

WIRD SUIZID-BEIHILFE NUN VERBOTEN?

Sterbehilfe. Es ist ein sensibles Thema, das auch im Bundestag sehr persönlich diskutiert wird. Soll Beihilfe zum Suizid strafbar werden? Bislang gehen Mediziner, die bei der Selbsttötung unterstützen, straffrei aus. Die Union versucht nun, ein strenges Verbot organisierter Suizid-Beihilfe durchs Parlament zu bringen.

Von Dr. Matthias Thöns



Der Deutsche Bundestag diskutiert mal wieder über die Sterbehilfe. Stein des Anstoßes war das Handeln des Juristen Kusch und seiner Gesinnungsgenossen, die die Beihilfe zur Selbsttötung (Suizidhilfe) als gut bezahlte Dienstleistung anboten (1): „Gib's Du viel Geld, bekommst Du die tödlichen Pillen eher.“ Nun ergibt sich eine absurde Situation: Die Bevölkerung wünscht Befragungen zufolge seit Jahren eine freizügigere gesetzliche Regelung. Im Bundestag geht es dagegen um die eventuelle Einführung einer Strafbarkeit zum assistierten Suizid, sprich einer Verschärfung des Rechts.

Vermischte Begrifflichkeiten

Da in Diskussionen die Begrifflichkeiten wild vermischt werden, sollen sie zunächst geklärt werden.

■ **Passive Sterbehilfe:** Hierunter wird das „Sterbenlassen eines Patienten an seiner Erkrankung unter Abbruch oder Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen gemäß seinem Willen verstanden. Die passive Sterbehilfe ist legal und geboten, die meisten Konflikte am Lebensende drehen sich um diese Problematik – Stichwort: „nicht gewollte Übertherapie am Lebensende“.

■ **Aktive Sterbehilfe:** Die aktive Sterbehilfe – also „Tötung auf Verlangen“ – ist nahezu weltweit verboten. In Deutschland gibt es eine Strafmilderungsvorschrift (§ 216), die gegenüber den anderen Tötungsdelikten eine geringere Strafe vorsieht. Ernsthaftige Ansätze, an diesem Gesetz zu rütteln, gibt es vonseiten der Politik und der organisierten Ärzteschaft nicht. Das von vielen zitierte Argument „einen Hund schlachtet man ein“ ist Tierarztethik: Der Hund wählt es sich sicher nicht frei aus.

■ **Sterbebegleitung:** Hiermit sind leidenslindernde oder palliativmedizinische Maßnahmen gemeint. Diese sind gesellschaftlich erwünscht und dürfen bei schwerer Symptomlast des Patienten bis hin zur Dauernarkose am Lebensende (palliative Sedierung) eingesetzt werden.

■ **Suizid-Beihilfe:** Bei der Suizid-Beihilfe muss einerseits die Tötungshandlung vom Patienten selber aus-

geführt werden, andererseits muss sicher feststehen, dass der Suizid freiverantwortlich erfolgt. Hilft oder unterlässt ein Arzt die Rettung bei einer anderen Selbsttötung, zum Beispiel behandelbare Depression, so droht ihm das Strafrecht (Totschlag durch Unterlassen) (2). Es muss also streng unterschieden werden zwischen Suiziden infolge einer krankhaften Störung (Depression, akuter Liebeskummer, sozialer Druck) und freiverantwortlichen Suiziden. Nur um letztere, deren Anteil unter zehn Prozent beträgt (3), geht es aktuell. Alle anderen müssen – so der gesellschaftliche Konsens – verhindert und behandelt werden.

Wie sieht die aktuelle Rechtslage aus?

Das Recht lässt jeden – auch den Arzt – bei der Unterstützung einer freiverantwortlichen Suizidhandlung straf-frei. So sprach das Landgericht Deggendorf (4) einen Notarzt frei: „Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten hat bei einem Suizid Vorrang, wenn die Entscheidung sicher erkennbar in freier Verantwortung und mit vollem Bewusstsein getroffen wurde.“

Dagegen wird eine Bestrafung der selbsternannten Suizidhelfer durchaus angestrebt: Die Hamburger Staatsanwaltschaft glaubt, ihnen mehrfach nachweisen zu können, dass die Betroffenen nicht frei von Willensmängeln waren und klagt sie wegen Totschlags an.

Demgegenüber ist das ärztliche Berufsrecht geradezu absurd, zehn von 17 Landesärztekammern verbie-

ten sie. So ist sie etwa in Berlin und Bayern erlaubt, in Westfalen-Lippe ein wenig, und Nordrhein ist sie berufsrechtlich ganz verboten. Ob diese Verbote halten, ist ohnehin fraglich. Denn „ein uneingeschränktes Verbot der ärztlichen Suizidhilfe darf nicht ausgesprochen werden“, so das Verwaltungsgericht Berlin (5).

Pro und Contra

Was spricht gegen die Suizid-Beihilfe?

Gegner der Suizid-Beihilfe argumentieren mit der Dammbrechgefahr. Ist erst die Suizidbeihilfe erlaubt, so seien die nächsten Schritte, etwa zur aktiven Sterbehilfe, vorprogrammiert. Das Angebot würde sich mit der Zeit ausweiten, es würde mithin ein Druck auf Behinderte und Alte entstehen, sich der Suizidbeihilfe preiszugeben.

Teils werden gar Parallelen zur verbrecherischen Euthanasie der Nazis – Tötung unwerten Lebens – in Diskussionen angeführt. Auch die für den Menschen bestehende Unverfügbarkeit des Lebens aus christlicher Sicht wie auch das Lebensrecht in Artikel 2 (2) des Grundgesetzes werden zitiert. Die Gesellschaft komme auf eine schiefe Bahn, wenn Ärzten Hilfe bei der Tötung erlaubt werde, das Arzt-Patienten-Verhältnis wäre beschädigt.

Gute Palliativversorgung würde Suizide verhindern, der Suizidwunsch sei daher als Hilferuf an den Arzt aufzufassen. Bei Sterbenskranken in guter leidenslindernder Behandlung stelle er eine Rarität dar, obgleich fast allen Patienten unbegrenzten Zugang zu tödlicher Medikation hätten. Auch

EIN FALLBEISPIEL

Die 58-jährige Maria litt an einem geschwürigen Brustkrebs. Beim Erstkontakt berichtete sie über ihren festen Entschluss, in der Schweiz Suizidhilfe anzunehmen. Auch thematisierte sie ihre erheblichen Beschwerden: Wir boten die Begleitung mit unserem Team und eine gute Symptomkontrolle an, sie möge uns 14 Tage die Chance geben, die Situation durchgreifend zu bessern. Es gelang unserem Team, die Schmerzen gut zu lindern, selbst der Geruch ließ sich mit Kohlekompressen, Metronidazol-Spülungen und Kaffee-pulver gut reduzieren. Gleichwohl empfand Maria ihre zunehmende „Entstellung“ als unerträglich. Die 6000 Euro für die Suizidbeihilfe in der Schweiz könne sie nicht berappen, daher habe sie sich für Giftgas entschieden. Hierzu hatte sie sich im Internet informiert. Die Methode ist allerdings lebensgefährlich – nicht nur für sie. Wie soll das betreuende Team nun handeln?

zeigten Untersuchungen, dass die meisten Forderungen nach einer Liberalisierung von jungen gesunden Erwachsenen, nicht jedoch von Betroffenen kämen.

Was spricht für die Suizid-Beihilfe?

Befürworter argumentieren mit dem Vorrang der Autonomie. Ausdruck des grundgesetzlich in Artikel 1 geschützten Würdegebots sei die Autonomie des Menschen. Ohne jeden Zweifel dürfe jedermann einen tödlichen Behandlungsverzicht einfordern, völlig Gesunde dürfen gar die rettende Bluttransfusion ablehnen. Die Selbsttötung werde ansonsten – mit steigender Tendenz – mit harten Methoden ausgeübt: Dabei steht das Erhängen auf Platz eins, auf den weiteren Plätzen Erschießen, Tod durch bewegliche Objekte (Zug), Sprung aus großer Höhe und Vergiftung. Bereits heute würden Ärzte umfangreich helfen, das gesetzliche Verbot würde den Graubereich ausweiten.

International sei bekannt, dass es eben bei der Suizid-Beihilfe nicht zu einem Dammbbruch komme. Dies sei zu belegen aus Ländern, wo diese gesetzlich geregelt ist. Seit Jahren stiegen die Zahlen bei der Suizidhilfe nur auf niedrigem Niveau. Ein Dammbbruch zeige sich dagegen eher bei der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe, wie das Beispiel Niederlande zeigt. Hier wäre es zu einer Verdreifachung der Todesfälle nach Legalisierung der Sterbehilfe gekommen. Auch zeige sich nur in den Benelux-Ländern eine Ausweitung auf Kriminelle, Demente oder sogar die „Euthanasia without request“ – also Tötung auf Verlangen ohne Verlangen (welch absurde Konstruktion).

Selbst bei bester Palliativversorgung sei nicht alles Leid zu lindern, es gäbe weiterhin Menschen, die berechtigt sagen: „Was mir noch bevorsteht, möchte ich nicht erleben.“ Letztlich würde für eine Liberalisierung die Mehrheit der Bevölkerung stehen, ebenso mehrheitlich der Deutsche Juristentag und ein großer Teil der Ärzte (45 % von denen, die schon mal mit einem solchen Wunsch konfrontiert wurden).

Unstrittig ist, dass eine einfache Verfügbarkeit die Suizidrate erhöhen wird, wie man nicht zuletzt aus der

besonders hohen Suizidrate bei Narkoseärzten sieht (6).

