

www.reimbibel.de/Dr-Thomas-Sitte-Sterbehilfe-217-StGB.pdf

Über den Einsatz von Dr. Thomas Sitte für ein Verbot der geschäftsmäßigen Suizidhilfe.

A Auszug aus meiner Verfassungsbeschwerde gegen § 217 StGB. Den gesamten Text der Beschwerde sowie weitere Kritik am § 217 von mir und von anderen Autoren findet man von dieser Seite aus: www.reimbibel.de/217.htm

Prof. Dr. Wolfgang Klosterhalfen, In der Donk 30, 40599 Düsseldorf, 3.10.2017 wk@reimbibel.de

B Kommentar zur Stellungnahme von Sitte und Schütz für das Bundesverfassungsgericht

3.3 Deutsche PalliativStiftung (DPS)

3.3.1 Angaben zur Stiftung

Die DPS wurde am 8.5.2010 in Fulda gegründet. Vorsitzender des dreiköpfigen Vorstands ist seitdem Dr. med. Thomas Sitte, einer der führenden Palliativmediziner in Deutschland. Sitte ist evangelischer Christ und vertritt die umstrittene These, dass bei guter Palliativbehandlung ein Suizid nicht nötig ist. Er lehnt ärztliche Suizidhilfe kategorisch ab. Ein weiteres Vorstandsmitglied ist Pfarrer und Krankenhausseelsorger. Zum Stiftungsrat gehörte die ehemalige Richterin am BGH Prof. Ruth Rissing-van Saan und neuerdings ein Staatsminister im Kanzleramt. Zu den Zwecken der Stiftung zählt die „Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens auf den Gebieten der Hospizarbeit und Palliativversorgung“ durch den Ausbau und die Vernetzung entsprechender Angebote.

Frau Dr. Rissing-van Saan hat den BGE gegen dessen Kritiker verteidigt, u.a. als Gutachterin für den Rechtsausschuss des Bundestags. Herr Dr. Sitte hat ebenfalls als einer von zwölf Sachverständigen den Rechtsausschuss beraten, außerdem die Kirchen, die CDU/CSU und die Brand/Griese-Gruppe. Er hat mit Erfolg eine – teilweise unseriöse und befremdliche – Kampagne für ein „Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ betrieben, was im Folgenden ansatzweise dargestellt werden soll.

3.3.2 Einfluss der DPS auf das Zustandekommen des § 217

Die DPS hat daran mitgewirkt, die CDU/CSU von ihrem Plan abzubringen, nur die gewerbliche Suizidhilfe zu verbieten:

„Diskussion um das Verbot der Förderung der gewerblichen Suizidbeihilfe

Fraktionsoffene Sitzung der CDU/CSU am 29.01.2013

Für die CDU/CSU Bundesfraktion fand am 29.01.2013 eine fraktionsoffene Sitzung zum aktuellen Gesetzentwurf statt. Thomas Sitte war als Experte eingeladen. Es ergab sich eine gemeinsame Linie mit der Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, Dr. Martina Wenger und den anwesenden Prälaten der evangelischen und katholischen Kirche, in der Argumentation ergänzten wir uns sehr gut. Die Fraktion scheint unseren Argumenten folgen zu wollen.“ S. 19

http://www.palliativstiftung.de/fileadmin/user_upload/PDF/2014-09-10_Stiftungsbericht_2010-2013_Stand_10.09.14.pdf

Diese kurze Notiz weist schlaglichtartig darauf hin, wer die treibenden außerparlamentarischen Kräfte waren, die schließlich zum neuen § 217 geführt haben: Nicht das Volk, sondern die Kirchen und konservative ärztliche Gruppierungen.

„Gruppenantrag „Suizidassistentz“

Im Rahmen der Sondierungsgespräche zu den Gruppenanträgen ist die Deutsche PalliativStiftung an Bedeutung gewachsen und nun regelmäßiger Gesprächspartner und Berater der großen Parteien, der Christlichen Kirchen und anderer Gruppen. Dadurch wurde unsere Position als ein verlässlicher Partner für sachgerechte, fundierte und qualifizierte Information wesentlich gestärkt.“ Tätigkeitsbericht der DPS 2014, S. 17

„Ein wichtiges Projekt der Deutschen PalliativStiftung konnte während der Amtszeit von Frau Prof. Dr. jur. Ruth Rissing-van Saan erfolgreich abgeschlossen werden. Die Stiftung hat intensiv am Verbot der geschäftsmäßigen Beihilfe zur Selbsttötung mitgearbeitet. Insbesondere Stiftungsrätin Prof. Rissing-van Saan war hochkompetent an vielen Gesprächen und Beratungen beteiligt.“

<http://www.finanzen.at/nachrichten/aktien/Staffeluebergabe-im-Stiftungsrat-der-Deutschen-PalliativStiftung-Prof-Ruth-Rissing-van-Saan-beerbt-Dr-Carsten-Schuetz-FOTO-1000908241>

11.11.2015

Es ist nicht zu bestreiten, dass die DPS bei ihrem Kampf gegen die organisierte Suizidhilfe verlässlich an der Seite der Kirchen, konservativer christlicher Parteien und christlicher Abgeordneter des Bundestags (s. 2.8) sowie konservativer Ärzte stand. Beim Vorsitzenden der Stiftung ist mir jedoch bei meinem Besuch der Sitzung des Rechtsausschusses des BTs am 23.9.2015 aufgefallen, dass er als Sachverständiger mehrfach nicht sachgerechte, nicht hinreichend fundierte und unqualifizierte Ansichten verbreitet hat.

