

Hilfe zur Selbsttötung: Wer soll künftig assistieren?

Im Februar 2020 fällte das deutsche Bundesverfassungsgericht ein richtungsweisendes Urteil: Nicht nur kranke oder alte Menschen, sondern jeder hat das Recht auf selbstbestimmtes Sterben und die Freiheit, sich dafür bei Dritten Hilfe zu suchen. Damit ist Ärzten grundsätzlich die Suizidbeihilfe erlaubt. Allerdings hat die Bunderegierung für dieses Grundsatzurteil noch keine gesetzliche Grundlage geschaffen. Was das für Betroffene und Mediziner bedeutet, welche Bedingungen künftig an Sterbehilfe gebunden sein müssen und warum der Hausarzt eine zentrale Rolle einnimmt, diskutieren Dr. Birgit Krause-Michel, Vorsitzende der außerklinischen Ethikberatung Südostbayern im Netzwerk Hospiz und Dr. Robert Kühnbach, ärztlicher Leiter der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung SAPV im Netzwerk Hospiz.

Erst 2015 hatte der Bundestag den Paragraphen 217 des Strafgesetzbuches eingeführt. Er stellte die „geschäftsmäßige“ Suizidbeihilfe unter Strafe. Zuvor war Beihilfe zum Suizid erlaubt. Was hat dieses „geschäftsmäßig“ bedeutet?

Robert Kühnbach: „Geschäftsmäßige Beihilfe“ zielte auf die Tätigkeit von Sterbehilfevereinen ab, traf aber auch Ärzte, die einem schwerkranken Patienten beim letzten Schritt helfen wollten. Boten sie diese Hilfe im Laufe der Zeit mehr als einem Patienten an, war damit das Kriterium der Geschäftsmäßigkeit erfüllt.

Birgit Krause-Michel: Der Arzt musste mit Geld- oder Freiheitsstrafe rechnen. Er durfte noch nicht einmal darauf hinweisen, dass es Sterbehilfeorganisation gab oder gar den Patienten dorthin vermitteln. Die Ärzte durften grundsätzlich in Bezug auf Sterbehilfe überhaupt nichts unternehmen.

Mit dem neuen Urteil des Bundesverfassungsgerichts ist dieses Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe nun gefallen, der assistierte Suizid ist erlaubt. Was versteht man darunter?

Birgit Krause-Michel: Unter einem assistierten Suizid versteht man die Beihilfe zur Selbsttötung. Das bedeutet, dass der Sterbewillige ein tödlich wirkendes Medikament vom Arzt verschrieben bekommt, das er dann selbständig zu sich nehmen kann. Dabei darf ihn eine andere Person, ein Angehöriger, ein nahestehender Mensch, ein Sterbehelfer oder eben ein Arzt begleiten.

Kühnbach: Allerdings leitet sich aus dem Recht auf selbstbestimmtes Sterben kein Anspruch auf assistierte Suizidbeihilfe durch Dritte ab. Das heißt, jeder Arzt kann sich auf sein ethisches Gewissen und sein Werteverständnis berufen und die Suizidbeihilfe ablehnen.

Assistierter Suizid, aktive, passive oder indirekte Sterbehilfe. Worin liegt der Unterschied?

Kühnbach: Aktive Sterbehilfe oder „Tötung auf Verlangen“ im medizinischen Sinne werden in Europa nur in den Niederlanden, in Belgien und Luxemburg praktiziert. Dies bedeutet, einem todkranken Menschen auf dessen Wunsch hin eine zum Tode führende Substanz zu verabreichen. Von passiver Sterbehilfe spricht man, wenn lebensverlängernde Maßnahmen wie eine Beatmung beendet werden. Dies setzt aber eine eindeutige Willensäußerung oder eine Patientenverfügung des Todkranken voraus. Indirekte Sterbehilfe wäre eine Behandlung, die kurzfristig zu einer Verbesserung der Lebensqualität aber auch zu einer verkürzten Lebensdauer führen

könnte. Beides ist in Deutschland erlaubt, ebenso wie jetzt auch grundsätzlich der assistierte Suizid.

Kommen durch das Urteil nun mehr Menschen mit einem Sterbewunsch zu Ihnen?

Krause-Michel: Die Aufgabe der außerklinische Ethikberatung im Netzwerk Hospiz war in den letzten zehn Jahren in erster Linie Beratung im Sinne von Sterben zulassen oder passiver Sterbehilfe. Grundlage war eine Patientenverfügung, ein mutmaßlicher Wille oder eine fehlende medizinische Indikation. Jetzt kommen Menschen zu uns, die einwilligungsfähig sind und den Wunsch haben, zu sterben. Wo wir sonst überwiegend Gespräche mit den Angehörigen des Patienten geführt haben sind es nun Gespräche unmittelbar mit dem Patienten.

Kühnbach: Aber das müsste es ja einfacher machen, wenn der Patient selber sagen kann, was er will.

Krause Michel: Das Problem ist, dass wir zwar den Sterbewunsch respektieren und nach gemeinsamen Lösungen suchen können. Ein tödlich wirkendes Medikament können und dürfen wir Ärzte nach der aktuellen Gesetzeslage aber nicht bereitstellen. Es bleibt vorwiegend eine Beratung über die aktuellen rechtlichen und ethischen Perspektiven. Es ist sehr zu hoffen, dass der Gesetzgeber alsbald entsprechende rechtliche Grundlagen schafft!

