DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR PALLIATIVMEDIZIN

Ärztlich assistierter Suizid: Wenn die Ausnahme zur Regel wird

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zur aktuellen Sterbehilfe-Diskussion

In der aktuellen Diskussion zum ärztlich assistierten Suizid wird von vielen Seiten gefordert, dass es Ärzten unter bestimmten, klar geregelten Bedingungen erlaubt sein soll, schwerkranken Patienten beim Suizid zu helfen, zum Beispiel durch Verordnung eines tödlichen Medikaments.

Dabei werden immer wieder einzelne Situationen beschrieben, für die leicht nachvollzogen werden kann, warum ein Mensch nur noch den assistierten Suizid als Ausweg aus seinem Leid sieht. Es sind jedoch wenige Ausnahmen, in denen die Situation so klar ist, und wenn ein Gesetzentwurf diese Ausnahmen zu einer Regel formuliert, besteht die Gefahr einer Ausweitung und eines „Dammbruchs“.

Dies bestätigen die Erfahrungen aus den Niederlanden und Belgien. In beiden Ländern sind Tötung auf Verlangen ("aktive Sterbehilfe") und ärztlich assistierter Suizid nicht strafbar, wenn strenge Sicherheitskriterien befolgt werden. In beiden Ländern werden diese Möglichkeiten häufig genutzt, in Belgien ist die Zahl der Tötung auf Verlangen in den letzten 10 Jahren von 235 auf 1432 angestiegen (1,35% aller Todesfälle), in den Niederlanden starben 2010 circa 4000 Menschen durch Tötung auf Verlangen (2,8% aller Todesfälle). Vor allem aber gibt es eine Ausweitung der Indikationen, so können in den Niederlanden mittlerweile auch Patienten mit Depression oder Demenz die Tötung auf Verlangen einfordern. In Belgien wurden in den letzten 10 Jahren insgesamt 25 Erweiterungen des Gesetzes beschlossen, darunter in diesem Jahr die Möglichkeit, dass auch Kinder und Jugendliche Tötung auf Verlangen oder ärztlich assistierten Suizid erhalten können.

In der Schweiz und im US-Bundesstaat Oregon können Ärzte schwerkranken Patienten ein Medikament zum Suizid verordnen. In Oregon hat die Zahl der Patienten von 16 in 1998 auf 75 in 2013 zugenommen (0,22% aller Todesfälle in Oregon). Auch in der Schweiz ist die Zahl der Menschen, die über eine der Sterbehilfeorganisationen Suizid begehen, in den letzten 10 Jahren kontinuierlich angestiegen.

Demgegenüber werden andere Optionen für die Begleitung am Lebensende nicht ausgereizt. Die Erfahrungen der wissenschaftlichen Fachgesellschaft DGP zeigen, dass eine adäquate ambulante und stationäre Hospiz- und Palliativversorgung den Wunsch nach der Beihilfe zum Suizid in den allermeisten Fällen ausräumen kann. Dennoch hatten zum Beispiel in Belgien nur 40% der Patienten, die durch Tötung auf Verlangen starben, vorher Kontakt zu einem Palliativmediziner. In Deutschland ist die ambulante und stationäre Palliativversorgung in den letzten Jahren ausgebaut worden, aber bei weitem noch nicht flächendeckend.

Der Angst insbesondere schwerkranker und/oder älterer Menschen vor einem unwürdigen und leidvollen Sterben in Pflegeheimen, in Krankenhäusern oder auch zuhause muss deshalb dringend mit einem flächendeckenden Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung begegnet werden. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) fordert dazu vor allem die Etablierung eines verantwortlichen Palliativbeauftragten in jedem Krankenhaus und in jeder Pflegeeinrichtung sowie den Zugang zur Palliativversorgung über alle Lebensalter und alle lebensbedrohlichen Erkrankungen einschließlich der Demenz.

Die DGP geht davon aus, dass viele Menschen, die sich für die Beihilfe zum Suizid aussprechen, damit ihrer Furcht Ausdruck verleihen, am Ende ihres Lebens die Kontrolle zu verlieren, und nicht mehr freiverantwortlich über das Unterlassen, Begrenzen oder Abbrechen lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen wie künstliche Ernährung, Flüssigkeitszufuhr, Medikamentengabe, Beatmung, Intubation, Dialyse oder Reanimation entscheiden zu können.

