

**medidoc: mobile Palliativ-Akademie
Anrecht auf assistierte Selbsttötung -
Braucht es ein Reparaturgesetz des § 217 StGB?**

Zu einem Impulsvortrag mit anschließender Diskussion lud die mobile Palliativ-Akademie von medidoc GmbH ein. Das Team um Malgorzata Szajkowska gab als Veranstalter acht Referenten der verschiedensten Fachrichtungen die Möglichkeit, über das Thema „Suizid und Hilfe beim Suizid“ zu referieren.

Moderator Eti Saylan, Haus- und Palliativarzt aus Duisburg, moderierte die gut besuchte Veranstaltung in den Räumlichkeiten des Wyndham Duisburger Hof. Zuallererst gedachte er an all die vielen Senioren, die in der Pandemie oft einsam und allein gestorben sind, und an die Angehörigen, die durch die Infektionsbestimmungen kaum Möglichkeiten hatten, sich von ihren Lieben angemessen zu verabschieden.

Dr. med. Ulrich Grabenhorst, Internist mit Fachgebiet Hämatologie/Onkologie/Palliativmedizin und Beisitzer im Vorstand der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, führte mit seinem Vortrag in das Thema ein. Seine erste Frage: „Was hat sich seit dem Urteil geändert?“ erläuterte er mit eigenen Erfahrungen, dass sich die Vehemenz in der Forderung nach assistiertem Selbstmord erhöht hat: „Die Botschaft ist angekommen, es gibt ein Anrecht auf assistierte Sterbehilfe.“ Nur würden die Patienten nicht zwischen Suizidhilfe und Tötung auf Verlangen unterscheiden, eher entstünde der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe.

An mehreren Fallbeispielen versuchte er diesen Wunsch zu verdeutlichen. Unter anderem berichtete Dr. Grabenhorst von einem ALS-Patienten, der nach der Kündigung seines Pflegedienstes einen Todeswunsch äußerte. Die Familie war in Panik und wusste nicht, wie die 24 Stunden-Hilfe zu bewältigen sei. Aus dieser Angst heraus erklärte der Patient „dann muss ich besser sterben“. Nachdem erfolgreich ein neuer Pflegedienst gefunden wurde, bestand bei ihm auch kein Todeswunsch mehr.

Zum Umgang mit Suizidwunsch erklärte Grabenhorst: „Im Hospiz sollte im Verlauf einer nicht-heilbaren Krankheit aktiv und möglichst früh nach einem Todeswunsch gefragt werden.“ Bei entsprechenden Äußerungen den Verlauf, die Ausprägung und mögliche Suizidgedanken, Absichten und Pläne besprechen. Denn es gäbe nachweislich keinen Hinweis bei Ansprechen auf Entstehung oder Steigerung des Suizidgedankens. Für ihn ebenso wichtig sei vor allem auch eine Inhouse-Schulung in den Einrichtungen zu diesem Thema.

Sollte es noch weitere rechtliche Regelungen geben? Denkbare Modelle stellte der Onkologe und Palliativmediziner anhand ausländischer Modelle vor. In Deutschland besteht ein Konfliktberatungsmodell, ohne anschließende juristische Überprüfung, die verordneten Medikamente stehen dem Suizidenten zur Verfügung, eine juristische Kontrolle findet nicht statt. In der Schweiz gibt es ein gewohnheitsrechtliches, vereinsgetragenes Modell. Das Verfahren erfolgt in drei Schritten: Sammlung der erforderlichen Dokumente durch den Verein, ausführliches Arztgespräch, und eine unmittelbar nach dem assistierten Suizid juristische Überprüfung. Ein ärztliches Beratungsmodell existiert in Oregon. Hier gibt es ein gesetzlich geregeltes Verfahren. Die Medikation erfolgt ausschließlich bei absehbar zum Tode führenden Erkrankungen, die Gesundheitsbehörden sammeln Daten, die verordneten Medikamente bleiben beim Patienten, eine juristische Kontrolle findet nicht statt. Die Niederlande haben ein ärztliches Handlungs-/Prüfungsgremium - Modell, die Einhaltung wird anhand einer Dokumentation nachträglich durch ein Gremium überprüft, die verordneten Medikamente bleiben in ärztlicher Hand. (Vgl. Spittler, 2020, S.910 folgende)

Grabenhorst fragt: „Ist ein Reparaturgesetz des § 217 StGB sinnvoll?“ und beantwortet sich diese Frage gleich selbst: „Ohne Regelung funktioniert es nicht, aber es muss individuelle Entscheidungsmöglichkeiten geben - Weiterleben muss nicht die einzige Option sein!“ PalliativmedizinerInnen müssten selbst reflektieren, wie es sich jeder selbst für sich oder seine Familie wünschen würde.

