Arbeitsbündnis

„Kein assistierter Suizid in Deutschland!“

Eine Auswahl der Publikationen

Herausgegeben anlässlich des Weltpsychiatriekongresses in Berlin

Oktober 2017

Inhalt

3 ***Prof. Dr. Dr. Uwe Henrik Peters***: Vorwort

4 ***Arbeitsbündnis***: Anzeige in der FAZ vom 27.6.2015

6 ***Arbeitsbündnis***: Manifest vom 15.8.2015

11 ***Arbeitsbündnis***: Offener Brief an die Abgeordneten des Deutschen Bundestages, 28.10.2015

14 ***Ärzte-Liga***: „Ohne Ehrfurcht vor dem Leben hat die Menschheit keine Zukunft." Aufruf (Flyer) anlässlich des 119. Deutschen Ärztetages, Mai 2016

16 ***Dr. med. Susanne Ley***: § 217 StGB und die Folgen für die Gesellschaft, Oktober 2016

25 ***Arbeitsbündnis***: Pressemitteilung zum Einreichen der Verfassungsbeschwerde gegen §217 StGB, 17.12.2016

27 ***Arbeitsbündnis***: Pressemitteilung zum Urteil des Bundesverwaltungsgerichts in Leipzig vom 2.3.2017, 19.3.2017

29 ***Ärzte-Liga***: Pressemitteilung zum Urteil des Bundesverwaltungsgerichts in Leipzig vom 2.3.2017, 24.5.2017

31 ***Arbeitsbündnis***: Pressemitteilung zur Ablehnung der Verfassungsbeschwerde, 6.8.2017

33 ***Prof. Dr. Axel W. Bauer***: Die vermeintlich zwingenden ökonomischen Hintergründe des assistierten Suizids und ihre humane Überwindung

Vorwort

Unter den Titeln „Assistierter Suizid“ und „Tötung auf Verlangen“ wird derzeit in Deutschland und anderen Ländern dafür geworben, eine gesetzlich geregelte Form von Euthanasie einzuführen.

Trotz der ungünstigen Erfahrungen in Nachbarländern, trotz der fatalen Erfahrungen aus der deutschen Geschichte und trotz der Warnungen aus der Suizidforschung wurde 2015 in Deutschland ein entsprechendes Gesetzgebungsverfahren eingeleitet. Die Fortschritte in der Palliativmedizin wurden dabei nicht berücksichtigt.

Aus Besorgnis über diese Entwicklung bildete sich das ***Arbeitsbündnis „Kein assistierter Suizid in Deutschland!“***, das ein breites Spektrum der Zivilgesellschaft repräsentiert. In ihm sind Ärzte, Angehörige von Pflegeberufen, Pädagogen, Ökonomen, Juristen, Theologen, Philosophen, Eltern und Großeltern vertreten. Es veröffentlichte seine Position am 27.6.2015 in der FAZ in Form einer Anzeige. Das Arbeitsbündnis und die hieraus im November 2015 hervorgegangene ***Liga „Ärzte in Ehrfurcht vor dem Leben“*** erarbeiteten Wege des Widerstandes.

Am 10. Dezember 2015 trat in der Bundesrepublik das „*Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung*“ in Kraft, das in Absatz 2 „Angehörige“ und „Nahestehende“ straffrei stellt, wenn sie Beihilfe zum Suizid leisten oder selbst Teilnehmer einer geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe sind. Behandelnde Ärzte sind bei kranken Menschen immer „Nahestehende“. Dadurch, dass es allen behandelnden Ärzten in die Hand gegeben wird, einem Tötungswunsch zu entsprechen, wird die Arzt-Patienten-Beziehung tief erschüttert.

Das Arbeitsbündnis vertrat seinen ablehnenden Standpunkt auf Arbeitstagungen, in Pressemitteilungen und Vorträgen und brachte eine Verfassungsbeschwerde gegen den neuen § 217 StGB auf den Weg. Diese wurde am 2. Dezember 2016 von neun Beschwerdeführern, mehrheitlich Ärzte und Wissenschaftler, eingereicht.

Die vorliegende Broschüre bietet einen Einblick in die Tätigkeit des Arbeitsbündnisses.

Köln, im Oktober 2017

Prof. Dr. Dr. Uwe Henrik Peters

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Universität zu Köln

Dr. Susanne Ley

Internistin und Rheumatologin
Köln

Der folgende Text erschien als Anzeige in der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung* vom 27.6.2015

Arbeitsbündnis „Kein assistierter Suizid in Deutschland!“

Einige Parlamentariergruppen im Deutschen Bundestag fordern, die Beihilfe zum Suizid straffrei zu ermöglichen. Die erste Lesung der Gesetzentwürfe findet im Bundestag am 2./3.7.2015 statt, die Abstimmung hierüber ist für den 6.11.2015 vorgesehen. Eine Zustimmung des Bundestages wäre ein beispielloser Wertebruch in der deutschen Nachkriegsgeschichte!

Jeder kranke, gebrechliche oder alte Mensch braucht Hilfe und Zuwendung! Kein Gift! Niemand hat das Recht, den Lebensschutz abzuschaffen! Der moralische Stand einer zivilisierten Gesellschaft misst sich daran, wie sie mit den Schwächsten umgeht. Der Lebensschutz ist in unserem Grundgesetz verankert sowie in der Europäischen Konvention zum Schutze der Menschenrechte und in der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948. Unser Staat hat die uneingeschränkte Pflicht, das Leben seiner Bürger zu schützen!

Unsere Gesellschaft ist zu ganz anderem in der Lage, als alten und kranken Menschen Gift bereitzustellen. Aufgrund der sozialen Verbundenheit und des medizinischen Fortschrittes sind wir heute in der Lage, schwer kranke und sterbende Menschen so zu versorgen, dass sie nicht unerträglich leiden müssen und sich aufgehoben fühlen. Es widerspricht zutiefst dem ärztlichen Ethos und der Menschlichkeit eines jeden, leidenden Menschen Beihilfe zum Suizid zu leisten. Die Aufgabe des Arztes ist es zu helfen, nicht zu töten oder Gift bereit zu stellen.

Der Wunsch nach Beihilfe zum Suizid entsteht nicht in erster Linie aus der Angst vor unstillbaren Schmerzen, sondern aus der Sorge, anderen zur Last zu fallen, ausgeliefert zu sein, die Kontrolle zu verlieren oder alleine zu sein. Menschen, die einen Wunsch nach assistiertem Suizid äußern, wollen menschlich entgegengenommen werden und menschliche Zuwendung erfahren. Sie erwarten in aller Regel nicht, dass ihr Tod herbeigeführt wird.

Unser Nachbarland Niederlande verzeichnet seit Jahren steigende Zahlen bei der „Hilfe zur Selbsttötung“ und der „Tötung auf Verlangen.“ Gleichzeitig gibt es Berichte über eine Vielzahl von Fällen, wo Menschen sogar ohne ihren ausdrücklichen Willen umgebracht wurden, und inzwischen werden auch demenzkranke und psychisch kranke Menschen getötet. Ähnlich ist es in Belgien: Neben steigenden Fallzahlen ist hier eine Ausweitung der Indikationen zu konstatieren. Man schreckt mittlerweile nicht davor zurück, Kinder zu töten!

Wir dürfen nicht zulassen, dass der Lebensschutz aufgehoben wird!

Aufgrund unserer Geschichte gibt es in Deutschland eine starke Opposition gegen Euthanasie. Es ist absurd den Deutschen zu unterstellen, sie seien in dieser Frage blockiert; genau das Gegenteil ist der Fall! Dr. Leo Alexander schrieb 1949 im Gefolge der Nürnberger Ärzteprozesse, *„dass allen, die mit der Frage nach dem Ursprung dieser Verbrechen zu tun hatten, klar wurde, dass diese Verbrechen aus kleinen Anfängen wuchsen. Am Anfang standen zunächst feine Akzentverschiebungen in der Grundhaltung. Es begann mit der Auffassung, die in der Euthanasiebewegung grundlegend ist, dass es Zustände gibt, die als nicht mehr lebenswert zu betrachten sind. In ihrem Frühstadium betraf diese Haltung nur die schwer und chronisch Kranken. Nach und nach wurde der Bereich jener, die unter diese Kategorie fallen,*

erweitert und auch die sozial Unproduktiven, die ideologisch Unerwünschten, die rassisch Unerwünschten dazugerechnet. Entscheidend ist jedoch zu erkennen, dass die Haltung gegenüber unheilbar Kranken der winzige Auslöser war, der diesen totalen Gesinnungswandel zur Folge hatte.“ (aus: Töten oder sterben lassen, R. Spaemann/ Th. Fuchs, Herder 1997)

Auf den Mitmenschen auch am Lebensende angewiesen zu sein, ist natürlich und stellt keine Einschränkung der Autonomie oder Selbstbestimmung dar. Der Mensch ist auch in seiner letzten Lebensphase eine Bereicherung für seine Mitmenschen. Es gibt keine Notsituation, die den assistierten Suizid erforderlich macht. Mit Hilfe der Palliativmedizin ist eine gute Symptomkontrolle möglich. Neben dem Ausbau der Palliativmedizin und der Hospizarbeit könnte das Netz zur Versorgung alter, schwer kranker und sterbender Menschen gestärkt werden, indem die Gesellschaft die soziale Hilfsbereitschaft der Jugend und der gesamten Bevölkerung noch stärker fördert.

Daher fordern wir: „Kein assistierter Suizid in Deutschland!“

Erstunterzeichner des Aufrufs „Kein assistierter Suizid in Deutschland!“ sind:
Wilhelm **Barth**, Dipl.-Sozialwissenschaftler, Düsseldorf; Prof. Dr. Axel W. **Bauer**, Universitätsmedizin Mannheim; Dr. med. Otto **Bertermann**, Facharzt f. Allgemeinmedizin, München; Dr. Gerd **Biedermann**, Hausärztlicher Internist, Fürth; Walter Kardinal **Brandmüller**, Citta del Vaticano; Dr. med. Andrea **Breiding**, Kinder- u. Jugendärztin, Graben-Neudorf; Dr. Matthias **Burchardt**, Akad. Rat, Institut f. Bildungsphilosophie, Universität Köln, stellvertr. Geschäftsführer d. Gesellschaft f. Bildung u. Wissen; Ingo v. **Conta**; Prof. Dr. Sabine M. **Dörpinghaus**, Hebammenkunde, Kath. Hochschule Köln; Helga **Ebel**, Krebsberatungsstelle u. Kontaktstelle f. Selbsthilfegruppen i. Gesundheitswesen Aachen e.V.; Dr. Ing. Christian **Fischer**, Prokurist, Köln; Dr. med. Evelin **Fuhr**, Köln; Georg **Gallus**, Parlament. Staatssekretär a.D., Hattenhofen; Dr. med. Michael **Hammes**, Facharzt f. Allgemeinmedizin/Psychotherapeut, Bühlertal; Dr. med. Marianne **Herzog**, Gummersbach; Tobias **Hösch**, Landwirt, Schlat; Prof. Dr. rer. nat. Gudrun **Kammasch**, Berlin; Prof. Dr. Jochen **Krautz**, Bergische Universität Wuppertal; Prof. Dr. Gerd-Jan **Krol**, Münster; Dr. med. Ute **Lewitzka**, Dresden; ; Dr. med. Susanne **Ley**, Internistin/Rheumatologin, Köln; Prof. Dr. Jürgen **Maiß**, Internist, Forchheim; Karin **Meincke**, Vorsitzende der Hospiz Stiftung Krefeld; Dr. Rudolf **Mikus**, Lingenfeld; Prof. Dr. Christian **Müller**, Senden; Dr. med. Hildegard **Müller-Erhard**, Internistische Hausärztin, Hausen; Rita **Müller-Hill**, Köln; Prof. em. Dr. med. Bruno **Müller-Oerlinghausen**, Berlin/Kressbronn; Dr. Gerhard **Nagel**, Kinder- u. Jugendarzt, Vorstand „Hippokratische Gesellschaft Deutschland e.V.“, Forchheim; Prof. Dr. Dr. Elmar **Nass**, Fürth; Prof. Dr. med. Kurt **Oette**, em. Universitätsprofessor in Köln; Dr. med. Sabine **Pilatz**, Gießen; Karl **Prömpeler-Kuhn**, Kinder- u. Jugendarzt, Karlsruhe; Günther **Reinhard**, Arzt, Köln; Dr. med. Marianne **Schammert**, Kinder- u. Jugendärztin, Weingarten; Dr. Helmut **Schneider**, Zahnarzt, Spardorf; Prof. Dr. Eberhard **Schockenhoff**, Freiburg; Prof. Dr. Alfred u. Christa **Schüller**, Marburg; Prof. Dr. Harald **Schwaetzer**, Institut f. Philosophie, Cusanus Hochschule, Bernkastel-Kues; Doris **Schwaetzer-Stüssi**, Schneverdingen; Prof. Dr. Robert **Spaemann**, Stuttgart; Dr. med. Angela **Spelsberg**, Ärztl. Leiterin Tumorzentrum Aachen e.V., Mitglied der Arbeitsgruppe Gesundheitswesen von Transparency International Deutschland e.V., Mitglied der Ärzteorganisation MEZIS („Mein Essen zahl´ ich selbst“); Claudia u. Gerhard von **Velsen**, Köln; Prof. (i.R.) Dr. med. Helga **Wiersbitzky**, Greifswald; Prof. (i. R.) Dr. med. Siegfried K. W. **Wiersbitzky**, Greifswald; Willy **Wimmer**, Staatssekretär a.D., Jüchen; Marion **Zaglmaier**, Lehrerin f. Pflegeberufe, Nürnberg;

Wenn Sie auch unterschreiben möchten, melden Sie sich bitte über die u.g. Kontaktdaten!

V.i.S.d.P.: Arbeitsbündnis „Kein assistierter Suizid in Deutschland!“ Dr. med. Susanne Ley, Postfach 68 02 75, 50705 Köln, E-Mail: arbeitsbuendnis@kein-assistierter-suizid.de

Arbeitsbündnis „Kein assistierter Suizid in Deutschland!“
Dr. med. Susanne Ley
Postfach 68 02 75, 50705 Köln
E-Mail: arbeitsbuendnis@kein-assistierter-suizid.de

Manifest *Köln, 15.8.2015*

Der Lebensschutz in Deutschland ist wieder in Gefahr.

Im laufenden Gesetzgebungsverfahren zum assistierten Suizid liegen dem Parlament derzeit vier Gesetzentwürfe vor. Drei der vier Anträge fordern, dass die Beihilfe zur Selbsttötung eines Menschen, auch für Ärzte, rechtlich ausdrücklich zugelassen werden soll. Sie unterscheiden sich lediglich in der Indikation, den Ausführungsmodalitäten und der Bestimmung des Personenkreises, der einem anderen Menschen straffrei bei der Selbsttötung assistieren darf. Dies widerspricht zutiefst dem 2400 Jahre alten hippokratischen Ethos der Ärzte, sich nicht an der Tötung eines Menschen zu beteiligen und der Menschlichkeit eines jeden. Der Lebensschutz ist in unserem Grundgesetz verankert, sowie in der Europäischen Konvention zum Schutze der Menschenrechte und in der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948. Unser Staat hat die uneingeschränkte Pflicht, das Leben seiner Bürger zu schützen. Wenn es ein Land mit einem Schutzwall gegen Euthanasie geben sollte, dann ist das Deutschland mit seiner Geschichte.

Es gibt keinen Grund für die Beihilfe zur Selbsttötung eines anderen Menschen. Wenn der Arzt - mit der Intention, das Leiden eines schwer kranken, sterbenden Menschen nicht unnötig zu verlängern - eine medizinische Maßnahme unterlässt, reduziert oder abbricht, macht er sich schon heute nicht strafbar. Außerdem ist es dem Arzt erlaubt, eine lindernde medizinische Behandlung durchzuführen, auch wenn dadurch ungewollt das Leben des schwer kranken, sterbenden Menschen möglicherweise verkürzt wird. Angesichts der heute schon zulässigen Möglichkeiten muss niemand Sorge haben, dass im Falle einer schweren, unheilbaren und tödlich verlaufenden Krankheit sein Leiden unnötig verlängert wird.

Der Öffentlichkeit wird suggeriert, es läge den verschiedenen Gesetzentwürfen die übereinstimmende Absicht zu Grunde, die Gesetzgebung zum assistierten Suizid zu verschärfen. Betont wird dabei, dass die gewerbsmäßige Beihilfe zum Suizid strafbewehrt verboten werden soll. Dies ist aber nur die halbe Wahrheit. In den Medien wird meistens der Antrag des Abgeordneten Brand favorisiert, der als sogenannter „Weg der Mitte“ zwischen „zwei Extremen“ - weitgehende Freigabe (Künast) und weitgehendes Verbot (Sensburg) – bereits jetzt als der einzig mehrheitsfähige Entwurf bewertet wird.

Tatsächlich will der Abgeordnete Brand im zweiten Teil des Gesetzentwurfes die Suizidbeihilfe rechtlich für „Angehörige und andere dem Suizidwilligen nahestehende Personen“, d.h. auch für Ärzte, ausdrücklich straffrei stellen. Genau die Personen, die nach unserem Recht eine Garantenstellung für den Schutz des Lebens haben, sollen nun ausdrücklich straffrei gestellt werden, wenn sie ihren Angehörigen, Nahestehenden oder Patienten bei der Selbsttötung assistieren. Dem steht entgegen, dass in Deutschland unterlassene Hilfeleistung unter Strafe steht (§323 StGB). Das Prinzip der Hilfeleistung gilt auch im Falle eines Suizidversuchs. Folgerichtig ist daher, dass „Tötung auf Verlangen“ strafbewehrt verboten ist (§216 StGB). Aus dem bisherigen Fehlen einer rechtlichen Normierung des assistierten Suizids kann nicht abgeleitet werden, dass er erlaubt ist.
Bereits 1975 sprach das Bundesverfassungsgericht in einer wegweisenden Stellungnahme zur Abtreibungsdebatte dem Schutz des Lebens höchsten Wert zu. „(…) Wo menschliches Leben existiert, kommt ihm Menschenwürde zu; es ist nicht entscheidend, ob der Träger sich dieser Würde bewusst ist und sie selbst zu wahren weiß. Die von Anfang an im menschlichen Sein angelegten Fähigkeiten genügen, um die Menschenwürde zu begründen. (…) Das menschliche Leben stellt, wie nicht näher begründet werden muss, innerhalb der grundgesetzlichen Ordnung einen Höchstwert dar; es ist die vitale Basis der Menschenwürde und die Voraussetzung aller anderen Grundrechte.“ [1]

Wir stimmen mit den Ausführungen von Prof. Hillgruber überein, dass es bei der Beihilfe zum Suizid und bei der Tötung auf Verlangen nicht nur um den Schutz des individuellen Lebens vor Selbstzerstörung, sondern auch „um dessen Schutz vor den Handlungen Dritter“ geht. Der Dritte macht sich das Unwert-Urteil eines suizidalen Menschen zu eigen. Das steht ihm in keiner Weise zu. „Der Staat muss verhindern, dass Private, seien es Angehörige, Ärzte oder Dritte, andere Menschen auf Verlangen töten. Tragender Grund dafür ist die das Fundament der staatlichen Schutzpflicht für das Leben bildende Garantie der Menschenwürde (Art. 1, Abs. 1 GG). `Die Würde des Menschen ist unantastbar´ heißt, dass das Leben eines Menschen niemals und von niemandem rechtmäßig mit der Begründung ausgelöscht werden darf, es sei nicht mehr wert, gelebt zu werden. Der Lebensmüde bringt durch seine Entscheidung für den Tod zum Ausdruck: Mein Leben ist es für mich nicht mehr wert, weiter gelebt zu werden. Der Dritte, der auf seine Bitte hin die Tötungshandlung vornimmt und damit die Letztverantwortung für das Geschehen übernimmt, übernimmt diese Einschätzung als externe: Für diesen Menschen ist es besser, zu sterben, als weiter zu leben. Sein Leben ist nicht mehr lebenswert. Eine Rechtsordnung aber, die auf der unantastbaren Würde des Menschen, jedes Menschen gründet, die jedem Menschen Wert und Würde zuschreibt, kann die handlungsleitende externe Bewertung eines menschlichen Lebens als `nicht mehr lebenswert´ unter keinen Umständen akzeptieren.“[2] Diese Begründung gilt gleichermaßen für die Tötung auf Verlangen wie für den assistierten Suizid, denn auch dem assistierten Suizid geht immer voraus, dass ein Menschenleben von Dritten als lebensunwert beurteilt wird.
Damit wird die Grenze zur Euthanasie überschritten.

Vergleicht man die rechtfertigende Argumentation für den assistierten Suizid von heute mit der Argumentation für Euthanasie aus der Vergangenheit, zeigen sich beklemmende Parallelen: Die Propagierung der Mitleidstötung stand am Anfang des Euthanasieprogramms der Nazis. Hitler sprach 1939 in seinem Euthanasieerlass davon „den Gnadentod zu

[1] Urteil des BVerfGE 39,1: Schwangerschaftsabbruch I, Abs. 147-149 vom 25.02.1975
[2] Frankfurter Allgemeine Zeitung Nr. 144 vom 25.06.2015, Seite 6

gewähren."[3] Um den Widerstand der Bevölkerung gegen Euthanasie zu brechen, wurde 1941 der Propagandafilm „Ich klage an!" veröffentlicht.[4] „Es begann mit der Auffassung, die in der Euthanasiebewegung grundlegend ist, dass es Zustände gibt, die als nicht mehr lebenswert zu betrachten sind. In ihrem Frühstadium betraf diese Haltung nur die schwer und chronisch Kranken. Nach und nach wurde der Bereich jener, die unter diese Kategorie fallen, erweitert und auch die sozial Unproduktiven, die ideologisch Unerwünschten, die rassisch Unerwünschten dazugerechnet. Entscheidend ist jedoch zu erkennen, dass die Haltung gegenüber unheilbar Kranken der winzige Auslöser war, der diesen totalen Gesinnungswandel zur Folge hatte."[5]
Bereits im Jahr 1920 argumentieren Binding und Hoche zum Autonomiegedanken, der Mensch sei „der geborene Souverän über sein Leben" und es sei „jedermanns Freiheit, mit seinem Leben ein Ende zu machen". Diese „Freiheit" sei das „erste aller Menschenrechte".[6]
Die Analyse von Klaus Dörner weist darauf hin, dass die aus dem eher liberalen Bürgertum stammenden Psychiatrie-Ordinarien für das Argument der Selbstbestimmung empfänglich waren. Dies kommt in ihrem Sterbehilfegesetzentwurf von 1940 zum Ausdruck: Hiernach kann der einzelne Bürger freiwillig in sein Recht auf den eigenen Tod einwilligen. Für die Menschen, die nicht mehr für sich selbst sprechen können, tritt an deren Stelle der Staat ein. Somit wird Selbstbestimmung zur Fremdbestimmung.[7]

Betrachten wir dies unter dem Aspekt des demografischen Wandels, d.h. einer immer älter werdenden Gesellschaft und kommen dann noch ökonomisch schwierige Zeiten hinzu, besteht die Gefahr, dass der Mensch immer stärker nach seinem Nutzen bewertet wird. „So kann es sein, dass er sich im entsprechenden gesellschaftlichen Diskurs als *Ballastexistenz* empfindet oder auch staatlich so gesehen wird.[8]"

Dies wird besonders deutlich in den alarmierenden Äußerungen von Jacques Attali, langjähriger Berater von Mitterrand und Präsident der Europäischen Bank für Wiederaufbau und Entwicklung: "Sobald er das Alter von 60-65 Jahren überschreitet, lebt der Mensch länger als seine Fähigkeit zu produzieren und dann kostet er die Gesellschaft eine Menge Geld…In der Tat, aus gesellschaftlicher Sicht ist es vorzuziehen, dass die menschliche Maschine eher stoppt, als einem fortschreitenden Verfall entgegenzusehen. (…) Euthanasie wird auf jeden Fall eines der wichtigsten Instrumente für die Zukunft der Gesellschaften…"[9]

Die Entwürfe im Einzelnen:

Am 26.8.15 wurde durch eine Meldung der „Welt" bekannt, dass der Wissenschaftliche Dienst des Bundestages in einem Gutachten zu dem Ergebnis kommt, dass drei der vier vorliegenden Gesetzentwürfe verfassungswidrig sein dürften. Demnach scheint allein der Gesetzentwurf des Abgeordneten Prof. Sensburg grundgesetzkonform zu sein. Außerdem dürfe das Standesrecht der Ärzte nicht durch den Bundesgesetzgeber ausgehebelt werden.[10]

---

[3] Tödliche Wissenschaft, B. Müller-Hill, Reinbek 1994
[4] Ich klage an! Regie: Wolfgang Liebeneiner, D 1941
[5] Töten oder Sterben lassen, R. Spaemann/ Th. Fuchs, Herder 1997
[6] Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Prof. Dr. jur. et phil. Karl Binding, Prof. Dr. med. Alfred Hoche, 1920
[7] Tödliches Mitleid – Von der NS-Euthanasie zur aktiven Sterbehilfe, von Klaus Dörner, Süddt. Zeitung Nr. 283 vom 08.12.2006, Seite 7
[8] Ebenda
[9] Jaques Attali, L´avenir de la vie (Die Welt von morgen), 1981
[10] www.welt.de/145642944

1. Der Entwurf des Abgeordneten **Brand** wird in den Medien als der „Weg der Mitte“ oder der „moderate Antrag“ dargestellt. Suggeriert wird, es handele sich um eine Verschärfung der Gesetzgebung zum assistierten Suizid. In einem ersten Teil stellt er die geschäftsmäßige Beihilfe unter Strafe. Der zweite Teil des Gesetzes wird meist verschwiegen: Gerade diejenigen Menschen, die nach unserem geltenden Recht eine Garantenpflicht zum absoluten Lebensschutz haben, d.h. Angehörige und Nahestehende (z.B. der Arzt), sollen ausdrücklich straffrei gestellt werden, wo bisher eine strafrechtliche Normierung fehlte. Diese ausdrückliche Straffreistellung wirkt tatverstärkend. Der Abgeordnete René Röspel (SPD) sagt hierzu im Bundestag: „Sie (die **Ärzte**, Anmerk. d. Verf.) **müssen über das Ende von Leben entscheiden**, sie müssen loslassen und am Ende vielleicht sagen: Ja, jetzt ist der Zeitpunkt gekommen, an dem ich Hilfe gebe, damit ein anderer sich selbst vielleicht umbringen kann.“[11] Dies widerspricht zutiefst der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit eines jeden. Über das Ende des Lebens entscheidet die Natur oder Gott, aber nicht der Arzt.

2. Mit dem Entwurf der Abgeordneten **Hintze** und **Lauterbach** soll einem lebensmüden Menschen das Recht auf Beihilfe zum Selbstmord gewährt werden. Der „Helfer“ soll ein Arzt sein, der nicht mehr an sein Standesrecht gebunden ist. Die Approbationsordnung soll diesbezüglich geändert werden. Der assistierte Suizid soll im Bürgerlichen Gesetzbuch verankert werden. Der Abgeordnete Lauterbach spricht in der parlamentarischen Debatte im Zusammenhang mit der Suizidassistenz von „Freischuss“ und fragt seine Kollegen im Bundestag, wie viele „Versuche“ er als Suizidhelfer hätte, bevor der Staatsanwalt tätig wird.[12] Die Suizidbeihilfe darf laut Gesetzentwurf nur erfolgen, wenn eine „unheilbare Erkrankung unumkehrbar zum Tod führt.“[13] Schon in seiner mündlichen Begründung im Parlament dehnt der Abgeordnete Lauterbach die Indikationen auf alle Lebensmüden aus: „Wenn es um Menschen geht, die nicht vom Tod bedroht werden, die also nicht sterbenskrank sind, dann können aus unserer Sicht die Kammern (Ärztekammern, Anmerk. d. Verf.) frei bestimmen, ob demjenigen, der lebenssatt, aber nicht vom Tod bedroht ist, ein Arzt helfen kann oder nicht.“[14]

3. In dem Entwurf der Abgeordneten **Künast** und **Sitte** soll die Hilfe zur Selbsttötung eines sterbewilligen Menschen grundsätzlich straflos gestellt werden, außer wenn sie gewerbsmäßig erfolgt. Die Straffreiheit der Beihilfe zum Suizid soll grundsätzlich „positiv gesetzlich normiert“[15] werden. „Wer in organisierter oder geschäftsmäßiger Form Hilfe zur Selbsttötung leistet, hat die Pflicht, alle dazu notwendigen Handlungen zu dokumentieren. Für Ton- oder Bildaufnahmen ist eine schriftliche Einwilligung des sterbewilligen Menschen erforderlich.“[16] „Die Hilfe zur Selbsttötung kann eine ärztliche Aufgabe sein und darf Ärzten nicht untersagt werden. Dem entgegenstehende berufsständische Regelungen sind unwirksam.“[17]

4. Eine klare Werteentscheidung für das Recht auf Leben als dem höchsten Rechtsgut des Menschen, stellt der Entwurf des Abgeordneten Prof. **Sensburg** dar. Er sieht ein generelles

---

[11] Plenarprotokoll 18/115, Deutscher Bundestag, Stenographischer Bericht, 115. Sitzung, Berlin, den 2. Juli 2015, Seite 11063
[12] Ebenda, Seite 11053
[13] Gesetzentwurf Ärztlich begleitete Lebensbeendigung, Seite 4, § 1921a
[14] Plenarprotokoll 18/115, Deutscher Bundestag, Stenographischer Bericht, 115. Sitzung, Berlin, den 2. Juli 2015, Seite 11054
[15] Entwurf eines Gesetzes über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung, Seite 2
[16] Ebenda, Seite 6, § 8
[17] Ebenda, Seite 5, § 6

Verbot für den assistierten Suizid vor, wie es in anderen europäischen Ländern existiert (England, Finnland, Irland, Italien, Österreich, Polen, Spanien).[18]

„Ich rufe die Menschheit auf zur Ethik der Ehrfurcht vor dem Leben. Diese Ethik macht keinen Unterschied zwischen wertvollerem und weniger wertvollem Leben, höherem und niedrigerem Leben. Sie lehnt eine solche Unterscheidung ab (…) Die unmittelbare Tatsache im Bewusstsein lautet: Ich bin Leben, das leben will, inmitten von Leben, das leben will.“[19]

[18] Entwurf eines Gesetzes über die Strafbarkeit der Teilnahme an der Selbsttötung

[19] Albert Schweitzer, Ehrfurcht vor dem Leben – Grundtexte aus fünf Jahrzehnten, C. H. Beck 2013

Arbeitsbündnis „Kein assistierter Suizid in Deutschland!“
Dr. med. Susanne Ley
Postfach 68 02 75, 50705 Köln
E-Mail: arbeitsbuendnis@kein-assistierter-suizid.de
Website: www.kein-assistierter-suizid.de

Offener Brief an die Abgeordneten des Deutschen Bundestages

Kein assistierter Suizid in Deutschland! Köln, 28.10.2015

Sehr geehrte Frau Abgeordnete,
sehr geehrter Herr Abgeordneter

am 6.11.15 sollen Sie als gewählter Volksvertreter über vier Gesetzentwürfe zum assistierten Suizid abstimmen. Drei der vier Entwürfe fordern, dass die Beihilfe zur Selbsttötung eines Menschen - auch für Ärzte - rechtlich ausdrücklich zugelassen werden soll. Auch der als sogenannter „Weg der Mitte“ bezeichnete Entwurf des Abgeordneten Brand soll, so der Abgeordnete Röspel, den Ärzten die Möglichkeit geben „über das Ende von Leben zu entscheiden.[20] Unterstützen Sie daher den Gesetzentwurf des Abgeordneten Sensburg, der als einziger eine klare Werteentscheidung für das Recht auf Leben trifft.

Begründung:

1) Dem assistierten Suizid geht immer voraus, dass ein Menschenleben von Dritten als lebensunwert beurteilt wird. Damit wird die Grenze zur Euthanasie überschritten.
2) Seit 1945 ist es in Deutschland Konsens, dass es kein lebensunwertes Leben gibt. „Die Humanität gebietet die Achtung vor dem Bild des Menschen auch in seiner beschädigten Erscheinung.“[21] Folgerichtig ist in Deutschland Tötung auf Verlangen strafbewehrt verboten (StGB § 216).
3) Eine Zustimmung des Deutschen Bundestages zu einem Gesetz, das assistierten Suizid rechtlich explizit zulässt, wäre ein beispielloser Wertebruch in der deutschen Nachkriegsgeschichte.

[20] Plenarprotokoll 18/115, Deutscher Bundestag, Stenographischer Bericht, 115. Sitzung, Berlin, den 2. Juli 2015, Seite 11063
[21] Nazipsychiatrie, Uwe Henrik Peters, ANA Publishers, Köln 2011, Seite 188

4) Es ist wichtig zu erkennen, dass die Haltung gegenüber unheilbar Kranken – nämlich, dass es Zustände gebe, die als nicht mehr lebenswert zu betrachten sind – der winzige Auslöser für das Euthanasieprogramm der Nazis war.[22]
5) Vergleicht man die heute vorgebrachten Argumente für den assistierten Suizid mit denen für Euthanasie aus der Nazizeit, zeigen sich beklemmende Parallelen. Damals wie heute wird von den Befürwortern euphemistisch von humanitärem Akt und Mitleid gesprochen. Selbstbestimmung wird zum höchsten aller Rechtsgüter erhoben. Dabei wird verkannt, dass das Leben selbst „die vitale Basis der Menschenrechte und die Voraussetzung aller anderen Grundrechte“ ist.[23]
6) Bei der Beihilfe zum Suizid geht es nicht nur um den Schutz des individuellen Lebens vor Selbstzerstörung, sondern auch „um dessen Schutz vor den Handlungen Dritter.“[24] Hier hat der Staat die uneingeschränkte Pflicht, das Leben seiner Bürger zu schützen.
7) Betrachten wir die Debatte um den assistierten Suizid unter dem Aspekt des demographischen Wandels, d.h. einer immer älter werdenden Gesellschaft, und kommen dann noch ökonomisch schwierige Zeiten hinzu, besteht die Gefahr, dass der Mensch immer stärker nach seinem Nutzen bewertet wird.
8) Der ärztlich assistierte Suizid widerspricht zutiefst dem ärztlichen Ethos und der Menschlichkeit eines Jeden. Die Aufgabe des Arztes ist es, zu heilen und Leiden zu lindern. „Sie (die Ärzte, Anm. d. Verf.) dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“[25] Hierauf beruht das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient.
9) Angesichts der heute schon zulässigen Möglichkeiten muss niemand Sorge haben, dass im Falle einer schweren, unheilbaren und tödlich verlaufenden Krankheit sein Leiden unnötig verlängert wird. Es gibt keinen Grund, der den assistierten Suizid erforderlich macht.
10) Auf den Mitmenschen auch am Lebensende angewiesen zu sein, ist natürlich und stellt keine Einschränkung der Autonomie oder Selbstbestimmung dar.
11) Mit Hilfe der Palliativmedizin ist eine gute Symptomkontrolle möglich. Palliativversorgung kann suizidpräventiv wirken.[26] Neben dem Ausbau der Palliativmedizin und der Hospizarbeit könnte das Netz zur Versorgung alter, schwer kranker und sterbender Menschen gestärkt werden, indem die Gesellschaft die soziale Hilfsbereitschaft der Jugend und der gesamten Bevölkerung noch stärker fördert.

Sie tragen mit Ihrem Votum am 6.11.15 die Mitverantwortung dafür, ob wir in Deutschland in Zukunft wieder über „lebenswertes“ und „lebensunwertes“ Leben entscheiden mit allen Konsequenzen, die sich daraus ergeben und die wir aus den Erfahrungen unserer Geschichte und einiger unserer Nachbarländer jetzt schon ableiten können.

---

[22] Vergl.: Töten oder Sterben lassen, Robert Spaemann/Thomas Fuchs, Herder 1997
[23] Urteil des BVerfGE 39,1; Schwangerschaftsabbruch I, Abs. 147-149 vom 25.02.1975
[24] Jedes Leben schützen, Christian Hillgruber, Frankfurter Allgemeine Zeitung Nr. 144 vom 25.06.2015, Seite 6
[25] Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen u. Ärzte, in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel
[26] Deutsches Ärzteblatt 2015, 112(40)

Weitere Informationen – inklusive einem kurzen Info-Trailer – finden sie auf unserer Website: www.kein-assistierter-suizid.de

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Susanne Ley, Internistin, Köln

Die weiteren Unterzeichner dieses Briefes sind:

Heidrun **Baisch**, Erzieherin, Fellbach; Prof. Dr. med. Axel W. **Bauer**, Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg; Christine **Becher-Kuphal**, Ärztin, Neunkirchen a. Brand; Prof. Dr. med. Paul **Cullen**, Niedergelassener Laborarzt, Münster; Prof. Dr. Dr. Klaus **Dörner**, Psychiater u. Historiker, Hamburg; Helga **Ebel**, Krebsberatung u. Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen e.V., Sprecherin BAG Gesundheit u. Soziales DIE LINKE, Aachen; Georg **Gallus**, Parlamentarischer Staatssekretär a.D., Hattenhofen; Irmgard **Gallus**, Sozialpädagogin, Fellbach; Dr. med. Lothar **Gielow**, Internist/Nephrologe (i.R.), Ottobrunn; Christine **Green-Ottens**, Dipl.-Soz.-Pädagogin, Alfter; Dr. med. Karen **Härtel**, Fachärztin für öffentliches Gesundheitswesen u. Sozialmedizin, Bad Rothenfelde; Dr. med. Marianne **Herzog**, Ökumenischer Hospizdienst Gummersbach e.V., Ehrenvorsitzende, Gummersbach; Dr. Susanne **Hörnemann**, Nervenärztin/Psychotherapie, Köln; Dr. med. Ingeborg **Jonen-Thielemann**, Mitbegründerin der ersten Palliativstation Deutschlands, Köln; Prof. Dr. rer. nat. Gudrun **Kammasch**, Berlin; Dr. med. F. **Kramer**, Hilzingen; Dipl. Ing. U. **Kramer**, Hilzingen; Prof. Dr. Jochen **Krautz**, Bergische Universität Wuppertal; Christiane **Lambrecht**, Landesvorsitzende der Christdemokraten für das Leben (CDL) Bayern; Dr. Norbert **Langenfeld**, Köln; Rita **Müller-Hill**, Köln; Dr. Gerhard **Nagel**, Kinder- u. Jugendarzt, Vorstand „Hippokratische Gesellschaft Deutschland e.V.“, Forchheim; Annelene **Neuhaus**, Realschullehrerin (i.R.), Köln; Christian **Ottens**, Dipl.-Kfm., Alfter; Prof. Dr. Dr. Uwe Henrik **Peters**, Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie der Universität zu Köln; Dr. med. Angela **Spelsberg**, S.M., Ärztliche Leiterin Tumorzentrum Aachen e.V., Aachen; Dr. med. Angelika **Spur**, Rielasingen; Joh. Adam **Stupp**, Publizist, Möhrendorf; Marion **Trommenschläger**, Dipl.-Pädagogin, Köln; Claudia u. Gerhard von **Velsen**, Köln; Knut **Wiebe**, Köln; Prof. (i.R.) Dr. med. Helga **Wiersbitzky**, Fachärztin für Radiologie, Greifswald; Prof. (i.R.) Dr. med. Siegfried **Wiersbitzky**, Facharzt für Kinder- u. Jugendmedizin, ehem. Inhaber d. Lehrstuhls für Allgemeine Pädiatrie u. Direktor d. Klinik u. Poliklinik für Kinder- u. Jugendmedizin d. Univ. Greifswald; Willy **Wimmer**, Staatssekretär a.D., Jüchen; Marion **Zaglmaier**, Lehrerin für Pflegeberufe, Nürnberg;

PS: Ein Brief gleichen Inhalts geht zur Information der Bürger an die Medien.

„Ohne Ehrfurcht vor dem Leben hat die Menschheit keine Zukunft."

Albert Schweitzer (1875-1965)

Ich schließe mich dem Aufruf der ***Ärzte in Ehrfurcht vor dem Leben*** an:

Titel: ..... *Name:* ..... *Vorname:* .....

Fachgebiet: .....*Straße, Nr.:* ..... *Postleitzahl:* .....

Ort: ..... *E-Mail-Adresse:* .....

Ich bin damit einverstanden, dass bei einer erneuten Veröffentlichung des Aufrufs (Flyer, Website, Zeitungsanzeige) mein Name mit Fachgebietsbezeichnung u. Ortsangabe genannt wird: JA ◯ NEIN ◯

Ort, Datum u. Unterschrift: .....

V.i.S.d.P.: ***Ärzte in Ehrfurcht vor dem Leben*** c/o Dr. med. Susanne Ley, Postfach 680275, 50705 Köln
E-Mail: liga@aerzte-in-ehrfurcht-vor-dem-leben.de Website: www.aerzte-in-ehrfurcht-vor-dem-leben.de

Wir Ärztinnen und Ärzte in Deutschland haben aufgrund unserer Geschichte eine besondere Verpflichtung, für den Schutz des Lebens unserer Patienten einzutreten.

Wir erinnern an die berühmte Mahnung des Arztes, Theologen und Philosophen Albert Schweitzer:

„Ich rufe die Menschheit auf zur Ethik der Ehrfurcht vor dem Leben. Diese Ethik macht keinen Unterschied zwischen wertvollerem und weniger wertvollem Leben, höherem und niedrigerem Leben. Sie lehnt eine solche Unterscheidung ab (...) Die unmittelbare Tatsache im Bewusstsein lautet: Ich bin Leben, das leben will, inmitten von Leben, das leben will."

Köln, 24. Mai 2016

Unterzeichner:
Prof. Dr. med. Axel W. ***Bauer****, Medizinethiker, Mannheim; Prof. Dr. med. Paul* ***Cullen****, Labormediziner, Münster; Prof. Dr. Dr. Klaus* ***Dörner****, Psychiater und Historiker, Hamburg; Dr. med. Susanne* ***Hörnemann****, Nervenärztin/Psychotherapie, Köln; Dr. med. Susanne* ***Ley****, Internistin und Rheumatologin, Köln; Prof. Dr. med. Kurt* ***Oette****, em. Universitätsprofessor in Köln; Prof. Dr. Dr. Uwe Henrik* ***Peters****, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Köln; Dr. med. Elisabeth* ***Reitz****, Anästhesistin, Köln.*

Foto Vorderseite: Bundesarchiv, Bild 145 Bild-00014770/CC-BY-SA

Die Gründungsmitglieder der Liga „Ärzte in Ehrfurcht vor dem Leben" erklären:

„Der Arzt muss immer auf der Seite des Lebens stehen. Niemals darf er auf die Seite des Todes wechseln.

Es darf deshalb niemals eine Interaktion zwischen Arzt und Patient geben, deren Ziel darin besteht, dass der Patient anschließend tot ist.

Nach der Verabschiedung des neuen § 217 StGB wird versucht, einen Erwartungsdruck auf Ärzte zu erzeugen, genau solche Interaktionen im Rahmen einer Suizidbeihilfe einzugehen; das Gesetz erlaubt dies jedoch nicht.

Ein solches Verhalten wäre auch mit dem ärztlichen Ethos in der Hippokratischen Tradition nicht vereinbar und würde auf Dauer die Beziehung zwischen uns als Ärzten und unseren Patienten zutiefst erschüttern.

Daher fordern wir, dass die klare Aussage in § 16 der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer, dass Ärzte „keine Hilfe zur Selbsttötung leisten [dürfen]", in die Berufsordnungen aller 17 Landesärztekammern aufgenommen wird."

Der moralische Stand einer zivilisierten Gesellschaft misst sich daran, wie sie mit den Schwächsten umgeht. Der Lebensschutz ist in unserem Grundgesetz sowie in der Europäischen Konvention zum Schutze der Menschenrechte und in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948 verankert.

Die in Deutschland seit mehreren Monaten in der Öffentlichkeit geführte Diskussion darüber, ob ein Arzt Beihilfe zur Selbsttötung leisten darf, richtet im Gemüt der Menschen großen Schaden an. Durch diese Debatte werden elementare ethische Grundlagen unseres Zusammenlebens in Frage gestellt, und es wird speziell das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient beschädigt.

Es ist höchste Zeit, dass wir Ärztinnen und Ärzte in Deutschland uns positionieren:

Oberstes Gebot ärztlichen Handelns ist es, dem Patienten nicht zu schaden. Der Arzt ist Beschützer des Lebens, er darf nicht zur Gefahr für das Leben seiner Patienten werden. Es widerspricht zutiefst dem seit 2400 Jahren gültigen ärztlichen Ethos und der Menschlichkeit eines jeden, einem leidenden Menschen Beihilfe zum Suizid zu leisten. Jeder psychisch oder physisch kranke Mensch braucht fachgerechte medizinische Hilfe und echte mitmenschliche Zuwendung sowie die Gewissheit, dass der Arzt alles tun wird, um seine Krankheit zu heilen oder, wo dies nicht möglich ist, sein Leiden zu lindern. Der Wunsch nach Beihilfe zum Suizid entsteht nicht in erster Linie aus Angst vor unstillbaren Schmerzen, sondern aus der Sorge, anderen zur Last zu fallen, ausgeliefert zu sein, die Kontrolle zu verlieren oder allein zu sein.

Patienten, die einen Suizidwunsch äußern, erwarten in aller Regel nicht, dass ihr Tod herbeigeführt wird. Überwiegend ist der Wunsch nach assistiertem Suizid ein Hilferuf und vorübergehender Natur. Zu annähernd 90% liegt ihm eine psychische Erkrankung zugrunde. Es gibt keine Rechtfertigung für die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung eines Patienten. Aufgrund des medizinischen Fortschritts und der sozialen Verbundenheit sind wir heute in der Lage, schwer kranke und sterbende Menschen so zu versorgen, dass sie nicht unerträglich leiden müssen, sondern sich aufgehoben fühlen. Es liegt in der Natur des Menschen, dass wir auch am Lebensende auf unsere Mitmenschen angewiesen sind. Eine Einschränkung unserer Autonomie oder unserer Selbstbestimmung liegt darin nicht begründet.

Der assistierte Suizid setzt voraus, dass ein Menschenleben von einem Dritten, nämlich dem Sterbehelfer, als lebensunwert beurteilt wird. Damit ist aber bereits die Grenze zur Euthanasie überschritten. Die Eskalation der Tötung mit – und ohne – Verlangen des Patienten in den Niederlanden seit den 1990er Jahren muss uns hier eine Warnung sein.

Wenn der Arzt das Leiden eines schwer kranken, sterbenden Menschen nicht unnötig verlängern will und er daher eine medizinische Maßnahme unterlässt, reduziert oder abbricht, macht er sich nicht strafbar. Ebenso ist es ihm erlaubt, eine indizierte lindernde Behandlung auch dann durchzuführen, wenn durch sie *ungewollt* das Leben des Patienten möglicherweise verkürzt werden könnte. Angesichts dieser Alternativen muss niemand die Sorge haben, dass im Fall einer schweren, unheilbaren und tödlich verlaufenden Krankheit das Leiden des Patienten unnötig verlängert würde. Auch eine gute Palliativversorgung kann suizidpräventiv wirken.

Der § 217 StGB und die Folgen für die Gesellschaft

Dr. med. Susanne Ley[27]

Das Thema „§ 217 StGB und die Folgen für die Gesellschaft“ ist meines Erachtens sehr bedeutsam. Es stellt unsere alle gemeinsam vor die Aufgabe, abzuschätzen und darüber aufzuklären, welche Gefahren mit dem assistierten Suizid und der Tötung auf Verlangen für unsere menschliche Gemeinschaft verbunden sind. Es ist bitter von Nöten, sich aus allen Bereichen der Zivilgesellschaft in dieser Frage eng zusammenzuschließen.

1. Rechtliche Verankerung des Lebensschutzes

Die Garantie der Menschenwürde und das daraus abgeleitete Recht auf Leben sind unveräußerliche vorstaatliche Rechte mit universeller Gültigkeit. Die Scholastiker leiteten sie vom göttlichen Recht, die Aufklärung vom Vernunftrecht oder Naturrecht ab. Sie sind in der Europäischen Konvention zum Schutze der Menschenrechte und in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948 verankert.

In einem 2500 Jahre währenden Ringen haben die Menschen in Europa – insbesondere auch aus den Erfahrungen der Bürgerkriege des 16. und 17. Jahrhunderts – den Staat in seiner modernen Form entwickelt. Grundidee und oberster Zweck ist dabei der Schutz des Lebens aller seiner Bürger.

In Deutschland gelten nach wie vor starke Gesetze, die den Schutz des menschlichen Lebens garantieren sollen. Der Lebensschutz ist in unserem Grundgesetz verankert und wird in unserer Rechtsordnung durch geeignete Gesetze normiert. Darüber hinaus ist er in der Mehrzahl der Landesärztekammerbezirke durch das Standesrecht der Ärzte gesichert.

Nach Artikel 1 Abs. 1 GG ist die Würde des Menschen unantastbar. *„Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“*

[27] Gründungsmitglied der Liga ***Ärzte in Ehrfurcht vor dem Leben***, www.aerzte-in-ehrfurcht-vor-dem-leben.de

Die vitale Basis der Menschenwürde ist das Leben selbst. Es stellt in der grundgesetzlichen Ordnung einen Höchstwert dar und ist die Voraussetzung aller anderen Grundrechte. Daraus leitet sich die Schutzpflicht des Staates für das Leben aller seiner Bürger ab.

Artikel 2 unserer Verfassung soll das Recht auf Leben für jedermann garantieren. Das Recht auf Leben stellt nicht nur ein Abwehrrecht der Bürger gegen staatliche Gewalt dar, sondern verpflichtet die staatliche Gemeinschaft auch zum Schutz des Lebens seiner Bürger. Die Nichterfüllung der staatlichen Schutzpflicht für das Leben ist verfassungswidrig. Diese Schutzpflicht bekommt bei Menschen, die zum eigenen Schutz selbst nicht fähig sind, besonderes Gewicht. Die staatliche Schutzpflicht gegenüber Hilflosen *überwiegt* im Verhältnis zu deren Selbstbestimmungsrecht. So urteilte das Bundesverfassungsgericht am 26.7.2016 und traf damit eine klare Werteentscheidung für den Schutz des Lebens als höchstem Rechtsgut.[28]

Der Gesetzgeber ist verpflichtet, zur Sicherung der Grundrechte geeignete Gesetze zu erlassen.

Von großer Bedeutung für den Schutz des Lebens, insbesondere auch für suizidale Menschen, sind die Strafrechtsparagraphen 216 und 323 c.

Aufgrund unserer Geschichte gibt es in Deutschland eine starke Opposition gegen Euthanasie. Seit 1945 ist es in Deutschland Konsens, dass es kein lebensunwertes Leben gibt. *„Die Humanität gebietet die Achtung vor dem Bild des Menschen auch in seiner beschädigten Erscheinung."* [29] Folgerichtig ist in Deutschland die Tötung auf Verlangen in § 216 StGB strafbewehrt verboten. Auch dem assistierten Suizid geht immer voraus, dass ein Menschenleben von Dritten als lebensunwert beurteilt wird. Damit ist aber bereits die Grenze zur Euthanasie überschritten. Dies kommt auch in dem Beschluss des Hanseatischen Oberlandesgerichts Hamburg vom 15.6.2016 zum Ausdruck: In einem Fall von ärztlich assistiertem Suizid hielt das Gericht den Suizidbeihelfer für hinreichend verdächtig, sich der versuchten Tötung auf Verlangen durch Unterlassung schuldig gemacht zu haben.[30]

Der § 323 c verpflichtet jedermann zur Hilfeleistung gegenüber Verunglückten und Menschen in Not. Unterlassene Hilfeleistung wird unter Strafe gestellt. Das Prinzip

[28] Beschluss des BVerfG vom 26.7.2016
[29] Nazipsychiatrie, U.H. Peters, ANA Publishers, Köln 2011, Seite 188
[30] Beschluss des Hanseatischen Oberlandesgerichts Hamburg vom 15.6.2016

der Hilfeleistung gilt auch im Falle eines Suizidversuches, der rechtlich als Unglücksfall betrachtet wird.

Durch entsprechende Bestimmungen im Strafgesetzbuch und im Bürgerlichen Gesetzbuch haben Personen, die eine sogenannte Garantenstellung gegenüber einer anderen Person einnehmen (z.B. Eltern – Kind, Ehepartner, Arzt – Patient) zusätzlich eine Pflicht, die über die normale Hilfeleistung gegenüber jedermann deutlich hinausgeht. [31]

Auch das Standesrecht der Ärzte kann einen starken Schutz für das Leben der Menschen bieten. Um einer Relativierung des Tötungsverbotes für Ärzte entgegenzutreten, wurde auf dem Deutschen Ärztetag 2011 in Kiel beschlossen, einen neuen § 16 in die Musterberufsordnung der Bundesärztekammer einzufügen: *„Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“* [32]

Damit entspricht der § 16 der Musterberufsordnung für Ärzte dem ärztlichen Ethos in der Hippokratischen Tradition, dass ein Arzt sich niemals an der Tötung oder Selbsttötung eines Menschen beteiligen darf. Auch wenn Beihilfe zum Suizid laut Strafgesetzbuch nicht explizit verboten ist, können die Landesärztekammern ein solches Verbot für Ärzte standesrechtlich erlassen und durchsetzen, so das Verwaltungsgericht Berlin.[33]

Aus den Ausführungen wird ersichtlich, dass bisher ein strafrechtliches Verbot des assistierten Suizids nicht notwendig war, weil in der Rechtsordnung auf andere Weise hinreichend zum Ausdruck kommt, dass der assistierte Suizid rechtsphilosophisch nicht erlaubt ist.

---

[31] § 13 StGB Garantenpflicht; § 630 BGB Garantenstellung Arzt – Patient; § 1353 BGB Garantenstellung Ehegatten; §1618a BGB Garantenstellung Eltern – Kinder

[32] Bundesärztekammer, Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen u. Ärzte, Fassung von 2015

[33] Beschluss des Verwaltungsgerichts Berlin vom 30.3.2012

2. § 217 StGB

In der über mehrere Monate in der Öffentlichkeit geführten Diskussion über den assistierten Suizid wurde suggeriert, mit dem neuen § 217 StGB werde ein starkes Zeichen für den Lebensschutz gesetzt, da er die geschäftsmäßige Suizidbeihilfe verbiete. Der neue § 217 lehnt jedoch weder den assistierten Suizid, noch die geschäftsmäßige Beihilfe zum assistierten Suizid grundsätzlich ab. Vielmehr regelt das neue Strafgesetz, welchem Personenkreis assistierter Suizid bzw. die Teilnahme an der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe straffrei ermöglicht wird. Dadurch wird eine Handlung explizit straffrei gestellt, zu der es bisher lediglich aus formaljuristischen Gründen keine strafrechtliche Bestimmung gab.

In seinem ersten Teil stellt das neue Gesetz die geschäftsmäßige Beihilfe unter Strafe:

§ 217 StGB, Abs. 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.

Der zweite Teil des Gesetzes wird meist verschwiegen:

§ 217 StGB, Abs. 2

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

Gerade diejenigen Menschen, die nach unserem geltenden Recht eine Garantenpflicht zum Lebensschutz haben, d.h. Angehörige und Nahestehende, werden nun ausdrücklich straffrei gestellt, wenn sie Beihilfe zum Suizid leisten oder Teilnehmer einer geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe sind. Sie dürfen also ein Delikt fördern, dass in Abs. 1 des § 217 StGB unter Strafe gestellt ist. In der Begründung des Gesetzes heißt es dazu:

„Der Ehemann, der seine todkranke Ehefrau ihrem freiverantwortlich gefassten Entschluss entsprechend zu einem geschäftsmäßig handelnden Suizidhelfer fährt, um sie mit in den Tod zu begleiten, fördert damit zwar als Gehilfe die Haupttat

des Suizidhelfers. Er legt damit jedoch kein strafwürdiges, sondern in der Regel ein von tiefem Mitleid und Mitgefühl geprägtes Verhalten an den Tag.“ [34]

Angehörige und Nahestehende dürfen also diese „grenzüberschreitende Dienstleistung“ fördern, ohne sich strafbar zu machen.

Außerdem beabsichtigen die Initiatoren des neuen § 217 StGB, dass *„Angehörige von Heilberufen,“*[35] also auch Ärzte, im Einzelfall legal Suizidassistenz leisten können. Dies sei nach dem neuen Gesetz straffrei möglich, weil dieser Personenkreis im Einzelfall eben gerade nicht geschäftsmäßig handeln würde:

Sollte *„im Einzelfall aber gleichwohl von diesem Personenkreis Suizidhilfe gewährt“* werden, geschehe dies *„typischerweise gerade nicht geschäftsmäßig“,* also in der Absicht, dies zu einem wiederkehrenden oder dauernden Bestandteil der Beschäftigung zu machen. Einer besonderen Ausschlussregelung bedürfe es daher nicht. [36]

Der Abgeordnete René Röspel (SPD) sagte hierzu bei der ersten Lesung der Gesetzentwürfe im Bundestag: *„Sie (*die Ärzte, Anmerk. d. Verf.*) müssen über das Ende von Leben entscheiden, sie müssen loslassen und am Ende vielleicht sagen: Ja, jetzt ist der Zeitpunkt gekommen, an dem ich Hilfe gebe, damit ein anderer sich selbst vielleicht umbringen kann.“* [37]

Oberstes Gebot ärztlichen Handelns ist es jedoch, dem Patienten nicht zu schaden. Der Arzt ist Beschützer des Lebens, er darf nicht zur Gefahr für das Leben seiner Patienten werden. Es widerspricht zutiefst dem ärztlichen Ethos und der Menschlichkeit eines jeden, einem leidenden Menschen Beihilfe zum Suizid zu leisten.

3. Mögliche Folgen des Gesetzes

Durch die europaweit in der Öffentlichkeit geführte Diskussion um den assistierten Suizid und die Tötung auf Verlangen werden elementare Grundlagen unseres menschlichen Zusammenlebens in Frage gestellt. Soziale Bindungen werden zerstört,

[34] Deutscher Bundestag, Drucksache 18/5373, Seite 20
[35] Deutscher Bundestag, Drucksache 18/5373, Seite 18
[36] Deutscher Bundestag, Drucksache 18/5373, Seite 18
[37] Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 18/115, Stenographischer Bericht, Berlin, den 2. Juli 2015, Seite 11063

die Arzt-Patient-Beziehung zutiefst erschüttert, die menschliche Solidarität wird beschädigt und die Schutzpflicht des Staates für das Leben seiner Bürger wird in Frage gestellt.

Bereits im Jahr 1910 schrieb Alfred Adler, der Begründer der Individualpsychologie: *„Der Selbstmord ist ein individuelles Problem, das soziale Ursachen und Folgen hat."* [38] Sein Schüler Erwin Ringel, Psychiater und Neurologe an der Universität Wien, erforschte bereits in den 1950er Jahren das präsuizidale Syndrom, eine seelische Verfassung, die dem Selbstmord vorausgeht. Auch untersuchte er, welche Faktoren in der Gesellschaft den Selbstmord fördern. Gruppen mit erhöhtem Suizidrisiko sind demnach: Alte Menschen, besonders wenn sie chronisch krank, einsam und verarmt sind, Depressive, Süchtige, Verfolgte, Geschiedene, in Partnerschaftsprobleme Verwickelte, Menschen in finanzieller Not, Arbeitslose u.a.m. Gemeinsam sei den Betroffenen, dass sie zu den Außenseitern, Diffamierten, Stigmatisierten gehörten. *„So frei und so willig, wie man uns glauben machen möchte, gehen die meisten Selbstmörder nicht in den Tod; sie werden nur allzu oft dazu <eingeladen>, hinauskomplimentiert. Das Selbstmordproblem lehrt uns daher einmal mehr, wie nötig es ist, die Gesellschaft hier und heute – wie das Adler verlangt hat – zu verbessern."* [39]

Als wichtigste therapeutische Chance bezeichnet Ringel die Psychotherapie. Es gehe vor allem zuerst darum, durch ein gutes tragfähiges, verbindliches Arzt-Patient-Verhältnis die Einengung der zwischenmenschlichen Beziehung zu durchbrechen. Die entscheidende Wirkung würde immer über diese Beziehung erfolgen. *„Wenn für den Selbstmörder alle anderen nur Abwesenheit bedeuten, ergibt sich daraus unsere wichtigste Verpflichtung von selbst: mit allen unseren Kräften anwesend zu sein."* [40] Bezüglich der Prophylaxe, so Ringel weiter, spiele die Herstellung eines antisuizidalen Klimas in der Gesellschaft eine große Rolle. Dabei sei es wichtig, den Selbstmord nicht zu tabuisieren oder zu verherrlichen, sondern ihn als Symptom menschlicher Not zu erkennen.

Die Forschungsergebnisse Ringels zur Suizidprävention decken sich mit aktuellen Studienergebnissen von Jones und Paton von 2015, die zeigen, dass die Einführung

[38] Alfred Adler, Über den Selbstmord, Wien 1910, zitiert nach: Erwin Ringel, Das präsuizidale Syndrom, 1985
[39] Erwin Ringel, Das präsuizidale Syndrom, 1985
[40] ebenda

des assistierten Suizids in mehreren US-Bundesstaaten mit einem Anstieg der Gesamt-Suizidrate um 6,3% einhergeht. Anders, als die Befürworter behaupten, führt die Möglichkeit des assistierten Suizids nicht zu einer Abnahme der nicht-assistierten Suizide, sondern sogar zu einem Anstieg. [41]

Die Niederlande verzeichnen seit Jahren steigende Zahlen bei der „Hilfe zur Selbsttötung“ und der „Tötung auf Verlangen.“ Gleichzeitig gibt es Berichte über eine Vielzahl von Fällen, wo Menschen ohne ihren ausdrücklichen Willen umgebracht wurden. Inzwischen werden in unserem Nachbarland auch demenzkranke und psychisch kranke Menschen getötet.

Ähnlich ist es in Belgien: Neben steigenden Fallzahlen ist hier eine Ausweitung der Indikationen zu konstatieren. Mittlerweile schreckt man auch nicht mehr davor zurück, Kinder zu töten.

Der Arzt Dr. Leo Alexander wies 1949 darauf hin, dass es wichtig sei *zu erkennen, dass die Haltung gegenüber unheilbar Kranken – nämlich, dass es Zustände gebe, die als nicht mehr lebenswert zu betrachten sind – der winzige Auslöser für das Euthanasieprogramm der Nazis war.*[42]

Auf Grund der ausdrücklichen Straffreistellung des § 217 Abs. 2 StGB für Angehörige und Nahestehende ist zu erwarten, dass die gesellschaftliche Akzeptanz des Suizids und der Suizidbeihilfe steigt. Daraus ergibt sich, dass suizidale Menschen leichter einen Suizidbeihelfer finden werden. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Suizid zum Tod führt, steigt durch das unterstützende Hinzutreten des Suizidbeihelfers. Die aktuelle Gesetzeslage wird vermutlich dazu führen, dass Suizidversuche häufiger gelingen und somit die Zahl der Suizidtoten steigt.

Die Vertrauensbeziehungen in den Familien werden durch die Möglichkeit des assistierten Suizids erschüttert. Sogenannte Mitleidstötungen könnten zunehmen. Alte oder kranke Menschen könnten sich gedrängt fühlen, ihren Angehörigen sog. nicht weiter zur Last zu fallen. Angehörige, die sich überfordert fühlen, könnten den Pflegebedürftigen bewusst oder unbewusst subtil zu dieser „Lösung“ drängen. Auch andere Motive sind denkbar. Was dieses Misstrauen in den Familien anrichtet und wie es sich auf die Solidarität und den Zusammenhalt der gesamten Gesellschaft

[41] Jones DA, Paton D., How does legalization of physician-assisted-suicide affect rates of suicide? Southern Medical Journal, October 10th 2015
[42] Siehe: Robert Spaemann/Thomas Fuchs, Töten oder Sterben lassen. Freiburg 1997

auswirkt, möchte man sich lieber nicht vorstellen. Wer übernimmt die Verantwortung dafür?

Durch die Diskussion um den ärztlich assistierten Suizid wird auch das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zutiefst beschädigt. Oberstes Gebot ärztlichen Handelns ist es, dem Patienten nicht zu schaden. Der Arzt ist Beschützer des Lebens, er darf nicht zur Gefahr für das Leben seiner Patienten werden. Es widerspricht zutiefst dem seit 2400 Jahren gültigen ärztlichen Ethos und der Menschlichkeit eines jeden, einem leidenden Menschen Beihilfe zum Suizid zu leisten. Jeder psychisch oder physisch kranke Mensch braucht fachgerechte ärztliche Hilfe und echte mitmenschliche Zuwendung sowie die Gewissheit, dass der Arzt alles tun wird, um seine Krankheit zu heilen oder, wo dies nicht möglich ist, sein Leiden zu lindern.

Der Wunsch nach Beihilfe zum Suizid entsteht nicht in erster Linie aus Angst vor unstillbaren Schmerzen, sondern aus der Sorge, anderen zur Last zu fallen, ausgeliefert zu sein, die Kontrolle zu verlieren oder allein zu sein. Patienten, die einen Suizidwunsch äußern, erwarten in aller Regel nicht, dass ihr Tod herbeigeführt wird. Überwiegend ist der Wunsch nach assistiertem Suizid ein Hilferuf und vorübergehender Natur. Es gibt keine Rechtfertigung für die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung eines Patienten.

Aufgrund des medizinischen Fortschritts und der sozialen Verbundenheit sind wir heute in der Lage, schwer kranke und sterbende Menschen so zu versorgen, dass sie nicht unerträglich leiden müssen, sondern sich aufgehoben fühlen. Es liegt in der Natur des Menschen, dass wir auch am Lebensende auf unsere Mitmenschen angewiesen sind. Eine Einschränkung unserer Autonomie oder unserer Selbstbestimmung liegt darin nicht begründet.

Betrachten wir die Debatte um den assistierten Suizid unter dem Aspekt des demographischen Wandels, d.h. einer immer älter werdenden Gesellschaft, und kommen dann noch ökonomisch schwierige Zeiten hinzu, besteht die Gefahr, dass der Mensch immer stärker nach seinem Nutzen bewertet wird.

Der moralische Stand einer zivilisierten Gesellschaft misst sich daran, wie sie mit den Schwächsten umgeht. *„Die staatliche Gemeinschaft darf den hilflosen Menschen nicht einfach sich selbst überlassen.“*, so urteilte im Juli dieses Jahres das BVerfG in

einem hoffnungsvollen Beschluss und traf damit eine klare Werteentscheidung für den Schutz des Lebens als höchstem Rechtsgut. Auch hebt es damit die Bedeutung der sozialen Verbundenheit und der natürlichen Hilfsbereitschaft der Menschen untereinander für das menschliche Zusammenleben hervor.

Die Garantie der Menschenwürde und das Recht auf Leben sind universell gültig und können nicht durch Menschenhand, auch nicht durch irgendeinen Gesetzespositivismus abgeschafft werden. Gesitteten Kulturnationen ist die Bindung an diese Grundsätze selbstverständlich. Dahinter sollten wir nicht zurückgehen.

Die Würde des Menschen überall in der Welt zu verwirklichen ist die Aufgabe aller.

„Ohne Ehrfurcht vor dem Leben hat die Menschheit keine Zukunft."

Arbeitsbündnis „Kein assistierter Suizid in Deutschland!“
Dr. med. Susanne Ley
Postfach 68 02 75, 50705 Köln
E-Mail: arbeitsbuendnis@kein-assistierter-suizid.de
Website: www.kein-assistierter-suizid.de

Köln, 17. Dezember 2016

Pressemitteilung

Verfassungsbeschwerde gegen § 217 StGB

Das Arbeitsbündnis *„Kein assistierter Suizid in Deutschland!“* hat im Dezember 2016 eine Verfassungsbeschwerde gegen den neuen § 217 StGB initiiert und mit Hilfe des renommierten Verfassungsrechtlers Dr. Christoph Partsch aus Berlin eingereicht.

Das Arbeitsbündnis ist ein Verbund von Bürgern aus der Mitte der Gesellschaft, in dem Ärzte, Juristen, Pädagogen, Philosophen, Ökonomen und Angehörige von Pflegeberufen vertreten sind. Aus Besorgnis über drei der vier Entwürfe des im Vorjahr laufenden Gesetzgebungsverfahrens zum assistierten Suizid verfassten sie unter anderem eine gemeinsame Erklärung, die in der FAZ am 27.6.2015 veröffentlicht wurde (siehe Anlage).

Nach dem Inkrafttreten des neuen § 217 StGB wurde die jetzige Verfassungsbeschwerde fristgerecht am 2. Dezember 2016 beim Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe eingereicht; sie erhielt das Aktenzeichen 2BvR2492/16. Die Beschwerdeführer sind mehrheitlich Ärzte und Wissenschaftler: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Uwe Henrik Peters, Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus Dörner, Prof. Dr. phil. Dr. med. habil. Armin Schmidtke, Dipl. soz. päd. Helga Ebel, Prof. Dr.

med. Axel W. Bauer, Dr. med. Susanne Hörnemann, Prof. Dr. med. Paul Cullen, Dr. med. Angela Spelsberg, Dr. med. Susanne Ley.

Die Beschwerdeführer wenden sich gegen den neuen § 217 StGB, das sogenannte „Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ vom 9. Dezember 2015, das in Absatz 2 Angehörige und Nahestehende ausdrücklich straffrei stellt, wenn sie Beihilfe zum Suizid leisten oder selbst Teilnehmer einer geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe sind. Aufgrund dieser Straffreistellung sei zu erwarten, dass sowohl die gesellschaftliche Akzeptanz des Suizids als auch der Suizidbeihilfe und damit die Zahl der Suizidtoten ansteigen werden.

Die Beschwerdeführer befürchten einen Eingriff in das Recht auf freie Berufsausübung gemäß Artikel 12 GG, da der § 217 StGB das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zerstöre. Es müsse klar bleiben, dass der Arzt Beschützer des Lebens ist, er dürfe nicht zur Gefahr für das Leben seiner Patienten werden.

Die Beschwerdeführer tragen weiterhin eine Verletzung der durch Artikel 4 GG geschützten Gewissensfreiheit vor, weil die durch das Gesetz geförderte Akzeptanz des assistierten Suizids den Arzt zur Abkehr von dem seit 2400 Jahren respektierten ärztlichen Ethos in der Hippokratischen Tradition führe, den kranken Menschen zu heilen oder, wo dies nicht möglich ist, sein Leiden zu lindern.

Die Beschwerdeführer sind, ausgehend vom aktuellen medizinisch-psychiatrischen Verständnis von Suizidalität, der Ansicht, Suizidalität sei in den allermeisten Fällen Symptom einer psychischen Erkrankung beziehungsweise mit einer psychosozialen Krise verknüpft. Daher sei der Wille des suizidalen Menschen nicht im positiven Sinne des Wortes „frei“; vielmehr müsse der Betroffene sowohl vor einer Kurzschlusshandlung als auch vor Handlungen Dritter, nämlich denen der Sterbehelfer, geschützt werden. Hier bestehe eine Schutzpflicht des Staates. Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG schütze das Recht auf Leben. Der Schutz des Lebens werde durch den § 217 StGB nicht gestärkt, sondern im Gegenteil gefährdet.

Arbeitsbündnis „Kein assistierter Suizid in Deutschland!“
Dr. med. Susanne Ley
Postfach 68 02 75, 50705 Köln
E-Mail: arbeitsbuendnis@kein-assistierter-suizid.de
Website: www.kein-assistierter-suizid.de

Pressemitteilung

Köln, 19.3.2017

Rechtsstaatlich besorgniserregendes Urteil des Bundesverwaltungsgerichts

Sterbehelferverein „Dignitas“ initiiert Präzedenzfall

Das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts in Leipzig vom 2.3.2017, das Patienten in *„extremen Ausnahmesituationen“* den Zugang zu dem Betäubungsmittel Pentobarbital zum Zweck der Selbsttötung erlaubt, wurde vielfach und zu Recht scharf kritisiert. Ein Anspruch auf Beihilfe zur Selbsttötung seitens des Staates existiert in Deutschland nicht! Selbst in der Schweiz verneinte das Bundesgericht die Existenz eines solchen Rechtes.[43] Das Tötungsmittel Pentobarbital ist in Deutschland nur in der Veterinärmedizin zugelassen. Im Ausland dient es der Vollstreckung der Todesstrafe. Die Verwendung zum Zweck der Selbsttötung von Menschen verstößt gegen unser Betäubungsmittelgesetz.

Zu einem Zeitpunkt, wo das Bundesverfassungsgericht dreizehn Verfassungsbeschwerden gegen den neuen §217 StGB prüft, greift das Bundesverwaltungsgericht mit seinem politischen Urteil vor und versucht, neue rechtliche Fakten zu schaffen. Es liegt nahe, dass dieses Urteil auf die ausstehende Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts Einfluss nehmen soll. Der Gründer des Sterbehelfervereins „Dignitas“, Ludwig Minelli, äußert seine Erwartung: *„Es* (das Urteil d. Bundesverwaltungsgerichts, Anm. d. Verf.), *dürfte bei der Beurteilung der Verfassungswidrigkeit von §217 StGB durch das Bundesverfassungsgericht jedenfalls eine nicht unbedeutende Rolle spielen.“*[44]

Wie kommt es zu diesem Urteil?

Seit Jahrzehnten ist es Minellis erklärtes Ziel, das *„Recht auf Beihilfe zur Selbsttötung“* eines Menschen weltweit zu erkämpfen. *„Dignitas ist eine Kampforganisation, welche dieses Recht des Individuums* (auf Beihilfe zur Selbsttötung, Anm. d. Verf.) *zuerst auf die Nachbarstaaten,*

[43] http://ww.bger.ch/index/juridiction/jurisdiction-inherit-template/jurisdiction-recht/jurisdiction-recht-leitentscheide1954.htm (besucht am 16.3.17)
[44] Humanistischer Pressedienst 6.3.2017, https://hpd.de/artikel/es-gibt-noch-richter-deutschland-14159 (besucht am 16.3.17))

dann auf Europa, und schließlich auf den Rest der Welt ausgedehnt wissen möchte.“[45] Bereits 2008 befand Minelli, dass die Rechtslage in Deutschland entsprechend geändert werden müsse. *„Letztlich müsste das der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte in Straßburg entscheiden, falls nicht deutsche Gerichte vernünftig urteilen.“* Laut Minelli war der in Deutschland verbotene Verein maßgeblich daran beteiligt, das Leipziger Urteil zu erwirken. Dabei hat „Dignitas“ die tragische Situation einer schwerkranken Patientin benutzt, um einen Musterprozess in Deutschland zu initiieren und zwar unter Inkaufnahme der Verlängerung des Leidens der Patientin: Sie *„… stimmte … sofort zu, als ihr der Vorschlag gemacht wurde, bei der Bundesopiumstelle das Begehren um Erlaubnis eines Zugangs zum Sterbemittel zu stellen, damit auf diese Weise ein Rechtsverfahren um diese Grundsatzfrage in Gang gesetzt werden konnte, obwohl dies ihre Leidenszeit um einige Monate verlängerte.“*[46]

„Die querschnittsgelähmte Patientin hätte jederzeit die Beendigung der künstlichen Beatmung – unter angemessener Sedierung zur Symptomkontrolle – einfordern und damit das Sterben zulassen können. Warum war hier die Not so groß, dass ein tödliches Medikament eingefordert wurde?“ fragt Prof. Dr. Lukas Radbruch, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.[47] Auch bleibt die Frage offen, ob die Patientin unter einer adäquaten palliativmedizinischen Versorgung, die es offenbar nicht gab, ihren Suizidwunsch hätte fallen lassen.

Der gesamte Vorgang erinnert an die in den Niederlanden seit über 30 Jahren verfolgte Strategie des „Rechtsopportunismus.“ Durch richterliche Urteile wurde neben dem bestehenden Gesetz eine abweichende Rechtspraxis geschaffen. So ist nach dem niederländischen Strafgesetzbuch die „Tötung auf Verlangen“ nach wie vor verboten. Gleichwohl wurde aber durch mehrere Gerichtsurteile in den vergangenen Jahrzehnten beschlossen, dass Tötung auf Verlangen in diesem oder jenem Fall straffrei bleibt. In einem zweiten Schritt wurde dann das Strafgesetz der jahrelang geübten Praxis angepasst.

Es ist zu befürchten, dass das Leipziger Urteil zu einer gesellschaftlichen Akzeptanz des Suizids als auch der Suizidbeihilfe und damit zu einem Anstieg der Zahl der Suizidtoten führen wird. Es ist eine Frage der Zeit, bis die Beschränkung auf Ausnahmesituationen erneut rechtlich angefochten werden wird mit der Begründung, es sei diskriminierend und verstoße gegen das Gleichheitsgebot, dieses "Recht" nur wenigen Menschen zuzugestehen.

Anstatt das Recht zu brechen und eine Kultur des Todes zu etablieren, sollten wir alles daransetzen, schwer kranke und sterbende Menschen so zu versorgen, dass sie nicht unerträglich leiden müssen. Jeder physisch und psychisch kranke Mensch braucht fachgerechte ärztliche Hilfe und echte mitmenschliche Zuwendung sowie die Gewissheit, dass alles getan wird, um seine Krankheit zu heilen oder, wo dies nicht möglich ist, sein Leiden zu lindern. Aufgrund der sozialen Verbundenheit und des medizinischen Fortschrittes sind wir hierzu in der Lage.

Das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts stellt einen schwerwiegenden Wertebruch in der deutschen Nachkriegsgeschichte dar und muss revidiert werden.

---

[45] L. Minelli, Gründer u. Generalsekretär von „Dignitas“, in: Marcus Born, Mit Würde sterben, 20.3.2008, https://www.heise.de/tp/features/Mit-Wuerde-sterben-3417839.html (besucht am 16.3.17)

[46] Humanistischer Pressedienst 6.3.2017, https://hpd.de/artikel/es-gibt-novh-richter-deutschland-14159 (besucht am 16.3.17)

[47] Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Pressemitteilung vom 3.3.2017, https://www.dgpalliativmedizin.de/ (besucht am 16.3.17)

Ärzte in Ehrfurcht vor dem Leben
c/o Dr. med. Susanne Ley
Postfach 680 275, 50705 Köln
liga@aerzte-in-ehrfurcht-vor-dem-leben.de
www.aerzte-in-ehrfurcht-vor-dem-leben.de

Pressemitteilung Köln, 24. Mai 2017

Rechtsstaatlich und ethisch höchst besorgniserregendes Urteil des Bundesverwaltungsgerichts

Zu einem Zeitpunkt, wo das Bundesverfassungsgericht dreizehn Verfassungsbeschwerden gegen den neuen § 217 StGB prüft, greift das Bundesverwaltungsgericht mit seinem politischen Urteil vor und versucht, neue rechtliche Fakten zu schaffen. Nun liegt die Urteilsbegründung vor.

Es ist unglaublich, dass in Deutschland eine staatliche Behörde die Erlaubnis zum Erhalt eines tödlichen Giftes zum Zweck der (Selbst-)Tötung eines Menschen erteilen soll. Das Tötungsmittel Pentobarbital ist in Deutschland nur in der Veterinärmedizin zugelassen. Im Ausland dient es der Vollstreckung der Todesstrafe. Die Verwendung zum Zweck der Selbsttötung von Menschen verstößt gegen unser Betäubungsmittelgesetz. Um dieses Verbot zu umgehen, deklarieren die Leipziger Richter die (Selbst-)Tötung eines Menschen durch Pentobarbital in extremen Ausnahmesituationen kurzerhand als medizinische Therapie.

Die Beihilfe zur (Selbst-)Tötung eines Menschen kann nie eine medizinische Therapie sein. Auch existiert in Deutschland kein Anspruch auf Beihilfe zur Selbsttötung seitens des Staates. Selbst in der Schweiz verneinte das Bundesgericht die Existenz eines solchen Rechtes.
Es gibt keine Rechtfertigung für die Beihilfe zur Selbsttötung eines Menschen. Aufgrund des medizinischen Fortschrittes und der sozialen Verbundenheit sind wir heute in der Lage, schwer kranke und sterbende Menschen so zu versorgen, dass sie nicht „unerträglich" leiden müssen, sondern sich aufgehoben fühlen.

Da die Mehrzahl der Ärzte den ärztlich assistierten Suizid ablehnt und die meisten Berufsordnungen der Landesärztekammern in Deutschland ihren Mitgliedern die Beihilfe zur Selbsttötung explizit verbieten, weil diese dem ärztlichen Ethos widerspricht, werden die Ärzte im Urteil weitgehend ausgeblendet. Die Erlaubnis zum Erhalt des tödlichen Giftes soll nach dem Leipziger Urteil eine staatliche Behörde (BfArM) erteilen. Ausführungsmodalitäten werden im Urteil nicht konkretisiert.

Mit keinem Wort wird in der Urteilsbegründung erwähnt, dass der in Deutschland verbotene Sterbehelferverein „Dignitas“ maßgeblich daran beteiligt, das Leipziger Urteil zu erwirken. Dabei hat „Dignitas“ die tragische Situation einer schwerkranken Patientin benutzt, um einen Musterprozess in Deutschland zu initiieren und zwar unter Inkaufnahme der Verlängerung des Leidens der Patientin: Sie *„… stimmte … sofort zu, als ihr der Vorschlag gemacht wurde, bei der Bundesopiumstelle das Begehren um Erlaubnis eines Zugangs zum Sterbemittel zu stellen, damit auf diese Weise ein Rechtsverfahren um diese Grundsatzfrage in Gang gesetzt werden konnte, obwohl dies ihre Leidenszeit um einige Monate verlängerte.“ (L. Minelli, Generalsekretär von „Dignitas“)*

Es ist zu befürchten, dass das Urteil zu einer gesellschaftlichen Akzeptanz des Suizids als auch der Suizidbeihilfe und damit zu einem Anstieg der Zahl der Suizidtoten führen wird.
Vierundzwanzig Anträge liegen bereits vor. Es ist eine Frage der Zeit, bis die Beschränkung auf Ausnahmesituationen erneut rechtlich angefochten werden wird mit der Begründung, es sei diskriminierend und verstoße gegen das Gleichheitsgebot, dieses "Recht" nur wenigen Menschen zuzugestehen.

Das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts stellt einen schwerwiegenden Wertebruch in der deutschen Nachkriegsgeschichte dar und muss revidiert werden.

Arbeitsbündnis „Kein assistierter Suizid in Deutschland!“
Dr. med. Susanne Ley
Postfach 68 02 75, 50705 Köln
E-Mail: arbeitsbuendnis@kein-assistierter-suizid.de
Website: www.kein-assistierter-suizid.de

Köln, 6. August 2017

Pressemitteilung

Soll der Schutz des Lebens keine „grundsätzliche verfassungsrechtliche Bedeutung“ mehr haben?

Bundesverfassungsgericht lehnt Verfassungsbeschwerde von Ärzten und Wissenschaftlern gegen § 217 StGB ab

Am 2. Dezember 2016 wurde auf Initiative des Arbeitsbündnisses *„Kein assistierter Suizid in Deutschland!“* eine Verfassungsbeschwerde gegen den neuen § 217 StGB eingereicht. Die Beschwerdeführer, mehrheitlich Ärzte und Wissenschaftler, wenden sich gegen den neuen §217 StGB, das sogenannte „Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ vom 10. Dezember 2015, das in Absatz 2 Angehörige und Nahestehende ausdrücklich straffrei stellt, wenn sie Beihilfe zum Suizid leisten oder selbst Teilnehmer einer geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe sind. Damit ist der ursprüngliche Zweck des Gesetzes in sein Gegenteil verkehrt worden.

Die Beschwerdeführer befürchten, dass durch den neuen § 217 StGB die gesellschaftliche Akzeptanz des Suizids, der Suizidbeihilfe und damit die Zahl der Suizidtoten ansteigen. Sie warnen vor der Zerstörung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Der Arzt sei Beschützer des Lebens, er dürfe nicht zur Gefahr für das Leben seiner Patienten werden. Die Beschwerdeführer sehen die Gewissensfreiheit des Arztes gefährdet und sind der Ansicht, Suizidalität sei in den allermeisten Fällen Symptom einer psychischen Erkrankung oder einer psychosozialen Krise. Daher sei der Wille des suizidalen Menschen nicht im positiven Sinne des Wortes „frei“. Er müsse sowohl vor einer Kurzschlusshandlung als auch vor Handlungen Dritter, nämlich denen der Sterbehelfer, geschützt werden. Hier bestehe eine Schutzpflicht

des Staates. Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG schütze das Recht auf Leben. Der Lebensschutz werde durch den § 217 StGB nicht gestärkt, sondern gefährdet.

Die Verfassungsbeschwerde wurde am 20.7.2017 vom Bundesverfassungsgericht ohne Begründung abgelehnt. Es beschloss, die Beschwerde habe „keine grundsätzliche verfassungsrechtliche Bedeutung“. Die Entscheidung wirft ein Licht auf den Zustand unseres Rechtsstaates. Welche Verfassung schützt das Bundesverfassungsgericht eigentlich, wenn Fragen nach dem Schutz des Lebens keine grundsätzliche verfassungsrechtliche Bedeutung mehr haben sollen? Bei einer Annahme der Beschwerde hätte sich das Bundesverfassungsgericht ehrlich mit der Frage der Schutzpflicht des Staates für das Leben versus dem Recht auf Selbstbestimmung auseinandersetzen müssen. Ist dies nicht gewollt?

Die Garantie der Menschenwürde und das daraus abgeleitete Recht auf Leben sind unveräußerliche vorstaatliche Rechte mit universeller Gültigkeit. Gesitteten Kulturnationen ist die Bindung an diese Grundsätze selbstverständlich.

Die vermeintlich zwingenden ökonomischen Hintergründe des assistierten Suizids und ihre humane Überwindung

Axel W. Bauer

Prof. Dr. med. Axel W. Bauer
Leiter des Fachgebiets Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin

Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg
Universitätsmedizin Mannheim (UMM)

Ludolf-Krehl-Straße 13-17

68167 Mannheim
E-Mail: axel.bauer@medma.uni-heidelberg.de

Assistierter Suizid und demografische Alterung

Nicht nur in Deutschland, aber hier ganz pointiert, erleben wir seit vielen Jahren eine allmähliche demografische Veränderung, die in dieser Form historisch einmalig ist. Während seit 1970 – nach dem so genannten „Babyboom" der beiden vorangegangenen Dekaden – immer weniger Kinder geboren werden, erreichen die Menschen zugleich ein immer höheres Lebensalter. Schon heute gilt Deutschland als das „Altersheim Europas", und statistisch gesehen steigt die Lebenserwartung der Deutschen weiter an. Neugeborene Männer werden durchschnittlich 77 Jahre und 9 Monate alt, Frauen sogar 82 Jahre und 9 Monate. Das geht aus einer im Jahre 2012 veröffentlichten Modellrechnung des Statistischen Bundesamtes hervor, das dafür die Sterbefälle von 2009 bis 2011 sowie amtliche Bevölkerungszahlen auswertete. Auch die Lebenserwartung älterer Menschen, die bereits zahlreiche Risiken wie etwa die Säuglingssterblichkeit überstanden haben, hat weiter zugenommen. Ein 65-jähriger Mann konnte 2012 statistisch gesehen damit rechnen, noch weitere 17 Jahre und 6 Monate zu leben, während eine 65-jährige Frau sogar noch 20 Jahre und 8 Monate vor sich hatte.[48]

[48] Altersrekord in Deutschland: Lebenserwartung der Deutschen steigt erneut. FOCUS Online vom 2.10.2012. http://www.focus.de/gesundheit/gesundleben/antiaging/news/altersrekord-in-deutschland-lebenserwartung-der-deutschen-steigt-erneut_aid_831082.html (Stand: 5.9.2017).

Die veränderte demografische Lage bringt es mit sich, dass immer mehr ältere Menschen in der absehbaren Zukunft ein wesentlich längeres Dasein als Rentner erleben werden als ihre Eltern oder Großeltern, und dies selbst dann, wenn das Renteneintrittsalter auf 67 oder gar 70 Jahre angehoben werden sollte. Parallel dazu wird – schon seit der Regierungszeit des Bundeskanzlers Gerhard Schröder zwischen 1998 und 2005 – sukzessive die Lage der gesetzlichen Rentenversicherung zugunsten privater Formen der Alterssicherung verschlechtert. Es liegt dabei sowohl im Interesse der Arbeitgeber, geringere Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung ihrer Mitarbeiter aufbringen zu müssen, als auch im Interesse der privaten Versicherungsunternehmen, die auf diese Weise langfristig anzulegendes Geld aus den Taschen der Bürger erhalten können. Es ist deshalb absehbar, dass das relative Rentenniveau in 25 Jahren ganz erheblich unter dem heutigen liegen wird.

Mit zunehmendem Alter kommen mehr Krankheiten auf uns zu. Wer sich mithilfe körperlicher Aktivität lange „fit“ hält, wird die Krankheiten, die seine Eltern mit 75 Jahren trafen, gegebenenfalls erst mit 85 erleben; erspart bleiben sie ihm jedoch nicht. Damit steigen auch die Krankheits- und Pflegekosten am Lebensende weiter an. Allerdings zeigen neuere Untersuchungen auch, dass die Behauptung, unser Gesundheitswesen werde künftig nicht mehr bezahlbar sein, ökonomisch und gesundheitspolitisch nicht richtig ist. So ist der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt in Deutschland zwischen 2000 und 2015 nur von 10,1 auf 11,3 Prozent und somit relativ maßvoll angestiegen. Seriöse demografische Untersuchungen berechnen zudem eine „Abhängigkeitsrate“. Hierbei handelt es sich um den Quotienten aus Nichtarbeitsfähigen und Arbeitsfähigen. In der aktuellen Debatte werden aber fast ausschließlich die Rentner als Nichtarbeitsfähige gezählt, während Kinder, Jugendliche und Studierende nicht berücksichtigt werden. Doch auch sie müssen von den Arbeitsfähigen unterhalten werden (Kindergärten, Schulen, Universitäten). Schon gegenwärtig wird eine wesentlich größere Anzahl von Nichtarbeitsfähigen durch erwerbstätige Arbeitsfähige unterhalten als gemeinhin angenommen. Ermöglicht wird dies durch einen enormen Produktivitätsanstieg.[49]

[49] Lichey, J.; Schilling, W.; Jonitz, G.: Die Mär von der Kostenexplosion. Deutsches Ärzteblatt 114 (2017), S. A-1176-A-1182.

Es wäre natürlich dennoch eine Illusion zu glauben, wir stürben in der nahen Zukunft nicht nur später, sondern sozusagen in „kerngesundem“ Zustand von heute auf morgen. Schon 1978 ließ der schwedische Autor Carl-Henning Wijkmark (*1934) einen (fiktiven) Medizinethiker behaupten, viele Männer und Frauen, die – als Ärzte oder als Angehörige – eine Langzeitpflege und die Pflege „hoffnungsloser Fälle“ aus der Nähe erlebt hätten, verspürten den innigen Wunsch, ihnen selbst möge später das Leiden, das sich dort gezeigt habe, erspart bleiben.

Gesellschaftlich „optimiert“ werden könnte – aus der Sicht zynischer Politiker – der Prozess der kostengünstigen “Entsorgung“ alter und kranker Menschen dann, wenn es gelänge, sie schon weit im Vorfeld des Todes davon zu überzeugen, dass ein freiwilliger Abgang nach einem erfüllten Leben eine Tugend, ja eine soziale Verpflichtung sei. Hierbei helfen oftmals die euphemistischen Begriffe, mit denen in der modernen Medizinethik gerne gearbeitet wird, um das Grauen zu bannen und die Tatsachen schönzufärben. Es macht eben einen erheblichen Unterschied, ob man zum Beispiel von „aktiver Sterbehilfe“ oder von „Tötung auf Verlangen“ (§ 216 StGB) spricht. Der erste Begriff klingt nach einem Akt der Humanität, der zweite nach einem strafbewehrten Delikt gegen das Leben.

Der für die Tötung auf Verlangen international als griechisch-englisches Fremdwort durchaus geläufige, aber seiner Bedeutung nach janusköpfige Begriff „Euthanasia“ (wörtlich übersetzt: „gutes Sterben“) enthält nicht nur die positiv konnotierte Bedeutung eines angeblich „selbst bestimmten Lebensendes“, sondern immer auch die inhumane Bereitschaft zur Vernichtung vermeintlich „lebensunwerten Lebens“. Es ist jedenfalls nicht zu leugnen, dass die nationalsozialistischen Gräueltaten diesen Begriff nachhaltiger geprägt haben, als es vielen Befürwortern des assistierten Suizids heute lieb sein kann. In Deutschland gab es aus diesem Grund nach 1945 eine lange Phase des Schweigens und der Ablehnung einer aktiven Sterbehilfe. Doch seit den 1990er Jahren ließ sich auch im wieder vereinten Deutschland eine Tendenz beobachten, der zufolge das Selbstbestimmungsrecht von Patienten in medizinethischen Debatten geradezu wie ein Solitär in den Vordergrund gerückt wurde. Ausgerechnet beim Thema Sterbehilfe soll sich nun dieses angebliche moralische Recht vorrangig bewähren. Doch ist Selbstbestimmung im medizinischen Kontext tatsächlich mit dem Wunsch einem selbst bestimmten Todeszeitpunkt gleichzusetzen?

Die meisten Menschen, die eine Suizidbegleitung wünschen, befinden sich in einer Phase schwerer Depression, sodass der Begriff des „Freitodes“ hier geradezu absurd wirkt. Die Neigung zur Selbsttötung, insbesondere aber der vollendete Suizid, steht in deutlichem Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen. Dabei handelt es sich vor allem um die klinische Depression und um psychiatrische Krankheitszustände, die mit einer depressiven Symptomatik verbunden sind. Hierzu zählen Schizophrenie, Angststörungen, Substanzabhängigkeit (zum Beispiel Alkohol und Rauschdrogen) oder Persönlichkeitsstörungen. Eine Depression schränkt die Wahl- und Handlungsmöglichkeiten des betroffenen Menschen indessen stark ein. Eigentlich müsste aber jeglicher Zweifel an der Freiwilligkeit eines Suizids restlos ausgeschlossen werden können. Dies ist jedoch unmöglich. Gerade deshalb muss dem Suizid als solchem die soziale Anerkennung versagt bleiben. Dieser Überlegung kommt insbesondere angesichts der vorhersehbaren „demografischen Alterung“ unserer Bevölkerung eine besondere Bedeutung zu. Schließlich müssen in den nächsten Jahrzehnten immer weniger junge, arbeitsfähige Menschen die Renten für die dann hoch betagten Senioren der geburtenstarken Jahrgänge zwischen 1950 und 1970 erwirtschaften.

Alternative Pflegeheim oder Friedhof

Wohin mit Oma? fragte DER SPIEGEL schon vor mehr als zwölf Jahren, nämlich am 9. Mai 2005, als er in seiner damaligen Titelstory über den Pflegenotstand in Deutschland berichtete. Ein Leser merkte dazu im folgenden Heft an: „Gerade weil Ihr Beitrag fair und realistisch ist, bleibt wohl nur eine Konsequenz: lieber rechtzeitiger Abgang als die Beisetzung in einem Altersheim“. Dieser Leser hatte die im Artikel selbst gar nicht ausformulierte Hintergrund-Botschaft offenbar verstanden und seine resignierende Schlussfolgerung daraus gezogen.

Ein weiteres, zufällig herausgegriffenes Beispiel für die in unserer Gesellschaft inzwischen offenbar allgemein akzeptierte, geradezu feindselige Einstellung gegenüber Pflegeheimen illustriert ein Artikel aus der BILD-Zeitung vom 8. November 2008: Kurz vor dem Tod ihres nach einem Schlaganfall drei Wochen lang komatösen 68 Jahre alten Ehemannes, des Schauspielers Michael Hinz, trat die mit ihm seit 40 Jahren verheiratete 64-jährige Schauspielerin Viktoria Brams ans Krankenbett und sprach zu ihm: „Du willst doch nicht ins Heim, oder?“ Der gewünschte Erfolg stellte

sich alsbald ein, wie die Witwe BILD berichtete: „Ich habe so gehofft, dass er mich im Koma hört. [...] Ich bin mit ihm gemeinsam in seinem Zimmer eingeschlafen, doch er ist nicht mehr aufgewacht“.[50]

„Sei gesund und fit – oder stirb wenigstens rasch!“ So könnte man jene inhumane Alternative in einem knappen Satz zusammenfassen, die – als „Selbstbestimmungsrecht“ verpackt – den älter werdenden Menschen Tag für Tag auf mehr oder weniger subtile Weise nahe gebracht wird. Und das hat Folgen: Nach einer vom Institut für Demoskopie in Allensbach im Jahre 2008 durchgeführten repräsentativen Umfrage wäre die Mehrheit der deutschen Bevölkerung für die Legalisierung der nach § 216 StGB strafbaren „Tötung auf Verlangen“. 58 Prozent der rund 1.800 Befragten befürworteten den Standpunkt, unheilbar kranke Menschen auf deren Wunsch hin zu töten. Nur 19 Prozent waren dagegen, 23 Prozent konnten sich bei dieser Fragestellung nicht entscheiden.[51] Diese Zahlen sind insbesondere deswegen dramatisch, weil einer im Jahre 2011 durchgeführten repräsentativen Umfrage von *Infratest dimap* zu entnehmen war, dass 93 Prozent der Deutschen zumindest damals noch irrtümlich glauben, die Beihilfe zur Selbsttötung sei in der Bundesrepublik nicht erlaubt. Man möchte sich nicht vorstellen, wie die Realität in unserem Land aussähe, wenn die tatsächliche rechtliche Lage allgemein bekannt wäre, nach der jede „nicht geschäftsmäßige“ Anstiftung und Beihilfe zum Suizid (§ 217 StGB) nicht strafbar ist.[52]

Die genannten Umfrageergebnisse sollten sicher nicht so gedeutet werden, als würde sich eine Mehrheit der Bürger tatsächlich und bewusst für den assistierten Suizid aussprechen. Die Frage ist, ob die Bürgerinnen und Bürger – würden sie ehrlich über palliativmedizinische und hospizliche Angebote aufgeklärt und könnten sich sicher sein, einen helfenden Menschen an ihrer Seite zu haben – den assistierten Suizid überhaupt noch unterstützen würden. Demoskopische Umfragen fördern in aller Regel nur das zutage, was der Befrager durch die Formulierung seiner Alternativen intendiert. Sie sind mindestens ebenso sehr Teil politischer Absichten wie akademischen Wissensdrangs.

---

[50] Marienhof-Star trauert um ihren Mann. BILD vom 8.11.2008, S. 5.
[51] Einstellung zur aktiven und passiven Sterbehilfe. Institut für Demoskopie Allensbach Nr. 14/2008.
[52] Assistierter Suizid. Repräsentative Zufallsauswahl der wahlberechtigten Bevölkerung in Deutschland ab 18 Jahren. Computergestützte Telefoninterviews (CATI) mit 1.000 Befragten vom 10.-11. Mai 2011. Infratest dimap.

So dürfte sich auch erklären lassen, dass selbst viele Ärzte in Deutschland angeblich dafür sind, Patienten beim Suizid zu unterstützen oder sogar auf ihren Wunsch hin deren Leben beenden zu dürfen. Dieses Resultat erbrachte eine 2008 erstellte Studie, für die 483 Ärzte befragt worden waren, die häufig Schwerstkranke behandelten. Danach würden 35 Prozent eine Regelung befürworten, die es Ärzten ermöglichte, Patienten mit schwerer, unheilbarer Krankheit beim Suizid zu unterstützen. 16,4 Prozent der Befragten sprachen sich für eine Legalisierung der Tötung auf Verlangen aus.[53] Diese Zahl würde ausreichen, um jedem Bundesbürger einen suizidassistenzwilligen Arzt in der Nähe seines Wohnortes zu benennen. Doch auch hier war die suggestive Fragestellung verführerisch, die an das Mitleid der Probanden und weniger an ihre medizinische Expertise zu appellieren schien.

Der assistierte Suizid als humanitäre Dienstleistung?

Wir beobachten eine allgemeine Tendenz, der zufolge das Selbstbestimmungsrecht von Patienten in ethischen und rechtlichen Debatten mit immer größerer Ausschließlichkeit in den Vordergrund rückt. Wenn aber *Autonomie* und *Selbstbestimmung* des Patienten zunehmend an die Stelle der *Würde* des Menschen träten und schließlich zum alleinigen Maßstab ärztlichen Handelns würden, dann hätte dies nichts mehr mit einem als partnerschaftlich verstandenen Heilauftrag des Arztes zu tun, sondern vielmehr mit der leichtfertigen Preisgabe der ärztlichen Fürsorgepflicht für das Leben kranker Menschen.[54]

Das allgemeine Unbehagen an der Hilfe zur vermeintlich letzten „Selbsthilfe“ artikulierte sich vor allem als Kritik an dem ehemaligen Hamburger Justizsenator Roger Kusch, der im zweiten Halbjahr 2008 zunächst für fünf sterbewillige Menschen den Tod organisierte. Angeblich kostete die publikumswirksam inszenierte Suizidassistenz jeweils 8.000 Euro, von denen 6.500 Euro an Kusch und weitere 1.500 Euro an den von ihm bestellten psychiatrischen Gutachter flossen. Ein bereits im November 2008 ausgesprochenes polizeiliches Verbot von Kuschs Aktivitäten wurde im Februar 2009 per Eilverfahren durch das Verwaltungsgericht Hamburg bestätigt.

---

[53] Klinkhammer, G.: Umfrage zur Sterbehilfe: Palliativmedizin als Alternative. Deutsches Ärzteblatt 105 (2008), S. A-2617. Siehe auch http://www.spiegel.de/politik/debatte/0,1518,592070,00.html (Stand: 5.9.2017).

[54] Geitner, R.: Grundvertrauen in die Entscheidung des Hausarztes. Deutsches Ärzteblatt 108 (2011), S. A-520-A-522.

In seiner Begründung sah das Gericht die Beihilfe zur Selbsttötung zwar als nicht strafbar an, verbot aber die nach seiner Auffassung „sozial unwertige Kommerzialisierung des Sterbens durch Beihilfe zum Suizid gegen Entgelt“.

Kuschs „fortgesetzte Suizidunterstützung“ gefährde die öffentliche Sicherheit. Generell sei die Polizei verpflichtet, Selbstmorde zu verhindern – auch wenn sie die „persönliche Grenzentscheidung“ eines Menschen respektieren müsse. Kusch betreibe als Suizidhelfer jedoch „kein erlaubtes Gewerbe“. Beihilfe zum Selbstmord sei zwar nicht strafbar – hier gehe es aber „um die sozial unwertige Kommerzialisierung des Sterbens durch Beihilfe zum Suizid gegen Entgelt“.[55] Diese Begründung lässt den folgerichtigen, in moralphilosophischer Perspektive aber zu hinterfragenden Schluss zu, dass eine nicht kommerzielle, womöglich ganz und gar unentgeltliche Form der Suizidbeihilfe als eine sozial wertvolle, in jedem Falle aber als eine nicht nur legale, sondern sogar legitime Tat beurteilt werden könnte.

Ist moralisch gut, was nichts kostet?

Eine an sich gute oder wenigstens moralisch neutrale Handlung wird nicht automatisch dadurch schlecht, dass sie Geld kostet. Niemand würde beispielsweise von einem Bäckermeister verlangen, dass er seine Brötchen verschenken müsse, um nicht einer „sozial unwertigen Kommerzialisierung“ der Nahrungsmittelversorgung Vorschub zu leisten. Auch würde niemand von einem Bildenden Künstler fordern, dass er die von ihm gemalten Bilder kostenlos abzugeben habe, damit er nicht eine „sozial unwertige Kommerzialisierung“ der Kunst befördere.

Umgekehrt aber wird eine an sich schlechte Handlung auch nicht dadurch gut, dass sie gratis zu haben ist. So wird etwa die Tat eines Denunzianten auch dann nicht als lobenswert betrachtet, wenn er seine Freunde lediglich privat und im Rahmen eines Hobbys verrät, ohne Geld für die weitergegebenen Informationen zu verlangen. Und ein Hehler, der Diebesgut ohne eigenen Gewinn in den Verkehr brächte, wäre kein Wohltäter, sondern allenfalls töricht.

[55] Urteil: Kusch darf keine Sterbehilfe mehr leisten. Zeit online vom 6.2.2009. www.zeit.de/roger-kusch-2 (inzwischen offline). Dann halt nicht. Roger Kusch, der Ex-Senator und Suizidbegleiter gibt auf. Fünf Lebensmüden hat er zum Tod verholfen, dann stoppten ihn Verwaltungsrichter. Die Zeit Nr. 10 vom 26.2.2009, S. 9.

Die richtige Intuition, dass die kommerzielle Beihilfe zum Suizid keine ethisch akzeptable Tat ist, gründet in der Sache selbst und nicht im finanziellen Gewinn des Sterbehelfers. Die Assistenz bei der Selbsttötung fördert in jedem Fall eine Handlung, die ethisch gerade nicht mit der Autonomie des Menschen legitimiert werden kann. Die Autonomie als die Fähigkeit des Menschen, sich eigene Gesetze zu geben und nach diesen zu handeln, hat ihren Grund in der physischen Existenz der Person, sie ist Symptom und nicht Ursache unserer biologischen Konstitution. Daher beschränkt sich die legitime Reichweite der menschlichen Selbstbestimmung auf den Bereich diesseits ihrer physischen Grundlage. Selbstverständlich ist der Mensch faktisch in der Lage, sich selbst zu töten, doch kann er diesen Schritt ethisch eben nicht unter Berufung auf die Selbstbestimmung legitimieren.

Wenngleich rechtsdogmatisch vertretbar, ist die Straflosigkeit der Mitwirkung am Suizid verfassungsrechtlich keineswegs zwingend, wie etwa ein Blick nach Österreich zeigt. Dort gilt die Mitwirkung am Selbstmord nämlich als ein eigenständiger Straftatbestand, als *Delictum sui generis*. § 78 des Österreichischen Strafgesetzbuches lautet: „Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen“. Damit ist die Mitwirkung am Suizid im Strafmaß der Tötung auf Verlangen gleichgestellt.

Mitleid, Habgier und Angst als Triebkräfte der Sterbehilfe

Die Mitwirkung Dritter an einer Selbsttötung beruht auf zwei im Grundsatz unterschiedlichen Motiven. Einerseits ist falsch verstandene Nächstenliebe im Spiel, insbesondere das im Ergebnis tödliche Mitleid mit einem schwer Kranken. Andererseits kommen hier nicht selten egoistische Bestrebungen zum Ausdruck, so etwa bei einem lieblosen Umfeld, das sich eines Familienmitglieds aus persönlicher Überlastung oder finanziellen Überlegungen – bis hin zur Habgier – entledigen will. Beide Motivstränge lassen sich jedoch in der Lebenswirklichkeit nicht auseinanderhalten. Im Zweifel lässt sich nicht unterscheiden, ob jemand aus Mitleid oder aus Eigennutz gehandelt haben mag, wenn er einem anderen Menschen zum Tode verholfen hat.

Insbesondere die oben erwähnte demografische Alterung der Bevölkerung sowie die immer schwieriger und teurer werdende Versorgung Alter oder Behinderter verführt dazu, auch dort ein Verlangen nach Hilfe zur Selbsttötung zu unterstellen, wo ein solches Verlangen nicht besteht. Eine solidarische Gesellschaft muss aber ausschließen, dass Zweifel an der Freiwilligkeit eines Suizids bestehen können; dies ist nur möglich, wenn dem Suizid als solchem die soziale Anerkennung versagt bleibt. Die Situation verlangt viel eher danach, eine klare und rechtlich verbindliche Regelung einzuführen, welche die Mitwirkung an der Selbsttötung *generell* unter Strafe stellt. Diese Forderung erscheint zum einen notwendig, um Suizidgefährdete zu schützen, zum anderen aber, um ihre Freunde und Verwandten davon abzuhalten, einen Suizidwunsch zu bestärken oder zu unterstützen.

Erst recht ist es nötig zu verhindern, dass jemand in irgendeiner Art und Weise zur Selbsttötung angestiftet wird. Bestraft werden müsste deshalb, wer es unternimmt, einem Dritten die Selbsttötung zu ermöglichen, sei es, dass er ihm in irgendeiner Weise Hilfestellung gibt, sei es, dass er ihn sogar dazu verleitet, sich zu töten. Wenn der Staat hier einer falsch verstandenen Liberalität[56] frönt, werden zukünftig die letzten Hemmschwellen fallen, die ja bereits heute – wie wir an den zitierten Meinungsumfragen gesehen haben – hauptsächlich noch deshalb vorhanden sind, weil die meisten Bürgerinnen und Bürger auch nach der Einführung des § 217 StGB die Rechtslage nicht kennen und fälschlich glauben, Anstiftung und Beihilfe zum Suizid seien grundsätzlich strafbar. Doch mangelnde strafrechtliche Sachkenntnis bietet in diesem Fall leider keinen ausreichenden Lebensschutz.

Nachbarschaftliche Hilfe als „Dritter Sozialraum“

Der Psychiater und Psychiatrie-Kritiker Klaus Dörner hat in seinem 2007 erschienenen Buch *Leben und sterben, wo ich hingehöre* seinen Leserinnen und Lesern einen positiven Ausblick in dem Sinne gegeben, dass wir als Gemeinschaft in der Lage wären, die anstehenden Probleme zu lösen, unter anderem durch bürgerschaftliches Engagement, wie es beispielsweise in der Hospizbewegung verwirklicht ist. In seinem Buch nimmt er unter anderem die Perspektive des hilfsbedürftigen Bürgers ein und

[56] Puster, R. W.: Libertarianism. In: Sandkühler H. J. (Hrsg.): Enzyklopädie Philosophie, Band 2. Hamburg 2010, Sp. 1421a-1425b.

beschreibt die heutigen Möglichkeiten, wie jeder Bürger dort leben, altern und sterben kann, wo er hingehört.

Dörner spricht in diesem Zusammenhang von einem „Dritten Sozialraum“, nämlich der Nachbarschaft, die es ermöglicht, dass Menschen, die pflegebedürftig sind, in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können und dort unterstützt werden. Er sieht das im Menschen vorhandene starke Bedürfnis, seinem Mitmenschen Hilfe und Unterstützung zukommen zu lassen und spricht in diesem Kontext von „Helfensbedürftigkeit“. Es gebe keine unterschiedliche Wertung zwischen *Hilfe geben* einerseits und *Hilfe annehmen* andererseits.[57] In einem 2014 veröffentlichten Interview sagte Dörner: „Gerade die jungen Rentner merken, dass man gar nicht 24 Stunden lang nur etwas Gutes für sich selbst tun kann. Man braucht noch etwas anderes. Man kann auch durch Unterbelastung krank werden. Die Auslastung scheint zum neuen Gesundheitsideal zu werden. Egoismus und Altruismus gehen hier ineinander über.“[58]

Der assistierte Suizid löst kein humanitäres Problem unserer Gesellschaft; er schafft stattdessen Unsicherheit und Angst, er zerstört die Solidarität der Menschen im Angesicht von Leid und Endlichkeit unseres Daseins. Lassen wir uns von dem scheinbar rationalen Kalkül eines kontrolliert herbeigeführten Todes nicht blenden. Wir brauchen keine mitleidigen Todeshelfer sondern mitfühlende Lebenshelfer.

[57] Dörner, K.: Leben und sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Neumünster 2007.

[58] Hibbeler, B.; Gerst, T.: „Fürs Helfen ansprechbarer geworden.“ Interview mit Prof. Dr. med. Klaus Dörner, Psychiater. Deutsches Ärzteblatt 111 (2014), S. A-168.

Herausgeber:

Arbeitsbündnis „Kein assistierter Suizid in Deutschland!“
c/o Dr. med. Susanne Ley, Postfach 68 02 75, 50705 Köln
E-Mail: arbeitsbuendnis@kein-assistierter-suizid.de
Website: www.kein-assistierter-suizid.de

Ärzte in Ehrfurcht vor dem Leben

ÄrzteLiga