Eine völlig an der Realität vorbeigehende Behauptung stellte die DPS schon in ihrer Pressemeldung vom 17.6.2014 auf:

„Nach einer aktuellen Umfrage im Auftrag der Schwenninger-BKK können es sich 70% der Deutschen vorstellen, am Lebensende getötet zu werden, z.B. durch einen Arzt. 73% der Befragten gaben sogar an, sie hätten große Angst, leiden zu müssen. Die Deutsche PalliativStiftung sagt hierzu eindeutig: Angst vor unerwünschtem Leiden muss kein Todkranker haben!“

http://www.palliativstiftung.de/fileadmin/downloads/palliativstiftung/2015-09-28_Taetigkeitsbericht_2014.pdf S. 3

Ähnliches soll Herr Sitte im Vorfeld einer Podiumsdiskussion behauptet haben:

„Wenn wir alle Möglichkeiten der Hospizarbeit und Palliativversorgung ausschöpfen muss kein Mensch sich das Leben aus Angst vor unerträglichem Leiden nehmen.“

<http://www.petra-sitte.de/termine/gespraechsabend-soll-der-assistierte-suizid-erlaubt-bleiben>

In einem 2015 erschienenen Aufsatz für die Konrad-Adenauer-Stiftung schrieb Sitte unter Verweis auf die Möglichkeiten der Palliativmedizin:

„Um Leiden am Lebensende zu lindern, ist demnach organisierte, geschäftsmäßige oder gewerbsmäßige Beihilfe zur Selbsttötung überflüssig.“

http://www.kas.de/wf/doc/kas_40105-544-1-30.pdf?150112095906 S. 9

Es ist skandalös, dass sich die Brand-Griese-Gruppe von einem Palliativmediziner hat beraten lassen, der in seinem Eifer imstande ist, einen derartigen Unsinn in die Welt zu setzen. Denn die meisten Todkranken in Deutschland bekommen bisher keinen Palliativmediziner zu Gesicht, und viele Menschen, die im Sterben liegen, werden noch ins Krankenhaus geschafft, und dort aus Gewinnsucht operiert, chemotherapiert, mit Schläuchen versehen und am Sterben gehindert.

Siehe Matthias Thöns: „Patient ohne Verfügung: Das Geschäft mit dem Lebensende“, Piper 2016. Im Vorwort zu diesem Buch, das ein Bestseller geworden ist, schreibt Dr. Karl Lauterbach (SPD):

„Dr. Thöns berichtet aus seinem Alltag von Fällen, bei deren Schilderung einem der Atem stockt. Da werden Menschen entgegen ihrem Willen teils über Jahre durch Apparatedizin am Sterben gehindert, oder es wird Chemotherapie mit starken Nebenwirkungen in den letzten Lebenswochen und Tagen verabreicht. Er berichtet auch von Strahlentherapie und Operationen kurz vor dem Lebensende, bei denen schon vor dem Eingriff klar war, dass sie nicht dem Patienten, sondern nur noch der abrechnenden Klinik nützen würden. Auch in Fällen von Lungen-, Nieren- und Herzversagen berichtet er vom fragwürdigen Einsatz der Apparatedizin zulasten schwer kranker Menschen.“

Außerdem fürchten sich die meisten Menschen völlig zurecht vor einer langen und schweren Leidensphase vor dem Tod, da ihnen nicht nur Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Atemnot etc., sondern auch Hilflosigkeit, Abhängigkeit, Einsamkeit, „Lustverlust“, Ausfall von Sinnes- und Körperfunktionen, Sinnlosigkeit, quälende Langeweile und andere schwerwiegende Beeinträchtigungen drohen.

3.3.3 Zur Diskussion zwischen Herrn Sitte und Frau Baezner (DGHS)

Elke Baezner, bis vor kurzem Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS), und Herr Sitte haben miteinander via E-Mail über Probleme der Sterbehilfe und vor allem über die Rolle des Arztes bei der Suizidhilfe gestritten und diese Diskussion im Internet veröffentlicht.

Herr Sitte hat sich offensichtlich um die Palliativmedizin verdient gemacht, vertritt aber beim Streit um die ärztliche Suizidhilfe nicht selten recht eigenartige Ansichten. Zurecht hat Herr Sitte am 16.7.2013 gegenüber Frau Baezner eingeräumt:

„Aber ich begeben mich jetzt auf ein für mich unsicheres Terrain, da ich zwar medizinisch sicher eine gute Expertise habe, menschlich, religiös (christlich), rechtlich aber nur als „normaler“ Mensch denke und handele.“

Leider ist der Schuster jedoch nicht bei seinen Leisten geblieben, sondern hat wesentlich dazu beigetragen, dass sich in den Köpfen vieler Abgeordneter das unsinnige Motto „Palliativmedizin statt Suizidhilfe“ festgesetzt hat.

Weiter schrieb Herr Sitte in der Diskussion mit Frau Baezner am 18.4.2013:

„Fast alle Suizidwilligen können selber Gogeln und Serven. Da gibt es Tipps und Tricks in ausreichender Zahl wie man leidfrei und auch ästhetisch aus dem Leben scheiden kann.“

Auch diese Behauptung ist nicht haltbar, wie z.B. das Googeln nach „Suizidmethoden“ und Durchsehen von aufgelisteten Artikeln zeigt. Die Trockeneis-Methode und Anderes, was dort besprochen wird, möchte ich jedenfalls nicht ausprobieren.

Frau Baezner schrieb am 4.11.2013 an Herrn Sitte u.a.:

„Lieber Herr Sitte,

was unsere Leser interessiert, sind diese 10 % der Divergenzen. Sie meinen: „Jemand, der beim Suizid assistiert, braucht dafür weder Facharztweiterbildung noch Medizinstudium. Ganz sicher auch keine ärztliche Approbation.“

Natürlich kann man sich mit dem Strang, mit der Pistole, mit Rattengift oder Diabetes-Medikamenten und Medikamenten-Mixen aus der Hausapotheke das Leben nehmen. Man kann

auch von der Brücke, aus dem 3.Stock des Krankenhauses oder vor den Zug springen. Mit Menschenwürde hat das aber nichts zu tun.

Nur Ärzte können (oder sollten es zumindest können) beurteilen, welches Medikament in Zusammenhang mit den vom Schwerkranken i. a. schon lange eingenommenen anderen Mitteln wie wirkt. Die Verantwortung, dies zu beurteilen und dann die richtige Dosierung des bestgeeigneten Medikaments einzusetzen, dürfen sie nicht auf einen medizinischen Laien abwälzen. Der Leidtragende, wenn es schief geht, wäre gerade der verzweifelte Sterbewillige.

Der Arzt hat über den Rezeptblock das Monopol für den Zugang zu suizidgeeigneten Medikamenten. Er darf sich nicht so leicht aus der Affaire ziehen und das „schmutzige Geschäft“, als das die Ärzteorganisationen und manche Politiker die Beihilfe zum Sterben betrachten und auch so nach außen kommunizieren, anderen überlassen.“

Die eigenartige Antwort von Herrn Sitte beginnt wie folgt:

„Liebe Frau Baezner,

die ständigen Forderungen, dass wir Ärzte zum Suizidbeistand und zur Tötung brauchen, werden durch die Wiederholung nicht wahrer. Ärzte lernen nicht während des Studiums zu töten. Ärzte lernen auch kein richtiges Töten während der Facharztweiterbildung. Ärzte lernen es auch nicht, wie viel von welchen Medikamenten man noch extra braucht, um sicher aus dem Leben zu scheiden oder geschafft zu werden.

Also wozu fordern Sie Ärzte, wenn vielleicht 98% dieser Berufsgruppen vom Töten nur einen Bruchteil dessen verstehen, was Tierärzte oder Jäger meisterlich beherrschen? ...“

<http://www.sterbehilfe.eu> 9.12.2013

Es müsste eigentlich Herrn Sitte bekannt sein, dass Tierärzte zwar mit Pentobarbital Katzen und Hunde, aber nicht Menschen einschläfern dürfen, und Jäger nicht Menschen erschießen dürfen.

Vor dem Rechtsausschuss des Bundestag vertrat Herr Sitte am 23.9.2015 hingegen die Auffassung, jeder Hausarzt könne töten (bzw. beim Suizid helfen):

„Es ist pervers zu sagen, aber einen Menschen zu töten ist nicht wirklich schwierig. Ich möchte mir jetzt keine Gedanken machen, es ist auch nicht qualitätsgesichert, aber jeder Hausarzt kann das, jeder Nachbar kann das eigentlich auch.“

<http://dbtg.tv/cvid/5829561> (ab 4:50:05)

Nach eigenen Angaben wurde Herr Sitte schon von weit über 100 Patienten um Hilfe beim Suizid gebeten, zum Teil auch um aktive Tötung. Diese Bitten habe er jedes Mal abgelehnt. Das ist zwar sein Recht, aber bei erbetener Suizidhilfe oft ethisch problematisch, wie z.B. der folgende Fall zeigt:

„Vor Jahrzehnten betreute ich als Arzt eine junge Patientin in Berlin mehrere Monate. Dann stand mir ein Wechsel bevor und sie bat mich, ganz konkret, sie zu töten. Wir haben darüber stundenlang gesprochen. Ich habe ihr schweren Herzens (!) den verständlichen Wunsch abgeschlagen und diese Last werde ich mein Leben lang in mir tragen. ... Ich weiß nicht, wie es ihr ergangen ist. Ich fürchte, es ist das für sie schlimmste geschehen, man hat sie gegen ihren Willen am Leben erhalten. ... Ich würde diese junge Frau auch heute nicht töten oder ihr beim Suizid helfen. Aber ich würde heute alles dafür tun, dass sie palliativ behandelt wird und so begleitet sterben darf.“

<http://www.sterbehilfe.eu> (2. Beitrag)

Diese junge Frau, der eine Atemlähmung bevorstand, wollte aber nicht „so begleitet sterben“. Sie wird sich darüber im Klaren gewesen sein, dass sie in großer Gefahr war, gegen ihren Willen künstlich beatmet zu werden, und wollte dieser Gefahr entkommen. Dazu hätte man ihr auch anbieten können, mit dem Mund einen Schalter zu betätigen, der eine tödliche Infusion startet. Aber auch das hat Herr Sitte – aus religiösen Motiven und/oder mit Rücksicht auf den (kirchlichen?) Träger der Einrichtung, in der die Patientin lag? – seiner verzweifelten Patientin nicht angeboten. Er hat ihr auch keinen anderen Arzt vermittelt, der ihren Willen respektiert und ihr beim Suizid geholfen hat.

3.3.4 Die politisch ambitionierte Dissertation von Herrn Sitte

Herr Sitte hat 2015 einen Dissertations-Entwurf verfasst und für seine § 217-Kampagne ins Internet gestellt, wo sie jetzt – leicht verändert – unter einer neuen URL (s.u.) einsehbar ist: „Palliative Versorgung statt Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen? Über eine mögliche Notwendigkeit lebensverkürzender Maßnahmen. Vollerhebung im Sinne empirischer Sozialforschung bei Palliativmedizinern in SAPV-Teams im Saarland und in Hessen sowie bei Kinder-SAPV-Teams in Deutschland“. (SAPV: Spezielle Ambulante Palliativ Versorgung)

Dazu hat Sitte unter Palliativmedizinern im Mai 2015 Daten erhoben. In einem Schreiben an 49 Leiter palliativmedizinischer Teams teilte er diesen u.a. mit:

„Viele von uns sind intensiv in die Diskussion über ein neues Gesetz über die Beihilfe zur Selbsttötung eingebunden und die PalliativStiftung selber ist nicht ganz unschuldig, dass die Diskussion überhaupt aufkam. Nun wollen wir für die politische Diskussion auch das Meinungsbild von in der SAPV tätigen Ärzten hinsichtlich der Thematik erfassen. Ihre Antworten sind daher außerordentlich relevant. Uns ist bewusst, dass Ihre Zeit kostbar ist. Wir versichern Ihnen, dass Ihre Angaben – selbstverständlich in zusammengefasster und anonymisierter Form – unmittelbar in den aktuellen Entscheidungsprozess im Bundestag einfließen und dort Beachtung finden werden.“

http://scidok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2016/6462/pdf/Dissertation_Thomas_Sitte.docx.pdf S. 169

Eine derart interessengeleitete „Forschung“ eines politischen Aktivisten entspricht zwar nicht akademischen Standards, hat aber möglicherweise für die Befürworter des BGEs oder des SDEs oder Anhänger des unsinnigen Mottos „Palliativmedizin statt Suizidhilfe“ bestätigende Ergebnisse gebracht. Über seine Dissertationsarbeit hat Sitte dem Rechtsausschuss des Bundestags schriftlich und mündlich berichtet.

„Aus den 42 Antworten der 49 befragten Palliative Care Teams kann aufgrund der vorliegenden Ergebnisse zusammengefasst werden: Von den Palliative Care Teams wurden in den Jahren 2013 und 2014 bis zum Tod multiprofessionell versorgt und begleitet: 17.772 Patienten. Der Wunsch nach lebensverkürzenden Maßnahmen in Form von Beihilfe zum Suizid oder Tötung auf Verlangen für diese Patienten wurde in dieser Zeit meist zu Beginn von den Patienten 1.147 mal, zusätzlich von Angehörigen für die Patienten 305 mal geäußert. Wiederholt und nachdrücklich geschah dies von den Patienten 326 mal, von Angehörigen 164 mal. Es verstarben durch Suizid mit oder ohne Beihilfe 17 Patienten. (es gab keine Tötung auf Verlangen)In vom Patienten geäußelter sowohl drohender als auch bereits manifester, existenzieller Not und bei aus den verschiedensten Gründen sehr hohem Leidensdruck wird häufiger ein Wunsch nach Lebensverkürzung vorgetragen. Die Suizide geschahen aber nach Einschätzung der befragten Palliativmediziner kein einziges Mal auf Grund palliativ nicht behandelbaren Leidens.“ Dissertation, S. 9

Es ist richtig, dass bei guter palliativer Versorgung niemand unter unerträglichen Schmerzen leiden muss. Denn notfalls bleibt immer noch die Möglichkeit einer partiellen oder völligen medikamentösen Ausschaltung des Bewusstseins (palliative bzw. terminale Sedierung). Als ein Argument für die Notwendigkeit oder Unschädlichkeit des § 217 kann man diese Tatsache jedoch kaum heranziehen, da bisher die meisten Todkranken in Deutschland nicht palliativmedizinisch begleitet werden, und am Lebensende bei mehr Menschen ein Suizidwunsch bestehen dürfte, als in Sittes Studie zum Ausdruck kommt. Die externe Validität dieser Dissertation wird nämlich durch eine ganze Reihe von Faktoren eingeschränkt, die die Ergebnisse verzerrt haben könnten (was vom hochmotivierten Autor weder in seiner Dissertation noch vor dem Rechtsausschuss eingeräumt wurde):

(1) Im Saarland konnten nur 5 Teams angeschrieben werden.

(2) Es wurden 20 Palliativteams für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene angeschrieben. Unter den Kinder dürften viele zu jung und krank gewesen sein, um überhaupt einen Wunsch nach Tötung oder Suizidhilfe formulieren zu können. Weitere Patienten werden zu stark behindert gewesen sein, um derartige Wünsche zu äußern. Entsprechend ist hier mit niedrigen Zahlen zu rechnen, die nicht repräsentativ für alte Patienten sind.

(3) Von 49 angeschriebenen Teams haben 7 nicht geantwortet. Das ist zwar eine gute Quote, aber bei der Ablehnung der Zusammenarbeit könnte eine Rolle gespielt haben, dass Suizidhilfe in diesen Teams öfter vorkam, und es angesichts der guten Aussichten des BGEs nicht ratsam erschien, Spuren für eifrige Kriminalpolizisten und Staatsanwälte zu legen. Denn bei Ermittlungen gegen einen Palliativmediziner wegen Verdachts nach § 217 könnten die wissenschaftlichen Unterlagen von Herrn Sitte beschlagnahmt und ausgewertet werden.

(4) Innerhalb der Teams wurde nicht nach dem Zufallsprinzip, sondern nach Bereitschaft entschieden, wer den Fragebogen beantwortet. Dazu werden eher Teamleiter und Mitarbeiter bereit gewesen sein, die die in diesen Kreisen bekannte Einstellungen zur Suizidhilfe von Herrn Sitte teilen. Bei vielen, die für ihr Team geantwortet haben, könnte eine Neigung bestanden haben, dass wegen möglicher gravierender Folgen durch § 217 weniger Suizidhilfe angegeben wurde, als tatsächlich vorlag. Denn bei der Frage, ob ein Palliativmediziner nur ausnahmsweise Suizidhilfe geleistet hat oder dies „geschäftsmäßig“ tut, spielen alte Fälle eine Rolle.

(5) Bei den 17.772 Patienten dürfte es sich ganz überwiegend um Kassenpatienten handeln, da nur diese einen gesetzlichen Anspruch auf SAPV haben. Aus Oregon ist bekannt, dass ärztliche Suizidhilfe eher von Menschen mit hohem sozioökonomischen Status angestrebt wird.

(6) Die untersuchte Stichprobe stellt eine Selbstselektion dar, da vielen Patienten und Angehörigen klar sein dürfte, dass zumindest Palliativmediziner, die in kirchlichen Einrichtungen arbeiten, es ablehnen, Suizidhilfe zu leisten. Und bekanntlich haben sich die Kirchen stark in der Palliativmedizin engagiert.

