

Der assistierte Suizid - Gedanken eines alten Arztes

Was haben ein Arzt und ein Pfarrer gemeinsam?

Das Alpha und das Omega – sie werden oft mit dem Anfang des Lebens (Kreißsaal, Taufe) und dem Ende des Lebens (Sterbebegleitung, Beichte, Heilige Ölung etc.) konfrontiert. Es gibt – im wahrsten Wortsinn- nichts Existentielleres / Individuelleres für jeden Menschen!

Vor über 2000 Jahren (300 v. Chr.) wurde der *Eid des Hippokrates* auf der griechischen Insel Kos formuliert. Eine zentrale Aussage darin lautet: „*Ich werde niemandem -auch nicht auf seine Bitte- ein tödliches Gift verabreichen oder auch nur dazu raten.*“

Jahrhunderte lang haben sich weltweit Ärzte auf diesen Eid verpflichtet, oder verpflichtet *geföhlt*. Modernisiert – sicher auch durch die Erfahrungen und fürchterlichen Verbrechen im 2. Weltkrieg induziert – wurde der Hippokrates-Text 1948 im „*Genfer Gelöbnis*“ der WHO (Welt-Gesundheits-Organisation), und dann nochmals überarbeitet / aktualisiert 2017 in *Chicago*.

Sinngemäße Aussagen des *Weltärztebundes* von 2017 sind Folgende:

Gesundheit und Wohlergehen des Patienten bleibt oberstes Anliegen.

Der Arzt soll die *Autonomie* und *Würde* des Patienten respektieren und den höchsten *Respekt* vor dem menschlichen *Leben* wahren.

Der Arzt soll sich bei seinen Patienten weder durch „*Alter, Behinderung, Glauben, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung, soziale Stellung*“ etc. beeinflussen lassen. Das entspricht einer detaillierten Aufzählung möglicher Störfaktoren, die eine *vertrauensvolle* Patienten-Arzt-Beziehung fehllreiten oder gar unmöglich machen könnten. Interessant und m. E. durchaus realistisch / angemessen ist die ergänzende Neuaufnahme eines Passus, der wieder sinngemäß – lautet: Der Arzt achte bitte auch auf seine *eigene* Gesundheit, um seiner Verpflichtung zur korrekten Patientenversorgung nachkommen zu können!

Kein Medizinstudent beim Staatsexamen und kein angehender Arzt bei seiner Approbation / also der staatlichen Zulassung leistet heute einen *Eid*, – weder auf Hippokrates noch auf das *Genfer Gelöbnis*. In der Approbationsurkunde heißt es ganz lapidar: nun sei man zur *Ausübung des ärztlichen Berufes befähigt und bereit*. Ein deutlicher Unterschied zur *Ordination / Einsegnung* eines Pfarrers! Aber: Als mündliche Information bekommt man dann gesagt, ab jetzt habe man sich *pflichtgemäß* an die *Ärztliche Berufsordnung (ÄBO)* zu halten. Und die wird alle paar Jahre vom *Deutschen Ärztetag (DÄTg)* überarbeitet / ergänzt. Der DÄTg ist die Jahreshauptversammlung der *Bundesärztekammer*, bestehend aus 250 gewählten Delegierten aus den *Landesärztekammern*.

2021 – also ein Jahr *nach* dem überraschenden BVerfG-Urteil hat der 124. DÄTg in Berlin mit überwältigender Mehrheit die *ersatzlose Streichung* des 3. Satzes aus dem § 16 der ÄBO beschlossen. Dieser Satz lautete bis dahin: „*Es ist ihnen (den Ärzten) verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.*“ Interessanterweise war dieser Satz schon vor 2021 *nicht* in der Ärztlichen Berufsordnung von Baden-Württemberg enthalten! – Es gab unterschiedliche Texte in den jeweiligen Berufsordnungen unserer verschiedenen Bundesländer. Der DÄTg begründete seine quasi zwangsläufige Streichung des Verbotes der *ärztlichen Suizidhilfe* mit dem 2020 vorausgegangenen Urteil des BVerfG, das den § 217 StGB *abschaffte*, und dabei explizit kritisiert hatte, dass die meisten Berufsordnungen der Landesärztekammern diese *Suizidhilfe* bisher *untersagt* hätten! Weiterhin bezogen die Delegierten sich beim DÄTg auf den § 1901 BGB zur Regelung zur *Patientenverfügung*, sowie den § 216 StGB zur *Tötung auf Verlangen*. Der Präsident der

Bundesärztekammer (Klaus Reinhardt) stellte 2021 in Berlin aber gleichzeitig klar, dass die Ärzteschaft aber nicht bereit sei, *Suizidhilfe* zu einer *normalen ärztlichen Dienstleistung* zu machen! Es gebe schließlich nur wenige Fälle, in denen *sterbenskranken* Menschen nicht durch *palliativ-medizinische* Maßnahmen geholfen werden könne. Und so wurde es umgehend in den Medien kommuniziert, im Sinne von: „Ärzte immer noch keine Halbgötter in Weiß!“

Laut DÄTg gibt es also *keinen Anspruch* eines Suizidwilligen (ca. 10.000 / Jahr in Deutschland) auf ärztliche Beihilfe dazu! Stattdessen wurden die Politiker dringend gebeten, die *Suizid-Prävention* in Deutschland stärker auszubauen und zu verstetigen. Zudem müsse das psychosoziale Hilffsystem und das Gesundheitswesen personell und finanziell besser ausgestattet werden, damit allen Betroffenen ein niederschwelliges, zielgerichtetes, menschlich und fachlich kompetentes Hilfsangebot gemacht werden könne.

Zur Klarstellung für den medizinischen Bereich möchte ich noch einmal kurz auf die Ärztliche Berufsordnung (ÄBO) eingehen, so wie sie auch für Baden-Württemberg gilt. Noch *vor* der Präambel steht expressis verbis: „Für jeden Arzt *gilt folgendes Gelöbnis*: ... es folgt das *Genfer Gelöbnis* in der Fassung von 2017. Im § 1 der ÄBO heißt es dann: „*Aufgabe... ist es, das Leben zu erhalten die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten.*“ § 7 hebt ab auf die „*Wahrung der Menschenwürde, die Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechtes.*“ Und im § 16 ÄBO wird seit 2021 nun neu Stellung genommen: „*Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen.*“

2017 bereits hatte das Bundesverwaltungsgericht Leipzig sinngemäß geurteilt: Der Staat *muss* einem Suizidwilligen den Zugang zu einem entsprechenden tödlichen Betäubungsmittel „*in einem extremen Einzelfall (!) erlauben*“, das eine würdige und schmerzlose Selbsttötung ermöglicht. D.h. es gibt eine *Verpflichtung des Staates* zur Abgabe des Giftes! Aber: Sogleich hat der damalige Bundesgesundheitsminister Spahn / CDU dem ihm unterstehenden zuständigen Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) genau diese Herausgabe *untersagt*! Seine Begründung: „*Wir haben eine andere Rechtsauffassung als der Leipziger Senat.*“ Dahinter steht eine von vielen Politikern und einigen Ärzten geteilte Angst vor einem befürchteten *Dammbruch*. Das soziale Umfeld, die Angehörigen, die Pflegenden könnten den Suizid *erwarten*, quasi *einfordern*, im Sinne eines „*sozialverträglichen Ablebens*“.

Das deckt sich mit den persönlichen Erfahrungen meiner Frau während ihrer Arbeit im Altersheim: Nicht selten wünschten sich Alte oder Kranke eine Suizidbeihilfe oder *gar aktive (!) Sterbehilfe*, um „*der Familie oder dem Pflegepersonal nicht mehr zur Last zu fallen*“. Psychologisch in der aktuellen sozialpolitischen Situation in vielen Fällen m. E. durchaus nachvollziehbar.

Wie sieht das derzeitige ärztliche Vorgehen in praxi nun aus? Unsere *Palliativmedizin* hat in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht, Schmerzen zu nehmen, Leiden zu lindern, Depressionen aufzuheben. Die Zahl der *Palliativstationen* wächst, in denen sich sehr engagiertes, kompetentes Personal liebevoll um Sterbende und Angehörige kümmert. Alle größeren Kliniken haben *Ethikkommissionen* etabliert, in denen die Fragen von *Therapiebegrenzung* und *Sterbebegleitung* intensiv mit den Angehörigen diskutiert und entschieden werden. Bereits vor den gesetzlichen Änderungen 2021 existierte real eine Grauzone im ärztlichen Handeln: Neben der Duldung, dem Akzeptieren des Patientenwunsches zum *Sterbefasten* ist das *Ausschleichen / Beenden von lebensverlängernden Maßnahmen* (Verzicht auf Magen-Ernährungs sonden, Abdrehen von Infusionen, Reduzierung der Apparatedizin etc.) inzwischen weitgehender Standard; d.h. die *passive (!) Sterbehilfe* wird längst praktiziert! Im Einzelfall wenden einige Ärzte auch eine *finale Schmerz- und Sedierungstherapie* an, d.h. sie nehmen durch die Dosisanpassung das evtl. Ableben

des Patienten in Kauf. Ich glaube, die Juristen sprechen dabei vom *Dolus eventualis*. Unabhängig von der Gesetzeslage besteht m. W. dabei Konsens unter uns Ärzten, dass dabei die individuelle *eigenverantwortliche Gewissensentscheidung* jedes einzelnen Arztes respektiert wird. Aus den vergangenen Jahren kenne ich auch keinen Fall einer juristischen strafrechtlichen Verfolgung eines Kollegen, dessen finale Therapie bekannt geworden / zur Anzeige gebracht wurde („Wo kein Richter, da kein Henker“).

Statistisch betrachtet handelt es sich in Deutschland bisher um kleine Zahlen; von einem „Dammbruch“ kann man bis dato wirklich nicht sprechen. Derzeit sind in der Bundesrepublik nur zwei Vereine für die *Sterbehilfe* aktiv: 1. „Sterbehilfe e.V. Deutschland“ von Herrn Roger Kusch, ehemaliger Hamburger Senator / CDU mit ca. 600 zahlenden, pot. suizidwilligen Mitgliedern und 2. „Dignitas - Deutschland“ = ein Partner von „Dignitas – Schweiz“ mit ca. 3200 Mitgliedern. Geschätzt sind nur etwa 10 Ärzte, die mit „Dignitas-D“ kooperieren. Sie beschaffen das tödliche Gift (Natrium-Pentobarbital, ein starkes *Schlafmittel*) in *Infusionsform*. Ein Krankenpfleger legt die intravenöse Nadel und schließt die Infusion an. Aber letztlich muss dann der Suizidwillige *selbst* das Ventil / den Tropf öffnen! Dieses *Procedere* ist in der BRD 2020 etwa 10-mal geschehen. Die Dunkelziffer bleibt offen. Bisher reisen die meisten Suizidwilligen zur Vermeidung der deutschen Bürokratie lieber in die Schweiz.

Werfen wir ein paar Blicke über die Grenzen: In SPANIEN müssen folgende Bedingungen zur assistierten Sterbehilfe erfüllt sein: Volljährigkeit, schriftliche Begründung des Suizidwilligen, Wiederholung seiner Entscheidung nach 2 Wochen Bedenkzeit, 3 Gutachten von 2 Ärzten und einem Juristen. In OREGON / USA läuft seit 20 Jahren folgende Praxis (ohne steigende Tendenz!): Indikation: Nur bei *unheilbarer Erkrankung* und ärztlicher *Todesprognose von ½ Jahr*. Bedingung: 2 ärztliche Gutachten. Für mich erschreckend anders die Praxis seit 2002 in den NIEDERLANDEN: Hier hat sich die *aktive (!) Sterbehilfe* etabliert! 6 Kriterien müssen dort erfüllt sein: 1. Der Patient / die Person muss *reiflich überlegt* und sich *freiwillig entschieden* haben. (Minderjährige (!) brauchen die Zustimmung des Erziehungsberechtigten.) 2. Es gibt keine Aussicht auf Situationsverbesserung, oder das Leiden ist *unerträglich*. 3. Ärztliche Aufklärung über Situation und Prognose muss erfolgt sein. 4. *Alternativlose Entscheidung*. 5. Ein zusätzliches ärztliches Gutachten durch einen 2. Konsiliararzt. 6. Die aktive Sterbehilfe muss *fachgerecht* durchgeführt werden. Dazu sind *ambulante Euthanasieteams (!)* unterwegs und *Sterbekliniken* eingerichtet worden. Geschätzt sind 4% aller Sterbefälle in den NIEDERLANDEN auf diese Verfahren zurückzuführen. (Angeblich tragen deshalb manche Holländer eine „Credo-Card“ bei sich („Dr. , töte mich nicht!“) , um nicht versehentlich euthanasiert zu werden.).

Quo vadis assistierter Suizid? Vor Jahren habe ich sehr interessiert das Büchlein von Walter Jens und Hans Küng / Tübingen gelesen mit ihrem durchaus christlichen Disput und positiven Konsens zum wohlüberlegten, selbstbestimmten Suizid – auch mit ärztlicher Beihilfe. (Beide hat inzwischen das Schicksal / der liebe Gott einen anderen Weg geführt.) Vielleicht kennen Sie auch das Buch „Sich den Tod geben – Suizid als letzte Emanzipation“ von Jean-Pierre Wils?

Und damit komme ich abschließend zu einem der Knackpunkte unseres Themas: Die *Autonomie*, die *Selbstbestimmung*, auf die ja auch das BVG 2020 abgehoben hat. Der *freie Wille* – gibt es den überhaupt? Einige Hirnforscher bezweifeln das. Und wie selbstbestimmt ist ein Mensch, ein Minderjähriger, ein Depressiver, ein Dementer? Und wir Ärzte – bes. die Psychiater – kennen die *Ambivalenz* einer Patienten-Entscheidung, den gelegentlichen *Sinneswandel* (s. W. Jens) nach gewisser Zeit oder Therapieerfolgen.

Zweites Kernproblem: *Ökonomische Nützlichkeitsabwägungen* (Lebenswert? Last für andere!) oder *soziale Pressionen* können Suizidwillige beeinflussen. Nicht ganz überraschend haben 71% der Zuschauer beim Theaterstück „GOTT“ (inzwischen auch im TV) von Ferdinand von Schirach in Deutschland *für den assistierten*

Suizid plädiert. In unserer Ärzteschaft zeichnet sich eine Mehrheit *für die passive (!) Sterbehilfe* ab: Keine endlose, sinnlose Therapie-Fortsetzung bei eindeutig schlechter, fataler Prognose, sondern Akzeptanz des Sterbens und achtsame, empathische Begleitung! *Kein* Konsens besteht m. W. in puncto *assistierter Suizid*, - tendenziell wohl (noch?) mehrheitliche *Ablehnung*. Wohl wissend, dass, analog zum Schwangerschaftsabbruch- juristisch oder dienstrechtlich kein Arzt zum Mitten *gezwungen* werden kann, sondern bei uns die *Gewissensfreiheit* gilt.

Persönliche Schlussbemerkung: Ich selber tendiere zur Küng-These: Wenn Gott uns das Leben geschenkt hat, gab er uns damit nicht auch die Entscheidungsfreiheit an dessen Ende?

Dr.med. Matthias Zedelius, Karlsruhe