

Gesetzgeber soll Ärzte nicht lange alleine lassen



Foto: Rechtsanwaltskammer

Rechtsanwalt Justizrat Gerhard Leverkinck
Präsident der Rechtsanwaltskammer Koblenz

Mit seinem Beschluss vom 26. Februar 2020 hat das Bundesverfassungsgericht das strafrechtliche Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung für verfassungswidrig erklärt und damit auch über Verfassungsbeschwerden von Ärzten entschieden, die befürchteten, sich bei der palliativmedizinischen Behandlung todkranker Menschen strafbar zu machen. Mit überraschend deutlichen Worten entschied das Gericht, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht als Ausdruck persönlicher Autonomie auch das Recht auf selbstbestimmtes Sterben umfasse. Die Motive des zur Selbsttötung Entschlossenen entzögen sich dabei jeder Bewertung. Es sei in diesem Zusammenhang auch unzulässig, die Hilfe zur Selbsttötung von materiellen Kriterien wie etwa einem bestimmten Grad einer unheilbaren Krankheit abhängig zu machen.

Für die Ärzteschaft sind mit der Aufhebung des strafrechtlichen Verbots allerdings immer noch die berufsrechtlichen Implikationen ungeklärt. In seiner Entscheidung weist das Gericht darauf hin, dass die Möglichkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung zur Verwirklichung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben schon deshalb erforderlich sei, weil die individuelle ärztliche Bereitschaft, an einer Selbsttötung etwa durch Verschreibung der benötigten Wirkstoffe mitzuwirken, bereits durch das in den Berufsordnungen der meisten Landesärztekammern festgeschriebene berufsrechtliche Verbot ärztlicher Suizidhilfe eingeschränkt sei.

Mit der durchaus umstrittenen Frage, ob dieses Verbot als bloßes Satzungsrecht formell verfassungswidrig ist, musste sich das Gericht nicht auseinandersetzen, da es dem Berufsrecht jedenfalls faktisch handlungsleitende Funktion zusprach. Für die von diesem Berufsrecht betroffenen Ärzte stellt sich diese Frage somit nach wie vor. Immerhin hat das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung – wenn auch eher beiläufig und am Schluss – ausgeführt, dass bei künftigen regulatorischen Einschränkungen der assistierten Selbsttötung, die das Gericht für durchaus zulässig hält, auch eine konsistente Ausgestaltung des Berufsrechtes der Ärzte wie auch der Apotheker ebenso erforderlich sein wird wie gegebenenfalls eine Anpassung des Betäubungsmittelrechts.

Dem kann man nur beipflichten. Wann hiermit allerdings gerechnet werden kann, ist derzeit noch völlig offen. Auf eine kleine Anfrage der FDP-Fraktion im Deutschen Bundestag hat die Bundesregierung am 3. August 2020 unter anderem mitgeteilt, eine gesetzgeberische Regelung bedürfe noch sorgfältiger Prüfung und vertiefter Diskussionen im Parlament und auch innerhalb der Bundesregierung selbst.

Auch wenn vertiefte Diskussionen sicherlich erforderlich und gut sind und gesetzgeberische „Schnellschüsse“ in diesem grundrechtssensiblen Bereich zweifellos nichts zu suchen haben, sollte man die Ärzteschaft mit dem Thema nicht mehr allzu lange alleine lassen.

Bis zu einer etwaigen gerichtlichen Klärung des berufsrechtlichen Verbots der Suizidhilfe sollte der Gesetzgeber es jedenfalls nicht kommen lassen, zumal ein Gericht möglicherweise nur die formale Unwirksamkeit des Verbotes aussprechen würde, ohne dass damit eine Klärung in der Sache selbst verbunden wäre.

Den Ärzten würde man damit Steine statt Brot geben. Die vom Bundesverfassungsgericht angesprochene konsistente Regelung des Berufsrechtes ist vor diesem Hintergrund umso dringlicher, und es bleibt zu hoffen, dass sie nicht bis zum Ende der Legislaturperiode in der Gesetzgebungsmaschine verschwindet.

Beihilfe zum Suizid gehört unverändert grundsätzlich nicht zu den Aufgaben von Ärztinnen und Ärzten

Die klare Position des Bundesverfassungsgerichts im Februar dieses Jahres kam einem Paukenschlag gleich: Jeder Mensch hat die Freiheit, sich das Leben zu nehmen. Das Gericht sieht in seinem Urteil dies als einen Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts aus dem Grundgesetz. Dieses Recht schließt auch ein, dabei auf die freiwillige Hilfe Dritter zurückzugreifen, so die Richter. Und deshalb war aus ihrer Sicht auch das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung nicht zu halten, wie es bislang in § 217 des Strafgesetzbuchs festgelegt ist.

Durch dieses Gesetz werde das Recht auf eine assistierte Selbsttötung in einigen Fällen faktisch unmöglich gemacht; es verstoße deshalb gegen das Grundgesetz. Für einige Menschen sei die Hilfe durch andere nämlich der einzige Weg, eine Selbsttötung vorzunehmen, so die Richter. Daher hat das Gericht das Gesetz für nichtig erklärt.

Zugleich stellte das Gericht aber auch klar: Eine Verpflichtung zur Suizidhilfe darf es nicht geben. Aber Vereine und auch Ärzte dürfen den Patienten nun durch Hilfestellungen ermöglichen, sich selbst zu töten. Zum Beispiel, indem sie Medikamente zur Verfügung stellen und vorbereiten. Allerdings muss der Patient diese weiterhin aus freiem Willen selbst nehmen.

Urteil wühlt auf

Das Urteil sorgt für intensive Diskussionen; es wühlt auf, macht nachdenklich und fordert Entscheidungen heraus. Auch in der Ärzteschaft gibt es hierzu durchaus unterschiedliche Haltungen. Die Berufsordnung müsse geändert werden, fordern manche. Für andere ist alles gut so, wie es derzeit geregelt ist. Selten ist ein Thema innerärztlich und öffentlich so intensiv, kontrovers und emotional diskutiert worden.

Der Gesetzgeber hatte im Jahr 2015 der geschäftsmäßigen Sterbehilfe einen Riegel vorgeschoben. Aus Sicht der verfassten Ärzteschaft ein richtiger Schritt, denn Menschen mit existenziellen Leiden benötigen medizinische Hilfe und menschliche Zuwendung. Palliativmedizin vermag dies zu leisten, geschäftsmäßige Sterbehilfe dagegen nicht. Sie ermöglicht kein Sterben in Würde, sondern verstellt den Weg für eine adäquate Behandlung und Begleitung schwer und unheilbar Erkrankter.

Aus Sicht einiger Ärzte war die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts in 2015 nicht tragbar. Sie klagten dagegen. Einer von ihnen war der Berliner Internist Arzt Dr. Dipl. biol. Michael de Ridder. Er sah sein Grundrecht und die Freiheit

der Berufsausübung verletzt. Er selbst berichtet, dass er Suizidbeihilfe geleistet habe, wenn gewisse Voraussetzungen erfüllt gewesen seien: „Einem aussichtslos kranken oder schwerstverehrten Mensch, der frei verantwortlich zu entscheiden in der Lage ist; der über alle Möglichkeiten palliativmedizinischer und hospizlicher Versorgung informiert ist; der soziale Aufgehobenheit und beste ärztliche und pflegerische Versorgung erfährt – und dennoch weiter leidet oder die erwähnten Alternativangebote aus plausiblen und nachvollziehbaren Gründen ablehnt, darf bei einem nachhaltig geäußerten Suizidwunsch ein Suizid mit ärztlicher Unterstützung nicht verwehrt werden.“

Das Bundesverfassungsgericht hat nun – fünf Jahre später – dem Selbstbestimmungsrecht am Ende des Lebens weiten Raum zugesprochen. Gleichwohl sei aber auch eine gesetzgeberische Regulierung der Beihilfe zur Selbsttötung notwendig. So weist das Gericht darauf hin, dass von einem unregulierten Angebot geschäftsmäßiger Suizidhilfe Gefahren für die Selbstbestimmung ausgehen können.