(7) Von den 42 Palliativmedizinern, die Herrn Sitte Auskunft gegeben haben, gehörten 85% einer Religionsgemeinschaft an.

(8) Nur 6.4% der Patienten äußerten einen Suizidwunsch. In seinem Gutachten für den Rechtsausschuss des Bundestags schreibt Matthias Thöns jedoch: „Der Wunsch nach Lebensverkürzung wird, je nach Statistik, von 12-28% unserer Patienten geäußert.“ (S.2)

Michael Wunder, Mitglied des Deutschen Ethikrats, seit 1981 für die Evangelische (!) Stiftung Alsterdorf tätig und ein Befürworter des § 217, sagte am 27.11.2014 in einer öffentlichen Sitzung des Ethikrats sogar: „In der Palliativmedizin ist bekannt, dass der Suizidwunsch schwerkranker Patienten an der Tagesordnung ist; dies kommt sehr häufig vor und ist phasenweise sehr manifest.“

<http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/plenarsitzung-27-11-2014-simultanmitschrift.pdf> S. 18

3.3.5 Herr Sitte als Sachverständiger des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestags

Herr Sitte hat im September 2015 dem Rechtsausschuss des Bundestags eine „Stellungnahme des Vorstandsvorsitzenden der Deutschen Palliativstiftung zur Diskussion um ein Gesetz zur Sterbebegleitung“ schriftlich vorgelegt. Darin steht in Fettdruck:

„Bei rund 18.000 verstorbenen, schwerstbelasteten Palliativpatienten kam es zu keiner einzigen Selbsttötung wegen unbehandelbaren Leidensdruckes.“

<https://www.bundestag.de/blob/387656/8ad3271f8cd03106d6f805529f88079c/sitte-data.pdf> S. 1

Diese zentrale Aussage halte ich für unangemessen und irreführend, da 17 Patienten ihr Leben durch Suizid beendet haben und nicht anzunehmen ist, dass sie dies aus Jux und Tollerei taten. Es ist zu vermuten, dass diese Patienten unter einem Leidensdruck standen, der palliativ nicht behandelbar war. Nicht jeder möchte in Windeln, medikamentös ruhig gestellt oder tatsächlich ans Bett gefesselt, mit offenen Geschwüren, künstlich ernährt oder beatmet auf sein Ende warten.

Auf Seite 2 führt Doktor Sitte die Abgeordneten in die schöne neue Welt der Palliativmedizin:

„Was eine wohlhabende Gesellschaft sehr wohl für weitaus mehr als 99 % der Sterbenden verhindern kann, ist der Wunsch nach Lebensverkürzung aus Angst vor Schmerzen, Atemnot oder gar Verlassenheit heraus oder insbesondere auch wegen einer sehr konkreten Situation körperlichen Leidens.“

Es erscheint mir zwar glaubhaft, dass Palliativmedizin – auch wegen der Verwendung psychotroper Medikamente – geeignet ist, bei vielen Menschen Suizidwünsche und Suizide am Lebensende zu verhindern, aber die geringe Zahl von wiederholten Suizidwünschen dürfte zum Teil auch schlicht darauf zurückzuführen sein, dass Patienten eingesehen haben, dass das SAPV-Team ihnen nicht beim Suizid helfen wird. Und wie rabiät Suizidprävention im Extremfall aussehen kann, zeigt der folgende Fall, über den einer der von Herrn Sitte befragten Ärzte berichtet:

„Der zweite Patient hatte ein Plasmozytom mit schweren Skelettbefall am Beginn der Chemotherapie (alleinlebend, Bauingenieur: 'Ich kenne die Statik (Wirbelsäule), das wird nichts mehr'). Er drohte sich aus dem Fenster zu stürzen und musste dauerhaft sediert werden bei persistierender Suizidalität bis zum Versterben mutmaßlich an Bronchopneumonie.“

Dissertation, S. 137

Vor dem Rechtsausschuss des Bundestags sagte Herr Sitte am 23.9.2015:

„Die allermeisten Menschen wissen überhaupt nicht, worum es geht, was erlaubt ist in Deutschland. Eine repräsentative Umfrage von Infratest/Dimap: 87% haben gedacht, Suizidassistenten in Deutschland ist ein Straftatbestand. Trotzdem fordern 77% der Patienten: Wir wollen die Tötung auf Verlangen, denn das ist das, was das Volk will hier in Deutschland. Wenn Sie, sehr geehrte Damen und Herrn, das umsetzen wollen, was der Wähler von Ihnen erwartet, ist das die Tötung auf Verlangen, aber nicht die Suizidassistenten. Also ich glaube nicht, dass wir in der Frage auf die Wähler hören müssen.“

– unverständliche Zwischenrufe –

Renate Künast (Vorsitzende): „Aber das ist ja kein neuer Konflikt. Machen Sie weiter, Herr Sitte.“

Sitte: „Also ich glaube nicht, dass wir hier diskutieren können, was der Wähler eigentlich will und was die Bevölkerung möchte, denn sie ist einfach für Tötung. Und wenn ich hier die Suizidassistenten ausweitere, ein Geschäftsangebot dafür mache, dann kann es sicherlich so sein, dass die, die es geschäftsmäßig anbieten, es profilierter machen, todsicherer machen. Aber es gibt immer auch

mal ein Restrisiko, wo es schief geht. Es ist pervers zu sagen, aber einen Menschen zu töten ist nicht wirklich schwierig. Ich möchte mir jetzt keine Gedanken machen, es ist auch nicht qualitätsgesichert, aber jeder Hausarzt kann das, jeder Nachbar kann das eigentlich auch. Wir brauchen keine Menschen, die auf Tötungshilfe spezialisieren, sondern wir brauchen Menschen, die gleichzeitig bei der Beratung ein hochqualifiziertes Angebot machen können.“

<http://dbtg.tv/cvid/5829561> (ab 4:50:05)

Herr Sitte bezieht sich zunächst auf eine Infratest-Umfrage, die er selbst in Auftrag gegeben, aber falsch referiert hat. Er hatte nämlich nicht die eindeutige Frage stellen lassen, ob Suizidassistent in Deutschland ein Straftatbestand ist, sondern die problematische Frage: „Ist Hilfe bei einer Selbsttötung gesetzlich erlaubt?“ Darauf kam von 87% der Befragten die eigentlich richtige Antwort, nämlich: Nein. Denn zum Zeitpunkt der Umfrage (August 2015) gab es in Deutschland kein Gesetz, das die Suizidhilfe erlaubt. (Die Ausnahmeregelung des § 217 für Angehörige und Nahestehende, die zumindest ein Laie als Erlaubnis interpretieren könnte, gibt es erst seit Dezember 2015.) Zu der Antwort „Nein“ konnte man auch durch die Berichterstattung über die noch laufenden Anträge der Gruppen Hintze/Lauterbach und Künast/Sitte kommen, die ja eine Erlaubnis für ärztliche Suizidhilfe im BGB verankern wollten, was nicht notwendig gewesen wäre, wenn es eine gesetzliche Erlaubnis schon gegeben hätte. Einige Befragte werden gewusst haben, dass die Bundesärztekammer ein Suizidhilfeverbot ausgesprochen hat. Andere Befragte werden aber irrtümlich gedacht haben, dass die Suizidhilfe gesetzlich verboten ist, und haben daher mit „Nein“ geantwortet.

Auf der „Basis“ einer schlecht formulierten Frage, einer voreiligen Interpretation der Antworten – und möglicherweise einer älteren nicht veröffentlichten Infratest-Umfrage, die im SDE erwähnt wurde sowie zusätzlich einer unwahren Behauptung hat Doktorand Sitte sich dann die Freiheit genommen, die Abgeordneten zu einer grundgesetzwidrigen Handlung aufzufordern:

Nicht auf die Wähler zu hören und nicht zu diskutieren, „was der Wähler eigentlich will und was die Bevölkerung möchte“.

Ebenfalls nicht der Wahrheit entspricht die Behauptung von Herrn Sitte: „Wenn Sie, sehr geehrte Damen und Herrn, das umsetzen wollen, was der Wähler von Ihnen erwartet, ist das die Tötung auf Verlangen, aber nicht die Suizidassistent.“ Wie unter Punkt 4.5 dargestellt, befürworten etwa 80% der Bevölkerung die ärztliche Suizidassistent. Da Herr Sitte selbst Umfragen zur Suizidhilfe initiiert hat, darf man unterstellen, dass ihm diese Umfrageergebnisse bei seinen Antworten auf Fragen aus dem Rechtsausschuss bekannt waren.

Auch Sittes Aussage, einen Menschen zu töten sei nicht wirklich schwierig, und jeder Hausarzt und Nachbar könne das eigentlich auch, ist ziemlich befremdlich. Zunächst einmal geht es ja nicht darum, einen Menschen irgendwie zu töten (was ohnehin verboten ist), sondern um humane Formen von Tötung auf Verlangen und Suizidhilfe. Außerdem: Wie soll denn ein Hausarzt beim Suizid helfen? Die von Herrn Uwe-Christian Arnold verwendete, etwas komplizierte, aber sichere und schmerzlose Einnahme von drei rezeptpflichtigen Medikamenten nacheinander (als Ersatz für Natrium-Pentobarbital, das laut BtMG in Deutschland nur an Tierärzte ausgeliefert werden darf) dürfte den meisten Hausärzten unbekannt sein. Wir brauchen zwar keinen Facharzt für Suizidhilfe, aber Ärzte, mit denen Suizidwillige offen reden können und die geeignete Pharmaka zugänglich machen, wenn es ihnen ethisch geboten scheint. Nachbarn sowie Angehörige und Nahestehende sind hier in der Regel völlig überfordert. Denn jährlich misslingen hierzulande 90.000 (oder mehr?) Suizidversuche. In einem Streitgespräch mit Prof. Karl Lauterbach (SPD) hat Herr Sitte selbst darauf

hingewiesen, dass sogar schon Hinrichtungsversuche in den USA schief gelaufen seien. Trotzdem rät er im gleichen Gespräch – wie auch in seiner Diskussion mit Frau Baetzner - zum Googeln nach Suizidmethoden. Und bei den 10.000 vollendeten Suiziden überwiegen bekanntlich inhumane und andere Menschen traumatisierende Methoden wie Erhängen, Erschießen, Vergiften, Hochhaus und Bahngleis.

Ergänzende Informationen und Anmerkungen von W. Klosterhalfen (15.3.2019)

Die Dissertation von Herrn Dr. Sitte ist hier einsehbar:

https://www.palliativstiftung.de/fileadmin/user_upload/2015-08-10_pdf_1.1_dissertation_lebensverkuerzung.pdf

Herr Dr. Sitte spricht (wie viele andere) von „Beihilfe“ zum Suizid:

<https://www.bild.de/ratgeber/2019/ratgeber/sterbehilfe-aktiv-passiv-indirekt-was-ist-in-deutschland-erlaubt-60661024.bild.html> 14.3.2019

Damit kriminalisiert er sprachlich den nicht strafbaren Suizid.

Das ist (absichtlicher?) Unsinn, denn Beihilfe setzt gemäß § 27 StGB eine rechtswidrige Haupttat voraus, und Suizid ist nicht strafbar.

B Kommentare zur Stellungnahme der Deutschen Palliativstiftung für das Bundesverfassungsgericht (Thomas Sitte und Carsten Schütz, 25.2.2017)

„Umfrageergebnisse, die enorme Bevölkerungsanteile ausweisen, die sich in irgendeiner Form positiv zu einem Suizid in krankheitsbedingten Leidenssituationen äußern.“ S. 11

Thomas Sitte hat immer wieder versucht, den Willen der Bevölkerung als unwesentlich zu diskreditieren. Vor dem Rechtsausschuss des Bundestags sagte er sogar: „Wenn Sie, sehr geehrte Damen und Herrn, das umsetzen wollen, was der Wähler von Ihnen erwartet, ist das die Tötung auf Verlangen, aber nicht die Suizidassistenten. Also ich glaube nicht, dass wir in der Frage auf die Wähler hören müssen.“ www.reimbibel.de/Bundesverfassungsgericht-Beschwerde-217-StGB.pdf S. 46

Natürlich kommt es bei Meinungsumfragen auf die genaue Formulierung an, aber es gibt genug Umfragen mit eindeutig formulierten Fragen, die zeigen, dass die Bevölkerung mehrheitlich für eine straffreie ärztliche Suizidhilfe ist: www.reimbibel.de/217-Umfrageergebnisse.pdf

„Diese Palliativversorgung führt in praxi regelhaft zur Beseitigung des Wunsches nach Lebenszeitverkürzung.“ S. 28

Ein großer Teil der Palliativmediziner war schon vor 2011 grundsätzlich nicht bereit, Suizidhilfe zu leisten. Wegen berufsständischer Verbote ab 2014 und § 217 ab Ende 2015, müssen inzwischen praktisch alle Palliativmediziner Wünsche nach Suizid zurückweisen. Es ist trivial, dass dann nur noch wenige dieser Patienten weiterhin Suizidwünsche äußern. Zusätzlich ist eine sedierende Behandlung geeignet, die Äußerung solcher Wünsche zu hemmen.

In Summa: es geschieht nicht der Wille des Patienten, sondern der Wille des Arztes und oder der Landesärztekammer und oder derer, die für § 217 gesorgt haben. Auch das Bundesverwaltungsgericht (Pentobarbital-Urteil) mutet Suizidwilligen statt des Suizids eine palliativmedizinischen Behandlung zu.

„Der Eingriff ist verfassungsrechtlich gerechtfertigt zur Abwehr der aus der geschäftsmäßig betriebenen Suizidhilfe folgenden Gefahren für das Leben und das allgemeine Persönlichkeitsrecht insbesondere alter und kranker Menschen.“ S. 28

Da eine Verleitung zum Suizid auch ohne § 217 als Tötungsdelikt strafbar ist, kann § 217 bestenfalls einen zusätzlichen Schutz gegen subtile Beeinflussungen bieten. Es ist aber nicht Aufgabe des Staates, strafrechtlich auf die Meinungsbildung zur

Frage der ethischen Akzeptanz von Suizid und professioneller Suizidhilfe Einfluss zu nehmen. Er müsste sonst konsequenterweise auch die kirchlichen Äußerungen zu dieser Problematik strafrechtlich verbieten, weil diese geeignet sind, strenggläubig- autoritäre alte und kranke Menschen vom Suizid abzuhalten und dadurch deren Persönlichkeitsrechte zu verletzen.

„Jegliche empirische Betrachtung belegt den Anstieg der Suizidzahlen in Staaten, die geschäftsmäßige Suizidhilfe reglementierend erlauben.“ S. 18

Wenn man die Regelungen, die sich in der **Schweiz** teilweise eingeschrieben haben, dazu rechnet, ist festzustellen: a) Suizide ohne „geschäftsmäßige Suizidhilfe“ haben in der Schweiz kontinuierlich abgenommen, vor allem ist der Gebrauch von Schusswaffen zurückgegangen; b) die Zahl der ärztlich unterstützten Suizide hat bis 2015 zugenommen, stagniert aber seitdem. Bei diesen Suiziden kann man davon ausgehen, dass die Suizidwünsche sorgfältig geprüft wurden und den Suizidenten unnötiges Leiden vor dem Tod erspart wurde.

In den **Niederlanden** hat die „Tötung auf Verlangen“ deutlich zugenommen, ihr Anteil betrug 2015 4.5 Prozent. „Geschäftsmäßige Suizidhilfe“ wird nur in 0.1 Prozent der Todesfälle geleistet. 2015 wurden bei 35.8% Morphine gegeben, in 17.4% sediert und auf eine lebensverlängernde Behandlung verzichtet und in 18.3% tief sediert. Die Sedierungen und die Euthanasie führen meist Hausärzte durch.
<https://fowid.de/meldung/25-jahre-sterbehilfe-den-niederlanden>

„Im US-Bundesstaat **Oregon** hingegen, der nur die ärztliche Suizidhilfe bei Schwerstkranken erlaubt, sind die Zahlen seit 17 Jahren konstant niedrig, sie liegen bei etwa zwei von tausend Todesfällen.“ <https://bit.ly/2HBijJa>

In **Deutschland** hat es zumindest durch Sterbehilfe Deutschland (StHD) von 2010 bis 2015 einen Anstieg der (nicht staatlich reglementierten) Suizidhilfe gegeben. Dadurch wurde 254 verzweifelte Menschen geholfen, eine Verleitung zum Suizid wurde von der Staatsanwaltschaft Hamburg behauptet, vom Landgericht und vom Hanseatischen Oberlandesgericht aber bestritten.

„kontinuierlich steigende Inanspruchnahme der Suizidhilfe“

Wenn professionelle Suizidhilfe in einem Land neu angeboten oder „Tötung auf Verlangen“ legalisiert wird, ist natürlich erst einmal mit jährlichen Anstiegen zu rechnen. Ein solcher Anstieg ist per se aber kein hinreichender Grund für ein strafrechtliches Eingreifen. Erst wenn mehr Erfahrungen mit solchen Angeboten

vorliegen, kommt es – wie in der Schweiz und Oregon zu beobachten - zu einer Plateaubildung der Nachfrage.

