



Analysen und Argumente aus der Konrad-Adenauer-Stiftung

10/2004
April 2004

Sterbebegleitung statt Sterbehilfe

Als Alternative zur aktiven Sterbehilfe bietet sich ein Konzept der humanen Sterbebegleitung an, das Hospize und Palliativmedizin umfasst, und das den Bedürfnissen schwerkranker und sterbender Menschen gerecht wird. Eine umfassende medizinische, pflegerische, soziale, seelsorgerische und psychische Betreuung stehen im Mittelpunkt dieses Konzepts.

Hospize und Palliativmedizin arbeiten seit langem erfolgreich in Deutschland. Damit der Bedarf an Sterbebegleitung gedeckt werden kann, bedarf es jedoch einer deutlichen Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Arbeit am Kranken- und Sterbebett. Sterbebegleitung ist daher nicht nur eine medizinethische, sondern vor allem auch eine gesundheitspolitische Herausforderung.

Inhalt

1. Sterbehilfe – Sterbebegleitung: Handlungsbedarf	Seite 2
2. Menschenwürdiges Sterben: Problemskizze	Seite 2
3. Aktive Sterbehilfe	Seite 3
4. Humane Sterbebegleitung	Seite 4
5. Literaturhinweis	Seite 5
6. Ansprechpartner in der Konrad-Adenauer-Stiftung	Seite 6

1. Sterbehilfe – Sterbebegleitung: Handlungsbedarf

1. Aktive Sterbehilfe ist in Deutschland verboten. Im Interesse sterbender Menschen und im Hinblick auf das Risiko einer graduellen Schwächung des Lebensschutzes sollte das Verbot der aktiven Sterbehilfe bestehen bleiben.

2. Das Verbot der aktiven Sterbehilfe ist im Strafgesetzbuch eindeutig geregelt. Richtlinien ärztlicher Standesorganisationen führen die Möglichkeiten und Grenzen des ärztlichen Handelns näher aus. Darüber hinaus besteht diesbezüglich kein akuter Gesetzgebungsbedarf.

3. Einer Klärung und einer präziseren gesetzlichen Regelung bedürfen sogenannte Patientenverfügungen, die oftmals weit im Voraus die eigenen Wünsche zur Behandlung in der Sterbephase festlegen. Die Verbindlichkeit dieser Willensäußerungen für die behandelnden Ärzte muss geklärt werden.

4. Unter gesundheitspolitischer Perspektive besteht dringender Handlungsbedarf bei der Förderung der Palliativmedizin, der Hospizeinrichtungen und der Palliative Care insgesamt (Finanzierung, Rahmenbedingungen, Qualitätssicherung).

5. Als gesellschaftspolitische Aufgabe hat der öffentliche Diskurs über die Möglichkeiten einer „humanen Sterbebegleitung“ (umfassende medizinische, seelsorgerische, psychische Betreuung) als Alternative zur aktiven Sterbehilfe hohe Priorität.

2. Menschenwürdiges Sterben: Problemskizze

Die Bedeutung des Begriffs „mensenwürdiges Sterben“ unterliegt dem kulturellen und gesellschaftlichen Wandel und ändert sich in historischer Perspektive. In unserer Zeit wird im Bewusstsein vieler Menschen „mensenwürdiges Sterben“ mit einer kurzen und leidfreien Sterbephase gleichgesetzt. Rund 80 Prozent wünschen sich einen „schnellen und plötzlichen Tod“. Wunsch und Wirklichkeit klaffen jedoch weit auseinander: Nicht der schnelle und plötzliche, sondern der langsame, sich durch Krankheit ankündigende Tod ist der Normalfall.¹ Es scheint daher nahe zu liegen, eine Sterbehilfe zu befürworten, die einen schnellen Tod absichtlich herbei führt, sollte er sich nicht auf natürlichem Weg einstellen. Nach Meinung vieler ist daher aktive Sterbehilfe ein geeignetes Mittel, ein menschenwürdiges Sterben zu gewährleisten.² Auch der häufige Wunsch, in der gewohnten häuslichen Umgebung dem Tod entgegen zu gehen, kann in den meisten Fällen nicht entsprochen werden. Nicht zu Hause, sondern in Kranken- und Pflegeeinrichtungen sterben die meisten –

¹ Deutsche Hospiz Stiftung: Emnid-Umfrage 2003, Was denken die Deutschen über Palliativ-Care? Neues Konzept für menschenwürdiges Sterben, www.hospize.de/texte/emnid2003.htm.

² Meinungsumfrage der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) im Jahr 2002. www.dghs.de.

dem biologischen Tod geht damit ein soziales Sterben voraus. Um Vereinsamung, emotionale und soziale Isolation zu vermeiden, scheint vielen Menschen Tötung auf Verlangen ein gangbarer Ausweg zu sein. Schließlich spielt auch ein verändertes Selbstverständnis des Menschen eine herausragende Rolle: Nicht mehr die christliche Auffassung des Menschseins (Geschöpflichkeit, Gottesebenbildlichkeit, Erlösungsbedürftigkeit) steht im Vordergrund, sondern ein Menschenbild, das durch Emanzipation und Autonomie geprägt und in dem die Selbstbestimmung zum entscheidenden Charakteristikum der Menschenwürde geworden ist. Für die Medizin bedeutet dies einen radikalen Wandel vom paternalistischen Arztbild hin zu einem Arzt-Patient-Verhältnis, in dem der Patient – wohlinformierten und eigenverantwortlich entscheidend – den medizinischen Eingriff (mit-) bestimmt. Unabhängig davon, ob diese Eigenwahrnehmung tatsächlich der Realität entspricht, wird die Selbstbestimmung auch auf die letzte Lebensphase ausgedehnt und daraus oftmals ein Recht auf einen selbstbestimmten Tod abgeleitet. In dieser Situation muss verdeutlicht werden, dass nicht aktive Sterbehilfe und assistierter Suizid, sondern humane Sterbebegleitung (Palliativmedizin, Hospize, Palliativ Care) ein menschenwürdiges Sterben ermöglichen.

3. Aktive Sterbehilfe

Das Konzept der aktiven Sterbehilfe, so wie es z. B. in den Niederlanden seit Jahrzehnten praktiziert wird und wie es dort seit dem 1. April 2002 durch ein Sterbehilfegesetz³ legalisiert ist, entspricht durchaus dem Zeitgeist.⁴ Der sich als autonom empfindende Mensch bestimmt nach eigenem Dafürhalten den Zeitpunkt des Sterbens und setzt damit das Maß der eigenen Leidensfähigkeit selbst fest. In den Niederlanden bleibt aktive Sterbehilfe straffrei, wenn „Sorgfaltskriterien“ beachtet werden.⁵ Aktive Sterbehilfe unterliegt damit nicht mehr länger einem absoluten Verbot; das ethisch und rechtlich brisante Problem des Tötens auf Verlangen wird auf die rein technische Frage des korrekten – sorgfältigen – Ausführens reduziert. Jährlich gibt es in den Niederlanden rund 3.000 Fälle aktiver Sterbehilfe. Hinzu kommen ca. 40.000 Fälle passiver und indirekter Sterbehilfe und rund 400 Fälle, in denen Beihilfe zur Selbsttötung geleistet wird. Die Dunkelziffer ist erheblich. Beunruhigen müssten auch die rund 1.000 Fälle aktiver Sterbehilfe jährlich, bei denen der Sterbewunsch der Patienten nicht eindeutig zu belegen ist. Dies geschieht mit einer hohen Akzeptanz in der Bevölkerung ungeachtet der mit der Sterbehilfe verbundenen ethischen und sozialen Probleme. Im Gegensatz zu den heftigen Debatten, die sich um den Lebensschutz am Lebensbeginn entzünden, scheint der Lebensschutz am Lebensende kaum öffentliches Interesse zu finden.

³ Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung, www.minbuza.nl/default.asp?CMS_TCP=tcpAssetid=55EC087C2A064B85A8788295A84CA693.

⁴ Auch in Belgien ist ein ähnliches Sterbehilfegesetz in Kraft. In der Schweiz gibt es weitreichende Regelungen zum assistierten Suizid.

⁵ Vgl. Ingo Hillebrand, Michael Weiffen: Blickpunkt Sterbehilfe. Deutsches Referenzzentrum für Ethik in der Medizin. www.drze.de. Vgl. auch: Jürgen Wöretshofen: Die (straf)rechtliche Situation der Sterbehilfe in den Niederlanden. In: Klinische Sterbehilfe und Menschenwürde, Hg. Volker Schumpelick im Auftrag der Konrad-Adenauer-Stiftung, Freiburg 2003.

Gleichwohl schwächt die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe ganz entscheidend den Lebensschutzgedanken und setzt einen Werteverlust in Gang, der das Humane in unserer Gesellschaft grundsätzlich bedroht.

Aktive Sterbehilfe widerspricht dem christlichen Menschenbild⁶ und ist im Hinblick auf das grundgesetzlich verankerte Prinzip der Menschenwürde und des Lebensschutzgedankens nicht zu rechtfertigen. Hinzu kommt, dass auch aus ärztlicher Sicht die aktive Sterbehilfe abgelehnt wird, da eine gezielte Herbeiführung des Todes dem ärztlichen Auftrag – „Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen“ – widerspricht.⁷ Die Autonomie des Menschen und das Recht auf Selbstbestimmung sind hohe Werte; sie finden jedoch dort ihre Grenzen, wo die grundlegenden Rechte, Pflichten und Werthaltungen anderer – z. B. des Arztes – betroffen sind. Die Selbstbestimmung im Sterben ist legitim – solange nicht von einem anderen Menschen verlangt wird, den Tod gezielt herbeizuführen. Aktive Sterbehilfe ist deshalb in Deutschland verboten und steht unter Strafe.⁸ Selbsttötung ist nicht strafbar, ebenso die Beihilfe zur Selbsttötung; leistet ein Arzt Beihilfe zur Selbsttötung kann er jedoch wegen unterlassener Hilfeleistung zur Rechenschaft gezogen werden (Garantenpflicht). Nach geltender Rechtslage sind in Deutschland passive und indirekte Sterbehilfe zulässig.

4. Humane Sterbebegleitung

Bezüglich Sterbebegleitung bestehen gravierende Informationsdefizite.⁹ Dies ist sicherlich ein wesentlicher Grund für die hohe Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe, die oft in Unkenntnis der Alternativen als einzige Möglichkeit für ein menschenwürdiges Sterben gesehen wird. Aufklärung und Information sind daher vorrangige gesellschaftspolitische Aufgaben. Darüber hinaus wird Sterbebegleitung statt Sterbehilfe eine größere Akzeptanz finden, wenn ihre Hilfe für möglichst viele Menschen erfahrbar wird. Daher ist es unbedingt notwendig, die humane Sterbebegleitung zu fördern, indem Palliativmedizin und Hospizdienste unterstützt und weiter ausgebaut werden. Derzeit gibt es bundesweit rund 1.000 ambulante Hospizdienste und 140 stationäre Hospizeinrichtungen.¹⁰ In 2003 wurden dort 37.000 Menschen ambulant und 9.000 Menschen stationär betreut, außerdem wurden in 97 Palliativstationen 8.700 sterbenskranke Patienten versorgt.¹¹ Dies ist eine enorme

⁶ Zur Bewertung aus christlicher Sicht vgl.: Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe. Eine Textsammlung kirchlicher Erklärungen, herausgegeben vom Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland und vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn, Hannover, 2003.

⁷ Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/empfidx/Sterbebegl.html. Vgl. auch: Eggert Beleites: Wegweiser für ärztliches Handeln, Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 39, 25., 25. September 1998.

⁸ Juristisch relevant sind Regelungen des Strafgesetzbuches: § 211 (Mord), §§ 212 und 213 (Totschlag), § 216 (Tötung auf Verlangen) und § 323c (Unterlassene Hilfeleistung).

⁹ Deutsche Hospiz Stiftung: Emnid-Umfrage 2003, Was denken die Deutschen über Palliativ-Care? Neues Konzept für menschenwürdiges Sterben, www.hospize.de/texte/emnid2003.htm.

¹⁰ Vgl. Sabatowski, Radbruch, Nauck, Müller, Zernikow: Hospiz- und Palliativführer 2003, Neu-Isenburg, 2003.

¹¹ Deutsche Hospiz Stiftung: Hospizstatistik 2003, www.hospize.de.

Leistung; im Hinblick auf die rund 850.000 Sterbefälle jährlich wird jedoch der große Handlungsbedarf deutlich: Nur 2,1 % der Sterbenden erhalten eine umfassende professionelle Sterbebegleitung (Palliative Care), weitere 4,3 % eine hospizliche Betreuung, die größtenteils von ehrenamtlichen Helfern getragen wird. Auf 1 Million Einwohner kommen in Deutschland 17 Palliativ- und Hospizbetten; pro 1 Million Einwohner werden jedoch 50 Palliativ- und Hospizbetten benötigt!¹² Trotz großer Sparzwänge im Gesundheitswesen ist die Verbesserung der Rahmenbedingungen für Sterbebegleitung eine vorrangige politische Aufgabe, damit Hospize und Palliativstationen zu einem festen Bestandteil der gesundheitlichen und sozialen Versorgungsstrukturen werden und ihre zutiefst humane Aufgabe im Dienste sterbenskranker Menschen erfüllen können. Die Bedürfnisse Sterbender und ihrer Angehörigen sollten dabei im Vordergrund stehen.¹³ Dies bedeutet den Aufbau eines flächendeckenden Versorgungsnetzwerks aus ambulanten Hospizdiensten, stationären Hospizeinrichtungen, einschließlich aghospizen, und Palliativstationen in Ergänzung zu Sozialstationen, niedergelassenen Ärzten, Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern.

Um das Konzept der humanen Sterbebegleitung erfolgreich umzusetzen, sind weitere, flankierende Maßnahmen notwendig. Damit dem Willen des sterbenskranken Patienten auch in einer Phase entsprochen werden kann, in der er selbst nicht mehr entscheidungs- oder mitteilungs-fähig ist, muss das Instrument der sogenannten Patientenverfügung optimiert und besser genutzt werden. Die Authentizität des Patientenwunsches und ihre Verbindlichkeit für die behandelnden Ärzte muss geklärt werden. Wichtig ist auch eine verbesserte ärztliche Aus- und Weiterbildung, in der Sterbebegleitung und Palliativmedizin ausreichend Berücksichtigung finden. Vielen Ärzten fehlt ein routinierter und sicherer Umgang mit Sterbenden. Auch in rechtlichen Fragen, z. B. bezüglich der Verwendung von Opiaten zur Schmerzbekämpfung, bestehen Unsicherheiten. Zum Konzept der humanen Sterbebegleitung gehört schließlich auch, dass Angehörige in die Betreuung Sterbender enger eingebunden werden können. Veränderte Familienstrukturen und Berufstätigkeit stehen oft der Begleitung Sterbender entgegen; hier gilt es, etwa nach österreichischem Vorbild, auch für Berufstätige bessere Möglichkeiten zu schaffen.

5. Literaturhinweis

Klinische Sterbehilfe und Menschenwürde. Hrsg. von Volker Schumpelick, im Auftrag der Konrad-Adenauer-Stiftung, Herder-Verlag, Freiburg 2003, ISBN 3-451-20443-6.
Sterben in Würde. Hrsg. von Rainer Beckmann, Mechthild Löhr, Julia Schätzle, Sinus-Verlag, Krefeld 2004 (erscheint voraussichtlich im Juni 2004).

¹² Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz: Hospizarbeit, www.hospiz.net/bag/hospizarbeit.html.

¹³ Zur Zielsetzung vgl.: Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz: Leitlinien für die Hospizarbeit, www.hospiz.net. Zum politischen Handlungsbedarf zur Förderung der Hospize vgl.: Deutsche Hospiz Stiftung: Menschenwürdig leben bis zuletzt. Anstöße für eine neue Gesundheitspolitik, www.hospize.de.

**Ihr Ansprechpartner in der Konrad-Adenauer-Stiftung
Hauptabteilung Politik und Beratung:**

Dr. Norbert Arnold
Leiter AG Gesellschaftspolitik
Konrad-Adenauer-Stiftung
Wichmannstr. 7
10907 Berlin
norbert.arnold@kas.de
030 26 99 65 04