

ZUM THEMA

Debatte über Sterbehilfe

Vier Wissenschaftler legen in München Gesetzentwurf zum assistierten Suizid vor

Noch in diesem Jahr soll im Bundestag über ein Gesetz zur Suizidhilfe beraten werden. Verschiedene Abgeordnete haben sich bereits öffentlich dazu geäußert, wie sie sich eine künftige Regelung vorstellen. Während Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) jede Form organisierter Sterbehilfe unter Strafe stellen möchte, plädieren Peter Hinze (CDU) und Karl Lauterbach (SPD) dafür, dass Ärzte in Zukunft offiziell Hilfe beim Suizid leisten dürfen. In dieser Debatte melden sich nun auch vier Wissenschaftler zu Wort. Der Palliativmediziner Prof. Dr. Gian Domenico Borasio, der Jurist Prof. Dr. Jochen Taupitz und die beiden Medizinethiker Prof. Dr. Dr. Urban Wiesing und PD Dr. Dr. Ralf Jox haben Ende August in München einen eigenen Gesetzentwurf vorgestellt, der den assistierten Suizid regeln soll. Sie wollen mit ihrem Vorschlag einen Mittelweg zwischen einem strikten Verbot der Suizidbeihilfe und einer völligen Liberalisierung der Sterbehilfe aufzeigen.

Die vier Autoren des Gesetzentwurfs schlagen eine klare Regelung vor, die es nahen Angehörigen, engen Freunden und Ärzten unter kontrollierten, strengen Auflagen erlaubt, einem Todkranken Beihilfe zum Suizid zu leisten. Sie wollen damit der Tatsache Rechnung tragen, dass es Menschen gibt, die die letzte Phase ihres Sterbens nicht mehr erleben wollen – selbst wenn sie bestens palliativmedizinisch betreut sind. „Diese Menschen wollen gemäß eigenen Würdevorstellungen sterben. Das kann niemand anderes beurteilen. Darauf brauchen wir eine Antwort, wenn wir als Ärzte helfen wollen“, sagte der Palliativmediziner Gian Domenico Borasio bei der Präsentation des Gesetzentwurfs.

Zwar ist in Deutschland die Beihilfe zum Suizid im Moment nicht strafbar, die tatsächlichen Konsequenzen sind für Betroffene und Ärzte aber schwer einzuschätzen. Denn wer Hilfe zum Suizid leistet, macht sich unter Umständen der unterlassenen Hilfeleistung bzw. Tötung durch Unterlassen schuldig. „Sie dürfen jemandem einen Strick besorgen, aber in dem Moment, in dem Sie sehen, dass er sich erhängt und ohnmächtig wird, müssen Sie ihn abschneiden und wiederbeleben“, erklärte Jochen Taupitz die paradoxe Situation. Auch das ärztliche Standesrecht und das Betäubungsmittelgesetz verhindern derzeit einen geregelten ärztlich assistierten Suizid. Die Musterberufsordnung der Bundesärztekammer verbietet seit 2011 explizit die Beihilfe von Ärzten bei der Selbsttötung (allerdings haben einige Landesärztekammern, darunter Bayern, die Neuformulierung nicht übernommen); die Substanzen, die einem Betroffenen einen Tod ohne Leiden ermöglichen würden, können auch Ärzte in der Regel nicht erhalten. Die Folge: In ihrer Verzweiflung wählen die Betroffenen nicht selten grausame Arten der Selbsttötung oder reisen in die Schweiz, wo Sterbehilfeorganisationen Beihilfe zum Suizid anbieten.

Die Autoren des Gesetzentwurfes sind überzeugt, dass durch die Regelung, die sie vorschlagen, viele affektive und voreilige Suizide vermieden werden könnten. Eine der Bedingungen, die sie für einen ärztlich

assistierten Suizid stellen, ist eine vorherige lebensorientierte Beratung über die Möglichkeiten der Palliativmedizin. Dass durch solche Aufklärung palliativmedizinische Angebote tatsächlich verbessert und Suizide verhindert werden können, zeigen Daten aus dem US-Bundesstaat Oregon, in dem seit 17 Jahren eine Regelung zum assistierten Suizid gilt, an der sich die vier Wissenschaftler bei der Formulierung ihres Gesetzentwurfes orientiert haben. Dort würden ein Drittel der Patienten, die von ihrer Ärztin oder ihrem Arzt eine tödliche Substanz erhalten hatten, das Mittel am Ende doch nicht einnehmen, sagte Borasio.

Die Daten aus Oregon zeigen auch, dass die Fälle von assistiertem Suizid seit der Einführung des Gesetzes bis heute – auf einem sehr niedrigen Niveau – konstant geblieben sind und nicht etwa zugenommen hätten. „Die Suizidbeihilfe wird zwar in der Öffentlichkeit groß diskutiert, sie ist aber ein marginales

Phänomen“, sagte Borasio. In Oregon machen assistierte Suizide nur etwa 0,2 Prozent der Todesfälle aus. „Wenn eine vernünftige Lösung eingeführt wird, wird Suizidhilfe auch ein marginales Phänomen bleiben“, ergänzte Borasio.

Ein „Dambruch“ sei dagegen in Ländern zu beobachten, in denen eine Tötung auf Verlangen erlaubt ist. So zeigen in den Niederlanden und Belgien die Fallkurven in den letzten Jahren deutlich nach oben. Die Tötung auf Verlangen macht dort inzwischen etwa 2,8 bzw. 1,6 Prozent der Todesfälle aus. Dadurch, dass man nicht selbst das Mittel einnehmen müsse, sondern einen anderen damit beauftragen könne, werde „die psychologische Hemmschwelle auf unverantwortliche Weise gesenkt“, sagte Borasio. Deswegen lehnen die Autoren des Gesetzentwurfes die Tötung auf Verlangen eindeutig ab.

Caroline Mayer

„Ärzte müssen auch das Sterben zulassen“

Interview mit PD Dr. Dr. Ralf Jox

Herr Dr. Dr. Jox, warum haben Sie und Ihre Kollegen sich als Wissenschaftler mit einem eigenen Gesetzentwurf in die Debatte um die Sterbehilfe eingeschaltet?

Die Debatte in der Öffentlichkeit verläuft häufig nach einem Schwarz-Weiß-Schema. Es gibt diejenigen, die restriktiv jede Suizidhilfe verbieten wollen und diejenigen, die eine schrankenlose Legalisierung fordern. Wir möchten einen Mittelweg empfehlen. Außerdem gab es bisher noch keinen Vorschlag, der empirische Daten und Erfahrungen aus anderen Ländern einbezogen hat. Diese Erkenntnisse gibt es seit Jahren, sie finden aber außerhalb von Fachzeitschriften wenig Beachtung.

Was möchten Sie mit dem Gesetzentwurf erreichen?

Wir wollen Rechtssicherheit für alle schaffen, uns liegt das Wohl der Patienten am Herzen. Was viele nicht wissen: Suizidbeihilfe wird in Deutschland schon jetzt praktiziert, von einem Hamburger Verein, von Laien, aber auch von einzelnen Ärzten.

Im Moment gibt es dabei keine bindenden Sorgfaltskriterien, da das unkontrolliert im Verborgenen stattfindet. Journalistische Recherchen haben gezeigt, dass von einigen Sterbehelfern Druck ausgeübt wird oder dass relativ hohe finanzielle Forderungen gestellt werden. Wir wollen verhindern, dass Menschen voreilig und unnötig in den Suizid gedrängt werden oder sich an zwielichtige Anbieter wenden. Aber denen, die am Lebensende einen Suizid freiwillig und wohlüberlegt als wirklich letzte Option erwägen, wollen wir es ermöglichen.

Unter welchen Bedingungen sollte nach Ihrem Gesetzentwurf ein assistierter Suizid möglich sein?

Unser Entwurf sieht vor, dass die Hilfe bei der Selbsttötung generell unter Strafe gestellt wird, was ja bisher nicht der Fall ist. Allerdings werden zwei Ausnahmen formuliert. Angehörige und nahestehende Personen machen sich nicht strafbar, wenn sie einem freiverantwortlich handelnden Volljährigen Beihilfe leisten. Für die ärztliche Suizidhilfe schlagen wir eine detaillierte und strenge Regelung vor. Es kommen nur Patienten in Frage, die an einer unheilbaren, zum Tode führenden Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leiden. Außerdem müssen die Patienten entscheidungsfähig sein, der Wunsch muss reiflich überlegt und freiwillig sein. Die dritte wichtige Bedingung ist, dass die Ärzte die Betroffenen lebensorientiert beraten, also über die Möglichkeiten, die ein Weiterleben erträglich und sinnvoll machen können. Sie sollen informieren über die palliativmedizinischen Mittel der Leidenslinderung und über psychosoziale Hilfen, so dass der Versuch gemacht wird, Patienten wieder für das Leben zu gewinnen, die vielleicht aus nachvollziehbaren Gründen sagen: „Jetzt ist es gut, ich mag nicht mehr“. Außerdem muss ein zweiter Arzt hinzugezogen werden, und zwischen dem Aufklärungsgespräch und der Beihilfe müssen mindestens zehn Tage vergehen.

Einigen Kritikern ist dieser Gesetzentwurf zu liberal. Wollen Sie wirklich eine Liberalisierung der Sterbehilfe in Deutschland?

Der Gesetzentwurf ist von links wie rechts kritisiert worden. Die einen sagen, da wird der Sterbehilfe Tür und Tor geöffnet. Die anderen sagen, ihr schließt die Tür für die Patienten, die das bisher dürfen. Es wäre eine Liberalisierung, was die Position der Ärzte angeht, aber gleichzeitig auch eine Verschärfung im Strafrecht. Der Gesetzentwurf ist der Versuch, endlich Transparenz zu schaffen und eine Praxis aus dem Halbschatten herauszuholen und einer Kontrolle zu unterziehen. Wir erkennen an, dass es solche Patienten gibt, dass es auch den Wunsch zu helfen gibt. Und wir bemühen uns, in einer sensiblen Situation Regeln aufzustellen und diese auch zu kontrollieren.

Gegner eines geregelten assistierten Suizids befürchten, dass dadurch der soziale Druck auf benachteiligte Bevölkerungsgruppen wie Alte, Arme und Behinderte steigen könnte, „freiwillig“ aus dem Leben zu scheiden.

Diese Befürchtung ist sehr ernst zu nehmen. Deswegen haben wir den Kreis der Patienten, die in Frage kommen, eng gehalten. Ältere, vereinsamte oder „Lebensmüde“ Menschen könnten laut unserem Entwurf keine ärztliche Suizidhilfe erhalten, sofern sie keine unheilbare, zum Tode führende Erkrankung haben. Denn wir dürfen nicht vergessen: Die meisten Suizide in Deutschland sind im Rahmen psychischer Erkrankungen zu sehen, die behandelbar sind. Wir glauben nicht, dass bei der geringen Zahl von Patienten, die nach unserem Modell eine ärztliche Suizidbeihilfe in Anspruch nehmen könnten, ein sozialer Druck entstünde. Auch die Daten aus Oregon, das seit fast 20 Jahren ein ähnliches Modell praktiziert, zeigen: Die schlecht Versicherten, Schwachen und Alte greifen nicht vermehrt zu diesem Mittel.

Die Bundesärztekammer sagt, die Mitwirkung bei der Selbsttötung sei keine ärztliche Aufgabe. Ärzte sollten Leben erhalten. Teilen Sie die Befürchtung, dass das Ansehen des Arztberufs leiden könnte, wenn Ärzte zukünftig nach klaren Regeln Hilfe bei Suiziden leisten?

Wir machen in unserem Gesetzentwurf deutlich: Der Arzt ist Helfer zum Leben, er soll versuchen, Leben zu erhalten und zu fördern – deswegen auch die lebensorientierte Pflichtberatung. Aber gleichzeitig ist im ärztlichen Ethos schon lange anerkannt, dass Ärzte ihre Grenzen kennen müssen und Sterben auch zulassen müssen. In Situationen, in denen man lebensverlängernde Behandlungen unterlässt, dürfen und müssen Ärzte auch schon jetzt das Sterben zulassen. Ich glaube, dass die wenigen Patienten, die ihre letzten Wochen nicht mehr erleben möchten, deren Leben aber nicht von lebenserhaltenden Behandlungen abhängt, auch ärztliche Hilfe verdient haben. Fragt man Bürger, ob ihr Vertrauen in die Ärzte bei einer Regelung zur ärztlichen Suizidhilfe leiden würde, zeigt sich deutlich: Nein, im Gegenteil. Sowohl bei den Patienten, die leben wollen, als auch bei denjenigen, die sterben wollen, würde das Vertrauen eher steigen, wenn sie wissen, dass sich die Ärzte individuell auf sie einstellen und sie ernst nehmen. Man muss auch berücksichtigen, dass die große Mehrheit der Bevölkerung – etwa 75 Prozent – für eine solche Erlaubnis der Suizidhilfe ist.

Die Deutsche Gesellschaft Palliativmedizin nennt in einer Stellungnahme eine Regelung des ärztlich assistierten Suizids den falschen Weg. Lieber sollte die Palliativmedizin ausgebaut werden.

Ein wesentliches Element unserer Beratung ist eine obligatorische Beratung über die Möglichkeiten der Palliativmedizin. In Oregon haben wir gesehen, dass dadurch die Palliativmedizin gestärkt wurde. Das eine gegen das andere auszuspielen, geht aber an der Realität vorbei. Ich halte nichts davon, durch Tabuisierung den Wunsch einzelner Patienten nach einer Suizidbeihilfe unter der Decke zu halten. Wenn es um Suizidhilfe geht, ist der Abbruch des Gesprächs der falsche Weg. Die Palliativmedizin sollte versuchen, allen Menschen einen Weg aufzuzeigen, auch denjenigen, die palliativmedizinisch bestens betreut sind, aber dennoch über Suizid nachdenken – denn die gibt es! Den Suizid anzusprechen, wirkt häufig suizidpräventiv. Die meisten wollen ja leben und sind dankbar für die Palliativmedizin. Gerade in der letzten Phase wollen sie viel regeln, wollen sich verabschieden, bestimmte Ziele erreichen und die letzte Lebensphase intensiv leben.

Die meisten Menschen, die Sterbehilfe befrworten, fürchten sich vor einem Autonomieverlust durch starke körperliche Behinderungen oder durch eine Demenz. Diesen Menschen wird ihr Gesetzentwurf vermutlich nicht weit genug gehen?

Diese Ängste sind ernst zu nehmen. Die Palliativmedizin und die Medizin generell muss versuchen, das zu entschärfen. Man sollte darauf hinweisen, dass sich Betroffene nach einem Schlaganfall oder einer Querschnittslähmung an die neue Situation gewöhnen und dann auch eine gute Lebensqualität haben können. Außerdem ist es ja so, dass bei schweren Behinderungen in vielen Fällen häufig oder sogar dauerhaft lebenserhaltende Behandlungen, z.B. eine Beatmung, nötig sind. Diese Patienten haben die Möglichkeit, durch eine Ablehnung der lebenserhaltenden Behandlung zu sterben. Auch Erkrankungen, die zu einer Demenz führen, sind oft unheilbar und lebensbegrenzend. Wenn beispielsweise eine Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung diagnostiziert wird, die innerhalb von wenigen Monaten zum Tod führt, wäre den Betroffenen nach unserem Modell auch der Weg des assistierten Suizids nicht verwehrt. Eine Alzheimer-Erkrankung hingegen muss die Lebensspanne nicht verkürzen, hier wäre die Option des assistierten Suizids das falsche Signal, zumal es vielfältige Möglichkeiten gibt, damit gut zu leben.

Mit PD Dr. med. Dr. phil. Ralf Jox
sprach Dr. phil. Caroline Mayer

Diesen und weitere MÄA-Leitartikel finden Sie auch auf der Internet-Seite des ÄKBV unter www.aekbv.de > Münchener Ärztliche Anzeigen > MÄA-Leitartikel