

# Hospizdienst: Aufklärung

## Alternativen zur Tötung auf Verlangen sind vielen nicht bekannt - Hospiz

von Eugen Brysch

**Die schlagzeileenträchtigen Ereignisse liegen Jahre zurück: Geld- und Zyankali-Affären um die „Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben“, Medienapplaus und Politikerschelte für Professor Hackethal. „Aktive Sterbehilfe“ verschwand aus den Gazetten, eine Gegenbewegung hatte eingesetzt: Immer mehr Hospizdienste vertreten und verwirklichen die Idee der menschenwürdigen Sterbebegleitung im Gegensatz zur Tötung, der aktiven Sterbehilfe.**

Mittlerweile sind es 900 ambulante Dienste (1995: 264), 96 stationäre Hospize (29) und 71 Palliativstationen (24), die 30.000 von 850.000 in Deutschland Sterbenden jährlich zugute kommen. Ein beachtlicher Erfolg, auch wenn die angestrebte Zahl von 30 bis 35 Plätzen pro 1 Million Einwohner noch längst nicht erreicht ist; derzeit sind es 14. Die Bundesärztekammer räumt in ihren „Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung“ Hospizarbeit und Palliativmedizin einen hohen Stellenwert ein. Die Bundesjustizministerin wird Schirmherrin der Hospize. Die Kassen beteiligen sich an den Kosten stationärer Hospizaufenthalte. So weit, so gut - der gesellschaftliche Konsens scheint zu bestehen und sich zu festigen. Wenigstens in dieser Frage haben die Deutschen aus der Vergangenheit gelernt.

Doch nun zeigt die neu über uns herein gebrochene Debatte um aktive Sterbehilfe, wie brüchig selbst Übereinstimmungen in Grundprinzipien sein können, vor allem aber wie unachtsam die Medien um der schnellen Schlagzeile willen ethische Grundsätze über Bord gehen lassen und den Dammbbruch herbei schreiben. Ein, zwei Ereignisse reichen aus, um das Thema wieder auf die vermeintliche Agenda der Tagespolitik zu bringen: ein neues Gesetz in Holland, eine sterbenskranke, populäre Politikerin und der Sog einer Generaldebatte um Bioethik und Grenzen der Medizin überlagern im schnelllebigen Medienzeitalter die durch Aufklärung

scheinbar erreichten Standards. Der Bundespräsident versucht einen bemerkenswerten Pflock zu setzen, doch der Kanzler kann es sich erlauben, die Argumente einen Tag später unter dem Diktat der Ökonomie vom Tisch zu wischen.

Deshalb gilt es zunächst, immer wieder ins Gedächtnis zu rufen und zu verbreiten, worüber wir eigentlich sprechen. Zwar hört man oft, dass durch den medizinischen Fortschritt Grauzonen entstünden und Grenzen verwischten. „Es gibt aber sachliche Anhaltspunkte, die für eine klare Unterscheidung und damit gegen eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe sprechen“ (Prof. Dr. Wolfram Höfling, Verfassungsrechtler, Universität Köln).

„Der Bundespräsident versucht einen Pflock zu setzen, der Kanzler kann es sich erlauben, die Argumente einen Tag später vom Tisch zu wischen.“

**Aktive Sterbehilfe** ist das bewusste, aktive ärztliche Eingreifen zur Beendigung des Lebens. Ihr Ziel ist die Herbeiführung des Todeseintritts. Sie ist sowohl ohne als auch mit Zustimmung des Betroffenen in Deutschland verboten. Vermeintliches Motiv: die Beendigung von Leiden.

Als **indirekte Sterbehilfe** bezeichnet man die unbeabsichtigte, aber als unvermeidliche Nebenfolge in Kauf genommene Beschleunigung des Todeseintritts durch eine medikamentöse Therapie, meist gegen die Schmerzen. Motiv ist die Linderung von Leiden, der frühere Todeseintritt eine „Nebenwirkung“. Sie ist mit Zustimmung des Patienten erlaubt, ohne seine Zustimmung unzulässig.

**Passive Sterbehilfe** ist die Unterlassung bzw. der Abbruch einer sterbensverlängernden Therapie, um das Sterben als natürlichen Prozess zuzulassen. Auch

sie ist mit Zustimmung des Patienten erlaubt, ohne seine Zustimmung unzulässig. Trotz aller ehrenwerten Motive dürfen die Missbrauchsgefahren aller Möglichkeiten nicht übersehen werden. Als Beleg mag hier das vieldiskutierte „holländische Modell“ dienen.

Viele Fälle aktiver Sterbehilfe verlaufen nicht ohne Komplikationen für die Schwerstkranken, die oftmals schwer geschädigt überleben und stärker leiden als zuvor. Eine Studie der Universität Rotterdam über aktive Sterbehilfe in den Niederlanden kommt zu folgendem Ergebnis: „Wenn ein Arzt Sterbehilfe leistet, bedeutet dies nicht unbedingt ein schnelles oder leichtes Ende für den Kranken.“ In den untersuchten Fällen ärztlicher Beihilfe zum Selbstmord gab es bei 23 Prozent Komplikationen, Krämpfe, Erbrechen, langer Todeskampf, bei 18 Prozent war nochmaliges aktives Nachhelfen nötig. Und auch in 10 Prozent der Fälle aktiver Sterbehilfe durch den Arzt gab es Komplikationen bzw. keinen oder einen verzögerten Todeseintritt.

Hinzu kommt: In unserem Nachbarland finden von jährlich 4.000 Fällen aktiver Sterbehilfe 1.000 ohne Zustimmung der Betroffenen statt. Von 8.100 Fällen indirekter Sterbehilfe fehlt bei 5.500 die Zustimmung der Kranken. Und auch bei 8.750 Fällen passiver Sterbehilfe (von 14.550) hatten die Betroffenen ebenfalls nicht ihr Einverständnis erklärt. Deshalb gilt gerade auch für die indirekte und passive Sterbehilfe, dass sie nie ohne hospizliche Begleitung sowie Pflege und Palliativmedizin - die moderne, umfassende Schmerztherapie, geschehen darf. Dafür muss es Qualitätskriterien und eine bessere Ausbildung geben.

Eine weitere Schwierigkeit stellt Einwilligungsunfähigkeit des Patienten dar. Um zu verhindern, dass der eigene mutmaßliche Wille der interessegeleiteten Interpretation anderer unterliegt, ist nur die Abfassung einer validen Patientenverfügung, etwa der Medizinischen Pa-

# statt aktive Sterbehilfe

## Stiftung erfährt hohe Akzeptanz - Anlaufstelle für jedermann

tientenanwaltschaft der Deutschen Hospiz Stiftung, ein wirksames Schutzinstrument. Kostendruck bei Ärzten und Leidensdruck bei Angehörigen lassen es ratsam erscheinen, diesen die Entscheidung über das eigene Leben nicht ohne konkrete Handreichung zu überlassen.

„Wenn ein Arzt Sterbehilfe leistet, bedeutet dies nicht unbedingt ein schnelles oder leichtes Ende für den Kranken.“

Materielle Interessen von möglichen Erben können Entscheidungen ebenso beeinflussen wie die Belegungssituation eines Krankenhauses - gewollt oder ungewollt. Auch die Legalisierung ausschließlich bei einwilligungsfähigen, sich bewusst entscheidenden Menschen bedeutet nicht, dass solche Einflüsse immer ohne Wirkung blieben. So würde die Legalisierung aktiver Sterbehilfe die Hemmschwelle gegenüber vermeintlichen Mitleidstötungen senken.

Die Qualen eines Menschen mit ansehen zu müssen, ohne helfen zu können, führt oft nicht zu echtem Mit-Leid, sondern konfrontiert die Umwelt und die umgebenden Personen mit ihrer eigenen Unfähigkeit, den Zustand des Leidenden, diese Seite des Mensch-Seins, zu akzeptieren und mit zu ertragen. Denn: Sterben in Deutschland ist ein Missstand, darüber zu sprechen immer noch ein Tabu. 40 Prozent der Bevölkerung schätzen die Situation sterbender Menschen in Deutschland als einsam, anonym und unwürdig ein.

