

Gita Neumann
Michael Bauer
Erwin Kress

Am Ende des Weges

Humanistische Positionen
und Argumente zur Debatte
um den assistierten Suizid



Gita Neumann – Michael Bauer – Erwin Kress

Am Ende des Weges

**Humanistische Positionen und Argumente
zur Debatte um den assistierten Suizid**

Herausgeber:
Humanistischer Verband Deutschlands e.V.
Wallstraße 61-65, 10179 Berlin

Inhalt

Humanistische Haltung und Perspektive	3
Worum geht es?	5
Die derzeitige Rechtslage: Bedarf einer Klarstellung.....	6
Einführung einer qualifizierten Suizidkonfliktberatung.....	8
Palliativmedizin, Arztethos und Suizidassistenten sind keine Gegensätze.....	10
Zulassung von Natrium-Pentobarbital.....	11
Schlussbemerkung.....	12
Weiterführende Literatur	12
Ansprechpartner für die Presse.....	12

Anmerkung zur Schreibweise

Der besseren Lesbarkeit willen wird in diesem Text nur die männliche Form verwendet. Wenn z. B. von Patienten, Ärzten oder Politikern die Rede ist, sind Patientinnen, Ärztinnen und Politikerinnen selbstverständlich ebenfalls gemeint.

Humanistische Haltung und Perspektive

Das Leben des Menschen ist sein höchstes Gut. Es ist einmalig, zugleich endlich und unwiederbringlich. Doch Leben entsteht und vergeht, es ist eingebettet in den immerwährenden Prozess der Evolution. Wohl wissend, dass Altern und Sterben zum individuellen Leben gehören und ständige gesellschaftliche Realität sind, müssen wir in unserem Land Bedingungen schaffen, die Humanität und Würde gewährleisten.

Die Selbstbestimmung am Lebensende stellt für viele Menschen einen hohen Wert dar, den sie gemäß ihrer jeweils religiös, weltanschaulich oder biographisch bedingten Überzeugungen für sich realisiert sehen möchten. Mit einem Sterben in Würde verbinden viele einen Prozess des „Loslassens“, einen im hospizlichen Sinne liebevoll begleiteten Sterbeverlauf. Andere jedoch verstehen darunter, bis zuletzt die Regie bei der Gestaltung ihres Lebensendes selbst in der Hand zu haben – bis hin zur Festlegung ihres Todeszeitpunktes.

Bisher ist in Deutschland nur die „Tötung auf Verlangen“ verboten. Nun wurde in der Politik die Forderung erhoben, auch die Arbeit von Vereinen, die organisierte Beihilfe zur Selbsttötung leisten, zu verbieten. Das halten wir für falsch. Denn damit würde nur die Tabuisierung des Suizids wieder verstärkt, nicht aber das ergebnisoffene Gespräch mit Hilfesuchenden als Präventionsmaßnahme gefördert. Dazu bedarf es vielmehr fürsorglicher und professioneller Konfliktberatung für Menschen in existentieller Not. Es geht in diesem Zusammenhang vor allem um die Unterstützung von Menschen, die sehr ernsthaft darum ringen, ob sie die bittere Phase einer leidvollen – chronischen oder akuten - Erkrankung bis zuletzt durchhalten können und wollen.

Letztendlich kann nur der jeweilige Mensch selbst bestimmen, ob sein Zustand für ihn lebenswert bzw. erträglich ist – ob er „bleiben“ oder schon „gehen“ möchte. Dies gilt insbesondere, wenn das Leben von qualvollen Schmerzen, Schwerstpflegebedürftigkeit, dem Verlust der Autonomie oder einer starken Einschränkung der Bewegungs- und Kommunikationsfähigkeit geprägt ist.

Mit dieser Broschüre wollen wir in der aktuellen Auseinandersetzung humane Perspektiven für den Erhalt und den Ausbau der Selbstbestimmung aufzeigen. Wir gehören dem Humanistischen Verband Deutschlands an, der größten nicht-religiösen Weltanschauungsgemeinschaft Deutschlands. Als haupt- oder ehrenamtlich Mitarbeitende sind wir nicht nur seit vielen Jahren mit der ethischen Problematik der Sterbehilfe befasst, sondern wir wissen aus unserer medizinethischen Beratungspraxis, durch unsere Lebens- und Konflikthilfe, durch die Erstellung von über 25.000 individuellen Patientenverfügungen und die Begleitung Sterbender um die Komplexität der damit verbundenen Fragestellungen – und um die Sorgfalt, die sie erfordern. Wir plädieren daher für Vernunft und sachliche Argumente, für wechselseitige Toleranz und säkularen Pluralismus.

Nach unserer Auffassung sollte eine Regelung der Suizidhilfe darauf aufbauen, dass diese nach der deutschen Rechtslage und Rechtsdogmatik prinzipiell straffrei ist. Wir fordern den Bundestag auf, die derzeit geltende Straffreiheit der Beihilfe zum Suizid nicht einzuschränken, sondern im Gegenteil den Weg zu einer kontrollierten Suizidhilfe und damit auch zu wirklicher Suizidprophylaxe zu eröffnen. Dadurch wird nicht infrage gestellt, dass eine Ausdehnung der Palliativ- und Hospizversorgung ebenso

dringend erforderlich ist wie eine Reform des Gesundheits- und Pflegebereiches. Diese stellen aber weder einen Gegensatz noch eine hinreichende Alternative zur Suizidhilfe dar.

