

Humanes Leben – Humanes Sterben 2023-2

Artikel von Seite 25 (in ganzer Länge)

Bericht der Veranstaltung „Hilfe zum Suizid – erlaubt, aber wie weiter?“

Am 01. Februar 2023 fand in Hamburg im Besenbinderhof eine Podiumsdiskussion statt, die vom Förderverein Ambulante Palliativarbeit Hamburg e.V. (FAPH) in Kooperation mit den DGB-SENIOREN HAMBURG organisiert wurde. Der Saal bietet bei einer Reihenbestuhlung Platz für 196 Personen. Leider war der Saal nur zu zwei Dritteln gefüllt, was sehr wahrscheinlich dem Streik des HVV (Busse und U-Bahnen) geschuldet war, denn der Besenbinderhof bietet kaum Parkmöglichkeiten. Die Diskussion wurde von Dr. Lutz Hoffmann, dem Gründer der 1. Palliativstation in Hamburg im AK Barmbek, eröffnet und geleitet.

Als Gäste waren Dr. Michael de Ridder (Arzt, Autor), Dr. Nina Scheer (MDB, SPB), Dr. Bettina Wehner-Wöbbeking (DGB Hamburg) und Sven Goldbach (Leiter des Goldbach Palliativ-Pflege Teams) eingeladen.

Zu Beginn schildert Dr. de Ridder noch einmal den geschichtlichen Verlauf der Suizidhilfe, die bis 2015 als Beihilfe zur Selbsttötung nicht untersagt war. Er erinnert in seinen Schilderungen an den „Fall Hackethal“ von 1986, bei dem Hackethal einer von Krebs im Gesicht entstellten Frau zum Suizid verhalf und sich vor Gericht rechtfertigen musste. Die Verhandlung endete jedoch in einem Freispruch, da die Frau das Gift selbständig eingenommen hatte.

Das publikumsträchtige Vorgehen von Hackethal eröffnete eine Debatte zur Hilfestellung bei Selbsttötungen in den 1980er-Jahren, die 2009 in ein Patientenverfügungsgesetz mündete. Die Selbstbestimmung von Patient:innen trat dabei immer mehr in den Vordergrund. Auch medizinisch machbare Behandlungen auf Intensivstationen, die eine qualvolle Sterbeverzögerung mit sich brachten, führten dazu, dass immer mehr Menschen diese Behandlungen mittels Patientenverfügung ablehnten. Die Definition der Hirntodkriterien von 1997, die bis heute umstritten sind, bestärkten die Bemühungen um Vorbeugung durch eine Patientenverfügung.

Parallel zur öffentlichen Diskussion gab es eine Diskussion unter der Ärzteschaft mit dem Tenor, dass Sterbehilfe von ärztlicher Seite nicht erlaubt sei. Es gab von verschiedenen Gruppierungen Druck für eine juristische Regelung, um die „geschäftsmäßige“, also auf Wiederholung angelegte Suizidhilfe zu verhindern, was zum §217 StGB führte. Der Paragraph war jedoch schwer umstritten und die Debatte ging bis vor das Bundesverfassungsgericht, das letztendlich den § 217 im Februar 2020 als nichtig erklärte.

Das Revolutionäre ist nun, dass jede:r Mensch in der Bundesrepublik Deutschland ein Recht auf Suizid und auch Suizidhilfe unabhängig von Alter, Erkrankung oder sonstiger Begründung hat. Die Freiverantwortlichkeit jedes Einzelnen steht somit wieder im Vordergrund. Der Schutz von Bedürftigen sei laut de Ridder gesetzlich durch das Strafgesetzbuch gewährleistet, daher brauche es auch keinen neuen §217 StGB.

Trotzdem diskutiert der Bundestag über drei neue Gesetzesvorlagen, deren zentrales Thema die Definition von Freiverantwortlichkeit ist, denn neben der Meinung, dass es keine Regelung braucht, gibt es eben auch eine große Mehrheit, die den Wunsch hegt, dass man Menschen vom Suizid abhalten müsse. Frau Scheer (MDB, SPD) skizziert diese drei neuen Entwürfe, die parteiübergreifende Gruppenanträge sind. Einer davon enthält wieder den Begriff der „Geschäftsmäßigkeit“, der auch Angehörige betreffen würde, wenn sie beabsichtigten, mehr als einem Verwandten beim Sterben zu helfen. Die Kriminalisierung von helfenden Angehörigen wäre die Folge. Ein weiterer Entwurf enthielte eine Beratungspflicht, ähnlich dem §218 StGB, der Suizid erst nach einer entsprechenden Beratung ermöglichen soll. Es wird ein (psychiatrisches) Gutachten gefordert, womit das Recht auf ein

selbstbestimmtes Sterben verwehrt wäre. Ein anderer Entwurf sieht niedrigschwellige Beratungsgespräche vor, die jedoch keinen Einfluss auf die Entscheidung der Betroffenen haben sollen. Sie sollten eher dazu dienen, Menschen Hilfsangebote zu eröffnen. Dieser dritte Entwurf reduziert die Sterbehilfe ohne Strafverfolgung nur auf den Fall von Krankheit und bezieht sich auf eine „medizinische Notlage“, die den Sterbewunsch begründet. Auch hier wäre eine Beratung durch den behandelnden Arzt verpflichtend, der freie Wille müsste durch eine Zweitmeinung attestiert werden. Damit wäre eine selbstbestimmte Sterbehilfe bei Lebensattheit verwehrt. Möglicherweise gäbe es bei nicht-Krankheit eine Grauzone, indem zwischen den Beratungen ein längerer Zeitraum liegt. Im gleichen Zuge gäbe es erweiterte Regelungen zur Suizidprävention.

Frau Speer stellt die drei Faktoren vor, die eine freie Willensentscheidung bedingen: die Dauerhaftigkeit des Sterbewunsches, die Ernsthaftigkeit des Ansinnens und die Selbstbestimmtheit des/der Betroffenen. De Ridder führt den 2020 ausgestrahlten Fernsehfilm „Gott“ von Ferdinand von Schirach an, in dem ein 78-jähriger Mann ohne ernsthafte Erkrankung vor Gericht eine Suizidbeihilfe erlangen möchte. Am Ende des Filmes entscheiden 71% der Zuschauer, dass dem Wunsch des Seniors nach Sterbehilfe stattgegeben werden soll.

Frau Wehner-Wöbbeking vom Seniorenbund des DGB weist als dritte Rednerin darauf hin, dass die Selbsttötung auch aus einer Krankheit heraus hoch tabuisiert ist. Als Gewerkschaftsvertreterin sieht sie auch die Position der Pflegenden und der Mitarbeitenden von Einrichtungen. Sie beruft sich auf Artikel 1 und 2 des Grundgesetzes, das die Würde und Freiheit des Menschen immer in Bezug zu Sinnhaftigkeit setzt. Wenn ein Mensch keinen Sinn mehr in seinem Leben sieht, muss er auch das Recht haben, sterben zu dürfen. Sie führt das Beispiel eines 23-jährigen Sportlers an, der nach einem Unfall eine Tetraplegie, also eine Lähmung aller vier Gliedmaßen hatte, die seinen Wunsch zu sterben begründet. Aus der eigenen Familie bringt sie das Beispiel eines 83-jährigen ein, der im Stadium einer Demenzerkrankung mit noch wechselnden Symptomen von Klarheit und Verwirrung, Suizid beging. Er war Ingenieur und berechnete, mit welcher Geschwindigkeit er auf ein Betonsilo auffahren musste, um zu versterben, was er dann auch in die Tat umsetzte (und dabei verstarb). Frau Wehner-Wöbbeking fragt sich in diesem Fall, ob dies mit der Würde des Menschen vereinbar sei, dass ein Mensch solch' eine Verzweiflungstat begehen müsse, weil er keine Sterbehilfe bekäme.

Als 4. und letzter Redner stellt Sven Goldbach die Situation von Palliativpatienten dar. In seiner Einrichtung werden jährlich etwa 1000 Menschen begleitet, wobei etwa 650 davon sterben. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts habe seinem Team etwas Sorge bereitet, da sie eine Suizidwelle befürchteten. Dabei wird im Goldbach-Team generell ergebnisoffen beraten. Man gebe auch Tipps zur Sterbebegleitung in den Niederlanden und der Schweiz.¹ Interessant fand Herr Goldbach Zahlen aus Belgien, die aufzeigen, dass in 15 Jahren legaler Sterbehilfe die Rate an Suiziden nur von 0,2% auf 2,4% gestiegen sei. Generell würde er wahrnehmen, dass der Sterbewunsch in den Hintergrund tritt, wenn Schmerzen und Atemnot medikamentös gelindert werden. Dabei kann dem Großteil der Betroffenen geholfen werden. Er lehnt die Entwürfe mit Beratungspflicht ab und betont, dass Vereinsamung eine zunehmende Problematik sei, der man als Gesellschaft begegnen müsse. Hier sieht er Ansätze wie Quartiersarbeit und Nachbarschaftshilfe, die weiter ausgebaut werden müssten.

Nach den Redebeiträgen wird die Diskussion unter den Podiumsteilnehmern eröffnet. Dabei zeigt sich immer wieder, dass die Palliativversorgung mit der Sterbehilfe sehr eng verknüpft wird, als ob sie der linke und der rechte Schuh eines Paar Schuhe wäre. Dabei sind Palliativmedizin und Sterbehilfe aus meiner Sicht zwei verschiedene Paar Schuhe, die nicht unbedingt etwas miteinander zu tun haben! Gesunde, aber fortgeschritten alte Menschen mit Schmerzen und Hilflosigkeit können gar keine Palliativversorgung und angemessene Schmerztherapie bekommen, wenn sie keine entsprechende Diagnose haben. Darauf weist auch Herr de Ridder immer wieder hin. Zudem zeigt sich, dass das Thema

¹ Das Angebot der DGHS war Herrn Goldbach bis zu diesem Tag nicht bekannt. Ich habe das Gespräch mit ihm gesucht und wir stehen in engem Austausch!

Suizidprävention die Realität von kranken und alten Menschen ausblendet. Teilweise kommen realitätsferne verklärte Einwände, dass man auch im Pflegefall eine hohe Lebensqualität erreichen könnte und mir stellt sich die Frage, ob die Realität in manchen Pflegeheimen gerade im Zuge des Pflegenotstands wirklich realistisch eingeschätzt wird. De Ridder betont dabei immer wieder, dass Suizid seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts wieder ein Grundrecht ist (wie auch vor 2015!). Er zieht den Vergleich zum §5 GG der Meinungsfreiheit, die auch nicht reglementiert werden darf. Da die Gesetzeslage des Strafgesetzbuches wie mehrfach erwähnt allen Menschen genügend Schutzraum gewährt, braucht es aus seiner Sicht gar kein neues Gesetz.

De Ridder stellt noch einmal deutlich heraus, dass die ärztlich begleitete Sterbehilfe immer die „Ultima Ratio“ ist, wenn Palliativbegleitung, ein Hospizaufenthalt oder das Sterbefasten ausreichend mit den Betroffenen erwogen wurde. Deshalb sind Palliativmedizin und Sterbehilfe keine Antagonisten, sondern Sterbehilfe ist oft nicht nur gerechtfertigt, sondern genauso oft geboten. An dieser Stelle sei auch erwähnt, dass jeder Arzt mit seinem Arztausweis tödliche Medikamente in der Apotheke kaufen kann, um sie sich oder seiner Familie zu verabreichen. Was jedem Arzt gewährt wird, will ein neues Gesetz jedem normalen Bürger jedoch verwehren! De Ridder führt das Beispiel der Herztransplantation an, für die es auch keine Gesetzgebung braucht, obwohl die Behandlung potentiell tödlich enden kann. Er verweist auf die dialogische Entscheidung zwischen Arzt und Patient, die den meisten Behandlungen zugrunde liegt, so eben auch beim Thema Suizid. Es habe sich seit 1894 nicht geändert, dass JEDE Behandlung einer Indikation und des entsprechenden Einverständnisses des Patienten bedarf. Zudem müsse bei jeder Behandlung die Einwilligung- und Einsichtsfähigkeit des Patienten geprüft werden. Die nicht-Beachtung dieser Prinzipien sei in jedem Fall eine schwere ethische (und juristische) Verfehlung.

Dr. Hoffmann ergänzt, dass die Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin darauf hinweist, dass es überhaupt nicht genügend Experten gäbe, die den Patientenwunsch (gutachterlich) überprüfen könnten, sprich: eine gesetzlich geforderte Beratung wäre nicht realisierbar. Herr Goldbach verweist in diesem Zusammenhang ebenfalls auf den Fachkräftemangel, der dazu führt, dass ein Beratungsangebot gar nicht umgesetzt werden kann. Einsamkeit ist immer wieder ein Thema, das die gesamte Diskussion begleitet und Frau Wehner-Wöbbeking betont ihre Sichtweise, dass sie glaubt, dass der Mensch generell leben wolle und nicht sterben. Daher unterstützt sie den Entwurf mit Beratungspflicht, die ihrer Ansicht nach vom Hausarzt oder einem Internisten durchgeführt werden könne. Sie vertritt die Haltung, dass Ärzte diese Beratung leisten können müssen.