Landesärztekammer: Innerärztliche Debatte wird nötig sein

Denn werde Suizidhilfe zum akzeptierten Spektrum ärztlicher Tätigkeit, dann bestehe die Gefahr, dass an alle Ärztinnen und Ärzte die Erwartung gerichtet werden könne, sie müssten bei der Selbsttötung medizinisch unterstützen, erklärt Dr. Günther Matheis, Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz. „Doch genau das steht im Widerspruch zur medizinisch-ethischen Grundhaltung der Ärzteschaft“, so Matheis.

Die Tötung des Patienten, auch wenn sie auf dessen Verlangen erfolgt, sowie die Beihilfe zum Suizid gehören nach den Berufsordnungen aller Ärztekammern in Deutschland nicht zu den Aufgaben von Ärztinnen und Ärzten, stellt er klar. Gesetzgeber und die Gesellschaft als Ganzes müssen Wege finden, die verhindern, dass die organisierte Beihilfe zur Selbsttötung zu einer Normalisierung des Suizids führt, so die Forderung des Ärztekammer-Präsidenten.

Landesärztekammer-Präsident
Dr. Günther Matheis:

„Die organisierte Beihilfe zur Selbsttötung darf nicht zu einer Normalisierung des Suizids führen.“



Eine innerärztliche Debatte zur Anpassung des ärztlichen Berufsrechts werde erforderlich sein, schätzt Matheis die Lage ein. Zwar gebe es Einigkeit darüber, dass Sterbehilfe keine ärztliche Aufgabe ist. Doch vereinzelt gebe es auch Stimmen, die zu bedenken geben, dass es Einzelfälle geben könne, in denen es für einen Arzt gerechtfertigt erscheinen kann, einem Patienten beizustehen. In solchen bewussten Einzelfällen solle es daher auch möglich sein, Hilfe zu leisten, ohne dafür bestraft zu werden. Matheis: „Unsere Gremien werden sich intensiv mit diesem Thema befassen und auch über unsere Berufsordnung diskutieren. In welche Richtung diese Diskussionen gehen werden, ist für uns derzeit noch nicht absehbar.“

In Rheinland-Pfalz setzt sich die Ärzteschaft schon lange und immer wieder mit dem Thema auseinander. Beispiels-

weise war eine Vertreterversammlung (VV) im Jahr 2015 dem Schwerpunkt „Ethische Entscheidungen am Ende des Lebens“ gewidmet. Nach intensiver und langer Diskussion kamen die Delegierten damals zu dem Fazit, dass sie sich mit der derzeitigen Regelung „Beistand für Sterbende“ in der rheinland-pfälzischen Berufsordnung gut begleitet fühlen.

„Unsere Gremien werden intensiv auch über unsere Berufsordnung diskutieren. In welche Richtung diese Diskussionen gehen werden, ist für uns derzeit noch nicht absehbar.“

BÄK-Grundsätze geben Orientierung

Hinzu kommt, dass seit 1979 die Bundesärztekammer (BÄK) Grundsätze zur Sterbebegleitung veröffentlicht und ständig weiterentwickelt. Diese geben Ärzt*innen eine Orientierung bei ihrer schwierigen Aufgabe der Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Patienten, indem sie die maßgebenden Grundsätze und Kriterien aufzeigen, die Art, Umfang und Grenzen der ärztlichen Behandlung am Lebensende bestimmen. Einhellige Meinung der damaligen VV: Die Berufsordnung ist eine gute Grundlage für die Tätigkeit des einzelnen Arztes. Zugleich sprach sich die VV im Jahr 2015 gegen geplante gesetzliche Regelungen für Ärzte aus.

In der Öffentlichkeit kommt immer wieder Kritik daran auf, dass die Regelungen in „§ 16 – Beistand für Sterbende“ der einzelnen Berufsordnungen in den verschiedenen Landesärztekammern zum Teil anders formuliert sind als es die Muster-Berufsordnung vorsieht. Die mediale Kritik: In jeder Kammer sei es anders geregelt.

Länderspezifische Formulierungen stellen Grundaussage nicht in Frage

Dieser Kritik trat der Vorstand der Bundesärztekammer 2015 geschlossen in der Berliner Bundespressekonferenz entgegen: „Von einem landesrechtlichen Flickenteppich kann keine Rede sein.“ Vielmehr bestehe in allen Landeskammern Einigkeit darüber, dass die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe sei: „Ärzte leisten Hilfe beim Sterben, aber nicht zum Sterben.“ Und dies bringen auch die Berufsordnungen der Ärztekammern einheitlich und bundesweit klar zum Ausdruck: Die Berufsordnung verpflichtet alle Ärzt*innen, Sterbenden beizustehen. „Und diese Grundaussage wird durch die zum Teil länderspezifischen Formulierungen des § 16 auch nicht in Frage gestellt“, fügt Matheis hinzu.

Zur Erinnerung: Während des Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel nahm die Diskussion zur Sterbehilfe im Plenum großen Raum ein. Ein Jahr zuvor hatte die Bundesärztekammer ihre Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung überarbeitet. Viele Medienberichte interpretierten die Überarbeitung als Kurswechsel und Liberalisierung. Der Knackpunkt: Bislang stand in den Grundsätzen: „Die Mitwirkung des Arztes an der Selbsttötung des Patienten widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.“ In der neuen Version heißt es: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“ Kritiker verstanden dies so, als ob es nicht verboten sei.

Um Fehlinterpretationen zu vermeiden, hat der Deutsche Ärztetag dann eine Neuformulierung der (Muster-)Berufsordnung (MBO) beschlossen, um Ärztinnen und Ärzten mehr Orientierung im Umgang mit sterbenden Menschen zu geben: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ In diesem Zusammenhang forderten die Delegierten auch, die Palliativmedizin nachhaltig und flächendeckend in die medizinische Versorgung zu integrieren. Auch forderten sie den weiteren Ausbau von Lehrstühlen für Palliativmedizin an den medizinischen Fakultäten.

Ein Jahr später auf dem 115. Deutschen Ärztetag in Nürnberg forderten die Delegierten ein Verbot jeder Form von organisierter Sterbehilfe. Mit großer Mehrheit und unter viel Beifall wurde ein entsprechender Beschluss gefasst. Es müsse jede Form der gewerblichen oder organisierten Ster-

behilfe in Deutschland verboten werden, denn in der Praxis ließen sich diese Organisationen leicht zu vermeintlich altruistisch handelnden Vereinen oder Stiftungen umfirmieren.

Auch der Weltärztebund bekräftigte auf seiner Generalversammlung im vergangenen Jahr seine Ablehnung des ärztlich assistierten Suizids und der Euthanasie: Ärzte sind dem Leben verpflichtet. Sie dürften nicht dazu gezwungen werden, Patienten bei der Selbsttötung zu unterstützen oder Euthanasie durchzuführen.

Kirchen in großer Sorge

Die großen Kirchen in Deutschland haben im Februar dieses Jahres die Aufhebung des Verbots der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung mit großer Sorge zur Kenntnis genommen und scharf kritisiert. Sie befürchten, dass die Zulassung organisierter Angebote der Selbsttötung alte und kranke Menschen unter Druck setzen könne, von Sterbehilfe Gebrauch zu machen, erklärten die Deutsche Bischofskonferenz und der Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland in einer gemeinsamen Stellungnahme.

„An der Weise des Umgangs mit Krankheit und Tod entscheiden sich grundlegende Fragen unseres Menschseins und des ethischen Fundaments unserer Gesellschaft“, so die beiden Kirchen. Die Würde und der Wert eines Menschen dürften sich nicht nach seiner Leistungsfähigkeit, seinem Nutzen für andere, seiner Gesundheit oder seinem Alter bemessen. Sie seien Ausdruck davon, dass Gott den Menschen nach seinem Bild geschaffen habe und ihn bejahe und dass der Mensch sein Leben vor Gott verantworte.

