

## Lizenz zum Töten? – Ärzte zwischen Sterbebegleitung und Tod auf Verlangen

Am 13. März 2008 veranstaltete die Sächsische Landesärztekammer gemeinsam mit dem Deutschen Hygiene-Museum Dresden eine Podiumsdiskussion zum Thema „Lizenz zum Töten? – Ärzte zwischen Sterbebegleitung und Tod auf Verlangen“. Anlass und Hintergrund war die Ankündigung des deutschen Sterbehilfe-Vereins Dignitate sobald als möglich mit einem pensionierten Arzt und einem todeswilligen Patienten einen Musterprozess anzustrengen, um den ärztlich begleiteten Suizid auf diesem Weg auch in Deutschland zu legalisieren. Die darauf folgende mediale Diskussion um einen ärztlich begleitenden Suizid wurde durch zwei Faktoren befördert: Die Kommerzialisierung des Sterbens in Form des Todesmittels gegen Entgelt und die Verunsicherung der Patienten, am Lebensende hilflos Apparaten und Ärzten ausgeliefert zu sein.

### Ein Recht auf den schnellen Tod

In der Podiumsdiskussion ging es um die Reichweite der im Grundgesetz verankerten Selbstbestimmung und die Aufgabe der Ärzte. Je nach Auslegung kann Selbstbestimmung das Recht auf Leben und auch das Recht auf den Tod umfassen. Diese Ansicht vertrat Prof. Dr. theol. Hartmut Kreß von der Evangelisch-Theologischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. Insbesondere die moderne Medizin erzeuge immer öfter Grenzfälle von menschlichem Leiden, bei denen ein schneller Tod vom Patienten gewünscht würde. Diesem Wunsch sollten Ärzte in Deutschland nachkommen dürfen. „Die Intensivmedizin hat das Lebensende fundamental verändert.“, so Prof. Kreß. Dadurch hätten die Menschen Angst vor einem langsamen Tod. Ein assistierter Suizid sollte deshalb durchdacht werden. Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, sieht dagegen die Rolle des Arztes auch in seiner historischen Entwick-



Landesbischof Jochen Bohl, Justizminister Geert Mackenroth, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. Jan Schulze, Moderatorin Alexandra Gerlach, Prof. Dr. theol. Hartmut Kreß, Dr. phil. Svenja Flaßpöhler (v.l.)

lung anders. „Der Arzt ist kein Todesengel. Ein assistierter Suizid ist ein Dammbuch in der ärztlichen Profession.“ Ärztliche Aufgabe sei das Helfen und Heilen, die Förderung von Gesundheit sowie der Lebensschutz. Eine aktive Sterbehilfe müsse aus dieser Sicht konsequent abgelehnt werden. Vielmehr bedürfe es klarer Regelungen für eine Patientenverfügung und deren Reichweite. Ärzte stünden wegen ungeklärter Fragen heute zwischen ihrem Heilaufrag, dem Willen der Patienten und strafrechtlichen Konsequenzen sowie den Ansprüchen von Angehörigen. Doch genauso wie ein Arzt ein Neugeborenes beim „auf die Welt kommen“ begleite, so obliege es ihm, einen Sterbenden in den Tod zu begleiten. Dazu gehöre aber nicht, ihn zu töten.

### Juristische Grenzen

Dies wäre juristisch auch strafbar, so Geert Mackenroth, Sächsischer Staatsminister der Justiz. Und wäre eine Tötung auf Verlangen zulässig, läge die Gefahr des Missbrauchs auf der Hand. Zudem nehme dadurch das Schreckensbild eines „sozialverträglichen Frühversterbens“ Gestalt an. Nach derzeitiger Rechtslage ist dagegen die Beihilfe zum Suizid nicht strafbar. Allerdings komme dem Arzt nach dem Strafgesetzbuch eine Garantenstellung zu, die ihn verpflichte, erste Hilfe zu leisten. Etwas anderes dagegen wäre die Ablehnung der Behandlung. Dazu müsse aber der Patient bei Bewusstsein oder im Besitz einer qualifizierten Patientenverfügung sein. „Gerade die meist nur unzureichend abge-

fasten Patientenverfügungen oder die Unsicherheiten bei Verwandten erzeugten oftmals die juristisch und menschlich problematischen Fälle, welche dann leider vor einem Vormundschaftsgericht landen“. Minister Mackenroth sieht die Gerichte und den Gesetzgeber in Bezug auf die Fragen des Lebensendes aber eher in einer untergeordneten Rolle. Aus seiner Sicht sind diese Probleme juristisch nicht abschließend zu lösen. „Der Tod ist nicht normierbar“, so der Minister. Bei der Patientenverfügung komme es dem Gesetzgeber nur zu, einen verlässlichen, breiten rechtlichen Rahmen für Ärzte und Patienten zu schaffen. Es müsse vielmehr über Patientenverfügungen aufgeklärt und in den Familien über das Lebensende gesprochen werden. Und nur eine gesellschaftliche Diskussion über den Umgang mit Sterbenden könne bei dem zu erwartenden demografischen Wandel die zunehmenden ethischen Grenzfälle klären helfen.