Herr de Ridder hält dagegen, dass viele Suizidhilfe-Anträge von Hochbetagten kommen, die aufgrund fortschreitender Alterserkrankungen einen Autonomieverlust befürchten. Diese Menschen würden ihre Menschenwürde verletzt sehen, wenn sie Vollpfleglinge würden. Er weist darauf hin, dass gerade diese Personengruppe ohne manifeste Erkrankungen in den nächsten Jahren stark anwachsen werde. Keine:r der Beteiligten leugnet den Bedarf an Lebenshilfe und Suizidprävention. Diesen Bedarf hätten jedoch eher Menschen in der Lebensmitte, die durch Arbeits- oder Partnerverlust in eine Krise geraten. Dr. Hoffmann betont abschließend noch einmal, dass die Suizidhilfe neue Möglichkeiten für schwer leidende Menschen eröffnet.

Nach einer kontroversen Diskussion des Podiums wird die Diskussion im Saal eröffnet. Es steht dafür ein Mikrofon zur Verfügung, so dass die Meinungsäußerungen gut verstanden werden können. Dabei stellt sich heraus, dass die Debatte um die Sterbehilfe bei Menschen mit psychiatrischen Diagnosen ein besonders schwieriges Thema ist, für das es keine einfache Lösung gibt. De Ridder verweist auf die Möglichkeiten, die eine reguläre Patientenverfügung bietet, indem lebensverlängernde und Notfall-Maßnahmen untersagt werden. Natürlich dürfe psychisch Erkrankten die Freiverantwortlichkeit nicht generell abgesprochen werden, aber sie sei eben sehr schwer zu ermitteln. Eine Teilnehmerin nimmt dies zum Anlass auf die vielen Hilfsangebote für depressiv erkrankte Menschen hinzuweisen. An dieser Stelle wird deutlich, dass sich beim Thema Suizid als freie Lebensgestaltung vieles hineinmisch und die Diskussion stark von Emotionen geprägt ist.

Besonders der Beitrag eines Teilnehmers sticht heraus, der eine Demenzerkrankung fürchtet und den Wunsch hat, zu gegebener Zeit Sterbehilfe erhalten zu können, indem er sie in seiner Patientenverfügung niederschreibt. Neben dem erneuten Verweis von de Ridder auf eine wirkungsvolle Patientenverfügung, wird einmal mehr deutlich, dass bei vielen Menschen der feine Unterschied der notwendigen Selbstbestimmung in Abgrenzung zur Tötung auf Verlangen nicht bewusst ist. Es zeigt sich immer wieder der Wunsch nach Sterbehilfe, wenn die Betroffenen selbst nicht mehr Hand an sich legen können. Dass damit das Terrain der Euthanasie betreten wird, ist für viele schwer zu begreifen. Aus den Beiträgen wurde jedoch ebenso deutlich, dass viele dieser Menschen sich noch gar nicht um eine wirkungsvolle Patientenverfügung bemüht haben und dass allgemein noch viel Aufklärungsarbeit zu leisten ist.

Irrigerweise zeigt sich zum Ende der Debatte noch einmal (aus meiner Sicht) das Missverständnis, dass Suizide sich durch den Ausbau des Palliativangebotes verhindern ließen. Dieses kommt aber nur im Krankheitsfall zum Zuge. Es zeigt sich einmal mehr, dass der Wunsch nach Sterbehilfe häufig mit klassischer Suizidalität verwechselt wird. Deshalb sei es besonders wichtig, so de Ridder, dass vor der Durchführung der Suizidhilfe der Sterbewunsch ohne Druck von außen wohlwogen wurde und dies auch schriftlich festgehalten würde. Dies gibt de Ridder auch einer Frau mit auf den Weg, die ihrem Mann im Sterben helfen möchte.

Die Veranstaltung zeigte deutlich, dass die Sterbehilfe ein äußerst komplexes Thema ist und es war erstaunlich, was in knappen zwei Stunden so alles abgehandelt wurde.

Karoline Dichtl

Ehrenamtliche lokale Ansprechpartnerin der DGHS in Hamburg