

Sehr geehrtes Mitglied des Bundestages,

Haben Sie «Die Zeit» vom 17. September 2015 gesehen? Dort äussert der Professor für Palliativmedizin Gian Domenico Borasio (Universität Lausanne, früher München) die Meinung, die Mitglieder des Bundestages seien in Bezug auf die Fragen der Sterbehilfe ahnungslos und begründet dies im Einzelnen.

Sie können mit dem Internet-Link

<http://www.zeit.de/2015/38/bundestag-sterbehilfe-diskussion-gesetzesentwuerfe/komplettansicht>

auf diesen Artikel zugreifen. Sie erhalten ihn auch als Anhang in einer lesefreundlichen Aufmachung.

Was wirft Prof. Borasio möglicherweise auch Ihnen an Unwissen vor?

- Es werde begleiteter Suizid mit Tötung auf Verlangen verwechselt;
- „Es genügt, die Palliativmedizin zu stärken“ – das sei falsch, sowohl in Oregon wie in den Niederlanden sei Palliativmedizin seit langem wesentlich besser ausgebaut als in Deutschland;
- „Die deutsche Ärzteschaft ist geschlossen gegen Sterbehilfe“ – richtig sei jedoch, dass dieses Verbot nur von einer Minderheit der Ärzte unterstützt werde; ein Drittel der Ärzte wäre gar bereit, bei begleitetem Suizid zu helfen;
- „Ärztliche Suizidassistenten würden das Vertrauen in die Ärzte beeinträchtigen“ – Umfragen würden jedoch das Gegenteil beweisen;
- „Hochbetagte und sozial Schwache könnten unter Druck gesetzt werden“ – ein solcher Druck sei dort, wo es Sterbehilfe gibt, jedoch nirgends feststellbar.

Schon heute, so Prof. Borasio, stehen deutsche Ärzte unter einer rechtlichen Dreifach-Bedrohung, wenn sie jemandem in der letzten Lebensphase beistehen; das neu geplante Gesetz bringe für sie eine vierte Bedrohung. Suizidhilfe sei ein marginales Phänomen. Ein unvergleichlich grösseres sei die Übertherapie am Lebensende. Sie sei rechnerisch hundertmal wichtiger als die Sterbehilfe. Prof. Borasio wörtlich: «Redet darüber niemand, weil sehr viel Geld im Spiel ist? . . . Es geht hier allein in Deutschland um dreistellige Milliardenbeträge. Die Sterbehilfe-Debatte ist in diesem Kontext eine Nebelkerze, hinter der sich wahre Probleme verstecken lassen.»

Darüber wird ein nächstes Mal zu reden sein.

Mit freundlichen Grüßen

Ludwig. A. Minelli

DIGNITAS
Menschenwürdig leben
Menschenwürdig sterben

Streit der Ahnungslosen

VON GIAN DOMENICO BORASIO*

Viele der derzeit kursierenden Argumente gegen die assistierte Sterbehilfe beruhen auf Unwissenheit. An dem entscheidenden Problem geht die Diskussion vorbei. Ein Faktencheck

Der junge Patient auf der Palliativstation litt an stärksten Schmerzen aufgrund eines unheilbaren Tumors. Die Beschwerden 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 Vorhaben vor dem Suizid mitteilte, stellte 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."

Der Fall ereignete sich vor über zehn Jahren, hat aber nichts an Aktualität eingebüßt. Ärzte haben bis heute Angst vor straf- und berufsrechtlichen Konsequenzen, sollten sie einen schwerstkranken Suizidwilligen in seiner Absicht unterstützen – und wie es steht, wird ihnen diese Angst in Zukunft niemand nehmen. Denn im Bundestag, der zurzeit verschiedene Gesetzesvorschläge zur Sterbehilfe debattiert (siehe Kasten), droht sich eine restriktive Linie durchzusetzen.

