

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz des Deutschen Bundestages:

Öffentliche Anhörung am 23.09.2015 zu ...

- a) Gesetzentwurf der Abgeordneten Michael Brand, Kerstin Griese, Kathrin Vogler, Dr. Harald Terpe und weiterer Abgeordneter Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (BT-Drucksache 18/5373)
- b) Gesetzentwurf der Abgeordneten Peter Hintze, Dr. Carola Reimann, Dr. Karl Lauterbach, Burkhard Lischka und weiterer Abgeordneter Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung (Suizidhilfegesetz) (BT-Drucksache 18/5374)
- c) Gesetzentwurf der Abgeordneten Renate Künast, Dr. Petra Sitte, Kai Gehring, Luise Amtsberg und weiterer Abgeordneter: Entwurf eines Gesetzes über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung (BT-Drucksache 18/5375)
- d) Gesetzentwurf der Abgeordneten Dr. Patrick Sensburg, Thomas Dörflinger, Peter Beyer, Hubert Hüppe und weiterer Abgeordneter: Entwurf eines Gesetzes über die Strafbarkeit der Teilnahme an der Selbsttötung (BT-Drucksache 18/5376)

schriftliche Stellungnahme

Hilfe beim Suizid – Strafrechtsänderung wäre ein Irrweg.

Über die Köpfe der Betroffenen droht die Entscheidung der Sterbehilfe quasi am Rednerpult zu fallen. Selbsternannte Experten, Funktionäre und Politiker überbieten sich zu wissen, was am besten für Sterbende ist: Man muss sie vor ihrer eigenen Meinung schützen. Denn fragt man Hausärzte¹, Krebsärzte² oder Palliativspezialisten³ an der Basis ergibt sich ein vollkommen anderes Bild: In diesem Kreise spricht sich nur eine Minderheit für ein Verbot der Suizidassistenz aus. Je näher die Befragten dem Leid stehen, desto vehementer sind sie gegen ein Verbot: Selber Erkrankte > Pflegepersonal > Angehörige > Ärzte⁴.

So sagen unsere Patienten – also die Betroffenen: „Ich lass mir aus Berlin nicht vorschreiben, wie ich zu sterben habe.“

Ich werde die Frau niemals vergessen, die mir unter Tränen vom letzten Wunsch ihres sterbenskranken Mannes erzählte. Er hatte Magenkrebs: „Hol mich raus aus der Klinik“, hat er gesagt. „An der ersten hohen Brücke hältst Du an und lässt mich aussteigen, dann fahre weiter und lass mich zurück.“ In Bochum ist ein Mensch vom Hospizdach in den Tod gesprungen, Krebsstationen in oberen Etagen müssen ihre Fenster abschließen. Die

harten Suizidmethoden stehen – auch bei unseren Patienten - auf den ersten Plätzen: Erhängen, Erschießen, Sturz oder Bahnunfall. Allein 30 Lokführer werden jedes Jahr frühverrentet durch derlei psychisches Traumata: Anzusehen, dass man vor einem auf den Schienen stehenden Mensch nicht mehr bremsen kann. Wahrscheinlich durch die Möglichkeit der Suizidhilfe hat sich die Rate an Selbsterschießungen dagegen in der Schweiz in den letzten 10 Jahren halbiert⁵.

Selbst in Begleitung durch Palliativspezialisten sind hierzulande Erschießen, Sprung aus dem Fenster oder vom Dach, Vergasen und Vergiften zu beklagen⁶. Mehr noch: Ein Patient wurde zum Schutz vor dem Erschießen auf dem Sterbebett in die Nervenheilanstalt zwangseingewiesen. Dazu kommt, dass andere Patienten in die Schweiz fahren oder dorthin geschickt werden. Nahezu jeder zweite jemals von der schweizer Sterbehilfeorganisation Dignitas begleitete Patient war Deutscher (48,3%), ca. 6 Mal mehr Deutsche starben mithilfe dieser Organisation als Schweizer Bürger⁷.

Der Wunsch nach Lebensverkürzung wird, je nach Statistik, von 12-28% unserer Patienten geäußert⁸: „Doktor ich kann nicht mehr, hilf mir bald zu sterben.“

Oft liegt das an schweren Beschwerden. Werden diese gelindert, verschwindet der Wunsch. Deshalb sind wir uns in der aktuellen Diskussion einig: Palliativ- und Hospizversorgung sind zu stärken. Das ist unser aller zentrales Anliegen. Aber auch wenn einzelne Experten behaupten, Palliativversorgung schaffe es immer, Leiden ausreichend zu lindern⁹, so bleibt doch das traurige Faktum: Selbst mit unserem schärfsten Schwert – der palliativen Sedierung, also dem Narkoseschlaf bis zum Tod – können wir nicht alle Qualen nehmen.

Und ob man eine solche Behandlung überhaupt erhält, ist keinesfalls sicher: Sie wird von einigen Kliniken abgelehnt, andere setzen sie bei 8-57% der Sterbenden ein¹⁰. Es liegt also mehr an der Einstellung des Arztes, ob man ausreichende Leidenslinderung erhält oder nicht. Selbst 45% der Palliativexperten, die ihre eigenen Familienmitglieder in der Sterbephase begleiteten, räumten bei einer Befragung ein: Die Sterbephase war leidvoll¹¹! Es lässt sich also nicht leugnen, Palliativmedizin und Hospizversorgung helfen oft den Sterbewunsch zu mindern, aber keinesfalls immer.

Ein weiterer wichtiger Aspekt sind die Urängste unserer Patienten. Menschen haben mehr Angst vor einer leidvollen Sterbephase, als vor dem Tod an sich.

Allein die Gewissheit des Patienten, der Arzt würde weiterhelfen auch wenn er die Linderung nicht schafft, wirkt Wunder. Den allermeisten Patienten reicht dieses Gefühl. Dignitas erklärt, dass von allen Patienten mit einem „provisorischen grünen Licht für eine Freitodbegleitung“ nur 13,2 % sich letztlich haben ein tödliches Rezept ausstellen lassen¹². Der großen Mehrheit reichte offenkundig allein die Option, das Sicherheitsgefühl.

Kürzlich bat einer meiner Patienten mit der schlimmen Muskelerkrankung ALS um eine ärztliche Beratung. Ich erläuterte die Möglichkeiten der Palliativversorgung. Ihm sei es wichtig bis zum letzten Atemzug in seiner als Grotte gestalteten Wohnung zu verbleiben. Hospize oder eine Palliativstation, wo etwa die Möglichkeiten einer palliativen Sedierung ansonsten alleine lebender Menschen bestünden – lehne er ab. Ich habe ihm zugesichert, dass ich seine Leiden aller Voraussicht nach mit meinem Team lindern kann. Wenn ich das aber nicht schaffe, brauche er sicher nicht von der Brücke zu springen – wie er es andeutete. Nach dem Gespräch hatte er wieder Lebensmut und ließ sich erstmal über die Cranger Kirmes fahren.

Nur bei einem von 400 persönlich betreuten Patienten im Jahr reicht das nicht aus, extreme Qualen die unser Team nicht zufriedenstellend lindern kann verbleiben: Soll ich diesen Einen aus dem Fenster springen lassen?

Selbstverständlich braucht es dazu keine Abrechnungsposition. Es ist unfassbar, dass einzelne Sterbehelfer dafür mehrere 1000 € verlangen. Je mehr gezahlt wird, desto schneller gibt's den Todestrunk. Selbst ohne juristischen Sachverstand ist die Sittenwidrigkeit solcher Abmachungen evident. Derlei Verträge sind mithin nichtig. Gegen zwei dieser vier derzeit in Deutschland bekannten Sterbehelfer – durch die diese ganze Diskussion aufkam – ermittelt die Staatsanwaltschaft Hamburg¹³ wegen des Verdachts des Totschlags. Offensichtlich reicht doch die aktuelle Gesetzeslage um derlei unbotmäßigem Treiben Einhalt zu gebieten.

