

Plenarsitzung am 27. September 2012

Vorträge und Diskussion zum Thema „Suizid und Suizidbeihilfe“

Donnerstag · 27. September 2012 ·

Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften

Einstein-Saal

Jägerstraße 22/23

10117 Berlin

Vorträge	2
Prof. h. c. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery · Bundesärztekammer	3
Dr. med. Marion Schafroth · EXIT-Deutsche Schweiz	9
Prof. Dr. iur. utr. Brigitte Tag · Universität Zürich	13
Prof. Dr. phil. Dr. med. habil. Armin Schmidtke · Universitätsklinikum Würzburg	19
Diskussion	26

Vorträge

Prof. Dr. med. Christiane Woopen · Vorsitzende des Deutschen Ethikrates

Guten Morgen, meine sehr geehrten Kolleginnen und Kollegen vom Ethikrat, sehr geehrte Referentinnen und Referenten und sehr geehrte Gäste, ich begrüße Sie herzlich zu unserer öffentlichen Sitzung heute Morgen zum Thema Suizid und Suizidbeihilfe.

Der 10. September war der internationale Suizid-Präventionstag. Das Bemühen, einen Todeswunsch erst gar nicht erst Raum greifen zu lassen oder ein Ja zum verbleibenden Leben bei Menschen mit Todeswunsch aufzuspüren oder zu wecken ist ein überaus wichtiges Anliegen und äußerst wertvoll. Gleichwohl bleiben ethische Fragen zu einer Beihilfe zum Suizid insbesondere bei schwerkranken Menschen und sind seit vielen Jahren Gegenstand heftiger Kontroversen.

Aktuelle Ereignisse rücken diese Fragen verstärkt in die öffentliche Aufmerksamkeit. Dazu gehört zum Beispiel die Überarbeitung der Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung der Bundesärztekammer im Jahre 2011, Aktivitäten von Organisationen, die eine Suizidbeihilfe in Deutschland anbieten, durchführen oder vermitteln, das diesjährige Urteil des Verwaltungsgerichts Berlin, das den Landesärztekammern untersagt, gegenüber Ärzten ein uneingeschränktes berufsrechtliches Verbot der Abgabe todbringender Medikamente an Sterbewillige auszusprechen, oder das dreißigjährige Jubiläum des Schweizer Vereins EXIT in diesem Jahr und *last but not least* der Referentenentwurf zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung, den das Bundesministerium der Justiz [BMJ] im Juli in einer überarbeiteten Fassung vorgelegt hat.

Im Januar 2009 hat sich der Deutsche Ethikrat bereits in einer öffentlichen Sitzung mit ethischen Positionen zur Selbsttötung befasst. Da-

mals haben die Ethikratsmitglieder Professor Emmrich, Professor Schmidt-Jortzig, Professor Schockenhoff und Herr Dr. Wunder Impulsreferate gehalten, die Sie im Internet als Audioprotokoll anhören können. Der Ethikrat möchte die Befassung mit diesem wichtigen Themenbereich vor dem Hintergrund neuer Entwicklungen in den letzten Jahren weiterführen. Dabei soll nicht der Referentenentwurf des BMJ im Vordergrund stehen, sondern die vielfältigen Fragen um die Problematik des Suizids und der Beihilfe, Fragen zur Situation suizidbereiter Menschen sowie zu gesellschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen zur Sprache kommen.

Wir haben dazu externe Referenten eingeladen, die ich herzlich begrüßen darf. Herr Professor Montgomery, Frau Schafroth, Frau Professor Tag und Herr Schmidtke werden uns nun Impulsreferate geben. Danach wird es eine intern-öffentliche Diskussion im Ethikrat geben. Bei diesem Format der Sitzungen können wir unsere Gäste leider nicht in die Diskussion mit einbeziehen; das findet immer in den Foren und Jahrestagungen statt.

Die Hoffnung ist, mit der Diskussion heute einen Beitrag zu einer differenzierten Bewusstseins- und Meinungsbildung in der Gesellschaft zu leisten, für die komplizierten Situationen, in denen sich Menschen mit Todeswunsch befinden, zu sensibilisieren und letztlich einen achtsamen Umgang mit diesen Menschen zu fördern.

Der Ethikrat hatte im Vorfeld unter allen Mitgliedern Fragen gesammelt und – je nach spezifischem Fachhintergrund – an die Referenten verteilt. Sie sind nicht an die Beantwortung dieser Fragen gebunden, konnten daraus aber unser Erkenntnisinteresse beziehen. Da alle Informationen zu den Referenten in schriftlicher Form vorliegen, darf ich darauf verzichten, sie einzeln vorzustellen. Ich gebe das Wort jetzt gerne an Herrn Professor Montgomery.

Prof. h. c. Dr. med. Frank Ulrich
Montgomery · Bundesärztekammer

(Folie 1)

Herzlichen Dank, verehrte Frau Vorsitzende, liebe Frau Woopen. Ich danke Ihnen, dass ich heute über dieses Thema zu Ihnen sprechen darf. Sie haben es in einen historischen Kontext gestellt: Das Thema ist für uns, für die Ärzteschaft bereits seit über dreitausend Jahren von großer Bedeutung. Nicht umsonst erwähnt Hippokrates in seinem berühmten Eid, und zwar in allen Übersetzungen den Satz: „Auch werde ich keine todbringenden Mittel verabreichen oder bei der Auswahl dazu beraten.“ Dieses Thema ist also brandaktuell, seit es Ärzte gibt und seit Ärzte sich mit dem Sterben ihrer Patienten auseinandersetzen.

Wir haben es uns wahrlich nicht leicht gemacht. Die Bundesärztekammer hat seit den Siebzigerjahren regelmäßig in Publikationen versucht, Grundsätze über die ärztliche Sterbebegleitung und das Verhalten des Arztes in dieser extremen Situation für seinen Patienten festzulegen. Wir haben ursprünglich einmal daraus sogar Richtlinien gemacht und juristisch interpretiert, was eine Richtlinie ist und welcher apodiktischen Charakter sie für das Verhalten jedes einzelnen Arztes hat. Mitte der Neunzigerjahre haben wir sie in „Grundsätze“ umbenannt; ich werde darauf später noch kurz eingehen.

Die Debatte, die auf dem Deutschen Ärztetag in Kiel im Jahr 2011 ihren Höhepunkt und ihren Abschluss mit einer Änderung der (Muster-)Berufsordnung gefunden hat, fand keineswegs im luftleeren Raum statt, sondern basiert auf einer mehrjährigen Debatte um die Grundsätze zur Sterbebegleitung. Im Vorfeld erfolgte eine intensive öffentliche Befassung und Diskussion, und ich bin froh darüber, dass sowohl der Vorstand der Bundesärztekammer als auch der Deutsche Ärztetag mit überwältigender Mehrheit am Ende eine klare Formulierung zu den Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung gefunden hat, aber

auch zu dem Paragraphen 16 der (Muster-)Berufsordnung, der in dieser Fassung inzwischen in neun Landesärztekammern umgesetzt ist. Darin heißt es als dritter Satz: Ärzte dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.

So viel zur Einführung. Sie hatten mir acht Fragen vorgegeben. Diese habe ich als Anregung betrachtet, war aber bei der ein oder anderen Frage etwas irritiert über den suggestiven Charakter der Frage. Sie sehen es mir deswegen nach, dass ich mich an dem ein oder anderen Punkt meiner Ausführungen kritisch mit den Fragen auseinandersetze und nicht nur versuche, Ihnen Antworten zu geben. Auch das gehört zu unserer objektiven Souveränität: dass wir solche Fragen und auch die Hinterfragung der Frage ertragen.

Da die Fragen relativ lang sind, werde ich sie projizieren, dann brauche ich sie nicht vorzulesen. Dies hilft den Zuhörenden wie dem Sprechenden, schneller voranzukommen.

(Folie 2)

Ich bezog mich eben schon auf die eindeutige Positionierung des Deutschen Ärztetages, Paragraph 16 der (Muster-)Berufsordnung. Sie fragen mich: Wie geht die Diskussion weiter? Es ist keine Frage: Die Diskussion über diese Fragestellungen ist in der Gesellschaft angekommen. Alle Gruppen der Gesellschaft diskutieren darüber: Politik, Juristen, Öffentlichkeit und natürlich auch Ärzte. Und wie es in einer pluralistischen Gesellschaft mit demokratischer Verfassung üblich ist, gibt es keine homogene Meinung, sondern vielfältige, auch ideologisch-gesellschaftspolitisch, religiös und pluralistisch geprägte Meinungen. Dies trifft auf Ärztinnen und Ärzte genauso zu wie auf alle anderen in der Bevölkerung.

Das drückt sich gut in der Umfrage des Institutes für Demoskopie Allensbach aus dem Jahre 2009 aus. Damals haben 89 Prozent der befragten Ärzte der Aussage zugestimmt, dass die Le-

galisierung des ärztlich begleiteten Suizids dazu führen kann, dass sich Menschen vermehrt um ärztliche Hilfe beim Suizid bemühen, weil sie sich als eine Belastung für die Familie und die Gesellschaft fühlen.

Nach Auffassung von 65 Prozent der befragten Ärzte verstößt es gegen den hippokratischen Eid, wenn Ärzte Patienten beim Suizid unterstützen. Eine noch klarere Absage, nämlich von 78 Prozent, erteilten die Befragten einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe.

Es gibt also keine einheitliche, homogene Meinung mehr, weder in die eine Richtung noch in die andere. Darin unterscheidet sich die Ärzteschaft nicht vom Rest der Gesellschaft. Aber es gibt so etwas, was man in der Politik überwältigende Mehrheiten nennt; das gilt es zu berücksichtigen.

(Folie 3)

Die zweite Frage, die Sie mir gestellt haben, lautet: Warum weisen wir es als ethisch nicht vertretbar zurück, Beihilfe zum Suizid zu leisten, wenn wir doch gerade durch unser therapeutisches Handeln dazu beigetragen haben, dass der Zustand entsteht, den der Patient nicht mehr ertragen möchte?

Meine Damen und Herren, lassen Sie mich die Implikation dieser Frage zurückweisen. Es ist nicht so, dass Ärztinnen und Ärzte durch ihr therapeutisches Handeln dazu beitragen, dass der Zustand entsteht, den der Patient nicht mehr ertragen möchte. Nicht ärztliches Handeln ist ursächlich, sondern eine Krankheit, die zum Tode führt; unser aller Leben ist endlich. Wir alle können unsere Leiden und unseren Todeszeitpunkt nicht wählen. Vielmehr brauchen wir eine Kultur des Beistandes, wir brauchen eine Kultur der Sorge. Ich zitiere Giovanni Maio:

„Zentrale gesellschaftliche Aufgabe muss es sein, den Menschen, die angesichts einer Erkrankung zunächst verzweifelt sind, etwas zurückzugeben, was heute in der Autonomiediskussion vollkommen vernachlässigt wird: die Zuversicht,

den Trost, das Aufzeigen neuer Perspektiven, und seien sie noch so klein.“

Die Ärzteschaft weist übrigens die Beihilfe zum Suizid nicht apodiktisch als unethisch zurück, sondern in den Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung wurde festgestellt, dass die Mitwirkung bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe ist. Aufgabe des Arztes ist es vielmehr, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Sterbenden Beistand zu leisten.

Die auf der Grundlage der Heilberufe und Kammergesetze erlassene Berufsordnung stellt die Überzeugung der Ärzteschaft zum Verhalten von Ärztinnen und Ärzten vor allem natürlich gegenüber ihren Patientinnen und Patienten dar und bestimmt demgemäß Verhaltensanforderungen in Form von berufsrechtlichen Pflichten. Paragraf 16 Satz 3 der (Muster-)Berufsordnung kommt daher eine klarstellende Funktion zu. Er begegnet den mit der Suizidbeihilfe für einen Arzt auftretenden Problemen. Dies sind:

- Die Authentizität des Todeswunsches: Verbirgt sich hinter dem Wunsch nach Suizidbeihilfe tatsächlich der Wunsch nach dem eigenen Tod? Oder drückt er nur aus, dass der Patient unter den gegebenen Bedingungen nicht weiterleben möchte?
- Die Freiwilligkeit: Ist der Wunsch unbeeinflusst von Dritten zustande gekommen?
- Die Missbrauchs- und Dammbuchgefahr: Welche nicht beabsichtigten gesellschaftlichen Entwicklungen würde eine Zulassung der ärztlichen Suizidbeihilfe in Gang setzen? Soll es am Ende gegenüber einem Arzt einen Anspruch auf Tötungsbegleitung geben oder gar eine Gebührenordnungsziffer?

Allein unter diesen Gesichtspunkten hätte eine Aufgabe der ablehnenden Haltung zur Suizidbeihilfe gravierende Auswirkungen. Die genannten Probleme würden erheblich verschärft wer-

den. Daher ist der ärztlich assistierte Suizid abzulehnen und berufsrechtlich zu missbilligen.

(Folie 4)

In der dritten Frage fragen Sie mich, ob der Beschluss des Deutschen Ärztetages nicht den Nachteil hätte, dass wir bei Bekanntwerden restriktiv tätig werden müssten.

Der Beschluss des Deutschen Ärztetages, der den Satz 3 des Paragraphen 16 neu fasst, verbietet den Ärzten die Beihilfe zum Suizid. Das ist nichts Neues, die Regelung wurde schon vorher so ausgelegt. Neu und klarer ist nur die Formulierung. Wird eine Vorschrift wie diese in die Berufsordnung der Länder übernommen, sind Ärztinnen und Ärzte berufsrechtlich daran gebunden. Verletzt ein Arzt seine Berufspflicht, unterliegt er einem berufsrechtlichen Verfahren, also letztlich der Berufsgerichtsbarkeit. Allein das Verfahren löst aber noch keine berufsrechtlichen Folgen aus. Vielmehr sind zunächst der Tatbestand, die Rechtswidrigkeit und die schuldhaftige Verwirklichung zu prüfen und festzustellen. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, kommt eine Sanktion nicht in Betracht. Liegen die Voraussetzungen vor, ist über die Art und gegebenenfalls den Umfang der Sanktionen im Rahmen der berufsrechtlichen Möglichkeiten zu entscheiden. Insofern löst also der Beschluss des Deutschen Ärztetages nach seiner Umsetzung in die jeweiligen Berufsordnungen der Landesärztekammern und bei einem entsprechenden Sachverhalt zwar eine Prüfungslast hinsichtlich der Vereinbarkeit mit dem Berufsrecht aus, muss aber nicht im Einzelfall in einer Sanktion münden. Letztlich liegt die Entscheidung bei den Gerichten, insbesondere bei den Berufsgerichten für die Heilberufe.

Und so gestatten Sie mir auch an dieser Stelle die Art der Fragestellung zu kritisieren. Was ist daran restriktiv oder gar Nachteil, einen Berufsordnungsverstoß zu verfolgen? Stellen Sie sich vor – und verlassen Sie einmal die Welt der Ethik, die wir diskutieren –, ich würde als Kam-

merpräsident die korruptive Entgegennahme von Geschenken durch einen Arzt wegen des Risikos der Restriktivität des Ermittlungsergebnisses und der Nachteile für Arzt oder Kammer *nicht* verfolgen. Das Medienecho möchte ich mal sehen. Ärzte müssen in ihrer Berufstätigkeit rechenschaftsfähig sein und bleiben. Deswegen kann ich es nicht als Nachteil oder Restriktion weder für die Kammer noch für den Arzt ansehen, wenn die Handlungen von Ärzten in geregelten Berufsordnungsverfahren überprüft werden.

(Folie 5)

Schließlich heben Sie ab auf das Urteil des Verwaltungsgerichtes Berlin. Die Verbreitung dieses Urteils in der Presse und die damit verbundene öffentliche Wahrnehmung sind ein gutes Beispiel dafür, wie verzerrt Inhalte wiedergegeben werden können. Das sieht man auch hier an der Fragestellung. Es ist mitnichten so, dass dieses Urteil den Landesärztekammern ein ausnahmsloses Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe untersagt. Es handelt sich um ein Urteil des Verwaltungsgerichtes Berlin mit rechtlicher Auswirkung auf die Berliner Ärztekammer, nicht auf andere Kammern; insofern wäre die Frage schon aus rechtlicher Sicht richtigzustellen.

Im Mittelpunkt der verzerrten Darstellung standen die novellierte Regelung des Paragraphen 16 (Muster-)Berufsordnung von 2011 und die alten Bestimmungen zur ärztlichen Sterbebegleitung. Es geht um Fälle, die sich Mitte der 2000er-Jahre zugetragen haben. Dabei hatte die Ärztekammer Berlin übrigens ihre Bescheide gerade nicht mit diesen Normen begründet. Gegenstand war auch nicht die Sterbebegleitung des Klägers in einem konkreten Fall oder in zukünftigen Fällen, sondern die Abgabe von todbringenden Medikamenten an Menschen, die aus dem Leben scheiden wollen, weil sie sterbewillig und nicht weil sie sterbend waren oder etwa eine Krankheit bereits einen irreversibel tödlichen Verlauf genommen hätte. Der Kläger begleitete

nicht Sterbende, sondern wollte sterbewilligen Personen todbringende Medikamente überreichen. Es ging nicht um Sterbebegleitung, sondern um Hilfe zur Selbsttötung. Die Hilfe bei der Selbsttötung ist aber keine Form der Sterbebegleitung. Deshalb wird in den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung unmissverständlich festgestellt, dass die Mitwirkung bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe ist. Folglich hat die Ärztekammer ihre Entscheidung auch nicht auf Paragraph 16 neu (den es damals noch gar nicht gab) gestützt, sondern auf allgemeine berufsrechtliche Bestimmungen, und zwar auf die Paragraphen 1 und 2 der Berufsordnung. Das Gericht aber forderte indirekt die Darstellung eines ernsthaften und unmittelbar drohenden Pflichtenverstößes im Einzelfall. Die Ärztekammer hätte in den Bescheiden im Einzelnen darlegen und begründen müssen, warum sie dem Kläger die Bereitstellung todbringender Medikamente untersagte. Das muss übrigens im Hinblick auf die Tätigkeit des Klägers für die Organisation Dignitas Deutschland merkwürdig anmuten. Aber das Urteil bekräftigt die Möglichkeit der Kammer, Verwaltungsakten zu erlassen. Es konkretisiert die Anforderungen an einen Dauerverwaltungsakt; wir empfinden es sogar als hilfreich für die Weiterentwicklung des Berufsrechtes.

(Folie 6)

Die nächste Frage befasst sich mit dem Vorgehen in Hospizen und geht detailliert darauf ein, ob man zwischen dem Gehenlassen eines unheilbar Kranken und der Beschleunigung des Todeseintritts durch die verstärkte Gabe von Morphin durch den behandelnden Arzt unterscheiden kann.

Diese Frage suggeriert: Gehenlassen eines unheilbar Kranken und eine gute Symptomkontrolle, zum Beispiel durch verstärkte Gabe von Morphinen, seien sich widersprechende Behandlungsoptionen, weil eine gute Symptomkontrolle

automatisch mit einer Beschleunigung des Todeseintritts einhergehe.

Gehenlassen oder, wie es der Palliativmediziner Professor Borasio ausdrückt, „liebevolles Unterlassen“ bedeutet, dass bei einem unheilbar Kranken nach sorgfältiger Prüfung und nur soweit der Betroffene dem zustimmt, zum Beispiel auf zusätzliche kurative Maßnahmen verzichtet wird bzw. bestehende kurative Maßnahmen reduziert oder abgesetzt werden. In den Vordergrund rückt dann eine gute Symptomkontrolle.

Der Glaube, dass die Gabe von Morphin zur Behandlung von Schmerzen oder schwerster Atemnot den Todeseintritt beschleunigt, wurde inzwischen wissenschaftlich widerlegt. In einer Metaanalyse aus dem Jahr 2003 haben Nigel Skyes und Andrew Thorns 17 Studien mit über 3.000 Patienten ausgewertet. Weder bei den einzelnen Studien noch bei der Gesamtheit der Daten gibt es einen Hinweis auf eine Lebensverkürzung durch zum Teil sehr hohe Dosierung von Opioiden. In einer Studie gab es sogar Hinweise auf eine lebensverlängernde Sedierung am Lebensende.

(Folie 7)

Jetzt kommen wir zu dem konkreten Gesetzentwurf. Sie haben mir die Frage gestellt: Stützt sich die Kritik an dem Gesetzentwurf nur auf den Teil der Ausführungen zur erlaubten Sterbebeihilfe in der Begründung, die durch den Gesetzesvorschlag in keiner Weise gefordert oder gedeckt ist?

Vorab lassen Sie mich betonen, dass die Ärzteschaft das Anliegen des Gesetzentwurfes, eine gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe zu stellen, unterstützt. Entscheidend ist aber die konkrete Ausgestaltung der Norm und die Verbindung mit anderen flankierenden Vorschriften. Insofern verweise ich auf die Stellungnahme gegenüber den entsprechenden politischen Gremien vom 31.05.2012.

Unsere Kritik bezog sich auf die Ergänzung des Entwurfs zu Paragraf 217 Strafgesetzbuch um den Absatz:

„Ein nichtgewerbsmäßig handelnder Teilnehmer ist straffrei, wenn der in Absatz 1 genannte andere sein Angehöriger oder eine ihm nahestehende Person ist.“

Dieser erste Begründungstext ist inzwischen geändert worden.

Der Begriff der nahestehenden Person wird im Strafgesetzbuch nicht definiert. Erforderlich soll ein auf gewisse Dauer angelegtes zwischenmenschliches Verhältnis sein, das ähnliche Solidaritätsgefühle wie in der Regel unter Angehörigen hervorruft und deswegen beim Suizidwunsch des anderen zu einer vergleichbaren emotionalen Zwangslage führt.

Hierunter könnten auch Ärzte und Pflegekräfte fallen, wenn eine über das rein berufliche Verhältnis hinausgehende länger andauernde persönliche Beziehung besteht, wie dies zum Beispiel bei einem langjährigen Hausarzt oder einer langjährigen Pflegekraft der Fall sein kann. Genau hier liegt das Problem. Statt die Anstrengung zur Suizidprävention zu verstärken, wird hier ein falsches Signal gesetzt. Es muss bereits im Ansatz der Eindruck und die Möglichkeit vermieden werden, dass die Schwelle für einen Suizid herabgesetzt wird und dass ein Erwartungsdruck nicht nur bei alternden und pflegebedürftigen Menschen, sondern auch gegenüber den Pflegenden und Ärzten entsteht. Das ist wesentliche Grund, warum wir diese Regelung ablehnen. Die Regelung muss klar sein und darf nicht den Schutzzweck unterlaufen. Denn wer prüft im Zweifelsfall und bei berufsrechtlicher Würdigung die Intensität der auf Dauer angelegten zwischenmenschlichen Beziehung zwischen Arzt und Suizidenten? Wir wollen bei den Ärztekammern keine Gefühls- und Gesinnungsgerichtshöfe einrichten. Deswegen unterläuft diese Regelung den Schutzzweck des Gesetzes, ja, verkehrt ihn geradezu in sein Gegenteil.

(Folie 8)

Die mir gestellte Frage nach einer weitergehenden ausdrücklichen Verbotsregelung jeglicher Sterbehilfe haben wir bisher nicht diskutiert. Darüber gibt es auch keine Studien. Sollte damit eine Hinwendung zur aktiven Euthanasie gemeint sein, gibt es keinerlei Zweifel am Verbot der aktiven Sterbehilfe, weder in der Bevölkerung noch in der Ärzteschaft, und das ist auch gut so.

(Folie 9)

Ist die bisherige Praxis und sind die internen Vorgaben der Ärzte nicht ausreichend?

Ja, die bisherige Praxis und die Regelungen in Paragraf 16 der (Muster-)Berufsordnung sind für uns ausreichend. Wenn man aber eine strafrechtliche Regelung schaffen möchte, sollte man Paragraf 217 StGB um weitere Bestimmungen ergänzen, die insbesondere das Verbot der organisierten Sterbehilfe und der Werbung für die gewerbliche und organisierte Suizidbeihilfe betreffen. Ich erspare mir weitere Details und komme zur nächsten Frage.

(Folie 10)

Wie rechtfertigen wir es, die ärztliche Suizidbeihilfe unter Berufung auf das ärztliche Ethos ablehnend zu vertreten, wo dies doch nach Umfragen gar nicht der Haltung der Ärzteschaft entspreche?

Zuerst einmal gestatten Sie mir die Unterstellung der Fragestellung zurückzuweisen, dass es nicht der Haltung der Ärzteschaft entspreche, ärztliche Suizidbeihilfe abzulehnen. Wie bereits gesagt, lehnen zwei Drittel der Ärzte diese ab, weil sie nicht mit dem hippokratischen Eid vereinbar ist. In der Präambel der Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung heißt es: Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe. Diese Aussage ist an die Stelle der bisherigen Aussage getreten, dass die Mitwirkung des Arztes an der Selbsttötung des Patienten dem ärzt-

lichen Ethos widerspricht. Grund dieser terminologischen Neufassung war es, die verschiedenen individuellen Moralvorstellungen von Ärztinnen und Ärzten in einer pluralistischen Gesellschaft anzuerkennen, ohne die Grundausrichtung und die grundlegenden Aussagen zur ärztlichen Sterbebegleitung in Frage zu stellen. Die Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung treffen keine Aussagen zur individuellen Moral eines Arztes oder einer Ärztin, sondern sie sollen eine Orientierung bei der Begleitung von Sterbenden geben, die aufgrund der vielfältigen praktischen Probleme notwendig ist.

(Folie 11)

Ich komme zur letzten Frage. Wenn die gewerbsmäßige Suizidbeihilfe verboten würde und Ärzte und Pflegekräfte Beihilfe nur bei persönlicher Beziehung durchführen dürfen, wird dann nicht die geschäftsmäßige Sterbehilfe durch Menschen ohne sogenannte Garantenstellung geradezu gefördert?

Das ist in meinen Augen weder eine juristische noch eine medizinische Frage. Eine hypothetische Antwort auf absurde Fragen vermögen wir nicht zu geben. Wenn eine Regelung getroffen wird, darf sie nicht nur symbolisch sein oder den Schutzzweck verfehlen, sondern sollte die Fälle erfassen, die unter Strafe gestellt werden sollen.

(Folie 12)

Welche Folgen hätte dies für die Gesellschaft und die medizinische sowie psychosoziale Versorgung der Suizidwilligen?

Entscheidend ist, dass sich unsere Gesellschaft den drängenden Fragen der Suizidprävention sowie der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen stellt und dafür Lösungen anbietet.

Erstens: Es darf keine Option ärztlichen Handelns sein, in schwierigen oder hoffnungslosen Situationen einem Patienten eine aktive Tötung seiner selbst zu empfehlen oder daran mitzuwirken. Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten ist es,

das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Sterbenden Beistand zu leisten. Jede medizinische Betreuung hat unter Achtung der Menschenwürde, der Persönlichkeit und des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten zu erfolgen.

Zweitens: Eine ärztlich assistierte Beihilfe zum Suizid ist abzulehnen, weil sie nicht nur mit dem tradierten und heutigen Arztbild unvereinbar ist, sondern weil sie dieses Arztbild auch langfristig zerstören würde. Die Erhaltung dieses Arztbildes dient dabei keinem Selbstzweck, sondern ist den Interessen und Bedürfnissen der Patienten untergeordnet.

Drittens: Die Etablierung einer organisierten Vermittlung der Beihilfe von Suizid wird abgelehnt, und zwar unabhängig davon, ob sie in gewerblicher Form durchgeführt wird und/oder kommerziell intendiert ist.

Viertens: Sterbebegleitung beinhaltet jede Form mitmenschlicher Hilfe, die einem Sterbenden geschuldet wird und die sein Los und sein Leid erleichtern. Ärzte und Ärztinnen leisten dabei Hilfe im und beim Sterben, aber nicht Hilfe zum Sterben. Sterbebegleitung ist aber – das wird immer wieder vergessen – nicht nur eine ärztliche Aufgabe. Ärzte und Ärztinnen können weder den familiären noch den religiösen Beistand ersetzen, sie können im Sinne des Leidenden oder Sterbenden mit anderen Personen oder mit Angehörigen und Pflegenden zusammenwirken. Hier gilt es auf die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen mit ihren Forderungen hinzuweisen.

Fünftens: Es besteht die Notwendigkeit, Ärzten und Ärztinnen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung vermehrt die mit der Sterbebegleitung verbundenen medizinisch-ethischen und rechtlichen Implikationen zu vermitteln. Dafür sind notwendige Freiräume, gesellschaftliche Rahmenbedingungen einschließlich der finanziellen

Grundlagen zu schaffen oder zu verbessern. Diese Grundgedanken gelten nicht nur für Ärzte, sondern sind auf die Aus- und Fortbildung von medizinischem Fachpersonal übertragbar.

Sechstens und abschließend: Wenn Menschen den Wunsch nach einem begleiteten oder ärztlich assistierten Suizid äußern, ist dies vor allem Ausdruck ihrer Hoffnungslosigkeit und Hilfsbedürftigkeit. Ärztinnen und Ärzte sollten im Rahmen ihrer beruflichen Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten dazu beitragen, dieses Leid zu lindern. Gleichfalls gilt es, Patientinnen und Patienten in diesen Situationen eine breite Unterstützung zukommen zu lassen. Dies verlangt die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für die Suizidprävention sowie die Betreuung Schwerstkranker und Sterbender zu verbessern, insbesondere die Palliativmedizin und die notwendigen medizinischen Einrichtungen auszubauen. Zudem gilt es für eine würdige Alten- und Krankenpflege Sorge zu tragen. Darin, meine Damen und Herren, liegen unsere Aufgaben, nicht in der vermeintlich klinisch sauberen, technisch sterilen Zurverfügungstellung oder gar Verabreichung todbringender Gifte. Ich danke Ihnen.

(Applaus)

Christiane Woopen

Herzlichen Dank, Herr Montgomery, auch für die kritische Auseinandersetzung mit unseren Fragen, die eindrücklich auf die Punkte hinweist, die zu diskutieren sind.

Ich darf jetzt zur zweiten Referentin überleiten, Frau Dr. Schafroth, die aus der Schweiz zu uns gekommen ist als Vorstandsmitglied von EXIT. Herzlichen Dank.

Dr. med. Marion Schafroth · EXIT- Deutsche Schweiz

(Folie 1)

Sehr verehrte Damen und Herren des Deutschen Ethikrates, verehrte Anwesende. Ich danke Ihnen für diese Einladung zur öffentlichen Plenarsitzung. Als Vertreterin einer Schweizer Sterbehilfeorganisation, die man mit dreißig Jahren als den Kinderschuhen entwachsen bezeichnen kann, gebe ich Ihnen gerne einen Einblick in die Tätigkeit und das Umfeld unserer Organisation.

Erlauben Sie mir zu Beginn einige Worte zu meiner Person. Ich, Marion Schafroth, bin Fachärztin für Anästhesie. Erstmals sensibilisiert für die Fragen der Sterbe- bzw. Suizidhilfe wurde ich während meiner Jahre als Assistenzärztin. Mit zunehmender Lebens- und Berufserfahrung beschäftigte ich mich vermehrt mit den Folgen von chronisch-progredienten Krankheiten, Leiden, Schmerz, Demenzen, Polymorbidität, aus therapierten Karzinomen und deren Einfluss auf den einzelnen Menschen. Seit dem Jahr 2006 stelle ich mich EXIT als sogenannte Konsiliarärztin sporadisch zur Verfügung. Das heißt, ich prüfe einen Fall und stelle gegebenenfalls das Rezept für das Sterbemittel aus, falls der behandelnde Hausarzt eines Patienten nicht bereit ist, dies zu tun. Seit zwei Jahren bin ich außerdem Mitglied des Vorstands von EXIT, mit zuständig für das Ressort Freitodbegleitung.

So viel zu meiner Person. Jetzt wieder zum eigentlichen Thema, der Suizidhilfe.

(Folie 2)

Die bekanntesten der sechs Schweizer Sterbehilfeorganisationen sind EXIT und Dignitas. Dignitas ist vermutlich bei Ihnen in Deutschland bekannter, denn Dignitas bietet ihre Dienste im Gegensatz zu EXIT auch oder überwiegend für Ausländer an, denen eine Freitodbegleitung im eigenen Land verwehrt ist.

In der Schweiz wird breit und offen über Freitodbegleitung und Sterbehilfeorganisationen diskutiert. Die organisierte Suizidhilfe wird von allen politischen Parteien mit Ausnahme christlicher Kleinparteien akzeptiert. Nach einem landesweiten Anhörungsverfahren hat die Schweizer Regierung offiziell festgehalten: Selbstbestimmung sei auch am Lebensende wichtig, es brauche weder ein Verbot der organisierten Suizidhilfe noch eine neue oder weitergehende gesetzliche Regelung zur organisierten Sterbehilfe im Vergleich zum jetzigen Zustand.

Wenn ich in der Folge von EXIT spreche, so meine ich damit immer den Verein EXIT deutsche Schweiz.

(Folie 3)

EXIT ist ein Verein mit aktuell über 63.000 Mitgliedern, der sich gemäß Zweckartikel für die Selbstbestimmung des Menschen im Leben und im Sterben einsetzt. Er ist in der Schweiz allgemein bekannt und hat einen Stellenwert, der durchaus mit dem einer politischen Partei vergleichbar ist.

(Folie 4)

EXIT ist in folgenden vier Haupttätigkeitsfeldern tätig: Patientenverfügung (das ist der Haupttätigkeitsbereich), Beratung und Unterstützung, Palliative Care und Freitodbegleitung (FTB).

(Folie 5)

Der Verein hat Vereinsgremien, einen Vorstand, eine Generalversammlung, Geschäftsprüfungskommission, Revisionsstelle etc. Wir haben außerdem eine Ethikkommission und ein Patronatskomitee.

(Folie 6)

Wer erbringt die verschiedenen Dienstleistungen und macht die Arbeiten? Dies sind: ein fünfköpfiger Vorstand, 13 Mitarbeiter der Geschäftsstelle sowie 28 Freitodbegleiter. Freitodbegleiter arbeiten ehrenamtlich, sie erhalten nur eine fixe Spesenentschädigung pro Fall. Konsiliarärzte (unten aufgeführt) gehören nicht zur Organisati-

on EXIT. Sie arbeiten unabhängig und stellen sich bloß aus ideeller Überzeugung für Abklärungen zur Verfügung, wenn ein Hausarzt Suizidhilfe – aus welchen Gründen auch immer – zurückweist.

(Folie 7)

Der Verein arbeitet nicht gewinnorientiert. Die Kosten für Person und Sachaufwand werden durch Mitgliederbeiträge, Spenden und Vermögenserträge finanziert. Eine Freitodbegleitung ist nach drei Jahren Mitgliedschaft beim Verein gratis, wenn man sie braucht.

(Folie 8)

EXIT hat in den 30 Jahren seines Bestehens ungefähr 3.000 Freitodbegleitungen durchgeführt. Eine Statistik führen wir erst seit 1989, deswegen kann ich keine genaue Zahl nennen. Zwischen 1989 bis 2011 waren es 2.273 Freitodbegleitungen.

Früher führten einzelne Pioniere die Freitodbegleitungen durch, anfangs mit verschiedenen Medikamenten und verschiedenen Dosierungen. Heute verfügen wir über ein Team von 28 speziell ausgebildeten Freitodbegleitern und wir verwenden konsequent einzig Natrium-Pentobarbital in einer sehr hohen und sicheren Dosierung von 15 Milligramm.

Bei keiner Freitodbegleitung gab es unerwünschte Zwischenfälle wie zum Beispiel nicht vollständig eingenommene Medikamente oder eine ungenügende Wirkung. Auch kam es nie zu einer gerichtlichen Verurteilung eines Freitodbegleiters oder unserer Organisation.

Weitere Informationen, Einblicke in die Mitgliederzeitschrift, die jährliche Berichterstattung und Rechnungslegung des Vereins finden Sie bei Interesse unter www.exit.ch. Größtmögliche Transparenz gerade auch in finanziellen Belangen ist unserem Verein sehr wichtig.

(Folie 9)

In welchem rechtlichen Rahmen bewegt sich EXIT bzw. die organisierte Suizidhilfe in der Schweiz? Die Zulässigkeit von Suizidhilfe beruht auf dem Strafgesetzbuch. Wie so oft ist auch hier die Schweiz im internationalen Vergleich ein Sonderfall. Artikel 115 Strafgesetzbuch besagt im Kern: Suizidhilfe ist straflos, sofern sie nicht aus selbstsüchtigen Beweggründen erfolgt. Eine weitere gesetzliche Regelung gibt es in der Schweiz nicht.

(Folie 10)

Natürlich hält sich EXIT dennoch verbindlich an gewisse Regeln. Diese ergeben sich einerseits aus den Statuten von EXIT, andererseits aus den Entscheiden der höchsten Schweizer Gerichtsbarkeit, des Bundesgerichts. Erforderlich für eine Freitodbegleitung sind: Urteilsfähigkeit und Handlungsfähigkeit des Patienten, Wohlwollen, Autonomie und Konstanz des Sterbewunsches, Vorliegen einer Krankheit mit schlechter Prognose oder eines unerträglichen Leidens oder einer unerträglichen Behinderung. Weiter zu erwähnen ist natürlich die Volljährigkeit.

EXIT führt keine Freitodbegleitung durch, wenn jemand diese Bedingungen nicht erfüllt, weist also zum Beispiel Minderjährige, Urteilsunfähige oder gesunde Personen ab.

Ich kann keine Zahlen nennen, wie viele Anfragen für eine Freitodbegleitung wir aus welchen Gründen zurückgewiesen haben, weil wir darüber keine Statistik führen.

(Folie 11)

Wegen des verwendeten Sterbemittels Natrium-Pentobarbital (NaP) kommt ein weiterer Faktor mit ins Spiel: das notwendige ärztliche Rezept und damit die Regeln, die für Ärzte gelten.

NaP ist ein rezeptpflichtiges Betäubungsmittel. Ein Arzt darf ein Rezept nur bei Vorliegen einer Indikation ausstellen, das heißt, es muss zur Behandlung eines Leidens dienen und auf einer

Diagnose beruhen. Suizidhilfe ist in diesem Kontext als selten notwendige, letzte Behandlungsmöglichkeit zu interpretieren, die dazu dient, Leiden zu lindern.

(Folie 12)

Ärzte haben sich nicht nur an das staatliche Recht, sondern auch an die ärztliche Standesordnung zu halten. Die Standesordnung der Schweizer Ärzte verpflichtet dazu, die Erlasse der Schweizerischen Akademie der Wissenschaften [SAMW] zu befolgen. Gleichwertig zu berücksichtigen sind die Empfehlungen der Nationalen Ethikkommission [NEK]. Im Spannungsfeld zwischen staatlicher Rechtsprechung und ärztlicher Standesordnung ergibt sich ein Ermessensspielraum für den einzelnen Arzt. Es steht in seiner persönlichen Verantwortung, wenn er zum Beispiel einem schwer leidenden, aber nicht am Lebensende stehenden Menschen NaP verschreibt.

(Folie 13)

In Kürze zusammengefasst sagen die Richtlinien der SAMW und der NEK Folgendes aus:

- Ziel des medizinischen Beistands ist Fürsorge zum Leben und Leiden lindern.
- Suizidhilfe steht dazu im Widerspruch und ist daher keine ärztliche Aufgabe.
- Wird dennoch Suizidhilfe geleistet, fällt sie in die persönliche Verantwortung und Entscheidung der Ärzte.

(Folie 14)

Ich möchte nun die Rahmenbedingungen verlassen und zum Thema Freitodbegleitung kommen.

Vor einer Freitodbegleitung werden ärztliche Zeugnisse eingeholt, unsere Freitodbegleiter besuchen die Patienten und führen Aufklärungsgespräche. Zwingend werden die möglichen Alternativen zum Freitod besprochen und wenn immer möglich die engsten Angehörigen involviert. Liegt das ärztliche Rezept vor, kann der Patient

den Sterbetermin selbst bestimmen. Jeder begleitete Suizid gilt als außergewöhnlicher Todesfall und wird daher zwingend von den Behörden untersucht.

Unsere Freitodbegleiter sind reife, lebenserfahrene Persönlichkeiten, in der Regel über 50 Jahre alt, mit guten Kommunikationsfähigkeiten und einer reflektierten Erfahrung im Umgang mit dem Thema Tod und Sterben. Sie werden von uns während circa eines Jahres in ihre Tätigkeit eingeführt, ihre Eignung zusätzlich in einem externen Assessment überprüft und wir organisieren regelmäßig Fallbesprechungen und Weiterbildungen. Dank guter Schulung unserer Freitodbegleiter waren wir nie mit dem Problem konfrontiert, dass ein Patient das Medikament nicht vollständig einnehmen konnte. Sind Probleme zu erwarten, wird von Anfang an die intravenöse Medikamentenzufuhr geplant.

(Folie 15)

Hier zeige ich Ihnen einen Auszug aus unserer Statistik der letzten drei Jahre. Das Durchschnittsalter ist mit 76 Jahren wie schon immer hoch. Die Fallzahl stieg in den letzten Jahren kontinuierlich; 2011 fanden 305 Freitodbegleitungen statt. Insgesamt wurden 468 Akten eröffnet. Dies bedeutet, dass bei 468 sterbewilligen Personen Abklärungen vorgenommen wurden. Dass aber längst nicht alle davon Suizidhilfe benötigen, zeigt die Differenz zwischen Aktenöffnungen und Freitodbegleitungen total.

(Folie 16)

Hier folgen die häufigsten Diagnosen am Beispiel des Jahres 2011. Diese Auflistung ist typisch für den langjährigen Durchschnitt. Die häufigsten Begleitungen finden statt wegen Karzinomerkrankungen, in absteigender Reihenfolge gefolgt von Alterspolymorbidität, Schmerzerkrankungen, Lungen-, Herzerkrankungen und diversen neurologischen Erkrankungen.

(Folie 17)

Vor dieser Veranstaltung erhielt ich von Ihnen verschiedene Fragen. Eine davon lautet: Wie beurteilen Sie die eigene Verantwortung der Freitodbegleitung und ihre Organisation? Eine andere lautet: Sehen Sie sich als reinen Dienstleister oder auch als gesellschaftlich gestaltende Kraft?

Wir wissen um unsere Verantwortung. Zum einen tragen wir eine große Verantwortung gegenüber dem sterbewilligen Mitglied und seinen Angehörigen für einen sicheren, schmerzlosen, möglichst friedvollen und adramatischen Suizid. Zum anderen tragen wir eine ebenso große Verantwortung gegenüber der Gesellschaft, indem EXIT Garantie dafür bietet, dass ein Suizid nur bei Vorliegen der notwendigen Kriterien und konform zum Schweizer Recht unterstützt wird.

EXIT sieht sich durchaus als Dienstleister für seine Mitglieder, aber auch als gesellschaftlich gestaltende Kraft. Mit der Gründung von EXIT vor dreißig Jahren wurde die Patientenverfügung und Palliativmedizin zum Gespräch gemacht. Das war durchaus gesellschaftlich gestaltend. Wie von vielen unserer Mitglieder aktuell vehement gefordert, wird EXIT weiterhin versuchen, gestaltend Einfluss zu nehmen, zum Beispiel mit der Forderung nach dem erleichterten Zugang zu einem Sterbemittel für Hochbetagte ohne eine terminale Erkrankung.

Lassen Sie mich noch auf einen anderen Punkt eingehen, der für Sie von Interesse sein dürfte: auf die Haltung der Schweizer Bevölkerung. Sämtliche Umfragen in der Schweiz ergeben konstant: Drei Viertel der Bevölkerung befürworten oder akzeptieren organisierte Suizidhilfe als Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts auch am Lebensende. Deswegen hat EXIT auch so viele Mitglieder. Mit Spannung wurde letztes Jahr das Resultat einer Volksabstimmung im Kanton Zürich erwartet. Mit einem wuchtigen Nein von rund 80 Prozent wurde sowohl ein To-

talverbot für Suizidhilfe als auch ein Verbot der Suizidhilfe nur für Ausländer verworfen.

(Folie 18)

Interessant ist auch die Antwort auf die Frage: Wer soll Suizidhilfe durchführen? Das war eine andere Umfrage, keine Volksabstimmung. Die Antwort lautete mit 86 Prozent: die Ärzte.

(Folie 19)

Beenden möchte ich mein Referat mit einem Drei-Punkte-Statement und einer Aussage, warum ich als Mensch und als Ärztin Ja sage zur Suizidhilfe.

Erstens: Es gibt Situationen, in denen Menschen zum wohlüberlegten und nachvollziehbaren Schluss kommen, dass sie ihr unerträgliches Leiden mit einem geplanten Suizid beenden möchten.

Zweitens: Weil ein adramatischer und sicherer Suizid für den Laien unter den zurzeit geltenden rechtlichen Verhältnissen sehr schwierig umzusetzen ist, braucht er dafür die Unterstützung und liebevolle Begleitung durch Mitmenschen mit dem entsprechenden Wissen.

Drittens: Suizidhilfe ist rechtlich zulässig und kann ethisch gerechtfertigt sein. Daher sollte der Staat den Zugang zu einem sicheren Sterbemittel in irgendeiner Form zulassen, in einem geordneten Rahmen, der Missbrauch ausschließt. Ob dies mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation oder auf freiwilliger Basis selbstverständlich mit Hilfe der Ärzteschaft erfolgt, ist aus meiner persönlichen Sicht von sekundärer Bedeutung. Für mich als Mensch und Ärztin, vor allem als Ärztin, besteht mein höchster Auftrag darin, zu helfen, zu heilen, zu lindern, und dies in allen Lebenslagen von der Geburt bis zum Tod. Suizidhilfe kann dabei – kann, muss nicht – der letzte vom Leiden erlösende und manchmal beste Dienst für einen Mitmenschen sein, ein Akt aus tiefstem Respekt vor dem Leiden und vor dem eigenverantwortlichen Entscheid eines Mitmenschen, ein Akt von größter Humanität.

(Applaus)

Christiane Woopen

Herzlichen Dank, Frau Schafroth. Ich darf jetzt zu Frau Tag überleiten, die auch aus der Schweiz zu uns gereist sind. Als Juristin wird sie uns nun in rechtliche Fragestellungen einführen. Vielen Dank für Ihr Kommen.

Prof. Dr. iur. utr. Brigitte Tag · Universität Zürich

(Folie 1)

Liebe Frau Woopen, sehr geehrte Damen und Herren des Ethikrates, liebe Zuhörerinnen und Zuhörer, ich freue mich sehr, dass Sie mir heute die Möglichkeit eröffnet haben, zu diesem Themenkreis zu sprechen, der nicht nur rechtlich, sondern auch ethisch extrem schwierig ist. Das sieht man schon an den beiden Vorträgen, die wir gehört haben. Ich finde es sehr wichtig – das ist auch ein Appell –, dass man versucht, aufeinander zuzugehen und Meinungen zu bilden, die dem Konsens der Bevölkerung entsprechen, ohne wichtige Interessen außer Acht zu lassen, die vielleicht nicht konsensfähig sind.

(Folie 2)

Auch ich habe einige Fragen gestellt bekommen. Es würde den Rahmen sprengen, diese im Detail zu erarbeiten. Wichtig ist für mich (genauso wie bei Frau Schafroth), zunächst die Entwicklung in der Schweiz zu betrachten. Die Entwicklung in der Schweiz ist eine langjährige, der Gesetzgeber tut sich mit dem Themenkreis extrem schwer und wir sind in der Diskussion noch lange nicht am Ende.

(Folie 3)

Ausgangspunkt für Juristen ist: Wie sieht es das Gesetz, nämlich das Strafgesetzbuch? Anders als in Deutschland gibt es den Artikel 115 Strafgesetzbuch der Schweiz, der Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord (Sie sehen: eine alte Bezeichnung, nicht Suizidbeihilfe, sondern Beihilfe zum Selbstmord) unter Strafe stellt, jedoch

nur unter eingeschränkten Gründen, nämlich dann, wenn die Beweggründe selbstsüchtig sind.

Das Bundesgericht hat sich intensiv mit der Frage auseinandergesetzt: Was bedeutet selbstsüchtig? Hierbei ging es vor allem darum, dass der Täter einen persönlichen Vorteil erstrebt, insbesondere wirtschaftliche Vorteile.

Das Bundesgericht hat sich auch mit der Frage auseinandergesetzt, ob Sterbehilfeorganisationen, die in der Schweiz tätig sind, unter den Artikel fallen. Es hat die Frage verneint, und zwar genau deswegen, weil die selbstsüchtigen Beweggründe als nicht gegeben erachtet wurden. Dies ist also der Hintergrund, der Rahmen.

(Folie 4)

Die Nationale Ethikkommission [NEK] im Bereich Humanmedizin hat sich – wie andere Organisationen – seit langer Zeit mit der Beihilfe zum Suizid auseinandergesetzt und bereits 2005 Kriterien erarbeitet und veröffentlicht, die Hilfestellung geben sollten, unter welcher Voraussetzung denn, wenn überhaupt, Suizidbeihilfe zulässig ist:

Im Vordergrund stand die Urteilsfähigkeit des Patienten, der Patientin, dann ein unerträgliches Leiden, die Diagnose einer tödlichen oder schwer beeinträchtigenden Krankheit, dass ein geeigneter Ort vorhanden ist, um Suizidbeihilfe begehen zu können (das ist ein wichtiges Thema, auf das wir nachher noch kommen), dass gewisse Fristen eingehalten werden, damit die Überlegung wohlwogen ist, dass psychiatrische Gutachten erstellt werden, dass man sich lange kennt und vertraut miteinander ist, dass psychologische Abklärung durchgeführt wurde, normalerweise dass die Suizidbeihilfe erst ab einem gewissen Alter geleistet wird und – was ganz wichtig ist, was die NEK schon lange gefordert hat – dass staatliche Aufsichten installiert werden.

(Folie 5)

2006 hat die NEK die Sorgfaltspflichten noch weiter präzisiert, nämlich im Hinblick auf die Urteilsfähigkeit. Denn es kam immer wieder die Frage auf, was Urteilsfähigkeit bedeutet und ob man überhaupt in solch einer Situation, in der man an Suizidbeihilfe denkt, urteilsfähig sein kann im herkömmlichen Sinne des Wortes.

Hier wurde klar in den Vordergrund gestellt, dass der Suizidwunsch aus einem schweren krankheitsbedingten Leiden resultieren soll (also nicht einfach aus der Satttheit des Lebens), dass psychisch kranke Menschen nach Möglichkeit keine Suizidbeihilfe bekommen sollen, dass der Sterbewunsch konstant und dauerhaft ist, dass er frei ist von äußerem Druck (dies ist eine wichtige Voraussetzung, aber die Frage ist: Kann man das gewährleisten? Wenn ja, wie?), dass alternative Optionen abgeklärt worden sind (das heißt, dass diejenigen, die Suizidhilfe wünschen, auch wissen, was es sonst für Möglichkeiten im Leben gibt, nicht nur im Sterben) und dass eine unabhängige Zeitmeinung eingeholt wird.

(Folie 6)

Ich zeige Ihnen hier kurz einen Überblick zum derzeitigen Stand der Gesetzgebung zur Reform von Artikel 115 Strafgesetzbuch in der Schweiz, das ist natürlich nur ein Ausschnitt. Ich habe bei 2006 begonnen. Das Ganze hätte man noch weiter nach vorne ziehen können, aber 2006 hat der Bundesrat dem Parlament empfohlen, die Revision des Strafgesetzbuches im Bereich von Beihilfe zur Selbsttötung näher zu betrachten.

2008 hat der Bundesrat das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement beauftragt, abzuklären, ob gesetzliche Rahmenbedingungen erforderlich sind.

2009 wurden zwei Reformvorschläge zu Artikel 115 Strafgesetzbuch zur Diskussion gestellt (ich werde sie Ihnen gleich vorstellen). Dann gab es eine breite Vernehmlassung.

2011 kam das vorläufige Aus. Der Bundesrat verzichtet auf eine ausdrückliche Regelung der organisierten Suizidhilfe im Strafrecht, will aber die Suizidprävention und Palliative Care weiterhin fördern, um die Anzahl der Suizide zu verringern, die in der Schweiz durchaus hoch ist.

Wichtig ist: Seit 2011 hat der Schweizerische Nationalfonds ein sogenanntes Nationales Forschungsprogramm aufgelegt: „Lebensende“, in dem die rechtlichen, gesellschaftlichen, ethischen, theologischen, die gesamten Rahmenbedingungen für das Lebensende näher betrachtet werden sollen. Wir erhoffen uns darüber auch Aufschluss im Bereich der Suizidbeihilfe.

(Folie 7)

Ich möchte Ihnen kurz die zwei Entwürfe zur Reform von Artikel 115 Strafgesetzbuch zeigen, die 2009 zur Diskussion gestellt wurden. In einem Entwurf sollten Sorgfaltskriterien aufgestellt werden; das ist die Variante 1, die Sie hier sehen. Im Prinzip hat man gesagt:

„Wer im Rahmen einer Suizidhilfeorganisation jemandem Hilfe zum Suizid leistet, wird, wenn der Suizid ausgeführt oder versucht wird, [...] bestraft, es sei denn ...“

Die Ausnahmekriterien, die formuliert wurden, entsprechen mehr oder weniger den Kriterien, die bereits von der NEK, aber auch der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) in der Diskussion vorher sorgfältig erarbeitet wurden, auch unter Einbezug der Sterbehilfeorganisationen.

Es gab einige Kritikpunkte in diesem Bereich. Insbesondere war der Einbezug von Ärzten, der mehrfach gefordert war, als zu formalistisch betrachtet worden. Dieser Entwurf bezog sich auf Personen, die sehr schwer krank sind und am Lebensende stehen, und da gab es große Diskussionen in der Schweiz, ob das tatsächlich sinnvoll sei.

(Folie 8)

Wichtig war auch, dass kein Erwerbszweck verfolgt wird, das heißt, die gewerbsmäßige Suizidbeihilfe wäre danach auch unter Strafe gestellt worden. Aber wie gesagt, dieser Entwurf wurde nicht Gesetz.

(Folie 9)

Auch die zweite Variante wurde nicht Gesetz. Diese Variante erinnert Sie vielleicht an die Entwürfe, die in Deutschland zurzeit oder seit einiger Zeit diskutiert werden. Da wurde schlicht und einfach gesagt:

„Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen oder im Rahmen einer Suizidhilfeorganisation jemanden zum Suizid verleitet oder ihm dabei hilft, wird, wenn der Suizid ausgeführt oder versucht wird, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.“

(Folie 10, 11)

Diese Polarität gab es wirklich in den Gesetzentwürfen, und es gab eine Flut von Meinungsäußerungen, also eine große Resonanz in der Schweizer Bevölkerung, sowohl von Institutionen, Parteien und gesellschaftlichen Einrichtungen, aber auch von Einzelpersonen. Wir haben schon von Frau Schafroth gehört, dass sich drei Viertel, ich möchte jetzt nicht sagen, für die Suizidbeihilfe ausgesprochen haben, aber sie haben gesagt: Wenn Suizidbeihilfe stattfinden soll, dann soll es auf Bundesebene geregelt werden.

Die Schweiz ist mit 26 Kantonen recht kleinflächig, und man kann sich vorstellen, wie fragmentarisch sich eine solche Rechtslage darstellen kann, wenn jeder Kanton etwas abweichende Regelungen hat. Deswegen wäre es gut gewesen, wenn auf Bundesebene Sorgfaltspflichten definiert werden. Aber die Meinungsäußerungen, die zur Diskussion gestellt wurden, waren so vielfältig, dass der Bundesrat irgendwann gesagt hat: Das ist uns zu kompliziert, wir haben keine Einigkeit, es gibt kein Kriterium, was letztendlich überzeugt, zumindest von der politischen Mehrheit her; das Ganze ist zu komplex. Letztendlich hat der Bundesrat gesagt: Wir las-

sen es doch bei der Zuständigkeit der Kantone, denn die Kantone sind für den Gesundheits- und damit auch für den Sterbebereich in der Schweiz zuständig (analog zur deutschen Situation).

(Folie 12)

2011 kam also die Ablehnung. Die Gründe habe ich Ihnen hier aufgeschrieben. Man kann natürlich diskutieren und unterschiedlicher Meinung sein. Argumente waren:

Allfällige Sorgfaltspflichten für Mitarbeitende von Suizidhilfeorganisationen konkretisieren nur die Verpflichtungen, die sich bereits aus Artikel 115 Strafgesetzbuch ergeben. – Man kann diskutieren, wenn man die Kriterien gesehen hat, ob das wirklich in der Breite so ist.

Die „selbstsüchtigen Beweggründe“ ermöglichen es bereits heute, finanziellen Auswüchsen entgegenzutreten. – Natürlich, das ist so, das ist absolut richtig.

Sorgfaltspflichten würden Suizidhilfeorganisationen staatlich legitimieren. – Da muss man sich die Frage stellen: Müssen sie legitimiert werden? Sie sind in der Schweiz legitimiert. Dieses Argument kann man unterschiedlich werten.

Ein Argument war, dass dem Missbrauch mit NaP durchaus mit Hilfe des Standesrechts begegnet werden kann (Frau Schafroth hat darauf hingewiesen). – Das ist richtig. Aber sowohl in der Schweiz als auch in Deutschland werden unterschiedliche Methoden angewandt, die eben nicht der Verschreibungspflicht unterliegen. Das sind genau die Probleme, die uns zum Teil umtreiben.

(Folie 13)

Zur Situation heute in der Schweiz:

Das schweizerische Recht erlaubt ohne Einschränkungen, dass private Sterbehilfeorganisationen gegründet werden und tätig werden.

Urteilsfähigen Personen darf Suizidhilfe geleistet werden.

Sie haben mich auch gefragt, wie es bei minderjährigen oder dementen Personen aussieht: Es gibt keine speziellen Regelungen. Angewandt werden allgemeinen Bestimmungen, das heißt: Wenn Urteilsfähigkeit vorhanden ist, gibt es keine Einschränkungen; ist sie nicht vorhanden, dann geht es natürlich nicht.

Wir werden demnächst, ab 2013, ein neues Erwachsenenenschutzrecht in der Schweiz haben, da werden auch die Patientenverfügungen geregelt. Das muss man vielleicht als Hintergrund wissen.

Alternative Optionen werden im Augenblick nicht geprüft. Es obliegt der einzelnen Organisation, inwieweit das durch die Leitlinien gemacht wird, Frau Schafroth hat für EXIT dargelegt, dass es gemacht wird, es ist aber nicht verpflichtend für andere Organisationen.

Der Einsatz von NaP ist, wie gesagt, freiwillig; Helium etc. ist nicht davon erfasst.

Es gibt keine staatliche Kontrolle, keine staatlichen Sorgfaltspflichten und keine Offenlegungspflicht für Einnahmen und Buchhaltung. Das heißt, wenn EXIT jetzt die Zahlen offenlegt, dann ist das offensiv und transparent, aber das müssen nicht alle machen.

(Folie 14)

Die Situation heute sieht so aus:

Es wäre sinnvoll, wenn es verbindliche Qualitätsanforderungen gäbe. Es mag Sie schaudern, wenn ich das so sage, aber ich denke, wenn es Organisationen gibt, die sich in dem Bereich engagieren, dann ist es doch normal, dass man Mindestgrenzen festlegt.

Wunderbar wäre eine bundeseinheitliche Regelung. Das ist in der Schweiz im Augenblick politisch nicht auf der Tagesordnung, aber die Kantone haben die Aufgabe, sich damit auseinanderzusetzen.

Kantonale Regelungen, interkantonale Konkordate (das sind Rahmenvereinbarungen zwi-

schen den Kantonen) und dass die SAMW ihre Richtlinien präzisiert oder aktualisiert. Die SAMW-Richtlinien werden durch das Landesrecht in Bezug genommen und sind insoweit verbindlich.

(Folie 15)

Eine Möglichkeit der gesetzlichen Regelung besteht im Kanton Waadt; Sie sehen hier einen kleinen Ausschnitt. Der Kanton Waadt hat dieses Jahr eine gesetzliche Regelung akzeptiert, dass Sterbehilfe, also Suizidbeihilfe auch in öffentlich finanzierten Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen möglich ist, und zwar unter bestimmten Bedingungen: wenn die Person, die Suizidbeihilfe verlangt, unheilbar schwer erkrankt und urteilsfähig ist und Palliativmaßnahmen und andere Maßnahmen besprochen wurden; dabei obliegt es dem Arzt, festzustellen, ob Urteilsfähigkeit vorliegt.

Der Kanton Waadt hat das nicht von sich aus gemacht, sondern EXIT Romandie hatte einen anderen Gesetzesentwurf, nämlich dass die Suizidbeihilfe in diesen Einrichtungen frei zugelassen wird. Der Kanton Waadt hat darauf reagiert und gesagt: Wir sind nicht für freies Zulassen, sondern für Minimalanforderungen. Und so kam der Gesetzgegenentwurf des Kantons Waadt zustande, der dann auch, wie Sie sehen, mit knapper Mehrheit angenommen wurde. So groß sind die Stimmenunterschiede in diesem Bereich nicht.

(Folie 16)

Der Kanton Zürich steht in dieser Diskussion im Rampenlicht. Im Augenblick gibt es keine Sorgfaltskriterien, die gesetzlich festgelegt sind. Es gab einen Versuch der Oberstaatsanwaltschaft des Kantons Zürich, in dem Bereich EXIT eine Vereinbarung zu treffen bzw. es wurde eine Vereinbarung getroffen, die aber nicht lange gehalten hat. Sie wurde vom Bundesgericht aus rechtlichen Gründen als nichtig anerkannt. Im Augenblick gibt es also keine Regelung.

Es wird diskutiert, ob ein neues Gesetz noch einmal erwogen wird, aber das ist unpolitisch unklar. Morgen haben wir eine Tagung zu dem Thema „Sterbe, wer will“ in Zürich, dazu wird auch der Oberstaatsanwalt des Kantons Zürich sprechen. Aber wir haben keine verbindlichen Aussagen, dass sich hier etwas bewegt. Sie sehen: Die Lage ist komplizierter, als man zunächst denkt.

(Folie 17)

Die zweite Frage war, wie ich den Konflikt zwischen den von der Ärzteschaft vorangetriebenen Einschränkungen für die Verordnung von tödlichen Medikamenten auf der einen Seite und dem radikalen Freiheitsanspruch von Sterbehilfeorganisationen auf der anderen Seite bewerte.

(Folie 18)

Da bin ich der Meinung: Man kann das gut auffangen, wenn man das Ganze auf das Lebensende beschränkt. Beide Meinungen sollten sich aufeinander zubewegen. Ich verstehe, dass die Ärzte sagen: Es ist nicht unsere Aufgabe, Menschen vom Leben zum Tode zu befördern. Das ist nie in der Ethik vorhanden gewesen, dafür wird man auch nicht ausgebildet. Aber der Tod ist Teil des Lebens, und wenn sich ankündigt, dass der Tod kommt, – ich spreche nur von der letzten Lebensphase –, dann sollte der Arzt hier eine gewisse Freiheit haben, natürlich immer im Rahmen des Rechtes, das ist eindeutig.

(Folie 19)

Worauf ich aber großes Gewicht lege: Suizidprävention und Palliative Care sind vorrangige Bereiche, die man sorgfältig bearbeiten sollte.

(Folie 20)

Dann hatten Sie mir die Frage gestellt, ob man in den Katalogen, wie sie die NEK und die SAMW bereits im Hinblick auf diese Qualitätskriterien erarbeitet haben, eine gewisse Eingrenzung erreichen kann oder ob das nicht nur von kurzer Dauer ist und sich dann ausweitet.

(Folie 21)

Dazu kann ich nur sagen: Die Probleme sind viel geringer, wenn man das auf die letzte Lebensphase beschränkt – wobei ich zugebe, dass es schwierig ist, das zu definieren, aber man sollte sich bemühen, das auf diesen Bereich einzuengen.

Es gibt aber zwei Bereiche, die damit nicht geklärt sind: Der eine Bereich ist der der Demenz. Wenn jemand in Demenz verfällt, dann ist er heute urteilsfähig und weiß, dass er es in einem halben Jahr nicht mehr ist. Dies führt zu vorzeitiger Suizidbeihilfe, auch in der Schweiz, weil sie anderenfalls nicht mehr möglich ist.

Der andere Bereich ist der, den Sie unter Diane Pretty kennen; das brauche ich nicht auszuführen. Wenn ich körperlich nicht in der Lage bin, mir selbst das Mittel zu geben, dann ist die Unterstützung, die geleistet wird, aktive Tötung sowohl in Deutschland wie in der Schweiz. Hier stoßen wir an die Grenzen des Strafrechts. England diskutiert in dem Bereich den sogenannten Terminally Ill Act, wo Ärzte die Grenze überschreiten. Die Beneluxländer sehen das anders. Man kann zu Recht sehr unterschiedlicher Meinung sein, ob man das wirklich möchte.

(Folie 22)

Für den nächsten großen Bereich habe ich nicht mehr die Zeit. Ich mache es kurz; Sie können sich die Präsentation im Internet anschauen.

(Folie 23)

Ich habe mit dem Bundesamt für Statistik Rücksprache gehalten, was die Grundkrankheiten sind, die zu Sterbehilfe in der Schweiz führen. Das sind die Krankheiten, die Ihnen auch Frau Schafroth schon gezeigt hat: 44 Prozent Krebs im Endstadium, aber auch andere Krankheiten.

(Folie 24)

Das ist quasi noch mal dasselbe. Man sieht bei Depression im Augenblick einen kleinen Bereich assistierter Suizid und einen großen Bereich normaler Suizid.

(Folie 25)

Sie sehen auch, dass seit 1998 die Zahlen [der Fälle von begleitetem Suizid] gestiegen sind, weil die Organisationen zur Freitodbegleitung in diesem Bereich intensiver tätig sind und auch andere Hilfestellungen anbieten.

(Folie 26-29)

Ich überspringe die eigentlich interessanten Folien und bitte Sie, sie sich vielleicht im Nachhinein anzusehen. Sie sagen etwas dazu aus, in welchem Bereich welche Krankheiten im Vordergrund stehen.

(Folie 30)

Bei der Frage 5 wird gefragt, ob die Verordnung tödlicher Medikamente mit der ärztlichen Ethik zu vereinbaren sei und ob sich in der Schweiz eine Tendenz abzeichnet, dass die Ärzte dadurch quasi ein Stück weit verbogen werden.

(Folie 31)

Dafür gibt es in keiner Weise Anhaltspunkte. Die Schweizer Ärzte halten Rücksprache mit der SAMW und der FMH [Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte] und fragen, wenn Unklarheiten bestehen. Daher kann ich diese Frage – zumindest nach den offiziellen Stellungnahmen und danach, was ich aus dem persönlichen Kontext kenne – in keiner Weise bejahen.

(Folie 32)

Zur Gewerbsmäßigkeit könnte ich eine Vorlesung halten. Der große Unterschied – das wissen Sie wahrscheinlich selbst – ist die Frage: Habe ich die Absicht, daraus eine Erwerbstätigkeit zu machen, oder habe ich sie nicht?

(Folie 33-35)

Wenn ich nur routiniert, wiederholt praxistauglich tätig werde, dann bin ich im Bereich von geschäftsmäßig. Wenn es um die Einnahmequelle mit Gewinnerzielungsabsicht geht, bin ich im Bereich der Gewerbsmäßigkeit. Das ist die Abgrenzung, die im Augenblick auch in der Schweiz als zentraler Punkt eingeführt hat.

(Folie 36)

Die letzte Frage, die Sie mir gestellt haben: Wenn die gewerbsmäßige Suizidhilfe verboten würde und Ärzte und Pflegekräfte Beihilfe nur bei persönlicher Beziehung durchführen dürften (also der neue Gesetzesentwurf), wird dann nicht die geschäftsmäßige Sterbehilfe durch Menschen ohne Garantenstellung geradezu gefördert?

(Folie 37)

Man kann natürlich: „Ja, die Möglichkeit besteht“ sagen, das ist etwas suggestiv. Hier gibt es ein Gap, eine Lücke, die sich auftut, auftun möchte und vielleicht auch soll, ob sich insgesamt die Einstellung ändert und wie die Gesellschaft darauf reagiert. Eine Gesellschaft kann relativ vernünftig sein, wenn man vernünftige Rahmenbedingungen hat. Man sieht in der Schweiz, dass es geht. Aber es geht nur dann, wenn man nicht jede Grenze, die vorhanden ist, außer Acht lässt. Deswegen ist es wichtig, Grenzen zu ziehen und einzuhalten, um Missbrauch einzugrenzen.

(Folie 38)

Ich danke Ihnen für Ihr Geduld, für die Aufmerksamkeit und stehe für Fragen gerne zur Verfügung.

(Applaus)

Christiane Woopen

Herzlichen Dank, Frau Professor Tag. Die Ausführungen waren für die inhaltliche Klärung, terminologische Differenzierung und juristisch von besonderer Bedeutung.

Jetzt darf ich überleiten zu unserem letzten Referenten, Herrn Professor Schmidtke, der sich insbesondere mit der Suizidprävention auseinandersetzt.

Prof. Dr. phil. Dr. med. habil. Armin Schmidtke · Universitätsklinikum Würzburg

(Folie 1)

Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrte Frau Woopen, herzlichen Dank.

(Folie 26)

Ich möchte damit beginnen, was wir eigentlich unter Suizidalität verstehen. Dies wird im Allgemeinen definiert als

„Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken durch aktives Handeln, passives Unterlassen oder Handelnlassen den eigenen Tod anstreben bzw. den eigenen Tod als Ergebnis dieser Handlung in Kauf nehmen.“

(Folie 27)

Wie schwierig das ist, zeigt sich daran, dass die WHO bisher noch keine einheitliche Definition zu Suizid publiziert hat.

Bei den Handlungen wird wie folgt unterschieden: Suizid ist eine Handlung mit tödlichem Ende. Die Frage ist, ab wann das eigentlich geht. Dazu muss ein Bewusstsein darüber, dass das wirklich unabänderlich ist, vorhanden sein. Wir nehmen heute an, dass das erst ab 6 bis 7 Jahren geht. Ungefähr ab der 3. Klasse hat man ein Verständnis dafür, was Suizid ist.

Ein Suizidversuch ist eine nicht tödlich endende Handlung. Dabei ist unklar, ob diese mit der Intention, zu sterben, oder mit der Intention, nicht zu sterben, durchgeführt wird.

(Folie 2)

Zu den Daten in Deutschland. Nach den letzten vorliegenden Zahlen des Statistischen Bundesamtes haben wir 2010 mehr als 10.000 Suizide. Es überwiegen immer deutlich die Männer. In Deutschland haben wir eine Zunahme der Nicht-Deutschen, darauf werde ich noch eingehen; das ist ein Problem, das größer wird.

Es gibt keine offizielle Statistik der Suizidversuche, deswegen hat die WHO sogenannte Catchment Areas festgelegt; wir in Würzburg sind so

eine. Sie sehen: Die Suizidzahlen sind doppelt, fast dreimal so hoch wie die Verkehrstoten. Hier sehen Sie das Verhältnis der Präventionsmaßnahmen für das eine und für das andere.

(Folie 3)

Wenn man sich die Raten über die Altersgruppen anschaut, haben wir in Deutschland das sogenannte ungarische Muster; das heißt: Je älter man wird, umso höher wird die Suizidgefährdung. Was in der letzten Zeit zunimmt, ist ein Bauch in den mittleren Altersgruppen. Ein solches Muster nennt man japanisches Muster; das zeigt die zunehmende Suizidbelastung der mittleren Altersgruppen.

Auffällig in Deutschland ist, dass die nichtdeutschen Suizidenten im Durchschnitt 14 Jahre jünger sind als die deutschen Suizidenten. Das zeigt auch die Behandlung alter Menschen in unserer Gesellschaft; das ist bei ihnen anders.

Die Raten und der Verlauf über die Zeit – das war eine dieser Fragen – sind unterschiedlich. Nach einem stetigen Abfall der Höchstzahlen Ende der Siebzigerjahre – da hatten wir fast 20.000 Suizide in Deutschland – hat es abgenommen, 2010 hat es wieder zugenommen, über 10.000. Das ist zum Teil dem Enke-Effekt geschuldet, zumindest können wir es schon nachweisen für die Eisenbahnsuizide, das wird noch ausgewertet. Nach den Zahlen, die von den einzelnen Ländern für 2011 vorliegen, scheint es wieder zurückzugehen.

(Folie 4)

Wenn wir uns jetzt die einzelnen Altersgruppen anschauen, so sehen wir einen deutlichen Rückgang im Vergleich der Siebzigerjahre mit einer Einstellung, dass Suizid eine tolle Geschichte ist; denken Sie an das Buch von Amery, das die Jugendlichen damals gerne gelesen haben. Die Zahl der Drogentoten ist deutlich gesunken und zeigt sich in den letzten Jahren etwas stabil.

(Folie 5)

Das gilt für die Männer und ...

(Folie 6)

... für junge Frauen, das ist hier deutlich zurückgegangen und hier stabil.

(Folie 7)

Hier habe ich versucht, die einzelnen Altersgruppen zu spezifizieren. Sie sehen: Der Verlauf ist bei den alten Männern über 85 zurückgegangen und bei den Frauen letztendlich auch. Bei den anderen Altersgruppen sieht man keinen deutlichen Trend, dass man sagen kann, sie steigen alle an. Sie steigen eben nicht an.

(Folie 8)

Aber aufgrund der demografischen Entwicklung haben wir ein merkwürdiges Phänomen: Der Anteil älterer Personen an allen Suiziden verschiebt sich innerhalb der Gesamtgruppe der Suizidenten. Aktuell sind 39 Prozent der Männer, die sich selbst töten, über 60 Jahre alt; in der Bevölkerung haben wir nur 24 Prozent. Bei den Frauen ist dies noch deutlicher, diese Gruppe ist besonders gefährdet: 48 Prozent der Suizidenten sind über 60 Jahre, in der Bevölkerung haben wir aber nur 29 Prozent Frauen über 60. Das heißt, in Deutschland wird zurzeit jeder zweite Suizid einer Frau von einer Frau über 60 begangen.

(Folie 28)

Die Hauptsuizidmethode in Deutschland ist das Erhängen mit fast 50 Prozent. Diese Methode ist einer generellen Prävention kaum zugänglich, da kann man wenig machen. Bei Medikamenten, Gas, Schusswaffen geht das eher, aber nicht bei Erhängen.

Bei alten Menschen kommen sogenannte indirekte Methoden häufig vor, das heißt: Sie befolgen ärztliche Anweisungen nicht mehr, nehmen die Medikamente nicht mehr ein oder machen andere Sachen nicht mehr. Bei der Untersuchung der Todesursachen hat man die Todesursache untersucht und herausgefunden, dass ungefähr 11 Prozent unterschätzt werden. Das

heißt, zu den Zahlen müssen Sie ungefähr 11 Prozent zuschlagen.

(Folie 18)

Wenn Sie sich die Suizidversuche anschauen, so ist die gefährdetste Gruppe dort die 15- bis 25-jährigen Frauen.

(Folie 10)

Was sind die Ursachen für suizidales Verhalten? Wie bei vielen psychischen Erkrankungen oder Störungen ist dies ein multifaktorielles Geschehen. Ich habe das hier aufgelistet. Zunächst sind dies soziale Risikofaktoren: Die ökonomischen Bedingungen schlagen durch, Arbeitslosigkeit und berufliche/finanzielle Probleme. Auch das zunehmende Mobbing ist ein Hauptsuizidgrund für die mittleren Altersgruppen. Generell benachteiligt sind Gruppen mit erhöhtem Pegel von Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit. Dazu gehören auch die Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland, die zum Teil vierfach höhere Suizid- und Suizidversuchsraten haben als die deutsche Bevölkerung.

(Folie 11)

Ich habe das hier zusammengefasst; es ist eine Aussage der WHO: Arme und Vulnerable sind die Ersten, die betroffen sind.