Abschließend fasst er zusammen: „Ich wünsche mir ein persönliches Nachdenken und dann eine Besprechung im Team - wir müssen eine gemeinsame Spur haben!“

Eti Saylan moderierte die anschließende Diskussion mit den einzelnen Referenten und stellte die Frage: „Was rate ich niedergelassenen Ärzten in dieser Situation?“ Auf die rechtlichen Gegebenheiten wies Sandra Weeger-Elsner, Rechtswissenschaftlerin mit dem Schwerpunkt Arzthaftungsrecht, hin: der assistierte Suizid sei nicht strafbar: „Allerdings sollte alles gut dokumentiert werden und auch Alternativen aufgezeigt werden. Zudem ist es wichtig, mit den Angehörigen Rücksprache zu halten.“

„Ob bei der Psychoanamnese eine vorhandene Depression eine Rolle spielen sollte?“, fragte Saylan. Die Rechtswissenschaftlerin antwortete: „Warum? Wir sollten den Patienten da abholen, wo er steht, einzig der freie Wille muss entscheidend sein.“ Dr. med. Sebastian Balleisen, Chefarzt der Klinik für Onkologie Rheinhausen, fragt, ob ein Depressionsanteil wohl einen Unterschied bei Todes - Suizidwunsch mache.

Dr. phil. Iris Huth gab zu bedenken, dass ein Todeswunsch auch entstehe, wenn der Patient der Familie nicht zur Last fallen wolle, das schaffe großes Leid.

Prof. Dr. rer. Biol. Hum. Henrikje Stanze betonte, dass gerade der Autonomieverlust des Patienten einen Todeswunsch herbeiführe. „Auch Nicht-Palliative -Erkrankungen lösen Todeswünsche aus, jeder Mensch hat ein Recht auf Unvernunft.“ Aber auch sie glaubt nicht, dass es ohne Regelungen geht.

Auf die kirchlichen Aspekte ging die evangelische Theologin Dorothee Brand-König ein und erwähnte die kirchliche Ehrfurcht vor dem Leben und dem Sterben. „Aber den, der am Leben verzweifelt, wollen wir nicht allein lassen.“ Grabenhorst dazu: „Die Erkenntnis, dass das Leben endlich ist, sollte uns dazu führen, uns mit Fragen zu beschäftigen, die wirklich wichtig sind.“

Franziska Mädler, niedergelassene Fachärztin für Anästhesiologie und Notfallmedizinerin, ist davon überzeugt, dass unsere Leistungsgesellschaft bei Menschen, die nicht mehr mitkommen, einen Suizidwunsch hervorruft. „Der Wunsch nach Autonomie bedeutet hier die Möglichkeit sein Leben zu beenden, wenn „Ich“ es möchte.“ Aber sie wünscht sich auch mehr Aufklärung, was noch zusätzlich möglich ist, z.B. eine so genannte Palliative Sedierung.

Das forderte auch ein Zuhörer aus dem Publikum: „Wir brauchen eine vorausschauende Planung von allen Seiten. Ein Mensch mit Parkinson im Endstadium muss vorher beraten werden.“

Sebastian Balleisen widersprach: „Das müssen wir individuell handhaben. Wir dürfen nicht zu früh den assistierten Suizid vorschlagen, der Patient kann noch eine gute Zeit mit einer Palliativversorgung zuhause erleben.“

Dass es daran hapert, darauf wies Henrikje Stanze hin: „Schön wäre es genügend Kräfte zu haben, aber bei unserem Pflegenotstand sehe ich das nicht.“

Eine Palliativmedizinerin aus dem Publikum: „Bei zwei Schwestern auf Station geht gar nichts mehr - da kommt die Palliativmedizin an ihre Grenzen.“

Das sieht Henrikje Stanze genauso: „Ich sehe noch viele Flächen in Deutschland, wo Pflege und Palliativpflege fehlt.“ Aber nicht nur am Pflegenotstand krankt es. Ein Mediziner aus dem Publikum erbot sich: „Ich bin für viele Patienten in Bochum zuständig. Dank Gesundheitsminister Spahn kann ich kein würdevolles Sterben garantieren, weil das passende Medikament fehlt.“

Nach einem angeregten Gedankenaustausch findet die evangelische Theologin ein gutes Abschlusswort: „Wir stehen mit diesem Thema noch am Anfang, lassen sie uns Zeit.“

Moderator Eti Saylan bedankte sich bei den ReferentInnen und dem Publikum „für die kompetente Diskussion und dem Veranstalter mobile Palliativ-Akademie der medidoc GmbH für die Möglichkeit, nach langer Zeit wieder eine Präsenzveranstaltungen besuchen zu können.“

Text und Fotos: Jo Reuther