

# Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Mediziner (ACM) zur gesetzlichen Regelung des assistierten Suizides

## Die Ausgangssituation

- Trotz aller Fortschritte der Palliativmedizin und größter Bemühungen um eine bestmögliche Versorgung wird es immer Menschen geben, deren letzte Lebensphase nicht ohne Leid verläuft. Angesichts solcher Schicksale kann der Wunsch nach aktiver Lebensbeendigung im Einzelfall verständlich und nachvollziehbar sein. Menschliche und emotionale Betroffenheit zuzulassen, ist wichtig. Dennoch müssen wir uns vor der suggestiven Kraft von Einzelfällen hüten: Extremsituationen dürfen nicht zur Grundlage einer allgemeinen Regelung werden! Bei dem anstehenden Gesetzesvorhaben geht es nicht darum, ob ein bestimmtes Handeln im Einzelfall nachvollziehbar ist, sondern ob dieses Handeln dem Wohl des Einzelnen und der Gesellschaft dient und somit zur gesellschaftlichen Norm erhoben werden darf.<sup>(1)</sup>
- Umfrageergebnisse, die eine gesellschaftliche Akzeptanz des Suizides oder der Suizidbeihilfe belegen sollen, sind mit Vorsicht zu werten. Sie gehen i.d.R. von der Perspektive des gesunden Menschen aus und hängen stark von der Fragestellung ab.<sup>(2)</sup> Ein Gesunder, der vor dem Verlust von Gesundheit, Freiheit und Kompetenz steht, mag leicht den (assistierten) Suizid als akzeptable Lösung ansehen. Dies stellt sich aus der Sicht Betroffener meist grundlegend anders dar.<sup>(3)</sup>

## Gründe für den Wunsch nach Lebensbeendigung

- Die Erfahrungen aus der Hospiz- und Palliativarbeit zeigen, dass die Aussage „Ich will nicht mehr leben“ in der Regel bedeutet: „Ich will so nicht mehr leben.“ Dabei sind für den Wunsch nach Lebensbeendigung in allererster Linie psychosoziale (und nicht medizinische!) Gründe ausschlaggebend.<sup>(4)</sup> Die Zusicherung der Unterstützung und Begleitung in dieser schweren Zeit führt in aller Regel zu einer Annahme und positiven Ausgestaltung auch der schweren letzten Lebensphase. Der Suizid geschieht dort, wo Menschen fehlen!<sup>(5)</sup> Mehr (mit)menschliche Präsenz und eine bessere Palliativ- und Hospizversorgung könnten hier Abhilfe bewirken. In Extremfällen von körperlichem Leid und Schmerz besteht zudem die Möglichkeit der palliativen Sedierung, um krisenhafte Phasen zu überbrücken.<sup>(6)</sup>

## Juristische Konsequenzen einer liberalen Gesetzgebung zur Suizidbeihilfe

- Gesetze bilden Überzeugungen, prägen gesellschaftliche Grundhaltungen, bestimmen das Rechtsgefühl.<sup>(7)</sup> Eine liberale Regelung der Suizidbeihilfe wird den Suizid als gleichwertige „Therapie-Option“ bei schwierigen gesundheitlichen (und künftig auch seelischen, sozialen u.a.) Belastungen im Bewusstsein der Menschen verankern und so den Lebensschutz aufweichen. Somit kommt dem Gesetzesvorhaben eine verfassungsrechtliche Dimension zu, da es Wert und Schutz des Lebens in unserer Gesellschaft unmittelbar berührt.
- Im assistierten Suizid ist die aktive Sterbehilfe unweigerlich angelegt. Das ergibt sich aus der Logik des Geschehens. Der Suizidhelfer besorgt dem Suizidenten das tödliche Mittel, ohne das er sich selbst nicht töten könnte. Was aber, wenn der Suizident dies Mittel aus eigener Kraft (z.B. im Falle einer Lähmung) nicht einsetzen kann? Ist er dann zum Weiterleben „verdammte“? Oder wenn ein Suizidversuch misslingt: Wer soll sich dann mit welchem Ziel um den Betroffenen kümmern? (Ist er ein Fall für die Intensivmedizin oder für eine tödliche Injektion?) Wer dem Arzt erlaubt, Assistent bei der Selbsttötung zu sein, muss die Frage beantworten, warum er ihm die aktive Tötung untersagt.
- Diese innere Dynamik erklärt, warum in keinem Land die Freigabe der Suizidbeihilfe oder der aktiven Sterbehilfe die Grenzen der ursprünglichen Indikation und Intention einzuhalten vermochte. Die Zahlen aus unseren Nachbarländern belegen dies eindrucksvoll.<sup>(8)</sup>
- Den rechtlich umfassendsten Lebensschutz sowie die größte Garantie gegen eine leichtfertige Suizidassistenz böte ein strafrechtliches Verbot der Suizidassistenz. Wer sich dann in der Begegnung mit einem anderen Menschen dennoch dafür entscheidet, diesen bei der Selbsttötung zu unterstützen, mag für seine altruistische Motivation bewusst den Preis strafrechtlicher Verfolgung zahlen. Das Strafverfahren bietet im Einzelfall Möglichkeiten, die Haltung des Täters anerkennend und also in der Sanktion mildernd zu berücksichtigen.

### Gesellschaftliche Konsequenzen einer liberalen Gesetzgebung zur Suizidbeihilfe

- o Belastete bzw. für ihre Umgebung belastende Menschen gerieten durch eine liberale Regelung der Suizidbeihilfe zunehmend unter Druck, auf diese Weise aus dem Leben zu scheiden - ob sie sich nun Dritten verpflichtet fühlen oder von diesen sogar offen angesprochen werden. Wo gute Gründe die (Selbst-)Tötung erlauben, wird man bald bessere Gründe brauchen, um ein Weiterleben zu rechtfertigen! Der Suizid hat immer eine Sogwirkung („Werther-Effekt“). Im US-Bundesstaat Oregon hat sich seit der gesetzlichen Einführung des ärztlich assistierten Suizides 1998 die Zahl der Selbsttötungen unter diesem Gesetz bis 2012 mehr als vervierfacht.<sup>(4)</sup>
- o Als besonders vulnerable Gruppe sind in dem Zusammenhang ältere Menschen anzusehen, da gerade bei diesen gesundheitliche, psychosoziale und wirtschaftliche Belastungen vermehrt auftreten.<sup>(9)</sup> Von einer liberalen Regelung hin zu missbräuchlicher „Selbstentsorgung“ älterer Menschen wäre es nur ein kleiner Schritt. Der Gedanke, z.B. nahestehende oder pflegende Personen von einer Strafbarkeit bei Suizidbeihilfe auszunehmen, stellt dabei keinen Schutz vor solch einem Druck dar. Nahestehende leiden oft besonders unter der Erkrankung oder Not eines Menschen, tragen zum Teil die Hauptlast der zeitlichen, kräftemäßigen, emotionalen und wirtschaftlichen Anforderungen. Zugleich aber wissen diese Nahestehenden am besten, wie solch ein Mensch zu einem Suizidwunsch hin manipuliert werden kann.

### Problematische Aspekte der gegenwärtigen Debatte

- o Die aktuelle Debatte um die Suizidbeihilfe weist einen manipulativen Sprachgebrauch auf. Wenn der (assistierte) Suizid mit einem „Sterben in Würde“ assoziiert wird, suggeriert dies, dass diejenigen, die davon keinen Gebrauch machen, nicht in Würde sterben. Wer aber definiert diese Würde? Wird sie nicht oft gleichgesetzt mit intakten körperlichen und geistigen Funktionen – und „unwürdiges“ Sterben mit der Abhängigkeit von anderen und der Unfähigkeit zur Kontrolle dieser Funktionen (z.B. Inkontinenz, Verwirrtheit, Demenz etc.)? Ein Mensch kann sehr wohl sich unwürdig *verhalten* oder unwürdig *behandelt* werden. Den *Zustand* kranker, behinderter, hilfsbedürftiger Menschen als „unwürdig“ zu bezeichnen, kommt aber einer Entwertung dieser Menschen gleich.
- o Ähnliches gilt für die Rede vom „selbstbestimmten Sterben“ als Maßstab des guten und richtigen Todes(zeitpunktes). Hier wird eine besondere und dem Menschen in einem gewissen Zeitraum des Lebens zukommende Eigenschaft, nämlich die Fähigkeit zur Entscheidung und eigenen Gestaltung des Lebens, zu einem Letztwert überhöht. Dabei ist schon natürlicherweise in vielen Phasen des Lebens die Fähigkeit zur Selbstbestimmung nicht gegeben, und dennoch sind z.B. Geborenwerden, Kleinkindalter und Schlaf höchst wertvolle Phasen für unser Menschsein und unsere Persönlichkeit. Rechtlich und ethisch stellt die Selbstbestimmung primär ein Abwehrrecht gegen den unbefugten Eingriff anderer in das eigene Leben dar. Dieses darf nicht dahingehend verkehrt werden, dass der Einzelne über sich selbst ohne Rücksicht auf die Umgebung verfügen kann. Die Autonomie des Einzelnen stellt ihn nicht außerhalb der Gesellschaft – zu sehr sind wir (selbst in unserer zunehmend individualistischen Gesellschaft) miteinander vernetzt, als dass unser Tun und Lassen ohne Folgen für andere bliebe. Wir sind einander zugeordnet, auch im Leid!<sup>(10)</sup>

### Schlussfolgerung

- o Es gibt kein Leben ohne Spannung, ohne den Gegensatz von Wunsch und Wirklichkeit. Die Situation schwersten Leides stellt den Einzelnen und seine Umwelt vor größte Herausforderungen. Die Antwort hierauf kann nicht darin liegen, das Leben des Leidenden zu beenden. Es gilt, den Lebensschutz zu maximieren - durch intensive praktische Hilfe und restriktive Gesetze. **Es ist Aufgabe des Gesetzgebers, die Schwachen in der Gesellschaft zu schützen und zu stützen. Dabei gilt es, Leid zu mindern, ohne den Leidenden zu beseitigen!**

13. Oktober 2014

Arbeitsgemeinschaft Christlicher Mediziner (ACM)

