidentin von Lifecircle, Schweiz
- 15** Zusammenfassung des Beitrags „Würdevoll sterben in den USA“ von Peg Sandeen, Ph. D., Geschäftsführerin von „Death with Dignity“, US-Bundesstaat Oregon
- 19** Zusammenfassung des Beitrags „Sterbehilfe. Lebenshilfe. Tötungshilfe. Eine Positionsbestimmung“ von Thomas Sitte, Palliativmediziner, Vorsitzender der Deutschen PalliativStiftung
- 23** Offener Brief der 180 Ärzte: „Montgomery schadet dem Ansehen des Arztberufes“
- 28** Über die DGHS / Impressum

Liebe Leserinnen und Leser,

jedes Jahr sterben in Deutschland etwa 870 000 Menschen. Davon über 10 000 durch Suizid. Zirka 100 000 Suizidversuche werden jährlich in Deutschland begangen. Oft mit grausamen Mitteln, weil den Menschen die Möglichkeit des selbstbestimmten Sterbens mit kompetenter ärztlicher Hilfe und geeigneten Medikamenten versagt ist. Dabei kommt gerade den



Ärzten bei der Sterbebegleitung und -hilfe eine besonders wichtige Aufgabe zu. In Deutschland sind jedoch durch ärztliches Standesrecht hilfswilligen Ärzten die Hände gebunden. Es ist ihnen strikt verboten, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten. Ein Verbot, das aber nur 10 der 17 Landesärztekammern angenommen haben.

Nun diskutiert auch der Deutsche Bundestag über Suizidhilfe. Die vorliegenden Gesetzesvorschläge reichen von einem Totalverbot jeglicher Form organisierter Sterbehilfe über liberal verpackte, aber in Wirklichkeit eine Strafbarkeitsverschärfung über einen neuen Paragraphen im Strafgesetzbuch oder im BGB fordernde Texte, bis hin zur klaren Absage an jedes neue Gesetz.

Anders sieht es aus in Oregon/USA, wo die ärztliche Sterbehilfe schon seit 1997 geregelt ist. In der Schweiz ist sie seit 1984 toleriert, sofern keine egoistischen Motive vorliegen. In den Niederlanden gibt es gesetzliche Regelungen und staatliche Kontrollinstanzen seit 2001, Belgien folgte 2002, Luxemburg 2009. Kanadas Oberster Gerichtshof entschied Anfang 2015, dass ein Verbot der Sterbehilfe und ihre Kriminalisierung mit den Menschenrechten nicht vereinbar sei! In allen Ländern mit einer toleranten Regelung der ärztlichen Sterbehilfe nahm die Zahl aller Fälle in 30 Jahren um 0,6 % (Quelle: Prof. G. B. Borasio, Univ. Lausanne).

Angesichts dieser Tatsachen diskutierte die DGHS mit hoch qualifizierten Ärzten aus dem In- und Ausland über deren Erfahrungen bei der Suizid- und Sterbehilfe. Die Moderation hatte DGHS-Vizepräsident Prof. Dr. Dr. h. c. Dieter Birnbacher. Mit dieser Broschüre wollen wir nicht nur hilfswilligen deutschen Ärzten, sondern auch unseren Bundestagsabgeordneten Entscheidungshilfen für die Abstimmung im November dieses Jahres anbieten.

Ich danke allen Teilnehmern dieser Podiumsdiskussion für ihre mutigen Stellungnahmen.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen, Ihre

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Elke Baezner'.

Elke Baezner

Präsidentin der DGHS e. V.

Selbstbestimmung über das Lebensende – ein Recht jedes Bürgers?

VON DR. CARLO BOCK, ONKOLOGE, U. A. VORSITZENDER DER NATIONALKOMMISSION ZUR BEWERTUNG UND ÜBERWACHUNG DES EUTHANASIEGESETZES, LUXEMBURG

In Luxemburg gibt es drei Gesetze, die das Lebensende betreffen: das Gesetz vom 16. März 2009 über Palliativmedizin, Patientenverfügung und Begleitung am Lebensende, das Gesetz vom 16. März 2009 über aktive Sterbehilfe und assistierten Suizid sowie das die beiden vorigen Texte stärkende Gesetz vom 24. Juli 2014 über die Rechte und Pflichten des Patienten.

Eins vorneweg: Ein volljähriger Patient, der urteilsfähig und bei Bewusstsein ist, kann zu jedem Zeitpunkt für sich selbst entscheiden, wie er sein Lebensende gestalten möchte.

Weil die Begriffe im Zusammenhang mit Sterbehilfe in der Vergangenheit sowie auch heute noch oft missbräuchlich verwendet wurden und werden, ist es überaus wichtig, der Diskussion Definitionen zugrunde zu legen. Das luxemburgische Gesetz über Sterbehilfe und assistierten Suizid definiert darum ganz genau, um was es sich in beiden Fällen handelt:



Dr. Carlo Bock.

„Il y a lieu d’entendre par euthanasie, l’acte, pratiqué par un médecin, qui met intentionnellement fin à la vie d’une personne à la demande expresse et volontaire de celle-ci.

Par assistance au suicide, il y a lieu d’entendre le fait qu’un médecin aide intentionnellement une autre personne à se suicider ou procure à une autre personne les moyens à cet effet, ceci à la demande expresse et volontaire de celle-ci.“

Übersetzt bedeuten die Gesetzespassagen, dass man unter Euthanasie einen von einem Arzt ausgeführten Akt versteht, der vorsätzlich das Leben einer Person beendet, auf deren ausdrücklichen und freiwilligen Wunsch hin.

Demgegenüber versteht man unter assistiertem Suizid den medizinischen Akt, bei dem ein Arzt einer anderen Person vorsätzlich hilft, ihr Leben zu beenden, oder bei dem er einer anderen Person die Mittel dazu verschafft, beides auf ausdrücklichen und freiwilligen Wunsch dieser Person.

Es gibt allerdings Bedingungen, ohne deren Vorhandensein das Gesetz nicht angewendet werden darf. So muss der Patient unter anderem seinen Wunsch freiwillig, ohne äußeren Druck und wiederholt äußern sowie in schriftlicher Form darlegen. Die medizinische Situation muss unumkehrbar sein, begleitet von dauerhaften physischen oder psychischen, unerträglichen Schmerzen, ohne Aussicht auf Besserung. Auch der behandelnde Arzt hat verschiedene Vorgaben einzuhalten. So muss er unter anderem ein schriftliches Gutachten von einem weiteren Mediziner einholen.

Sterbehilfe (assistierter Suizid) basiert auf folgenden Grundprinzipien:

- dem Autonomieprinzip oder Selbstvorsorgeprinzip, das besagt, dass der Mensch die Kontrolle über sein Schicksal bis zum Ende seines Lebens behält;
- dem Toleranzprinzip, das an die Toleranz der moralischen Vielfalt am Lebensende appelliert;
- dem Wohlwollen-Prinzip, welches den Arzt dahingehend lenkt, den Willen seines Patienten in Bezug auf dessen Lebensende, zu respektieren.

Diese philosophischen Prinzipien stehen in diesem Fall über dem Solidaritätsprinzip beziehungsweise dem solidarischen konstitutiven Prinzip der humanen solidarischen Beziehungsdimension. (J. Massion, *Louvain Médical*, 2005; 124(7) 238-245).

In Luxemburg haben die Bürger also die Möglichkeit, aktive Sterbehilfe (Euthanasie nach der gesetzlichen Definition) oder assistierten Suizid zu wählen, wenn sie es so wollen.

Alle Ärzte, mit denen ich gesprochen habe und die ihren Patienten auf diese Art geholfen haben, sprechen von einem einfachen, guten Tod.

Normalerweise wird dem Patienten ein Narkosemittel verabreicht, gefolgt von einem Medikament, das zur Muskellähmung führt.

Der Patient wird, wie bei einer Narkose üblich, innerhalb von etwa 30 Sekunden bewusstlos, der Tod tritt nach ein paar Minuten ein. Die Beendigung des Lebens geht demnach schmerzlos, schneller und würdevoller vonstatten als die terminale Sedierung, die im Gegensatz dazu oft Tage dauert. Obwohl man an dieser Stelle argumentieren kann, dass der Patient durch die Medikamente der Sedierung das Bewusstsein ebenfalls verliert und die Schmerzen dadurch gelindert werden, möchten verschiedene Patienten diese Phase dennoch selbstbestimmt abkürzen.

Seit 2009 hat die in Luxemburg zuständige nationale Kommission zur Kontrolle und Bewertung des Gesetzes (*commission de contrôle et d'évaluation de la loi du 19 mars 2009*) drei Berichte vorgelegt, aus denen klar und unwiderlegbar hervorgeht, dass die Zahl der Akte der Sterbehilfe konstant geblieben ist. Vermutlich wird sie jedoch mittelfristig steigen, wenn die Stimmen derjenigen, die gegen die Selbstbestimmung des Patienten ankämpfen, leiser werden.

In Luxemburg erlaubt die Gesetzeslage einem Patienten, der an einer schweren, unheilbaren Krankheit leidet, sein Lebensende autonom zu gestalten und den Freitod zu wählen.

Der Paradigmenwechsel weg von einer paternalistischen Haltung und hin zum autonomen Bestimmungsrecht des Patienten, hat den Wunsch des Patienten in den Fokus gerückt. Jeder Mensch sollte – gut und umfassend informiert – selbst entscheiden dürfen, wie sein Lebensende aussehen soll. Dies ist sein gutes Recht.

Vita · Dr. Carlo Bock



Jahrgang 1947. Er studierte in Frankreich Medizin und schrieb dort auch seine Doktorarbeit. Der Onkologe ist unter anderem Vorsitzender der Nationalkommission zur Bewertung und Überwachung des Euthanasiegesetzes, Verwaltungsratsvorsitzender der Fondation Cancer, Vizepräsident der Plateforme Nationale Cancer sowie Mitglied des Wissenschaftsrates des Ministeriums für Gesundheit und Sozialwesen in Luxemburg.

Statement

VON FRANÇOIS DAMAS, BELGIEN

Die medizinische Sterbebegleitung bleibt eine viel diskutierte Frage. Diese Frage führt oft zu einer kategorischen Meinung gegen oder für die Einbeziehung der Ärzte zur Verbesserung der Bedingungen, unter denen unser Leben endet. Es muss jedoch anerkannt werden, dass ein Großteil der Sterbefälle bereits von medizinischen Entscheidungen und Behandlungen betroffen ist, die in den Ländern mit einem hohen medizinischen Standard eindeutig den „natürlichen“ Verlauf des Todes verändern.

Jedes Mal, wenn die Behandlung zur Unterstützung lebenswichtiger Funktionen, die das Leben verlängern kann, unterbleibt oder abgebrochen wird, wird der Zeitpunkt des Todes bewusst beeinflusst. Diese für die Intensivstationen oder Reanimationsdienste typische Art der Entscheidung ist ethisch und rechtlich völlig gerechtfertigt, weil sie auf der Ablehnung der Lebensverlängerung um jeden Preis oder unangemessenem Beharren basiert. Dazu muss man wissen, dass fast 20 % der Todesfälle in unseren Ländern auf die Einstellung der Behandlungen zurückzuführen ist (in Belgien basiert diese Praxis auf dem Gesetz „Über die Rechte der Patienten“).

Es gibt eine zweite Kategorie in Bezug auf die Entscheidung und den Umgang mit dem Lebensende, die den Zeitpunkt des Todes beeinflussen kann. Wenn die Lebensbedingungen des Sterbenden so unerträglich sind, dass die Schmerzen bei der erkrankten Person durch die üblichen Behandlungen nicht mehr zu lindern sind, ist es ethisch und rechtlich völlig gerechtfertigt, Medikamente zu verabreichen, die dem sterbenden Menschen Erleichterung verschaffen. Der letzte Weg ist die Gabe von Anästhetika, durch die er das Bewusstsein verliert. Es liegt auf der Hand, dass dieses Vorgehen auch den Zeitpunkt des Todes verändert. Etwa 20 % der Todesfälle sind auf diese Art der Begleitung zurückzuführen. (In Belgien basieren diese Entscheidungen auf dem Gesetz „Über die Palliativpflege“).



François Damas.

Im Zusammenhang mit solchen Entscheidungen und Behandlungen muss ein grundsätzlicher Punkt besonders betont werden. Die Entscheidungsbefugnis liegt niemals ausschließlich beim Arzt. Er muss immer zunächst mit dem Einverständnis des Patienten handeln, und wenn dieser nicht mehr in der Lage ist, sich auszudrücken, müssen die Familienangehörigen des Patienten in Kenntnis gesetzt werden und ihre Zustimmung zu den letzten Entscheidungen und Behandlungen geben. Die Abstimmung unter den Beteiligten und die Transparenz bei den Vorgängen müssen grundsätzlich die Regel sein.

