

## *Keine ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung!* *Gemeinsame Stellungnahme*

Wer versucht, sich selbst zu töten, wird nicht bestraft. Nach Berechnungen des statistischen Bundesamtes sterben pro Jahr rund zehntausend Menschen durch die eigene Hand. Hinzu kommen ebenso viele intensivmedizinische und neurologische Behandlungen nach gescheiterten Suizidversuchen. Solche Handlungen gelten als gesellschaftlicher Unglücksfall, der möglichst verhindert werden soll. Das Nachdenken über die gesellschaftlichen Bedingungen und emotionalen Notlagen der Betroffenen steht meist im Vordergrund. Vor allem das Alter gilt als gefährdend, weil es heutzutage oft einsam macht. Ein Lebensabend, der mit Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit einher geht, ist weder gut angesehen noch durchgängig befriedigend betreut.

Auch die Beihilfe zum Suizid ist hierzulande straffrei. Probleme können gegebenenfalls durch das Betäubungsmittelgesetz entstehen, das die Abgabe von Medikamenten zum Zweck der (Selbst)Tötung nicht erlauben. Damit würden Ärzte wie Apotheker durch die Beschaffung von tödlichen Substanzen aktiv den Suizid unterstützen. Außerdem sollten Mediziner/innen – wie auch Angehörige – ihrer besonderen (Garanten)Pflicht nachkommen und Hilfe leisten, um Leben zu retten. Gerichtliche Entscheidungen über die besondere Verpflichtung zur ärztlichen Hilfeleistung und zum Lebenserhalt bei Suizidversuchen gibt es seit langem nicht mehr. Schwerwiegende juristische Konsequenzen hat die Suizidbeihilfe nicht – besonders wenn die Sterbewilligen schwer krank sind. Sie ist aber nicht die Regel, sondern die Ausnahme und entsprach bis vor kurzem in den ärztlichen Grundsätzen zur Sterbebegleitung nicht dem „ärztlichen Ethos“.

### *Der „Bilanzsuizid“*

In Medienberichten und Fachaufsätzen ist in letzter Zeit vermehrt vom „Bilanzsuizid“ die Rede: Möglichst frei von Emotionen und sozialen Einflüssen, in Kenntnis therapeutischer Aussichtslosigkeit und prognostizierter Gebrechlichkeit, wird das eigene Leben wohlüberlegt beendet. Gefordert wird auch die professionelle Beihilfe – von Sterbehilfe-Vereinen oder von geschulten Medizinern. Auch Straffreiheit müsste garantiert und die Bezahlung geregelt werden – ob über die gesetzlichen Krankenkassen oder nach dem Modell der individuellen Gesundheitsleistung. Ob es tatsächlich Menschen gibt und wie viele, die bei Krankheit und im hohen Alter so ihre Gegenwart und Zukunft bilanzieren, ist unbekannt. Unsere Erfahrungen in der Sterbebegleitung sprechen eher dagegen. Gerade angesichts schwerer Erkrankungen und des nahenden Todes schwanken die Wünsche zwischen Hoffnung und Verzweiflung oder Resignation. Ein stabiler, eindeutiger „Wille“ begegnet uns bei den Betroffenen eigentlich nie. Aber dieses abstrakte Modell des „Bilanzsuizides“ ist nötig, um ärztliche Selbsttötungsbeihilfe zu einer anerkannten Dienstleistung zu machen.

Einen Rechtsanspruch auf Beihilfe zum Suizid durch behandelnde Ärzte sollen Kranke zwar nicht bekommen. Doch: Nach welchen Kriterien kann ihnen verweigert werden, was in dieser Logik reiner Ausdruck der Selbstbestimmung geworden ist?

Vorstellungen wie diese lassen die gesellschaftlichen und biografischen Bedingungen individueller Sterbewünsche weitgehend unberücksichtigt. Genau diese Wünsche ernst zu nehmen, in ihrem sozialen Kontext zu verstehen, möglichst zu bewältigen und nicht zu verstärken, sehen wir aber als Aufgabe hospizlicher und ärztlicher Begleitung.

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat ihre Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung Mitte Februar verändert. Nun soll die Beihilfe zur Selbsttötung dem ärztlichen Ethos nicht mehr widersprechen. Stattdessen steht in den neugefassten Grundsätzen: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“ „Wenn Ärzte mit sich selbst im Reinen sind, dann brechen wir nicht den Stab über sie“, sagte BÄK-Präsident Jörg-Dietrich Hoppe. Die Grundsätze haben politische Signalwirkung, werden von Gerichten zitiert und sollen Ärzten eine Orientierungshilfe bieten - rechtlich verbindlich sind sie aber nicht. Anders die ärztliche Muster-Berufsordnung, sie verlangt: „Ärztinnen und Ärzte dürfen das Leben der oder des Sterbenden nicht aktiv verkürzen.“ Ob es bei dieser Vorgabe bleibt oder die Berufsordnung an die Sterbebegleitungsgrundsätze angepasst wird, entscheidet voraussichtlich der kommende Deutsche Ärztetag. Er tagt vom 31. Mai bis 3. Juni in Kiel. Änderungen der Berufsordnungen der Landesärztekammern müssen die Bundesländer genehmigen.

Berufsethische Signale und die entsprechenden Begründungen – und mehr noch ein geändertes Standesrecht – wirken nicht nur in den oft erwähnten „extremen“ Einzelfällen, die mit dem geltenden Repertoire gesetzlicher und berufsrechtlicher Normen bewältigt werden können. Die Botschaft trifft alle Kranken mit begrenzter Lebenserwartung – und auch ihre Angehörigen. Ihnen wird von einem Berufsstand, der behandeln, heilen und Beistand leisten soll, nahe gelegt, die verbliebene Lebensfrist als vermeidbare Leidenszeit und den „Bilanzsuizid“ als wünschenswert anzusehen. So aber wird das Leben mit unheilbarer Krankheit und in Pflegebedürftigkeit persönlich und gesellschaftlich abgewertet. Unsere Erfahrung in der Hospizarbeit ist eindeutig. Mit guter Unterstützung und Zuspruch wollen auch Schwerstkranke leben bis zuletzt. Gerade wenn sie ihre Situation als Last empfinden, können Debatten um Selbsttötungsbeihilfen zusätzlich verletzend wirken. Auf keinen Fall werden alle Beteiligten dadurch in dieser schweren Zeit ermutigt, trotz Erkrankung und Einschränkung weiter zu leben und zu pflegen. Wie empfänglich Menschen in Lebenskrisen auf öffentliche Berichte über Selbsttötungen reagieren, ist in der Suizidprävention lange bekannt: Sie können in verzweifelter Lage zur Selbsttötung animieren und es wird empfohlen möglichst nicht darüber zu berichten.

## *Drohende Werteverchiebung*

Entscheidungen am Lebensende sind schwer, auch das Aushalten von Leid. Ein Bekenntnis zum ärztlich assistierten Suizid, den letztlich aber die Kranken und/oder ihre Angehörigen zu verantworten haben, kann für Ärzte und Pflegepersonal entlastend wirken. Insbesondere dort, wo medizinisch-pflegerische und auch ökonomische Orientierungen nicht deckungsgleich sind, kann am Tötungswunsch des Patienten „tödliches Mitleid“ als eine Art psychosozialer Krisenbewältigung im Berufsalltag entstehen. Aus einer ärztlich zu verantwortenden Ausnahme droht eine gesellschaftlich übliche Regel zu werden. Aus dem Blick gerät dann auch ein anderes Verständnis von „Selbstbestimmung am Lebensende“: Ort und Art der Begleitung mit sozialer Unterstützung mitgestalten zu können – auch unabhängig vom Geldbeutel. Wenn Ärzte tödliche Medikamente bereitstellen dürfen für Schwerkranke, nach vereinbarten Honorarsätzen, mit garantierter berufsrechtlicher Folgenlosigkeit, und damit auch geschützt vor Gewissenskonflikten, dann ist der Weg hin zur aktiven Sterbehilfe nicht mehr weit.

Es gibt leidvolle und auch schwer erträgliche Krankheits- und Sterbesituationen, unabhängig davon, wie die geltenden juristischen und berufsständischen Regeln aussehen. Aber bislang war klar:

Die soziale und ärztliche Sorge sollte auf Begleitung in diesen schweren Stunden ausgerichtet sein, nicht auf das Töten und auf die Beihilfe zum Suizid. Das muss so bleiben, damit auch schwerstkranke und sterbende Menschen einen Platz in dieser Gesellschaft haben.

OMEGA – Mit dem Sterben leben e.V.

Dickampstr. 12

45879 Gelsenkirchen

Telefon: 0209 – 91 328 – 22

info@omega-ev.de

[www.omega-ev.de](http://www.omega-ev.de)

BioSkop e.V.

Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften und ihrer Technologien

Bochumer Landstraße 144a

45276 Essen

Telefon: 0201 – 53 66 706

info@bioskop-forum.de

[www.bioskop-forum.de](http://www.bioskop-forum.de)