Die Kernkritik an der Suizidhilfe ist: Ließe man den Suizid straffrei, würde ein Druck auf Hochbetagte und sozial Schwache ausgeübt werden. Es käme mithin zum Dambruch. Da Suizidhilfe in Deutschland seit 1871 straffrei ist, hätten diese Dämme doch schon lange brechen müssen. Sind sie aber bis heute nicht. Und die 162 selbstberichteten Suizidhilfen des Vereins „Sterbehilfe Deutschland“ sind zwar entsetzlich, aber sicher keine Bedrohung für den Rechtsfrieden im Land.

Einen Dambruch gibt es überall dort nicht, wo strenge Kriterien für eine in Ausnahmefällen statthafte Suizidhilfe existieren¹⁴: In Oregon stieg die Suizidrate nur minimal, zuletzt auf jährlich 77 Fälle im ganzen Staat¹⁵. Auch widerlegen die Erfahrungen aus Oregon andere Argumente: Weder behindert die Zulässigkeit der Suizidhilfe den Ausbau der Palliativversorgung, noch ist ein Schwund des Vertrauens in die praktizierenden Ärzte zu registrieren: Das Gegenteil ist der Fall: Die Hospiz- und Palliativversorgung ist in Oregon besonders gut ausgebaut und Patienten lehnen Ärzte eher dann ab, wenn sie sich offen gegen die Suizidhilfe aussprechen¹⁶. Auch haben die Betroffenen in Oregon eine überdurchschnittlich hohe Bildung. Die Regelungen wurden von mehreren US- Staaten mittlerweile übernommen zuletzt von Kalifornien¹⁷, weitere 16 Staaten diskutieren über eine entsprechende Freigabe.

Dem unbelegten und so gerne angeführten Dambruchargument möchte ich auch aus meiner persönlichen Erfahrung widersprechen. Das Gegenteil trifft zu: Sterbende sind oftmals Opfer einer gnadenlos auf Gewinn ausgerichteten (Intensiv-)Medizin. Die Anzahl an Heimbeatmungen – also die häusliche Intensivmedizin – hat sich in den letzten 10 Jahren verdreißigfacht von 500 auf 15.000 Patienten im Jahr. Nichts rechnet sich so gut, wie Intensivbehandlung mit Monatskosten zwischen 20.000 - 60.000 €. Es ist fraglich, ob die Beatmung immer notwendig ist und dem Patientenwillen entspricht¹⁸. Hier wären neue Strafgesetze angebracht und tatkräftige Staatsanwälte, die auch die Rechte Sterbender wahren, nicht bei der Rarität Suizidhilfe.

Das Dambruchargument und weitere wurden von den besten Palliativärzten Kanadas Anfang des Jahres als wiederlegbar eingestuft. Das höchste kanadische Gericht hielt ein vergleichbares Gesetz, wie es nun den Abgeordneten Brand und Griese vorschwebt, für verfassungswidrig¹⁹. Solche Verfassungsklagen wurden für den Fall eines Strafrechtsverbots bekanntlich auch hierzulande bereits angekündigt²⁰.

Kommt ein neues Strafgesetz, wird zukünftig bei Tablettensuiziden die Polizei weitergehende Ermittlungen anstellen müssen. Statistisch treten doppelt so viele Tablettensuizide pro Jahr auf, wie die Kriminalpolizei Bochum in der gleichen Zeit an vollendeten Tötungsdelikten ermittelt²¹. Die Belastungen der Polizei werden mithin nicht unerheblich zunehmen, werden in diesen Fällen Ärzte und Angehörige zu Beschuldigten aufgrund des neuen Strafgesetzes²². Witwen und Waisen sollten nach dem tragischen Ereignis eines Suizids nicht mit umfangreich ermittelnden Kriminalbeamten, sondern mit Freunden, Notfallseelsorgern oder Trauerbegleitern reden.