### Über das Sterben reden

„Früher war das Sterben ein Bestandteil des Lebens. Heute ist das Sterben an den Rand des Lebens gedrängt worden“, so Jochen Bohl, Landesbischof der Evangelisch-Lutherischen Landeskirche Sachsens. Zum Ausdruck komme dies durch die Zunahme anonymer Bestattungen und die Tatsache, dass ca. 90 Prozent aller Menschen in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen sterben, statt zuhause in der Familie. „Das Leben ist ein Geschenk Gottes, deshalb darf man es sich nicht nehmen

oder einen anderen um Hilfe dazu bitten.“ Grenzsituationen des Lebens seien mit Gesetzen nicht zu lösen. Dies müsse eine Gesellschaft aushalten. Auch bestimmte Euthanasie-Konzepte, die in den Niederlanden und in der Schweiz verfolgt werden, sind mit der unbedingten Hochachtung des Lebens im christlichen Glauben unvereinbar. Eine deutlichere Ablehnung zum assistierten Suizid konnte es an diesem Abend nicht geben.

### **Betreuung statt Sterbehilfe**

Es blieb aber die Frage nach dem Umgang mit Patienten, die wegen einer unheilbaren Krankheit unbedingt sterben möchten. Dazu kristallisierten sich in der weiteren Diskussion zwei Positionen heraus. Die erste Position, vertreten von Frau Dr. phil. Svenja Flaßpöhler, Philosophin und freie Autorin aus Berlin, sieht ein modifiziertes Modell der schweizerischen Sterbehilfe als Lösung, wo Ärzte den ‚Schierlingsbecher‘ ans Bett stellen dürfen. Der Patient müsse bei Bewusstsein, urteilsfähig und autonom sein. Sein Leiden oder seine Situation müsse dauerhaft sowie zweifelsfrei ausweglos sein. Ist dies der Fall, sollte der Arzt keine Garantenstellung mehr innehaben und der begleitete Suizid für ihn straffrei sein. Die andere, überwiegende Position, sieht in einem Ausbau der palliativmedizinischen Versorgung eine Lösung für unheilbar kranke Menschen mit dem Wunsch nach einem schnellen Tod. Denn auf den Palliativstationen äußerten die Patienten den Wunsch zu sterben nur am ersten Tag. Nach einer Zeit der intensiven Betreuung und Aufklärung käme dieser Wunsch nie wieder. Und um die Situation der Patienten zu verbessern, müsse die palliativmedizinische Versorgung in Deutschland stärker ausgebaut werden. Die Hospizarbeit und die palliativmedizinische Versorgung sind die humanen Mittel zur Umsetzung des Patientenwillens in der Leidens- und Sterbensphase. Prof. Schulze möchte zudem eine stärkere Verankerung der Palliativmedizin in der medizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung. Palliativmedizin solle auch prüfungsrelevant werden.

Als täglichen Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte hat die Bundesärztekammer Grundsätze und Empfehlungen zur ärztlichen Sterbebegleitung und zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis zusammengestellt und veröffentlicht. Diese finden Sie auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) unter dem Punkt „Informationen“.

### **Vertrauen in den Arzt**

Wichtig sei auch immer das Vertrauen zueinander. Eine politisch geschürte Misstrauenskultur in der Medizin schade vor allem den Patienten. Landesbischof Bohl: „Der Arzt und sein Gewissen war zu allen Zeiten der Maßstab für Entscheidungen. Und wenn eine von Vertrauen geprägte Arzt-Patienten-Beziehung besteht, dann gilt dieser Maßstab weiterhin. Ich habe größtes Vertrauen in die Arbeit und die Entscheidungsfähigkeit der Ärzte und in den medizinischen Fortschritt. Die Vorstellung in unserer Gesellschaft von einem leidensfreien Sterben ist einfach falsch.“ Auch Minister Mackenroth sieht sich eher als Partner der Ärzte. Auch er vertraue der ärztlichen Tätigkeit und möchte einen entsprechenden juristischen Rahmen schaffen, damit Ärzte in ihren Entscheidungen gestärkt werden.

### **Fazit**

Die Patienten möchten sich das Recht auf Selbstbestimmung auch am Lebensende nicht nehmen lassen. Die Ärzteschaft hingegen muss die Tötung auf Verlangen ablehnen. Unkenntnis und Kommerzialisierung führen zu einer Misstrauenskultur. Nur intensive Gespräche und eine öffentlich geführte Diskussion über medizinischen Fortschritt, über Grenzfälle des Lebens und das Lebensende in einer immer älter werdenden Gesellschaft können zu mehr Sachlichkeit in der Debatte führen. Eine rechtliche Normierung der Grenzfälle am Lebensende ist nicht möglich.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug  
Knut Köhler M.A.  
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit