

Gesetzliche Regelung der Suizidhilfe Position der Sächsischen Landesärztekammer

Der Bundestag will eine gesetzliche Regelung der Suizidhilfe. Bisher gab es drei Gesetzentwürfe. Zwei Entwürfe der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr (FDP) und Renate Künast (Grüne) wurden zu einem neuen interfraktionellen „Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Regelung der Hilfe zur Selbsttötung sowie zur Änderung weiterer Gesetze“ vereinigt. Die Sächsische Landesärztekammer verweist auf wesentliche Schwachstellen des interfraktionellen Entwurfs:

1. Beratung

Eine qualifizierte Beratung Suizidwilliger, von denen 90 Prozent an einer Erkrankung leiden, kann nur durch Ärztinnen und Ärzte erfolgen, weil nur sie eine Aufklärung über alternative Behandlungsmöglichkeiten leisten können. Dies gilt gerade auch bei Patienten, die eine mindestens symptomorientiert behandelbare Erkrankung, wie Tumorerkrankung oder Depression, haben. Niemand sonst kann zu Therapiealternativen, Therapiezieländerungen oder palliativen Maßnahmen beraten und diese dann auch durchführen. Schon die Frage, ob eine solche Erkrankung vorliegt, ist ausschließlich ärztlich zu beantworten. Die Möglichkeit, dass andere Stellen eine im Gesetz beschriebene Beratung durchführen können, ist damit ausgeschlossen. Wenn eine Aufklärung und Beratung gefordert wird, die auch ärztliche Kompetenzen benötigt, dann können das nur Ärztinnen und Ärzte leisten. Hierbei kann ein zweistufiges Modell etabliert werden: Die erste Beratung erfolgt durch einen Facharzt, der natürlich auch der Hausarzt sein kann, die zweite Beratung durch einen Palliativmediziner. Im Zweifel könnte noch ein Psychiater die Freiverantwortlichkeit der Willensbildung als ein wesentliches Verordnungs-kriterium feststellen. Die Drei-Wochen-Frist ist für den Entscheidungsprozess viel zu kurz.

2. Beratungsstellen

Die Besetzung der Beratungsstellen ist derzeit im Entwurf vollkommen offen. Geklärt werden muss deshalb, wer mit welcher Qualifikation zu welchen Kosten worüber beraten soll, und ob es auch mobile Angebote gibt. Eine Beratung per Videokonferenz sollte angesichts der betroffenen Schutzgüter ausgeschlossen sein.

Wenn, wie im Entwurf vorgesehen, auch „andere Stellen“ die Beratung und sogar die Verordnung entsprechender Mittel durchführen können, dann sollte man ärztliche Kompetenzen aus dem Beratungsumfang und aus dem Aufklärungsumfang bei der Verordnung streichen. Eine schnelle bzw. sofortige Terminvergabe für akut Suizidwillige in einer Beratungsstelle, die „ergebnisoffen“ zu beraten hat, ist außerdem ein falsches Signal. Denn dadurch wird eine wirksame Suizidprävention ausgehebelt. Akut Suizidwillige sollten zuerst einem Arzt vorgestellt werden, um ihnen Hilfe anzubieten und sie vor unüberlegten Aktionen zu bewahren.

3. Verordnung und Durchführung

Der Gesetzentwurf muss, um Regelungen im Betäubungsmittelrecht ergänzt werden, damit der verordnende Arzt nicht durch einen Verstoß gegen Betäubungsmittelgesetz „bedroht“ wird. Zudem sollte festgelegt werden, welches Mittel für einen assistierten Suizid verwendet werden darf, ähnlich wie in Österreich. Bei der Verordnung muss auch auf den Ablauf der Selbsttötung eingegangen werden.

Ebenso muss auch über die Durchführung sowie über Risiken aufgeklärt werden. Die Angehörigen sollten zwingend mit in die Aufklärung einbezogen werden. Das bedarf einer entsprechenden fachlichen Aus- und Weiterbildung.

4. Schutzräume für Suizidwillige

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Einrichtungen einen assistierten Suizid in ihren Räumen bzw. durch ihre Mitarbeiter nicht ausschließlich untersagen können. Damit gehen jedoch häufig geforderte sogenannte Schutzräume für Menschen, die mit einem Suizid nicht konfrontiert werden wollen, verloren. Einer der Haupt-Kritikpunkte am assistierten Suizid ist, dass die Möglichkeit zum assistierten Suizid auch einen unausgesprochenen Druck, eine Erwartungshaltung auslösen könnte. Patienten, die dies so sehen, würden gerne in Einrichtungen gehen, wo Suizidhilfe nicht stattfindet. Diese Möglichkeit muss erhalten bleiben und bei Aufnahme explizit über die „Hausordnung“ erklärt werden.

5. Suizid als Geschäftsmodell

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass ein Bericht die Entwicklungen in der Hilfe zur Selbsttötung hinsichtlich potenzieller rein auf Gewinnstreben ausgerichteter Angebote erfassen soll. Dieser Ansatz übersieht, dass ein Gewinnstreben oft nicht im Vordergrund steht, sondern die Motivation überwiegt, dass ein selbstbestimmtes aktives Sterben der höchste Ausdruck menschlicher Autonomie sei.

Fazit

Nicht nur der interfraktionelle Gesetzentwurf weist wesentliche fachliche Mängel auf. Ein anderer bereits vorliegender Gesetzentwurf um die Abgeordneten Lars Castellucci (SPD) und Ansgar Heveling (CDU) sieht vor, geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung grundsätzlich unter Strafe zu stellen. Die Strafbarkeit der Unterstützung einer straffreien Handlung stellt aber einen Widerspruch dar. Zudem fehlen jegliche Evaluationskonzepte. Dennoch soll über eine mögliche gesetzliche Regelung der Suizidhilfe voraussichtlich noch vor der Sommerpause im Deutschen Bundestag ohne Fraktionsvorgabe abgestimmt werden.

Die Sächsische Landesärztekammer lehnt ein solches Gesetzesvorhaben mit diesem Zeitplan ab, da es dem ethischen Anliegen einer Suizidprävention nicht gerecht wird und eine gesellschaftliche Diskussion ausschließt. Sie empfiehlt den Abgeordneten des Deutschen Bundestages daher die Ablehnung sämtlicher derzeit vorliegender Gesetzentwürfe zur Suizidhilfe.