

Ärztlich assistierter Suizid

## Keiner stirbt für sich allein

03.08.2010, 09:08

Ein Gastbeitrag von Gian Domenico Borasio

**Immer noch gilt der assistierte Suizid als unvereinbar mit dem ärztlichen Ethos. Aber wird ein Ausbau der Palliativmedizin ausreichen, um bei Schwerstkranken alle Wünsche nach Lebensverkürzung aus der Welt zu schaffen?**

Der junge Patient auf der Palliativstation litt an stärksten Schmerzen aufgrund seines unheilbaren Tumors. Die Schmerzen konnten innerhalb einer Woche gut gelindert werden. Der Patient war sehr zufrieden, bedankte sich bei allen, ging nach Hause und nahm sich das Leben. Das Palliativteam war zutiefst betroffen: "Wieso hat er mit uns nicht geredet?" Die Schwester des Patienten, der er sein Suizidvorhaben mitteilte, stellte ihm die gleiche Frage: "Weshalb hast du nicht mit den Ärzten gesprochen?" Die erschütternde Antwort: "Um Gottes willen. Die Ärzte sind so gut zu mir gewesen, ich konnte sie doch unmöglich in Schwierigkeiten bringen."

Ein paradigmatischer Fall für die aktuelle Diskussion. Laut einer kürzlich veröffentlichten Allensbach-Umfrage spricht sich ein Drittel der befragten Mediziner für den ärztlich assistierten Suizid aus. Dieser wird aber von der Bundesärztekammer bislang unverändert als "mit dem ärztlichen Ethos unvereinbar" bezeichnet. Das bedeutet, dass Ärzte, die einem Patienten bei der Selbsttötung helfen, den Entzug ihrer Approbation riskieren. Angesichts der Umfrageergebnisse hat allerdings der Präsident der Bundesärztekammer diese Gefahr relativiert, und in der Tat hat bisher kein einziger Arzt in Deutschland aus diesem Grund die Berufserlaubnis verloren. Doch die Frage bleibt: Brauchen wir eine Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids?

Die Gesamtzahl der Suizide ist in Deutschland seit den achtziger Jahren ständig gesunken und liegt nun unter 10000 pro Jahr. Aber es sind immer noch etwa dreizehn von 1000 Todesfällen, und damit mehr als die Verkehrstoten, die Aids-Toten, die Drogentoten und die Opfer von Gewaltverbrechen zusammengezählt. Die allermeisten Suizide finden bei physisch gesunden, aber depressiven Menschen statt. Hier geht man grundsätzlich von einer krankhaften seelischen Verfassung aus, die eine Freiverantwortlichkeit ausschließt und die ärztliche Pflicht zur

Lebensrettung begründet.

Die Diskussion über den assistierten Suizid konzentriert sich auf eine andere Patientengruppe, nämlich die unheilbar Kranken. Einzelfälle mit teilweise grausamen Krankheitsverläufen wurden wiederholt in der Presse geschildert, und zum Teil berichterstattend bis zum assistierten Suizid in der Schweiz begleitet, um anschließend die - durchaus nicht unberechtigte - Frage zu stellen: Warum darf es so etwas bei uns nicht geben? Auf der anderen Seite stehen mehrere Gesetzesinitiativen zum Verbot der gewerbsmäßigen Suizidbeihilfe und die Warnung vor dem "ethischen Dambruch", die angesichts steigender Rationalisierungstendenzen im Gesundheitswesen ebenfalls sehr ernst zu nehmen ist.

Wie sieht die derzeitige Situation aus? In Deutschland ist die Beihilfe zum freiverantwortlichen Suizid - im Gegensatz etwa zu Großbritannien oder Italien - nicht strafbar. Dennoch droht den Ärzten in solchen Fällen Ungemach, denn die Rechtsprechung geht von der sogenannten Garantenstellung des Arztes aus, die ihm eine besondere Verantwortung für das Leben seiner Patienten zuweist. Die Folgen sind paradox: Auch bei einem Suizid, den der Arzt für freiverantwortlich erachtet, muss er lebensrettende Maßnahmen einleiten, sobald der Patient das Bewusstsein verliert. Sonst droht ihm eine Anklage wegen Totschlags durch Unterlassen. Das führt dazu, dass Ärzte und Angehörige, für die ebenfalls die Garantenregelung gilt, den Suizidenten im Augenblick des Todes alleine lassen müssen, wenn sie sich nicht strafbar machen wollen.

Das andere Extrem stellt die traurige Geschichte eines Hirntumor-Patienten dar, der zwar durch seine Erkrankung schon weitgehend gelähmt war, aber geistig noch so fit, dass er seinem Arzt gegenüber den Wunsch nach Lebensverkürzung äußern konnte. Das hätte er lieber nicht getan, denn der Arzt wies ihn umgehend wegen Selbstgefährdung gegen seinen Willen in die Psychiatrie ein, wo der schwerstkranke Mann dann die letzten zwei Wochen seines Lebens auf der geschlossenen Station verbringen musste, ehe er dort starb.

### **Bessere Lösung als U-Bahn oder Strick**

Die geschilderten Beispiele zeigen, welche verheerenden Folgen das Rechtskonstrukt der Garantenstellung hat. Es führt dazu, dass Patienten, die eigentlich gerne mit ihren Ärzten über ihren Suizidwunsch sprechen möchten, und denen vielleicht geholfen werden könnte, dies nicht tun - entweder aus Angst, psychiatrisiert und zwangseingeliefert zu

werden, oder paradoxerweise aus dem altruistischen Wunsch heraus, die Ärzte zu schützen. Dies ist durchaus plausibel, denn eine Studie des Palliativzentrums der Universität München hat ergeben, dass die Wertvorstellungen von Schwerstkranken sich zum Altruismus hin verändern. Und es fällt in der Tat schwer, etwas ethisch Verwerfliches darin zu sehen, wenn Sterbende den Menschen, die ihnen nahestehen, nicht zur Last fallen wollen.

Dass die ärztliche Garantenstellung beim Suizid in ihrer absoluten Form nicht einmal mehr in bioethisch konservativen Kreisen Zustimmung findet, zeigt folgendes Zitat aus einem gemeinsamen Hirten Schreiben der katholischen Bischöfe von Freiburg, Strasbourg und Basel: "Es mag schwerste Krankheitsverläufe und Leidenszustände geben, angesichts derer ein Arzt nach sorgfältiger Gewissensprüfung zu dem Urteil kommt, dass er einem Suizidversuch seines Patienten nicht im Weg stehen sollte." Der Arzt darf also beim Suizid wegschauen. Aber soll er auch helfen dürfen?

Im US-Bundesstaat Oregon ist der ärztlich assistierte Suizid seit 1998 gesetzlich erlaubt, Ärzte dürfen eine tödliche Medikamentendosis rezeptieren. Bemerkenswert dabei: Etwa ein Drittel der Patienten lässt sich zwar das Rezept geben, führt aber den Suizid dann nicht durch. Es geht also vielen Menschen mehr um das Gefühl der eigenen Kontrolle. Nur ein Promille der Menschen sterben in Oregon durch ärztlich assistierten Suizid, was sicher auch an der hervorragenden palliativmedizinischen Versorgung liegt. Aber auch ein Promille der Sterbenden wären in Deutschland mehr als 800 Menschen pro Jahr.