„suizidfreundliches Klima“

Dieser polemisch überspitzte Begriff wurde vom kirchennahen BVerfG www.reimbibel.de/217-StGB-Richter-Kirchen.pdf ohne Anführungszeichen in die Gliederung zur mündlichen Verhandlung zu § 217 aufgenommen. Wegen der unbedingt notwendigen Differenzierung unterschiedlicher Einstellungen von Personen und Institutionen zum Suizid und zur Suizidhilfe eignet sich dieser Begriff nicht für eine sachliche Diskussion.

Konsens besteht darüber, dass unüberlegte Suizide verhindert werden sollten, aber jede(r) das Recht hat, nach reiflicher Überlegung Art und Zeitpunkt des eigenen Todes selbst zu bestimmen. Der Streit geht lediglich darum, ob professionelle Suizidhilfe akzeptiert werden sollte oder nicht. Bei diesem Streit herrscht in der Bevölkerung ein selbstbestimmungs- und suizidhilfefreundliches, bei Kirchenführern, der CDU/CSU und vielen Palliativmedizinern jedoch ein religiös motiviertes suizid- und suizidhilfefeindliches Klima vor.

„Die Verbotsnorm des § 217 StGB ist verhältnismäßig.“ S. 29

Das sieht z.B. der Deutsche Anwaltverein anders: <https://bit.ly/2FedUJo> .

Bei § 217 besteht ein extremes Missverhältnis von extremer Schädigung von tausenden von Bürgern einerseits und einem fraglichen Nutzen für eine kleine, ominöse Gruppe andererseits. Die fürchterlichen Folgen von § 217 überwiegen deutlich gegenüber dessen angeblichem Nutzen:

.1. Exit/Schweiz hat inzwischen über 120.000 Mitglieder. StHD ist dagegen auf viel Widerstand gestoßen und immer unter 700 Mitgliedern geblieben. Aber auch in Deutschland dürfte es gemäß Umfragen ein großes und nachvollziehbares Bedürfnis geben, sich durch Mitgliedschaft in einem Suizidhilfe-Verein dagegen abzusichern, vor dem Tod lange und intensiv leiden zu müssen. Eine solche Mitgliedschaft hat unmittelbar und meist über viele Jahre den großen Vorteil, dass die berechtigte Angst vor Qualen und Hilflosigkeit am Lebensende dramatisch reduziert wird. Dies ist wegen § 217 nicht mehr möglich.

.2. Zum Schlimmsten, was einem Menschen passieren kann, gehört langes und fürchterliches Leiden vor dem Tod durch Krankheit und/oder Siechtum. Durch das Angebot professioneller Suizidhilfe haben Menschen die Möglichkeit, ein solches

Leiden vor dem Tod abzukürzen. Diese Möglichkeit ist in Deutschland vor allem wegen § 217 praktisch nicht mehr vorhanden.

.3. § 217 wirkt lebensverkürzend. Aus vernünftigen Gründen Suizidwillige werden in großer Zahl gezwungen sein, sich vorzeitig umzubringen, solange sie körperlich noch in der Lage sind, sich zu erhängen, zur Pistole zu greifen, vor die Bahn oder von einem Hochhaus zu springen. Mitglieder eines Suizidhilfe-Vereins können hingegen darauf vertrauen, dass ihnen auch dann noch beim Suizid geholfen wird, wenn sie sich kaum noch bewegen können.

.4. Die Laien zur Verfügung stehenden Suizidmethoden sind oft für den Suizidenten angsterregend sowie fürchterlich oder ungeeignet (ca. 100.000 vergebliche Versuche pro Jahr, oft mit schlimmen Folgen!).

.5. Ohne professionelle Suizidhilfe ist es Suizidenten kaum möglich, sich von Angehörigen und Freunden zu verabschieden und in deren Gegenwart das Leben zu beenden.

.6. Bei den ca. 10.000 jährlichen Brutalsuiziden werden regelmäßig andere Menschen traumatisiert und in einigen Fällen sogar tödlich verletzt.

.7. Es ist rätselhaft, welche Menschen überhaupt vor einer Verleitung zum Suizid geschützt werden sollen. Nicht voll zurechnungsfähige Menschen waren ja bereits vor einer Verleitung zum Suizid durch das Strafrecht geschützt. Der Gesetzgeber behauptet daher ohne empirischen Nachweis, es gäbe alte und kranke Menschen, die auf subtile Weise (z.B. durch die staatlich geduldete Existenz von Suizidhilfe-Vereinen) zum Suizid verleitet werden könnten oder sich zum Suizid gedrängt fühlen könnten. Dies wäre vermutlich eine ausgesprochen kleine Gruppe, die a) nicht vom Selbsterhaltungstrieb vom Suizid abgehalten wird, die b) gegen ihr eigenes Interesse verstößt, und die c) entweder vor einem Brutalsuizid nicht zurückschreckt und dazu in der Lage ist oder auf einen verantwortungslosen Suizidhelfer trifft.

.8. Bei der Gliederung der mündlichen Verhandlung zu § 217 fällt auf, dass der Punkt „Begründung von § 217“ fehlt. Das BVerfG scheint ignorieren zu wollen, dass § 217 einen religiösen Hintergrund hat www.reimbibel.de/217c.htm und Menschen entgegen Artikel 3 (3) GG benachteiligt, die nicht Suizid und Suizidhilfe aus religiösen Gründen ablehnen. Auch angesichts dieser Entstehungsgeschichte erscheint der angeblich angestrebte Lebens- und Persönlichkeitsschutz alter und kranker Menschen als vorgeschoben.