

Studientag der Tübinger Hospizdienste e.V. am 22.11.2014  
Vom Umgang mit Sterbewünschen am Lebensende

Dr. Günter Renz  
Zur Einschätzung der Diskussion um Sterbewünsche

### **Beihilfe zum Suizid – aktive Sterbehilfe**

In meinen Ausführungen zu diesem höchst aktuellen Thema versuche ich, nebenbei auch die Begriffe zu klären. Sogar der Ärztezeitung unterlief nämlich eine gravierende Verwechslung. Vor einem Monat meldete sie, die Zahl der assistierten Suizide sei in den Niederlanden im vergangenen Jahr gestiegen, und zwar um 15% auf 4829 Fälle. Es handelt sich bei dieser Zahl aber um die Summe von Fällen der Beihilfe zum Suizid und der aktiven Sterbehilfe (also Tötung auf Verlangen), die bekanntlich nur in den Niederlanden, Belgien und Luxemburg erlaubt ist. Wie groß schätzen Sie die Anteile von diesen rund 5000 regulär gemeldeten Fällen einerseits der Beihilfe zum Suizid bzw. der Tötung auf Verlangen? Es sind 286 Fälle von Beihilfe zum Suizid gegenüber 4501 Fällen aktiver Sterbehilfe. In 42 Fällen gab es eine Kombination von beidem.

Ich finde diesen Befund sehr bemerkenswert. Die Beihilfe zum Suizid liegt prozentual in den Niederlanden bei 0,2% aller Todesfälle, die aktive Sterbehilfe aber bei 3,2%. Zur Einschätzung der Diskussion um Sterbewünsche soll ich sprechen. Was bedeutet dieser Befund? Bedeutet er, dass – so viel auch von Autonomie im Kontext der aktuellen Diskussion um die Beihilfe zum Suizid die Rede ist – Menschen sich dann doch eher scheuen, autonom den Giftbecher zu trinken? Dass sie die Gabe der Infusion oder Spritze vielmehr lieber an den Arzt delegieren, jedenfalls dort, wo eine liberale Tradition das möglich macht? Das ist ja der entscheidende Unterschied zwischen Suizid, bei dem die Tatherrschaft bei dem liegt, der sein Leben beenden möchten (so sehr auch andere ihm die Mittel zur Verfügung gestellt haben mögen), und der aktiven Sterbehilfe, also der Tötung auf Verlangen, bei der ein anderer, in den Niederlanden der Arzt die Spritze gibt.

In Oregon, einem einwohnermäßig kleinen Bundesstaat der USA, ist der assistierte Suizid und nur dieser (und nicht die aktive Sterbehilfe), seit 1997 erlaubt unter klaren Bedingungen. Dort sind es ebenfalls 0,2% aller Todesfälle. Gehen wir nach Deutschland.

Wie viele Menschen, schätzen Sie, haben hier die von der Sterbehilfeorganisation Dignitas bereitwillig angebotene Beihilfe zum Suizid in der Schweiz in Anspruch genommen? Ein Angebot, das seit über 10 Jahren gut und seit der Gründung einer Zweigstelle in Hannover im Jahre 2005 auch in der Diskussion ist.

Es sind im Durchschnitt der Jahre 65 Personen, 2012 waren es 84 Personen. Dazu gibt es weitere Fälle von Beihilfe zum Suizid durch andere Organisationen, man schätzt 150 im Jahr. Dies von 870.000 Todesfällen in Deutschland im Jahr. Gefühlt sind es viel mehr! Gian Domenico Borasio spricht deshalb – ich war positiv überrascht, das zu lesen – von einem „marginalen Phänomen“, gleichwohl hat er sich eine enorme Mühe gemacht, einen gesetzlichen Regelungsvorschlag mit auszuarbeiten. Es werde gebraucht, „um den Blick auf wichtigere Probleme am Lebensende frei zu machen“. (Borasio: selbst bestimmt sterben, Verlag C.H. Beck, Kap.7)

### **Passive Sterbehilfe**

Was sind die wichtigeren Probleme am Lebensende? Natürlich ist hier an die 20%, also 100 x mehr Todesfälle zu denken, bei denen eine andere Form von Sterbehilfe von Bedeutung ist, nämlich die passive Sterbehilfe. Passive Sterbehilfe, Sterben lassen, ist der Verzicht auf eine medizinische Maßnahme oder auch der Abbruch einer medizinischen Maßnahme. Klar, es ist psychologisch leichter, eine Beatmung gar nicht erst zu beginnen als sie zu beenden; und doch ist beides erlaubt, wenn es nach dem Willen des Patienten erfolgt. In ca. 40% findet eine Abwägung statt, bei der letztlich der Patientenwille, sei er nun mündlich, schriftlich oder mutmaßlich entscheidend ist (hier ist auch die indirekte Sterbehilfe miteinbezogen, s.u.).

Das Gesetz von 2009 zur Patientenverfügung und zum Patientenwillen war also **der** große Schritt, um für viele Menschen eine Regelung zu schaffen, ihren Willen zu bekunden und eine gewisse Beruhigung, dass er auch beachtet wird. Ich habe in vielen Veranstaltungen zum Thema

Patientenverfügung erlebt, wie wichtig dies Menschen aus ihren Erfahrungen mit dem Sterben von nahen Angehörigen ist: die medizinischen Therapien am Lebensende begrenzen zu können. Das sind „Sterbewünsche“ im weiteren Sinne. Nach einer Umfrage des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands (DHPV) aus dem Jahr 2012 gaben 42 Prozent der über Sechzigjährigen an, eine eigene Patientenverfügung verfasst zu haben.

Eine gewisse Beruhigung gibt es jetzt, denn sicher bleiben noch viele Anpassungsprozesse bis zur einigermaßen flächendeckenden Beachtung dieses Gesetzes.

Kürzlich musste ja der BGH gegenüber dem Landgericht Chemnitz noch einmal klarstellen, dass das Gesetz meint, was es sagt, dass nämlich auch mündliche Äußerungen von Bedeutung sind und unmittelbare Todesnähe nicht gegeben sein muss.

Und Rechtsanwalt Putz aus München musste ja auch noch um seinen Freispruch kämpfen, weil das Durchschneiden der Ernährungssonde, das er der Tochter einer schwerstkranken Frau geraten hatte, dem Gericht der ersten Instanzen denn doch zu aktiv erschien bis wiederum der BGH klärte, dass auch diese Zurücknahme einer sehr wohl medizinischen Intervention ein Sterbenlassen und keine aktive Sterbehilfe darstellt – und erlaubt ist, natürlich nur, wenn es in Übereinstimmung mit dem Willen der Betroffenen geschieht.

Aber zurück zur Einschätzung der Sterbewünsche.

In Oregon werden sehr genau die Motive erhoben von den Personen, die um eine Beihilfe zum Suizid nachsuchen. An erster Stelle steht hier: *loss of autonomy* (95%), es folgen: *decreasing ability to participate in activities that made life enjoyable* (92%) und *loss of dignity* (92%). Es dominiert also nicht die Angst vor Schmerzen.

Vielleicht trägt auch zum Verständnis bei, wer um das Rezept bittet.

Es sind überwiegend Menschen, die gebildet, palliativ gut versorgt und finanziell abgesichert sind. Sie fürchten den Autonomieverlust und wollen anderen nicht zur Last fallen. (98% gehören zur weißen Bevölkerungsmehrheit, die allerdings zahlenmäßig „nur“ 86% ausmacht).

MDR-Intendant Udo Reiter hatte schon 1 Jahr vor seinem Suizid geschrieben:

„Ich habe trotz Rollstuhl ein schönes und selbstbestimmtes Leben geführt. Ich möchte nicht als Pflegefall enden, der von anderen gewaschen, frisiert und abgeputzt wird. ...

Ich möchte bei mir zu Hause, wo ich gelebt habe und glücklich war, einen Cocktail einnehmen, der gut schmeckt und mich dann sanft einschlafen lässt. Dieses Recht auf einen selbstbestimmten Tod ist das Gegenstück zum Recht auf ein selbstbestimmtes Leben. Ich finde es unerträglich, dass eine Allianz aus Politik, Kirche und Ärzteschaft uns dieses Recht immer noch vorenthalten will. Wir sollten uns das nicht gefallen lassen. Wir sollten den Cocktail einfordern als letzte Leistung unserer Krankenkasse.“

Das Wissen um unsere Sterblichkeit können wir Menschen als narzisstische Kränkung empfinden.

Vielleicht empfinden gerade sehr erfolgreiche Menschen den Sterbeprozess und die Pflegebedürftigkeit in besonderer Weise als Kränkung, der sie entgehen möchten. Der gefühlte Verlust an Würde, das Sich-Nicht-Vorstellen-Können, nicht mehr an schönen Aktivitäten des täglichen Lebens teilnehmen zu können, der Verlust an Autonomie wird als Zumutung empfunden. Und wie gesagt, oft schon bevor man selbst tatsächlich diese Situation erleiden bzw. erfahren musste.

Woody Allen hat das unbefangen ausgedrückt: „Ich habe keine Angst vor dem Sterben, möchte aber nicht dabei sein, wenn es passiert.“

Bei passiver Sterbehilfe handelt es sich meistens um einen Zustand, in dem die Kommunikationsfähigkeit endgültig weg ist.<sup>1</sup> Bei der Beihilfe zum Suizid wie bei der Tötung auf

---

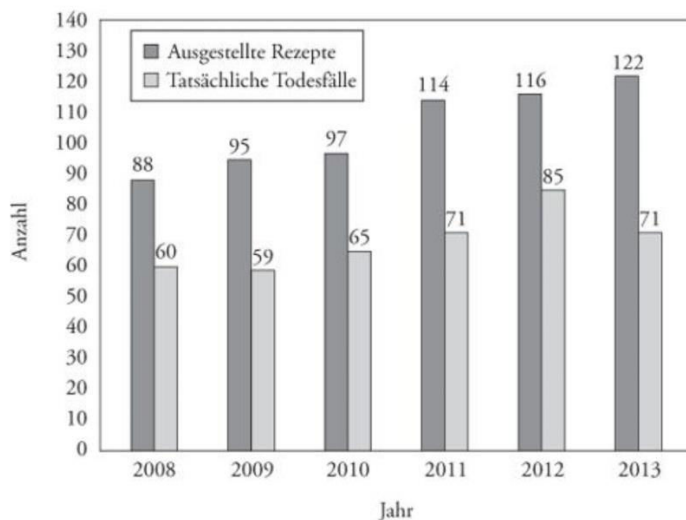
<sup>1</sup> Es kann natürlich auch bei der erlaubten passiven Sterbehilfe um Fälle gehen, in denen das Sterben zugelassen wird, obwohl die Autonomie noch einmal wiedererlangt werden kann, wenn zum Beispiel jemand den Verzicht auf Wiederbelebung verfügt.

Verlangen aber geht es um eine Situation, bei der es ja gerade eine Bedingung ist, dass die Person frei entscheiden kann, einwilligungsfähig, autonom ist. Genau das sind aber dann auch die Fälle, in denen sich natürlich noch eine Veränderung der Einschätzung und des Willens vollziehen kann!

Ein starkes Argument für eine Regelung zur Verschreibung eines todbringenden Mittels ist, dass viele Menschen es dann doch nicht nehmen. Das Medikament ist gleichsam eine Rückversicherung. Ich könnte, wenn es für mich unerträglich wird.

"Der Gedanke an den Selbstmord ist ein starkes Trostmittel: mit ihm kommt man gut über manche böse Nacht hinweg." (Friedrich Nietzsche: Jenseits von Gut und Böse, Werke hg.v. K. Schlechta Bd.II S.637)

Im vergangenen Jahr haben in Oregon 71 Personen Suizid begangen, 51 Personen aber das schon verschriebene Medikament nicht benötigt.