In diesem Zusammenhang ist es überaus wichtig, Patienten und Angehörige darüber aufzuklären, dass nach aktueller Rechtslage kein medizinischer Eingriff und auch keine lebensverlängernde Maßnahme gegen den Willen eines Patienten erfolgen darf. Als Instrumente für den Erhalt von Kontrolle und Selbstbestimmung bis an das Lebensende können neben frühzeitigen Gesprächen auch Patientenverfügung und Vorsorgeplanung (Advance Care Planing) genutzt werden.

Sicherlich kann trotz einer optimalen Palliativversorgung der Wunsch eines Patienten nach einem baldigen Sterben entstehen. Auch auf einer Palliativstation fragen Patienten mitunter nach einem möglichst schnellen Sterben oder nach assistiertem Suizid. Die Erfahrung aus der Palliativversorgung zeigt aber auch, dass diese Wünsche oft nicht anhalten oder sehr ambivalent sind. Vor allem zeigt die Erfahrung auch, dass diese Wünsche nicht immer als Handlungsaufforderung zu verstehen sind.

Bei vielen Patienten ist der Ruf nach Hilfe zum Suizid vor allem ein Hilferuf, der dringende Wunsch, über Leiden und Qual zu sprechen. Oft geht es gar nicht um die jetzt erlebten Beschwerden, sondern um die Angst vor dem, was noch auf die Patienten zukommt. Dabei bestehen oft falsche oder übertriebene Schreckensbilder zu der befürchteten Zukunft. Hier hilft Aufklärung über den Krankheitsverlauf und die Möglichkeiten der Palliativversorgung, wenn zum Beispiel durch die Linderung von Luftnot ein qualvolles Ersticken vermieden werden kann. Hinter dem Sterbewunsch kann somit durchaus ein Lebenswunsch stehen - nämlich leben zu wollen, „aber nicht so“.

Als häufigste Motivation wird von Patienten mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid geschildert, dass sie den Angehörigen nicht zur Last fallen wollen. Das sollte aber für die soziale Gemeinschaft in Deutschland kein Grund für die Beschleunigung des Lebensendes sein, sondern eher dazu führen, dass zum Beispiel durch den Ausbau der Palliativversorgung eine Entlastung für schwerkranke und sterbende Patienten und ihre Angehörigen geschaffen wird.

Die wesentliche Botschaft der Palliativmedizin lautet: Das Team aus Ärzten, Pflegenden und weiteren Berufsgruppen lässt den Patienten und seine Angehörigen im Leben und im Sterben nicht allein, gewährleistet die bestmögliche Linderung von Symptomen und Nöten und hält gemeinsam mit ihm und der Familie auch kritische Phasen der Erkrankung aus, in denen Lebenswille und Todessehnsucht zeitweilig durchaus nebeneinander bestehen können. Die Palliativmedizin geht respektvoll mit Suizidwünschen in verzweifelt scheinenden Situationen um, ohne diese zu verurteilen. Sie stellt ihr Angebot zum Umgang mit Leid am Lebensende zur Verfügung. Es gehört jedoch nicht zu ihrem Grundverständnis, Beihilfe zum Suizid zu leisten.

Wie will unsere Gesellschaft mit dem Lebensende umgehen? Dies wird sich auch in der jetzt stattfindenden Diskussion um den ärztlich assistierten Suizid abbilden. Berichte aus Belgien weisen darauf hin, dass die Angehörigen von schwerkranken Patienten das Sterben zunehmend als würdelos, nutzlos und sinnlos empfinden, selbst wenn das Sterben friedlich, ohne Beschwerden und mit professioneller Unterstützung stattfinden kann.

Ziel muss es jetzt sein, einen gesellschaftlichen Diskurs anzustoßen, wie gerade die Schwächsten unserer Gesellschaft so umsorgt werden können, dass nur noch sehr wenige von ihnen ihrem Leben ein Ende setzen möchten. Es kann nicht darum gehen, wie möglichst vielen Menschen die Umsetzung ihres höchst unterschiedlich begründeten Wunsches nach einem selbstbestimmten Ende ihres Lebens erleichtert werden kann.

Zur Klärung der Rechtslage und der palliativmedizinischen Optionen trägt eine Broschüre vom Januar 2014 bei: „Ärztlich assistierter Suizid - Reflexionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin“