

Prof. Dr. Winfried Hardinghaus

Fünf Tesen für ein gutes Sterben

Eine persönliche Betrachtung

Sylter Palliativtage, 12.3.2017

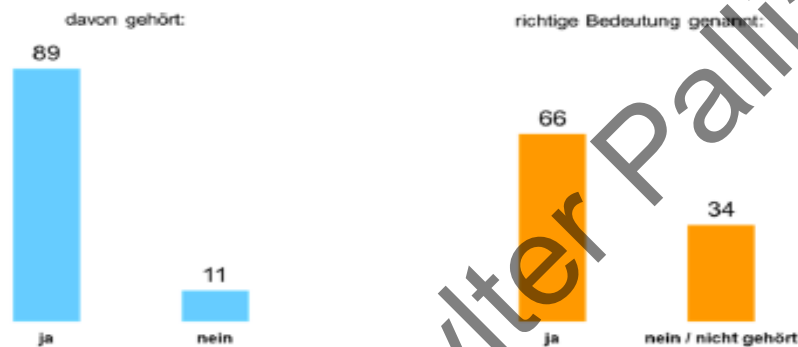
## Fünf Thesen für ein gutes Sterben

1. Informiert sein
2. Vorsorge treffen
3. Eine gute Hospiz- und Palliativversorgung anbieten und annehmen
4. Ethische Grenzen ziehen
5. ....

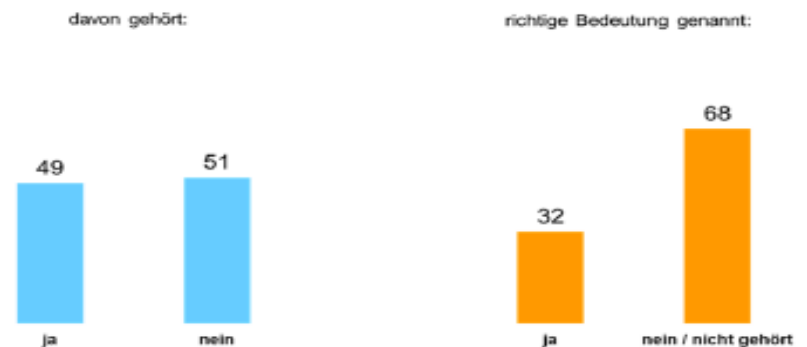
## 1.These: Informiert sein

Inwieweit werden die Begriffe „Hospiz“ und Palliativ“ in der Bevölkerung gekannt?

### Begriff „Hospiz“

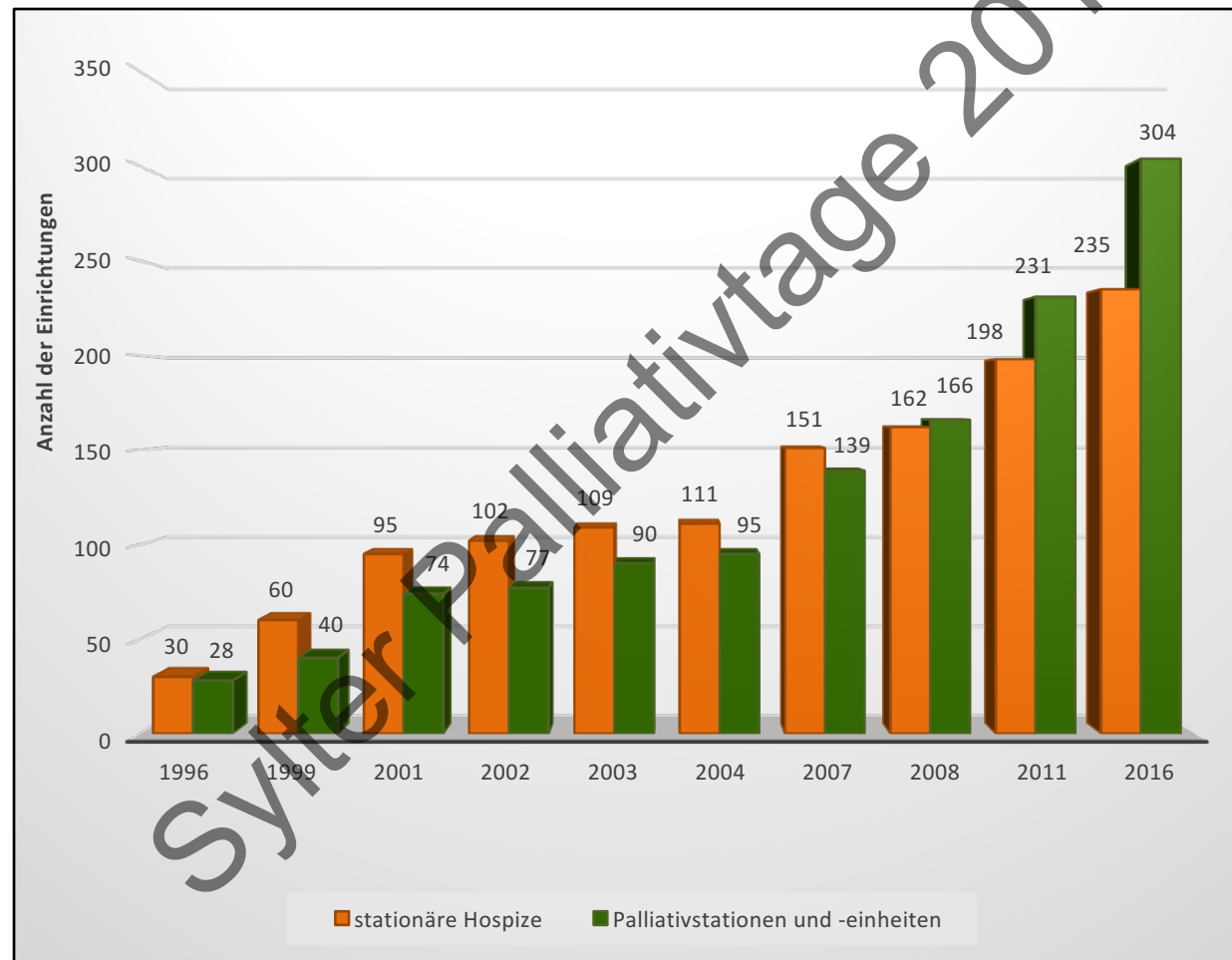


### Begriff „Palliativ“



FGW Telefonfeld GmbH: Umfrage „Sterben in Deutschland“; Juni 2012 (n = 1.044)

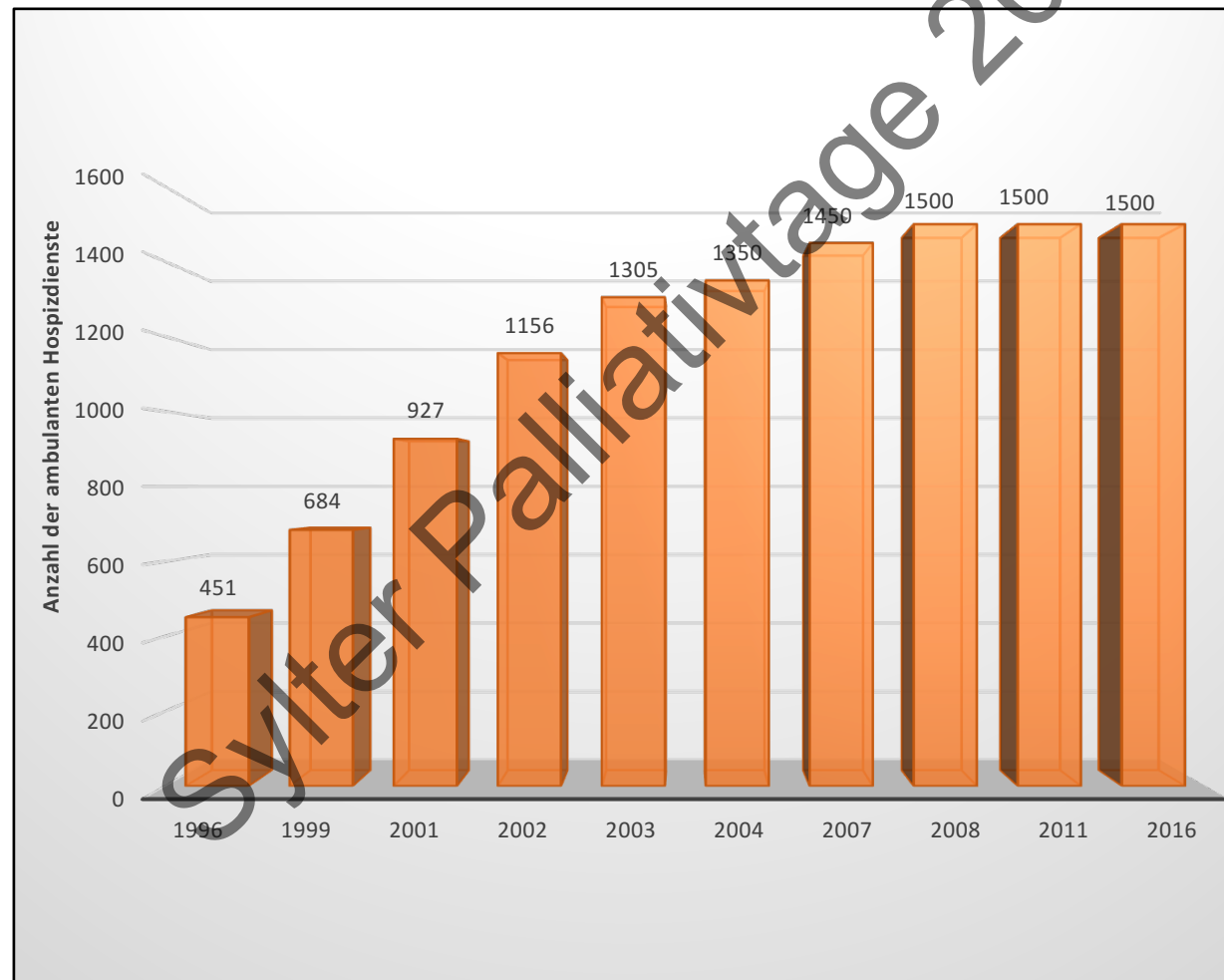
## Entwicklung der stationären Hospize für Erwachsene, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene von 1996 bis 2016<sup>1</sup>



