

„Sterbehilfe“ bei schweren Leidenszuständen durch „assistierten Suizid“

Grundsätzliches Verbot „organisierter Suizidhilfe“ ?

Kontraproduktiv, nicht umsetzbar, undemokratisch, verfassungsrechtlich fragwürdig

M.W.M Strätling^{1,2}, B. Sedemund-Adib¹



NHS
WALES
GIG
CYMRU



1. Universität zu Lübeck, Klinik für Anästhesiologie, interdisziplinärer Forschungs- und Beratungsschwerpunkt „Ethik, Recht, Geschichte und Didaktik im Spektrum der Klinischen Medizin“.

2. University Hospital of Wales - Llandough University Hospital, Anaesthetics Department, Cardiff - Penarth, United Kingdom. Kontakt: wulf.stratling@wales.nhs.uk.

Kurz-Zusammenfassung:

Hintergrund: Ein Hauptstreitpunkt der aktuellen Kontroverse zur „Sterbehilfe“ ist „organisierte Suizidhilfe“: Dabei wird bei einem Freitod Unterstützung durch besonders spezialisierte bzw. als „kompetent“ ausgewiesene Personen (i.A. Ärzte) oder Organisationen geleistet. Dies ist in Deutschland bisher nicht (!) strafbar, solange der Suizidakt vom Sterbewilligen selbst verantwortet und vollzogenen wird und etwaige Unterstützung auf dessen ausdrücklichen Wunsch erfolgt.

Material und Methode: Wir referieren Ergebnisse einer umfangreichen „Rechtstatsachenanalyse“ und „Rechtsfolgenabwägung“ [1]. Dabei wurde die bestehende Rechtslage mit den aktuellen Neu-Regelungsentwürfen verglichen, die bisher in ausgearbeiteter Form vorliegen [2, 3].

Fazit: Die veröffentlichten Entwürfe fallen weit hinter bereits geltendes und bewährtes Recht zurück. Die Begründungen sind einseitig und überwiegend von Ideologien geprägt. Diese werden von der breiten Mehrheit der Bevölkerung nicht geteilt. Sonstige Argumente können wissenschaftlich widerlegt werden. Bisher stellen i.V. alle aktuellen Verbots-Vorschläge zur Suizidhilfe „Neuaufgaben“ vorangegangener Initiativen dar. Diese mussten sämtlich aufgegeben werden, weil sie sich absehbar als in der Sache „kontraproduktiv“, ethisch problematisch, in der Praxis nicht durchsetzbar und verfassungsrechtlich höchst fragwürdig erwiesen [1]. Vor diesem Hintergrund ist die aktuelle Diskussion nicht zielführend. .

Rechtslage und Gesetzesinitiative: In Deutschland ist der selbstverordnete Freitod (Suizid) und „Sterbehilfe“ durch den (ggf. auch „begleiteten“ / „assistierten“) Suizid bisher grundsätzlich nicht (!) strafbar. Dies gilt auch dann, wenn Suizidhilfe nicht nur z.B. durch nahe Angehörige durchgeführt wird, sondern auch z.B. durch Ärzte oder entsprechend „spezialisierte“ Vereine (z.B. „Sterbehilfe Deutschland“, „Dignitas“). Dem gegenüber haben die meisten aktuellen Initiativen zum Ziel, Suizidhilfe in unterschiedlichen Umfang grundsätzlich zu verbieten, oder praktisch weitgehend unmöglich zu machen.

Material und Methode: Wir referieren die wichtigsten Ergebnisse einer umfangreichen, interdisziplinären „Rechtstatsachenanalyse“.

1. Juristische Beurteilung (Straf- / persönlichkeits- / verfassungsrechtlich, rechtshistorisch, rechtstatsächlich): **Keine „Regelungslücke“, sondern bewusste und bewährte Duldsamkeit !**