In dieser Hinsicht sind überall Fortschritte erforderlich. Der Arzt muss lernen, dass er trotz seines Wissens und seiner Fähigkeiten nicht im Besitz des Wahrheitsmonopols ist.

Bei der Begegnung mit dem kranken Menschen kann dieser auch einen Wunsch/ein Verlangen äußern, der/das einer dritten Kategorie zuzuordnen ist. Dieser Fall ist sehr selten. Es ist der von einigen Menschen klar zum Ausdruck gebrachte Wunsch nach einem assistierten Suizid. Ein Arzt, der einem solchen Wunsch nachkommt, verzichtet damit auf sein Vorrecht als Entscheidungsträger, da er sich in die Position begibt, der Entscheidung des Patienten (selbst) zuzustimmen, das heißt, den kranken Menschen als eine erwachsene Person anzuerkennen, die in der Lage ist, selbst zu entscheiden, welche die beste Art ist, aus dem Le-

ben zu scheiden. Das ist das Gegenteil der Infantilisierung kranker und schutzbedürftiger Personen. Seitens des Arztes ist dies auch eine Verpflichtung gegenüber dem kranken Menschen, die im Widerspruch zum so gefürchteten Aufgeben steht. Es ist somit ein Lernprozess sowohl für die kranken Menschen als auch für die Ärzte, die sich auf gleicher Augenhöhe begegnen.

Die Stimme des Patienten muss gehört werden können, und damit sie sich Gehör verschaffen kann, muss sie durch ein Gesetz, welches den ärztlich assistierten Tod unter besonderen Bedingungen erlaubt, geschützt und gefördert werden.

Die niederländischen und belgischen Erfahrungen zeigen, dass die den kranken Menschen durch das Gesetz gewährte Freiheit, von ihrem Arzt Hilfe zu verlangen, die so weit gehen kann, ihnen den letzten Weg zu erleichtern, die Qualität der Betreuung und Begleitung aller anderen Arten des Sterbens wesentlich verbessert.

Vita · François Damas



Jahrgang 1953. Er ist Arzt im Bereich Anästhesie und Intensivmedizin am Universitätskrankenhaus La Citadelle in Liège, Präsident des Ethikkomitees des Krankenhauses sowie Mitglied in der belgischen Bundeskommission zur Sterbehilfe. Daneben ist er Mitglied unter anderem in der Vereinigung End of Life (EOL). 2013 schrieb er das Buch „La mort choisie. Comprendre l'euthanasie et ses enjeux“.

Verantwortung übernehmen nicht nur im Leben, sondern auch im Sterben

VON DR. ERIKA PREISIG, HAUSÄRZTIN, STERBEHELFERIN UND VEREINSPRÄSIDENTIN VON LIFECIRCLE, SCHWEIZ

Ich muss sterben dürfen, wenn ich will, aber sicher! Dass eine sehr schwierige Zeit auf uns zukommen wird mit einer zunehmenden Zahl an rüstigen Hochbetagten, wird niemand mehr bestreiten. Die geburtenstarken Jahrgänge der „Babyboomer“, zu denen ich gehöre, werden in 20 Jahren gegen 80 Jahre alt sein. Diese Generation wird noch selbstbewusster und unabhängigkeitsliebender sein als die jetzigen Achtzigjährigen. Schon die heutige, und viel mehr die kommende Generation ist es nicht nur gewohnt, ihr Leben selbst zu bestimmen, sondern sie wird auch ihr Sterben selbst „in die Hand nehmen“ wollen.

Die Medizin wird in den kommenden 20 Jahren weiter Fortschritte machen. Die Wahrscheinlichkeit, an einem akuten Herztod zu sterben, so wie wir uns dies alle wünschen, wird weiter abnehmen. Die Anzahl schwerster chronischer Tumorleiden und insbesondere neurologische Krankheiten werden weiter zunehmen. Im Alter von 90 Jahren sind 25 % Prozent der Menschen dement!

Was spricht bei zunehmendem Selbstentscheidungswunsch und gleichzeitig zunehmender Aussicht auf ein Lebensende mit schwerster, unheilbarer Krankheit dagegen, dem Betroffenen nicht nur zuzuhören, sondern seinen Wunsch auch vollumfänglich zu akzeptieren? Und wenn wir diesen Wunsch denn akzeptiert haben: Was spricht dagegen, diesen auch zu respektieren und dem Betroffenen bei der Realisierung seines Wunsches zu helfen, auch wenn er eine Beendigung seines Lebens wünscht?

In der Schweiz ist die Hilfe beim assistierten Suizid keine ärztliche Tätigkeit. Dies zeigt mir, dass noch immer das Sterben zwar zu 100 % alle Menschen betrifft, es aber nicht als Teil des Lebens akzeptiert wird. Ärzte begleiten ihre Patienten im Leben, aber im Sterben lassen sie sie alleine, sobald sie selber bestimmen wollen, wann, wie und wo sie ihr Leben beenden werden.

Wenn dann der Palliativmediziner Thomas Sitte äußert, dass jeder Deutsche bei seinem Hausarzt einen begleiteten Freitod erhalten kann, ist dies Hohn für mich. Ich habe in den letzten Monaten jeden Deutschen, der bei meiner Organisation um einen begleiteten Freitod

bat, zu seinem Hausarzt geschickt, der laut Herrn Sitte diesen selber durchführen darf. Kein einziger Hausarzt war dazu bereit. Die Begründung: Angst vor rechtlichen Problemen und vor einem Approbationsentzug!

Wenn es dann noch so weit geht, dass Herr Sitte dem versammelten Publikum empfiehlt, einander bei der Selbsttötung gegenseitig beizustehen, dann hat der Hohn ein unerträgliches Maß angenommen. Man hat zwar den Menschen zugehört und verstanden, dass sie ihr Leben beenden wollen. Sie wissen auch, dass sie einander dabei helfen dürfen. Wie um Himmels Willen soll dies aber durchgeführt werden? Ist das die Art der Verantwortung, die der deutsche Arzt im Moment des Todeswunsches seiner Patienten tragen will? Die Patienten alleine lassen? Dieser Arzt hat zugehört, verstanden, aber er respektiert nicht. Sich ohne ärztliche Hilfe zu töten und dabei noch die Hilfe eines Freundes zu beanspruchen, dies als Arzt zu empfehlen, ist Unmenschlichkeit und mangelndes Verantwortungsgefühl gegenüber einem Mitmenschen.

