



Zwischen Recht, Ethik und Gesellschaftsnorm

Zur aktuellen Diskussion um die Sterbehilfe

Von Dr. Dietmar Merz und
Dr. Günter Renz

Auch in den kommenden Monaten werden die Medien von den Diskussionen um die Beihilfe zur Selbsttötung, den sog. assistierten Suizid, berichten. Denn noch in diesem Jahr soll es dazu neue gesetzliche Regelungen geben. Das Ganze ist und bleibt ein ethisch strittiges Thema: Wie kommen Autonomie und Selbstbestimmung zu ihrem Recht?

Wie kann die »Würde« des einzelnen Menschen gewahrt werden? Wie steht es um die Autonomie des potentiellen Helfers, das Berufsethos der Ärztinnen und Ärzte, wenn es zu einem Wunsch nach Suizidassistenten kommt? Welche Werte sollen in unserer Gesellschaft im Vordergrund stehen? Wie ist das Argument des Dammbrochs einzuschätzen, wenn die Beihilfe zum Suizid gesetzlich geregelt würde? Ein Teil der Diskussion wird bestimmt durch Berichterstat-

tungen über bewegende individuelle Schicksale wie das der 29-jährigen Amerikanerin Brittany Maynard, die ihren Suizid im Wissen um einen aggressiven Hirntumor angekündigt und ausgeführt hat. Im Bundesstaat Oregon ist das mit einem legal verschriebenen Mittel möglich. Auch in Deutschland setzen sich Mediziner wie Gian Domenico Borasio für die Möglichkeit eines ärztlich assistierten Suizids ein. Überraschen mag aber die Begründung, die Borasio gibt:

Ein neues Gesetz werde gebraucht, »um den Blick auf wichtigere Probleme am Lebensende frei zu machen« (Selbst bestimmt sterben, 2014). Offensichtlich denkt er dabei an die Probleme am Lebensende, die deutlich mehr Menschen betreffen als die Frage des begleiteten Suizids.

Vermutlich sterben in Deutschland jedes Jahr rund 200 000 Menschen durch die Entscheidung, eine lebensverlängernde Therapie nicht zu beginnen oder nicht fortzuführen (Sterben-Lassen, passive Sterbehilfe). Juristisch gerechtfertigt ist dies seit 2009 durch das Gesetz zur Patientenverfügung, das sich ganz am ausgesprochenen oder mutmaßlichen Willen des Betroffenen orientiert. Aber ist damit alles geklärt? Wäre es nicht wichtig zu wissen, ob diese Verfügungen in der Praxis auch wirklich respektiert werden? Wie steht es bei der Umsetzung um das Zusammenspiel von Arzt und Betreuer bzw. Bevollmächtigtem, und welche Rolle spielen dabei die (anderen) Angehörigen? Wie steht es um den Patientenwillen, der zu erheben ist, wenn keine (schriftliche) Patientenverfügung vorliegt?

Der Bundestag hat sich 2009 für eine »liberale« Regelung entschieden, liberal in dem Sinne, dass das Voraussetzungsrecht weder auf die Sterbephase noch auf eine bald zum Tode führende Grunderkrankung beschränkt wurde. Damit ist eine gesetzliche Regelung gegeben, die tagtäglich zu zahlreichen ethischen Abwägungen führen kann, die medial kaum Beachtung finden. Genauso wenig ist im öffentlichen Bewusstsein angekommen,

in wie vielen Fällen heute bereits im Rahmen einer guten Schmerztherapie eine Lebensverkürzung unbeabsichtigt in Kauf genommen wird (indirekte Sterbehilfe). Europäische Studien gehen von 10-20 Prozent aller Todesfälle aus!

Nach unserem Verständnis will Borasio eben darauf hinweisen, dass sich in all diesen Fällen von Sterbehilfe (passive und indirekte Sterbehilfe, aber auch palliative Sedierung), die jeden 2. oder 3. Menschen betreffen, entscheidende ethische Fragen stellen und noch viele Verbesserungen möglich sind. Brauchen wir angesichts dieser Probleme, aber auch angesichts der bereits verfügbaren medizinischen Optionen tatsächlich die Regelung eines ärztlich begleiteten Suizids? Wird dadurch nicht Suizidbeihilfe zu einer Option des Lebensendes, obwohl er doch bisher auf »tragische Ausnahmesituationen« (Deutscher Ethikrat) beschränkt ist? Man schätzt, dass es derzeit in Deutschland im Jahr etwa 250 Mal zu einem assistierten Suizid kommt. Dieser ist grundsätzlich nicht strafbar und sollte als Gewissensentscheidung »ungeachtet des Grundsatzes, dass Beihilfe zum Suizid keine ärztliche Aufgabe ist, ... in einem vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnis bei Ausnahmesituationen respektiert werden« (Deutscher Ethikrat). Kann es Aufgabe des Gesetzgebers sein, die Bedingungen festzulegen, unter denen er erlaubt bzw. verboten ist? Soll die Politik bestimmen, wie lange etwa die Lebenserwartung noch sein darf oder wie lange die Bedenkzeit sein sollte etc.?

(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte

– MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel: »§ 16 Beistand für Sterbende: Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.«

Berufsordnung, Landesärztekammer Baden-Württemberg
Stand: Dezember 2012:

»§ 16 Beistand für Sterbende: Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen.«

Rechtliche Regelungen, z.B. im US-Bundesstaat Oregon

In Oregon wurde im Jahre 1997 ein Gesetz mit dem Titel »Oregon Death with Dignity Act« verabschiedet. Danach kann einem einsichtsfähigen Erwachsenen, bei dem durch den behandelnden und einen beratenden Arzt eine unheilbare Erkrankung festgestellt wurde, die voraussichtlich in weniger als sechs Monaten zum Tode führt, ein Rezept für ein Medikament ausgestellt werden, mit dem dieser Suizid begehren kann. Im Jahr 2013 ließen sich 122 Patienten tödliche Medikamente verschreiben. 71 von ihnen haben das Medikament tatsächlich eingenommen. Auch andere US-Bundesstaaten haben inzwischen vergleichbare Gesetze verabschiedet, z.B. Washington im Jahre 2009.



Wichtige Begriffe – kurz erklärt:

1. Reine Sterbebegleitung: Basisversorgung, Grundpflege und schmerzlindernde Behandlung ohne lebensverkürzende Wirkung. – Geboten.
2. Behandlungsbegrenzung: Sterbenlassen (auch passive Sterbehilfe): Verzicht oder Abbruch (!) lebensverlängernder Maßnahmen. – Geboten, wenn es dem Willen des Betroffenen entspricht (Patientenverfügung oder mutmaßlicher Wille) nach § 1901 BGB.
3. Leidenslinderung (auch indirekte aktive Sterbehilfe): Schmerztherapie und Symptomkontrolle mit dem Risiko unbeabsichtigter Lebensverkürzung. – Erlaubt.
4. Beihilfe zum Suizid, (ärztlich) assistierter Suizid: Ermöglichung, Förderung oder Nichtverhinderung einer Selbsttötung (z.B. durch Beschaffung und Bereitstellung eines tödlichen Medikaments). – Strafrechtlich erlaubt mit Einschränkungen (»Garantenpflicht«), Ärzten standesrechtlich in den meisten Landesärztekammern verboten.
5. Tötung auf Verlangen (auch aktive Sterbehilfe): Sterben durch aktives Handeln eines Dritten, absichtliches Herbeiführen des Todes durch einen außerhalb einer medizinischen Behandlung liegenden Eingriff. – Verboten nach § 216 StGB.



Die Kampagne »Mein Ende gehört mir« wird von verschiedenen Prominenten unterstützt: Auf dem Bild sieht man die Schauspielerin Petra Nadolny. Siehe auch: <http://letzte-hilfe.de>

Sowohl der Deutsche Ethikrat als auch die Kirchen sprechen sich gegen eine Regelung der Suizidbeihilfe in einem Gesetz aus. Stattdessen plädiert der Ethikrat in seiner Mehrheit dafür »Suizidbeihilfe sowie ausdrückliche Angebote dafür« zu untersagen, »wenn sie auf Wiederholung angelegt sind, öffentlich erfolgen und damit den Anschein einer sozialen Normalität ihrer Praxis hervorrufen könnten«.

Auf der anderen Seite stellt sich die Frage, ob es hilfreich ist, wenn die Ärzteschaft die Beihilfe zum Suizid so tabuisiert, wie es die Bundesärztekammer 2011 getan hat: »Ärzte dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten«. Dies könnte dazu führen, dass Patienten sich mit ihren Suizidgedanken gar nicht erst dem Arzt anvertrauen. Zudem gibt es Untersuchungen, dass nicht wenige Ärzte auf Anfrage sehr wohl Beihilfe zum Suizid leisten würden oder gar schon einmal geleistet haben. Es wäre hier Aufgabe, den Ist-Stand zu erforschen und dem betreffenden Arzt für den Einzelfall Supervision und ethische Beratung anzubieten. Beides wird aber durch ein pauschales Verbot, das bislang übrigens

in keinem Fall zu berufsrechtlichen Konsequenzen geführt hat, eher erschwert.

Gesamtgesellschaftlich wünschenswert ist eine breite Diskussion nicht nur über den assistierten Suizid, sondern auch über die Erfordernisse einer guten medizinisch-pflegerischen Versorgung im Alter. Hierzu gehören eine funktionierende Zusammenarbeit verschiedener Berufs- und Betroffenengruppen (Ärzte, Pflegedienst, Seelsorger, Angehörige usw.), das Bereitstellen einer breiten palliativen Versorgung und die »Absage an die therapeutische Verbissenheit« (Wolfgang Huber). Die augenblickliche Diskussion bietet eine große Chance, dass die »wirklichen« Probleme in Angriff genommen werden.

Stellungnahme der Diakonie Deutschland:
»Die Diakonie Deutschland setzt sich für ein generelles Verbot organisierter, nicht nur gewinnorientierter/gewerblicher Sterbehilfe ein, weil durch jede Form organisierter Beihilfe, ob gewinnbringend oder nicht, der Eindruck erweckt wird, Selbsttötung sei eine Gestalt des Lebensendes unter anderen.«



Dr. Dietmar Merz (li.) ist Studienleiter in der Evangelischen Akademie Bad Boll, Dr. Günter Renz ist stellvertretender Direktor.

Vom 13.–14. Juni findet in der Evangelischen Akademie Bad Boll eine Tagung zum Thema Sterbehilfe statt, geleitet von Dr. Dietmar Merz – siehe Seite 22.