„Die Qualität einer Gesellschaft zeigt sich gerade in der Art und Weise, wie wir einander Hilfe und Unterstützung sind. Daher setzen wir unsere Bemühungen fort, Menschen in besonders vulnerablen Situationen Fürsorge und Begleitung anzubieten“, heißt es in der gemeinsamen Erklärung. Neben den bereits bestehenden und weiter auszubauenden Angeboten palliativer und hospizlicher Versorgung gehöre daher auch zunehmend die Frage, „wie wir Menschen, die einsam sind, Hilfe anbieten und sie seelsorglich begleiten können. So wollen und werden wir uns weiterhin dafür einsetzen, dass organisierte Angebote der Selbsttötung in unserem Land nicht zur akzeptierten Normalität werden“.

PatientenForum: In Zweifelsfällen immer Entscheidung gegen eine Tötung

Nach Erfahrung des PatientenForums e.V. entsteht der Wunsch nach Lebensverkürzung oft aus der Angst vor nicht behandelbarem Leid oder aus der Erfahrung heraus, dass nicht mehr ertragbares Leiden nicht oder nur unzureichend behandelt wird. Die Unterstützung einer guten palliativen Versorgung kann daher nach Überzeugung des PatientenForums wesentlich dazu beitragen, Todeswünsche schwerstkranker zu verringern. Der Ausbau der Palliativmedizin sei daher eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe.

Zugleich müssten für die Hilfe zur Selbsttötung hohe Hürden errichtet werden. Und ganz wichtig für das PatientenForum: Sterbehilfe auf Wunsch muss weiterhin verboten bleiben. Die Trennlinie zwischen Unterstützung der Selbsttötung und der Sterbehilfe auf Verlangen festzulegen, ist eine schwierige Aufgabe, die aber zügig erfolgen müsse. „In Zweifelsfällen sollte immer gegen eine Tötung entschieden werden“, fordert das PatientenForum.

Ines Engelmohr

BERUFSORDNUNG RHEINLAND-PFALZ

§ 16 Beistand für Sterbende

Ärztinnen und Ärzte dürfen – unter Vorrang des Willens der Patientin oder des Patienten – auf lebensverlängernde Maßnahmen nur verzichten und sich auf die Linderung der Beschwerden beschränken, wenn ein Hinausschieben des unvermeidbaren Todes für die sterbende Person lediglich eine unzumutbare Verlängerung des Leidens bedeuten würde. Ärztinnen und Ärzte dürfen das Leben der oder des Sterbenden nicht aktiv verkürzen. Sie dürfen weder ihr eigenes noch das Interesse Dritter über das Wohl der Patientin oder des Patienten stellen.

Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung gibt es im Internet unter:
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf

Beistand in Leben und Tod

„Memento mori“ – „Bedenke, dass du sterben musst“

„Memento mori“ – „Bedenke, dass du sterben musst“, so lautet eine bekannte mittelalterliche Formulierung. Das Leben ist geprägt von Entscheidungen, die wir in der Spannung von Gegebenheiten und Freiheit treffen. Diese sind besonders herausfordernd, wenn es um Lebensanfang und -ende, um Krisen und Brüche, Krankheit und Schmerz geht. Der Gedanke der Sterblichkeit wird dabei oft verbannt bis zu dem Moment, an dem der Tod uns oder unsere Lieben betrifft.

Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 ist das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung aufgehoben worden. Damit hat sich der Kontext für Entscheidungen, die das Lebensende betreffen, grundlegend geändert. Mit großer Sorge habe ich dieses Urteil aufgenommen und befürchte, dass ein Paradigmenwechsel in der Gesellschaft begonnen hat.

Die Autonomie des Einzelnen ist Grundlage von Entscheidungen, diese werden aber stets vor einem Wertehorizont und innerhalb eines sozialen Gefüges getroffen. Zum christlichen Horizont gehört wesentlich die Überzeugung der Unverfügbarkeit von Anfang und Ende des irdischen Lebens. In Gesprächen mit Menschen in Lebenskrisen, mit ihren Angehörigen, mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Ehrenamtlichen in Kliniken, Hospizen und in der Altenhilfe wird erfahrbar, dass dies nicht immer leicht ist.

Menschen können im Leben an Grenzen kommen; sie sehen keinen Ausweg mehr und wollen ihr Leben durch Suizid beenden. Nach dem Bericht „World report on violence and health“ der WHO (2002) stehen bis zu 80 Prozent aller Suizide in Verbindung mit depressiven Symptomen. Diese Menschen brauchen unsere besondere Aufmerksamkeit und Zuwendung. Jedes Leben behält in jeder Situation seinen Sinn durch die Gewissheit, dass Gott es in seiner Hand hält. Christlich verstandene Sterbehilfe bedeutet: „Niemand sollte vereinsamt sterben! Gerade den Sterbenden schulden wir das tätige, solidarische und das betende Zeugnis unserer christlichen Hoffnung.“

Diese Hoffnung hat ihren Grund in Jesus Christus, der am Kreuz gestorben und auferstanden ist, und stellt den Kern der seelsorglichen Begleitung und des kirchlichen Handelns – in ökumenischer Verbundenheit – im Palliativ- und Hospizbereich dar. Wir sind als Bistum dankbar für die Zusammenarbeit mit Akteuren in Medizin und Pflege, für den Austausch und die gemeinsame Sorge um die Menschen.

Durch „Palliative Care“ darf der Mensch geborgen und ohne Schmerzen sterben. Medizin, Pflege und Seelsorge arbeiten zusammen, um Menschen und ihre Angehörigen auf diesem letzten Weg zu begleiten. Am Ende zählt, nicht allein zu sein, keine Scham ob der Hilflosigkeit empfinden zu müssen, nicht das Gefühl zu haben, eine Last zu sein. Die gemeinsame Sorge um somatische, psychische, soziale und spirituell-religiöse Bedürfnisse des Patienten auf dem Weg des Sterbens, die ganzheitliche Betreuung, ist auch für die Angehörigen eine wichtige Erfahrung.

In den Jahren 2014/2015 hat der rheinland-pfälzische Landtag das Thema Sterbebegleitung als Orientierungsdebatte umfassend bearbeitet. Hier waren auch die kirchlichen Positionen gefragt. Wir sind dankbar, dass die Notwendigkeit zur Stärkung von Hospizarbeit und Palliativmedizin in Rheinland-Pfalz hervorgehoben wurde.

Es gehört zu den zentralen Botschaften der katholischen Kirche, die Würde jedes Menschen unabhängig von Leistung anzuerkennen. Freiheit ist immer relational zu verstehen, also mit Verantwortung für die anderen verbunden und damit, auf andere angewiesen zu sein und das auch vertrauensvoll sein zu dürfen. Die Qualität einer Gesellschaft zeigt sich gerade daran, wie sie Menschen in Notlagen begleitet – und der weite Mantel (pallium – palliativ) menschlicher Fürsorge ist bei weitem der sicherste Raum für menschliches Leben und Sterben in Würde.

Autor
Dr. Georg Bätzing
Bischof von Limburg
Vorsitzender der Deutschen Bischofskonferenz



Foto: Bistum Limburg

Urteil stellt die christliche Maxime auf den Kopf

Der Tod gehört zum Leben. Dazu gehört die Erkenntnis, dass der Mensch am Anfang und am Ende des Lebens schwach ist und dass er die Hilfe anderer braucht. Die Hilfe Einzelner wie die Unterstützung der Gemeinschaft. Viel Zeit investieren wir in den ersten Lebensjahren in Erziehung und Bildung, Begleitung und Unterstützung. Milliarden werden investiert. Damit jeder Mensch ein Leben in Würde führen kann.

Gilt dies auch am Ende des Lebens? Zeigen wir uns hier noch als Gemeinschaft, die den Schwachen trägt, ihn unterstützt, ihm beisteht und hilft, ihm seine Würde lässt? Wir verdrängen den Tod, als gehöre er in eine andere Welt, wir blenden ihn aus oder schieben ihn ab, wo wir uns doch gerade in dieser Situation selbst mitmenschlichen Rückhalt, gesellschaftliche Unterstützung und angemessene Betreuung wünschen. Damit der Abschied in Würde erfolgt.

