



DEUTSCHE HOSPIZ STIFTUNG
Patientenschutz für Schwerstkranke und Sterbende

Weil Sterben auch Leben ist

Was denken die Deutschen wirklich über Sterbehilfe? Oktober 2005

Die Diskussion um den begleiteten Suizid und die Legalisierung von aktiver Sterbehilfe, Tötung auf Verlangen, hat einen neuen Höhepunkt erreicht. Für eine öffentliche Diskussion sorgen derzeit nicht allein die Büroeröffnung einer Schweizer Suizidorganisation in Hannover und die Forderungen des Hamburger Justizsenators Kusch: Auch aktuelle Umfragen scheinen eine Tendenz zur Zustimmung der aktiven Sterbehilfe in der Bevölkerung abzubilden.

Aktuelles Beispiel: Laut einer Forsa-Umfrage im Auftrag des Magazins „Stern“ beantworten 74% der befragten Personen die Frage, **ob es den Ärzten erlaubt werden sollte, unheilbar kranke Menschen, auf deren persönlichen Wunsch hin, ein tödliches Mittel zu verabreichen**, mit „Ja“. Ein eindeutiges Ergebnis – so könnte man meinen. Der genaue Blick auf die Formulierung der Frage allerdings zeigt: Die Antwort ist nicht verwunderlich, denn andere Wege für die letzte Lebensphase werden in der Frage nicht thematisiert und sind allgemein zu unbekannt.

Die Deutsche Hospiz Stiftung hat deswegen in ihrer bereits seit 1997 durchgeführten Langzeitstudie eine kurze Information über moderne Formen der Sterbebegleitung in die Fragestellung integriert. Im Mittelpunkt des Interesses stand, wie sich Menschen nach der Information über die Möglichkeiten der Palliativmedizin und Hospizarbeit entscheiden. Denn es ist empirisch nachweisbar, dass nur 3 Prozent der Bevölkerung die Begriffe „Palliative-Care“ beziehungsweise „Palliativmedizin“ richtig zuordnen können. Lediglich 20 Prozent können den Terminus „Hospiz“ verifizieren. Übrigens fällt es selbst Fachleuten schwer, die in Deutschland erlaubte passive Sterbehilfe, also das Sterben lassen auf Wunsch des Patienten, von der aktiven Sterbehilfe, Tötung auf Verlangen, zu unterscheiden.



Ergebnisse der Langzeitstudie „Sterbehilfe“ der Deutschen Hospiz Stiftung

Wie in den Jahren zuvor (1997, 2000) kam folgende Formulierung bei der repräsentativen Umfrage, die das Forschungsinstitut Emnid am 14./15. 10. 2005 durchgeführt hat, zum Einsatz:

Zur Beantwortung der Frage möchte ich Ihnen kurz die Begriffe Palliativ-Medizin, 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 Menschen auf dessen Verlangen oder auch ohne dessen Zustimmung. Wenn Sie das wissen, befürworten Sie dann bei Schwerstkranken und Sterbenden den kombinierten Einsatz von Palliativmedizin und Hospizarbeit oder sind Sie eher für aktive Sterbehilfe?

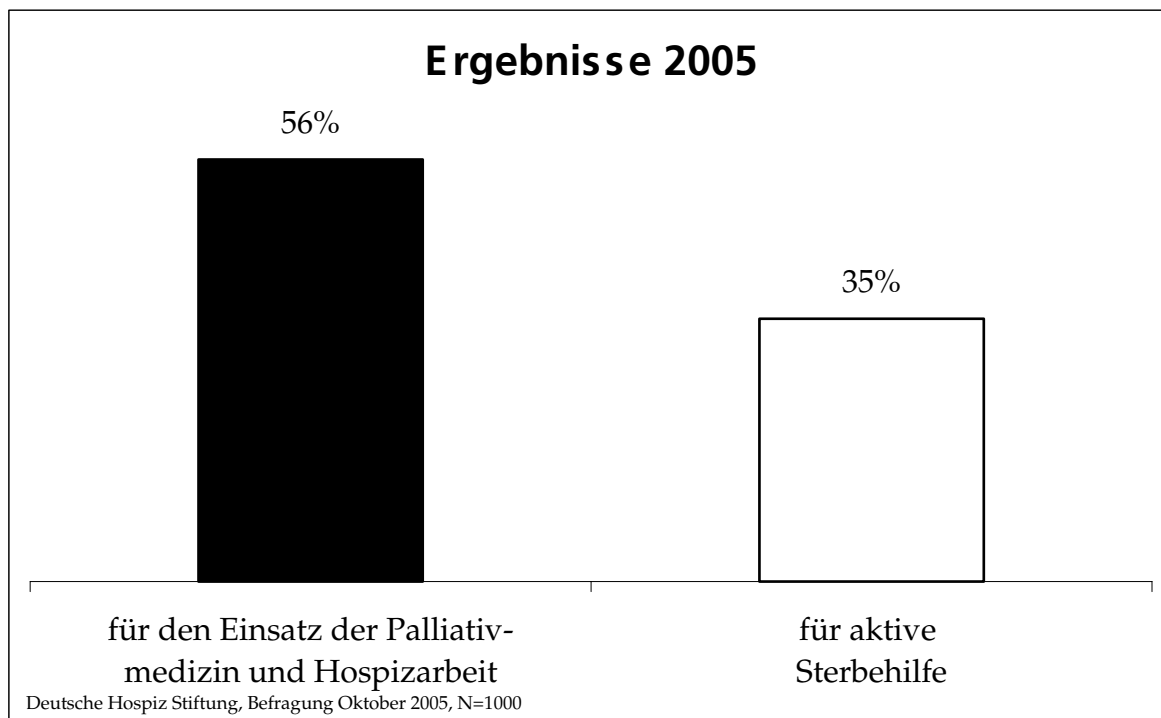


Abbildung 1: Ergebnisse 2005

Schon nach nur einer kurzen Information über andere Wege für die letzte Lebensphase, entscheiden sich nur noch 35 % für aktive Sterbehilfe. Hingegen befürworten über die Hälfte, 56%, dann den Einsatz von Palliativmedizin und Hospizarbeit in der letzten Lebensphase.