Umfragen zufolge ist seit Jahren ein Großteil der Bevölkerung für eine Liberalisierung der Sterbehilfe²³. Stets sind über die Hälfte der Bevölkerung bei den letzten 10 großen Umfragen anerkannter Institute für die Suizidhilfe, im Schnitt gibt es 71% Zustimmung. Ethiker Jox fasst die Erkenntnisse einer internationalen Tagung zu dem Thema im Juni wie folgt zusammen: „Diese Daten legen nahe, dass ein Verbot der Suizidhilfe die Betroffenen dazu veranlassen würde, als Alternativen die gewaltsame Selbsttötung, die Fahrt in die Schweiz oder eine unsichere und belastende Suizidhilfe durch Angehörige zu versuchen“²⁴. Gerade im Internet empfiehlt „Dr. Google“ Unsicheres („Paracetamolpillen“), Leidvolles („Exit bag“, Zyankalikapseln), Fremdbelastendes („Pulsadern“) oder gar Fremdgefährdendes („Holzkohlegrill im Bad“). Durch letzteres werden Rettungskräfte, Polizei und Nachbarn in Lebensgefahr gebracht, ein Feuerwehrmagazin spricht gar von „einer neuen Mode“²⁵.

Gewiss: Der Rechtsstaat muss Depressive, Liebeskummrige oder Einsame schützen – aber das tut er bereits: Der nicht selbstbestimmte Suizid gilt rechtlich als Unfall. Hier ist der Arzt Garant für die Lebensrettung. Unterlässt er die Rettung oder unterstützt er gar dabei, so gilt dies als Totschlag.²⁶

Ein Verbot geschäftsmäßiger Suizidhilfe zielt auf „Wiederholungstäter“, nach den Ausführungen im Brand/ GRIESE-Enwurf bereits ab der 2. Tat. Mithin trifft ein solches Gesetz den Arzt, der viele sterbenskranke Patienten betreut, also Palliativmediziner oder Krebsärzte. Gerade sie aber benötigen ein besonderes Vertrauensverhältnis zu ihren Patienten, sie müssen offen sein für die Wünsche und Nöte der Sterbenskranken. Wenn sie dies nicht mehr sein dürfen, werden zunehmend windige Geschäftemacher durch Deutschland reisen und im Falle eines Strafrechtsverbots die Preise deutlich anziehen können. Dann haben nur noch Reiche die Wahl zwischen der teuren Begleitung in der Schweiz oder zwielfichtiger Sterbehilfe gegen Bargeld. Sozial Schwachen bleibt Bahngleis, Strick oder Hochhaus.

Entscheiden Sie nicht über die Köpfe meiner Patienten hinweg und nicht gegen den Willen Ihrer Wähler. Und zuletzt: Entscheiden Sie mit Blick auf qualvolles Leid verzweifelter Menschen. Und drohen Sie mir bitte nicht mit dem Staatsanwalt oder dem Gefängnis, wenn ich meinem Gewissen mehrfach folgen möchte.

Dr. med. Matthias Thöns
Palliativmediziner in der ambulanten Palliativversorgung
Wiesenstr. 14, 58452 Witten
www.palliativnetz-witten.de

Literatur:

- ¹ Schildmann J, Dahmen B, Vollmann J (2014) Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende. Ergebnisse einer Querschnittsumfrage unter Ärzten in Deutschland. Dtsch Med Wochenschr doi 10.1055/s-0034-1387410
- ² <https://www.dgho.de/informationen/nachrichten/stellungnahme-der-dgho-zur-sterbehilfe-debatte>
- ³ Thöns, Wagner, Holtappels, Lux: Assistierter Suizid – wie ist die Meinung von Palliativexperten. Der Niedergelassene Arzt 01/2015
- ⁴ Thöns, Wagner, Holtappels, Lux: Assistierter Suizid – wie ist die Meinung von Palliativexperten. Der Niedergelassene Arzt 2015
- Zenz J, Tryba M, Zenz M (2015) Tötung auf Verlangen und assistierter Suizid. Einstellung von Ärzten und Pflegekräften. Schmerz 29:211-216
- ⁵ <http://www.tagesanzeiger.ch/schweiz/standard/Frauen-greifen-zum-Gift-Maenner-erhaengen-sich/story/17894659>
- ⁶ Inaugural-Dissertation Thomas Sitte 2015
- ⁷ Statistik Dignitas bis 2014: Freitodbegleitungen nach Jahr und Wohnsitz. <http://dignitas.ch/images/stories/pdf/statistik-ftb-jahr-wohnsitz-1998-2014.pdf>
- ⁸ Jaspers B (2011) Ethische Entscheidungen am Lebensende bei Palliativpatienten in Deutschland – Eine prospektive Untersuchung anhand von Daten aus der Kerndokumentation 2005 und 2006. Inaugural-Dissertation, Aachen
- ⁹ Deutsche Palliativstiftung: Statt "Sterbehilfe" - Palliativversorgung ist gelebte Suizidprävention. <http://www.presseportal.de/pm/115105/3034457> zugegriffen am 05.09.2015, 13:30
- ¹⁰ Beck 2004, Müller Busch 04
- ¹¹ Thöns, Wagner, Holtappels, Lux: Assistierter Suizid – wie ist die Meinung von Palliativexperten. Der Niedergelassene Arzt 01/2015
- ¹² Minelli LA: Wie wollen wir sterben. Vortrag Oldenburger Kulturzentrum 23.01.2015 http://www.palliativstiftung.de/fileadmin/user_upload/PDF/2015-01-30_dignitas_referat-wie-wollen-wir-sterben-oldenburg-23012015.pdf
- ¹³ <http://www.welt.de/politik/deutschland/article127925742/Totschlag-Anklage-gegen-Sterbehelfer-Kusch.html>
- ¹⁴ Gamondi et al: Legalisation of assisted suicide: a safeguard to euthanasia? Lancet 2014
- ¹⁵ http://www.cdl-rlp.de/Unsere_Arbeit/Sterbehilfe/Sterbehilfe-in-den-USA.html
- ¹⁶ Ganzini L, Nelsen HD, Lee MA et al (2001) Oregon Physicians' Attitudes About and Experiences With End-of-Life Care Since Passage of the Oregon Death with Dignity Act. JAMA 285(18):2363-2369
- ¹⁷ <http://www.donaukurier.de/nachrichten/topnews/USA-Sterbehilfe-Kalifornien-vor-Legalisierung-der-Sterbehilfe;art154776,3119625>
- ¹⁸ Long-term survival of critically ill patients treated with prolonged mechanical ventilation: a systematic review and meta-analysis. et al. Lancet Respir Med. 2015
- ¹⁹ <http://www.derbund.ch/panorama/vermishtes/Kanada-legalisiert-Sterbehilfe/story/22754358>
- ²⁰ <http://www.welt.de/politik/deutschland/article145642944/Neuen-Sterbehilfe-Regeln-droht-Aus-in-Karlsruhe.html>
- ²¹ Wefelscheid, R: Polizei und Palliativmedizin. Palliativforum Ruhr 15.03.2014, Witten
- ²² Georg Fiedler: nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland 2013. <http://www.naspro.de/dl/Suizidzahlen2013.pdf>
- ²³ Jox R (2015) Tagungsbeitrag bei „Assistierter Suizid – Der Stand der Wissenschaft“. Berlin 2015 http://deutschesstiftungszentrum.de/aktuelles/2015_06_15_assistierter_suizid/index.html
- ²⁴ http://deutsches-stiftungszentrum.de/aktuelles/2015_06_15_assistierter_suizid/index.html
- ²⁵ Feuerwehr: Neue Mode: gefährliche Suizide. <http://www.feuerwehr-ub.de/neue-%E2%80%99Emode%E2%80%9C-gef%C3%A4hrliche-suizide>
- ²⁶ BGH vom 04.07.1984 (Az. 3 StR 96/84)