

Die Perspektive der Betroffenen berücksichtigen!

Vorbemerkung:

Die gegenwärtige Diskussion um den assistierten Suizid ist leider geprägt von weltanschaulichem Schwarzweißdenken und einer verbohrtten Lagermentalität. Wir hören meistens nur die selbsternannten Moralexperten, die altbekannten liberalen und konservativen Bannerträger. Viel zu wenig aber wird auf die Betroffenen gehört: die leidenden Menschen am Ende ihres Lebens, die Angehörigen, die Bürgerinnen und Bürger mit ihren Sorgen und Ängsten. Als Palliativmediziner muss ich sagen: in den letzten Monaten habe ich zahlreiche Leserbriefe in Zeitungen gelesen, die viel realistischer und ehrlicher waren als so mancher Leitartikel. Wenn wenigstens versucht würde, sich in die Betroffenen hineinzudenken, ihr Andersdenken und Anderssein zu respektieren – wie anders sähe diese Diskussion aus! Ich werde im Lauf meines Statements noch ausdrücklich auf die Perspektive der Betroffenen eingehen.

Ein Zweites ist mir als Ethiker wichtig: In der Diskussion werden zwei fundamental verschiedene Ebenen der Ethik vermischt. Es ist das eine, zu fragen, was ein gutes Leben und Sterben ausmacht und ob es nicht bessere Weisen zu sterben gibt als den Suizid oder den assistierten Suizid. Und die gegenwärtige Debatte hat glücklicherweise den Dialog über Tod und Sterben geöffnet und dazu beigetragen, dass die Sterbebegleitung und Palliativ- und Hospizversorgung verbessert werden. Ich kenne keinen, der dies nicht begrüßt. Auch ich selbst würde mich wahrscheinlich lieber in Gottvertrauen dem natürlichen Lauf der Dinge überlassen als Hand an mich zu legen. Das ist die Perspektive der Sterbensethik. Es ist aber etwas ganz anderes zu fragen, was Menschen tun *sollen*, welche Grenzen der Staat seinen Bürgern setzen und welche Regeln er ihnen vorschreiben soll. Das ist die Sollensethik. Und hier gilt: In einer pluralistischen Gesellschaft mit vielfältigen Lebensentwürfen darf niemand dem anderen vorschreiben, wie er zu leben und zu sterben hat – schon gar nicht der Staat! Die demokratische, offene Gesellschaft basiert auf dem Grundsatz der Toleranz, gerade in moralischen Fragen. Übrigens hat diese Toleranz ihre Wurzeln im jüdisch-christlichen Menschenbild. Um es pointiert zu sagen: die Freiheit eines Christenmenschen schließt auch und gerade die Freiheit zum Tode ein – in Verantwortung für sich und seine Mitmenschen.

Was der Staat aber tun muss: er muss dafür sorgen, dass die Grundrechte zur Geltung kommen. Und hier geht es einmal um das Recht auf Selbstbestimmung, die freie Entfaltung der Persönlichkeit, und zum Zweiten um das Recht auf Leben – beides Grundrechte in Art. 2 GG, die auf der in Art. 1 verankerten Menschenwürdegarantie beruhen. Nachdem ich mich jahrelang mit dem Thema Sterbehilfe befasst habe, bin ich überzeugt: diese beiden Grundrechte treten hier nicht miteinander in Konflikt; es gibt einen Weg, beide zu fördern und zu stärken. Aber um diesen Weg zu erkennen, darf der Gesetzgeber nicht in purer Gesinnungsethik einer bestimmten Ideologie hinterherhecheln, sondern er muss die Tatsachen zur Kenntnis nehmen:

- er muss zur Kenntnis nehmen, was die wissenschaftliche Forschung zum assistierten Suizid herausgefunden hat;
- er muss zur Kenntnis nehmen, welche Erfahrungen andere Länder mit gesetzlichen Regelungen gemacht haben. Anders gesagt, er muss verantwortungsethisch handeln, nicht gesinnungsethisch.