<sup>1</sup>Die Angaben beziehen sich auf stationäre Hospize gem. § 39a Abs. 1 SGB V für Erwachsene, für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Tages- und Nachthospize sowie Einrichtungen der Kurzzeitpflege wurden in dieser Erhebung nicht berücksichtigt.

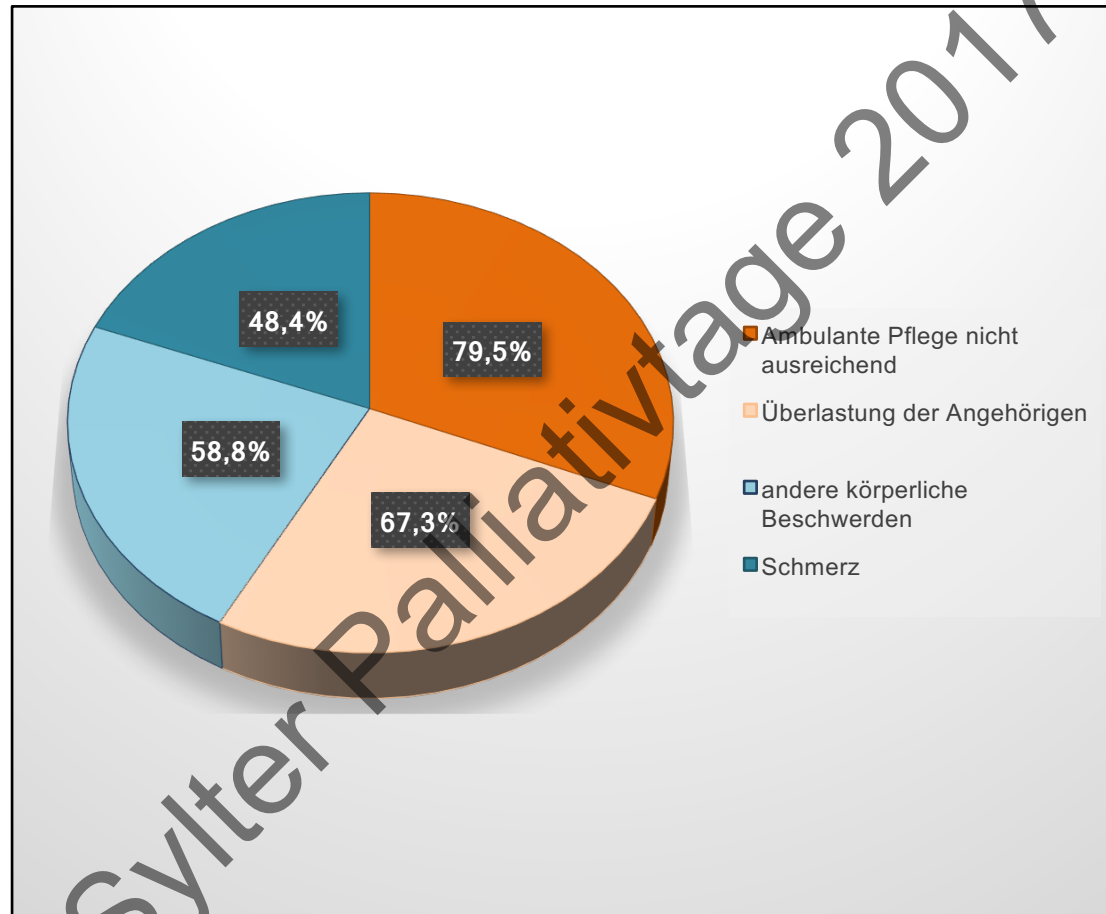


## Entwicklung der ambulanten Hospiz- und Palliativdienste für Erwachsene, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene von 1996 bis 2016

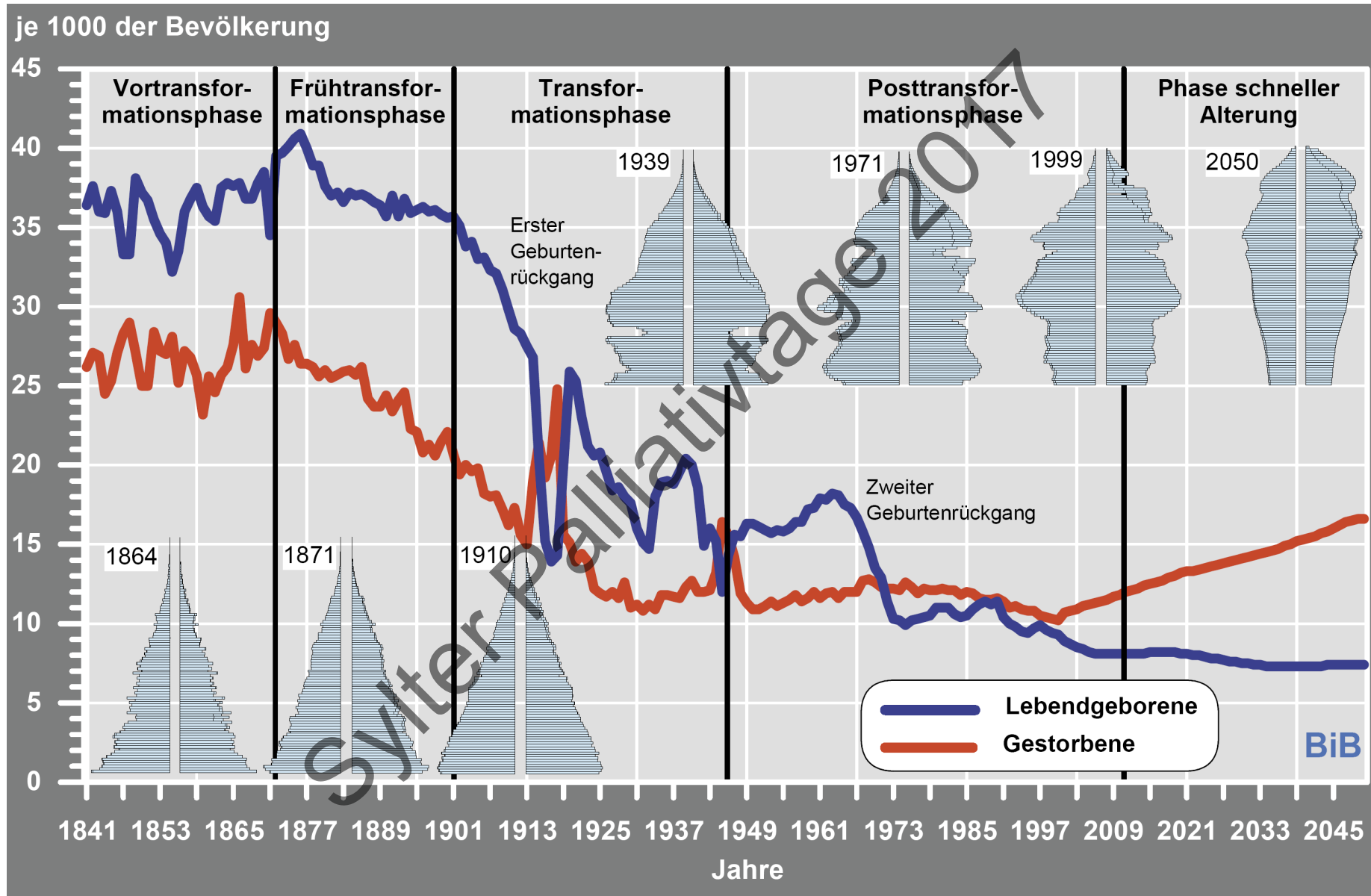




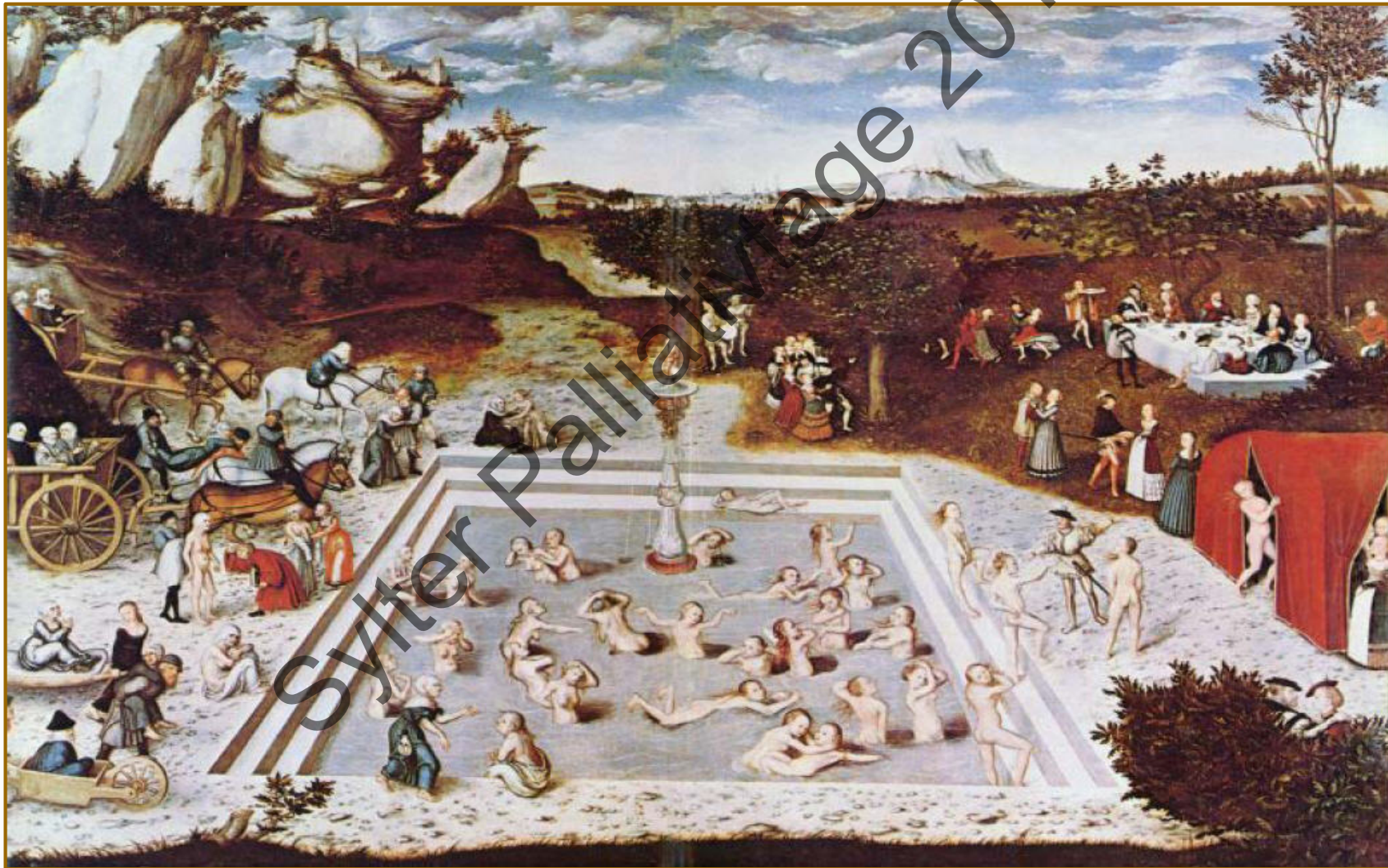
## Gründe für eine Aufnahme in ein Hospiz



Aus 3500 Begleitungen 2014

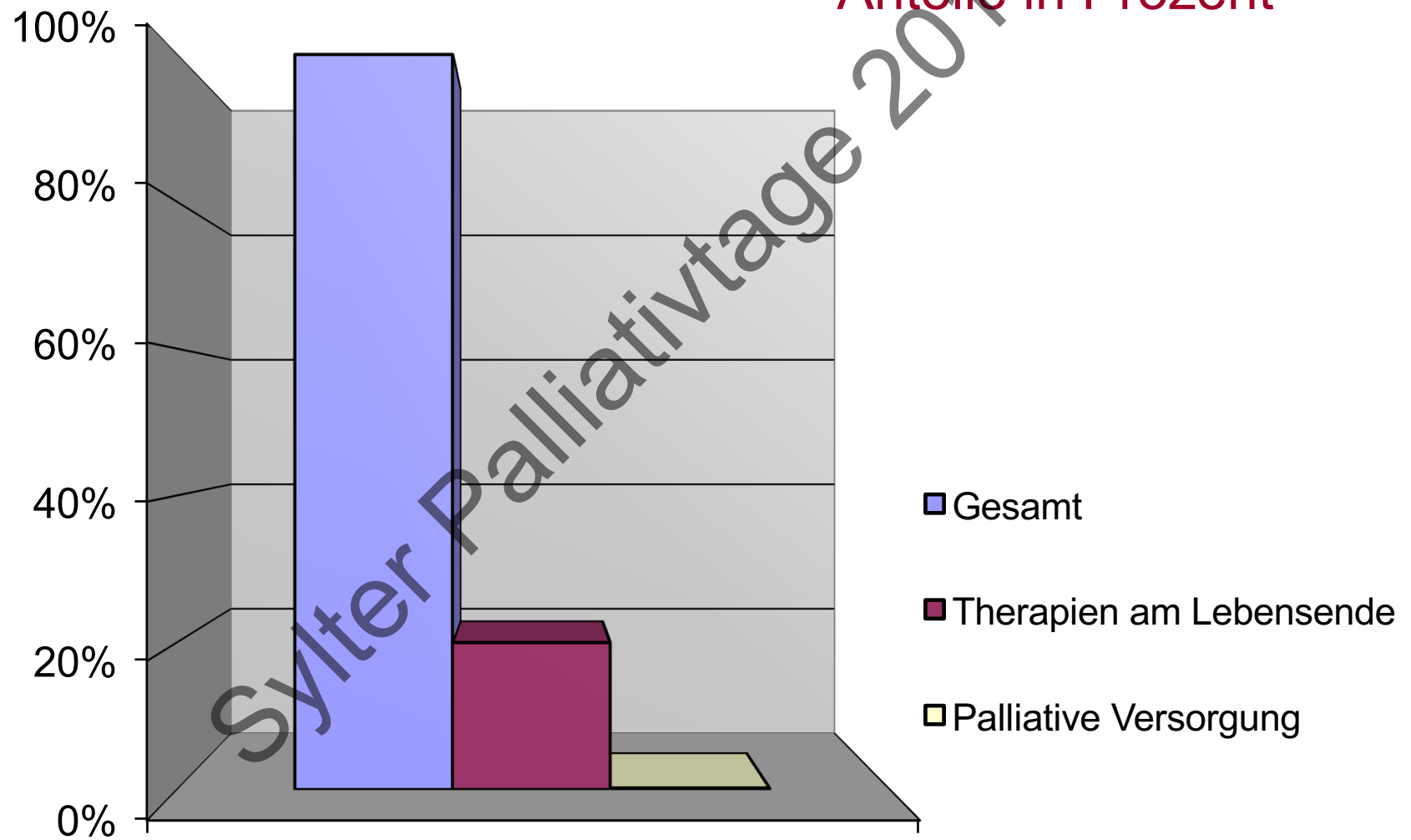


## 2. These: Vorsorge treffen (in der Gesellschaft und persönlich)





## Ausgaben der Krankenkassen Anteile in Prozent







Im Fall meiner Entscheidungsunfähigkeit wünsche ich bei einer unmittelbar zum Tode führenden Erkrankung keine intensivtherapeutischen oder wiederbelebenden Maßnahmen, die mein Leiden oder Sterben nur verlangsamen würden. Insbesondere gilt dies für die künstliche Ernährung und Beatmung. Eine ausführenden Verfügung befindet sich bei den umseitig benannten Personen meines besonderen Vertrauens.