„Eine solche Pflicht [zu leben, auch wenn man schwer leidet,] lässt sich ohne religiösen Hintergrund kaum begründen.“

Prof. Dr. Christiane Woopen, Ärztin, Vorsitzende des Deutschen Ethikrates

<http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-124838572.html> , 3.2.14

Die rechtlichen Möglichkeiten zur Suizidbeihilfe und damit auch ihre praktische Umsetzung sollten nicht verschärft bzw. eingeschränkt, sondern verbessert werden. Dabei können Erfahrungen aus anderen Staaten helfen, die in dieser Frage bereits seit Längerem offenere Regelungen haben als Deutschland. Dies gilt etwa für die Suizidassistenten im rein ärztlichen Bereich, wie sie zum Beispiel im US-Bundesstaat Oregon stattfindet. Aus der Schweiz können Erfahrungen mit dem Medikament Natrium-Pentobarbital zur medizinisch fachgerechten Suizidbeihilfe einbezogen werden. Eine Erlaubnis der ärztlichen Tötung auf Verlangen, wie etwa in den Niederlanden, lehnen wir dagegen ab.

Nach unserer Überzeugung gehört der Umgang mit Suizidhilfe und Suizidverhütung jedoch nicht nur in ärztliche Hände. Wir schlagen daher ergänzend die Einführung einer ausgewiesenen und qualifizierten Suizidkonfliktberatung oder ähnlicher sozialer Beratungsangebote im Rahmen gemeinnütziger Organisationen oder Einrichtungen vor.

70 Prozent der Deutschen wollen im Falle einer schweren Erkrankung die Möglichkeit haben, auch auf ärztliche Hilfe bei der Selbsttötung zurückgreifen zu können. Das ergab im Januar 2014 eine „Forsa“-Umfrage im Auftrag der Krankenkasse „DAK Gesundheit“. Nach einer Umfrage von „Gallup International“ aus dem Jahr 2012 sind fast 90% aller Deutschen der Überzeugung, dass es grundsätzlich jedem Einzelnen selbst überlassen bleiben soll, zu bestimmen, wann und wie er stirbt.

Auch wir sind davon überzeugt: Die Selbstverantwortung des Einzelnen beinhaltet, dass jeder ohne Bevormundung durch andere in dieser Frage seinen eigenen Lebensweg in Würde und in Rechtssicherheit - auch für seine Helfer - gehen kann.

Zwar sind die Zeiten vorbei, in denen „Selbstmörder“ noch hinter der Friedhofsmauer verscharrt werden mussten. Der Suizid selbst wird auch von

den Kirchen nicht mehr durchgängig verdammt und für die im Einzelfall geleistete familiäre Begleitung wird zunehmend Verständnis gezeigt. Allerdings hat sich die moralische Ablehnung des Suizides inzwischen auf vermeintliche Gefahren des Missbrauchs und auf den Verstoß gegen ein – ursprünglich christlich motiviertes – Lebensschutzgebot verschoben. Mit dessen Verabsolutierung beansprucht eine gesellschaftliche Minderheit, dass die Selbstbestimmung der Vielen zur Abwendung vermeintlicher Gefahren geopfert werden müsse. Desgleichen scheint der Impuls zu einer Verunglimpfung weiter zu bestehen. Er richtet sich nun vor allem gegen Organisationen, die Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten bereit sind. Diesen Sterbehilfevereinen werden eigennützige Interessen,

Ein Wort zur Begrifflichkeit: Die öffentliche Debatte über das komplexe Thema Suizid und Suizidbeihilfe ist häufig von Unsicherheiten und Unklarheiten geprägt. Das beginnt bereits mit den verwendeten Begriffen. So wird oft fälschlicherweise von „aktiver Sterbehilfe“ gesprochen, wenn es um die Beihilfe zur Selbsttötung geht. Das Thema erfordert einen besonders sorgfältigen Umgang mit den Begriffen auch deshalb, weil sie häufig eine Fülle von Bedeutungen mitschwingen lassen. Dazu gehört auch der Begriff „Selbstmord“, der die Unterstellung einer abscheulichen Straftat in sich trägt. Andererseits verkennt der Begriff „Freitod“ die oft gegebene Not- und Krisensituation, unter der sich ein Mensch zur eigenen Beendigung seines Lebens entschließt. Wir verwenden daher in dieser Broschüre nur die Begriffe „Suizid“ oder „Selbsttötung“.

mangelnde Sorgfaltspflichten und Gewinnstreben unterstellt. Belege für diese Vorwürfe stehen allerdings aus.

Worum geht es?

2012 hatte die CDU im Bundestag einen Gesetzentwurf des Justizministeriums für ein strafrechtliches Verbot gewerbsmäßiger Sterbehilfe abgelehnt, weil dieser ihr nicht weit genug ging. Seit Beginn des Jahres 2014 fordern nun führende Unionspolitiker wie Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und Fraktionschef Volker Kauder ein Verbot jeglicher organisierter Form von Suizidbeihilfe. Dies zielt zunächst auf ein Verbot von in Deutschland tätigen Suizidhilfevereinen ab, wie sie seit langem in der Schweiz etabliert sind. Einige Abgeordnete haben deutlich gemacht, künftig auch einzelne Ärzte und andere Personen, die bei Schwerkranken eine solche Hilfe unentgeltlich und aus uneigennütigen Motiven leisten, mit Gefängnisstrafen belegen zu wollen. Das soll insbesondere dann geschehen, wenn diese Hilfe mehrfach in Form einer "Geschäftsmäßigkeit" erfolgt. Als Strafmaß bei einem neu ins Strafrecht zu implementierenden § 217 sind bis zu drei Jahre Haft vorgesehen. Dies wird alle Ärzte, Pflegende oder sonstige Betreuungspersonen betreffen, wenn sie nicht nur in einem einmaligen Ausnahmefall diesen Beistand leisten, sondern im Kontext der Hilfe zum selbstbestimmten Tod einige (unspezifisch bleibende) Kriterien der Professionalität bzw. Organisiertheit erfüllen. Beziehen dürften sich diese auf Qualifikation und Sachkompetenz, kollegiale Konsultationen, auf die Bereitstellung einschlägiger Informationen, Begutachtung sowie Beratung durch dafür geeignete Organisationen, wie z.B. Fachgesellschaften oder gemeinnützige Vereine. Diese Kriterien würden auch eine kompetente Suizidkonfliktberatung betreffen, wie sie hier weiter unten vorgeschlagen wird.

Inzwischen hat auch der Palliativmediziner Gian Domenico Borasio zusammen mit namhaften medizinethischen Kollegen einen eigenen Gesetzentwurf unterbreitet. Darin wird vorgeschlagen, die Suizidbeihilfe generell strafrechtlich zu verbieten. Gleichzeitig soll Ärzten unter Beachtung strengster Auflagen die Hilfe zu einem freiverantwortlichen Suizid erlaubt werden, wenn der Patient unheilbar krank ist und ein weiterer Arzt dies befürwortet. Modell ist eine Regelung der ärztlichen Suizidhilfe in den US-Staaten Oregon und Washington.

Es geht derzeit also um eine (Neu-)Regelung von Kernfragen der Sterbehilfe. Diese Neuregelung wird auch auf einen viel größeren Zusammenhang ausstrahlen: Gelten in unserer Gesellschaft pluralistische Vorstellungen von einem selbstbestimmten Lebensende und Sterben in Würde – oder zwingen christlich-konservative, von einem

"Wir müssen klar und deutlich machen - und davon kann es keine Ausnahme geben -, dass das Leben von Gott geschenkt ist. (...) Liebe als Argument für organisierte Sterbehilfe reicht nach meiner Auffassung nicht aus. Das Geschenk des Lebens kann man nicht zurückgeben. (...) Wir wollen das organisierte Helfen zum Sterben verbieten."

Volker Kauder, MdB (CDU), Fraktionsvorsitzender
<http://www.jesus.de//blickpunkt/detailansicht/ansicht/cdu-politiker-kauder-bekraeftigt-forderung-nach-verbot-der-sterbehilfe198337.html>, 4.8.14

verabsolutierten Lebensschutzgedanken geprägte Minderheiten der Mehrheit ihren Willen auf? Denn mit dem von einigen Politikern und Organisationen gewünschten strafrechtlichen Verbot organisierter Suizidbeihilfe würde sich der Deutsche Bundestag klar gegen den Wunsch einer großen Bevölkerungsmehrheit stellen.

Politiker, die aus religiösen Gründen gegen die Suizidhilfe sind, sollten anerkennen, dass ihr Glaube nur für sie selbst der Maßstab sein darf. Anmaßend ist dagegen, ihn zum Maßstab für alle anderen Bürger zu machen und ihn als selbstverständliche Grundlage des Rechts in unserem Land zu betrachten. Die Gesetzgebung muss das Selbstbestimmungsrecht der Bürger verwirklichen. Dieses Recht darf nicht privaten Überzeugungen von Dritten unterworfen sein. Das gebietet das republikanische Ethos unserer Demokratie.

Die derzeitige Rechtslage: Bedarf einer Klarstellung

Der Suizid ist nicht strafbar. Deshalb handelt es sich auch bei der Hilfe zur Selbsttötung ebenfalls nicht um eine Straftat, sofern ein freiwillensfähiger und über Alternativen aufgeklärter Mensch mit guten Gründen um diese Hilfe bittet. Voraussetzung für die Nichtstrafbarkeit der Beihilfe ist, dass die sog. „Tatherrschaft“ - z. B. einen Giftbecher auszutrinken - beim Suizidenten verbleibt.

Wird jemand zum Suizid verleitet oder wird Suizidbeihilfe geleistet, obwohl es berechtigte Zweifel an der Freiwillensfähigkeit des Suizidenten gibt, so kann dies bereits nach geltendem Rechtsverständnis als Tötungsdelikt strafbar sein. Hingegen ist die Tötung auf Verlangen durch § 216 StGB ausdrücklich verboten. Dieser findet Anwendung bei direkter aktiver Sterbehilfe im Sinne einer gezielten, vom Betroffenen gewünschten Fremdtötung (etwa durch eine vom Arzt gesetzte Giftspritze).

Die Unterlassung oder der Abbruch einer lebensverlängernden Maßnahme („Sterben-Lassen“) wiederum sind nicht nur erlaubt, sondern rechtlich geboten, wenn dies dem Patientenwillen entspricht.

Nicht oder nicht ausdrücklich geregelt sind

- die sogenannte indirekte aktive Sterbehilfe, d.h. die Inkaufnahme einer lebensverkürzenden Nebenwirkung, um eine palliativmedizinisch gebotene Leidminderung zu erzielen,
- die „palliative“ bzw. „terminale Sedierung“, bei der das Bewusstsein durch hochdosierte Medikamentengabe bis zur Bewusstlosigkeit getrübt werden kann, wenn das Leiden im Sterbeprozess anders nicht erträglich zu lindern ist.

Die Grenzen zwischen („passivem“) Sterbenlassen, gezielter oder unbeabsichtigter bzw. unvermeidbarer Leidensverkürzung, Hilfe zum Suizid und direkter Fremdtötung („aktiver Sterbehilfe“) sind allerdings manchmal fließend. In der klinischen, palliativmedizinischen und hausärztlichen Praxis ist in der Regel unbekannt, was denn im Einzelfall eigentlich verboten, tolerierbar, ausdrücklich erlaubt oder unbedingt geboten ist. Noch immer haben Ärzte eher ein Ermittlungs- oder gar Strafverfahren zu fürchten, wenn sie einen Todkranken in aussichtsloser Situation friedlich sterben lassen, als wenn sie alle Maßnahmen zur Lebensverlängerung, auch gegen den Willen eines Patienten, ergriffen haben.

Gerade einer sensiblen Situation wie der letzten Phase des Lebens ist die vorherrschende Rechtsunsicherheit unwürdig. Die Gründe für diese Rechtsunsicherheit sind vielfältig. So blieb z.B. die Straffreiheit der Suizidhilfe weitestgehend unbekannt. Selbst namhafte Befürworter gehen – fälschlicherweise – davon aus, dass sie für Ärzte nun ausdrücklich erlaubt werden müsste. Dieser für Aufklärungsmaßnahmen nur schwer zugängliche „Mythos“ erklärt sich durch

- Nachwirkungen einer jahrhundertelangen Tabuisierung des „Selbstmords“

- Verschweigen und Verdrängen bis zum Denkverbot (eine Hilfe zum Suizid war schlicht unvorstellbar)
- Hindernisse im Bereich des ärztlichen Standes- und des Arzneimittelrechts
- Verunsicherung durch weltanschauliche und ideologische Instrumentalisierung ethischer Fragen
- Etablierung paradoxer Rechtskonstruktionen in der juristischen Fachliteratur

Seit Jahrzehnten besteht in Deutschland eine „Rechtsunkultur“ von Hilfskonstruktionen und entsprechenden Drohkulissen, mit denen eine Bestrafung von Ärzten, Pflegenden und Angehörigen entgegen der tatsächlichen Rechtslage doch möglich erscheint. So wird bis in die jüngste Zeit hinein die Rechtsmeinung vertreten, paradoxerweise müsse ein ärztlich begleiteter Suizident spätestens nach Eintritt der Bewusstlosigkeit vom selben Arzt sogleich wieder „gerettet“ werden.

Daher erscheint es sinnvoll, die Nicht-Strafbarkeit der Suizidbeihilfe unter bestimmten Voraussetzungen im Strafrecht klarzustellen, auch wenn ein solches Vorgehen unüblich sein mag. Zu klären ist dabei insbesondere die Problematik, die sich aus der sog. „Garantenstellung“ ergibt. Nach ihr sind Ärzte und Angehörige in besonderer Weise zum Erhalt des Lebens verpflichtet und können sich somit durch Unterlassen einer Hilfeleistung in besonderer Weise strafbar machen.

“Schon heute wagen es viele schwerkranke Menschen nicht, mit ihrem Arzt vertrauensvoll über eine Beendigung ihrer Leiden zu sprechen, während umgekehrt Ärzte fürchten, sie würden sich strafbar machen. Solche Ängste der Bürger vor Gesprächen über Sterbewünsche und solche Verunsicherung der Ärzte würden wir dramatisch verstärken, wenn der Bundestag ein strafrechtliches Verbot beschlösse.”
 Dr. Carola Reimann, MdB (SPD), stv. Fraktionsvorsitzende
<http://www.extremnews.com/berichte/politik/6d6414f7f5caa0e>, 4.8.14

Aus diesem Grund hat der Humanistische Verband Deutschlands bereits 2012 einen Vorschlag für einen neuen Paragraphen im Strafrecht unterbreitet, den wir hier leicht modifiziert aufgreifen wollen:

§ 217 StGB: Beihilfe zur Selbsttötung und deren Nicht-Hinderung

- (1) Wer einem anderen bei der Selbsttötung hilft oder wer es unterlässt, ihn nach einem Selbsttötungsversuch zu retten, handelt nicht rechtswidrig, wenn die Selbsttötung auf einer freiverantwortlichen und ernstlichen, ausdrücklich erklärten oder aus den Umständen erkennbaren Entscheidung beruht.
- (2) Von einer solchen Entscheidung ist insbesondere nicht auszugehen,
1. wenn der andere noch nicht 18 Jahre alt ist oder seine freie Willensbestimmung entsprechend den §§ 20, 21 StGB beeinträchtigt ist oder
 2. wenn begründet anzunehmen ist, dass der andere von einer Entscheidung zur Selbsttötung abgesehen hätte, wenn er nicht diesbezüglich durch Dritte beeinflusst worden wäre oder wenn er von alternativen Optionen zur Hilfe oder Leidminderung Kenntnis erhalten hätte.
- (3) Absatz 1 gilt auch für Personen in einer Garantenstellung.

Weil die unabdingbaren Voraussetzungen bei Kindern und Jugendlichen nicht oder nicht hinreichend sicher nachgewiesen werden können, sollte die Suizidassistenz für Kinder generell nicht und für Jugendliche im Regelfall nicht zugelassen werden. Der Gesetzesvorschlag zeichnet sich zudem durch eine besondere Verantwortung der helfenden Person aus. Dieser wird dringend nahegelegt, ihre

Verantwortung auch insofern wahrzunehmen, als sie das Umfeld zu prüfen hat, unter denen eine Entscheidung zum Suizid zustande gekommen ist.

In der gesellschaftlichen Diskussion besteht bisher Einigkeit darin, dass eine gewinnorientierte Suizidassistenz aus ethischen Gründen abzulehnen ist. Es müssten zur Begründung für ein neues Strafgesetz gegen Suizidbeihilfe sehr gewichtige Verstöße gegen das Lebensschutzgebot vorgebracht werden. Diese könnten allenfalls in einer Verleitung von schwankenden, unsicheren oder verletzlichen Menschen bestehen, ein Angebot zur Suizidhilfe anzunehmen. Solche verwerflichen Bestrebungen existieren derzeit aber gar nicht. Sollten sie auftreten, dürften die vorhandenen polizeilichen, ordnungs- und gewerberechtlichen Möglichkeiten zu ihrer Abwehr ausreichen. Sollte es zukünftig tatsächlich einmal anstößige Werbung für den Kauf von Mitteln zu einem "schnellen Tod" geben, könnte deren Verbot – bei dann tatsächlich gegebenem Regelungsbedarf – rasch auf den Weg gebracht werden.

Einführung einer qualifizierten Suizidkonfliktberatung

Angesichts von über 10.000 Suizidenten jährlich in unserem Land, von denen nahezu die Hälfte Menschen im Rentenalter sind, treten wir für eine geregelte Suizidkonfliktberatung ein. Die Zahl der Suizidversuche ist dabei noch zehnmal (manche meinen sogar: über 50-mal) höher einzuschätzen. Menschen, die über einen Suizid nachdenken oder gefährdet sind, befinden sich in einer existentiellen Krisensituation. Sie bedürfen der offenen Zuwendung. Insbesondere bei Alterssuiziden, die nicht selten mit drastischen Mitteln wie Erhängen oder Erstechen ausgeführt werden, erschreckt das Ausmaß der dahinterstehenden Verzweiflung und geistig-seelischen Isolation. Dieses wird allerdings erst nach dem erfolgten Suizid deutlich, denn immer wieder geben schockierte Angehörige und behandelnde Ärzte an, dass sie keinerlei Anzeichen bemerkt hätten und nicht ins Vertrauen gezogen worden seien.

Suizidprophylaxe, die hoffen darf, einen Effekt zu haben, muss an vielen Stellen ansetzen. Zunächst geht es darum, dass ein Verlangen, besser tot zu sein als weiterzuleben, erst gar nicht entsteht. Dazu ist nicht nur die Sicherstellung der ökonomischen Ressourcen für ein Altern ohne Altersarmut notwendig. Weiterhin ist wichtig, dass alte

und kranke Menschen geachtet und ernst genommen werden, an der Gesellschaft teilhaben, ihre Erfahrungen weitergeben, ihre Würde bewahren können. Es muss ausreichende medizinische Versorgung zur Verfügung stehen und, wo nötig, eine fürsorgliche und respektvolle Pflege. Es muss gewährleistet sein, dass palliative (also lindernde und schmerzbekämpfende) und hospizlich geprägte Angebote allen Menschen in ausreichendem Maße zugänglich sind – nicht nur vorrangig für Krebspatienten und nicht erst im todesnahen Stadium. Nötig ist darüber hinaus auch die geistige Umsorgung derjenigen, die unter

„Heute stehen todkranke Menschen, die aus dem Leben scheiden wollen, oftmals vor der Alternative, sich in der Schweiz bei ihrem Vorhaben helfen zu lassen oder, falls sie das Geld dafür nicht haben, sich in Deutschland vor den Zug zu werfen. Diese Not verlangt nach einer Antwort. (...) Meiner Ansicht nach sollte der ärztlich assistierte Suizid in unerträglichen Situationen am Lebensende ohne jeden Zweifel straffrei sein, wenn der Patient dies wünscht und der Arzt in einer Gewissensentscheidung zu dem Ergebnis kommt, dass er diesem Wunsch nachkommen will.“
Peter Hintze, MdB (CDU), Bundestagsvizepräsident
<http://www.spiegel.de/politik/deutschland/sterbehilfe-cdu-mann-peter-hintze-mit-vorstoss-gegenveigene-partei-a-985209.html> , 10.8.14

ihrem Zustand oder unter seelischen Schmerzen leiden, die am Sinne ihres Weiterlebens zweifeln, die sich vielleicht auch als dementer Mensch selbst stückweise zu verlieren drohen.

Suizidprophylaxe bei einem bereits auftretenden Suizidwunsch kann nur geleistet werden, wenn dieser nicht tabuisiert bleibt, sondern der Betroffene in seiner Not angenommen und offen mit ihm darüber gesprochen wird. Eine solche verantwortungsvolle Gesprächskultur, die auch gegensätzliche Gefühle und Gedanken aushält und eine – im Prinzip - ergebnisoffene Beratung beinhaltet, halten wir für unverzichtbar. Wir schlagen daher vor, neue Formen von „Suizidkonfliktberatung“ zu erproben

„Weil wir die Menschen nicht bevormunden, ihre Autonomie achten und Leid nicht religiös oder philosophisch verklären, vertrauen sich uns auch Menschen an, die an Suizid denken. Wenn Menschen verzweifelt sind, sich in einer ausweglosen Situation sehen, den schnellen Tod dem Weiterleben vorziehen, nehmen wir sie ernst und suchen mit ihnen nach Lösungen, die das Leben weiter lebenswert machen. Suizid ist für uns immer ein persönliches Scheitern, verbunden mit nicht erkannten oder erkennbaren sozialen, gesellschaftlichen oder medizinischen Alternativen. ...

Doch kommt es auch vor, dass wir, [wenn wir den Menschen] gut kennen, von seiner klaren und gefestigten Ansicht überzeugt sind und dies mit unserem Gewissen vereinbaren können, ihm die uns mögliche Unterstützung nicht verweigern.“

(Beschluss des Präsidiums des HVD-Bundesverbandes 2014)

und einzuführen - eng vernetzt mit Angeboten zur herkömmlichen Suizidprävention, mit Palliativ- und Allgemeinmedizin, Psychiatrie und sonstigen Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Sie müssen geprägt sein von Respekt, Verlässlichkeit, Offenheit und interdisziplinärer Zusammenarbeit. Die Klärung der Ursachen eines Suizidwunsches ist dabei eine wichtige Aufgabe. Grundet sich die Absicht zur Selbsttötung etwa auf behandelbare Depressionen, linderbare Schmerzen, auf eine Psychose, Suchterkrankung o.ä., kommt keine Suizidbegleitung, sondern nur anderweitige Hilfe in Frage.

Auch beim Ersuchen nach Hilfe zur

Selbsttötung im Falle einer tödlichen Krankheit ist es die Aufgabe des Beratenden, zunächst alle Alternativen mit dem Patienten zu erörtern. Hierzu gehören z.B. die mögliche palliativ-medizinische Unterstützung, die aktuelle oder zukünftige (in einer Patientenverfügung verbindlich festzulegende) Unterlassung unerwünschter medizinischer Behandlungen oder lebensverlängernder Maßnahmen, ggf. auch das Angebot zur Unterstützung bei einem freiwilligen Verzicht auf Flüssigkeit und / oder Nahrung. Das familiäre und soziale Umfeld ist in die Beratungstätigkeit mit einzubeziehen. Weiterhin muss sorgfältig überprüft werden, ob der beabsichtigte Suizid auf Freiwilligkeitsfähigkeit beruht. Der Hilfesuchende muss aufgrund seines eigenen, wohl abgewogenen und gut begründeten Urteils zu seinem Wunsch nach Beendigung eines für ihn unerträglichen Leidens gekommen sein.

Die Aufgaben einer Suizidkonfliktberatung können durch besonders qualifizierte Mitarbeiter einer gemeinnützigen Einrichtung wahrgenommen werden, die im Regelfall nicht aus der Ärzteschaft kommen, sondern auch aus Psychologie, Sozialarbeit, Seelsorge, Palliative Care oder Ethikberatung. Für die ergebnisoffene Suizidkonfliktberatung ist ein hohes Maß an menschlicher Erfahrung, fachlicher Kompetenz und moralischer Integrität erforderlich. Die Trägerschaft muss allen religiösen und weltanschaulichen Gruppierungen offen stehen, damit die Klienten eine Auswahl treffen können. Dabei werden die Rahmenbedingungen, wie weit die Mitarbeiter jeweils auch bei einer Suizidbegleitung „mitgehen“ wollen und können, unterschiedlich akzentuiert sein. Staatlichen Stellen dürfte die Aufgabe zufallen, die Qualifizierung der Beratenden zu unterstützen und die Standards solcher professionell organisierten Tätigkeiten zu kontrollieren.

Es ist davon auszugehen, dass bei guter ergebnisoffener Beratung Menschen mit Suizidgedanken oder -wünschen mehrheitlich von ihrem Vorhaben abrücken, es aufschieben oder ganz verwerfen. Wo ärztliche Suizidassistenten erlaubt, Tötung auf Verlangen aber nach wie vor verboten ist - wie in manchen US-Bundesstaaten oder in der Schweiz - , stellt sich heraus, dass die Gewissheit, Unterstützung bei der Selbsttötung erlangen zu können, Menschen sehr beruhigt und dass diese dann häufig gar keinen Gebrauch von dieser angebotenen Möglichkeit machen.