Im Deutschen Bundestag stehen vier Gesetzesentwürfe zur Abstimmung. Zwei davon wären bloße Symbolpolitik und würden weder der Selbstbestimmung noch dem Lebensschutz gerecht. Der Entwurf von Patrick Sensburg, Thomas Dörflinger und anderen will jede Suizidhilfe verbieten. Was er aber niemals verbieten kann, sind die Gedanken über Suizid und Suizidhilfe, die manche Schwerkranke an ihrem Lebensende haben – nachweislich sogar in Ländern mit einem kompletten Suizidhilfeverbot wie Italien. Verschiedene neuere Studien aus Deutschland zeigen übereinstimmend, dass hierzulande 20 bis 30 Prozent der unheilbar Kranken an ihrem Lebensende über ein vorzeitiges Sterben nachdenken und sich darüber informieren. 34 Prozent der deutschen Ärzte wurden bereits

von einem Patient um Suizidhilfe gefragt. Wenn der Vorschlag von Sensburg und Dörflinger Gesetz würde, hätte er nur die eine Konsequenz: diese Menschen würden sich gar nicht mehr trauen, ihren Arzt oder ihre Angehörigen darauf anzusprechen, viele würden in die Schweiz fahren oder sich auf einsame, gewalttätige Art selbst das Leben nehmen. Dieses Gesetz wäre eines, das den Dialog verhindert und das Leben gerade nicht schützt.

Ähnliches gilt beim Gesetzesentwurf von Michael Brand, Kerstin Griese und anderen. Demnach soll die geschäftsmäßige, also organisierte bzw. auf Wiederholung angelegte Suizidhilfe verboten werden. Auch wenn die Autoren es, wissend oder nicht, öffentlich anders anpreisen: Faktisch würde sich kein Arzt mehr trauen, Suizidhilfe zu leisten. Ärzte handeln immer geschäftsmäßig, sie sind eine Profession, sie behandeln viele Patienten in vergleichbaren Situationen, sie rechnen ihre Leistungen ab. Faktisch würde dieses Gesetz nicht nur das vertrauensvolle Gespräch mit dem Arzt verhindern, es würde die Suizidhilfe den Angehörigen aufs Auge drücken, also jenen, die erstens am meisten belastet sind und zweitens weder das Wissen noch die Mittel haben, um eine Suizidhilfe so durchzuführen, dass es für alle friedlich und ohne Leiden abläuft. Wahrscheinlich würden die meisten Patienten es dann lieber in die eigene Hand nehmen oder in die Schweiz fahren. Die Konsequenz wäre also dieselbe wie beim Entwurf von Sensburg und Dörflinger – oder sogar noch schlimmer wegen der Belastung für die Familien.

Die beiden Gesetzesentwürfe von Renate Künast und anderen sowie von Peter Hintze und anderen stellen sich der Verantwortung: sie formulieren Sorgfaltskriterien für den assistierten Suizid und eröffnen den Dialog – nach dem Muster der US-Bundesstaaten Oregon und Washington, das auch dem von mir und drei weiteren Wissenschaftlern letztes Jahr vorgelegten Gesetzesentwurf zugrunde lag (Borasio/Jox/Taupitz/Wiesing, *Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben*, Kohlhammer 2014). Beide Entwürfe wollen Ärzten Rechtssicherheit und Orientierung geben und die absurde Situation überwinden, dass die berufsrechtliche Zulässigkeit des ärztlich assistierten Suizids davon abhängt, in welchem Bundesland ein Arzt arbeitet. Der wesentliche Unterschied ist, dass der Entwurf von Künast und anderen auch Sterbehilfe-Organisationen weiterhin erlauben will, der andere nicht. Obwohl es auch in diesen Organisationen viele verantwortungsvoll Handelnde gibt, bin ich überzeugt, dass die Suizidhilfe besser beim Arzt aufgehoben ist als bei einer Organisation nicht-ärztlicher Laien. Warum? Hierfür gibt es drei gute Gründe:

(1) Ärzte haben am ehesten die für die Suizidassistenz erforderliche Kompetenz. Es ist nämlich entscheidend, diejenigen, die freiverantwortlich den Weg des Suizids wählen, von denen zu unterscheiden, die durch eine psychische Krankheit dazu gedrängt werden, ohne dies wirklich zu wollen. Weiterhin können nur Ärzte beurteilen, ob es nicht doch noch Möglichkeiten der Heilung oder zumindest der Leidenslinderung gibt. Und schließlich können Ärzte am besten dafür sorgen, dass der Sterbevergang dann auch friedlich und ohne Leiden abläuft.