In Oregon wird Menschen, die sterben wollen, das todbringende Medikament mit nach Hause gegeben. Schön, diese Menschen können ihren Tod selber bestimmen, sowohl das Wann, das Wie und das Wo. Aber wer gibt ihnen die Sicherheit, dass sie bei der Einnahme keinen Fehler machen? Wer stellt sicher, dass nicht ein Teil des Medikamentes für jemand anders benutzt wird? Wer weiß, was mit diesem Medikament passiert, wenn der Betroffene dann doch eines natürlichen Todes stirbt? Wo bleibt dann das todbringende Medikament? Auch hier ist der Verantwortungsgedanke nicht zu Ende gedacht und die Ärzte lassen die Betroffenen alleine, setzen sie einer Gefahr aus, zu scheitern.

Wenn ein Mensch unheilbar krank ist und sein Leben zu beenden wünscht, braucht er genauso die verständnisvolle und einfühlsame Betreuung seines Arztes wie während der Krankheit. Er braucht in diesem Moment umso mehr einen zuhörenden und nicht bevormundenden Arzt. Wir Ärzte haben die Möglichkeit, Leben zu verlängern und Leiden zu vermindern und das muss immer unsere Aufgabe bleiben. Es gibt aber mit zunehmendem Alter auch zunehmend Leiden, die nicht mehr gelindert werden können. Wenn also das Leben nur noch als Leiden empfunden wird und daraus ein anhaltender intensiver Todeswunsch entsteht, ist es genauso wie bei der kurativen Behandlung Pflicht eines jeden Arztes, dem Patienten alle möglichen Wege am Ende des Lebens aufzuzeigen und ihm ganz besonders in dieser Phase beizustehen.

Dr. Erika Preisig.



Ich kläre meine Patienten über fünf Möglichkeiten am Lebensende auf:

1. die Möglichkeiten der palliativen Pflege zu Hause bis in den Tod
2. Entlastung durch Betreuung in einem Hospiz
3. Bedingungen und Ablauf eines begleiteten Freitodes
4. Vorgehen beim Sterbefasten
5. Vorgehen und Ablauf bei einer terminalen Sedierung.

Nur der ehrlich und offen über alle Varianten informierte Patient hat die Möglichkeit, auch am Lebensende Verantwortung zu übernehmen. Er soll sein Sterben genauso gestalten dürfen wie sein Leben. Wir Ärzte aber dürfen ihn nicht alleine lassen. Unsere Pflicht ist es, unseren Patienten zuzuhören, sie zu respektieren und dann zu begleiten auf ihrem ureigenen Weg.

Es meinen immer noch zu viele Ärzte, sie wüssten es besser und drängen den Patienten eine Sterbeform auf, die der Arzt für gut hält, die aber nicht der Weg seines Anvertrauten ist.

Die Zukunft wird uns zwingen, mit dem selbstbestimmten Sterben respektvoller und verantwortungsvoller umzugehen, denn wir werden in 15 Jahren Patienten vor uns haben, die ihren Wunsch durchzusetzen gewohnt sind und die sich nicht mehr abspeisen werden lassen mit dem Hinweis: „Wenn Sie es denn wirklich tun wollen, dann ‚do it yourself‘“.

Vita · Dr. Erika Preisig



Jahrgang 1958. Sie ist Hausärztin und Präsidentin der Lebens- und Sterbehilfeorganisation lifecircle/Eternal Spirit mit Sitz in Basel, Buchautorin („Vater, du darfst sterben“, Plädoyer einer Ärztin für den begleiteten Freitod), Verfechterin der Legalisierung des begleiteten Freitodes weltweit.

Fortbildung in Palliativmedizin und terminaler Sedierung, ihre Interessensgebiete sind außerdem Pflege zu Hause, Patientenverfügungen, Suizidprophylaxe.

Würdevoll sterben in den USA

VON PEG SANDEEN, PH. D., GESCHÄFTSFÜHRERIN VON „DEATH WITH DIGNITY“, US-BUNDESSTAAT OREGON

Als einer der führenden Köpfe der Death-with-Dignity-Bewegung in den USA sehe ich drei zentrale Punkte, welche die Entwicklung der Bewegung in den kommenden Monaten und Jahren prägen werden: Die positiven Erfahrungen aus dem „Oregon Death with Dignity Act“ (Gesetz des Staates Oregon über Sterben in Würde), den renitenten und religiösen Charakter unserer Gegnerschaft sowie den Impuls, der von Brittany Maynard ausging, einer jungen Frau mit Hirntumor im Endstadium, die in den US-Bundesstaat Oregon übersiedeln musste, um von dem Gesetz Gebrauch machen zu können, da ihr in ihrem Heimatstaat Kalifornien ein solcher Tod nicht erlaubt war.

Um die Bedeutung der Erfahrungen aus Oregon zu verstehen, bedarf es einiger Kontextinformationen. Im Jahr 1997 befand der Oberste Gerichtshof der USA einstimmig, dass die Due-Process-Klausel der US-Verfassung keinen Rechtsanspruch auf ein Sterben in Würde vorsehe. Vielmehr sei „Death with Dignity“ „ein Experiment, das dem großen Labor der Bundesstaaten überlassen bleiben solle“, so die Richter. Entgegen der jüngsten Entscheidung in Kanada schwenkte das höchste US-amerikanische Gericht in die Gegenrichtung, lehnte ein nationales Recht auf Sterbehilfe ab und überließ es vielmehr den einzelnen Bundesstaaten, eigene Rechtsvorschriften zu erlassen.

In eben jenem Verfahren aus dem Jahr 1997 entschied das Gericht allerdings auch, dass ein Arzt für den Tod eines unheilbar kranken Patienten, der infolge der Bemühungen des Arztes um Schmerzlinderung eingetreten ist, nicht zur Verantwortung gezogen werden könne. Dieser als „Double Effect Doctrine“ bekannte Fall bereitete in den USA auf medizinischem Gebiet den Weg für einen permissiven, wenngleich indirekten Zugang zum Sterben, der sich durch offensive legale Palliation, die Verwendung von Euphemismen bei der Behandlungsbeschreibung und einen fragwürdigen Umgang mit dem „Informed Consent“ (Einwilligung nach erfolgter Aufklärung) auszeichnet. Zugleich steht die Medizin dem staatlich sanktionierten, durch den Arzt beschleunigten Tod eher verächtlich gegenüber.



Peg Sandeen, Ph. D.

Aus diesem Kontext heraus wurde Oregon zum ersten Bundesstaat der USA – und de facto zum ersten Rechtsraum der Welt – mit einer Gesetzgebung, welche die Schritte kodifiziert, denen Ärzte und Pharmazeuten zu folgen haben, um einem nachweislich todkranken Patienten eine tödliche Medikamentendosis zu verschreiben und zu überlassen.

Die Erkenntnisse aus Oregon waren für die „Death-with-Dignity“-Bewegung von fundamentaler Bedeutung. Die in den letzten 17 Jahren staatlich erhobenen Daten verdeutlichen, dass es seit der Verabschiedung des Gesetzes keine Fehler oder Verstöße gegeben hat. In diesen 17 Jahren wurde 1327 Patienten eine Medikamentierung nach diesem Gesetz verschrieben, wobei 859 Personen diese Medikamente auch tatsächlich zur Herbeiführung eines vorzeitigen Todes einsetzten. Wie aus den Daten hervorgeht, handelt es sich bei den meisten Patienten um ältere Personen (das Durchschnittsalter liegt bei 71 Jahren) mit weißer Hautfarbe, die aus der Bildungsschicht stammen, Hospizpflege erhalten und zu Hause sterben. Seit der Einführung des Gesetzes konnten wir in unserem Bundesstaat deutliche

Verbesserungen in der Hospiz- und Palliativpflege verzeichnen. Zudem wird das Gesetz von einer wachsenden Zahl der Bürger Oregons unterstützt (80 % gegenüber 68 % auf nationaler Ebene).

In Oregon ist die ärztliche Unterstützung weit verbreitet. Insgesamt 83 Ärzte, die aus allen Regionen des Bundesstaats und sowohl aus den Ballungsgebieten als auch aus ländlichen Gegenden stammten, stellten im Jahr 2014 in Anwendung des Gesetzes Rezepte aus. Da in den USA Pentobarbital zur Vollstreckung der Todesstrafe eingesetzt wird, ist das Medikament nicht mehr ohne weiteres erhältlich, weshalb in der Ärzteschaft nunmehr Secobarbital das Mittel der Wahl ist.

Der renitente und religiöse Charakter der Gegnerschaft ist der zweite wichtige Faktor, der die heutige „Death-with-Dignity“-Bewegung in den USA prägt. Es ist ein Trugschluss anzunehmen, dass Ärzte und Menschen mit Behinderung die größten Gegner von „Death with Dignity“ seien. Im politischen System der USA ist Geld der einzig entscheidende Faktor, und einmal mehr stellt die Institution der katholischen Kirche 60 bis 70 % des Budgets der Bewegungsgegner zur Verfügung. In Massachusetts stammten 3,5 Millionen der insgesamt 5,0 Millionen US-Dollar, die von den Gegnern der Bewegung im Kampf gegen die (letztlich gescheiterte) Wählerinitiative aufgewandt wurden, von der katholischen Kirche. Ohne das katholische Geld wären die Argumente der Gegner ungehört verhallt. Es war das Geld der katholischen Kirche und nicht das einer anderen Oppositionsgruppe, das zum Scheitern der Massachusetts-Initiative geführt hatte.

Nebenbei sei bemerkt, dass die Argumente der Gegner heute dieselben sind wie im Jahr 1994, als wir das Gesetz erstmalig verabschiedeten, oder im Jahr 1997, als es bestätigt wurde. In der aktuellen Legislaturperiode habe ich mich in sieben Bundesstaaten persönlich an Gesetzesvorhaben beteiligt. Es war faszinierend zu beobachten, wie dabei stets dieselben, auf Angst, Religion und Moralvorstellungen gestützten Behauptungen, Unwahrheiten und Fehlinformationen wiedergekaut wurden. Während die Gegner von „Death with Dignity“ nur Sprechblasen und haltlose Dammbrechargumente vorzuweisen haben, können wir, die Befürworter der Bewegung, dank der Daten aus Oregon mit fundierten Erkenntnissen aufwarten.

Die Frage, die sich der „Death with Dignity“-Bewegung in den USA gegenwärtig stellt, ist, ob wegen des starken Interesses, das Brittany Maynards couragierter Bericht über ihre letzten Tage geweckt hat, auch signifikante politische Veränderungen in anderen Bundesstaaten folgen werden. Normalerweise befassen sich pro Jahr drei oder vier Gesetzgeber mit

Gesetzen zum Thema „Death with Dignity“, in diesem Jahr steht die Problematik in 25 Bundesstaaten und im District of Columbia auf der Agenda. Die meisten Gesetzesentwürfe werden wahrscheinlich abgelehnt, aufgeschoben oder wegen Fristüberschreitung ad acta gelegt werden. Die Gesetzgebung des Bundesstaates Kalifornien sieht dagegen sehr vielversprechend aus, und in Maryland wird voraussichtlich noch in diesem Sommer eine Arbeitsgruppe einen Gesetzeskompromiss erarbeiten, der im Herbst mit hoher Wahrscheinlichkeit von der Delegiertenversammlung verabschiedet werden wird. Wenn diese beiden Bundesstaaten Erfolg haben, werden sicherlich rasch weitere folgen. Andernfalls würden wir bedauerlicherweise im Status quo verharren, in dem Kirchengelder genutzt werden, um politische Reformen zu verhindern.

Vita · Peg Sandeen, Ph. D.



Sie ist seit 2005 Geschäftsführerin des „Death with Dignity National Centre“. Die Sozialpädagogin hat den Master of Social Work der Universität Iowa sowie einen Ph. D. der „Portland State University School of Social Work“. In ihrer Dissertation beschäftigte sie sich mit der Öffentlichen Meinung zum Sterbehilfegesetz in Oregon. Ihr universitärer und beruflicher Fokus konzentriert sich auf Ethikthemen im Bereich Gesundheit vor allem im Hinblick auf unheilbare Erkrankungen, die Willensbildung für ein selbstbestimmtes Sterben sowie den Einfluss der öffentlichen Meinung auf politische Veränderungen.

Sandeen verfügt über einen großen Erfahrungsschatz in Politikanalyse und Entwicklung von Strategien hinsichtlich politischer Reform-Bemühungen, die mit Abstimmungsinitiativen und rechtlichen Mitteln umgesetzt werden sollen. In ihrer früheren Tätigkeit für die Zentren für Gesundheitskontrolle und Prävention wurde sie im Bereich HIV-Prävention ausgezeichnet.

Sterbehilfe. Lebenshilfe. Tötungshilfe. Eine Positionsbestimmung.