Welche Meinung haben die Wähler der politischen Parteien

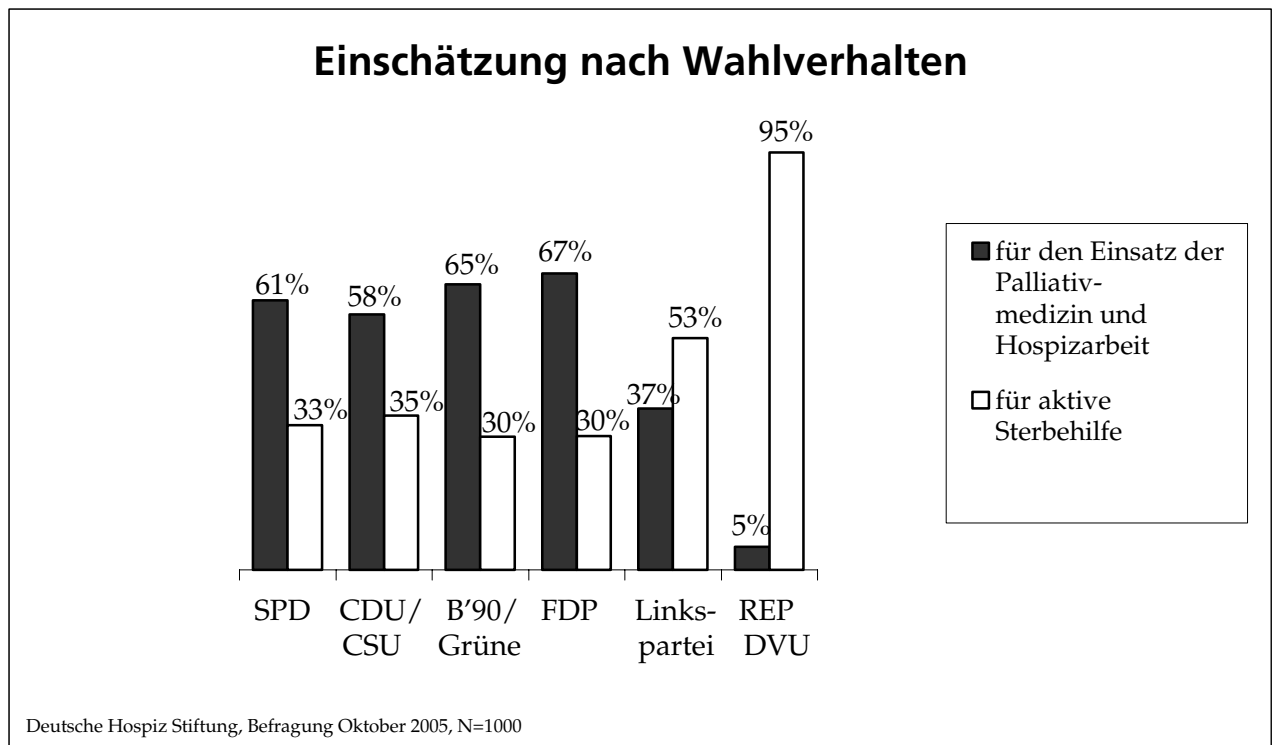


Abbildung 2: Parteienpräferenz

Betrachtet man die Befürworter von aktiver Sterbehilfe in Abhängigkeit der parteipolitischen Präferenz, ist bei den etablierten Parteien, CDU/CSU, FDP, SPD und Bündnisgrüne, der Anteil der Befürworter aktiver Sterbehilfe mit rund 30% sehr gering. Interessant: Obwohl führende FDP-Politiker für eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe plädieren, spiegelt sich diese Tendenz nicht bei den Wählern wider. Hier finden sich sogar die meisten Befürworter, 67%, für den Einsatz von Palliative-Care. Eine Mehrheit für aktive Sterbehilfe findet sich lediglich bei den Anhängern der Linkspartei (53%) und der rechten Parteien (95%).