Diese Bemerkung vorausgeschickt umreißt die Haltung, warum die evangelischen Kirchen das Urteil des Bundesverfassungsgerichts traurig stimmt, das Gesetz zum Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung für verfassungswidrig zu erklären. Es stellt die christliche Maxime auf den Kopf, nach der Hilfe im Sterben vor der Hilfe zum Sterben steht und wir darum besser von Sterbebegleitung und nicht von Sterbehilfe sprechen.

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts soll und kann nun aber nicht mit einem moralischen Urteil kirchlicherseits beantwortet werden. Erst recht nicht gegenüber den Menschen, die in ihrer Not keinen anderen Ausweg mehr sehen, als über ihr Sterben selbst zu verfügen. Aber es muss auf Gefahren hingewiesen werden, die sich aus der Entscheidung des Gerichts ergeben können und es darf auf Wege gezeigt werden, die Menschen ein würdiges Leben bis zuletzt ermöglichen.

Die Gefahren bestehen in zweierlei Richtung: Zum einen, dass die Angst vor dem Sterben zum Geschäft, mithin also zu einem „Instrument der Marktgesellschaft“ wird und die Sterbehilfe zu einer Behandlungsoption. Zum anderen, dass sich der Druck auf kranke, alte und sterbende Menschen erhöht, auf medizinische, soziale und seelsorgerliche Maßnahmen und damit auf kosten- und personalintensive Handlungen zu verzichten und stattdessen das Leben zu beenden.

Umso wichtiger ist es, Menschen Wege aufzuzeigen, die eine „freie Entscheidung“ erst ermöglichen und die die Würde als Indikativ und nicht als Konjunktiv verstehen.

Die Hospize – ob stationäre oder ambulante – sind hier ein wichtiges Signal und es ist kein Zufall, dass vielerorts die ersten Einrichtungen in kirchlicher Trägerschaft standen und stehen. An diesen Orten zeigt sich, wie sterbenskranke Menschen schmerzfrei und würdevoll leben können, bis in die letzte Stunde hinein.

Die Palliativmedizin, die nicht einfach mit Schmerzmedizin gleichgesetzt werden darf, eröffnet den Menschen auch bei schwerster Krankheit noch Lebensqualität. Die Angst vor körperlichen Schmerzen ist die am wenigsten begründete, so sagt es ein Palliativmediziner (Gian Domenico Borasio / Über das Sterben; C.H.Beck 2011). Und Studien zeigen, dass Schmerzen nur selten der wichtigste Grund sind, warum Menschen sterben wollen.

Menschen am Leben teilhaben zu lassen, statt sie dem sozialen Tod auszusetzen ist ein weiterer Weg. Und ein weiterer Weg. Menschen Räume bieten, in denen sie ihren Platz finden, sie aufsuchen, wenn sie um Unterstützung nachsuchen, sich kümmern, wenn der Kummer zu groß ist, das sind lebendige Zeichen der Stärke und Orte, an denen menschliches Leben gerade auch in seiner Schwachheit als kostbar erachtet wird.

Der Mensch ist frei. Das betont das Bundesverfassungsgericht. So sagt es auch die rheinland-pfälzische Landesverfassung im ersten Satz ihres Hauptteils. Der Mensch ist frei, aber er ist auch auf Gemeinschaft hin ausgerichtet. Das heißt: Er ist auf ein Du angewiesen, auf eine Beziehung mit anderen Menschen und zu Gott.

Wir glauben an den Gott, dessen Ebenbild wir Menschen sind, der uns freimacht und uns eine unverbrüchliche Menschenwürde gegeben hat. Zu ihr gehört auch, menschenwürdig sterben zu dürfen. Geschäftsmäßige Förderung zur Selbsttötung gehört unseres Erachtens nicht dazu.



Foto: Evangelische Kirche

Autor
Wolfgang Schumacher
Kirchenrat
Beauftragter der
Evangelischen Kirchen
in Rheinland-Pfalz

Unsere sterbenskranken Patienten spiegeln sich im Auge des Betrachters

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 stellt nicht nur den Zustand vor der Verabschiedung des § 217 wieder her. Mit unmissverständlicher Klarheit fordert es Gesetzgeber und Ärztekammern auf, der Suizidassistenz keine ungebührlichen Hindernisse in den Weg zu stellen und gleichzeitig durch ein prozedurales Sicherungskonzept die Freiverantwortlichkeit des Suizids zu gewährleisten. In absehbarer Zeit werden Regularien veröffentlicht werden, die im Sinne einer Checkliste geprüft werden müssen, wenn ein Patient mit fortgeschrittener Krebserkrankung, mit einer beginnenden Demenz oder einer drohenden Pflegebedürftigkeit sein Recht auf den Tod durch assistierten Suizid geltend machen wird.

Im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und Lebensschutz

Wie soll ich als Palliativmediziner, als Leiter eines multiprofessionellen Teams mit dieser neuen Situation umgehen? Seit Beginn meiner beruflichen Tätigkeit, insbesondere aber seit der Schwerpunktverlagerung auf die Palliativmedizin, habe ich das Verhältnis von Selbstbestimmung und Lebensschutz als Spannungsfeld erfahren, in den neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts noch mit einem eindeutigen Bias zum unbedingten Schutz des Lebens, der mich in vielen Situationen empörte. Ich habe mich immer mit Leidenschaft dafür eingesetzt, dass Patienten nicht ungefragt und sinnlos lebensverlängernde Maßnahmen und medizinischer Übertherapie ausgesetzt werden, bin eingetreten für die Respektierung von Patientenverfügungen, für das Recht von Bevollmächtigten, dem ausdrücklichen oder mutmaßlichen Willen nicht mehr entscheidungsfähiger Patienten Ausdruck und Geltung zu verschaffen.

In diesem Spannungsfeld gab es für mich aber immer eine rote Linie: einen Patienten auf sein Verlangen hin zu töten oder ihm die Mittel an die Hand zu geben, dass er sich selbst das Leben nimmt. Die ausführliche und differenzierte Begründung des Bundesverfassungsgerichts muss für mich Anlass sein, meinen Standpunkt zu überdenken.

Den eigenen Standpunkt überprüfen

Es ist zweifellos zutreffend, dass der Wunsch nach dem assistierten Suizid zumindest bei Palliativpatienten in der Mehrzahl ein Schrei nach Zuwendung und Besserung der Situation ist. Aber gibt es nicht auch den Schrei derer, die trotz Palliativmedizin dieses Leben nicht mehr leben wollen, den Sterbewunsch derer, die lebenssatt an Jahren den unabwendbaren Verfall ihrer Kräfte spüren, den schleichenden

Verlust der kognitiven Fähigkeiten? Bin ich taub auf diesem Ohr? Ist es nicht ein „Im Stich lassen“ eines Menschen, der sich mir in seiner Not anvertraut? Kann ich nicht beides tun, wie meine palliativmedizinischen Kollegen in Belgien, für die der assistierte Suizid eine mögliche Handlungsoption am Ende des Lebens ist und die das dann „Integrale Palliativmedizin“ nennen? Was ist es, was sich in mir dagegen wehrt? Bin ich vielleicht doch nur einer, der seine vermeintlich moralisch saubere Weste behalten will?

Beide Seiten haben gewichtige Argumente

Nein, ich glaube, das bin ich nicht. Aber ich bin auch davon überzeugt, dass ich hier nicht neutral bleiben kann, dass ich nicht nach allen Richtungen beraten kann. Es sind in den vergangenen Jahren alle Argumente ausgetauscht worden, und jeder, der unvoreingenommen die Diskussion betrachtet, wird beiden Seiten gewichtige Argumente zugestehen. Es ist mir wichtig, dass ich mit der persönlichen Position, die ich im Folgenden vertrete und die sich auf mein Tätigkeitsfeld der Palliativversorgung bezieht, niemandem, der es anders sieht, eine weniger durchdachte oder gar ethisch weniger begründete Position unterstelle. Jeder kommt hier zu einer Meinung, die sich vor dem je eigenen Erfahrungs- und Deutungshorizont gebildet hat.

Dies ist mein Erfahrungshorizont: Wenn Patienten zu mir sagen: „Herr Doktor, das ist doch kein Leben mehr, das ist doch alles sinnlos geworden, schauen Sie mich doch nur an“, dann geht es für mich an dieser Stelle um mehr als um die fachkundige Exploration eines Todeswunsches. Ich höre eine Frage auf einer zweiten, tieferen Ebene: „Du, der Du mich siehst in meiner Hinfälligkeit, in meiner schwindenden geistigen Kraft, in meiner Abhängigkeit auch in den intimsten Verrichtungen, glaubst Du, dass dieses mein kleines Leben noch Bedeutung, noch irgendeinen Sinn, eine Würde hat? Wäre es nicht besser, all dem ein rasches Ende zu machen?“

Unsere Kranken spiegeln sich im Auge des Betrachters, so hat der kanadische Arzt Harvey Chochinov einmal formuliert; aus unseren Augen lesen sie ab, ob wir glauben, dass dieses ihr Leben noch einen Wert, eine Würde, eine Bedeutung, hat. Welche Bedeutung, welcher Sinn es ist, das kann

„Herr Doktor, das ist doch kein Leben mehr, das ist doch alles sinnlos geworden, schauen Sie mich doch nur an.“

nicht theoretisch postuliert werden, schon gar nicht in einer multikulturellen säkularisierten Gesellschaft; das kann nur vom je Einzelnen entdeckt und erfahren werden. Unsere Aufgabe ist es, hierzu die geeigneten Rahmenbedingungen zu schaffen, und damit meine ich nicht nur räumliche.

Es ist möglich, Wege zu gehen, ohne die rote Linie zu überschreiten

Ich persönlich kann meine Arbeit, an der es nichts zu romantisieren gibt, nur deshalb leisten, weil ich zutiefst von der Kostbarkeit jeder Phase des Lebens überzeugt bin, weil es bis heute meine Erfahrung ist, dass es möglich ist, auch am Ende des Lebens im unerträglich erscheinenden Leid gangbare Wege zu entdecken, ohne die rote Linie der

„Ich persönlich kann meine Arbeit, an der es nichts zu romantisieren gibt, nur deshalb leisten, weil ich zutiefst von der Kostbarkeit jeder Phase des Lebens überzeugt bin.“

Unterstützung zur Selbsttötung zu überschreiten. Ich persönlich kann diese Arbeit nur leisten, wenn ich authentisch bin. Um glaubwürdig zu sein, kann ich meinen Patienten keine Doppelbotschaft schicken, in dem Sinne, dass ich zwar zutiefst vom Wert jeder Phase ihres Lebens, und damit auch des endenden Lebens, überzeugt bin, zugleich aber auch bereit bin, ihnen zu helfen, sich dieses Leben zu nehmen. Das passt für mich nicht zusammen. Ich bin geprägt von der Erfahrung, dass Palliativpatienten vulnerabel sind, vielfach zutiefst verunsichert hinsichtlich des eigenen Wertes, auch angesichts aller Belastungen, die sie ihren Angehörigen und der Gesellschaft zuzumuten scheinen. Unbedingt möchte ich vermeiden, dass meine Patienten auch nur ansatzweise das Gefühl haben, ihren Wunsch rechtfertigen zu müssen, trotz allen Klagens weiterzuleben.

Sorge, dass der Gang in den geplanten Tod Normalität wird

Ich verstehe, dass Menschen Sorge haben, am Ende des Lebens die Kontrolle zu verlieren, in unerträgliche Abhängigkeit zu geraten, und ich selbst bin auch nicht frei von dieser Sorge. Noch größer aber ist meine Sorge vor einer Gesellschaft, in welcher der Gang in den selbstbestimmten Suizid eine normalisierte, selbstverständlich gewordene Form eines geplanten Ablebens geworden ist. Dazu ein Blick ins Ausland: im Jahr 2017 starben der Schweiz 1,5 Prozent aller verstorbenen Einwohner durch assistierte Selbsttötung, das wären in Deutschland 14.000 Menschen gewesen.



Foto: www.adobe-stock.com/Photographee.eu

Räumliche und personelle Rahmenbedingungen für ein Leben bis zuletzt und ein Sterben in Würde

Ich bin deshalb der festen Überzeugung, dass die Palliativversorgung einen anderen Weg aufzeigen sollte, einen anderen Weg des Umgangs mit Schwachheit, mit Angewiesenheit auf andere. Ich wünsche mir eine Gesellschaft, in der nicht die Angst vor Abhängigkeit und Ausgeliefertsein die Vorstellung vom Lebensende prägt. Ich hoffe darauf, dass die Palliativmedizin beispielhaft einen Beitrag zur Entwicklung einer Gesellschaft leistet, die bereit ist, sehr viel Geld in die Hand zu nehmen, um überall, nicht nur in spezialisierten ambulanten und stationären Hospiz- und Palliativdiensten, personell und räumlich angemessene Rahmenbedingungen zu schaffen; damit Menschen vertrauensvoll darauf zählen können, dass sie auch ohne Selbsttötung bis zuletzt leben können: im Garten des Menschlichen.

Autor

Univ.-Prof. Dr. Martin Weber

Leiter der Interdisziplinären Abteilung für Palliativmedizin

III. Medizinische Klinik

Universitätsmedizin Mainz

Vorsitzender der Interdisziplinären Gesellschaft für Palliativmedizin (Rheinland-Pfalz)



Foto: Universitätsmedizin Mainz

Suizid-Beihilfe: Hausärzte sollten für alle Türen offen sein – auch für den Notausgang

„Wenn aber die Krankheit nicht nur unheilbar ist, sondern auch Schmerzen und Pein ohne Ende verursacht, dann ergeht von den Priestern und den obrigkeitlichen Personen die Mahnung an den Betroffenen: da er allen Obliegenheiten des Lebens nicht mehr gewachsen sei, da er den andern nur zur Last fallen, sich selbst unerträglich sei und seinen eigenen Tod überlebe, so möge er sich entschließen, [...] da ihm das Leben doch nur eine einzige Qual sei, nicht zaudern, getrost zu sterben, sondern vielmehr, froher Hoffnung voll, sich entweder selbst einem so bitterschmerzlichen Leben wie einen Kerker oder einer Folter entziehen, oder willig gestatten, dass ihn andere davon befreien. [...]; und wenn er so den Rat der Priester und der Ausleger des Willens Gottes befolge, so begehe er frommes, Gott wohlgefälliges Werk. Diejenigen, die sich solchergestalt haben überreden lassen, enden ihr Leben entweder freiwillig durch Nahrungsenthaltung oder erhalten ein Schlafmittel und finden im bewusstlosen Zustand ihre Erlösung. Gegen seinen Willen wird keinem das Leben entzogen, [...], nur wird es denen, die in der so erlangten Überzeugung sterben, als besonders ehrenvoll angerechnet.“

Thomas Morus vor 500 Jahren zur aktiven Beendigung des Lebens

Dieser gut 500 Jahre alte Text ist nachzulesen in „Utopia“, dem Buch über eine ideale Gesellschaft des englischen Staatsmannes Thomas Morus. Die Idee von einer aktiven Beendigung des Lebens angesichts schwerer Krankheit und unerträglichen Leidens ist also ganz und gar nicht neu. Überraschend jedoch hier in dieser „Gesellschafts-Utopie“, dass hierzu der Anstoß zunächst von außen kommt, weil der Betroffene eine Belastung für die Allgemeinheit darstellt. Dann erst kommt die eingeschränkte Lebensqualität - das Leben nur noch als eine einzige Qual - ins Spiel. Zum Schluss aber dann doch ein eindeutiges Bekenntnis zur Freiwilligkeit, wenn sie denn angesichts des zuvor aufgebauten gesellschaftlichen Druckes noch möglich ist.