VON THOMAS SITTE, PALLIATIVMEDIZINER, VORSITZENDER DER DEUTSCHEN PALLIATIVSTIFTUNG

„Es gibt drei Dinge im Leben, die mir geschehen und auf die ich nicht den letzten Einfluss habe. Ich werde geboren. Ich werde geliebt. Ich werde sterben.“ (G. Stanke)

Ich bin dafür, dass organisierte, gewerbliche und geschäftsmäßige Beihilfe zur Selbsttötung in Deutschland unterbunden und stattdessen die hospizlich-palliative Versorgung ausgebaut wird. Es darf in Fragen der Beihilfe zur Selbsttötung keine Sonderregelung für Ärzte geben: Weder um ihnen eine Beihilfe zum Suizid zu erleichtern, noch um sie in besonderer Weise strafrechtlich zu belangen.

Wenn ich meine persönliche Position zum Leben, Sterben, Töten darlegen soll, wenn wir über unsere verschiedenen Positionen diskutieren wollen, brauchen wir zwingend dazu einige Vorarbeiten. Wir müssen die Begrifflichkeiten eindeutig klären, um nicht unbewusst oder auch vorsätzlich aneinander vorbei zu reden. Ich benutze hierbei das von der Palliativ-Stiftung mit vielen verschiedenen Seiten abgestimmte und veröffentlichte „Glossar zur Diskussion über die Beihilfe zur Selbsttötung“.

Sodann muss ich definieren, aus welcher Grundlage ich eine Argumentation aufbauen, mit welcher Sichtweise ich diskutieren will: aus ethischer, juristischer, medizinischer Sicht oder aus einem Glauben heraus (den jeder von uns hat, gleich welcher Façon).

Und schließlich muss ich entscheiden, welches Ziel ich verfolge. Will ich, dass der Andere meinen ehrlichen Standpunkt versteht? Will ich den Anderen überzeugen? Will ich meine Überzeugung als allgemeines Prinzip durchsetzen? Oder will ich dazu beitragen, eine Lösung zu finden, mit der das Gemeinwesen, in dem ich lebe, existieren kann?

Diskussionen werden aus der eigenen moralischen Position heraus geführt und wir sollten dabei eigenen ethischen Prinzipien treu bleiben. Für seinen Standpunkt Flagge zu zeigen, tut dem Ringen um einen gemeinsam möglichen Weg nur gut. Dabei gilt immer der kategorische Imperativ, stets so zu handeln, dass die Maxime des Handelns Grundlage eines allgemeingültigen Gesetzes werden kann.



Thomas Sitte.

Aus meiner Erfahrung in der Sterbehilfe als Sterbebegleitung heraus glaube ich, dass ein barrierefreier Zugang zu Tötungserleichterungen nicht suizidpräventiv wirkt. Dies zu beweisen ist ebenso schwierig wie die Nicht-Schädlichkeit von Tötungshilfe zu beweisen. Aus dieser Überzeugung begründe ich als Patientenschutz der schwächsten Patienten für mich meine Einstellung zur Tötungshilfe: Jegliche Form aktiver Lebensverkürzung ist strikt abzulehnen. Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung sind mir eine Leitlinie.

Gerade wenn Patientenverfügungen vorliegen, gilt schon heute, dass niemand gegen seinen Wunsch am Leben erhalten werden darf. Deswegen hat die Gesellschaft die Aufgabe, über die Möglichkeiten von Hospizarbeit und Palliativversorgung als lebensbejahende Alternativen bestmöglich zu informieren und gleichzeitig dafür zu sorgen, dass diese Möglichkeiten auch für jeden verfügbar sind.

Ich bin mir darüber bewusst, dass in Ausnahmefällen menschliches Leid trotz aller hospizlichen, palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Anstrengungen sehr groß werden kann und der Wunsch nach einer wirksamen Therapie erfüllt werden muss. Gerade in diesen Einzelfällen bedarf es in höchstmöglicher Professionalität einer lindernden Hilfe, die dieses Leid begrenzt, erträglich macht oder zumindest die Wahrnehmung des Leids reduziert.

In solchen Ausnahmefällen stellt eine konsequente palliative Sedierung – auch unter gleichzeitiger Nichtfortführung nicht mehr gewollter, sterbensverlängernder Therapien – eine allgemein zulässige Handlungsform dar. Selbst diese Ausnahmen rechtfertigen keine gesetzliche Erlaubnis der gewerbsmäßigen, geschäftsmäßigen und organisierten Beihilfe zur Selbsttötung oder Tötung auf Verlangen.

Die Beihilfe zum Suizid selbst darf auch in Zukunft keinen Strafbestand darstellen. Dies gilt für alle Menschen aller Berufsgruppen gleichermaßen, die in besonderen, nicht vorhersehbaren, extrem seltenen Fällen ihrem Gewissen folgen. Solche extrem seltenen Fälle entziehen sich einer gesetzlichen Regelung und müssen bedarfsweise in jedem Einzelfall bewertet werden. Für solche Einzelfälle ist es entscheidend, dass Verantwortungsübernahme auch die Bereitschaft zur Schuldübernahme bedeutet.

Helfen Sie Sterbenden!

So möchte ich Sie, die Leser, auffordern, werden Sie „Sterbehelfer“! Stehen Sie Ihren Patienten bei! Setzen Sie sich dafür ein, dass Patientenrechte stets beachtet werden, dass Sterben zugelassen wird, wenn der Patient, der Therapien müde, nicht mehr kämpfen kann! Setzen Sie sich dafür ein, das Leiden der Sterbenden nach bestem medizinischem Standard zu lindern, ohne, wie die Stellungnahme unterstellt, in vielen Fällen Leben zu verkürzen!

Gute hospizlich-palliative Versorgung schenkt Lebenszeit und verbessert die Lebensqualität! Setzen Sie sich ein für eine Medizin ohne Tötung, aber mit Augenmaß!

Vita · Thomas Sitte



Jahrgang 1958. Er ist Anästhesist, Palliativmediziner, Pionier der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) und arbeitet jetzt im Kinderhospiz Sternenbrücke in Hamburg. Sein medizinischer Schwerpunkt ist die effektive Symptomkontrolle schwerster Symptome wie Atemnot und Schmerzen am Lebensende.

Seit 2010 ist er ehrenamtlicher Vorstandsvorsitzender der Deutschen Palliativstiftung. Auch in dieser Funktion engagiert er sich politisch für den Auf- und Ausbau der hospizlich-palliativen Versorgung, eine solide Finanzierung und bessere Rechtssicherheit für alle, die sich um sterbenskranke Menschen kümmern. Für diese Arbeit ist er unter anderem mit dem Deutschen Schmerzpreis und der Landesauszeichnung „Soziales Bürgerengagement“ Hessen ausgezeichnet worden.

„Montgomery schadet dem Ansehen des Arztberufes“

Freitodbegleitungen widersprechen nicht dem ärztlichen Berufsethos

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Delegierte des 118. Deutschen Ärztetages,

es ist nicht nur ethisch vertretbar, sondern hilfreich und human, einen schwerleidenden Patienten nicht im Stich zu lassen, der sich wohlinformiert zum Suizid entschlossen hat. Dem stimmen nicht nur 80 Prozent der deutschen Bevölkerung zu, sondern auch viele Mediziner. Der Präsident der Bundesärztekammer Frank Ulrich Montgomery spricht daher nicht im Namen der gesamten Ärzteschaft, wenn er behauptet, Freitodbegleitungen seien mit dem ärztlichen Berufsethos unvereinbar. Unvereinbar mit dem ärztlichen Berufsethos sind allerdings zahlreiche Stellungnahmen des amtierenden Ärztekammerpräsidenten: So hat Montgomery mit seiner Äußerung, Suizidbegleitungen könnten gegebenenfalls von „Klempnern“ durchgeführt werden (Statement am 12. Dezember 2014 im Haus der Bundespressekonferenz,) das Anliegen der betroffenen Patienten lächerlich gemacht und überdies das Ansehen des Arztberufes schwer beschädigt.

Wir appellieren an den Ärztetand, derartige Äußerungen ihres Präsidenten nicht mehr hinzunehmen und für die Sache ihrer Patienten einzutreten.

Es ist an der Zeit, dass sich die Bundesärztekammer vom autokratischen Führungsstil der letzten Jahre verabschiedet und Ärzte in ihren ethischen Entscheidungen nicht länger bevormundet.

Unterzeichner:

Arzt Uwe-Christian Arnold, Berlin

Dr. med. Hanjo Lehmann, Berlin

Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert, Münster

Dr. med. Ulrich Meyberg, Reinbek

Prof. Dr. Arne Kollwitz, Berlin

Dr. med. Peter Augst, Frankfurt/Main

Dr. med. Christoph Barchewitz, Bad Segeberg

Arzt Michael Barden, Biberach an der Riss

Dr. med. Winfried Beck, Offenbach/M.
Arzt Peter Beierlein, Simmelsdorf
Dr. med. Matthias Bernau, Arnstadt
Dr. med. Wolf Bernhardt, München
Dr. med. Lothar Beyer, Buxtehude
Dr.med.Hubert Bodde, Osnabrück
Dr.med.Ursula Bodde, Osnabrück
Dr. med. Elisabeth Böhringer, Merzhausen
Ärztin Cornalia Böttcher, Schwieberdingen
Dr. med. Gerhard Brötz, Ulm
Dr.med. Rainer Daumann, Berlin
Dr. med.Gisela Delventhal, Hamburg
Dr. med. Alf Domeier, Minden
Ärztin Barbara Drobig, Berlin
Dr. Dr. Reinhardt Dyck, Hamburg
Dr. med. Rainer Eggers, Dorsten
Dr. med. Fritz Eichin, Dietlingen
Ärztin i. R. Gerda Engelhardt, Niederfrohna
Arzt Peter Eßer, Nörvenich
Arzt Jörg-Rudolf Finn, Berlin
Dr. med. Wolfgang Fischer, Heilbronn
Dr. med. Georg Fischer, München
Dr. med. Jost Fischer, Neu-Ulm
Dr. med. Barbara Fleige, Berlin
Dr. med. Johann Frahm, Stuttgart
Dr. med. Kurd Geerken, Dörpen
Arzt Harald Geißler, Bad Saulgau
Dr. med. Friedhelm Gellermann, Bremen
Dr. med. Ranihildis Genius, Vallendar
Dr. med. Heinz-Josef Gerdes, Köln
Arzt Manuel Goepel, Berlin
Dr. med. Rainer A. Golz, Ingolstadt
Dr. med. Evalotte Grimault-Bark, Hanau
Prof. Dr. med. Martin Grün, Bad Kreuznach
Dr. med. Ralf Achim Günther, Bad Berleburg
Dr. med. Joachim Hacker, Eisenbach
Dr. med. Gunnar Hartung, Chemnitz
Dr. med. Curt M. Hauser, Puchheim
Dr. med. Willi Heepe, Berlin
Dr. med. Anneliese Heidegger, Marktschellenberg

Dr.med. Elisabeth Heim, Stuttgart
Dr. med. Manfred Herpich, Berlin
Dr. med. Thomas Konstantin Hessling, Bottrop
Arzt Hansjörg Hirth, Flensburg
Dr. med. Meinrad Holzapfel, Germering
Dr. med. Kriemhild Hoplitschek, Lörrach
Dr. med. Wilhelm Jäckle, Freudenstadt
Ärztin i. R. Beate Jänicke, Berlin
Dr. med. Albert Jung, Konstanz
Dr. med. Ursula Käfer, Rielasingen-Worblingen
Dr. med. Anne Kahlbrandt, Hamburg
Dr. med. Wolfgang Kausch, Hamburg
Dr. Dr. med. Jochen Kirschbaum, Wachtberg
Arzt Hartmut Klähn, Berlin
Dr. med. Katrin Klaubert, Paderborn
Arzt Peter Klein, Remagen
Dr. med. Bernd Knapp, Siegen
Dr. med. Rainer A. Kolz, Ingolstadt
Dr. med. Wolfgang Komhard, Bad Bedburg-Hau
PD Dr. med. Werner Köpp, Berlin
Dr. med. Manfred Kühlbrey, Stuttgart
Dr. med. Holger Kühn, Bochum
Dr. med. Klaus-Dieter Kühn, Willingen
Dr. med. Lars Kuntzag, Hameln
Dr. med. Jürgen Lambrecht, Baden-Baden
Dr. med. Oliver Lange, Bonn
Dr. med. Christoph Lanzendörfer, Sprecher des Ärztevereins Altkreis Hoya (Niedersachsen)
Dr. med. Heide Lebert, Gunzenhausen
Dr. Zlatko Lemberger, Haan
Dr. med. Hellmut Lenaerts, Aachen
Prof. Dr. Hermann Lindemann, Gießen
Dr. med. Irmtraud Lindner, München
Dr. med. Ramona Lipka-Sonnenberg, Fürth
Ärztin Tiziana Losito, Berlin
Dr. med. Blazo Markovic, Hermeskeil
Dr. med. Lotika Markovic, Hermeskeil
Dr. med. Anton C. Mayr, Berlin
Dr. med. Barbara Meister-Meyer, Laatzen
Dr. med. Helmut Mertens-Marschall, Nideggen
Dr. med. Björn Misselwitz, Frankfurt/Main

Prof. Dr. Volker Missgeld, Berlin
Prof. Dr. Lothar Moltz, Potsdam
Dr. med. Monika Muhler, Berlin
Dr. med. Uta Müller, Bad Krozingen
Dr. med. Heidrun Müller-Lüdecke, Frankfurt/Main
Dr. med. Michael Murauer, Deggendorf
Ärztin Ursula Neumann, Stuttgart
Dr. med. Walter Neussel, Wittlich
Dr. med. Hans Peter Niendorf, Berlin
Dr. med. Stephan Heinrich Nolte, Marburg/Lahn
Dr. med. Beata Oberste-Lehn, Lübeck
Dr. med. Michael Oertel, Stuttgart
Dr. med. Kurt Ohl, Vaihingen
Dr. med. Dorothea Oldenbürger, Bergen
Dr. med. Susanna Peters, Hamburg
Arzt Wolfgang Pielot, Winnenden
Dr. med. Klaus Pilaski, Berlin
Dr. med. Detlef Pook, Schöneck
Dr. med. Hannelore Pöthe, Berlin
Dr. med. Hartmut Raabe, Remscheid
Dr. med. Adelheid Reiche, Großhansdorf
Dr. med. Joachim Reinboth, Braunschweig
Dr. med. Andreas Reuland, Schriesheim
Dr. med. Mirjam Reuland, Schriesheim
Dr. med. Jürgen Reuter, Altenhaslau
Arzt Joachim Ries, Schwieberdingen
Dr. med. Werner Rohden, Ingolstadt
Prof. Dr. med. Ulrich Sachsse, Rosdorf
Dr. med. Hans Schaeper, Berlin
Dr. med. Gertrud Schaeper, Berlin
Dr. med. Otmar Schaffner, Kusel
Dr. med. Bruno Schahn, Saarbrücken
Dr. med. Hella Schartenberg, Hamburg
Dr. med. Christel Scheel, Langenhagen
Dr. med. Harry Scheele, Rosenheim
Dr. med. Cornelia Schenk, Mainz
Dr. med. Ulrich Scheub, Berlin
Dr. med. Peter Schlimbach, Rinteln
Ärztin i. R. Ines Schmidhäuser, Tamm
Dr. med. Rolf Schmidt, Hamburg

Dr. med. Ute Schmitz-Lüdicke, Rotenburg
Ärztin Christel Schmitz-Wirsig, Berlin
Dr. med. Yvonne Schmucker, Tegernsee
Dr. med. Veronika Schuch, Hannover
Arzt Mark Schüler, Kassel
Prof. Dr. Eveline Schulz, Berlin
Dr. med. Peter Siegel, Burgberg
Dr. med. Christian Siegert, Ellerau
Dr. med. Siegfried Siegmann, Berlin
Dr. med. Thomas Konstantin Speich, Berlin
PD Dr. Johann F. Spittler, Datteln
Dr. med. Volker Spohr, Heilbronn
Dr. med. Alfred Stanzel, Würzburg
Dipl. med. Anna Steinbach, Chemnitz
Prof. Dr. med. Daniela Steinberger, Frankfurt/Main
Dr. med. Werner Stelzer, Pöttmes
Dr. med. Tilman Stoehr, Berlin
Dr. med. Thomas Stollberg, Köln
PD Dr. med. Meinulf Strätling, Lübeck
Dr. med. Hans Strößenreuther, Nürnberg
Arzt Heiner Struve, Reinbek
Dr. med. Inge Sudergat, München
Dr. med. Anka Takacs, Stuttgart
Dr. med. Fahri Tekin, Bad Krozingen
Dr. med. Hanspeter Thom, Bad Sooden-Allendorf
Dr. med. Peter Tolksdorf, Großhansdorf
Dr. med. Cord Trübsbach, Hannover
Dr. Claudius Ulmann, Bad Neuenahr
Dr. med. Hella Vogel, München
Dr. med. Michael Vorweg, Berlin
Dr. med. Wilfried Warntjen, Wardenburg
Arzt Volker Waschkau-Kluw, Wetter
Arzt Ralph Weber, Mainz
Dr. med. Brigitte Weidekamm-Hegenscheidt, Göttingen
Dr. med. Anton Wohlfart, Ehekirchen
Dr. med. Manfred Wolfart, Wiesbaden
Dr. Wolfgang Zigrahn, Moers
Dr. med. Eugen Zimmerer, Gerlingen
Dr. med. Ursula Zwillinger-Schlitt, Stuttgart

30.4.2015

Unsere Arbeit, unsere Ziele

Die DGHS (Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e. V.) ist eine Patientenschutzorganisation, die sich seit nunmehr 35 Jahren für das Selbstbestimmungsrecht des Menschen am Lebensende einsetzt. Sterben ist ein Teil des Lebens. Selbstbestimmung bei Krankheit wie auch im Sterben gehört zu den Grundrechten der Menschen und Bürger in Deutschland. Dies wollen wir für unsere Mitglieder bis zur letzten Lebensminute sichern.

Wir bieten Menschen, die ihren Willen rechtzeitig festlegen möchten:

- Kompetente Beratung bei der Formulierung Ihrer persönlichen Patienten- und Vorsorgeverfügung.
- Eine juristisch geprüfte und ständig aktualisierte Patientenschutz- und Vorsorgekarte.
- Alle Verfügungen können bei uns elektronisch gespeichert und hinterlegt werden.
- Einen Notfall-Ausweis, mit dem die Verfügungen rund um die Uhr über das Internet abgerufen werden können, z. B. im Krankenhaus.
- Juristischen Beistand (nur für Mitglieder), falls Ihre Verfügungen nicht eingehalten werden, u. v. m.

Mit derzeit rund 25 000 Mitgliedern in Deutschland ist die DGHS die größte und erfahrenste Organisation auf ihrem Gebiet. Die DGHS ist parteipolitisch und konfessionell neutral sowie unabhängig. Als gemeinnütziger Verein mit Sitz in Berlin finanziert sich die DGHS ausschließlich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Wenden Sie sich für weitere Informationen gerne an unsere Berliner Geschäftsstelle. Unsere Mitarbeiterinnen freuen sich auf Ihren Anruf!

Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft für
Humanes Sterben e. V. (DGHS)
Kronenstraße 4
10117 Berlin
Telefon: 0 30/21 22 23 37-0
Fax: 0 30/21 22 23 37-77

info@dghs.de
www.dghs.de
www.facebook.com/DGHSde
Briefpost an:
PF 64 01 43
10047 Berlin