Dabei ist Suizidhilfe in Deutschland – bislang – nicht strafbar, was allerdings kaum jemand weiß: Bis zu 93 Prozent der Allgemeinbevölkerung, aber auch 73 Prozent der Medizinstudierenden gehen in Befragungen von einer Strafbarkeit der Suizidassistenz aus. Das erinnert an eine Umfrage unter neurologischen Chefärzten, bei der über die Hälfte die Meinung vertrat, dass die Behandlung der Atemnot in der Sterbephase mit Morphin "Euthanasie" sei, also strafbare aktive Sterbehilfe. Dabei ist das Gegenteil der Fall, die Gabe von Morphin lindert die Atemnot und verlängert nachweislich das Leben. Eine weitere Umfrage unter deutschen Betreuungsrichtern stellte fest, dass über ein Drittel den Unterschied zwischen (verbotener) aktiver und (erlaubter) passiver Sterbehilfe nicht verstanden hatte. Eine beunruhigende Vorstellung.

Wenn schon diejenigen, die es wissen müssten, wenig Ahnung haben, wundert es nicht, was in Talkshows, Stellungnahmen und Interviews zum Thema Sterbehilfe deutlich wird: Man diskutiert im Brustton der Überzeugung, aber in bemerkenswerter Unkenntnis der Fakten. Dabei werden zum Teil eklatante Fehlaussagen so oft wiederholt, bis die Menschen sie glauben oder zumindest verunsichert sind. Es ist deshalb nötig, die wichtigsten dieser Aussagen – die teilweise als Begründung für die aktuellen Gesetzentwürfe herhalten müssen – einem Faktencheck zu unterziehen.

Ein Lieblingssatz vom Bundesärztekammer-Präsidenten Frank Ulrich Montgomery lautet: "Ärzte heilen manchmal, lindern oft, trösten immer und töten nie." Damit wird suggeriert, es gehe in der gegenwärtigen Debatte um die Tötung auf Verlangen, wie sie in den Niederlanden oder Belgien gesetzlich erlaubt ist. Dabei wird der Patient vom Arzt durch eine Injektion aktiv getötet. Das aber will in Deutschland niemand, nicht einmal die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben, die sich für eine weitgehende Selbstbestimmung am Lebensende einsetzt.

Die Diskussion konzentriert sich hingegen auf die Frage der Hilfe bei der Selbsttötung, den sogenannten assistierten Suizid, und hier insbesondere auf die Rolle der Ärzte. Der assistierte Suizid ist aber etwas gänzlich anderes als die Tötung auf Verlangen. Zum einen liegt die Kontrolle beim assistierten Suizid allein beim Patienten, bis zuletzt kann er seine Meinung ändern. Zum anderen sind gefährliche Ausweitungen der Sterbehilfe auf psychisch Kranke oder demente Patienten, wie sie bei der Tötung auf nachweislich vorkommen, bei der Suizidhilfe nicht möglich. Denn diese setzt eine freie und eigenverantwortliche Willensentscheidung voraus, die der Arzt vorab überprüfen muss.

Die Tötung auf Verlangen ist in der Praxis angesichts des technologischen Fortschritts auch überhaupt nicht notwendig: Denn jeder Mensch, der einen Suizidwunsch äußern kann, ist auch in der Lage, die Tatherrschaft bis zum Ende zu behalten – und sei es, indem ein vollständig gelähmter Patient einen Computer mithilfe seiner Augenbewegungen steuert, der eine Infusion mit dem tödlichen Mittel in Gang setzt.

Aufschlussreich ist ein Blick auf die Zahlen: In den Ländern, welche die Tötung auf Verlangen erlauben, steigen die Fälle in den letzten Jahren stark an, insbesondere in den Niederlanden. In der Schweiz, wo die Aktivitäten von Suizidhilfe-Organisationen offiziell toleriert, aber nicht rechtlich geregelt sind, zeichnet sich ebenfalls eine Steigerung ab, wenn auch auf niedrigerem Niveau¹. Im US-Bundesstaat Oregon hingegen, der nur die ärztliche Suizidhilfe bei Schwerstkranken erlaubt, sind die Zahlen seit 17 Jahren konstant niedrig, sie liegen bei etwa zwei von tausend Todesfällen.