BVG-Urteil setzt aufs Grundrecht

Anders beim Aufsehen erregenden und mitunter als „Paukenschlag“ bezeichneten Urteil des Bundesverfassungsgerichtes (BVG) vom 26. Februar 2020. Hier wird ausschließlich dem Grundrecht des Menschen auf Selbstbestimmtheit und Autonomie Rechnung getragen. Dies allerdings in einem Umfang, der so nicht erwartet worden war. Hatten die Beschwerde führenden ärztlichen Kolleg*innen vorrangig eine strafrechtliche Klarstellung für palliativmedizinische

Grenzfälle angestrebt, so gab es nun seitens des BVG eine geradezu spektakuläre Liberalisierung mit radikaler Verabsolutierung der individuellen Autonomie.

Das allgemeine Persönlichkeitsrecht als Ausdruck persönlicher Autonomie umfasse, so das Gericht, das Recht auf selbstbestimmtes Sterben und dieses schließe auch die Freiheit mit ein, sich das Leben zu nehmen. Dieser Akt autonomer Selbstbestimmung sei von Staat und Gesellschaft zu respektieren und umfasse auch die Freiheit, hierbei bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen.

Corona-Pandemie verdrängt Sterbehilfe-Diskussion

Nur wenige Tage nach der Urteilsverkündung wurde die Corona-Pandemie das alles beherrschende Thema und die Suizidbeihilfe führte fortan wie viele andere gesellschaftsrelevanten Themen in der öffentlichen Diskussion ein Schattendasein. Es führt aber kein Weg daran vorbei, dass die davon betroffenen Akteure sich mit diesem Urteil auseinandersetzen und Wege der Operationalisierung finden müssen.

**Selbstmord:
Die letzte aller Türen
doch nie hat man
an alle schon geklopft.**

(Reiner Kunze)

Vor etwa 15 Jahren wurde ich erstmalig als Hausarzt mit dem Thema assistierter Suizid konfrontiert. Ein etwa 80-jähriger langjähriger Patient eröffnete mir, dass er sich mit der Schweizer Sterbehilfe-Organisation „Dignitas“ in Verbindung gesetzt habe. Zu dieser Zeit klagte er über erste Anzeichen nachlassender Geisteskräfte, litt unter einer Harninkontinenz wegen eines Prostataleidens und war durch eine Arthrose in seiner Mobilität eingeschränkt. Er habe noch viele Jahre als Redakteur im Ruhestand bei einer überregionalen Zeitung journalistisch tätig sein können, traue sich dies jedoch nun nicht mehr zu, was ihn deprimiere und in eine Sinnkrise gestürzt habe. Als lebenslang sehr aktiver und eigenständiger Mensch könne er sich ein Leben ohne sinnstiftende Tätigkeit nicht vorstellen, und schon gar nicht ein Leben mit eingeschränkter Selbstbestimmtheit.

Die letzte Tür als Notnagel

In den folgenden fünf Jahren schwanden sukzessive seine körperlichen Kräfte bei allenfalls leichter kognitiver Störung. Die um einige Jahre jüngere Ehefrau versorgte ihn, und er konnte sich mit seiner Situation arrangieren. Der Suizid, diese letzte Tür, war für ihn ein Notnagel, ja ein Trost, sollte er sich nicht mit seinem Alterungsprozess und dem damit einhergehenden Verlust an Lebensqualität abfinden können und andere Türen sich ihm nicht eröffnen. Er wusste, dass er mit seinem Hausarzt über diesen „Notausgang“ sprechen konnte, auch dem Gespräch über andere Türen verschlossen er sich nicht. Es gelang ihm wie vielen seiner Altersgenossen ein Prozess der Adaptation und Resilienz im Hinblick auf seine zunehmenden altersassoziierten Defizite. Er starb schließlich eines natürlichen Todes aufgrund eines haemorrhagischen Insults.

„Wir erleben bei unseren geriatrischen Patienten immer wieder die Angst vor Autonomieverlust mit Einschränkung der Handlungs-, vor allem aber der Entscheidungskompetenz, und die Angst vor dem Angewiesensein auf die Hilfe anderer.“

„Die größte Pein, der fehlende Sinn des eigenen Daseins.“ Die Angst vor Autonomieverlust mit Einschränkung der Handlungs-, vor allem aber der Entscheidungskompetenz, und die Angst vor dem Angewiesensein auf die Hilfe anderer, erfahren Hausärzte häufig im Umgang mit geriatrischen Patienten. Aber auch das Leiden an einer Sinnentleerung im Alter kommt immer wieder zur Sprache oder um es mit Victor E. Frankl zu sagen: „Die größte Pein, der fehlende Sinn des eigenen Daseins.“ Und in „Gott“, dem jüngsten Theaterstück von Ferdinand von Schirach, ist es denn auch nicht der Schwerstkranke, der den Wunsch nach Suizidbeihilfe an seinen Arzt heranträgt.

Wenn nun Palliativmediziner sagen, dass eine nicht ausreichende Symptomenkontrolle bei weniger als einem Prozent ihrer schwerstkranken Patienten den Freitod als Ultima Ratio ins Gespräch bringt, dann kann die Tatsache, dass im Jahr 2015 rund 4,5 Prozent der niederländischen Todesfälle auf eine Tötung auf Verlangen zurückgingen, nur bedeuten, dass andere Gründe, wie ein Dasein, das als sinnlos und nur noch als Last für die Zugehörigen und für eine in nahezu allen Lebensbereichen ökonomisierten Gesellschaft empfunden wird, in einem Mehrfachen der Fälle zum Suizid motivieren. Der Begriff des „sozialverträglichen Frühablebens“ drängt sich hier auf und lässt so manchen Zweifel an der Freiwilligkeit aufkommen.

Entscheidung braucht Sicherungskonzept

Und hier kehren wir wieder zum Terminus Operationalisierung zurück. Wie kann sichergestellt werden, dass die Entscheidung zum Suizid auch autonom und ohne Druck von außen getroffen wurde, dass sie nicht passageren Gemütsverfassungen, einer Depression, sonstigen Krankheiten mit eingeschränkter freier Willensbildung oder aktuellen Widerfahrungen zuzuschreiben ist? Der Gesetzgeber wird sich, wie ihm vom BVG aufgetragen, um ein prozedurales Sicherungskonzept kümmern müssen.

Die Ärztekammern sind aufgerufen, einheitlich Stellung zu nehmen. Sie könnten, wie verschiedentlich vorgeschlagen, formulieren: „Die Beihilfe zur Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe“. Damit wäre kein Arzt hierzu verpflichtet, sie gehörte nicht zu einer „normalen“ Behandlung, denn jeder Arzt steht in allererster Linie im Dienst des Lebens. Suizidbeihilfe wäre berufsrechtlich im Ausnahmefall aber auch nicht verboten.

Gutes Leben im Alter als Voraussetzung für ein gutes Sterben

An die Adresse der Hausärzte hier der Appell: Nutzen Sie Ihre Vertrauensstellung und seien Sie offen für das Tabu-Thema Suizid, sprechen Sie mit ihren Patienten aber unbedingt immer wieder, etwa bei der Beratung zu Voraussetzungen oder bei der Werbung hierfür, quasi auch als Suizidprävention über die „anderen Türen“, so über die Möglichkeiten der Palliativmedizin, die Ablehnung von Übertherapie und lebensverlängernden Maßnahmen, über Bedingungen für und Chancen auf ein „gutes Leben im Alter“ als Voraussetzung für ein „gutes Sterben“.

Als Vorsitzender des ambulanten Ethikkomitees der Bezirksärztekammer Rheinhessen möchte ich noch anmerken, dass sich auch dieses Gremium mit dem Thema befasst, zumal davon auszugehen ist, dass im Kontext der erforderlichen Sicherungsmaßnahmen beim Wunsch nach Suizidbeihilfe im ambulanten Bereich auch sein Rat gefragt sein wird.