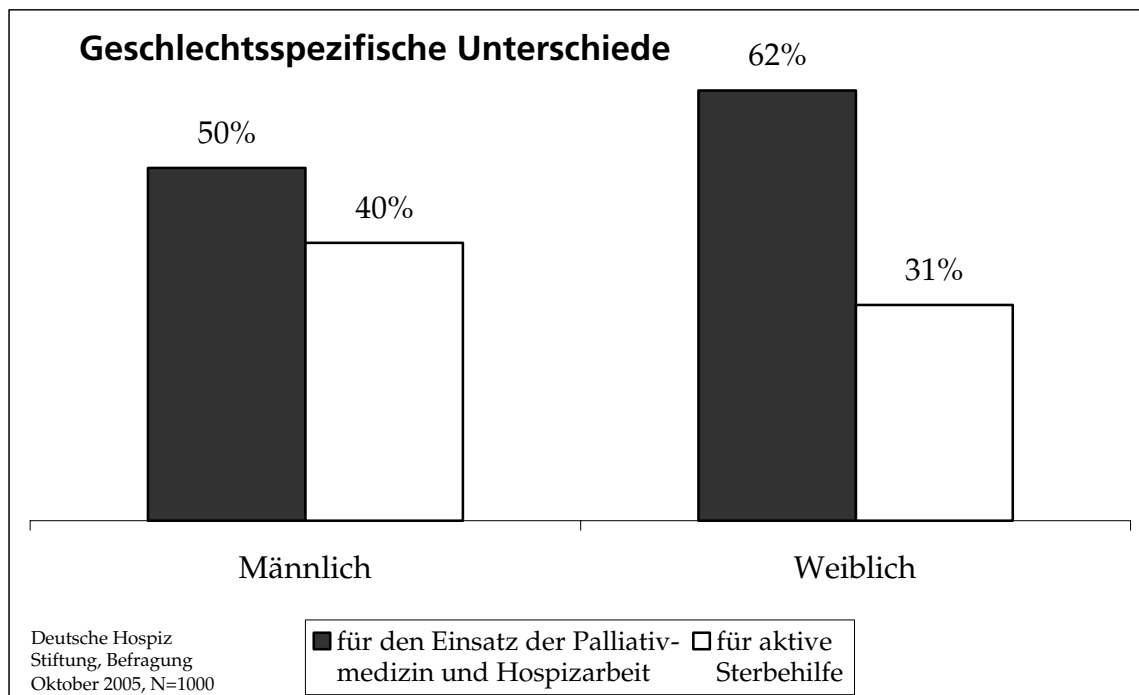


Abbildung 3: Unterschied zwischen Männern und Frauen

Eine unterschiedliche Meinung zur Befürwortung aktiver Sterbehilfe zeichnet sich auch zwischen Männern und Frauen ab: Während sich 40% der Männer für aktive Sterbehilfe aussprechen, sind es bei den Frauen nur 31%.

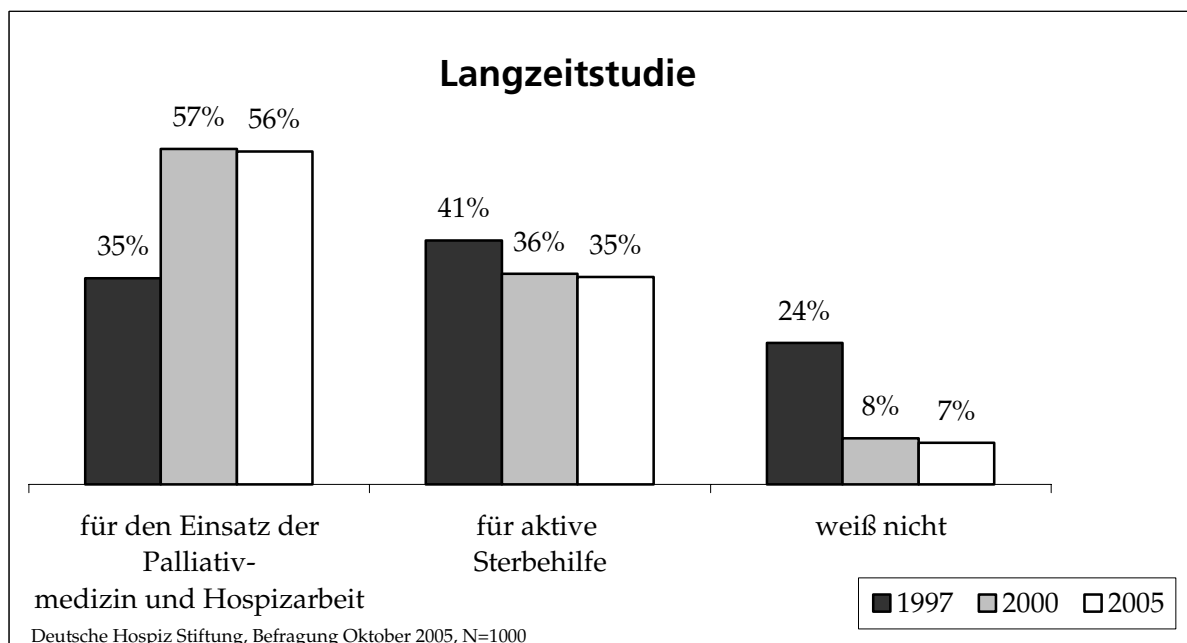


Abbildung 4: Ergebnisse der Langzeitstudie

Während in den Jahren von 1997 bis 2000 die Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe von 41% auf 36% deutlich zurückgegangen ist, stagniert sie seit 2000 bis heute. Möglicher Grund hierfür: In den 90er Jahren war die Hoffnung auf eine Verbesserung in der Versorgung Pflegebedürftiger, Schwerstkranker und Sterbender noch sehr groß. Diese Hoffnung hat in den vergangenen fünf Jahren abgenommen. Denn immer noch erhalten nur 2% der Bevölkerung eine umfassende, hochprofessionelle Sterbebegleitung in Deutschland.