(Folie 12)

Es gibt zwei neuere EU-weite Studien, die zeigen – und wir hoffen, dass das für Deutschland so nicht zutrifft –: 1 Prozent Erhöhung der Arbeitslosigkeit führt zu einem Punkt Erhöhung der Suizidziffern (also ein Suizid mehr pro 100.000). Das ist in 26 EU-Ländern der Fall gewesen.

(Folie 13)

Eine neue englische Studie besagt, dass schon das Melden der Arbeitslosigkeit bewirkt, dass die Suizidrate in den betroffenen Gebieten steigt: 10 Prozent Erhöhung der Arbeitslosigkeit von Männern führt zu 1 Prozent Erhöhung der Suizidrate bei den Männern. Wir hoffen nicht,

dass das bei uns aufgrund der ökonomischen Lage so eintreten wird.

(Folie 14)

Hier sehen Sie eine amerikanische Studie, wonach emotionaler Stress am Arbeitsplatz ein erhöhtes Suizidverhaltensrisiko birgt.

(Folie 15)

Ich habe schon gesagt, dass man bei uns in Deutschland – und das gilt europaweit – besorgt darüber ist, dass die Personen mit Migrationshintergrund ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko haben. Außerdem werden sie nach einem Suizidversuch nicht so gut versorgt und therapiert wie die deutsche und die Heimatlandbevölkerung. Da kommt noch etwas auf uns zu.

Womit wir nicht gerechnet haben (denn man kann es nicht gut ausrechnen), ist die Suizidgefährdung älterer Migranten, die nicht in die Heimatländer zurückgehen. Wenn man sich das anschaut: In den Hospizen und Altenheimen spricht oft niemand von den Altenpflegern die Sprache dieser Leute, die Personen kommen aus einer anderen Kultur, es gibt nicht das Essen dieser Leute – dann darf man sich nicht wundern, dass sie anfangen, über Suizid nachzudenken. Da könnte man viel tun.

(Folie 16)

Das sind die gesellschaftlichen Faktoren. Aber auch in der Person gibt es eine Reihe von Faktoren; ich habe versucht, sie hier aufzulisten. Die Männer sind von Veränderungen immer am meisten betroffen, in allen europäischen Ländern. Frauen kommen besser mit Veränderungen zurecht, die Männer nicht.

Dazu kommt, dass die Männer härtere Methoden wählen als Frauen. Das heißt: Ihre Wahl ist immer tödlich.

Im Alter sind die Personen mehr gefährdet. Das hängt zum Teil mit dem Ageismus zu tun: Wir glauben, dass man, wenn man alt wird, eher das

Recht hat, das zu tun. Das Alter ist eigentlich nichts mehr wert und lohnt sich nicht mehr.

Psychische Erkrankungen, besonders Depressionen, führen zu einer generellen Erhöhung, ebenso in der Persönlichkeit liegende Faktoren wie Kränkbarkeit oder Übernachhaltigkeit (das heißt, ich kann nicht vergessen, was mir angetan wurde) sowie keine vernünftigen Bewältigungsstrategien.

Das waren die tödlich verlaufenden Handlungen.

(Folie 17)

Schauen wir uns jetzt die nicht tödlich verlaufenden Handlungen in Deutschland an. Nach WHO-Multicenterstudien müssen jedes Jahr mindestens 100.000 Personen nach einem Suizidversuch medizinisch behandelt werden.

Betroffen von diesen Handlungen sind mindestens sechs Personen im Umfeld (Eltern, Partner, Angehörige), die aufgrund dieser Handlung selbst psychische Störungen entwickeln.

(Folie 18)

Ich habe schon gesagt, die Altersverteilung bei den Suizidversuchen ist genau umgekehrt: Die jungen Frauen hier am gefährdetsten.

(Folie 19)

Dies ist bis ungefähr 2004, 2005 gestiegen und geht langsam insgesamt zurück.

(Folie 20)

Es gibt bestimmte Risikofaktoren, zum Beispiel:

- wenn ich zu einer bestimmten Gruppe gehöre, wie zu psychisch Kranken,
- wenn ich eine Risikopsychopathie habe (ich denke, ich bin wertlos, bin hoffnungslos),
- wenn es suizidale Krisen im Umfeld gibt; denken Sie an Foxconn und Renault, wenn jemand anfängt im Betrieb, dann mache ich es nach und so kommt es zu sogenannten Suizidepidemien,

– wenn ich gekränkt bin (die Partnerin oder Frau läuft weg),

– und wenn ich mich in einer bestimmten biologischen oder sozialen Krisenzeit empfinde (zum Beispiel steigen kurz vor der Pensionierung die Suizide an), weil ich denke, ich komme nicht mehr zurecht und habe zu wenig Geld. Bin ich über diese Krise hinweg, bin ich nicht mehr suizidal, das ist interessant. Wenn ich jetzt annehme, er hat recht, wenn er vor der Pensionierung denkt, dass er nicht zurechtkommt, dann helfe ich ihm natürlich nicht über diese Krise hinweg.

(Folie 21)

Besondere Risikofaktoren im Alter habe ich hier zusammengefasst; das ist schon mehrmals angesprochen worden, für diese suizidassistierte Entscheidung: körperlich krank (ältere Personen sind ja meistens multimorbid), psychische Erkrankungen und schwerwiegende Lebensereignisse.

(Folie 22)

Wenn man sich die einzelnen Altersgruppen bezogen auf die Motive anschaut, einmal unabhängig von den generellen psychischen Erkrankungen wie Depression; eine Depression färbt natürlich alle Wahrnehmung. Wenn ich depressiv bin, sehe ich alles durch die schwarze Brille und kann das möglicherweise gar nicht mehr richtig beurteilen. Wenn man aber nachfragt, unterscheidet sich das doch: Bei den Jüngeren sind es mehr interpersonelle Probleme: Die Freundin, Partnerin ist weggelaufen, ich finde keine Partnerin, keinen Beruf und denke, ich bin nutzlos.

Im mittleren Alter sind es mehr die finanziellen Probleme und im höheren Alter die somatischen Erkrankungen.

Von der Statistik her sind diese im Gesamtspektrum der Suizide sehr selten. Wenn man eine psychologische Autopsie macht – das heißt im Nachhinein schaut, was die Gründe für den Sui-

zid gewesen sind –, so findet man unter den Suizidenten nur zwei bis drei Prozent, die eine tödlich verlaufende Erkrankung hatten.

Unterscheidet man nach Geschlecht, so findet sich Folgendes: Die Frauen geben mehr interpersonelle Probleme an: Sie fühlen sich vom Partner schlecht behandelt – und werden wahrscheinlich auch vom Partner schlecht behandelt –, während Männer mehr finanzielle Probleme angeben.

(Folie 23)

In Bezug auf die psychologische Seite lassen sich die Suizidenten bestimmten Gruppen zuordnen; das hat wenig mit dem Denken des einzelnen Suizidenten zu tun. Überlegt man, ob es eine gemeinsame Endstrecke vor dem Suizid gibt, so sieht diese ungefähr so aus:

„Ich halte diese unerträgliche Belastung oder Kränkung nicht aus.“ Dies ist immer aus subjektiver Sicht. Für einen Außenstehenden ist das oft nicht nachvollziehbar, der Grund wirkt für einen Außenstehenden oft lächerlich; man kann es nicht verstehen, es ist durch die Depressionen gefärbt.

„Ich habe Angst vor der Zukunft, weiß nicht, was auf mich zukommt.“ Wichtig ist, dass man von dieser klinischen Diagnose Depression wekommt, denn es geht eigentlich um etwas ganz anderes: „Ich glaube, dass ich keine Freiheitsgrade mehr habe.“

Ich möchte Ihnen den Unterschied zwischen rationalem Denken beim Suizid und Freiheitsgraden an einem Beispiel erläutern. Als ich begann, mich mit Suizid zu beschäftigen, wurde der Suizid von Rommel als rationale und freiheitliche Entscheidung dargestellt. Man muss aber unterscheiden: Das war zwar rational, aber nicht freiheitlich. Denn er hat keine andere Alternative gehabt. Aber in dem Denken war es durchaus noch rational.

„Mein Denken engt sich ein.“ Wir sagen: Es wird rigide.

„Ich werde hoffnungslos.“

Bei manchen Handlungen kommt dazu, dass ich mich an der Umgebung rächen will.

Dies hat man früher präsuizidales Syndrom genannt.

(Folie 24)

Hier wäre das Ende dieser Linie: Das Denken verengt sich und am Schluss kommt Hoffnungslosigkeit heraus. Sie kennen alle dieses Bild, dass am Ende des Tunnels kein Licht mehr ist, das heißt, ich sehe ab diesem Zeitpunkt keine Lösungsmöglichkeit mehr. –

Jetzt zur Beantwortung der Frage zur unterschiedlichen Entwicklung der einzelnen Altersgruppen. Die generelle Zunahme der Zahlen im Alter hängt mit der demografischen Veränderung zusammen. Wir haben einmal eine Zunahme der älteren Altersgruppen in Deutschland, das heißt, die Anteile verschieben sich. Außerdem haben wir eine Verlängerung des mittleren Lebensalters. Dies führt insgesamt zu einer Erhöhung der Absolutzahlen, ohne dass sich in einzelnen Altersgruppen irgendetwas ändert; solche generellen Zunahmen sind auch nicht feststellbar.

Die einzelnen Motive in den Altersgruppen sind unterschiedlich. Generell gilt: Psychische Erkrankungen sind durch die depressive Komponente gefärbt.

Aus internationalen Studien weiß man, dass bei den Jüngeren die Perspektivlosigkeit und die Probleme der sozialen Interaktion zu den Hauptproblemen gehören.

In den mittleren Altersgruppen sind neben allgemeinen psychischen Problemen Probleme am Arbeitsplatz führend, zum Beispiel Verdichtung der Arbeit, ich halte es nicht mehr aus. Sie verfolgen sicherlich die Diskussion: Soll man Burnout sagen oder sind das Depressionen? Das weiß man nicht so genau. Auf jeden Fall hält man aufgrund des erhöhten Leistungsdrucks

bestimmte Bedingungen nicht mehr aus. Die Konsequenz des Ganzen ist die Arbeitslosigkeit, und das Ganze führt zu einer Erhöhung der Rate.

Im Alter sind die Gründe meist Altersdepression, Zunahme von somatischen Erkrankungen, Multimorbidität, Isolation und Einsamkeit, Angst vor finanziellen Problemen und vor dem Verlust von Freiheitsgraden.

Es gibt eine interessante Studie aus Berlin. Danach ist es nicht die Angst vor Krankheit, auch nicht die Angst vor Schmerzen (wenn ich meine, ich werde vernünftig behandelt), die dazu führt, dass jemand darüber nachdenkt, ob er sich nicht selbst tötet, sondern die Angst vor entwürdigender Behandlung in einer Institution. Es hat also etwas mit dieser Furcht zu tun: Ich kann nicht mehr bestimmen, was mit mir passiert. Wir nennen das Angst vor Verlust der Freiheitsgrade.

Warum ist das in den einzelnen Altersgruppen so unterschiedlich? Suizidpräventive Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen haben vor allem bei Kindern und Jugendlichen gegriffen. Es gibt niederschwellige Angebot, es gibt eine bessere Versorgung mit Kinder- und Jugendpsychiatern, auch mit Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, es gibt Krisendienste in vielen Städten und verbesserte Therapieangebote, vor allen Dingen Angebote zur kognitiven Verhaltenstherapie, die offensichtlich greifen. Bei den Erwachsenen greift vor allem die Entstigmatisierung suizidalen Verhaltens. Man kann offener darüber und über Hilfsangebote sprechen.

Suizidpräventive Maßnahmen finden vor allem durch Verbesserung der Schulung von Hausärzten statt. Da wird viel getan in Deutschland, Verbesserung von Seelsorgern und von Pflegepersonal; Sie kennen wahrscheinlich das Nürnberger Modell oder die EAD-Projekte, die von der EU gefördert werden. Was man vergessen hat: Die erste Anlaufstelle ist oft gar nicht der

Hausarzt (wie wir gedacht haben), sondern der Apotheker, zu dem man geht und sagt: „Ich kann nicht mehr schlafen, mir geht's nicht gut.“ Da wird viel getan, denn dort werden die Weichen gestellt, ob ich schulmedizinische Maßnahmen ergreife oder pflanzliche Mittel bekomme, und möglicherweise geht das über eine bestimmte Zeit und die Depression wird dann nicht richtig bekämpft.

Im Altenbereich hat sich die Einstellung zum Alter teilweise verändert, das heißt, dieser Ageismus-Aspekt, dass ich denke, naja, der hat lange genug gelebt, jetzt wird's Zeit. Auch hier findet eine Verbesserung der Schulung von Altenpflegern und Hausärzten statt, auch hier wieder vom Nürnberger Modell und dem nationalen Suizidprogramm.

Allerdings haben wir eines beobachtet: Wird in bestimmten Kreisen ein sogenanntes Defizitmodell des Alters vertreten, ist eine suizidfördernde gesellschaftliche Erwartung möglich. Das heißt: Sterbehilfe wird vor allem von jüngeren Leuten im Falle von Alter und psychischer wie körperlicher Krankheit signifikanter häufiger befürwortet, das heißt: Sie haben es noch gar nicht, aber denken, wenn sie es hätten, würden sie es machen. Die alten Menschen selbst wollen davon nichts wissen; sie fürchten sich davor. Das ist interessant, es sind die Jungen, die sagen: „Der soll mal machen.“ Wenn man alte Leute fragt, sagen sie: „Weg damit, wir wollen davon nichts hören.“

Zu Frage 2: Hat möglicherweise straflose Suizidbeihilfe Auswirkungen auf Suizidprävention?

Wir denken, dass die meisten schwerstkranken und sterbenden Patienten durch palliativmedizinische Behandlung aktiv begleitet werden können. Im Vordergrund steht dann die Linderung unerträglichen Leidens anstelle der Tötung oder der Verlängerung der Lebens um jeden Preis. Da viele das nicht wissen – und nach unseren Studien auch nicht die Hausärzte –, führt die

Unkenntnis über die Möglichkeit des würdigen Sterbens dazu, dass Menschen dazu verführt werden können, die Hilfe von Sterbehelfern in Anspruch zu nehmen. Das fördert auch die Angst von Gesunden, im Falle zukünftigen unerträglichen Leidens allein gelassen zu werden. Man denkt: Es kommt keiner, mir hilft niemand. Die Aufgabe der Gesellschaft ist es daher nach Meinung der meisten Suizidologen, diese Humanhilfe weiterzuentwickeln und zu intervenieren, falls man sie verweigert. Ich komme nachher darauf zurück; das ist ein großes Problem für uns, denn wenn man denkt, man könnte assistiert suizidieren, dann macht man keine suizidpräventiven Maßnahmen mehr. Das heißt: Die Befürwortung der Suizidbeihilfe könnte aus Sicht der Suizidologen bewirken, dass weitere Anstrengungen, Palliativmedizin oder Hospize zu fördern, reduziert werden.

Die dritte Frage an mich war: mögliche Auswirkungen der straflosen Suizidbeihilfe auf Personen in Garantenstellung auf die Bereiche Suizidprävention und die Lebensrettung von Suizidenten.

Menschen mit einer unheilbaren Krankheit, die sich dem nahen Lebensende gegenübersehen, befürchten oftmals, ohne jede Hilfe erst nach einem längeren Leidensprozess und bei unwürdiger Behandlung – Sie sehen, das kommt immer wieder, diese unwürdige Behandlung, die den Menschen Angst macht. Es sind nicht die Schmerzen, es ist auch nicht, dass ich krank bin. Jeder von uns weiß, dass er sterben muss. Wir fürchten uns nur davor, wie wir sterben. Und wenn man die Statistik anschaut, wie wir in Deutschland sterben, muss ich ehrlich sagen, da läuft es einem kalt den Rücken runter. Die meisten sterben alleine im Krankenhaus. Wenn man Bücher aus der Kinderzeit liest, wo steht: „Der Großvater starb im Kreise der Familie“, dann ist das heute nicht mehr das normale Bild. Genau das macht Angst, und darum kann der Wunsch nach einem baldigen selbstbestimmten

und selbst herbeigeführten Ende sehr drängend werden. Wir denken, dass dann der Druck auf Garanten zunimmt, also nicht nur auf das medizinische Personal, sondern auch auf die Verwandten. Und wir denken, dass diese unheilbar Kranken und Sterbenden einen Anspruch auf eine bedarfsgerechte Behandlung haben sollten, die den Sterbeprozess insbesondere durch eine ausreichende Schmerzbekämpfung und Linderung von Atemnot erleichtert. Man kann dann in Kauf nehmen, dass medikamentöse Hilfestellung als Nebeneffekt auch die Lebenszeit verkürzt.

Der Einsatz dieser Maßnahmen, zum Beispiel bei einem Patienten, der einen eindeutigen Sterbewunsch äußert, soll jedoch dann nicht im Sinne von Beihilfe zum Suizid gewertet werden. Ärzte brauchen im Sinne menschenwürdiger Sterbebegleitung Rechtssicherheit, leidenmindernde Maßnahmen auch dann durchführen zu dürfen, wenn diese das Leben ihrer Patienten möglicherweise verkürzt. Das darf man. In der Bevölkerung ist es relativ wenig bekannt, dass man es machen kann, und dies führt dazu, dass man Angst hat und dann eher die Sterbebegleitung möchte.

Könnte von einer Erleichterung der Suizidbeihilfe auch ein Druck auf labile oder schwer erkrankte Menschen ausgehen, einen solchen Suizid zu begehen? Wir haben eben gesehen, Depression ist auch bei dem Begleiten eine der Hauptursachen oder Gründe gewesen. Nun muss man wissen, was ist eigentlich Depression? Eine Depression ist eine Veränderung des Denkens, das heißt, ich sehe die Realität anders, die gar nicht mehr so ist, wie ich sie wahrnehme; ich sehe sie durch eine schwarze Brille.

Der alte Mensch, der die negative Einstellung der Gesellschaft zum Alter übernimmt, entwickelt wahrscheinlich daher, besonders, wenn er depressiv ist, mit höherer Wahrscheinlichkeit Symptome von Angst oder Aggression. Wenn

ich nicht weiß, was mit mir passiert, und das gilt besonders für die Depression von Männern – hier möchte ich einen Einschub machen: Man hat bisher nicht erkannt, dass sich die männliche Depression ganz anders auswirkt als die weibliche Depression. Unser Bild von der Depression ist femininisiert. Frauen sprechen eher darüber; der Mann wird aggressiv und man denkt, er hat eine Persönlichkeitsstörung und weiß nicht – und er weiß es wirklich nicht –, was ihm passiert. Das sieht man besonders bei alten Menschen: Er traut sich nichts mehr zu, engt sich dadurch zunehmend ein, spricht nicht mehr mit anderen Leuten, und daraus kann sich ein zirkulärer Prozess von Angst, kognitiver Einengung (weil sich die Umgebung zurückzieht) und reduzierten Bewältigungsmöglichkeiten entwickeln.

Der Mensch kann dann die Befürchtung entwickeln, anderen zur Last zu fallen. Ich will mit dem nicht mehr reden, ich werde aggressiv, die kommen nicht mehr, dann denke ich, es ist besser, ich bin weg. Und wenn dann der Altersprozess noch narzisstisch verarbeitet wird und diese Veränderungen nicht wahrgenommen werden, kann ein Verharren in zunehmend inadäquaterem Lebensstil die Folge sein. Ich habe dann überhaupt keine Lebensperspektive mehr und denke, das Beste wäre, ich bekomme Suizidbeihilfe. Dann kann ich einen Druck aufbauen, der Umgebung, insbesondere der Familie und der Gesellschaft, Probleme und finanzielle Schwierigkeiten zu ersparen.

Das ist mittlerweile auch eines der Hauptmotive, wenn man alte Suizidenten befragt, dass sie sagen: „Es ist besser, ich begehe Suizid. Wenn ich ins Heim komme, verfällt das Erbe meiner Familie.“ Ich finde das ein furchtbares Argument, denn sie haben es nicht verdient, dass man so denkt.

Die letzte Frage war: Können Erfahrungen der Suizidprävention einen Beitrag zur Minimierung von Suizidassistanzanliegen leisten?

Das kann ich kurz machen: Alle vorliegenden Untersuchungen zeigen, dass das Verlangen nach assistiertem Suizid minimiert werden kann durch Zuwendung, also wenn ein anderer Mensch da ist – denn es heißt bei den Suizidologen: Suizid ist immer die Abwesenheit der anderen, sonst mache ich es nicht. Leider mangelt es noch an der adäquaten Behandlung affektiver Störungen, an palliativmedizinischen Maßnahmen einschließlich adäquater Schmerzbehandlung sowie Reduzierung von Angst vor Schmerzen und vor entwürdigender Behandlung. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Applaus)

Diskussion

Christiane Woopen

Herr Schmidtke, auch Ihnen herzlichen Dank für Ihre Ausführungen.

Wir kommen jetzt zur Diskussion. Frau Tag muss uns leider frühzeitig verlassen. Deswegen bitte ich diejenigen, die eine Frage an Frau Tag haben, diese vorzuziehen.

Prof. Dr. theol. Eberhard Schockenhoff

Frau Tag, Sie haben auf die Frage, ob es Veränderungen in der Mentalität von Ärzten gäbe, wenn sie außer ihrem eigentlichen ärztlichen Auftrag auch noch in persönlicher Verantwortung Suizidbeihilfe leisten würden, gesagt: Das sei völlig abwegig. Aber immerhin hat die Schweizer Medizinische Gesellschaft einige Jahre nach den Richtlinien für Sterbebegleitung, die auch den Freitodbegleitung in persönlicher Verantwortung einschließen, eine zweite Richtlinie verabschiedet, in der sie betont, dass der vorrangige Auftrag des Arztes die palliative Begleitung auch in schweren Krankheitsprozessen

bleiben müsse. Warum hat sie sich dazu genötigt gefühlt, das noch einmal klarzustellen? Viele Beobachter sagen, dass die Schweizer Ärztesorganisation hier selbst eine Schiefelage gesehen und deshalb diese Klarstellung vorgenommen hat. Ich glaube nicht, dass man so eindeutig sagen kann, dass es völlig abwegig sei.

Brigitte Tag

Ich habe nicht gesagt, dass es völlig abwegig sei; das zur Klarstellung. Die schweizerischen Ärzte setzen sich schon lange mit der Thematik auseinander und haben deswegen ein sehr großes Fachwissen und führen intensive Diskussionen. Aber dass jetzt ein Mentalitätswandel stattgefunden habe, wie die Frage suggerieren könnte, ist aus der Luft gegriffen und wäre fast eine Kriminalisierung der schweizerischen Ärztinnen und Ärzte, der ich in keiner Weise zustimmen kann.

Natürlich tauchen Fragen auf. Deswegen hat die SAMW, die zentrale Ethikkommission klargestellt, wie man damit umgehen soll, wenn Unsicherheiten vorhanden sind, um eine einheitliche Handhabung zu ermöglichen. Aber das sind zwei verschiedene Dinge. Was Sie ansprechen, ist eine Verbiegung der Mentalität, von der ich sagen muss: Dazu gibt es keinerlei Anhaltspunkte. Das andere ist: Wenn so eine Aufgabe auf einen Arzt zukommt und er fühlt sich ihr nicht gewachsen, man muss man sagen: In der Schweiz sind die Ärztinnen und Ärzte frei, ob sie im Bereich der Suizidbeihilfe tätig sein wollen oder nicht; das hat auch Frau Schafroth in den SAMW-Richtlinien deutlich unterstrichen. Aber wenn es jemand macht, muss man schauen, dass die Anforderungen, die die SAMW und die NEK formuliert haben, eingehalten werden.

Prof. Dr. iur. Reinhard Merkel

Frau Tag, ich habe zwei Fragen an Sie. Mit Blick auf die Schweizer Regelung und die Pönalisierung der selbstsüchtigen Beihilfe: Geht es strafrechtlich gesprochen – und juristische Laien

verstehen die Formulierung auch – um die Pönalisierung einer abstrakten Gefährdung für jemanden, der suizidwillig ist oder suizidgeneigt, aber noch nicht wirklich entschlossen und gegebenenfalls zu einem Entschluss käme, der nicht vollständig autonom ist, dass man die Vermutung hat, wer gewerbsmäßig oder selbstsüchtig eine solche Hilfe anbietet, der wird subtilen Druck ausüben oder sich jedenfalls darum bemühen, dass sein eigener, persönlicher Vorteil – sein Ertrag, den er sich davon erhofft – realisiert wird durch den Suizid des anderen, damit eine erhöhte Gefährdung dieses anderen, der noch nicht vollständig entschlossen ist, herbeiführen mag, zuletzt einen Suizid zu machen, der nicht vollständig autonom ist? Ist das der Hintergrund und halten Sie das für plausibel? Intuitiv leuchtet das zunächst ein.

Die zweite Frage: Sie haben die Urteilsfähigkeit angesprochen. In der Schweiz redet man gerne davon, in Deutschland eher von Autonomie. Die beiden Begriffe sind nicht wirklich deckungsgleich. Sie haben die Situation problematisiert, in der jemand schwer krank ist und schwer leidet, und die Frage gestellt: Kann er urteilsfähig über seine weiteren Entschlüsse disponieren? Generell würden wir sagen: Naturegegebene Prämissen einer Entscheidung, wie schwer sie auch immer wiegen müssen und wie gravierend sie die Entscheidung determinieren mögen, beeinträchtigen nie die Autonomie. Möglicherweise – und das wäre meine Frage an Sie – die Urteilsfähigkeit?

Um das zu illustrieren: Wenn jemand zum Arzt geht und bekommt die Diagnose: „Sie haben eine krebsbefallene Niere. Wenn Sie nicht in die sofortige Entfernung der Niere einwilligen, werden Sie in einem halben Jahr tot sein.“ Für so jemanden ist die Zustimmung, die Einwilligung in die Nierenentfernung, wenn er nicht sterben will, hundertprozentig determiniert. Niemand käme auf die Idee zu sagen: Jetzt kann aber seine Einwilligung in die Operation nicht auto-

nom sein. Frage an Sie: Kann sie aber gleichwohl die Urteilsfähigkeit beeinträchtigen? Ich bin nicht ganz sicher. Das wären meine beiden Fragen.

Prof. Dr. iur. Edzard Schmidt-Jortzig

Frau Tag, ich fange mit der Frage an, die sich ähnlich wie bei Herrn Merkel auf die Terminologie oder die Schärfe der verwendeten Tatbestandsmerkmale bezieht. Im Gesetzentwurf der Bundesregierung wird die Gewerbsmäßigkeit pönalisiert. Wenn man die Begründung liest, fällt auf, dass, obwohl ganz hinten auch ausführlich die ständige Rechtsprechung zu diesem Tatbestandsmerkmal zitiert wird, offenbar die Initianten dieses Gesetzentwurfs mit dem Begriff nicht ganz zufrieden sind, denn viel häufiger wird einfach von „kommerziell“ gesprochen. Außerdem habe ich große Schwierigkeiten, ob sich das, was statt gewerbsmäßig „nur“ geschäftsmäßig wäre (was sich offensichtlich auf Ärzte und andere Heilberufe bezieht, die das einfach aus ihrer Kompetenz heraus gut können und häufiger machen), sauber abgrenzt von dem, was hier mit kommerziell, geschäftsmäßig etc. gemeint ist. Wäre es nicht passender, bei dem, was man ganz schlimm findet und auf jeden Fall strafrechtlich unterbinden will, von „selbstsüchtig“ zu sprechen, um eine deutlichere Abgrenzung zu erhalten, also die Terminologie zu verwenden, die in der Schweiz besteht? Und könnte man als Dachbegriff überhaupt von der organisierten Sterbehilfe sprechen? Mir scheinen jedenfalls diese dort verwendeten Begriffe nicht so eindeutig, und vor allen Dingen würde ich empfehlen, dass der Gesetzentwerfer das in der Begründung noch deutlicher macht.

Zweite Frage an Sie als Strafrechtlerin. Klassische Doktrin ist: Strafrecht ist die Ultima Ratio. Wären nicht andere Möglichkeiten der Unterbindung von – ich nehme jetzt die Terminologie des Gesetzentwurfs auf – gewerbsmäßiger Suizidbeihilfe sinnvoll oder ausreichend? Etwa die Kontrolle, das heißt Anmeldung, Kontrolle etc.

Der Gesetzentwurf argumentiert: Das hat man schon mal gemacht (Niederlande oder Belgien wird zitiert), die haben das aber nicht konsequent durchgeführt und deswegen funktioniert es nicht. Wenn ich davon ausgehe, dass auch die strafrechtliche Verfolgung solcher Dinge dann konsequent vollzogen und durchgesetzt werden müsste, sonst funktioniert auch die nicht, ist das eigentlich kein passendes Argument. Weshalb würde man sagen können, es braucht wirklich eine strafrechtliche Verfolgung?

Die letzte Frage schließt ein bisschen an die Bedenken von Herrn Montgomery an. In dem neuen Paragraphen 217 Absatz 2 des Entwurfs werden bestimmte Einzelfälle, bei denen in der Tat mangels Schuld, mangels Rechtswidrigkeit, gesetzlich oder übergesetzlichem Notstand, *however* – diese werden verallgemeinert. Dadurch bekommt die strafrechtliche Richtung, die man eigentlich vornehmen möchte, einen Generalisierungseffekt und löst sich vom Einzelfall. Ist darin nicht eine versteckte Anerkennung, Akzeptanz solcher Fälle enthalten, die ursprünglich – hoffe ich jedenfalls – nicht gemeint war? Hier frage ich die Strafrechtstheoretikerin: Hat die Generalisierung von Einzelfällen nicht auch normativ ihre Gefahren?

Dipl.-Psych. Dr. phil. Michael Wunder

Frau Tag, mich hat beeindruckt, was Sie über den Bundesrat der Schweiz gesagt haben: dass ihm das zu kompliziert wurde und er es an die Kantone zurückgegeben hat. So habe ich Ihre Aussage zumindest verstanden. Das heißt doch mit anderen Worten, die Botschaft ist auch die: Es ist fast unregulierbar. Und wenn ich es richtig verstanden habe, ist Ihre Position: Es ist zwar noch ein weiter Weg, aber es sollte unbedingt reguliert werden.

Ich habe den Eindruck, dass alle Sorgfalts- und Qualitätskriterien, die diskutiert werden auf Gesetzesniveau oder im Bundesrat oder in den Anhörungen, das, worum es den Betreibern

oder den Befürwortern eigentlich geht – die Selbstbestimmung der Patienten –, einengen. Sie haben eine Mittelposition bezogen und gesagt: „Das muss man schon machen.“ Meine Frage ist: Wenn man das macht – und Sie befürworten das –, kommt man dann nicht unweigerlich in die niederländische Debatte, nämlich dass man dann auch die ganzen Grenzfragen regulieren und sich die Frage stellen muss, warum der 17-Jährige, der eine schwere Leidenssituation hat, herausfällt, der 19-Jährige, der vielleicht eine weniger schwere Leidenssituation hat, aber eine schwere Erkrankung, hineinfällt. Diese Fragen, die natürlich regulierbar sind, aber deutlich Freiheitsgrade einschränken, handelt man sich doch mit der Regulierung ein. Ist das Freiheitsansinnen, was hinter dieser Debatte steht, überhaupt mit einer Debatte zur gesetzlichen Regulierung vereinbar?

Meine zweite Frage ist sehr konkret und bezieht sich auf den Kanton Waadt. Warum werden dort in dem kantonalen Gesetz die Pflegenden und Ärzte als Suizidassistenten ausgeschlossen? Die verfügen doch gerade, wenn man schon für Suizidbeihilfe eintritt, über Nähe und Kenntnis der Situation.

Brigitte Tag

Zunächst herzlichen Dank für die Fragen. Sie spiegeln die Diskussion wider, die auch in der Schweiz stattgefunden hat und die wir seit Jahren führen. Das zeigt den großen Spannungsbogen auf, in dem wir uns bewegen.

Vielleicht darf ich von hinten anfangen. Der Bundesrat hat sich die Flut von Vernehmlassungsantworten – Sie können es sich im Internet anschauen, deswegen habe ich den Link in meine Präsentation eingebaut – angeschaut und gesehen, dass es keinen Konsens gibt. Die Schweiz ist ein Land, das sehr auf Konsens geht. Auch die Politik möchte Konsens erzielen und da schien es mit der schweizerischen Politik und insbesondere der Einstellung zum föderalen

Prinzip nicht vereinbar, diese Regelung in Artikel 115 StGB zu treffen. Deswegen ist es nicht an die Kantone zurückgegeben worden, sondern dort gelassen worden, wo es eigentlich im Augenblick ist. Man hat einfach den Status quo beibehalten.

Ich persönlich bin der Meinung, dass Sorgfaltsanforderungen geregelt werden müssen, wenn Suizidbeihilfe zugelassen wird. Das ist die Voraussetzung. Wenn sie nicht zugelassen wird, brauche ich sie auch nicht zu regeln. Das ist nicht nur ein rechtlicher oder ein ethischer Entscheid, sondern vor allen Dingen ein politischer Entscheid. Wenn sie zugelassen wird, dann bin ich der Meinung, dass dies ein extrem wichtiger, essenzieller Bereich im Leben aller Menschen ist und dass es selbstverständlich sein muss, dass es gewisse Grenzen gibt; diese Grenzen habe ich mit Sorgfaltsanforderungen umschrieben. Wie die ausgestaltet werden, muss im Diskurs sorgfältig erwogen werden. Die Hauptkriterien hat die Schweiz erarbeitet, die verschiedenen Institutionen, und auch für Deutschland kann ich mir nicht vorstellen, dass es so unterschiedlich sein soll.

Es ist nicht die Frage, ob die Selbstbestimmung eingeengt wird, sondern auch, ob die Selbstbestimmung gewahrt wird. Wenn ich jetzt einmal nicht die philosophische Frage stelle, was Autonomie und was Urteilsfähigkeit ist, sondern nur auf den Bereich Urteilsfähigkeit eingehe: Wenn diese nicht gegeben ist und die Person nicht in der Lage ist, die Tragweite ihres Entschlusses zu erkennen und danach zu handeln und das nicht auf Dauer gestellt ist, dann ist es keine Suizidbeihilfe, sondern aktive Tötung und dann bin ich in einem ganz anderen strafrechtlichen Bereich.

Deswegen haben Sie mit der niederländischen Praxis vollkommen recht. Die Grenzbereiche überschneiden sich. Deswegen habe ich mich auch getraut, das Beispiel von Diane Pretty zu bringen und zu fragen: Was machen wir im Be-

reich der Urteilsunfähigkeit, wenn ich weiß, dass sie kommt? Dann muss man irgendwann einen Entscheid treffen, wie weit man gehen oder nicht gehen möchte und wie weit man das persönlich für konsensfähig betrachtet. Ich selbst bin der Meinung, dass die Lösung in den Niederlanden viel zu weit geht, aber das ist meine persönliche Meinung und ich möchte hier abgewogen antworten.

Zum Kanton Waadt. Im Kanton Waadt ging es darum, ob man Personen, die in Hospitälern, also in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen leben, also keinen weiteren Lebensmittelpunkt mehr haben, dort Sterbehilfe zukommen lassen kann. Das Problem ist: Wenn man es nicht macht, dann werden sie in Hotels verbracht, und das hält man nicht für menschenwürdig. Darum ging es. Und es ging darum, dass in den Pflegeeinrichtungen Hilfe gegeben werden kann. Es war aber nicht so, dass der Kanton Waadt das wollte. Er wurde durch die Initiative von EXIT Romandie aufgefordert, sich mit der Thematik auseinanderzusetzen, und dann ging man davon aus, es ist besser, dass man es regelt. Das war der Hintergrund.

Dann komme ich zu den Fragen von Herrn Schmidt-Jortzig. Gewerbsmäßig, geschäftsmäßig, selbstüchtig – das sind Versuche, den Bereich der Beihilfe zum Suizid einzugrenzen, nämlich dann, wenn man von der schweizerischen Rechtslage ausgeht und sagt: Die Gesellschaft toleriert diese Unterstützung nicht mehr. Man muss aber die schweizerische Regelung vor 1942 sehen, als das Gesetz erlassen wurde. Damals hat man in keiner Weise daran gedacht, dass es später Suizidhilfeorganisationen geben wird. Da gab es ganz andere Hintergründe und nach und nach hat sich die Thematik der Suizidhilfeorganisation dort hineinentwickelt und dann kam die Problematik auf. Das ist der Hintergrund, und Sie haben vollkommen recht: Es ist extrem schwierig abzugrenzen. Deswegen war der schweizerische Gesetzesvorschlag Va-

riante 2 nicht auf „selbstüchtig“ und nicht auf „gewerbsmäßig“ abzustellen, sondern auf Suizidhilfeorganisation als solches, was aber beim Schweizer Volk nicht sehr kotiert wurde.

Strafrecht als Ultima Ratio – das war auch in der Schweiz das Thema. Ultima Ratio sollte es sein und bleiben, sonst wirkt es nicht mehr. Die andere Frage ist: Wo regle ich es sonst? Wir Juristen wissen, dass wir eine gewisse Kompetenz brauchen, um Gesetze erlassen zu können. Im Strafrecht hat man die bundeseinheitliche Kompetenz; in anderen Gesetzesbereichen, zum Beispiel im Verwaltungsrecht, hat man das nicht immer. Das ist der Hintergrund, warum die Diskussion stattgefunden hat, aber es ist durchaus möglich, über verwaltungsrechtliche Bestimmungen zu sanktionieren. In der Schweiz gibt es zusätzlich ein sogenanntes Verwaltungsstrafrecht, was man auch pönalisieren könnte. Da gäbe es sogar gute Möglichkeiten; in Deutschland gibt es analoge Möglichkeiten.

Sie haben die Einzelfälle, die nahen Angehörigen angesprochen. Auch das deutsche Strafgesetzbuch kennt zum Beispiel im Bereich von Strafreitelung die Möglichkeit, nahe Angehörige von Strafe freizustellen. Das gibt es auch im schweizerischen Strafgesetzbuch und in vielen Ländern, dass solche Nähebeziehungen im Einzelfall berücksichtigt werden, ohne dass man den ganzen Artikel oder Paragraphen aushöhlt. Sie haben natürlich recht: Man muss sehr vorsichtig sein, wie das formuliert wird, ob man es im Sinne einer Kann-Bestimmung macht, dass das Gericht das im Einzelfall wertet, oder ob man es als zwingende Bestimmung herausnimmt und dann das Signal insgesamt setzt. Das ist eine Frage der Gewichtung, die man vornimmt.

Zu Herrn Merkel mit der Urteilsfähigkeit und der Autonomie. Nicht erst seit Herrn Härle, der lange Zeit in diesem Gremium mitgewirkt hat, wissen wir: Niemand ist selbst Gesetz. Wir alle sind in der Diskussion, wir wissen, dass wir unter

Bedingungen leben, die vorgegeben sind. Das gilt in Deutschland wie in der Schweiz und es legt den Begriff der Urteilsfähigkeit auch in der Schweiz zugrunde. Insoweit unterscheiden wir uns nicht so sehr. Sie haben aber vollkommen recht: Die Autonomie geht viel weiter; die Urteilsfähigkeit ist einfach ein praktischer Anwendungsbereich, den wir natürlich heranziehen. Die Grenzen sind fließend. Es ist immer die Frage, ob ich bei jemandem, der sterbenskrank ist, die Urteilsfähigkeit als solche überhaupt noch annehme, weil die Bedingungen, die an den Einzelnen gestellt werden, die er selbst erfüllen muss, so hoch sind, dass man es kaum noch beantworten kann. Das ist richtig und die Frage, ob ich es im Einzelfall tatsächlich trennscharf von der autonomen Entscheidung abgrenzen kann, möchte ich aufgrund der praktischen Erfahrung, die ich in dem Bereich gesammelt habe, verneinen. Es ist wichtig für die Diskussion als solche; das ist mir bewusst. Aber ich bin der Meinung, dass man diese praktischen Fragen nicht mit stark philosophischen Überlegungen überladen sollte, denn es sind praktische Entscheide, die man treffen muss. Hier ist auch die praktische Ethik gefordert. Deswegen appelliere ich daran, zwar zu erkennen, wie die Prinzipien funktionieren, aber dann den Einzelfall zu betrachten und sich zu fragen: Was möchte das jeweilige Land? Wie weit möchte es gehen? Und was hält man als mit dem Grundgesetz oder in der Schweiz mit der Bundesverfassung noch vereinbar? Es ist ein Ringen um die Auslegung der Grundrechte, die hier kollidieren. Das muss man klar sagen, und auch die Gewichtung, die entsprechend beigeleitet wird.

Christiane Woopen

Vielen Dank, Frau Tag. Ich fürchte, für die anderen beiden Fragen ist jetzt nicht mehr die Zeit, dass Sie darauf antworten. Die Fragen sind gleichwohl für unsere Diskussion wichtig. Herzlichen Dank und gute Rückreise.

(Applaus)

Dr. (TR) Dr. phil. İlhan İlkilic

Meine Frage kann ich auch Frau Schafroth stellen. Wir haben an den Statistiken gesehen, dass auch demente Patienten Suizidbeihilfe erhalten. Wenn man bedenkt, dass nach der gesetzlichen Regelung Urteilsfähigkeit eine grundsätzliche Voraussetzung für die Suizidbeihilfe ist, stellt sich die Frage: Inwiefern ist die fehlende Urteilsfähigkeit vor allem mit fortgeschrittenen Demenzerkrankungen zu vereinbaren, sowohl juristisch als auch ethisch?

Prof. Dr. iur. Jochen Taupitz

Meine Frage knüpft unmittelbar daran an. Wenn Suizidbeihilfe bei einem nicht einwilligungsfähigen, nicht urteilsfähigen, nicht selbstbestimmungsfähigen Menschen geleistet wird, ist das strafbar. Das ist ganz klar Tötung auf Verlangen. Von daher kommt es für die Praxis in der Tat darauf an, inwieweit die betroffene Person einsichtsfähig ist. Ich frage mich, ob das jemand anderes beurteilen kann als ein Arzt. Deswegen plädiere ich dafür, dass die Ärzteschaft sich dieses Themas annimmt und dass es nicht auf irgendwelche dubiosen Organisationen verlagert wird, wo vielleicht auch Ärzte tätig sind, die sich aber nicht den eigenen Regularien in dieser Situation unterwerfen, weil die Ärzteschaft keine eigenen Regularien geschaffen hat. Die Ärzteschaft ist auf Lebenserhalt ausgerichtet im Gegensatz zu anderen Organisationen, die vielleicht den schnellen Tod um des schnellen Geldes willen.

Meine Frage insbesondere an Herrn Schmidtke ist: Es gibt Statistiken, nach denen bei den meisten Suizidversuchen oder Suiziden der Tod gar nicht ernstlich gewollt ist, sondern dass es ein Hilferuf an die Umgebung ist. Das führt dann eben zu der Strafbarkeit von jedem, der sich an dieser Handlung beteiligt.

Eine zweite Frage habe ich an Herrn Schmidtke: Wir unterscheiden in Deutschland scharf zwischen der Tötung auf Verlangen, bei der zum Beispiel ein Arzt das tödliche Medikament verabreicht, injiziert – strafbar –, und der Beihilfe zum Suizid, bei der der Suizidwillige den letzten tödlichen Akt selbst vornimmt, also das Medikament selbst einnimmt. Diese Beihilfe zu diesem Suizid ist nach bisherigem Recht straflos. Ich habe das immer so verstanden, dass hinter dieser Unterscheidung auch psychologisch der große Unterschied steht: Wenn ich selbst Hand an mich lege, dann muss wirklich viel Last auf mir ruhen, dass ich mich selbst töte. Dem anderen aber meinen Arm hinzuhalten und zu sagen: „Bring du mich mal um“, das macht man leichtfertiger. Ist das wirklich richtig? Und wenn das richtig ist, dann ist das ja der wesentliche Unterschied für unsere strafrechtliche Unterscheidung, und wenn das richtig ist, dann glaube ich auch nicht, dass im Zuge der Debatte Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids oder weitere Straflosigkeit des ärztlich assistierten Suizids sofort die Debatte auch im Hinblick auf die aktive Tötung durch Ärzte, Euthanasie aufbricht. Denn es ist ein wesentlicher Unterschied, ob der Arzt selbst das tödliche Medikament verabreicht oder ob es der Betroffene selbst nimmt.

Armin Schmidtke

Es ist richtig, dass in der Mehrzahl der Fälle, rein statistisch gesehen, aus unserer Sicht als Kliniker eine freie Entscheidung nicht anzunehmen ist. Die Personen sind in der Regel ambivalent. Das sieht man schon an den Statistiken: Viele, bis 80 Prozent, suchen in der Zeit vor dem Suizid noch einen Arzt oder Betreuer auf. Offensichtlich ist also die Entscheidung gar nicht so klar. Wenn man sich die Statistiken anschaut: Acht von zehn wiederholen einen Suizidversuch nicht, und die, die gerettet werden, sind eigentlich froh, dass sie überlebt haben. Berühmtes Beispiel: Schauen Sie sich den Film an von Kevin Hines, der von der Golden-Gate-Brücke ge-

sprungen ist und im Moment des Fallens gedacht hat: Was für einen Unsinn mache ich da eigentlich? Er ist jetzt einer der größten Befürworter von Suizidprävention.

Ich möchte gern noch etwas Interessantes zur Demenz sagen. Angaben zu Suizidwünschen von Dementen kommen meist von Angehörigen, gar nicht so sehr von den Personen selbst. Wenn man genau hinschaut, ist es so, dass das am Anfang eher von akademisch ausgebildeten Leuten geäußert wird, die auch Heilungsversuche als negativ erleben. Wenn die Demenz fortgeschritten ist, gibt es solche Suizidwünsche eigentlich nicht mehr. Das muss man wirklich unterscheiden. Untersuchungen zeigen große Unterschiede in den Angaben zum Suizidwunsch von 1 bis 50 Prozent; das kommt darauf an, wann ich jemanden frage. Im Grunde ist es immer die Angst vorher, dass mir da etwas passiert, wenn ich noch nicht richtig dement bin, die meine Entscheidung beeinflusst, so einen Wunsch zu äußern.

Auch das andere ist richtig, dass unterschieden wird, wenn es selbst gemacht wird, ist der Todeswunsch wahrscheinlich viel stärker, als wenn ich das irgendeinem anderen überlasse. Der Grenzbereich ist natürlich ein Problem, zum Beispiel wenn ich eine anorektische Patientin habe. Ab wann mache ich Beihilfe zu suizidalem Verhalten, wenn ich sie ab einem BMI von, nehmen wir an, unter 13 nicht zwangsernähre? Wenn ich sage, es ist mir egal, ob ich sterbe oder nicht. Das sind diese Graufälle bei den indirekten Verhaltensweisen, oder wenn ein alter Mensch sagt: „Ich nehme die Medikamente nicht mehr.“

Große Probleme haben wir zum Beispiel auch mit Dialyse-Patienten, die sagen: „Ich gehe nicht mehr zur Dialyse, das ist mir egal. Ich gehe nicht mehr täglich zu dem Automaten da und lasse das machen.“ Wie greife ich da ein? Wenn ich nicht eingreife, mache ich mich doch strafbar, indem ich den Tod billigend in Kauf nehme oder nicht. Das ist hier gar nicht diskutiert wor-

den. Wir reden immer von den aktiven Verhaltensweisen, aber im Alter sind die indirekten, passiven Verhaltensweisen eigentlich viel größer oder viel häufiger. Deswegen diese Unterscheidung. Der Todeswunsch ist schon größer, wenn ich es selbst mache, als wenn ich es einen anderen machen lasse. Es gibt bei uns diesen Begriff von Gottesgerichts Urteil. Das heißt, ich setze mich irgendeiner Gefahr oder irgendeiner Sache aus und denke, wenn es nicht sein soll, dann hat der liebe Gott es gewollt; wenn ich überlege, hat es der liebe Gott auch gewollt. Was macht man in solchen Fällen? Das ist schwierig zu unterscheiden.

Marion Schafroth

Zur Frage von Herrn Ilkic zur Suizidhilfe bei Demenz. Bei fortgeschrittener Demenz besteht keine Urteilsfähigkeit mehr und da ist eine Suizidhilfe natürlich unmöglich. Das machen wir nie. In den Anfangsstadien einer Demenz bis zur mittelgradigen Demenz ist Suizidhilfe möglich, aber da gibt es verschärfte Vorschriften, also Überwachungsvorschriften. Da wird auch bei uns immer ein Psychiater involviert. Die Patienten wenden sich meistens im Frühstadium an uns, weil sie meistens am Beispiel von Angehörigen oder Bekannten gesehen haben, was einen erwarten kann, und weil sie das vermeiden wollen. Sie kommen frühzeitig mit ihrem Wunsch, und wir müssen sie dann darüber informieren, wenn sie wirklich sterben wollen, müssen sie den Akt machen, bevor sie urteilsunfähig sind. Das führt zu Tragik, dass sich diese Menschen, wenn sie es wirklich machen wollen, in einem relativ frühen Krankheitsstadium entscheiden müssen. Da schalten wir Psychiater mit ein. Die Urteilsfähigkeit muss auch kurz vor der Umsetzung nochmals überprüft werden.

Prof. Dr. iur. Wolfram Höfling

Wir haben gehört, wie fließend und kompliziert alles ist. Die eigentliche Grundsatzfrage scheint mir aber zu sein: Ist die Freitodbegleitung, ärzt-

lich oder nicht, eine normale therapeutische Option? Der Frage müssen wir uns stellen und dann muss man sich zugespielt die Frage stellen, die Herr Merkel zu Beginn an Frau Tag unbeantwortet gerichtet hat: Wenn das so ist, dann ist in Gesellschaften wie der Schweiz, aber auch der Bundesrepublik Deutschland doch überhaupt kein Vorwurf zu machen, dass einer mit einer Dienstleistung Geld verdienen möchte. Dann muss man sich gut überlegen, warum man an dieses Selbstsüchtige, das Gewerbsmäßige irgendeine Pönalisierung knüpfen will. Dann muss man in der Tat Überlegungen anstellen, die Herr Merkel schon angedeutet hat. Die Frage ist in der Tat: Ist das eine – wenn auch nur subsidiäre – normale therapeutische Option? Und hat das eigentlich noch etwas mit Selbstbestimmung zu tun, woran das jetzt aus meiner Sicht sehr missverständnisträchtig angeknüpft wird. Es sind ja oftmals tragische Instrumentalisierungen von Einzelfällen, die auch die Bundesrepublik Deutschland gelegentlich vor den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte führen, wo dann vorgeführt werden soll, was für eine inhumane Menschenwürde eigentlich die Bundesrepublik habe, weil hier alle daran gehindert würden, in Selbstbestimmung in den Tod zu gehen.

Der letzte Fall betraf eine Frau, die beatmet wurde. Da stelle ich mir die Frage, warum jemand, der beatmet wird, aber sterben will, nicht einfach sagt: Diesen Übergriff in meine körperliche Integrität dulde ich nicht mehr. Das wäre Selbstbestimmung, das wäre zu dulden, das wäre palliativmedizinisch begleitet zu respektieren, dann kann diese Frau ihren Sterbewunsch erfüllen und braucht nicht ihren Mann vorzuschicken, damit die Bundesrepublik vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte verklagt wird mit dem Hinweis: Die arme Frau hat in die Schweiz gehen müssen, um würdevoll sterben zu können.

Das ist nämlich der zentrale Unterschied zwischen Selbstbestimmung, die aus meiner Perspektive auch in einem solchen Fall durch Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 garantiert ist, und der Einbeziehung von Dritten, die ohne Zweifel ein erhöhtes Missbrauchs- und Integritätsverletzungsrisiko birgt. Diese Unterscheidung würde ich gern etwas schärfer machen, und das wäre eine Grundsatzdiskussion, die vor unseren rechtspolitischen Überlegungen zu diesem – wie ich finde – unglücklichen Gesetzentwurf der Bundesregierung anzustellen wäre. Deshalb glaube ich, wäre es besser, überhaupt keinen Gesetzentwurf als diesen zu machen.

Eine letzte Frage an Frau Schafroth: Wenn ich Sie recht verstanden habe, gibt es die Variante der intravenösen Behandlung. Wenn Sie nicht mehr sicherstellen können, dass genug von dem Medikament NaP geschluckt werden kann, dann machen Sie das wohl so. Da frage ich mich allerdings, ob der Grenzbereich zwischen der Selbstbestimmung in einem weit verstandenen Sinne und einer Tatherrschaft, die ein Dritter übernimmt, nicht schon überschritten ist.

Prof. Dr. theol. Peter Dabrock

Herrn Höflings Grundsatzfrage, ob die Suizidbeihilfe in den Bereich ärztlicher Tätigkeit fällt, möchte ich weiterführen und Frau Schafroth fragen: Sie haben auf Folie 13 gesagt, dass die Suizidbeihilfe nicht zu den ärztlichen Aufgaben gehört, dass sie aber gleichwohl in die persönliche Verantwortung fällt, aber der Person, die ein Arzt ist. Und damit hat es doch Rückwirkungen auf das Selbstverständnis derjenigen, die an sich den hohen moralischen Anspruch haben, einem bestimmte Ethos zu folgen. Kann man an der Stelle ärztliche Aufgabe und Ethos so trennen, wie ich es auf Folie 13 bei Ihnen wahrgenommen habe?

Eine andere Frage an Herrn Montgomery: Sie haben im Hinblick auf Paragraf 217 Absatz 2 Strafgesetzbuch Erneuerung kritisiert, dass Sie

im Blick auf die nahestehende Person keine Rechtssicherheit im Blick auf die Ärzte haben. Zugleich haben Sie ganz am Anfang gesagt, dass Sie mit den entsprechenden Änderungen auf dem Ärztetag das Arztethos so festgeschrieben haben, dass Sie sich gegen die Suizidbeihilfe aussprechen und doch nicht eine moralische Vorschrift für den einzelnen Arzt geben wollen und damit für die gesamte Ärzteschaft sprechen können, und Sie haben auch gesagt: Über 60 Prozent sind gegen die Suizidbeihilfe, das heißt aber immer noch, dass 30 Prozent das in Erwägung ziehen. Wie gehen Sie mit dieser Spannung um? Würden Sie sie berufsrechtlich regeln wollen? Oder würden Sie es anders aushalten wollen?

Ganz kurz eine letzte Frage an Herrn Schmidtke: Sie haben uns sehr eindrücklich am Anfang viele Zahlen zum Suizid und den unterschiedlichen Gruppen und Verfahren vorgeführt. Als Sie dann aber Ihre kritische Position zu Suizidbeihilfe eingenommen haben, haben Sie viel von Befürchtungen gesprochen. Mich würde interessieren, ob Sie im internationalen Vergleich Zahlen haben, dass diese Befürchtungen, dass die Position des Garanten oder die Selbstbilder in der Gesellschaft im Blick auf das Alter sich ändern würden, dass es hier tatsächlich signifikante Veränderungen in den Ländern gibt, wo es bereits eine Zulassung von Suizidbeihilfe oder auch von Selbsttötung auf Verlangen gibt.

Reinhard Merkel

Ich möchte anknüpfen an eine Frage, die Herr Höfling gestellt hat und die ich wie Sie, Herr Höfling, für eine der Schlüsselfragen in der Debatte halte, nämlich (und das richtet sich an Herrn Montgomery, der darauf eine Antwort gegeben hat): Kann und soll die Hilfe zur Selbsttötung eine – so haben Sie es formuliert – ganz normale therapeutische Leistung sein?

Ich möchte auf den Doppelsinn aufmerksam machen, der in „ganz normal“ steckt. Die Situa-

tion, in der das in Frage kommt, ist alles andere als ganz normal. Sie kommt zwar recht häufig vor, aber ist doch eine menschliche Extremsituation, in der die Frage „Soll ich mich töten?“ dem in dieser Situation Befindlichen unmittelbar bedrängend nahekommt. Das ist alles andere als ganz normal. Aber in dieser Situation stellt sich die Frage sehr wohl; Herr Taupitz hat das angedeutet, ob wir mit allen Mitteln den Weg einer Assistenz – in welcher Art auch immer – seitens der Ärzte verlegen sollen. Das ist die Frage, die ich an Herrn Montgomery richten würde.

Ich verstehe gut, dass Sie das typische Ärztebild und die typische Situation des ärztlichen Handelns gegen irgendwelche Verwischungen an den Randkonturen verteidigen wollen. Aber die Diskussion kann man nicht ausblenden. Gerade Ärzte sind mit Extremsituationen konfrontiert, wo nicht nur die Lebenserhaltung in Frage steht, sondern die Hilfe für den Patienten; Frau Schafroth hat das angedeutet. Herr Montgomery, würden Sie denn meinen, solche Situationen gibt es de facto nicht? Ich meine, es gibt Situationen, wo die einzige verbleibende Hilfe für jemanden, der schwer leidet und todgeweiht ist, in der Hilfe zum human realisierten Suizid besteht und nicht darin, zu sagen: Wir aus unserer typischen Sicht des Arztes wissen immer besser als du, der du glaubst, nicht mehr zu können und sterben willst, wir wissen immer besser als du, dass du dich irrst. Wir haben nämlich andere Offerten, dich zu trösten. Es wird ab einem bestimmten Punkt in einem groben Maße unethisch und inhuman, von außen immer besser zu wissen, dass der Tod keine humane Option sein kann. Dass das extreme Ausnahmefälle sind und dass Frau Tag vollkommen recht hat, wenn sie sagt: Wir müssen versuchen, die Sorgfaltskriterien sehr scharf zu bestimmen, ist unstrittig und nicht vernünftig bestreitbar. Aber dass es das überhaupt nicht geben soll, halte ich für eine empirisch verfehlte und ethisch nicht akzeptable Position.

Frank Ulrich Montgomery

Jetzt lassen wir erst einmal die Emotionen sacken und ich fange mit den anderen Fragen an.

Herr Dabrock hat eine interessante Frage gestellt, inwieweit insbesondere der zweite Satz des Paragraf-217-Entwurfs uns auf den Plan gerufen hat und ob wir hier nicht eine Spannung zwischen der berufsrechtlichen und der allgemein staatlichen Regelung sehen. Ja, das ist unstrittig so. Hätte in dem Entwurf vom 18.07. zu diesem Gesetz, der ja nachher wieder verändert worden ist, im Begründungstext hinten nicht der Satz gestanden: „Auch Ärzte oder Pflegekräfte können darunter fallen“, hätten wir das ehrlich gesagt vielleicht gar nicht gemerkt. Aber durch diese explizite Erwähnung wird natürlich die Frage nach der berufsrechtlichen Spannung auf den Plan gerufen, und ich begrüße das. Ich begrüße erstens, dass es wieder weg ist. Aber ich begrüße zweitens, dass die Spannung da ist, denn wir können jetzt klären, wie weit darf denn Berufsrecht gehen. Ich begrüße das, denn ich möchte wissen, ob etwas, was für jeden Bürger dieses Landes zulässig ist – nämlich in einer extremen Situation (ich bin Ihrer Meinung: Es ist eine extreme Situation, keine normale therapeutische Handlung) auch Beihilfe zu leisten –, ob das für einen Arzt aus der Garantenstellung, die er hat, heraus eben nicht zulässig ist. Ich meine, es ist nicht zulässig, aber ich wünsche, dass das geklärt wird, denn wir können mit diesen Vermutungen und Unterstellungen, die aus diesem Konflikt immer wieder herauskommen, auf Dauer nicht vernünftig rechtssicher leben.

Was die Frage angeht, die mir Herr Merkel gestellt hat: Können wir die Diskussion ausblenden? Herr Merkel, wir blenden sie überhaupt nicht aus. Sie findet in den Gremien der Ärzteschaft und auch nach draußen in größter Intensität statt. Wir haben auf dem Ärztetag nach langer Diskussion eine für uns klare Meinung getroffen, auch mit dem Wunsch, dass das juristisch hinterfragt wird, ob diese Breitenwirkung

des Berufsrechts in Abgrenzung zu den rechtlichen Möglichkeiten des allgemeinen Strafrechts wirklich auf Dauer möglich ist.

Jetzt kommen wir zu der Frage, die Sie mit großer Eindringlichkeit gestellt haben: Ist es nicht eigentlich unethisch, jemandem, der in solchen Extremis ist, das zu verweigern? Ich tue mich mit der Frage sehr schwer, weil ich aus der Erfahrung auch als handelnder Arzt viele Fälle bis hin in die eigene Familie kenne, wo ein zu Zeiten der Gesundheit oder der beginnenden Krankheit geäußerter Todeswunsch angesichts der finalen Phase nicht nur aufgegeben wird, sondern wo der Kranke bis zur letzten Sekunde um das bisschen Leben, was noch da ist (was wir Außenstehende längst als unerträglich empfinden), kämpft.

Meine Lebenserfahrung ist: Wenn wir Menschen, die mit einem solchen Wunsch zu uns kommen, eine gute Schmerztherapie und Palliativmedizin, eine würdige Versorgung – das geht übrigens über ärztliches Handeln weit hinaus – anbieten können, dann verschwindet dieser Todeswunsch sehr oft in dramatisch kurzer Zeit. Und das sind die Fälle, über die *wir* reden. EXIT, Dignitas und andere Organisationen reden über Fälle, die sind noch lange nicht in dem Prozess angekommen, den wir als Sterbeprozess bezeichnen. Deswegen lassen Sie mich abschließend sagen: Ich halte es nicht für unethisch. Ich glaube, wir müssen den Menschen die Alternativangebote klar darstellen.

Sie haben die Frage gestellt, ob es so etwas nicht doch gibt. Ich kann Ihnen nur formal antworten: Wir haben die letzten vierzig Jahre ärztlicher Berufsrechtstätigkeit in allen Kammern nachgeprüft und nur einen einzigen Fall gefunden, wo dies gerichts- oder berufsrechtsnotorisch geworden ist; das ist der berühmte Hackethal. Mehr hat es nicht gegeben; auch das muss man einmal festhalten.

Das Letzte noch zu Herrn Höfling: Ganz normale subsidiäre, vielleicht ärztliche, vielleicht nicht-ärztliche (das habe ich in Klammern gesetzt) therapeutische Handlung – das ist etwas, was ich zutiefst ablehne und sagen muss: Wenn, dann handelt es sich hier um eine Selbsttötung. Die deutsche Sprache ist hier ausgesprochen wichtig: Es handelt sich um Selbsttötung, um Selbsttherapie, aber keine ärztliche Therapie. Wenn wir das zu einer normalen ärztlichen Handlung machen würden, wäre aus der Verzweiflung – Herr Schmidtke hat Ihnen die Zahlen genannt und die Akuitätssituation geschildert – in der Tat ein gefährlicher Dambruch, und den lehne ich ab und deswegen teile ich nicht die Auffassung über die Ethik, die Sie über am Ende Ihrer Ausführungen dargestellt haben.

Armin Schmidtke

Ich kann Herrn Montgomery aus Sicht der Suizidprävention nur zustimmen. Es bringen sich mehr Krebsphobiker um als tatsächlich Krebserkrankte.

Die Statistik ist ein uneinheitlich. Es ist zum Beispiel nicht nachgewiesen, dass in Oregon, die das als Erste gemacht haben, die Suizidrate durch Einführung des assistierten Suizids gesunken ist. Was man aber aus Untersuchungen von Inanspruchnahme-Populationen weiß, ist, dass in Ländern, wo der assistierte Suizid oder die Beihilfe möglich ist, die Personen immense Angst haben, dass Depressionen nicht mehr richtig behandelt werden, sondern dass, wenn ein Depressiver den Wunsch äußert, man das als Fakt nimmt und als freiheitliche Entscheidung annimmt und nicht erkennt, dass die Leute eigentlich depressiv erkrankt sind.

Marion Schafroth

Ich möchte zuerst auf die Frage eingehen, wie das mit der Tatherrschaft bei der intravenösen Medikamentenzufuhr ist und ob die Schwelle da nicht niedriger ist. Ich kann aus der Praxis berichten. Die Erfahrung zeigt: Es ist nicht so.

Denn wir gehen in der Regel zu den Patienten nach Hause, und diese haben keine Infusion. Das heißt, ob ein Patient jetzt das Medikament schluckt oder ob wir ihm zuerst erklären, wie das abläuft, eine Infusion legen, das Medikament reintun, ihn instruieren, wie das zu öffnen ist, wie der Hahn zu öffnen ist, also diese ganze Vorbereitung, die es braucht – er muss ja aktiv den Arm aktiv hinhalten, er wird wieder gefragt: „Wollen Sie wirklich?“ Natürlich legt er nicht die Infusion, aber er macht zum Schluss den Hahn auf und er muss den Arm hinhalten; er muss es wirklich wollen. Ich bin zu 100 Prozent überzeugt, die Tatherrschaft ist genau gleich bei ihm, als wenn er es selbst schluckt.

Die Frage oder die Diskrepanz, dass es einerseits nicht zu den ärztlichen Aufgaben gehört, aber andererseits gerade ein Arzt gebraucht wird, um ein Rezept auszustellen – das ist wirklich eine schwierige Situation. Aber in unserer Kultur ist es nun einmal historisch so gewachsen; die Ärzte waren immer die, die Leben retten und erhalten. Wir sind aber jetzt historisch gesehen in einer neuen gesellschaftlichen Situation: Wir haben dieses Phänomen erstmals, dass dank Medizin und Hygiene und allen fortschrittlichen Lebensbedingungen und Umständen die Menschen neu alt werden, dass chronisches Leiden im hohen Alter mit einer fehlenden Lebensperspektive auftritt und Sterbewünsche so entstehen. Diese Situation ist neu. Deswegen sagen auch die Richtlinien in der Schweiz aus dem historischen Verständnis her: Ja, es ist keine ärztliche Aufgabe, man kann es keinem Arzt aufoktroieren. Aber die Richtlinien akzeptieren, dass Ärzte wie alle Menschen unterschiedliche Lebenshaltungen und ethische Vorstellungen haben können, und zu einem Arzt, der sagt: Zu meiner Ethik stimmt es, dass es auch eine ärztliche Handlung sein kann, sagen die Richtlinien: Dir ist es nicht verboten. Aber du weißt, es ist nicht deine Aufgabe, niemand erwartet es, aber wenn du es machst, dann musst du es gut begründen, du musst es verantworten, es ist deine

Verantwortung. Und diese Möglichkeit geben die Richtlinien.

Zu den Zahlen in der Schweiz: Es wird immer dieses Dambruchargument angeführt. In der Schweiz haben wir pro Jahr etwa 60.000 Todesfälle, ungefähr 1.500 Suizide. Wir von EXIT haben 300 Fälle begleitet, mit Dignitas und den anderen sind es etwa 400 Fälle pro Jahr. Man muss sich immer in Erinnerung rufen: Es ist eine verschwindend kleine Anzahl von Menschen, die diese Möglichkeit in Anspruch nehmen. Ich kann aus langjähriger Erfahrung sagen: Diese Leute bedenken sich das drei Mal, zehn Mal, hundert Mal und es entspricht nicht meiner Erfahrung und nicht der Erfahrung unserer Freitodbegleiter, dass die Umgebung sie unter Druck setzt. Es ist immer so: Die Umgebung, die Ärzte, alle wollen die Leute zurückhalten. Sie brauchen eine unheimlich große Stärke, ihren Wunsch wirklich bis zum Schluss aufrechtzuerhalten, und ich bin zu 100 Prozent überzeugt: Niemand ist überredet worden oder hat unter Druck gehandelt.

Eberhard Schockenhoff

Ich habe eine Frage an Frau Schafroth. Sie hatten gesagt, dass in einer Umfrage in der Schweiz 86 Prozent der Menschen den Wunsch äußerten, dass die Bereitstellung eines tödlichen Medikamentes zum Suizid durch die Ärzte erfolgen soll. Ist das nicht leicht als Selbstentlastung der Befragten zu erkennen? Denn das ist klar: Die Vorstellung, dass ich persönlich meiner Mutter, meinem Ehepartner, meinem Kind ein todbringendes Medikament in die Hand reichen oder ans Bett stellen soll, lässt die Schärfe des moralischen Konfliktes im einzelnen Individuum erkennen und das, um was es dabei geht. Und wenn ich sage: Ich delegiere das an einen Berufsstand, der professionell sowieso mit Fragen von Leben und Tod zu tun hat, dann kann ich vor mir selber diesen ethischen Konflikt auflösen und sagen: Das ist eine alternativlose Maßnahme, die muss eben ergriffen werden, so traurig

das auch ist. Diese Zahl ist für mich nicht sehr aussagekräftig. Das ist eine psychische Selbstentlastung, die den moralischen Konflikt entschärft, und dann können sich die Einzelnen dadurch emotional entlasten.

Meine zweite Frage geht an Herrn Montgomery. Von den Befürwortern der ärztlich assistierten Suizidbeihilfe wird immer gesagt, man müsse Verweigerungsrechte des einzelnen Arztes berücksichtigen, eine Art Gewissensvorbehalt; er dürfe nicht dazu gezwungen werden, weil er auch sein eigenes Gewissen hat. Für wie wirksam halten Sie solche Verweigerungsrechte auch im Blick auf die zurückliegende Entwicklung beim Paragraf 218, wo man das ja zunächst auch festgehalten hat?

Marion Schafroth

Ich habe bei der Antwort auf die Frage, ob die Ärzte Suizidhilfe machen sollen, den Kontext nicht genau erwähnt. Man hat die Leute gefragt: Wer soll Suizidhilfe leisten? Sollen das eher Ärzte sein oder Laien, wie wir das bei der Sterbehilfeorganisation haben? Und da war die Antwort: Am liebsten hätten wir den Arzt. Denn den Arzt kennt man, zum Arzt hat man Vertrauen. Es war nicht die Frage, ob wir als Angehörige etwas machen oder helfen sollen oder der Arzt. Wenn es heißt, es ist vertretbar, dass gerade Angehörige Suizidhilfe leisten dürfen oder sollen, so finde ich persönlich das eine unmögliche Forderung, denn es ist unheimlich schwer für engste Angehörige, ihre Eltern oder Geschwister oder Kinder oder wen auch immer selbst aktiv in den Tod zu begleiten. Da ist eine enorme menschliche Hemmschwelle. Ich kann mir nicht vorstellen, wie Leute zu dieser Aussage kommen, dass das Angehörigen erlaubt sein soll. Denn für mich als Tochter wäre es unmöglich, meine Mutter umzubringen, sie mag noch so krank sein. Da bin ich froh, und auch der Staat müsste doch froh sein, wenn Nicht-Angehörige, eine außenstehende Instanz diese Entscheide treffen. Und da hat eben die Ärzteschaft eine spezielle Rolle.

Es ist immer die Frage: Sollen die Ärzte das machen? Wer in unserer Gesellschaft hat denn das Vertrauen der Bevölkerung, auch das Vertrauen, Menschen beurteilen und ihre Urteilsfähigkeit einschätzen zu können? Es ist für den Arzt viel angenehmer, diese Aufgabe nicht übernehmen zu müssen, aber ich frage: Wer ist denn besser dazu fähig? Soll das irgendein Jurist, ein Schreibtischtäter sein? Ich denke, die Bevölkerung hat darin nicht das Vertrauen.

Prof. Dr. iur. Silja Vöneky

Ich habe Fragen an Frau Schafroth und Herrn Montgomery, einfach um die Positionen noch etwas besser zu verstehen. Frau Schafroth, Sie hatten gesagt, dass Sie sich während Ihrer Assistenzjahre mit dem Thema beschäftigt und letztlich dafür engagiert haben, dass die Selbsttötung und die Beihilfe dazu legalisiert durchgeführt werden soll und eben in Begleitung durchgeführt werden kann. Was waren das für Fälle? Waren das Fälle, in denen von ärztlicher Seite gehandelt wurde? Oder in denen nicht gehandelt wurde?

Die zweite Frage, auch um EXIT besser zu verstehen: Dürfen Sie darüber sprechen, wie hoch die Spesenentschädigung für die Freitodbegleitung ist? Das wäre für mein Verständnis hilfreich.

Die dritte Frage: Sie haben gesagt, Sie haben keine Zahlen dazu, wie viele Anträge an Sterbebegleitung von EXIT zurückgewiesen werden; warum erheben Sie dazu keine Zahlen? Wäre es nicht wichtig, um ein transparentes Bild über die Sterbewünsche der Antragsteller zu bekommen, zu wissen, welche und wie viele Antragsteller aus welchen Gründen zurückgewiesen? Für mein Verständnis wäre das auch sehr hilfreich.

Zu Ihnen, Herr Montgomery. Ich verstehe Ihre Position als politische Position sehr gut und finde sie im Ergebnis überzeugend. Ärzte sollen Leben erhalten, Leiden lindern und sich nicht an

Selbsttötung beteiligen. Die Position verstehe ich möglicherweise in zwei, drei Punkten der Begründung nicht. Zum einen haben Sie etwas echauffiert auf die Frage reagiert, ob Ärzte nicht auch dazu beitragen an dem Zustand, der dann dazu führt, dass der Selbsttötungswille geäußert wird und dass es deswegen eine bestimmte Pflicht der Ärzte gibt, hier Beihilfe zur Selbsthilfe zu leisten. Vielleicht war die Frage unglücklich formuliert, aber ich habe auch von Ärzten gehört und in der Fachpresse gelesen, dass der körperliche Zustand der Sterbenden heute wesentlich schlechter ist als der Zustand von Sterbenden vor vierzig Jahren. Was bedeutet das? Das bedeutet, dass Sterbende heute ausgemergelter sterben als vor vierzig Jahren. Warum? Weil die medizinische Versorgung so gut ist, dass wir Leben so lange erhalten können, bis wirklich kaum ein Leben mehr in dem einzelnen Menschen steckt. Und deswegen die Frage, ob nicht die Intensivmedizin in gewisser Weise zu Dilemmatasituationen führt und ob Sie den Befund bestätigen können, dass Sterbende heutzutage in einer wesentlich schlechteren körperlichen Verfassung sind als vor vierzig Jahren.

Die zweite Frage an Sie: der Begriff der Autonomie. Sie haben gesagt: Sterbebegleitung muss die Würde des Patienten schützen und unterstützen. Aber Menschenwürde bedeutet zumindest auch in einer Lesart die Unterstützung der autonomen Selbstentscheidung. Wäre Ihre Argumentation nicht stärker, wenn Sie die Frage der Autonomie und die Verweigerung der Hilfe für eine autonome Entscheidung noch einmal stärker in den Vordergrund stellen? Denn nur der Bezug zur Menschenwürde trägt Ihre Entscheidung alleine nicht.

Die dritte Frage: Ist aus Ihrer Sicht die Ausbildung der Mediziner in Bezug auf die Begleitung von Sterbenden heute in der Bundesrepublik ausreichend und hinreichend oder müsste hier nicht mehr getan werden, wenn Ihre Position in Bezug auf die Sterbebegleitung so stark ist?

Marion Schafroth

Was hat mich in meiner Assistenzarztzeit sensibilisiert? Das war Anfang der Achtzigerjahre, da war Suizidhilfe noch kein Thema oder kam gerade auf. Ich kann einfach Schicksale schildern, die mein Nachdenken angeregt haben.

Ich habe in meinen Assistenzjahren zum Beispiel drei Fälle erlebt, wo ich in Nacht- oder Sonntagsdienstzeiten gerufen wurde, weil sich Patienten in suizidaler Absicht aus dem vierten oder fünften Stockwerk des Spitals gestürzt haben. Das waren alles Tumorpatienten, die sich während einer Spitalbehandlung zum Suizid entschlossen haben. Es waren keine Fälle, die ich betreut habe, aber ich habe festgestellt, es gibt solche Situationen.

Ein eindrücklicher Fall war eine dreißigjährige Patienten mit einer Myositis ossificans, das heißt, ihre Muskulatur hat sich seit dem 15. Lebensjahr langsam verknöchert. Sie ist bei vollem Bewusstsein über die Jahre in einen Zustand der Verknöcherung geraten. Sie konnte zunehmend nichts mehr bewegen, war im Pflegeheim und hat gewünscht, man möge sie sterben lassen, wenn irgendetwas passiere. Sie wurde dann hospitalisiert mit einer akuten Lungenentzündung, weil sie nicht mehr atmen konnte. Was mich daran so erschüttert hat: Es war die zweite Lungenentzündung, die erste wurden gegen ihren Willen behandelt, bei der zweiten Einweisung war ich dann dabei; ich war ja erst Assistenzärztin. Sie kam wieder auf Intensivstation, erhielt Antibiotika und man hat die Therapie erst abgestellt, nachdem ihr Pfarrer gerufen wurde und der Pfarrer gesagt hat: „Ja, ich bin auch damit einverstanden.“ Da dachte ich mir, das kann es doch nicht sein.

Ich hatte einen Patienten mit einem Karzinom, voller Metastasen; ich wusste, er wollte sterben. Er hatte in der Nacht in meiner Abwesenheit einen Herzstillstand und wurde reanimiert. Am nächsten Morgen hat der Chefarzt zu demjenigen, der reanimiert hat, gesagt: „Das haben Sie

aber toll gemacht, gehen Sie zum Patienten, lassen Sie sich danken, er wird Ihnen dankbar sein.“ Der Patient war alles andere als dankbar. Das sind Schicksale, die mich sensibilisiert haben.

Zur Frage der Spesenentschädigung an Freitodbegleiter: Freitodbegleiter erhalten 500 Franken pro Fall. Wenn ein Fall zugeteilt wird, gibt es 500 Franken, egal, ob er sich über Jahre hinzieht, Monate oder nur Wochen.

Warum hat EXIT keine Zahlen über Abweisungen? Wir sind ein Selbsthilfeverein, wir sind eine Organisation, die sich aus dem Nichts heraus selbst aufgebaut hat. Es ist einfach historisch so: Am Anfang hat man gehandelt, gar keine Statistik geführt, dann hat man eine rudimentäre Statistik geführt, und in den letzten Jahren sind wir dabei, etwas aufzubauen. Aber diese Statistik haben wir einfach noch nicht. Wir sind eine Laienorganisation.

Frank Ulrich Montgomery

Es stand, glaube ich, noch eine kurze Antwort auf Herrn Schockenhoff auf die Frage nach den Weigerungsrechten der Ärztinnen und Ärzte aus. Ich bin da sehr guter Hoffnung, Herr Schockenhoff. Ich glaube, in dieser extremen Ausnahmesituation werden Ärzte ihre Weigerungsrechte wahrnehmen; kein Krankenträger, keine Krankenkasse oder sonst wer wird sie da beeinflussen. Ich habe Vertrauen in die Stabilität meiner Kolleginnen und Kollegen.

Die drei Fragen von Frau Vöneky. Sie haben eine Wertung hineingedacht, indem Sie gesagt haben: Der Zustand von Sterbenden sei heute schlechter. Gestatten Sie mir, diese Wertung herauszunehmen und zu sagen: Er ist heute anders. Wir erleben heute viele Menschen, die auf der Intensivstation in einer Fülle von Assistenzsituationen oder Assistenzsystemen eine lange Zeit leben, wo wir alle sagen würden, das ist etwas, damit könnten wir uns aus unserer jetzigen Gesundheit heraus nicht mit abfinden.

Ausgemergelt und Tumorkachexie, das gab es früher auch schon; ich verfüge nicht über Statistiken, ob das jetzt mehr oder weniger geworden wäre. Aber mit einem haben Sie unstreitig recht: Durch die Intensivmedizin ist ein großes Dilemma in die Debatte eingeführt worden, denn es ist unendlich viel schwerer, gemeinsam mit jemandem, für den Sie lange gekämpft haben, den Beschluss zu treffen, diesen Kampf aufzugeben. Das trifft nicht nur auf den Suizid zu, sondern gilt auch für Behandlungsabbruch und Ähnliches. Hier findet eine hohe, auch ethische Motivation mit dem Patienten statt.

Und deswegen, wenn Sie mir gestatten, Frau Schafroth, ich war über eine Äußerung von Ihnen entsetzt; Sie haben gesagt: „Ich sähe mich nicht in der Lage, meine Mutter umzubringen.“ Das ehrt Sie, aber ich sage Ihnen ganz ehrlich: Meine Empathie für meinen Patienten ist so, dass ich einem Patienten oft sage: „Ich würde dich jetzt behandeln wie meine Mutter.“ Ich kann diese Differenzierung der Empathie zwischen Mutter und Patient nicht nachvollziehen und halte sie auch nicht für zielführend.

Frau Vöneky, Sie haben dann die Frage gestellt, Ausbildung in Bezug auf Sterbebegleitung; da haben Sie völlig recht, die Ausbildung ist da noch nachhängig. Wir haben auf den Ärztetagen gefordert, dass man im Rahmen der Novelle der Approbationsordnung Fächer wie Palliativmedizin einführt, damit man Studierende früher an diese Fragen heranbringt. Das ist auf einem guten Weg, aber noch nicht abgeschlossen.

Und schließlich haben Sie die Frage gestellt, Menschenwürde bedeutet auch Autonomie. Bitte beachten Sie: Niemand bestreitet in der Ärzteschaft das Recht eines Patienten, seine Autonomie auszuüben und sich zu suizidieren. Darüber haben wir als Ärzte nicht zu richten. Es geht nur darum, ob er für diese Tätigkeit einen Arzt in Anspruch nehmen kann. Und da sage ich Ihnen auch: Ich habe gehört, jetzt gesehen, was EXIT macht. Als Arzt sträuben sich mir da die

Haare. Als Arzt jemandem in einer solchen Situation, ausgemergelt haben Sie gesagt, ein orales Tötungsmittel hinzustellen, dann müsste ich als Arzt einfach sagen: Entschuldigen Sie, da weiß ich Besseres. Denn das ist auch unter medizinisch-technischen Aspekten schlicht und einfach Medizin der Steinzeit. Deswegen ist es gut, dass wir Ärzte uns davor verwahren, denn würde man das zu einer, wie Herr Höfling so schön gesagt hat, normalen subsidiären therapeutischen Handlung machen, dann müssten wir sofort ganz andere Standards an diese Handlung anlegen, als wir sie heute haben, weil wir medizinisch heute wesentlich weiter sind, als jemandem den Schierlingsbecher hinzustellen, was die Situation von Hippokrates vor dreitausend Jahren war.

Prof. Dr. theol. Dr. h. c. Wolfgang Huber

Herr Montgomery, wenn es richtig ist, dass sich die Frage nach der ärztlichen Assistenz beim Suizid heute deswegen so verstärkt stellt, weil die Fortschritte der Medizin die Situation bei tödlicher Erkrankung dadurch verändern, dass dieser Krankheitszustand mit medizinischen Mitteln verlängert wird, und wenn es richtig ist, dass viele Menschen davor Angst haben – sei es begründet oder nicht – und deswegen eine öffentliche Debatte über die ärztliche Assistenz beim Suizid führen, wäre es dann nicht eine Aufgabe der Ärzteschaft, nicht nur negativ zu sagen: Das gehört definitiv nicht zum ärztlichen Handeln, sondern positiv zu sagen, was denn zum ärztlichen Handeln gehört, damit diese Angst in der Bevölkerung zurückgeht und erst recht auch die existenzielle Angst von Menschen, die dann nicht nur diese Situation imaginieren und gesellschaftlich diskutieren, sondern die existenziell in dieser Situation sind? Und müssten Sie nicht viel aktiver den Vertrauensentzug, den die Ärzteschaft kollektiv betrachtet erleidet, gerade in der Frage des Umgangs mit der letzten Lebensphase, des Muts, das Therapieziel zu ändern, der Bereitschaft, zu sagen, es geht nichts mehr,

lass ihn gehen, des Gesprächs mit den Sterbenden wie mit den Angehörigen, müssten Sie nicht viel aktiver dieses Handlungskonzept entwickeln, damit sich die öffentliche Diskussion nicht darauf konzentriert: Da weigern sich die Ärzte, etwas ..., sondern darauf: Nein, sie haben ein Handlungskonzept in dieser Frage, und wie sähe dieses Handlungskonzept dann aus?

Frank Ulrich Montgomery

Darf ich wegen der Emotionalität direkt darauf antworten? Herr Bischof Huber, ich bin uneingeschränkt bei Ihnen. Wir haben uns in Kiel nur vom Lösungsansatz her ausschließlich zur berufsrechtlichen einschränkenden Behandlung besprechen können. Wir hatten aber damals Palliativmediziner, Schmerztherapeuten, viel weniger Juristen, die uns beraten haben, wie wir dies angehen sollen, sondern Praktiker, die mit der letzten Lebensphase umgehen. Wir fordern bei jeder Gelegenheit die Verbesserung der Situation der Palliativmedizin, angefangen von der Ausbildung über die Darstellung bis hin zur Ermöglichung eines erleichterten Zugangs zu Palliativmedizin, zu Hospizen und Schmerztherapie.

Aber ich nehme Ihre Worte sehr ernst, denn offensichtlich haben wir zu wenig getan, wenn Sie es noch nicht bemerkt haben. Wir wären froh – und das betrifft dann wieder die Frage, was gesetzliche Krankenkassen bezahlen sollen. Ich wäre froh, wenn ich mal einen Tag nicht darüber reden müsste. Auch da gibt es ein großes Handlungsfeld, wo man durch Zurverfügungstellung und Umwidmung von Ressourcen viel tun könnte. Ich nehme es ernst, dass wir unser Handlungskonzept noch besser kommunizieren müssen; auf jeden Fall ist es das Grundgerüst unserer Handlungen.

Michael Wunder

Ich habe zwei Fragen an Frau Schafroth. Ich sehe einen Widerspruch in dem, was Sie vorhin ausgeführt haben, und zwar an dem Wort Ultima

Ratio. Wenn ich es richtig sehe, haben Sie das auch unterstützt, ist es sozusagen der allerletzte Weg. Sie haben auch gesagt: Ärzte und alle anderen bemühen sich darum, es nicht zu tun. Aber das ist doch der Widerspruch: Sie machen mit Ihren 28 Unterstützern oder Assistenten ein Dienstleistungsangebot und dann müsste im Grunde genommen Ihr Erfolg daran gemessen sein, dass Sie die, die bei Ihnen anfragen, eines anderen belehren und nicht bedienen. Ich sehe zwischen diesen beiden Zielen – die Dienstleistung auszuführen und den Anfragenden das auszureden – einen Widerspruch und weiß nicht, wie Sie den lösen. Die Frage ist: Was tun Sie konkret zur Suizidprophylaxe?

Meine zweite Frage geht noch einmal auf Ihre Statistik. Die Hauptzahlen liegen im Tumorbereich und Herz-Kreislauf; aber darauf wollte ich gar nicht eingehen, sondern auf das Ende dieser Statistik. Da ist mir aufgefallen (ich weiß nicht genau, ob ich es richtig mitgeschrieben habe): sieben Mal psychische Erkrankungen und in der gleichen Größenordnung Demenz. Bitte machen Sie dazu noch einmal Ausführungen, denn das ist genau der Bereich, wo ich meine, dass Sie überhaupt keine Abgrenzungen finden können, wenn Sie von dem Verdikt der Einwilligungsfähigkeit ausgehen. Wie machen Sie das bei einem psychisch Erkrankten mit der Einwilligungsfähigkeit, die so weit reicht, dass Sie sagen, die reicht für die Einleitung der Suizidassistenz aus? Ich arbeite selbst in diesem Bereich und kann nur sagen: Ich bin mir höchst unsicher, ob man auch bei einer mittleren Depression wirklich von einer uneingeschränkten, nicht von äußeren Zwängen oder Ängsten eingetrübten Willenshaltung sprechen kann. Gerade in diesem Bereich, der ja unaufhebbar ist, würde ich gerne wissen: Was für Fälle sind das? Hier sind die Grenzen für mich nicht klar.

Marion Schafroth

Zur Frage der Ultima Ratio und ob unsere Freitodbegleiter auch suizidpräventiv tätig sind. Ich

konnte vielleicht in der Kürze den Ablauf nicht richtig schildern. Es ist so: Freitodbegleiter kommen erst dann zum Einsatz, wenn die Vorabklärungen – die Papiere, die Diagnose – gezeigt haben, dass eine schwere Erkrankung, ein echtes Problem vorliegt. Bevor ein Freitodbegleiter den ersten Besuch macht, haben wir schon die Dokumente des Hausarztes vorgeprüft. Unsere Leiterin Freitodbegleitung, die auf der Geschäftsstelle arbeitet, prüft das vor, und nur wenn etwas Relevantes vorliegt, kommt ein Freitodbegleiter zum Einsatz und besucht den Patienten. Deswegen haben wir die Fälle, die nicht für EXIT geeignet sind oder bei denen Suizidprävention greift, weil ein ganz anderes Problem, ein Seelenschmerz oder eine soziale Situation dahintersteckt, vorher schon ausgefiltert.

Was tun wir zur Freitodbegleitung trotzdem bei unseren Fällen? Viele Leute sind unendlich beruhigt, wenn sie wissen: EXIT steht zur Verfügung, das Medikament ist bereit, wenn ich es brauche. Wir haben viele, die dann sagen: Jetzt hab ich's quasi im Schrank bei EXIT, ich schaue jetzt mal, ob es nicht natürlich oder mit Palliativmedizin weitergeht. Es gibt viele Fälle, die eine Akteneröffnung haben, aber nicht mit EXIT sterben. Sie sterben eines natürlichen Todes, weil sie den natürlichen Verlauf oder die Palliativmedizin geschehen lassen.

Wir tun viel im suizidpräventiven Bereich bei den Schmerzpatienten. Schmerzpatienten, das ist eine Gruppe, die schaffen es erstaunlicherweise oft, jahrelang weiterzuleben, wenn sie wissen: EXIT lässt mich nicht im Stich; wenn ich das Gefühl habe, es geht nicht mehr, dann kann ich mich melden und dann vermittelt man mir wieder das Gespräch mit dem Arzt und ich schaue.

Ich persönlich habe fünf Schmerzpatienten, die ich seit jeweils drei bis sieben Jahre immer mal wieder sehe und mit ihnen spreche, und einfach das Wissen, das sie mit jemandem, der für solche Gedanken Verständnis hat, sprechen kön-

nen, hilft ihnen weiterzuleben. Das ist eine eindrückliche Art von Suizidprävention.

Diese Patienten schildern mir und ich weiß genau, dass sie wissen, wie sie sich umbringen könnten. Und sie würden es vielleicht machen, wenn sie nicht uns von EXIT hätten.

Die Fälle mit psychiatrischen Erkrankungen, die wir begleiten, habe ich absichtlich nicht thematisiert. Ich wollte es aber auch nicht verschweigen, darum war es in der Tabelle. Das ist auch bei uns in der Schweiz ein endloses Thema. Wir hatten bei EXIT ein Moratorium bis zum Jahr 2008; erst dann haben wir uns entschlossen, solche Fälle wieder zu begleiten, allerdings unter strikten Voraussetzungen und mit Psychiatern im Hintergrund; es braucht mindestens zwei psychiatrische Gutachten. Das sind Patienten mit Krankheitsverläufen über Jahre, bei denen die medizinischen Therapien und die psychiatrischen Behandlungen ausgeschöpft haben. Das sind alles Geschichten mit Unmengen von Dokumenten, viele Spitalaufenthalte. Die Fallzahl ist sehr klein; die Diagnosen sind Manisch-Depressive, Depressive, Depressionen über Jahre, und es gab auch einen Fall mit einer Persönlichkeitsstörung dahinter. Diese Fälle sind extrem – aber es sind wenige, die wir begleiten. Man muss ganz sicher sein, dass die Urteilsfähigkeit gegeben ist und dass sie nicht im Stadium einer akuten Erkrankung oder bei eingeschränkter Urteilsfähigkeit begleitet werden. Wir sind uns dieser Verantwortung bewusst. Da es enorm umstritten ist, sowohl unter Psychiatern als auch in der Gesellschaft, achten wir darauf, dass es Fälle sind, wo man zu 100 Prozent sagen kann: Sie sind urteilsfähig; Spezialisten und psychiatrische Zeugnisse unterstützen das.

Ich weiß, das ist ein heiß diskutiertes Thema. Wir haben uns von EXIT im Jahre 2008 auf den Standpunkt gestellt: Wir wollen dieser Gruppe Menschen, die schwerstleidend sind und lange Krankheitsverläufe haben, nicht sagen: Wir kümmern uns nicht darum, denn niemand macht

das. Wir führen leider auch keine Statistik, aber wir haben sehr schöne Resultate im Bereich der Suizidprävention, und ich bin überzeugt, dass wir schon viele Menschenleben erhalten haben, die sich sonst von der Brücke gestürzt hätten. Das ist eine Glaubensfrage, ich weiß.

Christiane Woopen

Ich habe eine Frage, die auf eine Unterscheidung abstellt, die mir wichtig erscheint und die mir in dem Referentenentwurf des Justizministeriums nicht klar genug berücksichtigt zu sein scheint: und zwar die Unterscheidung dazwischen, dass es Strukturen gibt, die einen Anreiz setzen, Suizidbeihilfe in Anspruch zu nehmen, wo zum Beispiel durch eine Gewinnabsicht bei der Beratungssituation unterstellt werden darf oder kann, dass die Beratung nicht tatsächlich in ausreichender Vehemenz für das Leben erfolgt, und dem zweiten Fall, dass man vermeiden möchte, dass es in der Gesellschaft so etwas wie eine Normalitätsvorstellung gibt, dass Suizidbeihilfe etwas ist, was man eben in bestimmten Situationen selbstverständlich in Anspruch nehmen kann. Das sind für mich aber unterschiedliche Dinge. Eine Normalitätsvorstellung ist nicht unbedingt etwas ethisch Verwerfliches; darüber kann man diskutieren und auch einen Dissens haben. Viel problematischer ist hingegen ein Anreiz, jemanden dazu zu bringen, eine solche Beihilfe in Anspruch zu nehmen.

In dem Zusammenhang habe ich vier Fragen. Die erste richtet sich an Frau Schafroth und hängt mit der Suizidprävention zusammen. Suizidprävention haben wir bisher immer so gefasst, dass der Suizidwunsch gar nicht entsteht. Aber sie erstreckt sich ja auch auf den Zeitpunkt, wo es diesen Suizidwunsch gibt, der aber oft eine Ambivalenz enthält. Ich hatte in letzter Zeit mehrere Gespräche mit Palliativmedizinern, die mich sehr beeindruckt haben. Denn sie schilderten sie Fälle, dass auch dann, wenn ein Patient den Suizid wünscht – und das in einer Situation, die wir alle hier am Tisch nachvollzie-

hen und verstehen könnten –, trotzdem bei genauerem Hinschauen und entsprechendem Umgang mit ihm in Gesprächen, im Reflektieren möglicher Optionen des weiteren Vorgehens doch deutlich wurde, dass es immer noch lebensbejahende Anteile gab, die man fördern kann, und dass über Tage, manchmal Wochen diese lebenszugewandten Aspekte in den Vordergrund rückten. Das ist nachvollziehbar: ein Suizidwunsch, aber eigentlich Ambivalenz. Mich würde bei der organisierten Suizidhilfe interessieren: Welche Maßnahmen ergreifen Sie, um diese Ambivalenzen aufzuspüren und möglicherweise dann die Lebensbejahung in den Vordergrund zu stellen?

Die zweite Frage geht an Herrn Montgomery. Wenn man diese Normalitätsvorstellung von Beihilfe zum Suizid in der Gesellschaft vermeiden möchte, dann wäre es richtig, organisierte Suizidbeihilfe gar nicht erst zuzulassen. Dann ist es auch richtig – und da bin ich ganz bei Ihnen – zu sagen: Die Suizidbeihilfe ist keine genuin ärztliche Aufgabe, gleichwohl aber zu sagen: Ärzte können sich nach ihrer Gewissensentscheidung sehr wohl dazu entscheiden, ohne dass die Ärzteschaft dies verfolgt oder berufsrechtlich ahndet oder ächtet; also klarzumachen: Nein, es ist für uns nicht normal, aber es ist eine Gewissensentscheidung, das heißt, wir sind auch dann noch beim Patienten und stehen zur Verfügung – was, wie erwähnt, organisierte Suizidbeihilfe möglicherweise überflüssig macht.

Die dritte Frage richtet sich an Herrn Schmidtke. Ich hab etwas Probleme mit der Vermischung von indirektem Suizid und dem, was wir bisher als Sterben zulassen oder passive Sterbehilfe bezeichnet haben. Sie haben gesagt: Wenn jemand die Therapie verweigert – und das ist bei einer Therapiezieländerung oder Verweigerung von Antibiose oder der Fortsetzung lebenserhaltender Maßnahmen der Fall –, sei das eine Art von Suizid. Das finde ich schwierig gerade auch im Hinblick auf die Normalitätsvorstellung. Wir

haben einen zu Recht breiten Konsens, dass es zur Selbstbestimmung gehört, die Therapieoptionen zu ändern, auf lebenserhaltende Maßnahmen zu verzichten. Das jetzt zu vermischen mit einem Suizid halte ich für handlungstheoretisch nicht gerechtfertigt und für ethisch schwierig. Dazu würde mich Ihre Meinung interessieren.

Das Vierte richtet sich an alle. Wir haben ja die Technikfolgenabschätzung, und im Hinblick auf eine Rechtsetzung im Hinblick auf Suizidbeihilfe müssen wir jetzt über eine Rechtsetzungsfolgenabschätzung sprechen. Die gewerbsmäßige Förderung der Sterbehilfe zu verbieten, aber nicht die geschäftsmäßige, und dann das Konglomerat anderer begleitender Regelungen – das müssen wir gründlich diskutieren und bestimmte Bereiche eröffnen, die gefüllt werden. Ich denke beispielsweise an die Satzungsänderung des Vereins von Herrn Kusch, der genau der Rechtsetzung eigentlich entkommen möchte durch die Rückerstattung von Mitgliedsbeiträgen im Falle des Suizids, was möglicherweise erst recht eine Anreizwirkung sein könnte: Wenn ich weiß, ich sterbe ohnehin bald, und wenn ich jetzt einen Suizid mache, bekommen meine Angehörigen das Geld zurück – ist das nicht erst recht ein Anreiz? Wir müssen gründlich darüber nachdenken, welche Folgen die Rechtsetzung tatsächlich hat.

Marion Schafroth

Zur Ambivalenz des Sterbewunsches. Es ist wohl so, dass die meisten Leute ambivalent sind, bis sie zur Tat schreiten. Es gibt ganz wenige, denen es über Tage, Wochen sternenklar ist, dass sie sich suizidieren möchten. Die meisten schwanken hin und her, überlegen sich Pro und Kontra, so auch noch im Stadium oft, wenn die Freitodbegleiterin oder der -begleiter die ersten Besuche macht. Die Ambivalenz ist normal; der normale Mensch klammert sich an das Leben und sucht Möglichkeiten, weiterzuleben.

Wichtig ist für uns von EXIT, dass unsere Leute mit den Patienten die Situation besprechen, die Alternativen diskutieren, dass sie ohne und mit ihnen zusammen Visionen ausbreiten: Was wären denn die Möglichkeiten, was kann man machen, welche Unterstützung wäre noch machbar? Manchmal einigt man sich darauf, dass man noch irgendetwas ausprobiert. Die Menschen sind unendlich unterschiedlich, jede Geschichte ist anders. Wichtig ist, dass ein Sterbewunsch über längere Zeit mehrfach wiederholt, immer wieder bewusst reflektiert wird und der Wunsch beständig immer wieder auftaucht und sich am Schluss verdichtet, also am Schluss wirklich beständig bleibt. Aber die Phase von Ambivalenz durchläuft jeder, das ist normal. Wir tun das Beste, um die lebensbejahenden Kräfte zu stärken, aber bei einer terminalen Erkrankung – Krebspatienten mit Metastasen – lässt sich meist nicht mehr viel machen.

Unser Standpunkt von EXIT, auch mein persönlicher, ist: Nicht ich oder wir oder irgendeine Organisation, schon gar nicht der Staat kann entscheiden, was das Beste ist und wann jetzt dieser Wunsch beständig ist. Der betroffene Mensch entscheidet das und der betroffene Mensch muss fähig sein, das glaubhaft und verständlich uns – also in unserem Fall EXIT – gegenüber zu artikulieren, dass wir ihm glauben, es ist so.

Wir akzeptieren es dann und wir wissen auch: In der gleichen Situation entscheiden sich zwei Menschen vielleicht anders. Es ist so. Mit einer gewissen schweren Erkrankung kann der eine Mensch noch weiterleben, der andere nicht. Gerade bei Schmerzpatienten ist das extrem unterschiedlich. Ich stelle auch fest, es ist Realität: Wer weiterleben kann und wer nicht, das hängt auch von den Umständen ab. Es gibt psychosoziale Umstände, die einen Einfluss haben. Absolute Autonomie gibt es nicht, denn jeder Mensch steckt in anderen Umständen, die einen Rah-

men geben, den man nicht immer beeinflussen oder einfach versetzen kann. Man kann gewisse Faktoren ändern und beeinflussen, und das muss man versuchen, das versucht auch EXIT, aber die Entscheidung fällt letztendlich der betroffene Patient selbst.

Frank Ulrich Montgomery

Sie haben die Frage gestellt: Warum überlassen wir dem Arzt nicht die Gewissensentscheidung selbst? Unabhängig von Paragraf 16 der Berufsordnung diktiert die Präambel mit ihrer Formulierung, dass es Aufgabe des Arztes ist, Leben zu erhalten, Leiden usw., klar ein Therapieziel. Unter diesen Therapiezielen kommt das Töten eines Menschen nicht vor.

Der Arzt hat das Recht, das therapeutische Ziel einer Behandlung dahingehend zu ändern, dass er vom aktiven Handeln zum Unterlassen geht, aber er kann nicht das Therapieziel um 180 Grad drehen. Da hat er keine Gewissensentscheidung, um zu sagen: Mein Therapieziel ist jetzt Töten. Da würde ich ihm keine Gewissensentscheidung lassen. Ich bin aber auch der Meinung: Wenn jemand in diesem Bereich Wechsel des Therapieziels zum Unterlassen übergeht, muss dies nachvollziehbar, dokumentiert, überprüfbar und durch Berufsordnungsverfahren nachverfolgbar sein. Es wird ihm nichts geschehen, wenn er dafür gute Gründe nennen kann, die nachvollziehbar sind, und wenn das Ganze nicht dem Zufall oder der gefühlsmäßigen Interpretation des Arztes in dem Moment überlassen wird. Auch wir Ärzte haben manchmal das Gefühl: Ist das nicht alles grausam und furchtbar, was ich hier mache? Das ist auch manchmal eine Momententscheidung und nicht auf Dauer.

Die zweite Frage nach der Rechtsfolgenabschätzung; dafür bin ich Ihnen wirklich dankbar, inwieweit das unselige Handeln von Roger Kusch hier nicht auch zu merkwürdigen Anreizen führt. Deswegen möchten wir auch, dass Werbung unter anderem für dieses Prozedere in

diesem Gesetzentwurf mit verboten wird. Was Sie allerdings nicht ausschließen können, sind reißerische Berichte über große Medien. Beim letzten Mal hat Herr Kusch seinen Tötungsautomaten in dieser großen Zeitung mit vier Buchstaben vorgestellt; das läuft natürlich auf der ersten Seite. Das ist keine Werbung, das ist Öffentlichkeitsarbeit; dagegen können Sie nichts machen. Aber ich bin bei Ihnen, dass wir auch für dieses Gesetz eine Rechtsfolgenabschätzung brauchen, so wie wir uns zum Beispiel sehr schwer damit getan haben – und ich argumentiere jetzt, wie ich das als Arzt empfunden habe –, dass die Juristen mir gesagt haben: Etwas, was individuell einzeln erlaubt ist, nämlich die Beihilfe zum Suizid, kann dann, wenn man es gewerbsmäßig macht, nicht verboten werden. Hier gibt es offensichtlich ein erhebliches Problem. Auf den ersten Blick ist das ja auch merkwürdig: Etwas, was man erlaubt, was zulässig ist, ist nur dann nicht erlaubt, wenn man es organisiert macht? Das ist rechtstechnisch ausgesprochen problematisch, und ich bin gespannt auf die ersten Entscheidungen nach dem neuen Gesetz. Aber wir müssen vorangehen und nicht immer vor der Kraft des Rechts und der Richter zurückschrecken.

Armin Schmidtke

Sie haben recht, das mit den indirekten Suizidmethoden ist eine schwierige Entscheidung. Das gibt es aber: Ich kann durchaus passive Unterlassungshandlungen machen mit der Intention zu sterben. Wir hätten wahrscheinlich weniger Disziplinen bei den Paralympics, wenn wir zulassen würden, dass junge Männer, die nach einem Motorradunfall einen Querschnitt haben, nicht behandelt würden, weil sie die Behandlung ablehnen. Denn in den ersten sechs Monaten weiß man, dass alle schwer suizidal sind, weil der ganze Lebensentwurf hinfällig geworden ist. Ist diese Krisenzeit vorbei, können sie sich adaptieren und etwas machen. Das sind für uns indirekte Handlungen mit dem Ziel zu

sterben. Darüber kann man diskutieren. Es ist schwer, das im Einzelnen abzugrenzen. Oder zum Beispiel ein junger Diabetiker, der sagt: „Das ist mir zu dumm, ich spritze nicht mehr oder nehme die Medikamente nicht mehr und es ist mir gleich, ob ich sterbe.“ Wie will man das anders beurteilen als eine suizidale Handlung? Er macht zwar aktiv nichts, aber er macht nichts, um zu sterben. Das wird lange diskutiert und ist schwer im Einzelnen abzugrenzen.

Das gibt es insbesondere bei alten Menschen, und das ist zum Beispiel unser Problem in Altenheimen. Neulich war in der Bild-Zeitung ein großer Artikel über eine berühmte Schauspielerin: „Ich esse jetzt so lange nichts mehr, bis ich sterbe.“ Das haben Sie wahrscheinlich gesehen. Dies ist für uns eine suizidale Handlung. Es ist im Einzelfall schwer für die Suizidprävention – wann greife ich ein?

Gott sei Dank gibt es bei anorektischen Patienten Gerichtsurteile, wonach man eingreifen muss, auch gegen den Willen der Erziehungsberechtigten, wenn die unter einem BMI von 12,5 zum Beispiel sind. Das hat man früher nicht gemacht, wenn die sagen: „Ich mache das nicht und nehme meinen Tod billigend in Kauf.“ Das ist suizidal, ich kann das nicht anders definieren.

Dr. med. Christiane Fischer

Frau Schafroth, wenn Sie von Ultima Ratio sprechen, gleichzeitig aber sagen, dass Sie Demenz im frühen, mittleren Stadium suizidal begleiten würden, sehe ich das als Widerspruch. Und ich sehe darin ein Problem, was wir vorhin gesagt haben: Suizidbegleitung wird zur Normalität.

Ich halte die alte Definition von aktiver und passiver Sterbehilfe trotz aller Graubereiche für gut. Aber ich sehe auch Ihren Punkt, Herr Schmidtke, dass Sie sagen: Es gibt Unterlassen mit suizidaler Absicht. Ja, aber ich glaube, dass bei aller Diskussion Suizidbeihilfe nicht zu den ärztlichen Aufgaben gehört. Das ist wichtig. Wenn es nicht zu den ärztlichen Aufgaben gehört, muss

es ein Verweigerungsrecht geben. Darin sind sich alle einig. Inwieweit das eingehalten wird – da hoffe ich, dass sich alle einig sind. Wir sollten fragen: Ist Suizidbeihilfe ethisch prinzipiell akzeptabel? Gibt es wirklich eine freie Wahl zwischen palliativmedizinischer Begleitung, Suizidbeihilfe und dem natürlichen Tod? Die Bundesärztekammer hat dazu klar gesagt: nein. Ethisch relevant dabei ist, dass wir bisher eine rote Linie haben. Wir haben einen klaren Schwarzbereich und einen klaren Weißbereich zwischen Suizid und passiver Sterbehilfe, und dann gibt es einen Graubereich: diese Ultima Ratio. Aber brauchen wir dazu wirklich eine rechtliche Erlaubnis der ärztlich begleiteten Suizidbeihilfe? Oder kommen wir mit dieser rechtlichen Erlaubnis nicht viel mehr in Teufels Küche, als wir es jetzt sind? Daher die Frage an Herrn Montgomery: Können wir diese Fragen nicht rechtlich mit den jetzigen Mitteln lösen?

Herbert Mertin

In diesem Zusammenhang ist immer die Rede von Autonomie und von der Ambivalenz, die darin liegt, wenn jemand seinen Wunsch zu sterben äußert. Es ist sicher richtig, Herr Schmidtke, dass diese Ambivalenz häufig besteht, und ich gebe auch Herrn Montgomery recht, dass in vielen Fällen dieser Wunsch zum Erliegen kommt, wenn man Alternativen anbietet. Gleichwohl scheue ich mich zu akzeptieren, dass es immer so ist und dass diese Ambivalenz immer dazu führt, dass man den Wunsch sozusagen wegdefiniert. Ich gebe Herrn Merkel recht: Der Wunsch kann in extremen Situationen durchaus berechtigt sein und dann sollte es auch Möglichkeiten geben. Unsere moderne Medizin macht es einem, der einen solchen Wunsch hat, manchmal unmöglich, es noch selbst zu tun, weil er in einem Zustand ist, in dem er selbst nicht mehr Hand an sich anlegen kann. Er kann nur noch Behandlung ablehnen, zum Beispiel Nahrungsaufnahme und Ähnliches. Da fragt man sich schon, ob das in so einem extremen Fall die

richtige Alternative sein sollte. Ich rede wirklich von extremen Fällen, wie Herr Merkel, würde also nicht jeden Fall, wo dieser Wunsch geäußert wird, darunter fassen. Aber es sind extreme Fälle denkbar, und da tue ich mich schwer, wenn dieser Wunsch einfach als ambivalent wegdefiniert wird. Diese Autonomie sollte jeder haben.

Wolfram Höfling

Ich glaube, meine Wortmeldung eben ist etwas missverstanden worden, Herr Montgomery. Ich ertappe mich selten dabei, dass ich Ihnen vorbehaltlos zustimme, aber ich bin ganz und gar nicht dafür, ärztliche Sterbebegleitung als normale ärztliche Therapieoption zu bezeichnen. Da bin ich ganz auf Ihrer Seite. Wenn man das ablehnt, muss man es aber kombinieren mit der Anerkennung einer selbstbestimmten Entscheidung des jeweiligen Patienten. Das bedeutet auch, Herr Schmidtke, dass jemand sagen kann, ich lasse mich nicht mehr behandeln, ich höre auf zu essen. Das mögen Sie als eine Art indirekten Suizid sehen, aber damit verweigert eigentlich nur der Patient den Übergriff eines Dritten auf seine körperliche Integrität. Das ist Selbstbestimmung, die wir akzeptieren müssen, wenn sie frei verantwortlich getroffen ist. Wenn wir das nicht machen, können wir auch nicht sagen, es gibt überhaupt keine Pflicht mehr, solche Extremsituationen in den Griff zu bekommen und die Ärzte ganz außen vor zu lassen. Beides gehört zusammen: die Anerkennung von Autonomie, damit man sterben kann, wie man möchte, und die Situation, in die Ärzte manche Leute bringen, auch beenden können; dann aber muss man nicht die Ärzte als Drittbeteiligte in diesen letzten Prozess einbeziehen. Deshalb bin ich für eine klare Trennlinie; das sollten wir nicht zulassen.

Eine letzte Bemerkung, damit es hier nicht so wirkt, als seien die Schweizer Organisationen alle so harmlos, wie EXIT erscheint. Es gibt andere, Sie wissen das. Wer vor einigen Wochen das Interview von Herrn Minelli in der *taz* gele-

sen hat, dem läuft sicherlich ein kalter Schauer über den Rücken: „Gute Arbeit soll auch gut bezahlt werden.“ Auf die Frage, wie die Suizidbegleiter eigentlich ausgebildet sind, sagt er, dass alle Patchworkbiografien und deshalb viel Lebenserfahrung haben. Und das ist das, was sie können und was sie machen, und das passiert auch in Ihrer Schweiz, und das ist ein Ableger in Deutschland, und da muss man sich schon gut überlegen, ob dieser Gesetzentwurf so etwas abwehren kann. Ich glaube, er wird es nicht können, und deshalb sollte man es ganz lassen und in dieser Angelegenheit viel klarere Positionen beziehen.

Edzard Schmidt-Jortzig

Das passt ganz gut, weil ich ähnliche Ansätze habe, aber noch einmal grundsätzlicher werde und eine Anfrage an die Richtigkeit des Zugangs von Frau Schafroth habe. Hier wird immer so getan, als ob die Frage der Zulassung – in welcher Form auch immer – der Suizidbeihilfe eine Fortsetzung der Selbstbestimmung des Suizidenten sei, bis hin zu der mehr oder weniger deutlichen Formulierung: Dann haben wir als Staat, als Gesellschaft auch die Gelegenheiten zu schaffen, dass er seinen Selbsttötungswunsch umsetzen kann und dass man ihm dabei behilflich ist. Ich glaube, andersrum wird der Schuh daraus. Wo immer Assistenten, Suizidhelfer dabei sind, wird ein Dritter einbezogen und als Grundlage unserer freiheitlichen Ordnung ist das Fremdtötungsverbot die Magna Charta. Wir müssten uns also fragen: Wann und unter welchen Umständen können wir als aufgeklärte Menschen in einer freiheitlichen Gesellschaft es uns erlauben, dass Dritte bei der Tötung von Menschen mitmachen? Ich möchte das ausdrücklich so deutlich formulieren. Und ich habe große Schwierigkeiten, wenn in diesem Gesetzentwurf mehr oder weniger deutlich gesagt wird: Wenn du das nicht gewerbsmäßig, aber geschäftsmäßig tust, ist das okay. Da hab ich die schreckliche Vision eines staatlich ak-

kreditierten Tötungsassistenten, der sagt: Ich mache das, weil ich besonders nahe dran bin. Ich habe viel Erfahrung und möglicherweise viele medizinische Examina; ich bin geschäftsmäßig dabei, aber natürlich nicht gewerblich, allenfalls Spesen und so, und das lasse ich auch gerne nachprüfen.

Wir müssen alles vermeiden, was dieses grundlegende Fremdtötungsverbot in irgendeiner Weise auflöst. Deswegen kann es nicht sein, dass wir schlicht wegen Kompetenz eine Überschreitung der roten Linie zulassen, die da heißt: Wir gehen nur der Umsetzung des selbst gewollten, selbst entschiedenen und selbst in die Tat umgesetzten Tötungswillens nach, nicht aber irgendetwas Eigenständigem, und sei es geschäftsmäßig, was da mitwirkt. Wir müssen deutlich machen, dass es immer um die Einbeziehung Dritter in die Tötung von Menschen geht. Und da ist die Grenzziehung viel sensibler, als wenn wir sagen: Ja, wir haben die Selbstbestimmung und müssen anderen helfen, dass sie die auch umsetzen können. Das ist die falsche Richtung.

Ilhan Ilkilic

Ich habe zwei Fragen; die erste geht an Herrn Montgomery. Sie haben in Ihrem Vortrag stark gemacht, dass ärztliche Suizidbeihilfe das Arztbild zerstören würde. Dabei haben Sie auf das tradierte Arztbild rekurriert. Da wir aber in Fachdiskussionen über die posthippokratische Ära sprechen, stellt sich die Frage: Inwiefern ist dieses Arztbild als solches haltbar? Geht es um das Arztbild der Ärzteschaft, also das Selbstverständnis als solches, oder um das Arztbild der Gesellschaft oder auch der Individuen? Nach einer Studie sprechen sich 77, teilweise 85 Prozent der Bundesbürger dafür aus, dass es Ärzten grundsätzlich erlaubt sein sollte, Menschen beim wohlerwogenen Suizid zu helfen. Das heißt, dass die Erwartung und das Arztbild der Gesellschaft als solche anscheinend nicht identisch sind. Ich habe Sie so verstanden, dass die

ärztliche Suizidbeihilfe vom ärztlichen Ethos her keine überschreitbare Grenze ist. Welche Argumente liegen für diese Position vor?

Meine zweite Frage geht an Herrn Schmidtke. Was noch nicht angesprochen und diskutiert worden ist, ist, dass – wie Sie gesagt haben – bei Menschen mit Migrationshintergrund die Suizidrate signifikant höher ist. Warum ist das so? Welche Gründe gibt es dafür? Man kann vielleicht sagen, dass bei Menschen, denen es finanziell besser geht als in ihren Herkunftsländern, die Suizidrate nicht so hoch ist. Sie haben auch über das Thema Suizidprävention gesprochen; ich kann mir vorstellen, dass es hier Barrieren gibt. Hat diese signifikant hohe Suizidrate bei Menschen mit Migrationshintergrund auch damit zu tun, dass der Zugang zu Suizidprävention mit entsprechenden Barrieren verbunden ist?

Reinhard Merkel

Ich habe eine Frage an Herrn Schmidtke. Gibt es Zahlen darüber, wie viele der Suizidenten das mit einer überschießenden undifferenzierten Gewalt gegen den eigenen Körper realisieren? Sich vor den Zug werfen, aus dem fünften Stock springen etc.; gibt es darüber Zahlen?

Die zweite Frage: Wenn es Zahlen zu gescheiterten Suizidversuchen gibt, in wie vielen dieser Fälle sagen die Leute hinterher auf die Frage: „Warum hast du das denn so gemacht?“ (aus dem fünften Stock gesprungen und nicht irgendwie anders): „Weil ich keinen anderen Weg gefunden habe, weil kein anderer Weg für mich realisierbar war.“ Gibt es darüber Zahlen?

Armin Schmidtke

Fangen wir mit den Migranten an. Sie haben völlig recht. Das eine ist: Der Zugang ist erschwert; das Zweite: Die Behandlung ist erschwert, weil man es nicht so ernst nimmt wie bei den Deutschen. Dazu gibt es verschiedene Theorien. Einmal ist es von der Kultur vieler

Migranten eine Sünde. Das heißt, wenn man das als depressiver Mensch im Kopfe hat und macht, traut man sich nicht, das zu sagen. Daher nimmt man Behandlungsangebote nicht in Kauf. Da ist viel zu tun. Außerdem verstehen wir als deutsche Therapeuten manchmal die Motive des Kultur-Clashes nicht so. Da wird im Moment viel getan; wir haben auch in Berlin eine spezielle Arbeitsgruppe dazu.

Es gibt große Studien, die wir in ganz Europa machen. Das hat nicht nur etwas mit den Deutschen zu tun. Überall, wo Personen mit Migrationshintergrund in ein Land kommen und Schwierigkeiten haben, sich anzupassen, steigt die Suizid- und Suizidversuchsrate gewaltig; besonders davon betroffen sind junge Frauen. Da haben wir in nächster Zeit einiges zu tun.

Jetzt zu den Methoden. Die Methoden bei Suiziden und Suizidversuchen unterscheiden sich. Bei den Suiziden sind sie härter. Das Hauptproblem, das wir sehen – und ich bewundere da die Schweiz, weil sie da für mich etwas gespalten ist –, ist die Zugänglichkeit von Methoden. Polizisten erschießen sich zu 90 Prozent, weil sie eine Suizidwaffe haben. Jemand springt dort vor den Zug, wo ein Zugang zum Zug ist, und dort von einer Brücke, wo die Brücke zugänglich ist und keinen Zaun hat.

Dazu eine Bemerkung: Die Schweiz hat die Institution EXIT. Im Verhältnis zu Deutschland tut die Schweiz hundertmal mehr, um ihre Brücken gegen Suizid zu sichern. Da staune ich immer, wie das zusammengeht.

Die Waffe im Hause erhöht die Suizidrate mittels dieser Methode um das Fünffache. Suizidversuche haben meist eine appellative Wirkung und werden deswegen mit weicheren Methoden gemacht, in der Regel mit Psychopharmaka. Wenn man die Leute fragt, warum, ist natürlich – je höher die Intention, umso gefährlicher das Suizidmittel. Ich habe ja schon gesagt, es ist typisch deutsch: 50 Prozent erhängen sich; da ist

kaum etwas zu retten. Das ist in anderen Ländern nicht so. Der Todeswunsch korreliert also eindeutig mit der Methode.

Ich möchte gern noch etwas zu den indirekten Methoden sagen. Das ist natürlich ein Problem, dort einzugreifen. Aber würde irgendeiner von uns einer 17-Jährigen, die sagt: „Ich esse nicht mehr und will jetzt sterben“, eine freiheitliche Entscheidung unterstellen? Wir fürchten, dass man die Depression, die möglicherweise dahintersteht und weshalb eine solche Entscheidung getroffen wird, nicht mehr sieht. Das besorgt auch die EU, und sie sieht es auch zusammen und sagt: Wir machen Depressions- und Suizidbekämpfung, denn das ist in der Hauptsache die Ursache. Wenn jemand alles schwarz sieht, sind das für mich keine freiheitlichen Entscheidungen.

Wolfgang Huber

Herr Höfling, habe ich Sie richtig verstanden, dass Sie gesagt haben, dass ärztliche Sterbegleitung nicht zu den ärztlichen Aufgaben gehört? Welches Wort haben Sie verwendet?

Wolfram Höfling

Ich habe gesagt: Es ist keine normale therapeutische Option, ärztliche Suizidbegleitung zu machen.

Wolfgang Huber

Suizidbegleitung, gut, das wollte ich noch einmal klarstellen. Eine Frage an Herrn Montgomery, auch im Sinne einer Klarstellung:

Niemand würde erwarten, dass Unterlassen als Therapieziel ausgegeben wird. Es geht aber darum, dass der Übergang von *curing* zu *caring* als Therapiewechsel eine große Rolle spielen sollte und dass dieser Übergang – trotz Ihrer Hinweise, dass das eine große Rolle spielt – im ärztlichen Handeln sehr oft zu spät vollzogen wird und sich daraus die Probleme ergeben, die wir jetzt mit der Forderung nach ärztlicher Suizidbeihilfe haben. Deswegen habe ich nicht ver-

standen, warum Sie die Frage, ob ärztliches Handeln an der Situation beteiligt ist, durch die diese Diskussion entsteht, zurückgewiesen haben. Ich bin auch nicht der Meinung, dass die Notwendigkeit und die Rechtzeitigkeit dieses Wechsels eine Aufgabe ist, von der die Ärzteschaft deutlicher reden müsste und dass das nur an meinen Wahrnehmungsstörungen liegt, sondern ich glaube, dass da wirklich ein Problem besteht.

Marion Schafroth

Frau Fischer hat in den Raum gestellt, dass eine Freitodbegleitung bei Demenz im Frühstadium keine Ultima Ratio sein kann. Meine Antwort, auch wenn sie Ihnen wahrscheinlich nicht gefällt: Unter den gegebenen Umständen, juristisch, gesellschaftlich, ist es heute eine Ultima Ratio, denn nachher kann man es nicht mehr.

Thema war noch: Ist Suizid wirklich ein Ausdruck von Selbstbestimmung? Dürfen Dritte da überhaupt mitmachen? Was ist generell der richtige Weg? Ich sage nicht, dass der Weg, den ich geschildert habe, der Weg von EXIT, der richtige Weg sei. Ich habe ihn geschildert, weil er in der Realität in der Schweiz der Weg ist, der jetzt gangbar ist. Selbstverständlich sind auch andere Wege vielleicht gangbar. Ich bin gespannt, welchen Weg Deutschland findet.

Frank Ulrich Montgomery

Frau Fischer, Sie hatten gefragt, ob die jetzige Gesetzeslage – ich nehme jetzt nicht den 217-StGB-Entwurf, sondern die vorhandene Lage – das Problem lösen wird. Ich glaube ja. Das ärztliche Berufsrecht und die allgemeinen strafrechtlichen Regelungen reichen im Moment.

Herr Ilklic hat mich gefragt, ob das Arztbild dadurch zerstört wird. Es gibt zwei Säulen des Arztbildes: Die eine ist die Sicherheit des Patienten, dass der Arzt in heilender und nicht in tödlicher Absicht an sein Bett tritt. Die zweite Säule des Arztbildes ist, dass der Arzt nicht Herr

über Tod und Leben ist, sondern das Leben ist nicht disponibel, das ist auch nicht in die Hände eines Arztes gelegt, auch wenn manche Handlungen von Ärzten am Ende das so erscheinen lassen. Aber es ist nicht disponibel, wir haben darüber nicht zu entscheiden, und das ist ein Element des Arztbildes. Die Tatsache, dass eine Mehrzahl der Bevölkerung gerne möchte, dass das klinisch sauber von Ärzten mit einer hohen Treffsicherheit erledigt wird, kann mich nicht übermäßig beeindrucken.

Wir wissen aus Holland, dass dort über 80 Prozent der Bevölkerung für die aktive Euthanasie sind, aber weniger als 10 Prozent sie für sich selbst in Anspruch nehmen würden. Das sind Freiheitsgrade, die man gerne erhalten möchte, die man gerne Menschen geben möchte. Aber man muss dann auch akzeptieren, dass die Ärzteschaft sagt, sie möchte das nicht mitmachen.

Herr Huber, Sie haben uneingeschränkt recht: Vom *curing* zum *caring*, das ist ein Problem. Aber wir dürfen doch auch nicht dahin kommen – und ich überzeichne jetzt bewusst –, dass wir am Ende sagen: „Jetzt bieten wir dir eine maximale Therapie und wenn das nicht klappt, haben wir immer noch den Ausstieg über den Suizid.“ Nein, das kann nicht unser Weg sein. Deswegen müssen wir unsere Konzepte, was Palliativmedizin, Schmerztherapie und Hospizbewegung angeht, verbessern. Wir hätten schon eine Menge erreicht, wenn ich das hier heute in diesem Raum so verbreiten würde.

Christiane Woopen

Dann bleibt mir nur ein sehr herzlicher Dank an die Referenten, an Frau Tag, Frau Schafroth, Herrn Schmidtke und Herrn Montgomery, für die Bereitschaft, mit uns zu diskutieren, uns zu informieren und sich auch unbequemen oder vielleicht provokanten Fragen zu stellen. Ich danke den Mitgliedern für die Diskussion. (...) Da dies unsere erste Sitzung war, bei der es einen Live-Stream gab, möchte ich Sie darauf aufmerksam

machen, dass dieser Live-Stream ab morgen im Internet als Dokumentation dieser öffentlichen Sitzung angeschaut werden kann. Herzlichen Dank an alle und ein gutes Mittagessen.