Gleichzeitig ist ein schnelles, kurzes und schmerzloses Sterben der Wunsch der meisten und die Wirklichkeit der wenigsten Menschen. Denn weil die meisten Menschen an Krankheiten sterben, wissen sie zwar um ihren kommenden Tod, kaum einer will ihn jedoch wahrhaben. Vor dem körperlichen steht oft der soziale Tod. Und auch trauernde Angehörige werden häufig aus Unsicherheit alleinge-

lassen. Moderne Schmerztherapien und Palliativmedizin werden in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern selten angewandt. Die meisten Menschen sterben in Krankenhäusern und (Alten-)Pflegeheimen.

Diese Häuser verstehen sich meist nicht als Orte des Sterbens. Der Ruf nach aktiver Sterbehilfe ist vor allem eine Folge dieser gesellschaftlichen Missstände. Hinzu kommen persönliche Ängste: vor allem vor Schmerzen und Qualen. Außerdem vor unnötiger Technik und überflüssiger Therapie, wenn ohnehin keine Heilungsaussicht mehr besteht. Und oft die Befürchtung, anderen zur Last zu fallen. Diese unerträglichen Umstände sind aber nicht unveränderlich. Die praktische Erfahrung stimmt hier mit einer humanen ethischen Sichtweise überein: Durch Verbesserung der Situation Sterbender allgemein und ganz individuell verstummt die Forderung nach aktiver Sterbehilfe.

Hospizarbeit und Palliativmedizin nicht nur als Alternativen, sondern als einen bereichernden Weg bekannt zu machen und zu fördern, ist daher die zentrale Aufgabe. Vor diesem Hintergrund ist es unseriös, wie in diesen Wochen mit unsauber ermittelten Umfrageergebnissen Stimmung gemacht wird. Eine Allensbach-Umfrage, in der sich 70 Prozent für Sterbehilfe und 12 Prozent dagegen aussprechen, bietet den Interviewten etwa folgende Alternativen an: „Ich finde, dass Sterbehilfe für schwer kranke Menschen ein guter Weg ist, um sie nicht leiden zu lassen. Solange ein schwer kranker Mensch noch bei Bewusstsein ist, sollte er selbst entscheiden können, ob er leben oder sterben möchte.“ Oder: „Über Leben und Tod darf nur Gott, man kann auch sagen, das Schicksal, entscheiden. Das Leben ist heilig und muss es auch bleiben. Keinesfalls darf das Leben vorzeitig beendet werden, auch wenn der Patient das ausdrücklich verlangt.“ Befremdend, aber ins Bild passend, dass der „Spiegel“ die offenbar gleiche Allensbach-Umfrage - die Zahl der Befragten ist gleich, der Erhebungszeit-

raum ebenfalls - mit der nicht weniger suggestiven Frage zitiert: „Soll ein schwer kranker Patient im Krankenhaus das Recht haben, den Tod zu wählen und zu verlangen, dass der Arzt ihm eine todbringende Spritze gibt?“ Mit Ja sollen hier erwartungsgemäß 67 Prozent geantwortet haben. Und in einer dpa-Meldung vom Dezember 2000 wird gar von 78 Prozent Zustimmung zum niederländischen Modell in einer Umfrage des Hamburger Gewis-Instituts berichtet.

Unwichtig wird, dass nur Menschen zwischen 16 und 60 Jahren befragt wurden, dass nur nach den Gründen, Wunsch des Betroffenen, Schmerzen, Siechtum, Koma, differenziert wurde sowie nach der ausführenden Person, Arzt, Angehörige, Sterbehelfer, jedoch nicht nach anderen Möglichkeiten gefragt wurde, die letzte Lebensphase selbstbestimmt und würdig zu gestalten.

„Sterben ist ein Missstand, darüber zu sprechen immer noch ein Tabu. 40 Prozent der Bevölkerung schätzen die Situation sterbender Menschen in Deutschland als einsam, anonym und unwürdig ein.“

Noch geschickter machten es die sogenannten Sterbehelfer, die 2000 in einer Forsa-Umfrage eine Befürwortung von 81 Prozent für Sterbehilfe bei unheilbar Kranken ermitteln ließen. In der Schlagzeile wurden daraus „81 Prozent für aktive Sterbehilfe“ - danach war gar nicht gefragt worden. 51 Prozent wollen der gleichen Umfrage zufolge „bei unheilbarer, qualvoller Krankheit ihr Leben durch Freitod verkürzen“. Trotz der suggestiven Frage und der abnehmenden Zustimmung - 1990 waren es in der Vergleichsstudie noch 59 Prozent - wurde auch dies als Erfolg verkauft.

Um zu einem sachlichen und aussagekräftigen Gesamtbild zu kommen, hat die Deutsche Hospiz Stiftung 2000 eine be-

reits 1997 (siehe *LEBENSFORUM* 3/1997) durchgeführte Befragung wiederholt. Dabei sollte nicht geklärt werden, ob sich die Menschen ohne weitere Informationen generell für oder gegen eine undefinierte „Sterbehilfe“ aussprechen, sondern wie sie sich bei Aufzeigen der Alternativen Palliativmedizin und Hospizarbeit sachlich begründet entscheiden würden.

Die Frage lautete: „Zur Beantwortung der nächsten Frage möchte ich Ihnen kurz die Begriffe Palliativmedizin, Hospizarbeit und aktive Sterbehilfe erläutern: Unter Palliativmedizin und Hospizarbeit versteht man eine moderne Schmerztherapie kombiniert mit seelsorglicher und sozialer Begleitung von Schwerstkranken. Ärztliche Erfahrungen auf diesem Gebiet haben gezeigt, dass so, unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten, eine hohe Lebensqualität bis zuletzt gesichert werden kann. Der natürliche Sterbeprozess wird weder künstlich verlängert, noch verkürzt. Unter aktiver Sterbehilfe versteht man die Tötung eines Men-

schen auf dessen Verlangen oder auch ohne dessen Zustimmung. Wenn Sie das wissen, befürworten Sie dann bei Schwerstkranken den kombinierten Einsatz von Palliativmedizin und Hospizarbeit oder sind Sie eher für aktive Sterbehilfe?“

Bei dieser Fragestellung sprechen sich 56,6 Prozent für den Einsatz von Palliativmedizin und Hospizarbeit aus - 1997 waren es 34,8 Prozent. Nur 35,4 Prozent sind für aktive Sterbehilfe (1997: 41,2). Die Emnid-Befragung im Auftrag der Deutschen Hospiz Stiftung fand im Juni 2000 mit 1007 Befragten statt. Noch entscheidender als die Zustimmung zu den menschenwürdigen Alternativen ist der Trend, der hier zum Ausdruck kommt. Innerhalb von drei Jahren ist die Befürwortung von Hospizarbeit um zwei Drittel gestiegen! Dies belegt auch der Bekanntheitsgrad des Begriffs Hospiz, der von 9 auf 25 Prozent wuchs.

Die Zahlen zeigen: Zum Einsatz gegen aktive Sterbehilfe gehört die Bekanntma-

chung der menschenwürdigen Alternativen genau so sehr wie ihr Aufbau und ihre Förderung. Nur wer diese Möglichkeiten kennt, wird sich für sie entscheiden, zumal als Betroffener. Die Deutsche Hospiz Stiftung erkennt diese Notwendigkeit und handelt gemäß dem Informationsauftrag, der in ihrer Satzung verankert ist: mit dem Schmerz- und Hospiztelefon als Anlaufstelle für jedermann, mit Informationsrundbriefen und Pressekampagnen, mit dem zentralen Verzeichnis aller Hospizeinrichtungen, dessen Daten jeder abrufen kann. Damit der Dammbuch am Sterbebett und in den Medien verhindert werden kann.



Eugen Brysch,  
Autor dieses  
Beitrags, ist Ge-  
schäftsführen-  
der Vorstand der  
Deutschen Hos-  
piz Stiftung.

### Deutsche Hospiz Stiftung

Die gemeinnützige und unabhängige Deutsche Hospiz Stiftung setzt sich bundesweit für Schwerstkranken ein. Zentrale Anlaufstelle ist das Schmerz- und Hospiztelefon unter der Nummer 02 31 / 73 80 73 - 0. Anrufer bekommen dort Informationen wie die Adressen von Hospizdiensten und Schmerztherapeuten aus ihrer Region.

In Krisenfällen helfen eine Ärztin sowie eine Diplom-Theologin. Die Stiftung gibt auch die Medizinische Patienten-anwaltschaft - die juristisch abgesicherte Patientenverfügung - heraus. Gegen zehn Mark Schutzgebühr kann sie jeder bestellen bei:

Deutsche Hospiz Stiftung  
Im Defdahl 5 - 10  
44141 Dortmund

Wer möchte, kann die Medizinische Patienten-anwaltschaft beim Bundeszentralregister Willenserklärung prüfen und registrieren lassen, das seinen Sitz im selben Haus hat. Weitere Infos dazu unter [www.hospiz.de](http://www.hospiz.de) im Internet.

Die Deutsche Hospiz Stiftung setzt sich für die Interessen der Schwerst-

kranken und Sterbenden ein. Sie finanziert sich ausschließlich durch Spenden und die Beiträge der Mitglieder; dadurch wahrt sie ihre Unabhängigkeit.

Spendenkonto 111 111 111  
Stadtparkasse Dortmund  
Bankleitzahl 440 501 99.

### Die Medizinische Patientenanwaltschaft

Vorsorge für den Ernstfall ermöglicht die „Medizinische Patienten-anwaltschaft“ der Deutschen Hospiz Stiftung, die in einer Neuauflage vorliegt.

Jeder möchte selbst darüber entscheiden, wie er im Falle einer Krankheit behandelt wird. Doch nach einem Autounfall, einer Operation oder im Alter können sich nicht mehr alle Menschen selbst äußern. Damit nach dem eigenen Willen entschieden wird, kann sich jeder durch die „Medizinische Patienten-anwaltschaft“ absichern, das heißt, sich rechtzeitig schriftlich über das äussern, was man will, was nicht, und wer im Notfall für einen sprechen darf. So lässt sich eine rechtliche Vertretung regeln; sie liegt nicht automatisch beim Ehe- oder Lebenspartner oder den nächsten Angehörigen.

Rechtsgültige Vorsorge ist ein juristisch schwieriges Feld, das Sachverstand verlangt. Viele Willenserklärungen, ob selbst verfasst oder auf einen Rat hin geschrieben, haben im Notfall keinerlei Bindewirkung für den Arzt.

Nur wer vorsorgt, kann sicher gehen, dass nach seinem Willen gehandelt wird. Eine rechtsgültig Vorsorge garantiert aber nur die „Medizinische Patienten-anwaltschaft“. Das bestätigt der Kölner Verfassungs- und Medizinrechtler, Professor Dr. Wolfram Höfling. Durch ein solches Vorsorgedokument kann jeder „sicherstellen, dass sein Sterbeprozess von fremdbestimmten Eingriffen unberührt bleibt“.

Weitere Informationen erhalten sie am Schmerz- und Hospiztelefon der Deutschen Hospiz Stiftung unter der Nummer 02 31 / 73 80 73 0. Die „Medizinische Patienten-anwaltschaft“ kann gegen eine Schutzgebühr von zehn Mark, die in Briefmarken, bar oder als Verrechnungsscheck zu entrichten sind, bestellt werden bei der Deutschen Hospiz Stiftung, Im Defdahl 5-10 in 44141 Dortmund.