Die Aussagen zum Einsatz von Palliativmedizin und Hospizarbeit zwischen den Jahren 2000 und 2005 weichen nur unwesentlich voneinander ab. Das zeigt deutlich, dass es weder eine ausreichend flächendeckende Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden in Deutschland gibt noch, dass die Menschen über diese Möglichkeit informiert sind.

Die Realität: Palliative-Care-Versorgung in Deutschland

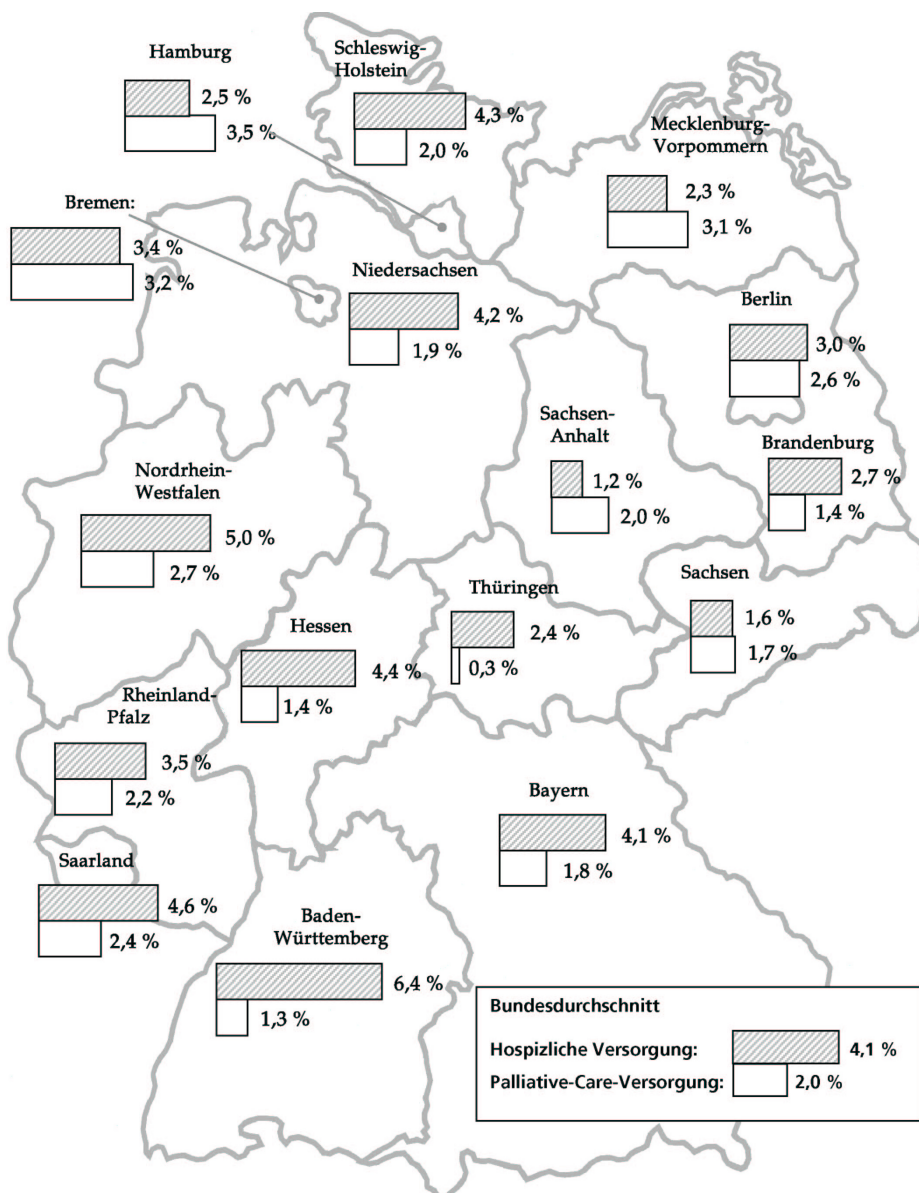


Abbildung 5: Versorgung mit Palliative-Care und hospizlicher Begleitung in Deutschland

Palliativ-Care-Versorgung ist die umfassende, hochprofessionelle Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden mit Schmerztherapie und Symptomkontrolle, deren Ziel es ist, quälende Krankheitserscheinungen, wie etwa Atemnot, Angst und Übelkeit zu beseitigen. Aktuell stellt sich die Situation so dar: Von 850 000 Menschen, die in Deutschland jährlich sterben, werden nur 2,0% durch Palliative-Care versorgt. Rund 4,1% der Sterbenden werden hospizlich, ehrenamtlich begleitet.



Stationäre Hospiz-Versorgung in Deutschland

Derzeit gibt es deutschlandweit laut des Verbands der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) 1 130 Plätze für die Versorgung von 850 000 Sterbenden in stationären Hospizen. Zum Vergleich: Die gesamte Bettenzahl der Berliner Charité – dem nach eigenen Angaben größten Klinikum Europas – beläuft sich auf etwa 2 300 Betten.

Deutsche Hospiz Stiftung: Konsequenzen

- Wir brauchen kein Sterbehilfe-Gesetz. Wer das fordert, führt eine Scheindiskussion und geht an den Bedürfnissen der Menschen vorbei.
- Die Unterscheidung zwischen Töten und Sterbebegleitung garantiert als elementare verfassungsrechtliche Differenzierung einerseits Patientenautonomie andererseits Integritätsschutz am Lebensende.