Gegen die ärztliche Hilfe bei der Selbsttötung wird angeführt, dass sie das Arzt-Patienten-Verhältnis negativ verändern würde, weil man die Suizidassistenz dann quasi als ärztliche Leistung einfordern könnte. Das ist durchaus denkbar, aber nicht bewiesen. Schwerer wiegt ein anderes Argument: Es ist heute in Deutschland für Ärzte aufwendiger, zeitraubender und auch teurer, einen Patienten am Lebensende adäquat palliativmedizinisch zu betreuen (einschließlich Hausbesuchen, Gesprächen mit Angehörigen usw.), als ihm ein Rezept für eine tödliche Medikamentendosis auszuhändigen. Diese Interessenskollision ist unbedingt zu vermeiden, am besten durch eine flächendeckende Palliativversorgung, die zwar 2007 gesetzlich beschlossen wurde, deren Umsetzung aber immer noch quälend langsam stattfindet.

Wird ein Ausbau der Palliativmedizin ausreichen, um alle Wünsche nach Lebensverkürzung aus der Welt zu schaffen? Immerhin sprechen sich Palliativmediziner häufiger gegen den assistierten Suizid aus als andere

Ärzte, und Politiker wie Berufsethiker kontern die Diskussion um liberalere Suizidregeln reflexhaft mit einem Appell für den Ausbau der Palliativmedizin. Das klingt zwar gut, doch die wissenschaftlichen Daten und die klinische Erfahrung zeigen eindeutig: Auch bei optimaler Palliativbetreuung gibt es Menschen, die am Lebensende aus durchaus nachvollziehbaren Gründen ihren Todeszeitpunkt selbst bestimmen möchten. Dass sich diese Menschen dann bessere Alternativen wünschen als U-Bahn oder Strick, ist verständlich. Bei Hochbetagten ist der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit eine häufige Suizidmethode mit einer hohen Dunkelziffer. Nach amerikanischen Studien ist der Sterbeverlauf dabei sehr friedlich. Der Sterbeprozess dauert allerdings zehn bis vierzehn Tage und kann für die Angehörigen ziemlich belastend sein (gewaltsame Suizidformen sind es natürlich noch viel mehr). Was dann?

Einfache Lösungen gibt es nicht. Die aktive Sterbehilfe, wie sie in den Niederlanden und Belgien praktiziert wird, lässt sich aufgrund der vorhandenen Daten relativ einfach ablehnen, der assistierte Suizid nicht. Hier muss die Diskussion weiter geführt werden. Dabei ist es vielleicht hilfreich, sich die Dimension des Problems vor Augen zu führen. Jedem Schwerstkranken, der einen freiverantwortlichen Suizid durchführen möchte (und der, wenn man ihm keine adäquate Assistenz anbietet, tatsächlich darunter leiden wird) stehen 999 andere Sterbende gegenüber. Zwölf von ihnen werden ebenfalls an Suizid sterben, allerdings aufgrund einer potentiell behandelbaren psychiatrischen Erkrankung. Für die anderen 987 ist Suizid keine Option, sie wünschen sich lediglich eine gute medizinische und menschliche Sterbebegleitung.

Es ist richtig, dass wir uns um den einen Schwerstkranken kümmern sollten, denn jedes Schicksal ist wichtig. Aber wenn wir hier nach einer Lösung suchen, dann sollten wir uns auch überlegen, welche Folgen diese Lösung für die zwölf psychisch kranken Suizidenten hat, für die 987 Sterbenden und für die ganze Gesellschaft. Wir sollten dann auch zugeben, dass wir konsequenterweise mindestens zwölfmal so viel Energie für die Prävention nicht-freiverantwortlicher Suizide aufwenden sollten, und entsprechend 999 mal mehr Zeit, Energie und Ressourcen für die flächendeckende palliativmedizinische und hospizliche Versorgung am Lebensende. Dann hätten wir eine andere Gesellschaft und damit wahrscheinlich auch eine einfachere Diskussion.

*Der Autor ist Inhaber des Lehrstuhls für Palliativmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München.*

URL: <http://sueddeutsche.de/leben/aerztlich-assistierter-suizid-keiner-stirbt-fuer-sich-allein->

[1.983096](#)

**Copyright:** sueddeutsche.de GmbH / Süddeutsche Zeitung GmbH  
**Quelle:** (SZ vom 03.08.2010/seng)