



Malteser

... weil Nähe zählt.

Malteser Deutschland
gemeinnützige GmbH

Begleitetes Sterben statt end-gültige Sterbehilfe Kernthesen zum Thema „Organisierte bzw. ärztliche Beihilfe zum Suizid“

Die vorliegende Positionierung der Malteser Deutschland ist ein Beitrag zur Diskussion über die Entwicklung der Gesellschaft in unserem Lande. Die Malteser sind der Meinung, dass durch die Freigabe der organisierten Beihilfe zum Suizid bzw. des ärztlich assistierten Suizides sowohl auf Prinzipienebene als auch im Sinne des Dammbruchargumentes nicht mehr rückgängig zu machende Bedingungen geschaffen werden, die der Gesellschaft in Deutschland nicht gut tun.

Kernposition:

Jegliche „organisierte Beihilfe zum Suizid, zur Selbsttötung“ – und das schließt explizit auch die Beihilfe durch Ärzte ein – soll gesetzlich verboten werden. Darüber hinaus gehende gesetzliche Regelungen sind aus Sicht der Malteser nicht nötig.

- | Dem menschlichen Leid mit der Tötung eines leidenden Menschen zu begegnen, ist nicht vertretbar. Das Ziel muss sein, Leiden zu lindern und nicht sich des Leidenden zu entledigen. Ein Leben und Sterben in Würde setzen menschlichen Beistand sowie eine umfassende ärztliche und pflegerische Versorgung voraus.
- | Autonomie bedeutet zwar die Selbstbestimmung des Individuums, dieses steht aber nicht für sich alleine, sondern in Verbindung zu seinem Umfeld und damit immer auch in einer sozialen Verantwortung. Als Person bin ich immer Teil einer sozialen Gemeinschaft, die durch eine Selbsttötung mit-verletzt wird.

**Der eigentliche politische Auftrag: Das begleitete Sterben ermöglichen!
Die Alternative zur Beihilfe zum Suizid ist nicht das qualvolle, künstlich verlängerte Sterben.**

- | Es ist dringend notwendig, die bessere Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen gesetzlich stärker als bisher abzusichern und diese Verbesserung an allen Orten des Gesundheitssystems vor allem auch in der Allgemeinversorgung aktiv zu betreiben.
- | Deshalb treten die Malteser für den weiteren intensiven und großflächigen Ausbau der Hospizarbeit und palliativen Versorgung – dem begleiteten Sterben – sowie der besseren Information der Bevölkerung und aller beteiligten Berufsgruppen ein.



1. Das solidarische Grundverständnis der Gesellschaft ist herausgefordert

- | Nicht nur die Haltung des Einzelnen zu seinem eigenen Sterben, sondern auch die Haltung der Gesellschaft zum sterbenden schwerstkranken Menschen und zum sterbewilligen schwerstkranken Menschen müssen in der Diskussion berücksichtigt werden.
- | Die Frage nach einer gesellschaftlich und gesetzlich akzeptierten Unterstützung der Selbsttötung berührt das Grundverständnis unserer Gesellschaft und wirft zentrale Fragen auf:
 - Sollten insbesondere Ärzte, deren standesrechtliches Selbstverständnis auf die Erhaltung des menschlichen Lebens und die Linderung von Leiden (gerade in der Begleitung Sterbender) zielt, in den assistierten Suizid eingebunden werden bzw. warum nicht?
 - Welche Auswirkungen hätte die weitergehende Legalisierung der Beihilfe von Suizid und der damit geforderten Handlungsspielräume für die Gesellschaft? Sind hier nicht fundamentale Prinzipien, wie das Tötungsverbot und der Respekt vor dem Leben in Frage gestellt?
 - Wie finden die Erfahrungen mit Schwerkranken Berücksichtigung, die in ihrer Erkrankung einen Perspektivwechsel vollziehen und Lebensqualität anders als vorher in gesunden Tagen definieren? (vgl. z.B. den an Demenz erkrankten verstorbenen Walter Jens)
- | Der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe/assistiertem Suizid ist ernst zu nehmen und auf die jeweilige Situation hin zu hinterfragen, insbesondere ob dieser Wunsch Ausdruck von sozialer Isolation, Einsamkeit, Schmerz und/oder Unkenntnis der Möglichkeiten in der örtlichen palliativen Versorgungsstruktur ist.
- | In diesem Zusammenhang ist es sehr 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 genutzt werden.
- | Die humane Gesellschaft hat die Pflicht, schwache und kranke Menschen zu schützen und ihnen Sicherheit zu vermitteln, so dass diese bis zuletzt leben können.

2. Die Perspektive der Betroffenen – Das subjektive Gefühl, zur Last zu werden

- | Unsere Erfahrungen zeigen, dass die Aussagen von Betroffenen: „ich will nicht mehr leben“ in der Regel bedeutet „ich will SO nicht mehr leben“. Es handelt sich hierbei also um eine Aussage über die Lebensumstände, die so wie sie aktuell erlebt werden, nicht tragbar sind. Diese Aussagen werden gerade dann getroffen, wenn es (noch) keine ausreichenden Hospiz und Palliativversorgung gibt.
- | Im Alltag hören wir immer wieder den Wunsch der schwerkranken Menschen, niemandem zur Last fallen zu wollen. Durch ein gesetzliches Recht auf organisierte oder ärztlich assistierte Beihilfe zum Suizid kann ein gesellschaftliches Klima entstehen, in dem Schwerkranke, Sterbende und deren Angehörige denken könnten, es sei besser, der Gesellschaft nicht mehr zur Last zu fallen.
- | In einer humanen Gesellschaft darf nicht der Eindruck entstehen, dass schwerstkranke und auch demenziell erkrankte, einsame und/oder alte Menschen sich dafür rechtfertigen müssten, dass sie ihrer eigenen Krankheit und ihrem Sterbeprozess positiv begegnen und diesen Weg bis zum natürlichen Tod gemeinsam mit ihren Angehörigen/Vertrauten annehmen.
- | Die weitergehende Legalisierung der Beihilfe zum Suizid und der damit geforderten Handlungsspielräume bleibt nicht ohne Folgen für die Gesellschaft. Ein gesellschaftliches Klima, das Suizid auf eine solche Weise befördert, trifft häufig auf ein Selbstbild bei



potentiell Suizidwilligen, das sich als unwert, lästig, überflüssig einordnet. Potentiell Suizidwillige werden hierdurch ermutigt. Die Suizidforschung verweist in diesem Zusammenhang auf verstärkende Wirkung, die *einer entsprechenden Disposition beim potentiellen Suizidenten zuarbeitet. (sog. „Werther-Effekt“)*

- | Die Suizidforschung weist darauf hin, dass wahrscheinlich allein durch Zuwendung das Verlangen nach assistiertem Suizid verringert werden kann.

3. Kein ärztlich assistierter Suizid

- | Der ärztlich assistierte Suizid widerspricht (analog der aktiven Sterbehilfe) dem ärztlichen Auftrag, Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum natürlichen Tod beizustehen, ohne das Leben absichtlich zu verkürzen oder es aktiv zu beenden.
- | Die Forderung nach einem ärztlich assistierten Suizid berührt die Rolle und das Selbstverständnis des Arztes wie auch das Verhältnis zwischen Patient und Arzt in grundsätzlicher Weise, insbesondere in der sog. „Garantenfunktion“, in der der Arzt dem Leben des Patienten verpflichtet ist. Deshalb finden sich sowohl in der (Muster-) Berufsordnung der Bundesärztekammer als auch in den „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ klare Ablehnungen jeder Form der direkten Tötung auf Verlangen, aber auch der ärztlichen Beihilfe zum Suizid.
- | Die Aufnahme der Suizidassistenz als medizinisch therapeutische Maßnahme führt in der Konsequenz zu einer „Beweislastumkehr“. Arzt und Patient könnten begründen müssen, warum sie trotz Aussichtslosigkeit den natürlichen Prozess des Sterbens gemeinsam gehen wollen.
- | Im umgekehrten Fall kann allein die Möglichkeit des ärztlich assistierten Suizids Druck auf den Arzt machen, warum er das Lebensende seines Patienten nicht aktiv herbeiführe.

4. Schutz der Gesellschaft – Ausnahmen sollten nicht zur Regel werden

- | Suizid und Beihilfe zum Suizid sind in Deutschland *straffrei*. Daraus darf nicht abgeleitet werden, dass es ein *Recht* – auf organisierte oder ärztlich assistierte Beihilfe zum Suizid gibt.
- | Eine gesetzliche Regelung der Beihilfe zum Suizid würde das individuelle Selbstbestimmungsrecht über gesellschaftliche Grundsätze stellen, wie nicht zu töten und das Leben zu respektieren und zu schützen. Das ist abzulehnen.
- | Auch bei exzellenter Hospizarbeit und Palliativmedizin kann es Menschen geben, die aus der Situation ihrer schweren Erkrankung heraus Suizid begehen möchten, diesen unter Umständen aber nicht selbst durchführen können oder wollen. Die Hospizarbeit und Palliativmedizin bieten Hilfe *beim* Sterben an, jedoch nicht Hilfe *zum* Sterben. Es ist dieser Ansatz, der das Recht des Patienten schützt, dass dessen Leben weder künstlich verlängert noch absichtlich verkürzt wird. In dieser Phase bedarf es verstärkter Begleitung und Zuwendung.
- | Die Beispiele Niederlande und Belgien zeigen, dass aus plausibel „begründeten“ Einzelfällen zunehmend eine Weitung auf andere Krankheitsbilder, weg von der ursprünglichen schweren tödlichen Erkrankung, erfolgte. Diese Erweiterung hat u. a. in Belgien dazu geführt, dass psychische Erkrankungen und eine beginnende Demenz Gründe für eine Tötung auf Verlangen sein können. Damit ist sehr wohl zu befürchten, dass es „Dammbrüche“ geben kann. Die Suizidforschung bestätigt diese Sogwirkung, indem sie wiederholt darauf hinweist, welche Kraft das Faktische, d.h. die Tat, die nachgeahmt wird, entwickelt. Die öffentliche Diskussion – vgl. z.B. beim Fall „Robert Enke“ – für ein selbstgewähltes Sterben in Einzelfällen, zieht bisherigen Studien zufolge weitere vorher unentschiedene Menschen mit.

| Auch die vermeintlich klaren Sorgfaltskriterien, die Ärzten und Kontrolleuren helfen sollten, allen Beteiligten, insbesondere schwerstkranken Sterbewilligen Sicherheit zu vermitteln (s. Niederlande), sind bei weitem nicht so klar und kontrollierbar, wie die Befürworter vermitteln. Nicht ohne Grund gibt es in der Schweiz keine Regelung eines ärztlich assistierten Suizids, da ein Konsens bezüglich dieser Kriterien nicht zu erzielen sei.

Köln, im November 2014



Dr. Franz Graf von Harnoncourt
Geschäftsführer



Dirk Blümke
*Leiter Fachstelle Hospizarbeit, Palliativmedizin
& Trauerbegleitung*