

Betreff: Das Gesetz ist beschlossen, der Diskurs geht weiter

Liebe Newsletter-AbonentInnen,

letzten Freitag wurde über das „Sterbehilfe-Gesetz“ im Bundestag abgestimmt. Wie sich im Vorfeld bereits abzeichnete, hat sich der Entwurf von **Brand und Griese** durchgesetzt, in welchem die „geschäftsmäßige Sterbehilfe“ verboten wird. Hier das Gesetz im Wortlaut:

Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung

(1)

Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2)

Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.

Entgegen des deutlichen Wunsches in der öffentlichen Diskussion regelt dieses Gesetz NICHT die Beihilfe zum Suizid im Sinne einer professionellen Leistung. Es lässt die Beihilfe zum Suizid zwar weiterhin zu – nun allerdings mit der Einschränkung, dass dies nicht „geschäftsmäßig“ betrieben werden darf.

Ich persönlich bin sehr erleichtert, dass der Entwurf von **Hintze und Lauterbach** nicht beschlossen wurde. Denn dieser hätte der Berufsgruppe der Ärzte Befugnisse über Themenbereiche zugestanden, für welche diese keine Kompetenz aufweisen. Jedenfalls nicht allein aufgrund ihrer Ausbildung oder ihres beruflichen Werdeganges (das habe ich ja durch das „Curriculum Suizidassistenten“ aufzuzeigen versucht). Dieses Gesetz hätte ALLEN Ärzten – egal welcher Ausrichtung oder Qualifizierung – das Recht zugestanden, Suizidbeihilfe zu leisten.

Begründet wurde dieser Entwurf damit, dass in wenigen Fällen palliativmedizinische Schmerzbehandlung nicht erfolgreich ist, „*oder das Leiden daher rührt, dass der Patient – etwa aus einem Ekel vor sich selbst – seine Situation nicht mehr anzunehmen vermag*“. Ich muss sagen, dass mir das die Sprache verschlägt! Dass Schmerzkontrolle nicht immer gelingt, ist zwar richtig, aber offensichtlich wird hier Palliativmedizin mit Schmerzbehandlung gleichgesetzt. Das zweite Argument muss man sich noch einmal bewusst vor Augen halten: Wenn ein Patient einen Sterbewunsch äußert, weil er sich aufgrund der Erkrankung vor sich selbst ekel, ist dies ein Grund für Beihilfe zur Selbsttötung. Abgesehen davon, dass Selbst-Ekel eine fragwürdige Suizidindikation darstellt, ist es höchst fragwürdig, dass gerade dieses Beispiel von den Autoren des Gesetzesentwurfs aufgeführt wird.

Was soll man dazu sagen? Es macht wohl möglicherweise Sinn, dass ein Palliativteam multiprofessionell zusammengesetzt ist und dass auch Psychologen unter den Teamkollegen sein können (oder besser: sein sollten!)...

Aber das ist noch nicht alles, denn weiter wird argumentiert: „*Das körperliche und psychische Leiden seiner Patienten stellt auch für das medizinische Personal eine äußerst belastende Situation dar.*“

Wie ist nun diese Bemerkung einzuordnen? Sollte der ärztlich assistierte Suizid letztlich auch der Entlastung des medizinischen Personals dienen???

Naja, wie soll ich das kommentieren? Gut, dass dieser Schierlingsbecher an uns vorüber gegangen ist.

Auf den Entwurf von **Künast und Sitte** möchte ich nicht weiter eingehen, aber selbst dieser sah das Verbot von geschäftsmäßiger Sterbehilfe vor – wo hier doch Beihilfe zur Selbsttötung ausdrücklich erlaubt werden sollte und zwar ohne Beschränkung auf unheilbar Kranke.

Nein, das nun beschlossene Gesetz stellt keine Lösung für den Umgang mit dem Wunsch nach Sterbehilfe im Sinne von Beihilfe zur Selbsttötung oder von aktiver Sterbehilfe dar. Im Gegenteil: Auch die Sterbehilfevereine werden in Deutschland nun verboten sein. Dieses Gesetz regelt weniger etwas, als dass es dazu mahnt, aus dem Leid Sterbender oder der Angst vor Leiden kein Kapital zu schlagen. Das Leben aktiv zu verkürzen soll eine Ausnahme und eine Einzelfallentscheidung bleiben.

Ich halte dieses Gesetz deshalb für eine gute Entscheidung, weil es die Unregelbarkeit in dieser Angelegenheit anerkennt. Und gleichzeitig „einfache Lösungen“ verbietet.

Die Entscheidungen um existenzielle Fragen sind vielschichtig und komplex. Und diese bewegen sich im Wesentlichen auf psychologischer und spiritueller Ebene.

Psychologen und Spiritualitätsfachleute (ich formuliere das mal ganz bewusst offen und unspezifisch) haben in der Sterbehilfedebatte aber keine Rolle gespielt. Und auch in der Palliativversorgung spielen sie nur eine unwesentliche Rolle – was auch im ebenfalls letzte Woche beschlossenen „Hospiz- und Palliativgesetz“ zum Ausdruck kommt: Da kommt beides nämlich kaum vor.

Einige Mediziner mögen enttäuscht über das nun beschlossene Gesetz sein, weil es ihnen keine Rechtssicherheit bezüglich der Beihilfe zur Selbsttötung bietet. Aber m. E. liegt hier ein grundlegendes Missverständnis vor: Nur, weil ein Arzt über das Wissen verfügt, wie man ein Leben beenden kann, ist er doch kein Fachmann für Suizidbeihilfe. Um mit einem Menschen angemessen zu kommunizieren, der den Wunsch nach vorzeitigem Sterben äußert, braucht es wesentlich mehr als medizinisches Wissen. Und Ärzte gelten nicht gerade als Kommunikationsexperten. Das viel kritisierte Ständerecht der Bundesärztekammer wird diesem Umstand ja auch gerecht, indem hier sowohl aktive Sterbehilfe als auch Beihilfe zur Selbsttötung untersagt werden.

Ich wundere mich eigentlich im Nachhinein, dass dieser Aspekt in der Debatte nicht mehr hervorgehoben wurde. Satt dessen wurde das Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnis ziemlich hochstilisiert. Aber dazu ein andermal.

Ja, es gibt weiterhin viele offene Fragen, viele Themen, die weiter diskutiert werden müssen. Ein paar davon mögen folgende sein:

- Welche Voraussetzung braucht es für die Beihilfe zur Selbsttötung? Diese darf und wird nach wie vor auch von Ärzten geleistet werden. Daher muss auch die Frage nach der erforderlichen Kompetenz gestellt werden

- Welche Hilfe brauchen Ärzte und andere Behandler im Umgang mit dem Sterbewunsch?

- Wie kann Entscheidungsfindung bei existenziellen Themen am Lebensende besser unterstützt werden? (Einflussfaktoren bei Entscheidungen, Erfordernisse an die Kommunikation über Entscheidungen, Einbindung von Psychologen?)
- Welchen Stellenwert hat freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (Sterbefasten) in diesem Kontext?
- Die Frage, ab wann Leid als unerträglich gelten soll bzw. wieviel Leid zu (er)tragen dem Einzelnen zugemutet werden soll (auf gesellschaftlicher Ebene)
- Die Differenzierung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung
- Das Verhältnis von Individuum und sozialem Eingebundensein in Hinblick auf existenzielle Entscheidungen und somit
- die Auswirkung von Beihilfe zur Selbsttötung auf Angehörige (dieser Aspekt kam in der Debatte zwar zur Sprache, ging aber in den Rufen nach Selbstbestimmung unter. Ein interessanter Artikel hierzu wurde als Reaktion auf den Gesetzesbeschluss in der TAZ gedruckt: <http://www.taz.de/Toetung-auf-Verlangen/!5242803/>)
- Der Stellenwert von Demut in der Medizin (und ebenso natürlich in der Psychotherapie, der Psychologie, der Pflege etc.)
- Die Bedeutung einer spirituellen Dimension hinsichtlich existenzieller Entscheidungen am Lebensende (Spiritualität ist m.E. ein weit größeres Tabuthema als Sterben und Tod)

Ich glaube, dass (Palliativ-)Psychologen zu diesen Fragen durchaus wertvolle Beiträge leisten können. Und ich hoffe, dass der Diskurs über Sterbehilfe weitergeführt wird.

Das Institut für Palliativpsychologie widmet dem Thema „Spiritualität in der Psychologie am Lebensende“ die 1. Fachtagung für Palliativpsychologie:
 Samstag, 28. Mai 2016
 Bad Homburg

Hierzu möchte ich Sie und Euch wärmstens einladen
 und verbleibe mit herzlichen Grüßen

Jan Gramm