gezeichnet: Prof. Dr. med. Inge Scharrer, Ehrenpräsidentin

Dr. med. Eckhard Piegsa, Vorsitzender

Dr. med. Nadine Sprodowski, ACM-Referentin

Dr. med. Sabine Pilatz, Mitglied des Ethikausschusses

## Anmerkungen

- (1) Aktuelle Zahlen gehen in Deutschland von jährlich ca. 200-300 assistierten Suiziden aus. Bei ca. 10000 Suiziden pro Jahr sind dies 2-3 %. Diese Einzelschicksale sind bedeutsam. Dennoch ist zu fragen, ob dies die Umkehrung des bislang geltenden Grundsatzes rechtfertigt, dass der Suizid primär Ausdruck einer Not und damit möglichst zu verhindern ist.
- (2) Eine im Auftrag der DAK im Januar 2014 durchgeführte repräsentative forsa-Umfrage zur Sterbehilfe ergab, dass sich fast 60 % der Befragten mit Blick auf Sterbehilfe nicht ausreichend informiert fühlen, zugleich aber 70 % der Befragten „im Falle schwerster Krankheit die Möglichkeit haben [möchten], auf aktive Sterbehilfe, also beispielsweise ärztliche Hilfe bei der Selbsttötung, zurückzugreifen.“ Dies Beispiel zeigt einerseits die Tragik der Begriffsverwirrung („aktive Sterbehilfe“ versus „ärztliche Hilfe bei der Selbsttötung“ sind grundlegend zu unterscheiden); und zudem das Problem, sich aus einem diffusen Angstgefühl heraus etwas zu wünschen, von dem man eigentlich nicht weiß, worum es sich handelt – bzw. ob es nicht sinnvolle Alternativen gäbe. [[http://www.dak.de/dak/download/Forsa-Umfrage\\_zur\\_Sterbehilfe-1358250.pdf?](http://www.dak.de/dak/download/Forsa-Umfrage_zur_Sterbehilfe-1358250.pdf?)]
- (3) Besonders deutlich ist dies am Beispiel der Demenz, eines Zustandes, den kein Gesunder sich vorstellen mag, geschweige denn wünscht. Demente lassen nach außen hin i.d.R. keinen gesteigerten Todeswunsch erkennen. (Ihre „Binnenperspektive“ entzieht sich ohnehin dem Betrachter.) Sehr eindrucksvoll ist in diesem Zusammenhang der Fall des Rhetorikprofessors Walter Jens. [<http://www.spiegel.de/panorama/leute/walter-jens-wird-90-jahre-alt-a-886481.html>]
- (4) Die offizielle Statistik der im US-Bundesstaat Oregon unter dem „Death With Dignity Act“ verübten assistierten Suizide führt als Gründe Verlust der Autonomie (91.3 %), verminderte Fähigkeit zur Teilhabe an Aktivitäten, die der Lebensfreude dienen (88.9 %), Verlust der Würde (81.9 %) und das Gefühl, der Umgebung zur Last zu fallen (39 %) an. (Angst vor!) Schmerzen (22.6 %) und Verlust körperlicher Funktionen (53.7 %) werden deutlich seltener genannt. Dabei stieg die Zahl der unter dem Gesetz gelisteten Suizide von 16 im Jahr 1998 auf 85 in 2012. [<http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Pages/ar-index.aspx>]
- (5) In diesem Zusammenhang sei verwiesen auf die am 26.08.2014 verfasste „Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zur aktuellen Sterbehilfe-Diskussion“ [[http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/20140826\\_DGP\\_Stellungnahme\\_%C3%84rztlich\\_ass\\_Suizid.pdf](http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/20140826_DGP_Stellungnahme_%C3%84rztlich_ass_Suizid.pdf)]
- (6) Zur Erläuterung der palliativen Sedierung: [<http://www.aerzteblatt.de/archiv/161894/Palliative-Sedierung-Mit-grosser-Sorgfalt-und-klinischer-Erfahrung>]
- (7) So hat z.B. das in vielen öffentlichen Gebäuden und Gaststätten geltende Rauchverbot in Deutschland zu einer Verhaltensänderung geführt.
- (8) Sowohl in Belgien als auch in den Niederlanden steigt die Rate der Todesfälle durch aktive Lebensbeendigung stetig an. Dabei versagen selbst eng gefasste Vorgaben und Regelungen, die vom Staat bei der Legalisierung von assistiertem Suizid oder aktiver Sterbehilfe vorgegeben wurden. Die geforderte Dokumentation erfolgt in 20-50% der Fälle nicht, in nahezu 50% der Fälle in Belgien erfolgte keine nachweisliche Einwilligung des Patienten. [Zahlreiche Quellenangaben stehen auf Anfrage zur Verfügung]
- (9) Von den in Deutschland nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2012 offiziell registrierten 9890 Suiziden entfielen mehr als 35 % auf die Altersgruppe der über 65-Jährigen, die ihrerseits aber nur ca. 15 % der Bevölkerung ausmacht. [[http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc\\_show\\_pdf?p\\_id=16260&p\\_sprache=d&p\\_uid=gasts&p\\_aid=0&p\\_lfd\\_nr=1#search=%22Suizid%22](http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=16260&p_sprache=d&p_uid=gasts&p_aid=0&p_lfd_nr=1#search=%22Suizid%22)]
- (10) Bei jedem Suizid oder Suizidversuch sind nach Analysen der WHO im Schnitt sieben andere Menschen massiv in Mitleidenschaft gezogen. [[http://bild-der-wissenschaft.de/bdw/bdwlive/heftarchiv/index2.php?object\\_id=31093144](http://bild-der-wissenschaft.de/bdw/bdwlive/heftarchiv/index2.php?object_id=31093144)]