Kühnbach: Das ist richtig. Unsere Patienten in der ambulanten Palliativversorgung haben meist eine zum Tode führende Krankheit. Natürlich konfrontiert uns das mit Sterbewünschen. Aber wir sehen unsere Aufgabe als Palliativmediziner darin, Beschwerden zu lindern und die verbleibende Zeit mit Lebensqualität zu füllen. Deswegen positionieren wir uns ganz klar: Wir wollen grundsätzlich keine Suizidbeihilfe leisten, auch dann nicht, wenn wir einen gewissen Druck von Patientenseite her spüren.

Begrüßen Sie dennoch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts?

Krause-Michel: Ja, weil dadurch der Sterbewunsch enttabuisiert wird. Jeder kann offen sagen: „Ich will sterben“, ohne gleich in der Psychiatrie zu landen. Alleine darüber zu reden ist schon Prävention, weil das Gespräch dazu führen kann, dass der Wunsch schwächer wird. Ein Sterbewunsch bedeutet ja nicht den sofortigen Suizid. Oft geht es um Einsamkeit, um Angst und Schmerzen und andere psychisch belastende Symptome.

Kühnbach: Unsere Erfahrung ist, dass der Wunsch zu sterben sehr fluktuieren kann, abhängig von Stimmung, Geborgenheit, Einsamkeit. Das muss bei einem Gesetzesentwurf unbedingt beachtet werden, es braucht Fristen zwischen Beratung und Durchführung.

Zu dem Urteil von vor fast zwei Jahren gibt es noch kein entsprechendes Gesetz?

Krause-Michel: Bis jetzt hat die Politik kein Gesetz verabschiedet. Die Frage, wer assistieren soll oder kann, ist offen. Und obwohl jeder Mensch das Recht auf selbstbestimmten Suizid hätte, kann der Arzt entsprechende Medikamente derzeit nicht verschreiben, weil sie nicht freigegeben sind.

Kühnbach: Ich finde es wichtig, dass das zum Tode führende Medikament immer ein Arzt verschreiben muss. Die Begleitung könnte dann auch ein Verein oder eine Sterbehilfeorganisation übernehmen. Das derzeit gängige Mittel stammt aus der

Anästhesie. Man schläft damit relativ schnell ein und stirbt an Atemlähmung, von der man nichts mitbekommt, weil man sich im tiefen Koma befindet.

Krause-Michel: Es gibt wenige Fälle, in denen der Patient zum Beispiel beim Trinken des tödlich dosierten Medikaments erbrochen hat und damit nicht sicher war, ob das Mittel ausreichend wirkt. Deswegen ist es für viele Ärzte ethisch nicht vertretbar, einem Patienten nur das Medikament hinzustellen, ohne ihn bis zum Schluss ärztlich zu begleiten.

Das Bundesverfassungsgericht bezieht sein Urteil nicht nur auf schwerstkranke Menschen, sondern auf jeden. Jeder hat, unabhängig von Krankheit, Lebensumstand, Alter und so weiter das Recht auf assistierte Selbsttötung.

Krause-Michel: Ja, das Bundesverfassungsgericht macht keinen rechtlichen Unterschied zwischen palliativen und nicht-palliativen Menschen. Jeder Einzelne muss deshalb nach seinen individuellen Bedürfnissen begleitet werden. Auch die Ethikberatung unterscheidet nicht zwischen schwerstkranken und nur „lebensmüden“ Patienten, für die ein Weiterleben unerträgliches physisches und psychisches Leid bedeutet.

Kühnbach: Wenn es vom Gesetzgeber so gewollt ist, dass auch nicht todkranke Menschen dieses Recht bekommen, muss garantiert werden, dass sie entscheidungsfähig sind und dass Freiwilligkeit vorliegt. Unsere Angst ist, dass jemand sich selbst tötet, weil es sozial erwünscht ist, weil er weder der Gesellschaft noch den Angehörigen zur Last fallen will. So was darf kein Grund sein.

Welche gesetzliche Lösung würden Sie sich wünschen?

Kühnbach: Auch wenn das Urteil sich auf alle Menschen bezieht, sollte in der gesetzlichen Umsetzung klar zwischen Menschen mit und ohne zu Tode führender Erkrankung unterschieden werden, vor allem bei der Frist, die zwischen Beratung und Durchführung liegen muss. Bei einem schwerstkranken Patienten könnte sie beispielsweise vier Wochen betragen und bei einem Menschen ohne todesbringende Krankheit zwölf Monate. Außerdem wäre es für mich nicht vorstellbar, dass Angehörige über so was entscheiden dürften, wenn die Entscheidungsfähigkeit des Patienten nicht gegeben ist.

Krause-Michel: Für mich ist grundsätzlich wichtig, allen Hilfesuchenden die Scheu davor zu nehmen sich an eine Beratungsstelle zu wenden, wo Ihr Sterbewunsch wahrgenommen und respektiert wird, zum Beispiel beim Netzwerk Hospiz Südostbayern. Hier sind alle eng vernetzt. Schwerstkranke Patienten mit begrenzter Lebenserwartung werden optimal palliativmedizinisch betreut. Nicht palliative Patienten können mit Mitgliedern der Ethikberatung offen über die Gründe ihres Sterbewunsches sprechen und sich informieren. Oder natürlich mit ihrem Hausarzt. Er ist oft die erste Person, an die sich Betroffene wenden. Wenn er sich zu ihrer Begleitung entschließt, muss auch er begleitet werden und ethische Unterstützung bekommen. Er ist eine Schlüsselfigur.

Interview: Kathrin Thoma-Bregar