(2) Ärzte haben durch ihr lebensorientiertes Berufsethos und ihr besonderes Vertrauensverhältnis zu den Kranken die besten Voraussetzungen, den einen oder anderen der Suizidwilligen doch noch eine Lebensperspektive zu eröffnen. Eine wissenschaftliche Studie aus Washington zeigt eindrücklich, dass vier von fünf Patienten, die ihren Arzt um Suizidhilfe bitten, schließlich eines natürlichen Todes sterben – den Meisten reicht die Gewissheit und Kontrolle, für den Fall der Fälle einen Notausgang zu haben (Loggers ET et al. *New Engl J Med* 2013;368(15):1417).

(3) Leider haben sich manche Sterbehilfe-Organisationen selbst in ein schiefes Licht manövriert, indem sie sogar psychisch Kranken den Suizid ermöglichen, die Suizidhilfe an hohe Geldforderungen koppeln oder mitunter Menschen zum Suizid drängen.

Es bleibt also als bester Gesetzesentwurf der von Hintze, Lauterbach und anderen. Er würde den ärztlich assistierten Suizid unter strengen zivilrechtlichen Sorgfaltskriterien wie in Oregon erlauben. Dank der guten wissenschaftlichen Daten aus Oregon lassen sich die verständlichen Sorgen eindeutig ausräumen:

1. Die Suizidhilfe bleibt dort seit 18 Jahren stabil ein marginales Phänomen und bewegt sich etwa bei zwei von 1000 Sterbefällen.
2. Es entstand kein Druck auf sozial Benachteiligte, die Suizidhilfe wird nach wie vor von Bürgern aus

dem gehobenen sozialen Milieu mit einem großen Selbstbestimmungs- und Kontrollbedürfnis gewählt.

3. Die Qualität der Palliativbetreuung hat sich durch die Verpflichtung, dass Ärzte über palliative Alternativen aufklären müssen, deutlich verbessert. Dass über 90 Prozent der durch Suizidhilfe Sterbenden in palliativmedizinischer Behandlung sind, zeigt zudem: Palliativmedizin kann nicht alle Suizidwünsche beseitigen. Schon deshalb nicht, weil die Motive in vielen Fällen gerade nicht Schmerzen und körperliche Leiden sind, sondern in der Persönlichkeit verankerte Vorstellungen von Würdeverlust und Selbstbestimmung.

4. Das Vertrauen der Bürger in ihre Ärzte hat nicht Schaden genommen.

5. Die Hinterbliebenen leiden nicht mehr als bei einem natürlichen Sterben, da der assistierte Suizid in aller Regel offen mit ihnen und dem Arzt besprochen wird.

Abschließend möchte ich noch einmal daran erinnern, den Betroffenen und Beteiligten Gehör zu schenken. Von den Kranken und ihren Angehörigen habe ich bereits gesprochen. Auch die Ärzte haben eine viel differenziertere Meinung als dies das holzschnittartige Mantra einiger Funktionäre vermuten lässt: einer aktuellen Umfrage zufolge unterstützt nur ein Viertel der deutschen Ärzte das Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe! Und repräsentative Bevölkerungsbefragungen angesehener Institute zeigen seit zwei Jahren durchgängig, egal ob sie von Suizidhilfe-Gegnern oder -Befürwortern in Auftrag gegeben wurden, dass sich zwischen 50 und 80 Prozent der Bürger für die Möglichkeit des assistierten Suizids aussprechen. Auch bei Angehörigen gestorbener Krebspatienten liegt die Zustimmung bei 75 Prozent.

Lassen Sie uns den Tatsachen ins Auge blicken und uns den Betroffenen wirklich zuwenden – mit Respekt, ohne ideologische Scheuklappen, und mit der Offenheit für den Andersdenkenden.

München, den 21. September 2015

Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. Ralf J. Jox

Stellvertretender Vorstand

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

Ludwig-Maximilians Universität