



## Interview mit Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery

Präsident der Bundesärztekammer

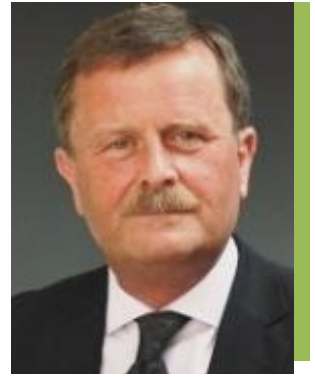


Foto: Bundeärztekammer

Frank Ulrich Montgomery ist ein deutscher Radiologe. Von 1989 bis 2007 war er erster Vorsitzender des Bundesvorstandes der Ärztegewerkschaft Marburger Bund, deren Ehrenvorsitzender er seit 2007 ist. Ebenfalls 2007 wurde er zum Vizepräsidenten der Bundesärztekammer berufen, 2011 zu deren Präsident gewählt. Im April dieses Jahres hat ihn der Vorstand des Weltärztebundes zum stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. Mit Frank Ulrich Montgomery (**FUM**) sprach der Vorstandsvorsitzende der Stiftung LebensBlicke, Professor Dr. J. F. Riemann (**JFR**).

\*\*\*\*\*

**JFR:** Der Bundestag hat inzwischen ein Gesetz zur Sterbebegleitung und Suizidbeihilfe beschlossen. Dem Gesetzentwurf lagen vier Gruppenanträge vor. Wie sieht die Bundesärztekammer als Vertreterin der Ärzteschaft diese finale Gesetzgebung?

**FUM:** Die Ärzteschaft hat von Anfang an unmissverständlich klargestellt, dass die Tötung eines Patienten, auch wenn sie auf dessen Verlangen erfolgt, sowie die Beihilfe zum Suizid nach den Berufsordnungen aller Ärztekammern in Deutschland nicht zu den Aufgaben des Arztes gehören. Wir begrüßen es deshalb sehr, dass der Deutsche Bundestag den Anträgen einiger Parlamentarier für eine Liberalisierung der Sterbehilfegesetzgebung nicht gefolgt ist.

Der Gesetzgeber hat ein Gesetz verabschiedet, das die geschäftsmäßige Sterbehilfe, also die Praxis sogenannter Sterbehilfevereine, untersagt. Diese Regelung begrüßen wir.

Besonders wichtig ist, dass die Sterbehilfedebatte der vergangenen Monate mit dazu beigetragen hat, den Blick der Menschen auf die vielfältigen Möglichkeiten der Palliativmedizin und der Hospizarbeit zu schärfen.

**JFR:** Sterbehilfe ist in Zukunft nur strafbar, wenn sie geschäftsmäßig ausgeübt wird. Kann sich ein „normaler“ Arzt dennoch strafbar machen?

**FUM:** Die zielgerichtete sogenannte „aktive Sterbehilfe“ ist als Tötung auf Verlangen gem. § 216 StGB strafbar, also auch wenn sie einmalig geschieht.

Behandlungsbegrenzung und palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen, etwa zur Schmerztherapie, bleiben dagegen nach wie vor straffrei. Eindeutig nicht strafbar ist also die sogenannte Hilfe beim Sterben, die durch medizinisches und pflegerisches Personal im Rahmen medizinischer Behandlung etwa in Krankenhäusern, Pflegeheimen, Hospizen und anderen palliativmedizinischen Einrichtungen geleistet wird.

Die ärztliche Suizidbeihilfe ist dagegen keine ärztliche Aufgabe. Suizidbeihilfe ist keinesfalls als ‚normale Therapieoption‘ zu verstehen. Sie unterscheidet sich nicht bloß graduell, sondern kategorisch von palliativmedizinischen Maßnahmen. Suizidbeihilfe war bisher berufsrechtlich untersagt, aber nicht strafbar, soweit der Suizid freiverantwortlich und nicht krankheitsbedingt erfolgte. Das hat sich nun geändert. Ein Arzt macht sich nach neuem Recht dann strafbar, wenn er die Selbsttötung eines Menschen absichtlich geschäftsmäßig fördert, bspw. indem er ein Medikament zum Zwecke des Suizids bereitstellt. Sollte der Arzt im Einzelfall entgegen seiner Berufspflichten Suizidbeihilfe gewähren, geschieht dies typischerweise gerade nicht „geschäftsmäßig“.

Ein Arzt macht sich daher nicht strafbar, wenn er seine Patienten bei entsprechender medizinischer Indikation und ordnungsgemäßer Dokumentation behandelt.

**JFR:** Hat der Mensch ein Recht, seinem Leben mit Hilfe anderer ein Ende zu setzen?

**FUM:** Jeder Mensch hat das Recht, seinem Leben ein Ende zu setzen. Ob er ein Recht hat, dies mit Hilfe eines Dritten zu tun, ist dagegen nicht einfach zu beantworten. Es besteht jedenfalls kein uneinschränkbares Recht auf Hilfe zur Selbsttötung. Das geltende Strafrecht verbietet die Hilfe zur Selbsttötung nicht, es sei denn sie erfolgt geschäftsmäßig. Davon zu unterscheiden und klar zu verneinen ist die Frage, ob ein Mensch einen Anspruch auf Hilfe zur Selbsttötung durch einen Dritten hat. Unter keinen Umständen kann ein Dritter verpflichtet werden, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten.

**JFR:** Ist die terminale Sedierung, wie sie z.B. die European Association for Palliative Care (EAPAC) empfiehlt, ein geeignetes Mittel in der letzten Lebensphase eines Schwerstkranken?

**FUM:** In seltenen Fällen ist weder durch eine ursächliche noch durch eine symptomatische Therapie, bzw. durch das Weglassen von Maßnahmen, eine zufriedenstellende Linderung des Leidens bei Sterbenden zu erreichen. Als Ultima Ratio ist in solchen Situationen eine palliative Sedierung zu erwägen. Die palliative Sedierung beinhaltet den überwachten Einsatz von Medikamenten für Patienten, die unter therapierefraktären Symptomen leiden. Als Indikationen in der Sterbephase werden häufig agitierte Verwirrtheit, Atemnot, Schmerz, epileptische Anfälle, massive Blutungen oder Asphyxie sowie nicht-physische Symptome wie refraktäre depressive Zustände, Angst, oder existentielles Leid genannt. Für diese nicht-physischen Symptome als Indikation für eine palliative Sedierung gibt es allerdings keinen übergreifenden fachlichen Konsens (zitiert aus S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“, Kurzversion, S. 73).

**JFR:** Palliativmedizin ist ein sehr komplexes Fachgebiet, das neben medizinischen Kenntnissen auch viel Empathie und psychologische Fähigkeiten nicht nur im Umgang mit den Sterbenden, sondern auch mit deren Angehörigen erfordert. Gibt es ausreichend geschulte Palliativmediziner?

**FUM:** Zunächst bedarf es eines abgestuften Konzepts einer differenzierten Palliativversorgung, das sowohl ambulante als auch stationäre sowie allgemeine als auch spezialisierte palliativ-medizinische Versorgungsangebote beinhaltet, um einen Patienten dem Stadium seiner Erkrankung und seinem jeweiligen Bedarf entsprechend zu betreuen. Zum 31.12.2014 verfügten 9.073 Fachärztinnen und Fachärzte über die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, davon waren 8.683 Personen berufstätig. Derzeit erwerben pro Jahr rund 1000 Ärzte diese Zusatzbezeichnung. Als sinnvolle Ergänzung bewerten wir die qualifizierte, allgemeine ambulante Palliativversorgung, die einen fließenden Übergang von kurativer zur palliativen Versorgung im häuslichen Umfeld ermöglicht.

**JFR:** Die demografische Entwicklung lässt erwarten, dass immer mehr Menschen in höherem Alter nicht nur pflegebedürftig werden, sondern in zunehmenden Fällen auch eine Palliativbetreuung benötigen. Reichen nach Ihrer Ansicht die derzeitigen Hospizplätze bzw. ambulante Einrichtungen aus?

**FUM:** Nahezu die Hälfte aller Menschen in Deutschland verstirbt nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Krankenhaus. Ganz überwiegend werden Sterbende in den verschiedenen Fachabteilungen außerhalb der Palliativstation begleitet. Deshalb gilt es insbesondere diese Lücke zu

schließen um die allgemeine palliativmedizinische Versorgung im Krankenhaus zu verbessern. Insgesamt glaube ich aber, dass wir auf einem guten Weg sind eine alle Versorgungsbereiche umfassende, differenzierte palliativmedizinische Versorgung zu ermöglichen.

**JFR:** Ist das inzwischen auch verabschiedete Hospiz- und Palliativgesetz ausreichend? Was müsste ggfs. mehr getan werden?

**FUM:** Das Gesetz ist ein wichtiger Schritt, die Strukturen der Hospiz- und Palliativversorgung in wesentlichen Bereichen weiter auszubauen und zu konsolidieren. Nachbesserungsbedarf besteht u.a. bei der allgemeinen Palliativ-Versorgung im Krankenhaus und hinsichtlich der Berücksichtigung des erhöhten Pflegeaufwands in stationären Pflegeeinrichtungen.

Außerdem spricht sich die BÄK für ein abgestuftes Konzept einer differenzierten Hospiz- und Palliativversorgung aus. Um die Patienten bedarfsgerecht betreuen zu können, müssen sowohl ambulante und stationäre, als auch allgemeine und spezialisierte Versorgungsangebote vorgehalten werden.

Ich verweise auf die Stellungnahme der BÄK vom 26.8.2015 zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung. Sie ist abrufbar unter:<http://www.bundesaerztekammer.de/politik/stellungnahme-angesetzgebung> (Genauer Link: [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/2015-08-06\\_STN\\_der\\_BAEK\\_zum\\_Regierungsentwurf\\_eines\\_Hospiz-\\_und\\_Palliativgesetzes.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/2015-08-06_STN_der_BAEK_zum_Regierungsentwurf_eines_Hospiz-_und_Palliativgesetzes.pdf))

**JFR:** Gerade Krebspatienten fürchten sich nach Diagnosestellung vor einem finalen Siechtum. Was kann präventiv getan werden, um den Mensch die Angst vor Krankheit und Tod zu nehmen.

**FUM:** Zuwendung, Sicherheit, Vertrauen. Das System und die darin Beschäftigten müssen dieses dem mit der Diagnose Konfrontierten vermitteln. Dazu bedarf es ausreichenden und ausreichend ausgebildetem Personal, dem man auch Zeit zugesteht, empathisch auf den Kranken einzugehen. Die Merkantilisierung der Medizin steht dem im Weg. Wir müssen deswegen für ausreichend Personalschlüssel und adäquate Bezahlung aller Mitarbeiter kämpfen. Angst nehmen ist eine menschliche, humane Aufgabe – keine ökonomische Determinante.

**JFR:** Was kann die Bundesärztekammer dazu beitragen, den Tod als Teil des Lebens nicht auszugrenzen, wie heute häufig gerne getan wird, sondern diesen Endpunkt bewusster

und akzeptabel zu machen? Sind Statistiken über Mortalitätszahlen, 5-Jahresüberlebensraten etc. da hilfreich?

**FUM:** Ich glaube nicht, dass Zahlen und Statistiken dazu beitragen, den Menschen die Angst vor dem Sterben zu nehmen. Es ist die Angst, diese Zeit mit Leid und Schmerz alleine in einem unpersönlichen Umfeld zu fristen. Bei den meisten Menschen überwiegt der Wunsch das Lebensende in der vertrauten häuslichen Umgebung in Würde zu verbringen. Dazu gehört eine optimale interdisziplinäre und multiprofessionelle Versorgung. Gute Angebote sind hier eine echte Lebenshilfe. Allerdings darf man auch die Menschen nicht vergessen, die allein leben oder deren Beigehörige nicht in der Lage sind, Beistand zu leisten: hier kommt der hospizlichen Versorgung eine wichtige Aufgabe zu.

**JFR:** Herzlichen Dank für das aufschlussreiche und interessante Gespräch.