**Vollmacht/Betreuungsverfügung**  
 Als Personen meines besonderen Vertrauens bezeichne ich:

| Vorn./Name | Adresse | Telefon |
|------------|---------|---------|
| 1.         |         |         |
| 2.         |         |         |

Diese Vollmacht/Verfügung habe ich im selben Bewusstsein um die Bedeutung erteilt.  
 Ein weiteres Exemplar ist im Besitz meiner o. g. Vertrauenspersonen.

Unterschrift Patient

SPES VIVA

Herausgeber:  
**Förderverein SPES VIVA e. V.**  
 Vorsitzender: Dr. Reinhold Kassing  
 Sekretariat:  
 Bremer Straße 31  
 49179 Ostercappeln  
 Telefon: (0 54 73) 2 92 82  
 Telefax: (0 54 73) 2 93 49  
 E-mail: kontakt@spes-viva.de  
 Internet: www.spes-viva.de

Verantwortlich für den Inhalt:  
 Prof. Dr. Winfried Hardinghaus  
 Jürgen Wilmsen-Neumann M. A.

Inhaltlicher Stand der Fassung: Januar 2015

Wenn ich mich nicht mehr äußern kann, 18. 11. 2011

Ich trinke keinen Kaffee, Tee mehrere Variationen,  
kein Früchtetee, kein Fleisch, keine Würst. Nüsse  
nicht gut verträglich. Säfte gerne, nicht ständig.  
Heißes Wasser ist mein Lebenselixir.

Meine Vorliebe ist die Musik, besonders italienische  
Opern - La Traviata (Verdi) und La Bohème (Puccini)  
sind Lieblingsstücke von mir. Instrumente: Flöte,  
Klarinette, Harfe, Klavier etc. mit wohlklingenden  
Tönen. Ich möchte von Menschen umgeben sein mit viel  
Gefühl für das Natürliche, keine gekünstelte Freund-  
lichkeit und - Sprache. Seid natürlich, ich liebe  
besonderen Humor, besonders Liebe ich Gott, der  
mich auch in dieser Situation tragen wird.

## PALLIATIVNOTFALLBOGEN

**Name:** \_\_\_\_\_ **WICHTIGE Kontaktpersonen / Telefonnummern:** \_\_\_\_\_  
**Geb.Datum:** \_\_\_\_\_ **Nächster Angehöriger:** \_\_\_\_\_  
**Adresse:** \_\_\_\_\_ **Bevollmächtigter:** ☐ Ja ☐ Nein  
**Diagnosen:** \_\_\_\_\_ **Name/Geb.Datum:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ **Adresse:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (o.g. Bevollmächtigter gem. §1896 Abs. 2 BGB bei Einwilligungsunfähigkeit  
 ist zur Umsetzung meines in dieser Verfügung bestimmten Willens ernannt)  
**Aktuelle Probleme:** \_\_\_\_\_ ☐ Palliativteam: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ☐ Hausarzt: \_\_\_\_\_  
**Besonderheiten:** \_\_\_\_\_ ☐ Pflegedienst: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ☐ Kassenärztl. Notdienst: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ☐ Notarzt: \_\_\_\_\_ 112  
 \_\_\_\_\_ ☐ Seelsorge: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ☐ Hospiz: \_\_\_\_\_

**Herz-Lungen-Wiederbelebung gewünscht?**  
☐ Ja ☐ Nein  
**Krankenhauseinweisung gewünscht?**  
☐ Ja (Erläuterung Rückseite) ☐ Nein  
**Aufklärung Prognose/Diagnose?**  
 Patient: ☐ Ja ☐ Nein  
 Angehörige: ☐ Ja ☐ Nein  
 Patientenverfügung: ☐ Ja ☐ Nein  
 Vorsorgevollmacht: ☐ Ja ☐ Nein  
**Hinterlegung der Dokumente:** \_\_\_\_\_

**Ablehnung weiterer Maßnahmen:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**Letzter Klinikaufenthalt:** \_\_\_\_\_  
**Klinik/Einrichtung:** \_\_\_\_\_  
**Aufklärung bei Erstellung des Bogens durch:** \_\_\_\_\_

Datum Name Unterschrift Patient/Bevollmächtigter  
 (Aktualisierungen siehe Rückseite, der Notfallbogen entspricht der gültigen Gesetzgebung zu  
 Patientenverfügungen §1901a Abs. 1-5 BGB)

Datum Name des Arztes Unterschrift  
 (mögliche Konsequenzen, die sich aus der Ablehnung medizinischer Maßnahmen  
 ergeben, wurden dem Patienten erläutert; die volle Einsichts- und Einwilligungs-  
 fähigkeit des Patienten lag zum Zeitpunkt der Erstellung vor)

Reihenfolge der Kontakte individuell eintragen

© Wiese, Geyer, Piratinger, Dittge 2010

„Patientenverfügung“:



## Reichweitenbegrenzung in der Patientenverfügung

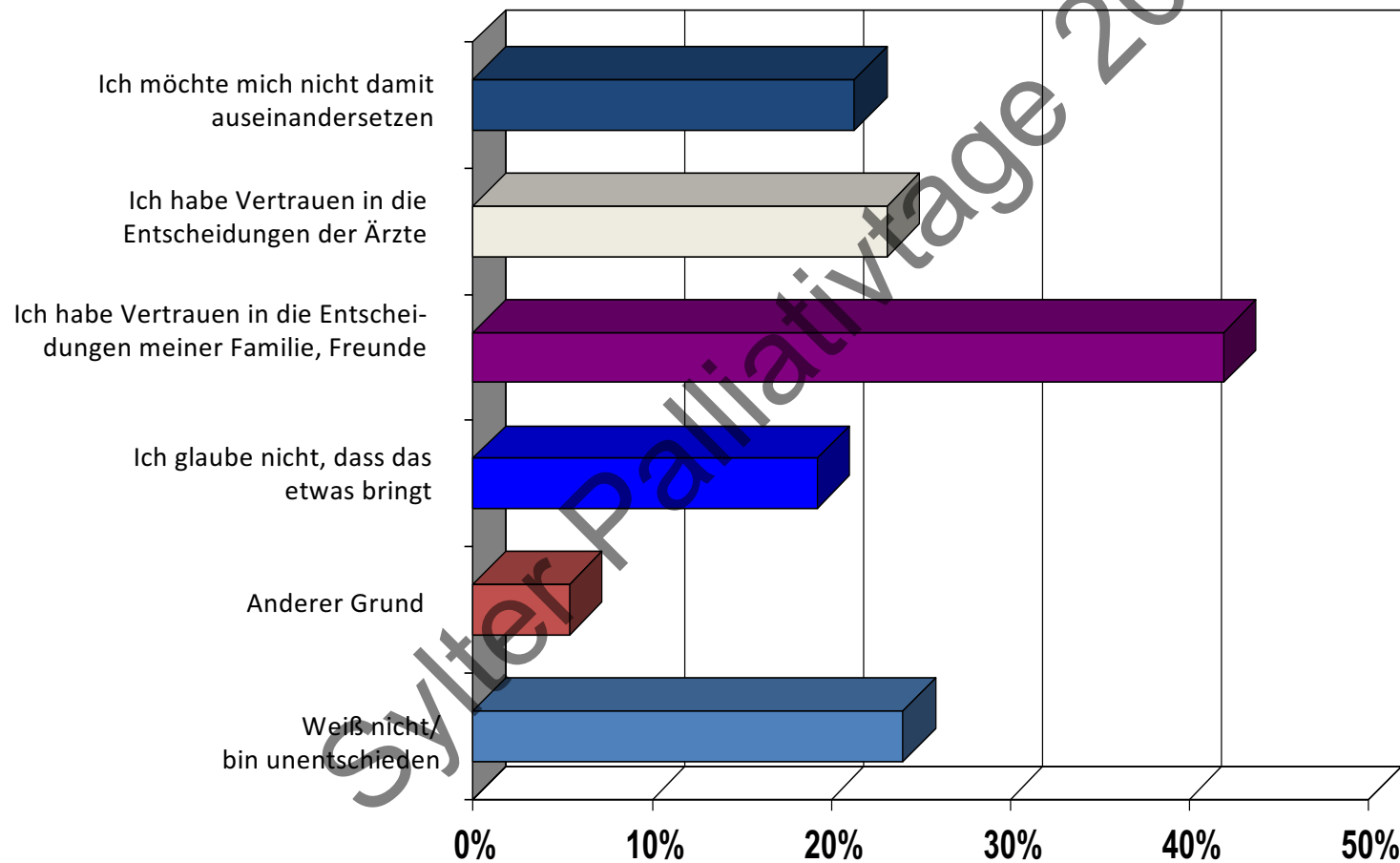
für eine Beschränkung auf irreversible,  
unmittelbar zum Tode führende  
Erkrankungen

Hierzu gehören per se nicht :

- Demenz
- Wachkoma



## Gründe für das Nichtverfassen einer Patientenverfügung



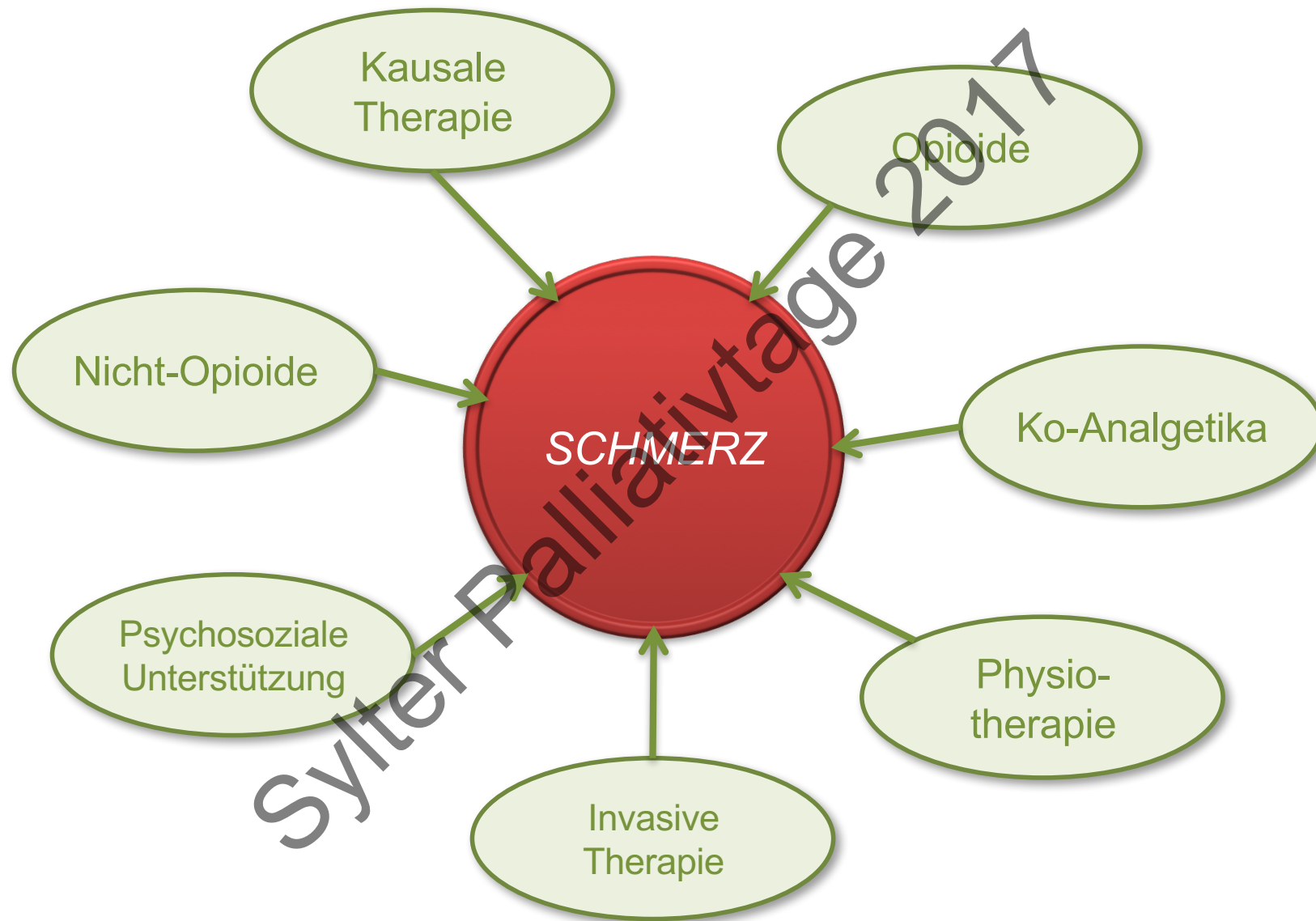
Mod. n. Kindtworth 2013

### 3. These: Eine gute Hospiz- und Palliativversorgung anbieten

Sie dient der Verbesserung der Lebensqualität von mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontierten Patienten und ihren Angehörigen.

Dies geschieht durch Linderung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur.





# Kommunikation

da sein, zuhören

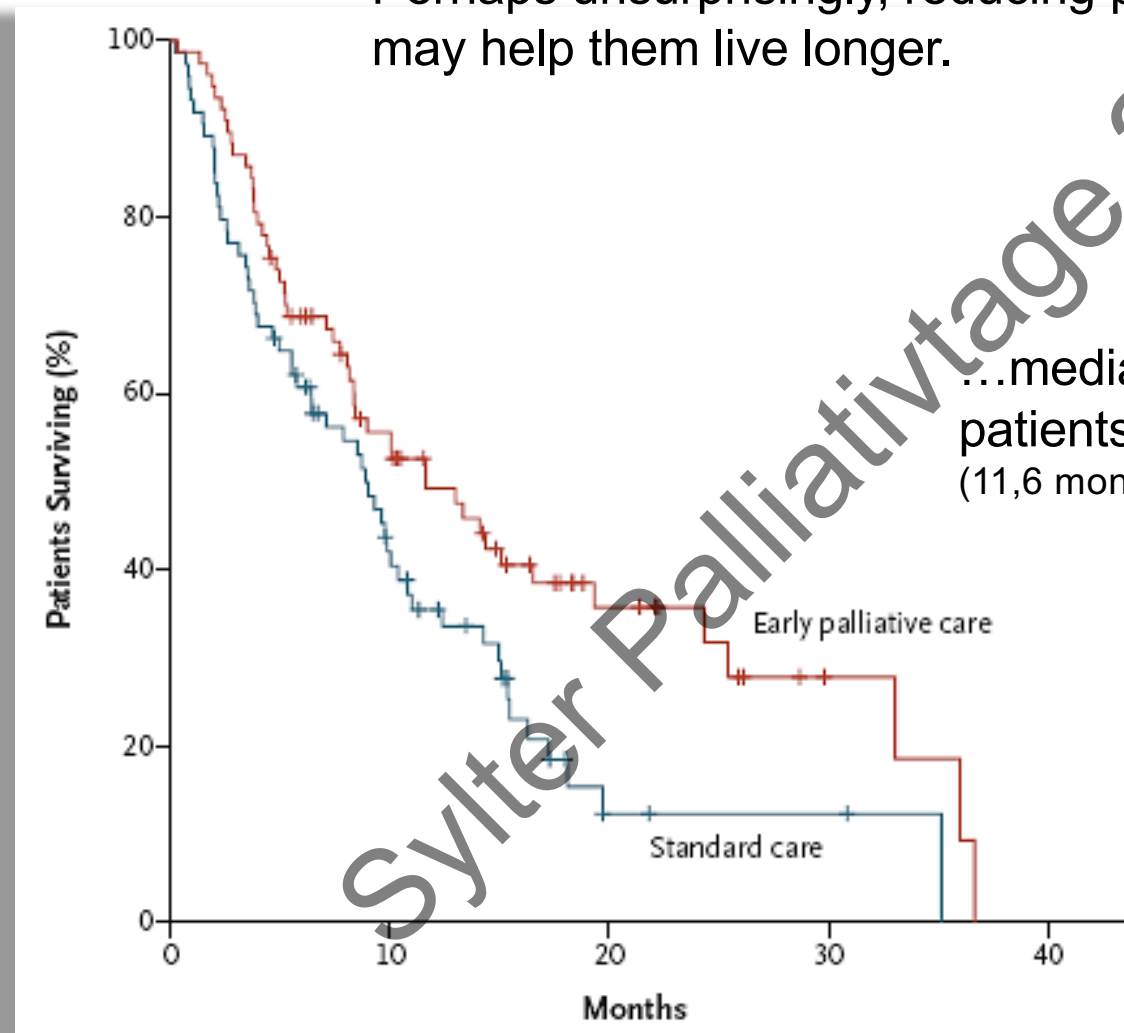
sprechen

Schmerz

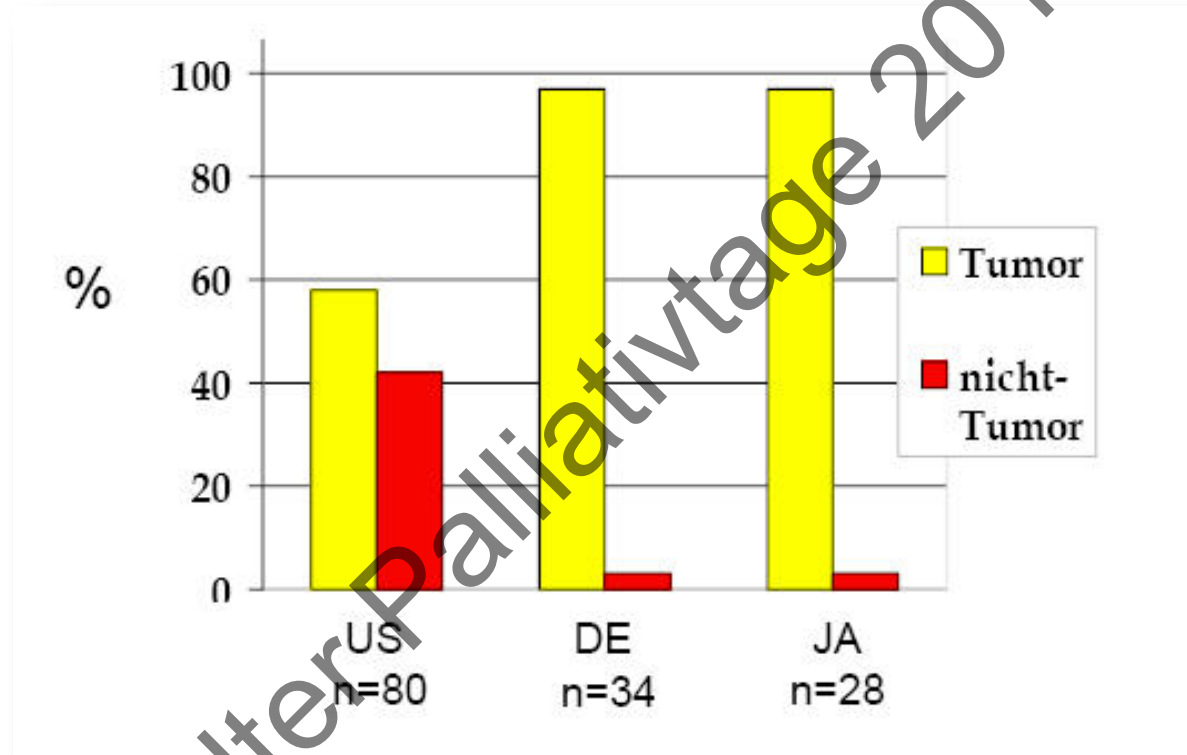
berühren

Schmerztherapie

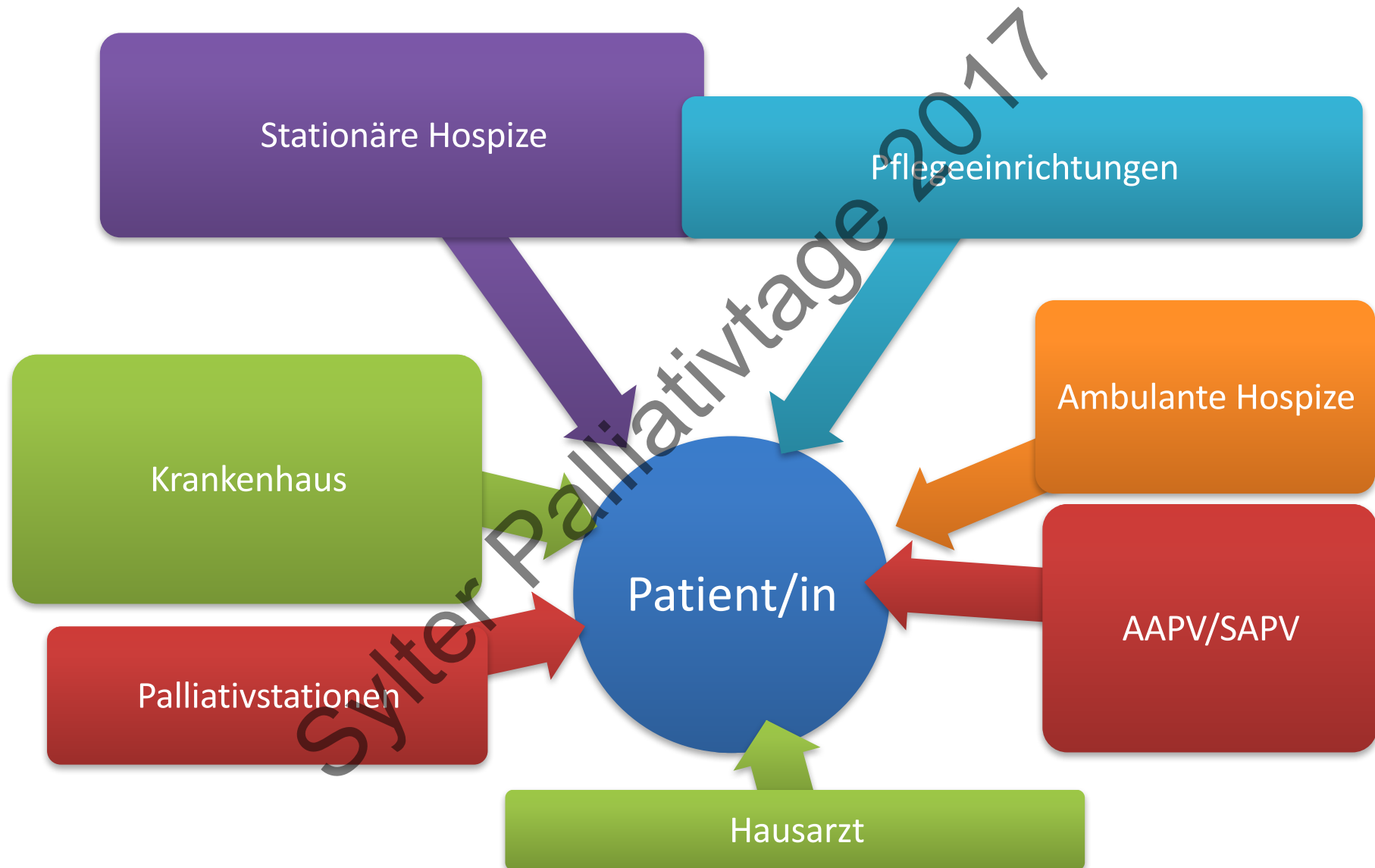
Perhaps unsurprisingly, reducing patient's misery  
may help them live longer.



...median survival was longer among  
patients receiving early palliative care  
(11,6 months vs. 8,9 months,  $P = 0,02$ ).



- Ausbau der Palliativversorgung und Unterstützung der Hospizbewegung (strukturschwache und ländliche Regionen)
- Vernetzung
- Bessere Finanzierung
- Stärkung der Palliativversorgung und Hospizkultur in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern
- Information der Patientinnen/Patienten
- Gesundheitliche Vorsorgeplanung (ACP)

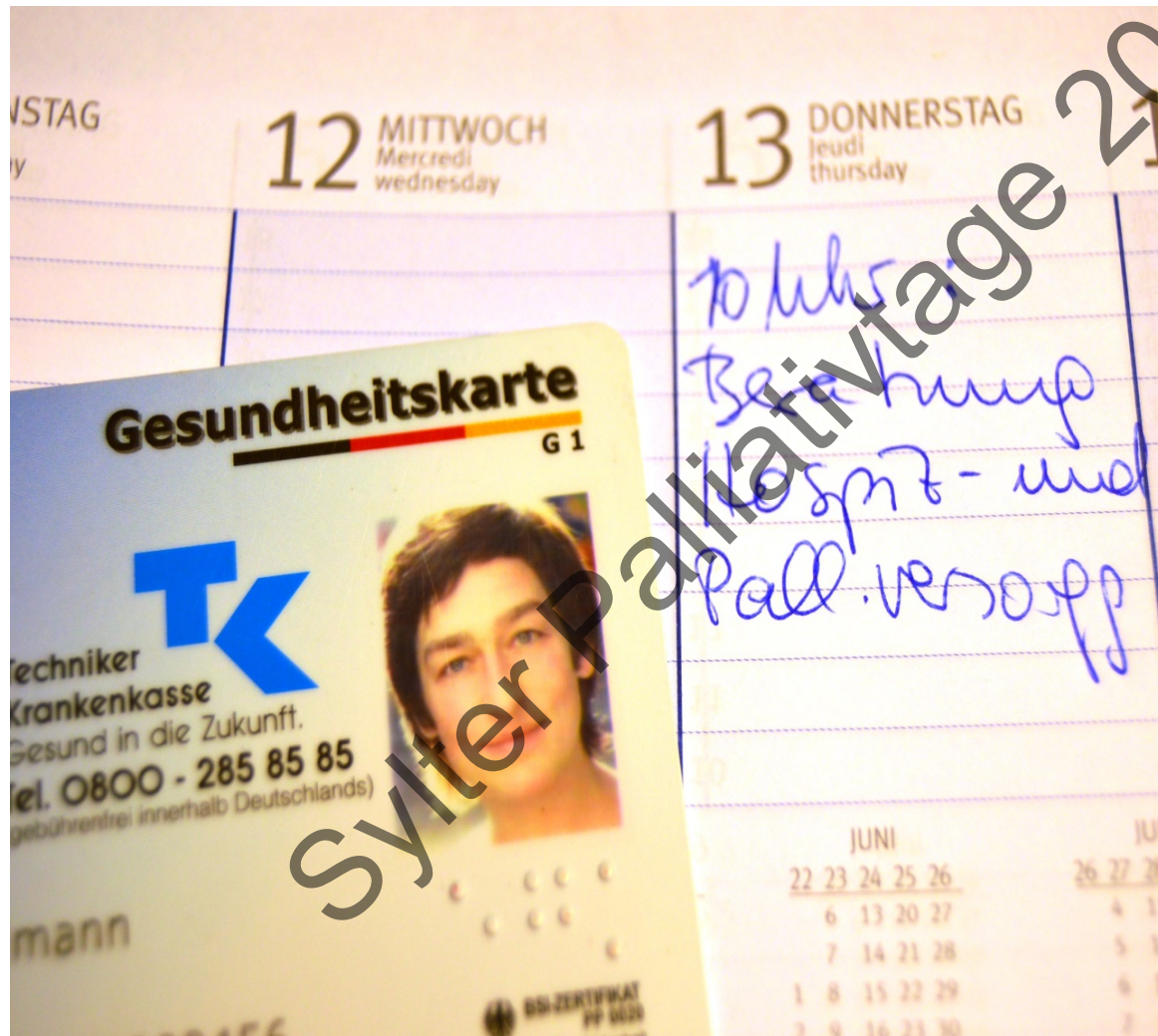


1. stationäre Hospizarbeit
2. ambulante Hospizarbeit
3. Hospiz- und Palliativberatung durch die gesetzlichen Krankenkassen
4. Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)
5. Bundesmantelvertrag/EBM ( besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung )
6. allgemeine Palliativversorgung
7. Neuregelungen im Krankenhaus
8. Neuregelungen für Pflegeeinrichtungen

- Für alle stat. Hospize wird der Zuschuss der Kranken- und Pflegekassen von 90% auf 95% erhöht
- Der kalendertägliche Mindestzuschuss wird von 7% auf 9% der monatlichen Bezugsgröße erhöht
- es werden einheitliche Kriterien zu Leistung und Qualität der stationären Hospizarbeit festgelegt, auch für die stationäre Kinderhospizarbeit – beides noch in Beratung
- Schaffung einer Regelung, wann ein Leistungsanspruch einer Bewohnerinnen / eines Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung für den Wechsel in ein stationäres Hospiz besteht – noch in Beratung

- auch hier finanzielle Verbesserungen, z.B. durch einen angemessenen Zuschuss zu Personal- und Sachkosten
- Die Förderung ambulanter Hospizdienste wird von 11% auf 13% der monatlichen Bezugsgröße je Leistungseinheit erhöht
- zeitnahe Förderung bei Neugründung
- Begleitungen im Auftrag eines Krankenhausträgers werden unter Leitung einer Fachkraft ermöglicht und im Rahmen der Personal- und Sachkosten berücksichtigt.

- auch hier finanzielle Verbesserungen, z.B. durch einen angemessenen Zuschuss zu Personal- und Sachkosten
- Die Förderung ambulanter Hospizdienste wird von 11% auf 13% der monatlichen Bezugsgröße je Leistungseinheit erhöht
- zeitnahe Förderung bei Neugründung
- Begleitungen im Auftrag eines Krankenhausträgers werden unter Leitung einer Fachkraft ermöglicht und im Rahmen der Personal- und Sachkosten berücksichtigt.
- Sicherstellung der Gewährleistung eines bedarfsgerechten Verhältnisses von ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeiterinnen





Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen zu den Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung (auf Wunsch unter Beteiligung der Angehörigen):

- Übersicht der Ansprechpartner der regional verfügbaren Beratungs- und Versorgungsangebote
- Hilfestellung bei Bedarf bei der Kontaktaufnahme und Leistungsanspruchnahme



## Regelungen des GKV-Spitzenverbandes vom 20.06.2016

für die Information der Versicherten über die Möglichkeiten persönlicher  
Vorsorge für die letzte Lebensphase  
nach § 39b Abs. 2 Satz 2 SGB V

Seit 2007 hat jeder Versicherte in Deutschland das Recht auf diese Versorgungsform, die zum Ziel hat, auch solchen Patientinnen und Patienten eine Versorgung und Betreuung zu Hause zu ermöglichen, die einen besonders aufwändigen Betreuungsbedarf haben.

Neu: Bei Nichteinigung über Vergütung und Abrechnung zwischen Krankenkassen und den Einrichtungen wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt.

## Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG)

G. v. 01.12.2015 BGBl. I S. 2114 (Nr. 48); Geltung ab 08.12.2015, abweichend siehe Artikel 5

### Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

6. § 87 wird wie folgt geändert:

b) Dem Absatz 2a wird folgender Satz angefügt:

„Bis spätestens zum 31. Dezember 2015 ist mit Wirkung zum 1. April 2016 eine Regelung zu treffen, nach der die zusätzlichen ärztlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen in Kooperationsverträgen, die den Anforderungen nach § 119b Absatz 2 entsprechen, vergütet werden.“

- Vergütungsregelungen für ärztl. Leistungen im Rahmen von Kooperationsverträgen nach § 119b (ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen) bis April 2016 (Umsetzung zum 01.07.2016)

Sylter Palliativtage 2017

Vereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung. In Kraft seit 1.1.2017:

1. Inhalte und Ziele der qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung und deren Abgrenzung zu anderen Leistungen:  
„Niveau“ zwischen Hausarzt und SAPV
2. Anforderungen an die Qualifikation der ärztlichen Leistungserbringer: 2 Wo. Hospitation oder 15 dokum. Fälle. 40 Std.-Kurs, 8 Fortb.punkte/Jahr
3. Anforderungen an die Koordination und interprofessionelle Strukturierung der Versorgungsabläufe sowie die aktive Kooperation mit den weiteren an der Palliativversorgung beteiligten Leistungserbringern, Einrichtungen und betreuenden Angehörigen

## Kritik

- Abgrenzung zu anderen Leistungen fehlt (besonders zur SAPV)
- konkrete Leistungsdefinition fehlt
- Teilnahme an dem Vertrag ist für die (Haus-)ärzte freiwillig

Sylter Palliativtage 2017

- wird Teil der häuslichen Krankenpflege
- kann im Ausnahmefall länger als 4 Wochen verordnet werden

Sylter Palliativtage 2017

- allgemeine Palliativversorgung als Basisversorgung und Bestandteil der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeit sollte in allen Krankenhäusern gewährleistet sein
- Palliativstationen können krankenhausspezifische Entgelte anstelle von bundesweit kalkulierten pauschalierten Entgelten (DRG-Vergütung) verhandeln
- Finanzierung eigener Palliativ-Care-Teams / Konsilliardienste
- ggf. Kooperation mit externen Diensten

- gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase
- Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI sollen mit ambulanten Hospizdiensten zusammenarbeiten
- Verpflichtung von stationären Pflegeeinrichtung zur Kooperation mit einem Hospiz- und Palliativnetz (§ 114 SGB XI) zum 01.07.2016
- Überprüfung des Vorliegens dieser Kooperationsvereinbarung im Rahmen der Qualitätssicherung

Sylter Palliativtage 2017

- medizinische Abläufe und mögliche Notfallsituationen in der letzten Lebensphase und während des Sterbeprozesses
- geeignete einzelne Maßnahmen der palliativ-medizinischen, palliativ-pflegerischen und psychosozialen Versorgung
- Einbeziehung von Hausarzt oder sonstige Leistungserbringer, Angehörigen, Vertrauenspersonen
- regionale Betreuungs- und Versorgungsangebote sollen einbezogen werden
- Krankenkasse des Versicherten trägt die notwendigen Kosten

Task Force arbeitet an der Rahmenvereinbarung

Task Force wird gebildet aus Mitgliedern des  
Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM)

Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)

Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes (DHPV)

**Gründungsversammlung der  
Deutschsprachigen interprofessionellen Vereinigung  
*Behandlung im Voraus planen (DiV BVP) e. V.***

am 20.02.2017 von 10 – 16 Uhr

in den Räumen der Stiftung ‚Würde im Leben bis zuletzt‘

Geleitsstraße 14 / 5. OG | 60599 Frankfurt am Main

- Zugelassene Pflegeeinrichtungen i.S.d. § 43 SGB XI (...)  
können.....
- Finanzierung und Qualifikation des Pflegepersonal
- Umsetzung einer angemessenen hospizlichen und palliativen Begleitung durch das Pflegepersonal angesichts von Pflegekräftemangel
- Beschränkung auf Pflegeheime (zu Hause? Krankenhaus?)

## Möglicher weiterer Ansatz zur Implementierung eines ACP – Systems

Vereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten  
palliativmedizinischen Versorgung, § 87 Abs. 1b SGBV vom  
29.11.2016 - in Bezug auf ACP:

Der Arzt übernimmt die ärztliche Beratung und Aufklärung über die Möglichkeiten der Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung, sofern diese nicht vorliegen. Sofern der Patient nicht einwilligungsfähig ist, ist der Patientenwille gemäß § 1901 b BGB festzustellen.

zeitgerechte Einleitung der Kooperation mit allen Ärzten im Rahmen der Mitbehandlung und Beteiligung an der Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase, sowie die konsiliarische Unterstützung von behandelnden Ärzten,

[http://www.kbv.de/media/sp/Anlage\\_00\\_Palliativversorgung.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Anlage_00_Palliativversorgung.pdf)

- Finanzielle und strukturelle Förderung der Hospiz- und Palliativversorgung im HPG zu begrüßen
- gesundheitliche Versorgungsplanung wichtiger Baustein
- Verbesserung der hospizlichen und palliativmedizinischen Versorgung im Krankenhaus zu erwarten
- Situation für Pflegeheime weiterhin unbefriedigend

Sylter Palliativtage 2017

### 3. These: Eine gute Hospiz- und Palliativversorgung annehmen

- Menschenwürde ist „höchstes Gut“
- Jedes Menschenleben hat Würde
- Unwürdig kann nur der Umgang mit Leben sein
- Zur Menschenwürde gehört Autonomie...

- Zur Menschenwürde gehört Autonomie...

... aber bei Hilfs- und Schutzbedürftigkeit genauso ein Angewiesensein auf die Fürsorge durch andere!



Leidvolles Leben  
ist nicht zwangsläufig menschenunwürdig

„Ich konnte nicht mehr hinsehen“

J. Hackethal

Sylter Palliativtage 2017

„**Ich** konnte nicht mehr hinsehen“

J. Hackethal

Sylter Palliativtage 2017

## 4.These: Ethische Grenzen ziehen

- passive Sterbehilfe
- indirekte Sterbehilfe
- aktive Sterbehilfe
- Beihilfe zum Suizid

## Beispiel: Palliative Sedierung

Indikation: Unerträgliches therapierefraktäres Leid

| Körperliche Symptome                                                       | Psychiatrische Symptome | Psychische Symptome          |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------|
| Schwere Atemnot<br>Schmerzzustände<br>Myoklonien<br>Übelkeit und Erbrechen | Unruhezustände<br>Delir | Angst<br>Existentielles Leid |

# Palliative Sedierung

## Durchführungsvoraussetzungen

- Aufklärung und Einwilligung des Patienten, seiner Angehörigen und des Behandlungsteams
- Dokumentation der Erfolglosigkeit konventioneller palliativer Maßnahmen
- Gelegenheit zum Abschiednehmen, Gebet, Rituale
- Überwachung, Personeller Beistand
- Dokumentation
- Reflexion

# Palliative Sedierung

## Maßnahmen

| Stufe 1                                                     | Stufe 1a        | Stufe 1b                                                                             | Stufe 2                                                             |
|-------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Langsame<br>Titrierung der<br>Sedierung.<br><br>Reversibel. | Intermittierend | Kontinuierliche,<br>oberflächliche<br>Sedierung:<br><br>Patient bleibt<br>erweckbar. | Kontinuierliche<br>tiefe Sedierung.<br><br>Gewollt<br>irreversibel. |

## „Sterbehilfe“ in Europa

### **Aktive Sterbehilfe bei Erwachsenen erlaubt:**

Niederlande, Belgien, Luxemburg

### **Aktive Sterbehilfe bei Kindern erlaubt:**

Niederlande ab 12 J., Belgien ohne Altersbegrenzung

### **Assistierter Suizid erlaubt:**

Deutschland, Schweiz, Niederlande, Belgien,  
Luxemburg, Schweden

## Organisierte Sterbehilfe verbieten

### Grundgesetz

Artikel 1, Abs. 1:

**Die Würde des Menschen ist unantastbar.**

Artikel 2, Abs. 2:

**Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.  
Die Freiheit der Person ist unverletzlich.**

Grundgesetz:

Die Würde des Menschen ist unantastbar.

Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.

Die Freiheit der Person ist unverletzlich.

Daraus ergibt sich

- das Verbot, das Leben eines anderen Menschen in Frage zu stellen,
- die Verpflichtung, Menschen gerade in verletzlichen Situationen zu schützen

und das Bewusstsein für beides zu stärken

## **Bundesärztekammer:**

Ärztliche Suizidbeihilfe ist keine ärztliche Aufgabe!

Sylter Palliativtage 2017

## Gruppenanträge zum assistierten Suizid Nov. 2015

| Anträge                                                 | Dörflinger,<br>Sensburg       | Brand, Gries<br>u.a.                              | Hintze,<br>Lauterbach u.a.                                     | Künast, Sitte<br>u.a.                                                  |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Ziel                                                    | Verbot der<br>Suizidbeihilfe. | Verbot der<br>geschäftsmäßigen<br>Suizidbeihilfe. | Ausdrückliche<br>Erlaubnis der<br>ärztlichen<br>Suizidbeihilfe | Suizidbeihilfe<br>straflos, auch für<br>Sterbehilfe-<br>organisationen |
| „Organisierte“<br>(„geschäftsmäßige“)<br>Suizidbeihilfe | Verbot                        | Verbot                                            | Keine Regelung                                                 | Straffrei                                                              |
| „Gewerbsmäßige“<br>Suizidbeihilfe                       | Verbot                        | Verbot                                            | Verbot                                                         | Verbot                                                                 |
| Suizidbeihilfe durch<br>Nahestehende im<br>Einzelfall   | Verbot                        | Straffrei                                         | Straffrei                                                      | Straffrei                                                              |
| Ärztliche Suizidbeihilfe                                | Verbot                        | Straffrei                                         | Ausdrücklich<br>erlaubt                                        | Ausdrücklich<br>erlaubt                                                |

## CREDO

Unsere humanitäre oder christliche Grundeinstellung erfordert, jeden Anschein zu vermeiden, die Gesellschaft könnte ihre schwächsten Mitglieder zu einer vorzeitigen Beendigung ihres Lebens veranlassen ... oder sich gar ihrer entledigen ... oder den Suizid als etwas Vernünftiges zur Norm zu machen!

Jean Perrin:

„Es war auch gut, um zu lernen, gut zu sterben.“

Sylter Palliativtage 2017

Gutachten im Auftrag der niederländischen  
Ärzteorganisation KNMG:

„Legalisierung der Sterbehilfe nicht nur aufgrund  
*körperlichen* und *psychischen* Leidens, sondern  
auch aufgrund *sozialen* Leidens“

Sylter Palliativtage 2017

---

Aktuell Oktober 2016, Gesetzesinitiative  
Gesundheitsministerin und Justizminister Niederlande:

Senioren über 75 Jahre :

Recht auf aktive Sterbehilfe ohne  
medizinische Indikation

Sylter Palliativtage 2011

## Untersuchungen „Exit- und Dignitas-Suizide“

70 % Unheilbare Erkrankungen

50 % Diagnose Krebs

50 % Alleinlebend

„Ich will sterben!“

Appell: „Ich will so nicht mehr leben!“

Sylter Palliativtage 2017



Brauchen wir in Zukunft eine **Altenklappe**  
unter der Babyklappe?



## 5. These: Den Nächsten lieben

Nächstenliebe: Die Güte, die man seinen Mitmenschen entgegenbringt



## 5. These: Den Nächsten lieben

„Nur wer zur eigenen Not steht,  
zur eigenen Angst,  
der kann die Angst und die Not  
des anderen verstehen.“

C. Condrau

## Den Nächsten lieben – Gemeinsames Engagement...

...damit die Menschen  
nicht *durch* eine, sondern  
*an* einer – an unserer –  
Hand sterben!



„Helfen heißt nicht  
herrschen,  
sondern dienen!“



## Fünf Thesen...was wir am Lebensende brauchen

- Informiert sein
- Vorsorge treffen
- Eine gute Hospiz- und Palliativversorgung anbieten und annehmen
- Ethische Grenzen ziehen
- Den Nächsten lieben