Autor

San.-Rat Prof. Dr.
Karl-Bertram Brantzen, M.A.
Facharzt für Innere und
Allgemeinmedizin, Geriatrie (FK)
Vorsitzender des ambulanten
Ethikkomitees der Bezirksärztekammer
Rheinhessen

Foto: Engelmohr

Suizidbeihilfe

– künftig eine ärztliche Aufgabe?

Seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 ist die Strafbarkeit ärztlicher Suizidbeihilfe aufgehoben. Dem muss sich das ärztliche Berufsrecht anpassen.

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat den § 217 StGB, der seit November 2015 die ärztliche Suizidbeihilfe nahezu ausnahmslos unter Strafe gestellt hatte, für „nichtig“ erklärt. Geklagt vor dem höchsten Gericht hatten auch einige Ärzte/Innen, unter ihnen der Autor dieses Beitrags: Ich selbst sah mein Grundrecht aus Art. 4/1 GG (Gewissensfreiheit) und aus Art 12/1 GG (Freiheit der Berufsausübung) verletzt.

Die Entscheidung des Gerichts läuft keineswegs auf eine „Liberalisierung“ der ärztlichen Suizidbeihilfe hinaus, wie so oft von ihren Kritikern nach der Urteilsverkündung unterstellt. Vielmehr stellt sie den Status quo ante von 2015 wieder her, also die Rechtslage vor Inkrafttreten des § 217 StGB, die die jahrzehntelang mögliche ärztliche Suizidbeihilfe nicht sanktionierte.

Leitsätze, die das Selbstverständnis großer Teile der Ärzteschaft erschüttern

Jenseits der Kernaussagen zur Rechtmäßigkeit selbstbestimmter Lebensbeendigung formuliert das Gericht indes Leitsätze, die das Selbstverständnis großer Teile der Ärzteschaft erschüttern und sie zu spalten drohen: Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, sei nicht nur zu dulden, sondern müsse wirksam und auf humane Weise ermöglicht werden. Weder Krankheit noch hohes Alter seien Voraussetzung für eine Suizidbeihilfe; auch müsse der Suizidwillige sein Vorhaben weder begründen noch rechtfertigen. Niemand aber könne verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten – also auch kein Arzt und keine Ärztin.

Seit über 40 Jahren verfolgt die Ärzteschaft in der Frage der Zulässigkeit ärztlicher Suizidassistenz in ihren Berufsordnungen einen Schlingerkurs.

Nun ist es aber gerade die Ärzteschaft, die über die geeignetsten, weil schonendsten, sichersten und humansten Mittel und Methoden verfügt, einem plausiblen Suizidwillen, vor allem in schwerster aussichtsloser Krankheit, den Weg zu bahnen; eine Auffassung, die auch die meinige ist und von zahlreichen Kollegen /Innen geteilt wird. Ist damit einer schrankenlosen Suizidbeihilfe Tür und Tor geöffnet?

Keineswegs. Das Gericht hat den Gesetzgeber ausdrücklich zu einer detaillierten Regulierung der Suizidbeihilfe aufgerufen: Unverzichtbar sei zum einen der Nachweis der Freiverantwortlichkeit, Wohlerwogenheit und Nachhaltigkeit der Suizidabsicht (was den Kreis derer, die Suizidbeihilfe glauben in Anspruch nehmen zu dürfen, massiv einschränkt!);

zum anderen müsse der Gesetzgeber „gesellschaftlichen Einwirkungen wirksam entgegenreten, die als Pressionen wirken können und das Ausschlagen von Suizidangeboten von Seiten Dritter rechtfertigungsbedürftig erscheinen lassen“.

Das strikte berufsrechtliche Verbot der Suizidbeihilfe ist zu widerrufen

Zwar ist nun mit dem Urteil des BVerfG eine Grundsatzentscheidung gefallen; ungelöst bleibt indes (neben der erforderlichen Öffnung des Betäubungsmittelrechts) der Konflikt zwischen Strafrecht und ärztlichem Berufsrecht. Damit ist die Ärzteschaft aufgefordert, das in zahlreichen Berufsordnungen der Landesärztekammern (§ 16) niedergelegte Verbot der Suizidbeihilfe mit ihrer nun auch von Ärzten eingeklagten strafrechtlichen Freistellung in Einklang zu bringen. Und dies kann aus meiner Sicht nur bedeuten: Das strikte berufsrechtliche Verbot der Suizidbeihilfe ist zu widerrufen. Eine Forderung, die gestützt wird durch eine aktuelle Online-Umfrage von MEDSCAPE (Deutschland) unter 1.008 Ärzte/Innen, durchgeführt im ersten Vierteljahr 2020. Die Frage lautete: „Sollte die

ärztliche Sterbehilfe legalisiert werden?“ Nur 31 Prozent der Befragten lehnen ärztlich assistierten Suizid eindeutig ab. Eine Mehrheit (45 Prozent) ist entweder für seine Legalisierung oder kann sich eine solche unter bestimmten Umständen vorstellen.

Ein Blick zurück: Seit mehr als 40 Jahren verfolgt die Ärzteschaft in der Frage der Zulässigkeit ärztlicher Suizidassistenz in ihren Berufsordnungen einen Schlingerkurs: Als die Bundesärztekammer (BÄK) 1979 erstmals „Richtlinien für die Sterbehilfe“ formuliert, enthält sie sich einer Stellungnahme zur ärztlichen Suizidbeihilfe. 1993 wird sie als „un-ärztlich“ bezeichnet. 1998 heißt es, „sie widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.“ Ab 2011 heißt es

zunächst, sie „ist keine ärztliche Aufgabe“; noch im selben Jahr indes empfiehlt die Muster-Berufsordnung (M-BO) das Verbot ärztlicher Suizidbeihilfe, das zehn Landesärztekammern übernehmen, die übrigen sieben hingegen nicht.

Dem individuellen ärztlichen Gewissen kommt exzeptionelle Bedeutung zu

Für mein ärztliches Selbstverständnis kommt gerade in der Frage der Suizidbeihilfe dem individuellen ärztlichen Gewissen exzeptionelle Bedeutung zu. Über dieses demokratisch entscheiden zu können, hatte sich der Kieler Deutsche Ärztetag 2011 angemaßt: Mit 166 Ja- und 56 Nein-Stimmen bei 7 Enthaltungen hatte er beschlossen, fortan die ärztliche Suizidbeihilfe zu verbieten. Einer demokratischen Entscheidung indes ist das ärztliche Gewissen – zumindest das meinige – nicht zugänglich. Demzufolge habe ich mehrfach Suizidbeihilfe geleistet.

Einer demokratischen Entscheidung ist das ärztliche Gewissen – zumindest das meinige – nicht zugänglich. Demzufolge habe ich mehrfach Suizidbeihilfe geleistet.

Zu Relevanz und Tragweite des ärztlichen Gewissens hatte sich das Bundesverwaltungsgericht schon 1968 geäußert, ganz in meinem Sinne: „Der Beruf des Arztes ist [...] in einem hervorragenden Maß ein Beruf, in dem die Gewissensentscheidung des einzelnen Berufsangehörigen im Zentrum der Arbeit steht. In den entscheidenden Augenblicken seiner Tätigkeit befindet sich der Arzt in einer unververtretbaren Einsamkeit, in der er – gestützt auf sein fachliches Können – allein auf sein Gewissen gestellt ist. [...] Die Freiheit der Gewissensentscheidung bildet als ein Kernstück der ärztlichen Ethik eine immanente und wesenseigene Beschränkung der berufsständischen Rechtsetzungsgewalt.“

Auch der verstorbene frühere BÄK-Präsident, Prof. Jörg-Dietrich Hoppe, äußerte 2011 in einem Interview mit dem Deutschen Ärzteblatt: „Die Beihilfe zum Suizid gehört nicht zu den ärztlichen Aufgaben, sie soll aber möglich sein, wenn der Arzt das mit seinem Gewissen vereinbaren kann.“ Für mich eine weise, indes noch im gleichen Jahr vom Kieler Ärztetag verworfene Position, die den unterschiedlichen ethischen Sichtweisen innerhalb der Ärzteschaft gerecht geworden wäre.

Aus anderer Perspektive kritisiert der Rechtswissenschaftler Prof. F.-J. Lindner 2013 das Suizidbeihilfeverbot der Kammern: „Das kategorische – da ausnahmslos formulierte – Verbot ärztlicher Suizidassistenz einiger Landesärztekammern verstößt – formell – als bloßes Satzungsrecht gegen den Grundsatz des Gesetzesvorbehalts und stellt sich – materiell – wegen seiner Ausnahmslosigkeit als unverhältnismäßige Grundrechtseinschränkung dar.“

Palliativmedizin und ärztliche Suizidbeihilfe verhalten sich komplementär zueinander

Nach meinem Dafürhalten, auch als Gründer eines Hospizes, verhalten sich Palliativmedizin und ärztliche Suizidbeihilfe nicht antagonistisch, vielmehr komplementär zueinander. Ärztliche Suizidbeihilfe kann zu einer äußersten Maßnahme palliativer Medizin werden. Unter Umständen ist sie nicht nur gerechtfertigt, sondern sogar geboten. Suizidbeihilfe kann also zu einer ärztlichen Aufgabe werden.

Solche Umstände liegen für mich dann vor, wenn gewisse Voraussetzungen erfüllt sind: Einem aussichtslos kranken oder schwerstverehrten Mensch, der frei verantwortlich zu entscheiden in der Lage ist; der über alle Möglichkeiten palliativmedizinischer und hospizlicher Versorgung informiert ist; der soziale Aufgehobenheit und beste ärztliche und pflegerische Versorgung erfährt – und dennoch weiter leidet oder die erwähnten Alternativangebote aus plausiblen und

nachvollziehbaren Gründen ablehnt, darf bei einem nachhaltig geäußerten Suizidwunsch ein Suizid mit ärztlicher Unterstützung nicht verwehrt werden.

Selbstverfügung ist ein hohes und verfassungsrechtlich geschütztes Gut

Suizidbeihilfe, die bei schwerstem Leiden auf humane Weise Selbstverfügung am Lebensende ermöglichen soll – eine unerlöste Debatte. Sie betrifft nicht allein die Ärzteschaft. Für manche/n Zeitgenossen/In mag das Wort „Selbstverfügung“ einen Geruch von Selbstherrlichkeit haben. Indes ist Selbstverfügung ein hohes und verfassungsrechtlich geschütztes Gut, das es nicht nur zu ertragen, sondern dann, wenn das Leiden übermächtig geworden ist, auch mitzutragen gilt: Der Zusammenhalt unserer Gesellschaft setzt Respekt vor dem Mitmenschen voraus, gerade in der Anerkennung der Vorstellung seines eigenen Lebensendes. Mein Plädoyer: Diesem Respekt sollte sich die Ärzteschaft nicht verschließen.



Autor

Dr. med. Dipl. biol. Michael de Ridder
Arzt für Innere Medizin
Chefarzt a.D.
Geschäftsführer Vivantes Hospiz
Berlin a.D.

Foto: privat

Sterben als **rationale Entscheidung**

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 mit der Aufhebung des Verbots der professionellen Unterstützung der Selbsttötung hat eine sehr grundsätzliche Dimension: Jeder Mensch kann danach selbst entscheiden, ob er leben oder sterben will. Dieses Recht ist unabhängig vom Vorliegen einer unheilbaren Krankheit. Das Urteil geht von rein rationaler Betrachtung des Menschen zu seinem Leben und Sterben aus.

Was ist jedoch, wenn Menschen in kritischen Lebenssituationen sind, zum Beispiel bei einer Trennung oder krankheitsbedingt bei einer Depression? Wohl nahezu jeder Mensch hat schon Situationen erlebt, in denen er glaubte, nicht mehr weiterleben zu können. Wie gut, dass fast alle diese Situationen überstanden und weitergelebt haben. Anstatt der Hilfe zum Selbstmord ist hier eindeutig alles erforderlich, was den Menschen die Kraft zum Leben zurückgibt und sie durch diese Krisen trägt. Hilfe zum Suizid ist in solchen Fällen unverantwortlich.

Viele alte Menschen klagen, dass sie angesichts ihrer Leiden nicht mehr leben wollen. „Lasst mich doch sterben“ ist eine Äußerung, die oft fällt, auch ohne, dass eine unheilbare Krankheitssituation besteht. Meist ist dies keine rationale Entscheidung zur Selbsttötung, sondern ein Hilferuf nach Verbesserung der Lebenssituation. Es wäre zynisch und menschenverachtend, ihn mit der Bereitstellung von Mitteln zur Selbsttötung zu beantworten. Eine Gesellschaft, die so handelt, stellt sich langfristig selbst in Frage.

Im Mittelpunkt der Debatte um das Recht zur Selbsttötung stehen nicht die aufgeklärten rationalen Entscheider, sondern unheilbar Kranke, die ihren Leiden ein Ende setzen und in Würde sterben möchten. Einzelfälle dazu werden immer wieder in den Medien vorgestellt und der Trend des Umgangs damit scheint das generelle Verständnis dafür zu sein, dass man diesen Menschen die Fortsetzung dieses Leides nicht zumuten darf. Gesetzliche Regelungen entscheiden jedoch nicht nur einzelne Fälle, sondern beeinflussen die Gesellschaft insgesamt. Was für den Einzelnen gerechtfertigt und begründet erscheinen mag, kann dazu führen, dass andere Menschen, die auch leiden aber nicht sterben möchten, unter gesellschaftlichen Druck gesetzt werden, ihr Leben zu beenden. Dazu darf es jedoch keinesfalls kommen!

Der Wunsch nach Lebensverkürzung entsteht nach den Erfahrungen der Palliativmedizin oft aus der Angst vor nicht behandelbarem Leid oder aus der Erfahrung heraus, dass nicht mehr ertragbares Leiden nicht oder nur unzureichend behandelt wird. Die Unterstützung einer guten palliativen

Versorgung kann daher nach Überzeugung von Das PatientenForum e.V. wesentlich dazu beitragen, Todeswünsche Schwerstkranker zu verringern. Die Palliativversorgung auszubauen ist nach Einschätzung von Das PatientenForum daher eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe.

Hilfe zur Selbsttötung braucht hohe Hürden

Um zu sichern, dass die Entscheidung zum Tod ohne Druck oder Nötigung zustande kam, müssen die Hürden hoch gesetzt werden:

- zum Beispiel durch verpflichtende Aufklärung,
- gesicherte Entscheidungsfähigkeit der Patienten,
- Ausschluss psychischer Erkrankungen,
- möglichst Hinweise in einer Patientenverfügung, in der ein Patient seine Einstellung zum Thema dokumentiert hat,
- Einrichtungen, die bei der Selbsttötung unterstützen möchten, müssen einem strengen Verhaltenskodex unterliegen,
- Reglementierung der gewerblichen Ausübung der Suizidunterstützung,
- keine Werbung für die Unterstützung von Suizid,
- zu prüfen ist die Einrichtung von Prüfkommisionen aus Ärzten, Juristen und Ethikern, die kontrollieren, ob Angehörige, Ärzte oder andere Einrichtungen sorgfältig gehandelt haben oder ob strafrechtlich verfolgt werden muss,
- von der Unterstützung der Selbsttötung unterschieden werden muss die Tötung auf Verlangen. Sterbehilfe auf Wunsch muss weiterhin verboten bleiben. Die Trennlinie zwischen Unterstützung der Selbsttötung und der Sterbehilfe auf Verlangen festzulegen, ist eine schwierige Aufgabe, die aber zügig erfolgen muss. In Zweifelsfällen sollte immer gegen eine Tötung entschieden werden.

Autorin

Mechthild Kern
Vorstandsmitglied der Patientenvertretung
Das PatientenForum e.V.



Foto: privat