Die bisherige, straffreie Duldung des Freitods sowie der „Sterbehilfe“ durch den (ggf. auch „assistierten“) Suizid in Deutschland erfolgt bewusst sowie in Anerkennung einer Vielzahl von ethischen, medizinischen, rechtlichen und gesellschaftspolitischen Rationalen und Realitäten (s.u.). Diese sind aber offenbar in der Öffentlichkeit sowie in der aktuellen Debatte wenig bekannt: Empirisch existiert weder im medizinisch-pflegerischen Bereich, noch im Bereich der praktischen Rechtspflege Evidenz für einen „objektiven“ Regelungs- oder (gar strafrechtlich bewehrten) „Verschärfungsbedarf“: Insbesondere existieren keine substanziellen Hinweise auf (z.B. „profitorientierten“) Missbrauch, „Verleitung“ oder Druckausübung durch Suizidhelfer. Dies wird auch von den aktuellen Verbotsbefürwortern eingeräumt [1, 2]. Nach überwiegender Rechtsauffassung (und bereits geübter Rechtspraxis in vereinzelter Ermittlungsverfahren) wäre solcher Missbrauch auch nach bereits bestehendem Recht suffizient zu ahnden. Dem gegenüber lassen sich in den vergangenen Jahren gut ein halbes Dutzend Verbotsinitiativen weitgehend gleichen Inhalts identifizieren. Diese sind jedoch ausnahmslos nach umfangreichen Fach- und Detail-Diskussionen gescheitert, weil sie sich - nach Meinung der weitaus meisten Experten - letztlich absehbar als in der Sache „kontraproduktiv“, undemokratisch, in der Praxis nicht kontrollier- / durchsetzbar und als verfassungsrechtlich wahrscheinlich „aussichtslos“ erwiesen (z.B. wg. unverhältnismäßiger Einschränkung von Selbstbestimmung / Pluralismus, Rechtsgleichheit, Berufs- und Vereinsfreiheit). Aus juristischer / (rechts)politischer Sicht besteht damit allenfalls ein gewisser „Klarstellungsbedarf“ des geltenden Rechts, aber sicher kein „Verschärfungs-“ bzw. „Verbotsbedarf“.

2. Medizinische, empirische, phänomenologische Hintergründe: Selbsttötungsversuche sind meist „Hilferufe“. Oft kann geholfen werden (z.B. durch Psychotherapie). Daher gilt eine „allgemeine Grundregel“, die auch aktuell unumstritten ist: Grundsätzlich bzw. im Zweifelsfall kommt Suizidvorbeugung, -vermeidung und ggf. auch -abwehr (Rettung) vor einer etwaigen „Hilfe zum Sterben“ („Lebensschutz“, „Schadensvermeidung“). Trotz aller Hilfsangebote vollziehen aber i.A. zweistellige Prozentquoten aller Betroffenen ihre Suizide schließlich dennoch: In Deutschland sicher über 1 % aller Verstorbenen; die „Dunkelziffer“ wird i.A. um den Faktor 2-3 höher angenommen (also rd. 10.000 - 30.000 Todesfälle pro Jahr). Ein beträchtlicher Anteil dieser Suizide ist „ernst gemeint“, „wohl erwogen“ und wird „entschlossen“ umgesetzt.

Dies ist besonders häufig bei Patienten mit chronischen Erkrankungen, Sterbenden mit hohem Leidensdruck sowie Hochbetagten. Diese fordern oft, ihren Leidenszustand selbstbestimmt beenden zu können („Prinzip des Respekts vor Autonomie“). (Inter)national wird davon ausgegangen, dass die Häufigkeit von „Sterbehilfe“ in solchen Fällen in einer ähnlichen Größenordnung liegen dürfte, wie der Suizid (mit hoher Wahrscheinlichkeit also ebenfalls über 1 %). Hauptursachen sind medizinischer Natur: Zweistellige Prozentquoten aller Schwerstkranken und Sterbenden durchleben nicht ausreichend beherrschbare Leidenszustände, trotz bestmöglicher (!) (Palliativ-)Be-handlung und Pflege. Manche Leidensminderung ist kaum von aktiver Lebensverkürzung abzugrenzen (z.B. „palliative Sedierung“); einstellige Prozentquoten erbitten und erhalten - sogar im Rahmen palliativ-medizinischer Spezialversorgung - aktive Lebensverkürzung. Die häufigste Form solcher „Hilfe zum Sterben“ ist wahrscheinlich Suizid. Bei einer beträchtlichen Dunkelziffer dürfte Beistand geleistet werden; i.A. durch das engere soziale Umfeld sowie fast ausschließlich in einem kleinen, „geschützten Kreis“ und „unter der Hand“ (Folge: i.A. nicht kontrollier- / überprüfbar). „Bollwerke“ gegen Sterbehilfe existieren nicht. Insbesondere ist auch die „objektive Leistungsbilanz“ der Palliativmedizin oft fragwürdig.