Dennoch wird bei der Argumentation gegen "liberale" Regelungen der Suizidhilfe sehr oft die Situation in den Niederlanden als abschreckendes Beispiel angeführt. Auf Nachfrage heißt es dann, die Suizidhilfe sei nur der „Türöffner“ für die Tötung auf Verlangen. Dabei gibt es weder in Oregon noch in der Schweiz Bestrebungen, das dort wie in Deutschland geltende Verbot der aktiven Sterbehilfe aufzuheben. Hier werden unberechtigte Ängste geschürt.

Weitere Beispiele für die Tendenz, durch nicht belegbare Behauptungen Stimmung zu machen, finden sich in der Debatte zuhauf. Hier eine Auswahl samt den dazugehörigen Fakten.

Aussage: Wir brauchen nur die Palliativmedizin zu stärken, dann verschwindet der Wunsch nach Suizidassistenz von allein.

Fakten: Die Stärkung der Palliativmedizin und der Hospizarbeit ist immens wichtig, aber die Aussage ist nicht richtig. 90 Prozent der Suizidenten in Oregon sind palliativmedizinisch betreut, und die Palliativversorgung in den Niederlanden gehört inzwischen zu den besten Europas. Doch auch bei bester Palliativbetreuung – das zeigen alle Studien übereinstimmend – wird es immer Menschen geben, die am Lebensende sagen: "Das, was mir noch bevorsteht, möchte ich nicht erleben."

Aussage: Die deutsche Ärzteschaft ist geschlossen gegen die ärztliche Suizidhilfe.

Fakten: Nach den vorhandenen Umfragen, unter anderem von der Deutschen Gesellschaft für Onkologie, wird das berufsrechtliche Verbot der Suizidhilfe nur von einer Minderheit der Ärzteschaft unterstützt. Eine Umfrage im Auftrag der Bundesärztekammer ergab zudem, dass über ein Drittel der deutschen Ärzte grundsätzlich bereit wäre, Suizidhilfe zu leisten.

Aussage: Eine ärztliche Suizidassistenz wird das Vertrauen in den ärztlichen Beruf erschüttern und das Arzt-Patienten-Verhältnis negativ beeinflussen.

Fakten: In einer Umfrage aus dem Jahr 2003 bejahten 84 Prozent der Bundesbürger den Satz "Wenn mein Hausarzt einem unheilbar kranken Patienten bei der Selbsttötung hilft, würde ich das Vertrauen zu ihm nicht verlieren." Auch in Schweden, wo die Suizidhilfe bisher nicht erlaubt ist, ergab eine Umfrage, dass 45 Prozent der Bürger ihr Vertrauen in die Ärzteschaft durch eine Legalisierung der ärztlichen Suizidhilfe nicht gefährdet und weitere 38 Prozent sogar gestärkt sähen.

Aussage: Hochbetagte und sozial Schwache könnten unter Druck gesetzt werden, ein Suizidhilfe-Angebot anzunehmen.

Fakten: Wie Zahlen aus Oregon zeigen, haben Suizidwillige im Schnitt einen höheren Bildungsabschluss, sind krankenversichert und kommen aus der gut situierten Mittelschicht. Ihre Angehörigen sind nicht überdurchschnittlich belastet,

Hinweise auf einen sozialen Druck konnten nicht gefunden werden. Im Gegenteil sind Sterbewillige meist willensstarke Personen, die sich sehr bewusst für den Suizid entscheiden.

Aussage: Eine gesetzliche Regelung der Suizidhilfe würde die Anzahl der Suizide steigen lassen.

Fakten: Die Zahlen steigen dort, wo die Suizidhilfe toleriert, aber rechtlich nicht geregelt ist, wie etwa in der Schweiz². In Oregon sind sie seit 17 Jahren nahezu konstant. Außerdem nimmt dort über ein Drittel der Menschen, welche das Rezept für ein tödliches Mittel erhalten, dieses am Ende nicht ein und stirbt eines natürlichen Todes – womit Suizide verhindert werden.

Derzeit werden im Bundestag vier Gesetzentwürfe diskutiert. Die Bandbreite reicht von einem Totalverbot jeder Form von Sterbehilfe bis zur Zulassung von nicht kommerziellen Suizidhilfe-Organisationen unter strengen Auflagen. Die meisten Unterstützer unter den Parlamentariern hat bisher der Entwurf der Abgeordneten Michael Brand (CDU) und Kerstin Griese (SPD). Die Autoren selbst bezeichnen ihn als "maßvollen Weg der Mitte". Bei näherem Hinschauen ist das Irreführung. Tatsächlich ist der Brand/Griese-Vorschlag ein Suizidhilfe-Verhinderungsgesetz, gerade was den ärztlich assistierten Suizid betrifft.

Schon heute stehen Ärzte unter einer rechtlichen Dreifachbedrohung, wenn sie Suizidhilfe leisten. Erstens durch die sogenannte Garantenstellung für das Leben ihrer Patienten: Wenn jemand nach einem Suizidversuch das Bewusstsein verliert, muss der Arzt ihn retten. Zweitens durch das strafrechtlich sehr scharfe Betäubungsmittelgesetz: Wenn man bei der Suizidhilfe nicht pfuschen will, muss man Substanzen verwenden, die unter dieses Gesetz fallen – das ist aber streng verboten. Und drittens durch die deutschen Landesärztekammern: 10 von 17 Kammern drohen Mitgliedern, die Suizidhilfe leisten, mit berufsrechtlichen Konsequenzen.

Offensichtlich reicht das noch nicht aus. Deshalb setzt der Brand/Griese-Entwurf jetzt eine vierte Bedrohung hinzu, nämlich die Strafbarkeit der geschäftsmäßigen, das heißt auf Wiederholung angelegten Suizidhilfe. Was "auf Wiederholung angelegt" genau bedeutet, bleibt offen. Damit werden viele Ärzte fürchten, dass jeder Mediziner, der mehr als einmal in seinem Leben Suizidassistenz leistet, sich dafür vor dem Strafrichter verantworten muss.

Ärzte, die angesichts dieser vierfachen Drohung den Mut aufbringen, ihren Patienten in Extremsituationen beizustehen, dürften selten sein. Die Konsequenz ist klar: Patienten, die es sich leisten können, werden auch in Zukunft in die Schweiz fahren, für die anderen bleiben immer noch U-Bahn oder Strick, sofern es ihre

körperliche Verfassung erlaubt. Das Schlimmste: Viele Patienten werden sich sogar scheuen, mit dem Arzt auch nur über ihren Todeswunsch zu reden – genau wie unser junger Patient von damals. Denn schon ein Gespräch über Suizidhilfe-Möglichkeiten könnte dem Arzt als Anbahnung einer Straftat ausgelegt werden.

Auch wenn es hart klingt: Eine gesetzliche Regelung, die das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Gespräch in extremen Notsituationen erschwert oder verhindert, lässt die Patienten mit ihrem Leiden allein, schneidet sie von lebensorientierter Hilfe ab und ist damit, trotz aller guten Absichten, unmenschlich.

Die wissenschaftlichen Daten zum Thema sagen uns aber auch noch etwas anderes: Die Suizidhilfe ist ein marginales Phänomen. Im Mittel betrifft sie in der Schweiz und Oregon etwa fünf von tausend Todesfällen. Ein unvergleichlich größeres Problem unserer modernen Medizin ist die flächendeckende Übertherapie. Diese betrifft nach Studienlage bis zu fünfzig Prozent der Sterbenden. Bis zur Hälfte aller Sterbenskranken erhalten also Behandlungen wie zum Beispiel Chemotherapie, Bestrahlung, künstliche Ernährung oder Antibiotika, die ihnen nichts bringen oder sogar schaden. Damit ist die Übertherapie rein rechnerisch hundertmal wichtiger als die Sterbehilfe.

Redet darüber niemand, weil sehr viel Geld im Spiel ist? Etwa ein Drittel der Gesundheitskosten eines Menschen fallen in den letzten ein bis zwei Lebensjahren an. Es geht hier allein in Deutschland um dreistellige Milliardenbeträge. Die Sterbehilfe-Debatte ist in diesem Kontext eine Nebelkerze, hinter der sich wahre Probleme verstecken lassen. Wir dürfen aber die Debatte zur Übertherapie nicht länger aufschieben. Denn sonst werden die Folgen für uns alle viel gravierender sein als durch jedes noch so misslungene Gesetz zur Sterbehilfe.

***Gian Domenico Borasio** (53) ist Professor für Palliativmedizin an der Universität Lausanne. Im letzten Jahr hat er zusammen mit drei anderen Wissenschaftlern einen eigenen Gesetzentwurf vorgelegt, der sich an der Sterbehilfe-Praxis des US-Staats Oregon orientiert. Sein Buch "Selbst bestimmt sterben" ist bei C. H. Beck erschienen.

Wie im Bundestag über Sterbehilfe diskutiert wird

Die Ausgangslage

Die Suizidhilfe ist bislang gesetzlich nicht geregelt: Da der Suizid keine Straftat ist, kann auch die Beihilfe nicht strafbar sein, solange es kein anderslautendes Gesetz gibt. Das soll sich ändern. Vier überparteiliche Entwürfe liegen dem Bundestag vor. Über sie gibt es in der kommenden Woche eine Expertenanhörung.

Vier Entwürfe

1. Die meisten Unterstützer hat derzeit der Entwurf von Michael Brand (CDU) und Kerstin Griese (SPD). Er will Suizidorganisationen verbieten und geschäftsmäßige Suizidhilfe unter Strafe stellen – unabhängig davon, wer sie durchführt und ob damit Gewinn erzielt werden soll. In Einzelfällen soll Sterbehilfe aber weiter möglich sein.
2. Der Entwurf von Peter Hintze (CDU) und Carola Reimann (SPD) hingegen will Ärzten die Suizidhilfe ausdrücklich gestatten, allerdings unter strengen zivilrechtlichen Sorgfaltskriterien.
3. Der liberalste Vorschlag kommt von Renate Künast (Grüne) und Petra Sitte (Linke): Ärzten und Organisationen, die nicht kommerziell arbeiten, soll die Suizidhilfe unter strengen Auflagen erlaubt werden.
4. Ganz streng ist der Entwurf von Patrick Sensburg und Thomas Dörflinger (beide CDU): Jede Form der Suizidhilfe und der "Anstiftung zum Suizid" soll bestraft werden. Den beiden letzten Entwürfen wird jedoch kaum eine Chance eingeräumt.

Anmerkungen von DIGNITAS:

¹ Borasio verkennt die rechtliche Regelung in der Schweiz: Primär herrscht eben in einem liberalen Rechtsstaat Freiheit; Art. 115 des schweizerischen Strafgesetzbuches bedroht „Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord“ dann, wenn dies aus „selbstsüchtigen Beweggründen“ erfolgt, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren. Begleitete Suizide werden nachträglich durch die Strafuntersuchungsbehörden untersucht. Damit ist assistierter Suizid rechtlich durchaus ausreichend geregelt. Richtig wäre somit, zu sagen, die Schweiz kenne dafür kein besonderes Gesetz, sondern es seien die allgemeinen Gesetze massgebend.

² Borasios Aussage, die Zahlen nähmen deshalb zu, weil keine Regelung bestehe, ist wissenschaftlich nicht haltbar, weil sie einen Konnex zwischen Regelungsdichte und Anzahl behauptet, den es nicht gibt. Wichtiger wäre der Hinweis, dass die Zahl der begleiteten Suizide in der Schweizer Wohnbevölkerung seit mehr als dreissig Jahren deutlich unterhalb der Marke von einem Prozent sämtlicher Sterbefälle liegt – und damit weltweit am niedrigsten –, obschon die Schweiz pro Kopf der Einwohner am meisten Mitglieder in Organisationen kennt, welche begleiteten Suizid anbieten. Das lässt erkennen, dass es keinen Dambruch gibt.