„Gemeinnützige Sterbehilfevereine muss es geben, und sie sollten auch in Deutschland erlaubt sein. (...) Vorstellbar wäre, dass nur solche Vereine zugelassen werden, die sich an bestimmte Kriterien und Mindeststandards halten. (...) Die Frage ist doch: Sind Verwandte prinzipiell vertrauenswürdiger als Mitarbeiter von Vereinen? Und was ist mit den Menschen, die privat niemanden haben, den sie um Hilfe bitten können? Sie brauchen solide Beratung, also Lebenshilfe, und im Ernstfall auch Unterstützung beim Freitod durch Vereine.“
Renate Künast, MdB (Grüne), Vorsitzende des Rechtsausschusses

<http://www.derwesten.de/politik/warum-sich-die-gruenen-fuer-organisierte-sterbehilfe-einsetzen-id9644085.html>, 28.7.14

Wenn aber die in der Beratung gemeinsam erörterten Alternativen und Hilfsangebote vom Sterbewilligen nicht angenommen werden und keine Zweifel an der Freiwilligkeit bestehen, sollte eine ärztliche Suizidassistenten prinzipiell möglich sein. Eine strafrechtliche Verschärfung der gegenwärtigen Rechtslage bei der Suizidbeihilfe würde nur dazu führen, dass ohnehin verzweifelte Menschen davor zurückschrecken würden, sich jemandem zu offenbaren - und dass sie noch häufiger in einsame, oft grausame und gar andere gefährdende Suizide getrieben werden.

Palliativmedizin, Arztethos und Suizidassistenten sind keine Gegensätze

Die generell dringend nötige Ausweitung der palliativen und hospizlichen Versorgung steht nicht im Gegensatz zum Wunsch auf vorzeitige Beendigung eines für unerträglich gehaltenen Leidenszustandes. Die palliative und die hospizliche Versorgung stellen aber keine durchgängige Alternative zur Suizidassistenten dar. Denn selbst bei bestmöglicher medizinischer und pflegerischer Versorgung treten durchaus häufig schwerste, nicht ausreichend beherrschbare Leidenszustände bei Sterbenden oder Schwerkranken auf. Es gibt Krankheitszustände, denen auch palliativ bestenfalls durch terminale Sedierung begegnet werden kann, also durch die Verabreichung von Medikamenten, die das Bewusstsein dämpfen oder auch völlig ausschalten, um belastende Symptome wie Schmerzen oder Angst in der letzten Lebensphase zu lindern.

Auch im Rahmen hochspezialisierter palliativmedizinischer Einrichtungen werden manchmal Formen von aktiver Leidens- und damit Lebensverkürzung von Patienten erbeten. Es heißt, dass sie nicht selten auch gewährt werden. Tatsächlich stellt die aktive Verkürzung des Sterbeprozesses im Gesamtspektrum des menschlichen Sterbens schon längst eine Realität dar, die nicht mehr ignoriert werden kann. Wenn man sie anonym befragt, möchte

„Wir wissen auch aus internationalen Untersuchungen, dass es selbst in Ländern mit exzellenter Palliativversorgung ärztlich assistierten Suizid gibt. (...) Selbst Menschen, die in einem Hospiz bestens versorgt sind, können gelegentlich diesen Wunsch äußern. Das hat mit bestimmten Vorstellungen von Würde und Würdelosigkeit am Lebensende zu tun. Oft sind es sehr selbstbestimmte Menschen, die eine Abhängigkeitssituation nicht mehr länger erleben wollen.“

PD Dr. Ralf Jox, Arzt, Medizinethiker (Universität München)

<http://www.berliner-zeitung.de/politik/palliativmediziner-ralf-jox-zur-sterbehilfe-sterbehilfe-in-ausnahmefaelle-zulassen,10808018,28095762.html>, 11.8.14

auch eine beachtliche Minderheit der Ärzte ihre Patienten beim Suizid unterstützen oder gar auf deren Wunsch hin ihr Leben beenden dürfen. Einer Studie aus dem Jahr 2008 zufolge würden 35 Prozent von 483 befragten Ärzten eine Regelung befürworten, die es ihnen erlaubt, Patienten mit schwerer, unheilbarer Krankheit dabei zu unterstützen.

Auch wenn manche Landesärztekammern liberalere Positionen anklingen lassen, so gilt doch bisher die ärztliche Suizidassistenz als kaum vereinbar mit dem Standesrecht. In manchen Bundesländern verbietet das ärztliche Standesrecht die Mitwirkung bei einem Suizid ausdrücklich. Bestimmte Ärztfunktionäre wollen dieses Verbot durch die Drohung mit Geldstrafen oder mit dem Entzug der Approbation durchsetzen.

Wir wenden uns gegen die Bestrebungen, auf dem Wege eines innerärztlichen Standesrechts der Bevölkerung wesentliche Bürgerrechte beschneiden zu wollen und sie letztlich zu bevormunden. Zudem greift ein so gestaltetes Standesrecht nach unserer Ansicht unzulässig in die ärztliche Gewissensfreiheit ein. Es sollte die Entscheidung jedes Arztes selbst sein, ob er – auf der Grundlage seiner medizinischen Erfahrung und seiner Kenntnis der Krankengeschichte des Patienten – bei einem Suizid assistieren möchte oder nicht.

Zulassung von Natrium-Pentobarbital

Wenn Ärzten - eingebettet in die Suizidkonfliktberatung gemeinnütziger Organisationen – Handlungsoptionen zur Suizidhilfe eingeräumt werden sollen, muss diese auch fachgerecht, d.h. nach dem Stand der ärztlichen Kunst, erfolgen können. International gilt dabei als sanfteste und sicherste Methode die Gabe von Natrium-Pentobarbital (wie in der Schweiz gebräuchlich). Es führt mit hinreichender Sicherheit zu einem raschen „Einschlafen“. Zwar gibt es auch grundsätzlich geeignete Kombinationsmöglichkeiten anderer Stoffe, um einen Suizid herbeizuführen – diese sind aber in ihrer Wirkung weit weniger gut erforscht als Natrium-Pentobarbital. Dieses sollte deshalb durch eine Änderung des Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (BtMG) zur ärztlichen Suizidbegleitung in der Humanmedizin zugelassen werden.

Wir schlagen vor, in die Anlage III zu § 1 Abs. 1 des Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (BtMG), anschließend an den Stoff „Nabilon“, neu einzufügen:

Natrium-Pentobarbital

Das Natrium-Salz von Pentobarbital darf von Ärzten zum Zwecke einer zulässigen Suizidbeihilfe in einer Dosierung bis zu 20 Gramm verschrieben werden.

Bei der Genehmigung der Gabe von Natrium-Pentobarbital wären an geeigneter Stelle Ausführungsbestimmungen zu erlassen. Darin sollten, da dieses Mittel – wie sonst kein anderes - ausschließlich zum Ziele der ärztlichen assistierten Selbsttötung verordnet wird, strenge Sorgfaltskriterien festgelegt werden. Natrium-Pentobarbital darf – anders als z. B. Morphin oder hochwirksame Schlafmittel - nicht in die Hände von Patienten oder Angehörigen gegeben werden. Vom behandelnden Arzt soll nachgewiesen werden müssen, dass er (mindestens) einen ärztlichen Kollegen konsultiert hat und/oder dass eine anerkannte Suizidkonfliktberatungsstelle mitgewirkt hat.

Schlussbemerkung

Die Demokratie lebt von öffentlichen Debatten. Sie berücksichtigt die Meinung von Mehrheiten – aber nur, wenn sie sich vernehmbar zu Wort melden! Deshalb: Mischen Sie sich in die Debatte ein! Wenden Sie sich an ihre Bundestagsabgeordneten und sprechen Sie sie auf das Thema an. Sprechen Sie mit Freunden, Angehörigen, Ärzten und Pflegenden. Helfen Sie so dabei mit, dass eine fachkundige und pluralistische gesellschaftliche Debatte in Gang kommt.

Wir wissen, dass unsere Vorschläge noch nicht abschließend formuliert sind. Sie verstehen sich als Debattenbeiträge, die über das Stadium der normativen Wünsche hinausgehen und konkrete Formulierungen anbieten. Als solche stellen wir sie zur Diskussion. Wir laden dazu ein, sie in der gesellschaftlichen Auseinandersetzung und im Zuge der Debatte im Bundestag aufzugreifen und weiter zu entwickeln.

Weiterführende Literatur

- Michael Bauer/Alexander Endress (Hrsg.), Selbstbestimmung am Ende des Lebens, Aschaffenburg: Alibri 2007 (= Schriftenreihe der Humanistischen Akademie Bayern, Bd. 1)
- Horst Groschopp (Hrsg.), Barmherzigkeit und Menschenwürde. Selbstbestimmung, Sterbekultur, Spiritualität, Aschaffenburg: Alibri 2011 (= Schriftenreihe der Humanistischen Akademie Berlin, Bd. 4)
- Gita Neumann (Hrsg.), Suizidhilfe als Herausforderung. Arztethos und Strafbarkeitsmythos, Aschaffenburg: Alibri 2012 (= Schriftenreihe der Humanistischen Akademie Berlin, Bd. 5)
- Meinolfus Strätling/Beate Sedemund-Adib, Strafrechtliches Verbot der ärztlich assistierten, „organisierten“, oder „geschäftsmäßigen“ Suizidbeihilfe bei schwersten Leidenszuständen ?, Cardiff/Lübeck 2014; http://www.patientenverfuegung.de/files/assist_suizid_online_stellungnahme_straetling_et_al.pdf

Ansprechpartner für die Presse

Gita Neumann, Referentin Lebenshilfe und Bundesbeauftragte des Humanistischen Verbandes Deutschlands für Patientenverfügung, Humanes Sterben und Hospiz, Wallstr. 65, 10179 Berlin, Tel. 030 613904-19 oder -11, Fax: -36, E-Mail: g.neumann@hvd-bb.de

Erwin Kress, Vizepräsident des Humanistischen Verbandes Deutschlands und Sprecher zum Thema Patientenautonomie am Lebensende, HVD-Bundesbüro, Wallstr. 65, 10179 Berlin, Tel. 030 613904-34, E-Mail: erwin.kress@humanismus.de

Michael Bauer, Vorstand des HVD Bayern, Berater für Ethik in der Medizin (zert. Klinikum Nürnberg), Kinkelstraße 12, 90482 Nürnberg, Tel. 0911 43104-0, Fax: -15, E-Mail: bauer@hvd-bayern.de