3 Ethische und gesellschaftspolitische Hintergründe: Es ist anerkannt, dass es einen „legitimen“ Sterbewunsch geben kann. Sofern dieser umgesetzt wird, gilt der Suizid (ggf. mit Beistand) als „Methode der Wahl“: Er garantiert weitgehend „Ernsthaftigkeit“, Selbstbestimmung und reduziert denkbare Risiken. Für eine „schiefe Ebene“ (z.B. Missbrauch) gibt es keine Evidenz (s.o.). Die ansonsten formulierten Verbotsargumente sind i.A. eher einseitige „Moralvorstellungen“. Diese werden von der breiten Mehrheit nicht geteilt: In der Bevölkerung befürworten 87% eine individuelle Wahlfreiheit bzgl. Suizid- und Sterbehilfe bei schweren Leidenszuständen sowie eine duldsamere Gesetzgebung [4]. Innerhalb der Heilberufe bestehen offenbar ähnliche Mehrheitsverhältnisse; variierend zw. grundsätzlichem Verständnis und Duldsamkeit, bis hin zur Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung (in der Ärzteschaft z.B. zuletzt 38%).

4. Hauptstreitpunkt: „Organisierte Suizidhelfer“ (z.B. Ärzte, Vereine) betreuen nach bisherigem Kenntnisstand mit großer Sicherheit nur einen sehr geringen Anteil derjenigen, die ihr Leben durch Suizid oder Sterbehilfe beenden (derzeit annähernd objektivierbar sind unter 1%). Die meisten ihrer Maßnahmen dienen nachweislich der Verhinderung „vermeidbarer Suizide“ („Lebensschutz“: z.B. fachärztliche Begutachtung der Willensfähigkeit / „Ernsthaftigkeit“ des Sterbewunsches; Beratung über psychologische / palliativtherapeutische Behandlungsoptionen). Andere begrenzen „Kollateral-Schäden“ (z.B. Traumatisierung von Angehörigen oder Unbeteiligten; z.B. beim Auffinden der Verstorbenen). Weitere sollen den Suizidakt - wenn schon nicht „vermeidbar“ - zumindest einigermaßen „human“ / arm an „Nebenwirkungen“ halten [z.B. geeignete Substanzen zur Vermeidung „harter“ Suizidmethoden (z.B. Schienensuizide)]. „Organisation“ ist auch Voraussetzung für Aus- und Weiterbildung, ggf. zusätzliche Expertise / interdisziplinären Austausch, Supervision, Qualitätssicherung, Begleitforschung, Förderung von Problembewusstsein u.a.m.. Verbände haben meist ein höheres Fallaufkommen als allein handelnde. Dies führt i.A. zu größerer Erfahrung und Kompetenz. Körperschaftsrechtliche Aufsichten sind zusätzliche „Sicherheitsvorkehrungen“ (z.B. damit Leistungsangebote nicht-kommerziell bleiben). Mehrere Mitwirkende erhöhen Transparenz und reduzieren zusätzlich das Risiko von Fehlern oder gar „Missbrauch“. Erste Erfahrungen im Ausland legen schließlich nahe, dass die straffreie Bereitstellung von „organisierter Suizidhilfe“ die Häufigkeit des Phänomens insgesamt eher reduziert. Gleiches gilt für die ansonsten damit einhergehenden Probleme / „Kollateralschäden“ [ähnlich wie z.B. bei den früheren „Reizthemen“ der Geburtenkontrolle (Verhütung / Abtreibung)].

Fazit: Die aktuelle Debatte erscheint als ein abermaliger, überwiegend auf „Medienwirksamkeit“ ausgerichteter Versuch einer kleinen, eher konservativ geprägten Minderheit, die Bewahrung und umsichtige (Weiter)Entwicklung eines pragmatischen, verantwortungsbewusst-differenzierten, säkular geprägten, wertpluralistischen und liberal-duldsamen „Sterbehilfe-Rechts“ in Deutschland zu „verunmöglichen“. Aus ärztlicher und ethischer Sicht empfiehlt sich dringend eine Versachlichung und Neuausrichtung der Debatte und Berichterstattung.

Ausgewählte Literatur: 1. Strätling M., Sedemund-Adib B. (2014); Strafrechtliches Verbot der ärztlich assistierten, „organisierten“, oder „geschäftsmäßigen“ Suizidbeihilfe bei schwersten Leidenszuständen ? http://assist_suizid_stellungnahme_straetling_et_al.pdf (Zugriff: 14. Januar 2015). 2. Augsburg S., Brysch E. (2014); Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (8. Mai 2014). <https://www.stiftung-patientenschutz.de> (Zugriff: 14. Januar 2015). 3. Borasio G. D., Jox R., Taupitz J., Wiesing U. (2014); Selbstbestimmung im Sterben - Fürsorge zum Leben: Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids, Kohlhammer, Stuttgart, 2014. 4. ISO-Publik (Hrsg.) (2013), Sterbehilfe in den Augen der Europäer, (Zugriff: Juli 2014); <http://ebookbrowse.net/meinungsumfrageergebnisse-selbstbestimmung-am-lebensende-pdf-d526407699>.