Unstrittig ist aber auch, dass ein sehr restriktives Gesetz Probleme eher verschärft. Kein Gesetz kann die Empfehlung „todsicherer“ Methoden im Internet verbieten. Verhindert wird aber die suizidabwendende ärztliche Hilfe, da sich Suizidenten in ihrer Not nicht mehr dem Arzt anvertrauen. Darüber hinaus werden Suizidwillige unbrauchbare (Medikamente, Autoabgase, Messer), leidvolle (exit bag, harte Methoden) oder fremdgefährdenden Empfehlungen (Kohlegrill, Tod durch bewegliche Objekte) verwenden.

Die Politik streitet

Während Gesundheitsminister Gröhe im Einvernehmen mit der Bundesärztekammerspitze jegliche organisierte Suizidhilfe – insbesondere auch durch Ärzte – verbieten will, steht dem ein parteiübergreifender Entwurf unter anderem von Bundestagsvizepräsident Hintze entgegen (7). Dieser möchte Ärzten eine Sonderstellung einräumen: „Ein Arzt darf Suizidbeihilfe nach Einhaltung strenger Sorgfaltskriterien und ausschließlich bei unheilbar Erkrankten mit begrenzter Lebenserwartung leisten. Er muss zuvor die Freiwilligkeit des Suizidwunsches geprüft und den Patienten umfassend und lebensorientiert über andere, insbesondere leidenslindernde Möglichkeiten aufgeklärt haben. Außerdem ist ein zweiter Arzt hinzuzuziehen und eine Bedenkzeit einzuhalten.“

Weitere Anträge sind in Vorbereitung, teils soll das Recht auf Suizidhilfe eher noch liberaler geregelt werden zulasten des Lebensschutzes eventuell behandelbarer Suizidenten. Hier wird nach meiner Meinung vergessen, dass die meisten Suizide aus behandelbarer Not heraus erfolgen. Eine sichere Trennung von den oben angegebenen aussichtslosen Situationen ist nicht durch eine „psychiatrische Begutachtung“ zu erzielen, sondern nur durch nachvollziehbare Kriterien wie nahes Lebensende und großes Leid.

Alle (!) Politiker erkannten den Stellenwert der Palliativmedizin und „gelobten, sie zu fördern“. Konsens

besteht aber auch, dass Palliativmedizin eben doch nicht immer jeden Sterbewunsch mindern kann.

Mehr als zwei Millionen Ältere sind alleinlebend, jeder vierte wird nur einmal pro Monat besucht, jeder Zehnte erhält überhaupt keinen Besuch mehr (8). Tendenz steigend. Weniger als zehn Prozent der Sterbenden erhalten eine professionelle medizinische, pflegerische und psychosoziale Begleitung (9). Hier besteht dringender Handlungsbedarf und sicher kann die Forderung mancher „Pentobarbital in der Apotheke auf Kassenrezept“ dem nicht gerecht werden.

Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin stimmten mehrheitlich für den Hintze Vorschlag. Tendenziell häufiger für Suizid-Beihilfe waren Pflegepersonal, Mitglieder, die das Sterben eines Familienmitglieds als leidvoll empfunden hatten, Frauen oder selber Betroffene.

In dem Fallbeispiel (Kasten, S. xxx) wäre dem Arzt beim Gröhe-Vorhaben wohl nur die Zwangseinweisung auf dem Sterbebett anzuraten, beim Hintze-Entwurf darf er seinem Gewissen folgen.

Gerne würden wir Ihre Meinung erfahren – stimmen Sie ab unter www.sapv.de.

(1) Süddeutsche: Gestatten: Dr. Tod. <http://www.sueddeutsche.de/politik/sterbehelfer-roger-kusch-gestatten-dr-tod-1.182631>

(2) Thöns M, Sitte T: Repetitorium Palliativmedizin. Springer 2013

(3) Stoppe, Gabriela (2012): Ein altersfeindliches Klima fördert das Bilanzieren. In: Curaviva 12. S. 13–15

(4) LG Deggendorf (2014): Az.: 1 Ks 4 Js 7438/11

(5) VG Berlin 9 K 63.09 v. 30.03.12

(6) Reimer C, Trinkaus S, Jurkat HB. Suizidalität bei Ärztinnen und Ärzten. Psychiatr Prax. 2005;32(8):381–385

(7) <http://www.tagesschau.de/inland/sterbehilfe-101.html>

(8) Jung, Friederike (2014): Ausgemustert. In Rheinpfalz am Sonntag. 5. Januar

(9) Von Ehr, Anne-Susann (2014): Das Geschäft mit dem Tod. In: Rheinpfalz. 6.1

Dr. Matthias Thöns, Arzt für Anästhesiologie, Notfall-, Palliativmedizin, spez. Schmerztherapie
Anästhesiepraxis Thöns-Müller-Berge GbR
Wiesenstraße 14, 58452 Witten
www.der-schlafdoktor.de
www.Palliativnetz-Witten.de
thoens@mobileanaesthesie.de