- Der grundsätzliche Strafanspruch des Staates, § 216 StGB, muss nicht zu unmenschlichen gerichtlichen Entscheidungen führen. Hier gibt es durchaus Spielraum für die richterliche Herstellung von Einzelfallgerechtigkeit.

- Das Recht auf menschenwürdiges Leben bis zuletzt muss umgesetzt werden.
- Weg von einer realitätsfremden, in objektivierte Pflegekataloge geregelten Versorgung. Stattdessen hin zu einer individualisierten hochprofessionellen Versorgung von Pflegebedürftigen, Schwerstkranken und Sterbenden gemäß ihren Bedürfnissen.
- Jederzeit Überprüfbarkeit der Pflegequalität durch unangemeldete, staatliche Aufsichtsbehörden.

- Einführung einer bundesweit flächendeckenden ambulanten und stationären Palliative-Care-Versorgung.
- Palliative-Care muss in alle Bereiche des Sozial- und Gesundheitssystems integriert werden, insbesondere in Krankenhäuser, Pflegeheime und Daheim.
- Umstrukturierung des Gesundheitssystems: 60% der jährlichen Gesundheitskosten in Höhe von 218 Milliarden Euro werden für die Menschen in der letzten Lebensphase ausgegeben. Das sind rund 420 Euro pro Tag für jeden Betroffenen, dessen Wünsche vom Gesundheitssystem immer noch ignoriert werden.
- Es muss die Wahlmöglichkeit zu persönlichen Tagesbudgets in Höhe von 260 Euro für Schwerstkranke und Sterbende in den letzten zwölf Monaten geben – um neben dem Heilungsauftrag auch dem Begleitauftrag im Gesundheitswesen Raum zu geben. Regelmäßige Anpassung dieser Budgets an den Lebenserhaltungskostenindex sind unumgänglich und schließlich muss Palliative-Care für mindestens vier Monate in die Fallpauschalen (DRGs) der Krankenhäuser aufgenommen werden.