Also: bis zum Augenblick des Suizids ist nicht ausgemacht, ob man seine Meinung nicht noch ändert. Diese 51 Personen haben den ganzen Prozess durchlaufen, um dieses Medikament zu bekommen, haben eine Lebenserwartung von weniger als ½ Jahr und haben es dann doch nicht genommen. Es wäre hier für eine Abwägung also zu überlegen, was der Nutzen der Beruhigung durch ein bereitstehendes todbringendes Medikament ist und was die gesellschaftlichen Nachteile sind, eine solche Option anzubieten, und ob eine solche Beruhigung auch auf anderem Weg, etwa durch die Gewissheit einer guten palliativen Versorgung zu erreichen ist. Die 51 brauchten es nicht. Ob die 71 das Mittel wirklich brauchten, wissen wir nicht; sie haben es möglicherweise genommen, bevor sie das selbst wissen konnten.

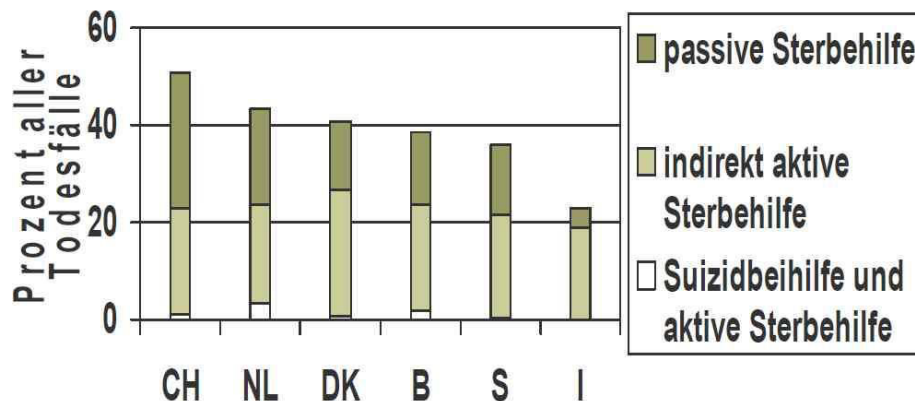
### Indirekte Sterbehilfe

In der öffentlichen Diskussion taucht die indirekte Sterbehilfe kaum auf, aber vielleicht sollte man darüber mehr diskutieren und informieren, dass diese in Deutschland erlaubt ist und, wenn ein Patient möchte, die Schmerzen mit Opioiden effektiv behandelt werden können, oft um den Preis einer Lebensverkürzung. Das liegt daran, dass die sicher nicht tödliche Dosis 20 x niedriger ist als die sichere tödliche Dosis und es also einen weiten Dosisbereich gibt, in dem eine Lebensverkürzung möglich ist.

Indirekte Sterbehilfe bedeutet also: das Ziel der Behandlung ist, Schmerzen oder andere Symptome zu bekämpfen (insbesondere durch Opioide), und dabei wird die mögliche Verkürzung des Lebens riskiert, als unbeabsichtigte Nebenfolge in Kauf genommen wird.

In 6 europäischen Ländern gab es eine Erhebung zur Häufigkeit u.a. von passiver und indirekter Sterbehilfe. Danach kam es zu indirekter Sterbehilfe in rund 20% aller Todesfälle. Das sind wiederum (wie bei der passiven Sterbehilfe) 100 x mehr als die Todesfälle als die, bei denen um Beihilfe zum Suizid nachgefragt wird. Warum wird darüber kaum gesprochen? Vielleicht weil es zum Bereich der ärztlichen Behandlung gehört und es in seine Fachkompetenz gestellt ist, wie er die Schmerzen

therapiert. Aus ethischer Sicht ist natürlich zu fordern, dass dies immer unter Beachtung des Patientenwillens geschieht.



### Palliative Sedierung

Von der indirekten Sterbehilfe ist die palliative Sedierung zu unterscheiden, weil es hier nur in Ausnahmefällen zu einer Lebensverkürzung kommt. Die ethischen Fragen gehen hier in eine andere Richtung: Ist die Sedierung auch bei Unruhe und Angst indiziert? Wie tief soll sie gehen? Soll eine gewisse Ansprechbarkeit erhalten bleiben? Soll sie intermittierend sein, so dass immer wieder ein Kontakt zum Patienten hergestellt werden kann? Soll sie mit Nahrung und Flüssigkeitszufuhr oder ohne erfolgen?

### Vorausverfügung

Wenn schon Krebskranke, die für sich den Suizid als echte Option sehen, sehr oft diese Möglichkeit dann doch nicht wählen (vgl. Oregon), so werden erst recht Gesunde letztlich nur schwer einschätzen können, wie sich ihre Haltung zu Krankheit und der Art des Sterbens verändert.

Umfragen unter Gesunden zeigen, dass viele sehr schnell angeben, unter den oder den Bedingungen wollten sie nicht mehr leben.

Thomas Mann lässt Settembrini im Zauberberg folgende Gedanken anstellen:

„Das Mitleid, das der Gesunde dem Kranken entgegenbringe [so Settembrini] und das er bis zur Ehrfurcht steigern, weil er sich gar nicht denken könne, wie er solches Leiden gegebenenfalls sollte ertragen können, - dieses Mitleid sei in hohem Grade übertrieben, es komme dem Kranken gar nicht zu und sei *insofern* das Ergebnis eines Denk- und Phantasiefehlers, als der Gesunde seine eigene Art, zu erleben, dem Kranken unterschiebe und sich vorstelle, der Kranke sei gleichsam ein Gesunder, der die Qualen eines Kranken zu tragen habe, - was völlig irrtümlich sei. Der Kranke sei eben ein Kranker, mit der Natur und der modifizierten Erlebnisart eines solchen; die Krankheit richte sich ihren Mann schon so zu, daß sie miteinander auskommen könnten, es gebe da sensorische Herabminderungen, Ausfälle, Gnadennarkosen, geistige und moralische Anpassungs- und Erleichterungsmaßnahmen der Natur, die der Gesunde naiverweise in Rechnung zu stellen vergesse.“ (Thomas Mann: Zauberberg, Fischer Taschenbuch 9433 S.617f)

„Zur Einschätzung der Diskussion um Sterbewünsche“

Wenn eine Patientenverfügung verfasst wird, heißt dies: Ich lege fest, was mit meinem Körper nicht gemacht werden soll und darf. Es greift hier ein Abwehrrecht. Dies hat einen höheren Rechtsstatus, aber auch höheres ethisches Gewicht als die Forderung, dass jemand an mir etwas tun soll, z.B. mir einen Becher mit Gift verschreiben oder hinstellen soll. Da muss der Angesprochene entscheiden können, ob er das tut, denn er hat ja auch das Recht nicht nur ein Erfüllungsgehilfe zu sein oder instrumentalisiert zu werden. Wenn er etwas tun soll, dann muss er sich ein Urteil bilden, ob er es auch tun will. Der Respekt vor der Selbstbestimmung eines Suizidwilligen verpflichtet für sich genommen noch lange nicht dazu, ihm bei seinem Vorhaben beizustehen.

Selbst wenn die Einwilligungsfähigkeit klar gegeben ist, der Mensch also als autonom betrachtet werden kann, dann gehört zu dieser Autonomie gerade, dass sie zu sich verändernden Einschätzungen und Willensäußerungen führen kann. Ich denke an eine Frau im Hospiz, die sehr aufmerksam, man kann fast sagen neugierig das Sterben der Nachbarin wahrgenommen hat, die sich sozusagen ihre Einschätzung über das Sterben erst im Hospiz entscheidend gebildet hat! Und wenn ich nun dazu nehme, dass in unserer Gesellschaft ein Wissens- und Erfahrungsdefizit im Blick auf das Sterben besteht, dann frage ich mich, ob wir eine Erleichterung des Suizids brauchen (der in Deutschland straffrei ist und die Beihilfe dazu auch).

Wenn nämlich klar ist: dann und dann darfst du es – wenn du willst, dann wird der Fokus der Aufmerksamkeit natürlich auch darauf gezogen. „Man kann sein Gefängnis nicht gleichzeitig zu einem Schloss ausbauen und einen Fluchtweg graben“ hat Kafka gemeint. Also übertragen: Entweder setzen wir unsere Energien auf eine erträgliche, vielleicht sogar erfüllte letzte Lebenszeit ein oder aber auf den (schnellst möglichen) Ausweg.

Wenn der Suizid als eine Option regulär gegeben ist, dann werde ich ihn auch bedenken und erwägen. Wird dann aber nicht die psychische Energie abgezogen von der Aufgabe, vor die der Tod uns nun einmal stellt: nämlich uns dem Unverfügbaren zu öffnen? Wir wehren uns zu Recht dagegen, dass die Medizin mit ihren technischen Möglichkeiten uns in einer absurden Weise am Leben erhält. Und nun sollten wir fordern, dass die Medizin uns die Mittel an die Hand gibt, den kurzen Ausweg aus diesem Leben zu wählen?

Ich argumentiere nicht moralisch, dass jeder einzelne Mensch eine Aufgabe zu erfüllen hätte. Ich meine vielmehr, dass wir uns in unserer Gesellschaft eine Kultur der Hilfe und der Fürsorge erhalten sollten, und nicht eine Kultur befördern, in der der effektive und finanziell günstige Ausweg auf der Hand liegt.

Der Versuch hier Regularien zu schaffen für sehr wenige Fälle, ist eine ganz verzwickte Angelegenheit – das wurde Ihnen deutlich, wenn sie die verschiedenen Vorschläge im Bundestag sich angehört haben. Es stellt tatsächlich eine „Zumutung an den Gesetzgeber“ dar, wie Franz Müntefering meinte, wenn er hier Regeln aufstellen sollte im Blick auf Lebenserwartung, Leidensdruck, Zweitmeinung, andauernden Wunsch etc.

### **Schlussüberlegung**

Die Diskussion ist verstärkt aufgekommen, als Dignitas 2005 in Hannover ein Büro eröffnet hat und etwas später dann die Aktivitäten von Roger Kusch als Suizidhelfer begannen.

Damals kam zu Recht die Forderung auf, eine gewinnorientierte Suizidbeihilfe zu verbieten.

Aber dann kommen die Fragen: auch jede organisierte?

Und wenn ja, soll dann den Ärzten Suizidbeihilfe ausdrücklich erlaubt werden – auch gegen ihren Willen? Oder soll sie den Ärzten ausdrücklich verboten werden?

Mir scheint die Diskussion steckt da in einer Sackgasse.

Ich persönlich würde bei derzeitigen Stand meiner Meinungsbildung für einen minimalinvasiven Eingriff plädieren: Vorläufig nur die gewinnorientierte Sterbehilfe verbieten. Und das überholte juristische Konstrukt einer Garantenstellung tilgen: wer straffrei bei einem Suizid helfen durfte, soll sich nicht entfernen müssen, wenn die Person in einen hilflosen Zustand gerät – eine Forderung die schon vor Jahren der Juristentag erhoben hat.

Und dann sollten wir uns den wichtigen Fragen zuwenden:

Wie es eigentlich mit der Umsetzung des Gesetzes zur Patientenverfügung bestellt? Wie steht es auch mit der Praxis der indirekten Sterbehilfe und der palliativen Sedierung?

Und wie stellen wir endlich tatsächlich eine flächendeckende und funktionierende spezialisierte ambulante Palliativversorgung sicher, die nicht an zu enge Bedingungen geknüpft ist?

Und wie stellen wir sicher, dass Fallpauschalen auf Palliativstationen nicht dazu führen, dass Menschen, wenn diese nicht mehr kostendeckend sind, ohne gute ambulante Hilfe nach Hause geschickt werden?

Ich schließe mit Worten Friedrich Hölderlins:

Getrost! es ist der Schmerzen wert, dies Leben,

So lang uns Armen Gottes Sonne scheint,  
Und Bilder beßrer Zeit um unsre Seele schweben,  
Und ach! mit uns ein freundlich Auge weint.