humanismus aktuell

Zeitschrift für Kultur und Weltanschauung
Online-Ausgabe Berlin 2016, 7. [19.] Jg., H. 2
ISSN 2191-060X
Das Verbot organisierter Suizidhilfe nutzt niemandem, schadet aber vielen!
Text 42

Erwin Kress[1]

Das Verbot organisierter Suizidhilfe nutzt niemandem, schadet aber vielen!

Eine Kritik der Gesetzesbegründung

Die Gegner jeglicher Selbsttötung haben mit dem Verbot geschäftsmäßiger Suizidhilfe (§217 StGB[2]) ihr Ziel erreicht. Die Entwicklung assistierten Suizids hin zu einer „Normalität“ wurde unterbunden. „Geschäftsmäßig“ tätige Organisationen wie *Sterbehilfe Deutschland* oder DIGNITAS Deutschland mussten ihre Tätigkeit einstellen. Schwerkranke, die ihr Leben auf eine nicht brutale, sichere Weise beenden möchten und keinen Arzt finden, der ihnen dabei hilft, müssen direkt mit Organisationen in der Schweiz sprechen und den Weg dahin auf sich nehmen.

Geholfen hat das Gesetz niemandem, denn auch zuvor wurden keine schwerkranken verletzlichen Menschen von organisierten Sterbehelfern in den Tod gedrängt.
Wie sich herausstellt, sind die Schäden des Gesetzes jedoch groß, sowohl durch die Beeinträchtigung der Autonomie schwerkranker Sterbewilliger als auch durch die Verunsicherung bei Ärzten und bei sonstigen Formen der Sterbehilfe.

---

[1] Der Autor ist Vizepräsident des Humanistischen Verbandes Deutschland (HVD) und Sprecher von „Autonomie am Lebensende“. Kontakt: erwin.kress@humanismus.de.
[2] „§ 217 Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung
(1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
(2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.“

Sind die Gründe nachvollziehbar, mit denen der Gesetzgeber das strafrechtliche Verbot geschäftsmäßiger Suizidhilfe auf den Weg gebracht hat, und ausreichend für den schwerwiegenden Eingriff in die Selbstbestimmung am Lebensende?

Kurze Vorgeschichte

Am 26. September 2005 erfolgte in Hannover die Gründung des Vereins DIGNITAS Deutschland. Bereits am gleichen Tag erschien in preußisch-staatskirchlicher Manier eine gemeinsame Stellungnahme der niedersächsischen Landesbischöfin Dr. Margot Käßmann und der damaligen niedersächsischen Sozialministerin Dr. Ursula von der Leyen, in der es hieß: „Dignitas setzt nur auf den schnellen Tod. (…) Unter Zeitdruck kann es zu Kurzschlussreaktionen kommen, die kein Mensch rückgängig machen kann. (…) Sterbende dürfen sich nicht als Last für ihre Mitmenschen empfinden. Wir dürfen sie nicht mit ihren Ängsten allein lassen, sondern können ihre Hand halten und ihnen mit einer guten Palliativmedizin die unerträglichen Schmerzen nehmen“. Und: „Deshalb arbeiten wir am Ausbau eines flächendeckenden Netzes der Palliativversorgung in Niedersachsen.“[3]

Schon im Oktober 2005 kündigte Niedersachsens Justizministerin Elisabeth Heister-Neumann (CDU) eine Bundesratsinitiative an, mit der die geschäftsmäßige Vermittlung von Sterbehilfe unter Strafe gestellt werden sollte.[4] Zwar widersprachen andere Politiker den Verbotsbemühungen. „Eine verantwortungsvolle Politik muss sich fragen, ob es ethisch vertretbare Hilfen auch für Menschen gibt, die unerträglich leiden und denen selbst die modernste Palliativmedizin nicht mehr helfen kann. Diese Diskussion müssen wir ideologiefrei und ohne verzerrende Darstellungen führen“, sagte der rheinland-pfälzische Justizminister und Landtagsabgeordnete Herbert Mertin (FDP).[5] Dennoch gab es seit

[3] https://www.landeskirche-hannovers.de/evlka-de/presse-und-medien/pressemitteilungen/landeskirche/2005/09/26-3536, abgerufen am 26.9.16.
[4] DIE WELT 24.10.2005.
[5] DIE WELT 6.10.2005.

2005 mehrere Anläufe von Bundesländern oder der Bundesregierung (2012), den „Sterbehelfern“ das Handwerk zu legen. Diese Initiativen fielen aber entweder bei der juristischen Prüfung in den zuständigen Ausschüssen durch oder waren politisch nicht durchsetzbar.

Eine erfolgreiche Umsetzung des Verbotsvorhabens gelang erst 2015, als zum einen die Abstimmung im Bundestag von einer Grundrechtsfrage in eine Gewissensfrage hochstilisiert wurde und zum anderen ein im Prinzip von außen kommender Gesetzesvorschlag[6] obsiegte, der keine nennenswerten verfassungsrechtlichen Prüfungen in den zuständigen Ausschüssen mehr durchlaufen musste.

Ein Gespräch der Verbotsbefürworter oder des Gesetzgebers mit den inkriminierten Organisationen DIGNITAS und später *Sterbehilfe Deutschland* gab es in all diesen Jahren nicht.[7] Demgegenüber hatte der damalige Bundesvorsitzende des Humanistischen Verbandes, Horst Groschopp, 2005 bereits den DIGNITAS-Kritikern – auch der Palliativmedizin und Hospizbewegung – einen Dialog mit DIGNITAS vorgeschlagen, der die Möglichkeit einer partnerschaftlichen Kooperation nicht von vornherein ausschließt. Gemeinsames Ziel sollte sein, „Suizide zu verhüten und Schwerstkranken bestmögliche Versorgungsangebote, aber auch die letzte Wahlmöglichkeit zur selbstbestimmten Leidensverkürzung zu eröffnen“.[8]

---

[6] St. Augsberg, E. Brysch: Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, in: Deutsche Stiftung „Patientenschutz: Patienten-Schutz-Infodienst 8.5.2014.

[7] Hierzu passt auch eine Bemerkung von Silvan Luley, Vorstandsmitglied von DIGNITAS, vor dem Lions Club Güglingen-Zabergäu, Schweiz am 5. Mai 2014: „Vielleicht ist es bezeichnend, dass DIGNITAS schon Besuche von Experten-Kommissionen und Mitgliedern der Parlamente des Vereinigten Königreichs, Schwedens, Schottlands und Australiens empfangen durfte, welche sich so *ad fontes* informieren konnten – aber aus Deutschland noch nie.“ http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/diginpublic/referat-lionsclub-05052014.pdf, S. 9, abgerufen am 28.9.2016.

[8] https://www.patientenverfuegung.de/info-datenbank/2005-9-27/gegner-wollen-dignitas-juristisch-stoppen-humanisten-fuer-sachorientierte-l, abgerufen am 26.9.2016.

Da der Ausbau der Palliativmedizin in den zehn Jahren zuvor keineswegs so vorangetrieben worden war, wie damals u. a. von Ursula von der Leyen propagiert, sah sich Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe 2015 genötigt, durch ein Gesetz zur Verbesserung der Palliativ- und Hospizversorgung die Chancen für ein Verbot geschäftsmäßiger Suizidhilfe zu verbessern.

Annahmen und Befürchtungen – eine ungenügende Gesetzesbasis

Gemäß Gesetzesbegründung intendiert § 217 StGB den „Schutz von suizidgeneigten Personen sowie die Vermeidung des Anscheins der Normalität von Suizidhilfeangeboten."[9]
Dabei wird die Notwendigkeit für ein strafrechtliches Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung im Wesentlichen aus Annahmen und Befürchtungen abgeleitet. Zentrale Begriffe dabei sind „Gefahr" „Tendenz", „befürchten", „verleiten", „Normalfall", „Normalität", „normale Dienstleistung", „normale Therapieoption", „Erwartungsdruck", „droht", „könnte".

„Das Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe soll der Gefahr begegnen, dass durch derartige, Normalität suggerierende Angebote Menschen zur Selbsttötung verleitet werden, die dies ohne ein solches Angebot nicht tun würden."[10]
Es „könnte" durch die zunehmende Verbreitung des assistierten Suizids der „fatale Anschein einer Normalität" und „einer gewissen gesellschaftlichen Adäquanz" entstehen.[11]
Durch die Zunahme von Fällen, „in denen Vereine oder auch einschlägig bekannte Einzelpersonen die Beihilfe zum Suizid regelmäßig anbieten (…) droht eine gesellschaftliche „Normalisierung", ein „Gewöhnungseffekt" an solche organisierten Formen des assistierten Suizids, einzutreten."[12]

---

[9] Bundestag Drucksache 18/5373 Begründung A. V., S. 15.
[10] Bundestag Drucksache 18/5373 Begründung A. I., S. 13.
[11] Bundestag Drucksache 18/5373, Begründung A. I., S. 11.
[12] Bundestag Drucksache 18/5373, Begründung A. I., S. 11.

Es „könnte“ schlimmstenfalls sogar der Anschein „der sozialen Gebotenheit der Selbsttötung entstehen“.[13]
„Insbesondere alte und/oder kranke Menschen können sich dadurch zu einem assistierten Suizid verleiten lassen oder gar direkt oder indirekt gedrängt fühlen.“[14]

Nachweise für diese Gefahren und Tendenzen gibt es nicht. Selbst angesichts eines abstrakten Gefährdungsdeliktes als Gesetzesbasis wären diese jedoch erforderlich. Ein mit der Existenz organisierter Suizidhilfe entstehender oder verbundener Erwartungsdruck auf alte und/oder kranke Menschen wäre zu belegen. Hinweise auf empirische, psychologische oder soziologische Studien fehlen allerdings in der Gesetzesbegründung weitgehend.[15]

Zwar könnte man zubilligen, dass organisierte Suizidhilfe in Deutschland noch kein nennenswertes Ausmaß erreicht hat, demzufolge anstelle von Gewissheit nur Befürchtungen stehen können. Eine relevante Gefährdung, ein wirksamer Erwartungsdruck wären dann aber insbesondere in Zusammenhang mit solchen Ländern nachzuweisen gewesen, in denen geschäftsmäßig assistierte Suizide eine gewisse Verbreitung gefunden haben.

---

[13] Bundestag Drucksache 18/5373 Begründung A. I., S. 9.
[14] Bundestag Drucksache 18/5373 Begründung A. I., S. 2.
[15] Solche Behauptungen waren zuvor insbesondere von der Katholischen Kirche zu vernehmen: „Wenn die Beihilfe zur Selbsttötung zur gesellschaftlich akzeptierten Normalität wird, schafft dies – wie die Erfahrung zeigt – ein gesellschaftliches Klima, das das Lebensrecht hilfs- und pflegebedürftiger Menschen in der Endphase ihres Lebens in Frage stellt. Betroffene müssen sich dann zunehmend rechtfertigen – gegenüber sich selbst, Angehörigen, Kostenträgern und der Gesellschaft als ganzer –, warum sie diese Möglichkeit nicht in Anspruch nehmen. ihre Würde und ihr Lebensrecht werden so missachtet und gefährdet. Damit gefährdet die Erlaubnis der Suizidbeihilfe genau jene freie Willensäußerung schwerstkranker und dem Tod naher Personen, die sie zu schützen vorgibt. Es darf aber nicht sein, dass jemand unter Druck gerät, den „Todeswunsch“ zu äußern oder sich rechtfertigen zu müssen, weiterhin leben zu wollen.“ (Gemeinsame Stellungnahme des Zentralkomitees der deutschen Katholiken [ZdK], der Katholischen Aktion Österreich [KAÖ] und der Arbeitsgemeinschaft Katholischer Verbände [AKV] zur Sterbehilfediskussion in ihren Ländern, 28. Oktober 2014).

Die Gesetzesbegründung begnügt sich jedoch mit dem Hinweis auf wachsende Zahlen. Wenn ausgeführt wird, die Zahl der „geschäftsmäßig assistierten Suizide in Deutschland nimmt nach allen bekannten Daten zu“[16], ist das zweifellos richtig. Daraus lässt sich allerdings qualitativ nichts ableiten.

Angesichts einer Zahl von weniger als 200 solcher assistierter Suizide pro Jahr kann von einer „Normalität“ keine Rede sein. Diese Zahl betrifft ein Viertel Promille der jährlich Sterbenden in Deutschland.
Die Gesetzesbegründung verweist daher zusätzlich auf das Ausland.
„Es handelt sich bei diesem Phänomen also um ein aktuelles, die Gegenwart prägendes und – soweit auch aus den Zahlen bei den europäischen Nachbarn ersichtlich – in der Tendenz zunehmendes Problem. Aktuelle Berichte über die Entwicklung in der Schweiz weisen in diese Richtung. Dort ist nach Medienberichten die Zahl der assistierten Suizide stark angestiegen.“[17] Auch hier findet sich nur Quantitatives. Wenn der rein quantitative Anstieg der Zahlen von assistiertem Suizid oder aktiver Sterbehilfe, jeweils gesetzlich zulässig, als „zunehmendes Problem“ bezeichnet wird, bedeutet dies, dass man diese Formen erlaubter, gesellschaftlich akzeptierter Lebensbeendigungen im aussichtslosen Krankheitsfall selbst als Problem betrachtet, mithin ihre gesellschaftliche und rechtliche Akzeptanz. Wieso aus dieser zwangsläufig eine Gefahr für vulnerable Menschen entsteht, wird nicht hergeleitet.

Der katholische Moraltheologe Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff, langjähriges Mitglied des Nationalen Ethikrates, hat den Mangel der Gesetzesbegründung durchaus im Blick, wenn er die Frage stellt: „Gibt es keine empirischen Belege für die Befürchtung eines zunehmenden Drucks auf Schwerstkranke und Sterbende?“[18] Er konstatiert, dass der Annahme, „die gesellschaftliche und rechtliche Akzeptanz der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe erhöhe den Druck auf Schwerstkranke

---

[16] Bundestag Drucksache 18/5373, Begründung A. Allgemeiner Teil I, S. 8.
[17] Bundestag Drucksache 18/5373, Begründung A. Allgemeiner Teil I, S. 8.
[18] Schockenhoff, Eberhard: Stellungnahme zur Anhörung des Ausschusses für Recht und Verbraucherschutz zur rechtlichen Regelung der Suizidbeihilfe. https://www.bundestag.de/blob/386980/bb4fb279a428f36d42c8b12c8f20fe15/schockenhoff-data.pdf, abgerufen am 28.9.2016.

und Sterbende und führe daher zu einer Schwächung ihrer Selbstbestimmung“[19], oft eine empirische Evidenz abgesprochen wird.

Er führt dann ebenfalls die im Laufe der Jahre zu beobachtende Zunahme der Fälle (erlaubten) assistierten Suizids im US-Bundesstaat Oregon und in der Schweiz an und zunehmende Fälle aktiver Sterbehilfe in Belgien und Holland. Und nach dieser wiederum rein quantitativen Wachstumsbetrachtung kommt er zu dem erstaunlichen Fazit: „Die Befürchtung, die Zulassung der ärztlichen Suizidbeihilfe könnte auch in Deutschland den Druck auf Schwerstkranke und Sterbende erhöhen, kann sich diesen Angaben zufolge durchaus auf belastbares Zahlenmaterial stützen.“ Wieso die zunehmende Inanspruchnahme assistierten Suizids oder aktiver Sterbehilfe durch Krebspatienten und multimorbide Sterbende – der weitaus größte Bereich Betroffener – ein Beleg für erhöhten Druck sein soll, bleibt nicht nachvollziehbar.

Naheliegend ist ein ganz anderer Schluss: Die zunehmende Kenntnis der Möglichkeiten in Kombination mit nachlassender Bindung an entgegenstehende Glaubensvorschriften und einer wachsenden Bereitschaft zu autonomen Entscheidungen am Lebensende führt zu einer zunehmenden Zahl freiverantwortlicher Lebensbeendigungen.

Eine einleuchtende Erklärung wäre also viel eher die des Philosophen und Publizisten Christian Schüle: „Weltanschauliche Ideologien sind verebbt, religiöse Dogmen erodieren, allgemeinverbindliche Regeln im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer gibt es nicht mehr. Der Zeitgenosse will keine Bevormundungen mehr, er will Trost, Hilfe und den Respekt vor seiner Würde im Diesseits, weil ihn ein Jenseits nicht mehr überzeugt. Seit gut einem Jahrzehnt erleben wir einen Wandel von paternalistischer Moral zu subjektiver Ethik – einer Ethik ohne Gott, deren Schlüsselbegriff „Selbstbestimmung“ lautet. Der spätmoderne Mensch hat gelernt, jeglicher Fremdbestimmung durch Götter, Mythen und Me-

[19] Schockenhoff: Stellungnahme.

taphysiken zu misstrauen; er lässt sich sein Sterben von Kirchen, Ärzten, Politikern und Moralisten aller Art nicht mehr aus der Hand nehmen."[20]

> Wie! Der Gott, dem ich diene, versagt mir den Beistand!
> Er verbietet, dass ich Hand an mich lege!
> Ah! Welch Verbrechen ist es diesem eifersüchtigen Gott,
> einen Augenblick zu beschleunigen, den er uns bereithält?
> Wie, aus dem bitteren Kelch eines so steten Unglücks soll
> man in langen Zügen die unerträgliche Hefe noch trinken?
> Ist der schnöde sterbliche Leib denn gar so heilig,
> dass der Geist, der ihn beseelt, ihn nicht nach Belieben verlassen darf?
>
> *Voltaire*
>
> Zitiert nach: http://www.castelligasse.at/Politik/Selbstmord/selbstmord.htm

In seinem ständig fortgeführten Werk kommt der Soziologe Klaus Feldmann, der sich intensiv mit Fragen des Sterbens in modernen Zeiten beschäftigt hat, zu dem Schluss: „Wäre es für schwer kranke und sterbende Menschen kulturell und gesellschaftlich akzeptiert, ihr Leben gemäß ihren Wünschen selbstbestimmt zu beenden, so würde in dieser ‚Gruppe' der Anteil, der von dieser Option Gebrauch machen würde, allmählich bzw. kleinschrittig zunehmen.

[Fußnote bei Feldmann: „Dies würde auch Patientenverfügungen neuer Art und professionelle und technologische Unterstützung erfordern, die derzeit verweigert wird."]

Suizid und Beihilfe zum Suizid am Lebensende wären dann normale Phänomene – allerdings auch zivilisierter durchgeführt, als es derzeit der Fall ist. Der heutigen bürokratisierten Medikalisierung und wissenschaftlich und rechtlich gestützten ‚Normalisierung' von Schwerkranken und Sterbenden misstrauen trotz ökonomischer, rechtsstaatlicher, ethischer, religiöser und ‚evidenz-basierter' Beflaggung immer mehr Menschen."[21]

---

[20] Schüle, Christian: Ars moriendi – Recht auf einen gelingenden Tod, http://www.deutschlandradiokultur.de/sterbehilfe-ars-moriendi-recht-auf-einen-gelingenden-tod.1005.de.html?dram%3Aarticle_id=285251, gesendet am 14.5.2014.

[21] Feldmann, Klaus: Sterben, Sterbehilfe, Töten, Suizid. Bausteine für eine kritische Thanatologie und für eine Kultivierungstheorie. Hannover/Wien 2016, Version 278, Seite 197, http://www.feldmann-k.de/texte/thanatosoziologie/articles/sterben-sterbehilfe-toeten-suizid.html, abgerufen am 12.8.2016.

Michael Brands „Auch bei Sterbehilfe schafft Angebot Nachfrage“[22] ist entgegenzuhalten, dass die Nachfrage dem Angebot weit vorauseilt. Drei Viertel der deutschen Bevölkerung wünschen sich die Möglichkeit, am Lebensende in einer für sie nicht mehr erträglichen Situation Hilfe zur Lebensbeendigung zu erhalten. Außerdem gilt: „Auch aus dem bloßen Angebotscharakter organisierter Sterbehilfe ergibt sich kein hinreichender Strafgrund. Zwar erzeugt Angebot Nachfrage. Aber wer schon das bloße Angebot als Strafgrund ausreichen lassen wollte, müsste jegliche Marktwirtschaft mit gesundheitsgefährdenden Gegenständen kriminalisieren.“[23]

Setzt geschäftsmäßige Suizidhilfe Menschen unter Druck?

„Die Abgeordneten des Bundestages haben sich mit ihrer Begründungsstrategie darauf eingelassen, über die Zulassung ärztlicher Sterbehilfe nicht nur nach ihrem persönlichem und subjektivem ‚besten Gewissen’ zu entscheiden, sondern auch nach dem von allen anerkannten und objektiven ‚besten Wissen’. Wer mit Annahmen über drohende Folgen argumentiert, übernimmt Beweislasten und unterwirft sich Standards kognitiver Rationalität. Dazu gehört ein unverstellter, nicht-selektiver Blick auf die Fakten. Man muss verfügbare Erkenntnisse über die Realitäten in der Gesellschaft und die tatsächliche Haltung der Bevölkerung mobilisieren und in Rechnung stellen. Dazu gehört auch, dass man sich der Disziplin des Vergleichs nicht entzieht: Hat die Praxis ärztlicher Suizidbeihilfe in den Ländern, in denen sie zugelassen worden ist, zu den prognostizierten Folgen geführt? Sind in anderen Problemfeldern, in denen in Deutschland vergleichbare Regelungen in Kraft gesetzt worden sind, entsprechende Folgen aufgetreten? Im Lichte dieser

[22] Zitiert nach Plenarprotokoll 18/115 des Deutschen Bundestages zur Debatte vom 2. Juli 2015, S. 11038.
[23] Saliger, Frank, Sterbehilfe: Keine Einbahnstraße in den Tod. In: Legal Tribune Online, 19.06.2015, *http://www.lto.de/persistent/a_id/15892/*, abgerufen am 25.06.2015.

Standards dürften eine Reihe von Folgeannahmen, die in der gegenwärtigen Debatte eine zentrale Rolle spielen, schwerlich zu verteidigen sein."[24]

Wird argumentiert, verletzliche Menschen würden unter Druck geraten, einer Selbsttötung zuzustimmen, wenn organisierte Suizidhilfe erlaubt (*korrekter:* nicht verboten) würde, so handelt es sich um eine klassische Dammbruchtheorie. Solche Argumentationsformen werden als rhetorisches Mittel gerne von Politikern oder Vertretern entsprechender Interessengruppen genutzt, wenn diese mit gesellschaftlichen Entwicklungen konfrontiert sind, die ihrem Weltbild zuwiderlaufen. Dabei spielt der logische oder empirische Wahrheitsgehalt eine untergeordnete Rolle oder fehlt völlig.[25]

Viele Bundestagsabgeordnete haben in der Gesetzgebungsdebatte zum § 217 mit Dammbruchargumenten gewarnt.[26] Die Gesetzesbegründung nimmt den Faden auf, wenn aus steigenden Zahlen assistier-

---

[24] Van den Daele, Wolfgang: Nach bestem Wissen und Gewissen – Zur Entscheidungslast der Abgeordneten bei der Abstimmung über die Sterbehilfe. In: Vorgänge – Zeitschrift für Bürgerrechte und Gesellschaftspolitik 210/211, Heft 2/3 September 2015, S. 187.

[25] Lukas Rhiel untersucht „Das Dammbruch- oder Slippery-Slope-Argument in der Debatte zur Sterbehilfe" in: Vorgänge 201/211, Heft 2/3 September 2015, S. 163-172.

[26] Antragsteller Michael Brand: „Was wir aber auf gar keinen Fall wollen, ist eine Regelung, die eine Tür öffnet, die wir nicht mehr zubekommen und durch die am Ende Menschen geschoben werden können, die nicht durch diese Tür wollen. (…) [Franz Müntefering] hat recht (…), weil wir sonst eben auf die schiefe Ebene geraten würden, weil nämlich Leben am Ende unterteilt würde: in solches, für das sich der Einsatz lohnt, und solches, das nach Ansicht vieler besser beendet würde". Claudia Lücking: „Wenn Beihilfe zum Suizid zuerst ein legales und dann bald ein scheinbar normales Angebot werden würde, sehe ich die Gefahr, dass sich ältere oder lebensbedrohlich erkrankte Menschen unter ökonomischen und psychosozialen Druck gesetzt fühlen. Dann kommen sie jedenfalls nicht mehr darum herum, sich zu dieser möglichen Option verhalten zu müssen, sich zu entscheiden. Die Tür für organisierte Sterbehilfe zu öffnen, bedeutet, die Schutzbedürftigsten womöglich über eine Schwelle zu drängen, die sie selbst ursprünglich gar nicht überschreiten wollten." Zitate gemäß Deutscher Bundestag Plenarprotokoll 18/66, Sitzung vom 13.11.2014, S. 6116/6117 (Brand) und S. 6137 (Lücking).

ten Suizids hergeleitet wird, dass dieser zum „Normalfall“ würde, zu einer „normalen Therapieoption“, und dadurch die Menschen unter Druck geraten würden. Der Begriff der Normalität wird hier absolut bedeutungs- und sinnwidrig verwendet. Als Normalität kann ganz offenbar der Wunsch einer großen Bevölkerungsmehrheit betrachtet werden, im Notfall am Lebensende Hilfe zu einer selbstbestimmten Lebensbeendigung erhalten zu können. Demgegenüber kann nicht die Rede davon sein, dass der assistierte Suizid zu einer normalen Therapieoption werden würde. Zum einen gibt es in allen Staaten, die einen assistierten Suizid zugelassen haben oder tolerieren, Hürden vor der möglichen Inanspruchnahme einer solchen Hilfeleistung. Dazu gehören nicht nur Prüfungen der Krankheitssituation, sondern auch der Freiwillensfähigkeit und der Beständigkeit des Suizidwunsches. Diese Hürden stellen einen wirkungsvollen Schutz dar. Ihre Einhaltung lässt sich dokumentieren und überprüfen.

Gegen den assistierten Suizid als „normale Therapieoption“ spricht ebenso die Haltung der Ärzteschaft. Diese ist teils aus ethischen Präferenzen, teils aus medizinischen Gründen oder aus Standesgesichtspunkten nur in sehr seltenen Fällen bereit, Suizidbegehren stattzugeben. Selbst in der Schweiz oder in Oregon (USA), wo solche Hilfe den Ärzten freigestellt ist, ist es für Patienten oder Hilfsorganisationen nicht leicht, einen hilfsbereiten Arzt zu finden. In Oregon war im Jahr 2000 nur jeder dritte Arzt dazu bereit.[27] 2014 kam eine von MEDSCAPE groß angelegte Befragung unter Ärzten in 7 Ländern (Anzahl der Teilnehmer: 21 531) zu folgendem Ergebnis: Die Frage „Sollte der ärztlich assistierte Suizid erlaubt sein?“ fand am meisten Zustimmung unter Ärzten in den USA (54%), während nur eine Minderheit von Ärzten in Deutschland (47 %), Großbritannien (47 %), Italien (42%), Frankreich (30%) und Spanien (36%) der Auffassung waren, der ärztlich assistierte Suizid sollte erlaubt sein.[28]

---

[27] Ganzini, Linda: Legalised physician-assisted death in Oregon, in: *QUT Law Review* (Online) 2201-7275 Volume 16, Issue 1, 2016, pp 76-83. DOI: 10.5204/qutlr.v16i1.623, https://lr.law.qut.edu.au/article/view/623/580, abgerufen am 26.9.2016.

[28] Emanuel, Ezekiel J. u. a.: Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada and Europe, in: *JAMA* 316(1) 2016, S.

Auch die z. B. gegen das „Schwangerschaftsabbruchsgesetz“, gegen das „Patientenverfügungsgesetz“ (2009) oder gegen die Erlaubnis des ärztlich assistierten Suizids in Oregon (USA) vor 1998 ins Feld geführten Dammbruchargumente ließen sich durch die nachfolgenden Entwicklungen nicht verifizieren. Befürchtungen muss man sicher ernst nehmen. Aber man muss versuchen, sie an Fakten zu prüfen. Wo eine solche Prüfung im Vorhinein nicht möglich ist, dürfen Befürchtungen nicht dazu führen, an sich moralisch nicht verwerfliche Handlungen dadurch zu unterbinden, dass man ihnen unmoralische Folgen unterstellt. Vielmehr wäre zu untersuchen, welche weiteren Faktoren denn zu den moralisch unerwünschten Folgen führen und wie sie zu beeinflussen wären.

Schweizer Wissenschaftler von der Universität Bern haben untersucht, ob in der Schweiz zu beobachten ist, dass Menschen, die benachteiligt oder schwach sind, zum assistierten Freitod gedrängt werden.[29] Florian Rötzer fasst die Studienergebnisse zusammen: „Wenig erstaunlich lag das Alter der meisten über 65 Jahren. Mit dem Alter steigt die Zahl der Menschen, die Sterbehilfe in Anspruch nahmen. Höher Gebildete nehmen eher Sterbehilfe in Anspruch als Menschen nur mit Hauptschulabschluss, am ehesten die Menschen mit einem Hochschulabschluss, Frauen eher als Männer, Alleinlebende, in Institutionen Lebende oder

---

81. DOI:10.1001/jama.2016.8499, http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2532018, abgerufen am 26.9.2016.

[29] Steck, Nicole u. a.: Suicide assisted by right-to-die associations - a population based cohort study;, in: International Journal of Epidemiology Vol. 43, No. 2, 2014, S. 614-622, http://ije.oxfordjournals.org/content/43/2/614.full.pdf+html.
Für die Studie wurden Daten der drei Freitodorganisationen *Exit Deutsche Schweiz*, *Exit Suisse Romande* und DIGNITAS von über 1.301 anonymisierten Fällen des assistierten Suizids zwischen 2003 und 2008 mit den Daten einer nationalen Erhebung verglichen. „In dieser Erhebung wurden mehr als 5 Millionen Menschen zwischen 25 und 94 Jahren vom 1. Januar 2003 bis zu ihrem Tod, ihrer Auswanderung oder dem Ende des Untersuchungszeitraums im Jahr 2008 nachverfolgt. Es lagen Zahlen zu Geschlecht, Alter, Religionszugehörigkeit, Bildung, Haushalt, sozio-ökonomischer Schicht etc. vor.“ Aus: Rötzer, Florian: Sterbehilfe: Option für Wohlhabende und Gebildete, Telepolis 19.02.2014, http://www.heise.de/tp/artikel/41/41035/1.html, abgerufen am 26.9.2016.

Geschiedene eher als Zusammenlebende, Religionslose eher als Katholiken und Protestanten sowie Menschen aus wohlhabenden Wohngegenden, je wohlhabender desto eher. Bei den Unter-64-Jährigen greifen weniger zur Sterbehilfe, die Kinder haben. Aber in höherem Alter lässt sich kein Unterschied mehr zu den Kinderlosen feststellen. Die Menschen in den Städten neigen eher zur Sterbehilfe. Die Wissenschaftler schließen aus den Ergebnissen, dass die Kritiker nicht Recht haben, wenn sie vor einem Dammbruch warnen."[30]

Träfen die Befürchtungen zu, verletzliche Menschen würden durch die Zulässigkeit einer assistierten Selbsttötung unter gesellschaftlichen Druck geraten, so würde dies nicht nur in den betroffenen Staaten zu rechtlichen Konsequenzen führen, sondern es würde auch die Bevölkerung in weiteren Staaten in ihrer Meinung dadurch beeinflusst.

Es ist nämlich davon auszugehen, dass entsprechende Untersuchungen, wie sie regelmäßig von Staaten und interessierten Organisationen in Auftrag gegeben werden, nicht ohne Wirkung bleiben. Demgegenüber zeigen auch neuere Umfragen, dass in den meisten als „westlich" zu bezeichnenden Staaten bei der Bevölkerung klare Prioritäten für die Zulassung assistierten Suizids vorliegen, obwohl im Hinblick auf die Entwicklung in Holland und Belgien immer wieder Schreckensszenarien verbreitet werden. Die Bevölkerung scheint

Abbildung 1

[30] Rötzer, Sterbehilfe.

offenbar in der Lage, zwischen abzustellenden Fehlentwicklungen und wünschenswerten Entwicklungen zu unterscheiden.
Die Umfrageergebnisse des britischen *The Economist* vom Sommer 2015[31] bestätigen auch für Deutschland die seit Jahren bekannte hohe Zustimmung zur selbstbestimmten Lebensbeendigung unter entsprechenden Krankheitsbedingungen (Abbildung 1). Sie sind so präzise, dass sie für Deutschland den Sonderfall widerspiegeln, dass die Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) deutlich unter der für den assistierten Suizid liegt, was der deutschen „Euthanasie"-Geschichte geschuldet ist.
Der Anteil von Sterbenden, die ihr Leben durch assistierten Suizid beenden, ist in allen Ländern, die dies zulassen, sehr gering, wenn auch unterschiedlich hoch. In der Schweiz sind dies inzwischen ca. 1 %, in Oregon (USA) 0,4 %. Kommt Tötung auf Verlangen hinzu, wie in Holland, Belgien und Luxemburg, liegen die Zahlen deutlich höher. Eine groß angelegte aktuelle Studie über ärztlich assistierten Suizid und Tötung auf Verlangen in USA, Kanada und Europa kommt zu folgenden Ergebnissen: Beide Entscheidungen am Lebensende zusammen betreffen zwischen 0,3 und 4,6 %

> Niemand bringt sich ja aus Langeweile um. Das sollten diejenigen, die generell gegen Suizid sind, sich einmal gut überlegen. (...) Ich begreife nicht, warum die Leute dagegen sind: Lieber elend verrecken, als schmerzlos sterben. Was ist denn das für eine Haltung? Dafür habe ich immer weniger Verständnis, je näher ich der Sache selbst komme.
>
> *Der Schriftsteller Martin Walser, 88, in einem Interview mit dem Handelsblatt, Ausgabe Nr. 5 Januar 2016*

[31] Im Juni 2015 führte *The Economist* zusammen mit dem Meinungsforschungsinstitut Ipsos MORI eine großangelegte Umfrage in 15 „westlichen" Ländern zur Haltung der Bevölkerung im Hinblick auf die Zulässigkeit des assistierten Suizids durch und berichtete darüber am 27.6.2015 in „Campaigns to let doctors help the suffering and terminally ill to die are gathering momentum across the West", http://www.economist.com/news/briefing/21656122-campaigns-let-doctors-help-suffering-and-terminally-ill-die-are-gathering-momentum, abgerufen am 10.1.2016.
Die Umfragedaten von Ipsos MORI sind enthalten in: https://www.ipsos-mori.com/researchpublications/researcharchive/3592/Public-Attitudes-to-Assisted-Dying.aspx, abgerufen am 10.1.2016.

der Todesfälle in den jeweiligen Ländern. Dabei ist bei den Fällen von Tötung auf Verlangen zu berücksichtigen, und das ist meist nicht bekannt oder wird gerne außer Acht gelassen, dass bei diesen die Lebensverkürzung zumindest in der Hälfte aller Fälle höchstens eine Woche beträgt, wie die Zahlen im Anhang[32] zeigen, und damit schon zu vergleichen ist mit terminalen Sedierungen (sog. indirekte Sterbehilfe).[33]

70-80 % der Fälle betreffen Krebspatienten. Danach folgen neurodegenerative Erkrankungen (z. B. Amyotrophische Lateral Sklerose – ALS) und solche des Atmungsapparates und des Herzens. Die typischen Patienten sind ältere, weiße (Oregon: 97 %) und gut ausgebildete Menschen. Akute Schmerzen sind nicht die primäre Motivation. In Oregon gibt es bei weniger als einem Drittel der Fälle unangemessene Schmerzkontrolle. In Belgien waren Schmerzen in 50 % der Fälle Grund für den Wunsch nach Lebensbeendigung. Hauptmotive in Oregon sind der Verlust von Autonomie und Würde und der Fähigkeit, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. „Entgegen weitverbreiteten Vorstellungen leiden diese Patienten nicht primär unter Schmerzen und anderen körperlichen Symptomen. Diese kann die moderne Palliativmedizin meistens ausreichend behandeln. Als unerträglich empfinden die Patienten vielmehr den Verlust der Autonomie, ihrer Würde und der Kontrolle der Körperfunktionen aufgrund der fortgeschrittenen Erkrankung. Außerdem leiden sie daran, dass sie die Fähigkeit zu Aktivitäten verloren haben, die das Leben aus ihrer Sicht lebenswert machen. Auch durch eine ganzheitlich arbeitende Palliativmedizin, die sich den körperlichen, psychologischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen

---

[32] Siehe S. 38/39.

[33] Dass es bei der Praxis der Tötung auf Verlangen in Belgien oder Holland noch einige problematische Bereiche gibt, ist unbestritten, aber im Hinblick auf das hier anstehende Verbot assistierten Suizids ohne Belang. Tötung auf Verlangen birgt immer die Gefahr, dass der freie Wille leicht überspielt werden kann. Das Verbot dieser Art Sterbehilfe durch § 216 StGB ist daher nach weiterhin sinnvoll. Eine Aufhebung ist auch insofern nicht erforderlich, da es selbst für Menschen mit schwersten körperlichen Einschränkungen inzwischen ausreichend technische Möglichkeiten gibt, sich selbst eine todbringende Substanz im Rahmen einer Suizidassistenz zuzuführen.

des Kranken widmet, sind diese Leiden nicht in allen Fällen zu lindern."[34]

Würdeverlust wird bei mehr als 50 % der Fälle in Belgien und Holland angeführt. In Belgien und Holland spielen Depressionen bei ca. 10 % der Sterbegesuche eine Rolle, die Chancen zur Gewährung von Sterbehilfe wegen Depression sind aber gering. In keinem Legalisierungsbereich gab es einen Hinweis darauf, dass, gemessen an der Gesamtbevölkerung, verletzliche Menschen in höherem Maß von assistiertem Suizid oder Tötung auf Verlangen betroffen waren.[35]

Weiterhin befinden sich die meisten Personen, von denen angenommen werden könnte, dass sie sich unter Druck setzen lassen, in Pflegeheimen oder Krankenhäusern, wenn sie Glück haben sogar auf Palliativstationen oder in Hospizen. Doch gerade in solchen Institutionen ergeben sich wegen der dort wirkenden Teams weitere Hürden für eine solche Willensbeeinflussung – es sei denn, der Druck würde von den Teams selbst ausgeübt. Dies ist aber aus ökonomischen Interessen oder wegen des Selbstverständnisses der Einrichtung eher unwahrscheinlich. Freilich hat es Fälle, in denen im privaten Einvernehmen zwischen behandelndem Arzt und Patient und/oder Angehörigen Selbsttötung oder gar Tötung auf Verlangen stattfindet, in nicht unbeträchtlichem Ausmaß immer gegeben. Sie werden durch eine gute Suizidhilferegelung eher verringert, wie das Beispiel Holland zeigt, wo der Gesetzgeber mit der Sterbehilfegesetzgebung auf eine große Grauzone „wilder" Sterbehilfe durch Ärzte reagiert hat.

Auch für die USA z. B. berichtet L. Ganzini, dass vor der Zulassung ärztlich assistierten Suizids in einigen Bundesstaaten eine bedeutende Minderheit von Ärzten beim Suizid geholfen hatte und der assistierte Suizid außerhalb des Gesetzes eine Realität in den USA war. Gemäß

---

[34] Vollmann, Jochen: Aus Respekt vor der Selbstbestimmung: http://www.faz.net/aktuell/politik/die-gegenwart/debatte-im-bundestag-ueber-sterbehilfe-in-deutschland-13710439.html.

[35] Emanuel u. a.: Attitudes and Practices, DOI:10.1001/jama.2016.8499, http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2532018, S. 79, abgerufen am 26.9.2016.

einer französischen Studie aus 2009 mit 14.999 Teilnehmern haben Ärzte in 0,8 % aller Todesfälle absichtlich eine Medizin zur Lebensbeendigung gegeben. Nur bei einem Viertel der Fälle geschah dies auf den ausdrücklichen Wunsch des Patienten. Gemäß einer Untersuchung von Emanuel u. a. über USA, Kanada und Europa[36] liegt für die untersuchten Länder die Häufigkeit von Tötung auf Verlangen oder ärztlich assistiertem Suizid, auch wo diese nicht erlaubt sind, im Allgemeinen bei zwischen 0,1 und 1,8 % der Todesfälle.

Zu guter Letzt ignoriert die Hypothese, dass Menschen sich am Lebensende unter gesellschaftlichem Druck zur Selbsttötung bewegen lassen, den Lebenswillen, der den Menschen im Allgemeinen bis zum Tode eigen ist und sie Vieles ertragen lässt. Die Zahl derer, die sich vorzeitig vom Leben verabschieden können, war – nach allem, was wir wissen – zu allen Zeiten und in allen Kulturen sehr gering.

Dennoch, trotz aller entlastenden Gründe, kann man natürlich nicht vollständig ausschließen, dass ein Druck zum Suizid in Einzelfällen von einer sozialen Umgebung ausgehen kann. „Dass diese Gefahr besteht, wird man kaum bestreiten können. Aber jede Handlungsfreiheit kann unter dem Druck sozialer Erwartungen und Zumutungen zu Handlungszwang pervertieren. Die legitime Reaktion darauf ist normalerweise nicht, dass man die Handlungsfreiheit gar nicht erst einräumt oder sie wieder abschafft, sondern dass man den Betroffenen hilft, ihre Autonomie zu behaupten und externen Einflüssen zu widerstehen – z.B. indem man Aufklärung und Beratung anbietet. An diesem Punkt wird man dem Vergleich nicht ausweichen können: Die Gefahr, am Lebensende zum Sterben gedrängt zu werden, besteht nicht nur bei den sehr wenigen Fällen eines ärztlich assistierten Suizids, sondern ebenso bei den sehr häufigen Fällen, in denen mögliche lebensverlängernde medizinische Maßnahmen unterlassen oder abgebrochen werden.“ [37] Auch wäre an dieser Stelle auf die Möglichkeit einer subtilen Druckausübung durch

[36] Emanuel u. a.: Attitudes and Practices.
[37] Van den Daele, Wolfgang: Zur Entscheidungslast der Abgeordneten bei der Abstimmung über die Sterbehilfe. In: Vorgänge 210/211 (2-3/2015), S. 185-195.

Angehörige hinzuweisen. Doch gerade die sind als nicht geschäftsmäßig Handelnde von der Strafandrohung des § 217 ausgenommen.

Für die Jahre 2001 bis 2002 bzw. 2004 wurden im Rahmen europäischer Vergleichsstudien anonyme Ärztebefragungen zu Entscheidungen am Lebensende bei nicht plötzlichen Todesfällen durchgeführt.[38] In der Schweiz wurden bei 75 % dieser Todesfälle „Entscheidungen am Lebensende“ getroffen. In 32 % der Fälle wurden Schmerzbehandlungen verordnet, die möglicherweise den Todeseintritt beschleunigten (Indirekte Sterbehilfe). 41,1 % betrafen die Nichteinleitung oder Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen. Darin enthalten sind sowohl Entscheidungen, die auf Verlangen des Patienten beruhten, als auch rein ärztliche Entscheidungen, weil es keine medizinische Indikation für lebensverlängernde Maßnahmen mehr gab.

Entscheidungen am Lebensende, wie die Nichteinleitung oder der Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen, meist in Abstimmung mit dem Patienten oder als Ergebnis einer Patientenverfügung, betreffen also weit mehr Menschen als Entscheidungen zur Selbsttötung. Dennoch ist es unbestrittene Praxis und Rechtslage, dem Patienten eine solche Entscheidung zumuten zu können, ohne Berücksichtigung der nicht völlig auszuschließenden Gefahr, dass der Patient zu Lösungen gegen seinen Willen gedrängt wird.

Henning Rosenau, Strafrechtler, kennt das Dammbruchargument auch in diesem Zusammenhang: „Wir haben vor über zwanzig Jahren über die passive Sterbehilfe diskutiert. Soll das zulässig sein? Darf man das in einer allgemeinen Patientenverfügung festschreiben, dass die Apparate abgestellt werden in bestimmten Situationen? Und damals gab es genau das gleiche Argument: Wenn wir das zulassen, dann werden die

[38] Seale, Clive: National survey of end-of-life decisions made by UK medical practitioners, in: Palliative Medicine 2006, 20, S. 3-10, http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=XLnSQO10YxQ%3D&tabid=38.

Patienten künftig nach passiver Sterbehilfe verlangen, um ihren Angehörigen nicht zur Last zu fallen. Und nichts davon ist eingetreten."[39] Dazu die medizinethische Bewertung von Jochen Vollmann: „Auch der ethisch weithin akzeptierte Verzicht beziehungsweise der Abbruch von medizinischen Maßnahmen (oft „passive Sterbehilfe" genannt) ist mit Missbrauchsgefahren verbunden. Sie lassen sich bei keiner Form der Entscheidung und der Handlungen am Lebensende ausschließen. Doch die Möglichkeit des Missbrauchs einer ethisch zulässigen Handlung kann diese als solche nicht in Frage stellen."[40]

In einer Studie zur Suizidhilfe in Oregon gehen Margaret Battin u. a. der Frage nach, ob durch die Freigabe des ärztlich assistierten Suizids gefährdete Patienten besonders stark betroffen würden. „Würden diese Patienten unter Druck gesetzt, manipuliert werden, um ärztlich assistierte Suizidhilfe zu bitten oder diese zu akzeptieren – durch überlastete Familienmitglieder, gefühllose Ärzte oder um ihre eigenen Gewinne besorgte Einrichtungen oder Versicherer? Das Argument der ‚schiefen Ebene' geht davon aus, dass missbräuchlicher Druck auf alle ernst oder unheilbar kranke Patienten ausgeübt würde, aber speziell solche Patienten benachteiligt würden, deren Kapazitäten für die Entscheidungsfindung beeinträchtigt sind, die sozialen Vorurteilen ausgesetzt sind oder sozial dahingehend konditioniert, dass sie glauben, selbst weniger Pflege zu verdienen. Diese Belastungen, so wird angenommen, würden zu einem erhöhten Risiko zu ärztlich assistiertem Suizid bei gefährdeten Personen führen im Vergleich zu sonstigen Gruppen."[41]

---

[39] Interview „Wer sich umbringen will, der findet auch einen Weg", in: *Cicero. Magazin für politische Kultur*, 16.4.2015, http://www.cicero.de/berliner-republik/assistierter-suizid-wer-sich-umbringen-will-der-findet-auch-einen-weg/59133.

[40] Vollmann: Aus Respekt vor der Selbstbestimmung, http://www.faz.net/aktuell/politik/die-gegenwart/debatte-im-bundestag-ueber-sterbehilfe-in-deutschland-13710439.html.

[41] Margaret P. Battin u. a.: Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in "vulnerable'' groups, in: Journal of Medical Ethics, Vol. 33, No. 10 (Oct., 2007), S. 591. Doi: 10.1136/jme.2007.022335. https://www.jstor.org/stable/27719957?seq=1#page_scan_tab_contents, abgerufen am 28.9.2016.

Die Studie findet keinen Hinweis darauf, dass gefährdete Gruppen von Patienten „Opfer“ der Freigabe des ärztlich assistierten Suizids geworden wären.

Finlay und George geben sich als Wissenschaftler, vor allem aber als Gegner einer Liberalisierung in England, damit nicht zufrieden. Auch sie fürchten, dass ein Gesetz, das selbstständigen Individuen mit einem starken Willen ärztlich assistierten Suizid erlaubt, in die Gesamtheit aller Sterbenskranken eindringt und weniger resolute Individuen ermutigt, ärztlich assistierten Suizid zu wählen, entweder als Ergebnis eines tatsächlichen oder empfundenen Drucks, von anderen oder aus sich selbst heraus, oder unter dem Einfluss einer behandelbaren und vorübergehenden Depression.

„In qualitativer Forschung hat sich gezeigt, dass Verletzlichkeit im Hinblick auf Entscheidungen zur Lebensbeendigung eher zusammenhängt mit Kommunikationsschwierigkeiten, mit der Situation, unveränderliche Symptome zu haben, eine quälende Erkrankung oder sozialer Minderwertigkeit. Solche Faktoren durchdringen soziökonomische Gruppen. (…)
Nötigung ist immer schwer zu enttarnen, insbesondere in konsumorientierten Gesellschaften, in denen die Bürger mehr auf Mode und Neues achten und wenn es nur allzu leicht ist, die eigenen Ansichten vom Besten auf andere zu übertragen, oder selbst zu fühlen, dass dem

---

Eigene Übersetzung durch den Autor. Im englischen Original: „Would these patients be pressured, manipulated, or forced to request or accept physician-assisted dying by overburdened family members, callous physicians, or institutions or insurers concerned about their own profits? This slippery-slope argument assumes that abusive pressures would operate on all seriously or terminally ill patients but would selectively disfavour patients whose capacities for decision making are impaired, who are subject to social prejudice or who may have been socially conditioned to think of themselves as less deserving of care. These pressures would result, it is assumed, in heightened risk for physician-assisted dying among vulnerable persons compared with background populations.”

neuen Weg nicht zu folgen, politisch nicht ganz richtig ist."[42]

Wenn anhand offenliegender Suizidhilfeereignisse in der Schweiz oder in Oregon, wo es entsprechende Dokumentationen gibt, eine spürbare Gefährdung verletzbarer Bevölkerungsgruppen nicht nachgewiesen werden kann, treten generelle Suizidgegner eben Rückzugsgefechte an, indem sie Nötigungen als schwer zu enttarnen darstellen oder sie plötzlich als Ergebnis allgemeiner gesellschaftlicher Modeströmungen oder „political correctness" herabwürdigen. Auf diese Weise entzieht man sich dann doch einer bewertbaren Auseinandersetzung über Fakten. Wenn also der angebliche Druck auf verletzbare Personengruppen sich nicht belegen lässt, was bleibt dann von der Verleitung? Da wird selbst die Tatsache, dass die Freitodorganisation EXIT Deutsche Schweiz inzwischen 100 000 Mitglieder hat, was 1 Mio. Mitglieder in Deutschland entsprechen würde, zum Beleg für eine Verleitung.[43] Definiert man Verleitung in dieser Weise, dann kann es hier nur noch um eine Abkehr von einem religiös begründeten Verbot der Verfügung über das eigene Lebensende gehen. Dies jedoch kann nicht Gegenstand gesetzlichen Schutzes sein.

---

[42] I. G. Finlay, R. George: Legal physician-assisted suicide in Oregon and The Netherlands: evidence concerning the impact on patients in vulnerable groups - another perspective on Oregon's data;
Journal of Medical Ethics, Vol. 37, 2011, S. 172/173. Doi:10.1136/jme.2010. http://jme.bmj.com/content/37/3/171.abstract, abgerufen am 28.9.2016. Eigene Übersetzung des Autors. Im englischen Original: „Conversely, in qualitative research, vulnerability in end-of-life decisionmaking has been shown to be more related to communicative difficulties, situation, having unrelieved symptoms or a distressing medical condition, or being socially undervalued. These factors transcend socioeconomic groupings. (…) Coercion is notoriously slippery to unmask, especially in consumerist societies in which citizens may be more sensitive to fashion and the new and when it is all too easy to project one's own view of best interest upon another, or to feel oneself that not to conform to the new way is in some manner politically incorrect."

[43] In ihrer Studie „Alterssuizid als Herausforderung" vom 20.6.2016 kommt die Schweizerische Nationalkommission Justitia et Pax als Einrichtung der Schweizer Bischofskonferenz zu dem Schluss, es sei der gesellschaftliche Druck, anderen nicht zur Last zu fallen, weshalb immer mehr Menschen einer Selbstbestimmungsorganisation wie EXIT beitreten. http://www.bischoefe.ch/dokumente/communiques/studie-suizidhilfe-im-alter.

Noch viel weniger Hinweise oder gar Belege für einen erfolgreichen Druck auf schwache und leidende Menschen gibt es ganz und gar für einen Zwang. Dennoch führt Prof. Steffen Augsberg, der wesentliche Teile des Gesetzes und der Gesetzesbegründung vorgelegt hat, in der Anhörung vor dem Bundestagsausschuss aus: „Selbstbestimmung kann nicht bedeuten, dass jegliche Einflussnahme ausgeschlossen ist. Das wäre eine weltfremde Annahme und das Konzept damit letztlich rein theoretischer Natur. Umgekehrt ist aber ebenso offensichtlich, dass eine relevante Beeinträchtigung auch dann vorliegen kann bzw. nicht erst dort beginnt, wo Zwang eingesetzt wird.“[44] Noch viel mehr, als die Annahme, Menschen könnten unter Druck geraten, hätte redlicherweise der Vorwurf des Zwanges in Zusammenhang mit assistiertem Suizid belegt werden müssen. Einen solchen Beleg gibt es nicht, aber der Vorwurf als solcher kann hängen bleiben.

Wichtigen Initiatoren und Befürwortern des Gesetzes geht es genau darum: „Wenn die Suizidbeihilfe Aufnahme in das Spektrum ärztlicher Tätigkeiten in der Sterbephase findet, kann es im Interaktionsprozess zwischen Arzt und Patienten zu einer wechselseitigen Entlastung kommen, durch die beide der Verantwortungsübernahme für das Geschehen aus dem Weg gehen: Der Arzt sieht sich durch den Sterbewunsch des Patienten zu seiner Mitwirkung legitimiert (…). Der Patient umgekehrt sieht sich durch die Bereitschaft des Arztes zur Mitwirkung an seinem Suizidwunsch moralisch und psychologisch entlastet; er überträgt die hohe gesellschaftliche Stellung des Arztes und das allgemeine Vertrauen in die Begründetheit und Rechtmäßigkeit seines Handelns auf die Mitwirkung an der eigenen Suizidhandlung, **wodurch die Schwelle zur Inanspruchnahme dieser Option weiter sinkt** *[Hervorhebung durch Verfasser]*.“ [45]

---

[44] Bundestag, Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz, Protokoll der 66. Sitzung vom 23. September 2015, S. 22.
[45] Schockenhoff: Stellungnahme.

„Wenn die ärztliche Suizidhilfe im öffentlichen Bewusstsein anerkannt wird und Aufnahme in das Spektrum ärztlicher Tätigkeiten findet, ist jedoch nicht mehr ersichtlich, warum Ärzte und Patienten den gemeinsam geplanten Suizid nur als allerletzten Ausweg ansehen sollten.“[46] Es geht also um die Akzeptanz einer selbstgewählten Lebensbeendigung allgemein. Ähnliches finden wir bei dem früheren Präses der Evangelischen Kirche Deutschlands, Nikolaus Schneider, in seiner Gesetzesbefürwortung: „Jeder Versuch, die Beihilfe zur Selbsttötung zu institutionalisieren, sei es gewerbsmäßig, sei es geschäftsmäßig, setzt Anreize, Selbsttötung zu normalisieren und als legitime Form der individuellen Selbstbestimmung zu verstehen.“[47] Seine eigene Gattin, die angesichts einer Krebserkrankung von der Möglichkeit sprach, „in die Schweiz“ zu gehen[48], hätte er wohl nicht als „verleitet“ oder unter Druck geraten betrachtet.

Es bleibt dabei: Eine Gefährdung verletzbarer Personen zu einer Kurzschlusshandlung ist immer gegeben. Dass eine solche Gefährdung aufgrund eines bestehenden allgemeinen Angebotes tatsächlich in einem assistierten Suizid endet, ist ein nicht belegter und wohl nicht belegbarer Vorwurf.

Zur Last fallen als Suizidbegründung?

Gemäß Gesetzesbegründung geben zahlreiche Untersuchungen „deutliche Hinweise darauf, dass sich viele Menschen davor fürchten, als Last empfunden zu werden, vollständig auf die Hilfe Dritter angewiesen zu sein und dabei ihre Autonomie zu verlieren. … Insbesondere in Verbindung mit dem geschilderten, weit verbreiteten Empfinden, man sei im Alter und/oder bei schwerer Krankheit eine Last, könnten Ange-

[46] Schockenhoff. Stellungnahme.
[47] Schneider, Nikolaus: Wem gehört der Tod? Hilfe zur Selbsttötung – eine Herausforderung für Kirche und Theologie, Auszüge aus einer Rede, gehalten auf dem Welthospiztag in Frankfurt am Main am 10. Oktober 2013. Zitiert nach DGHS: Sterbehilfe – eine Frage des Glaubens?, Berlin 2015
[48] „Wir halten die Wahrheit aus“; DIE ZEIT Nr. 30/2014, 17. Juli 2014.

bote der geschäftsmäßigen Beihilfe zum Suizid geradezu eine Art Erwartungsdruck erzeugen, diese Angebote auch wahrzunehmen, um die eigene Familie und die Gesellschaft als Ganzes von dieser „Last" zu befreien. Dies sind aus Sicht des Gesetzgebers beunruhigende Entwicklungen, denen wirksam Einhalt geboten werden muss."[49]

Die dafür angegebenen Quellen[50] machen jedoch keineswegs deutlich, dass alte und kranke Menschen sich unter einem Erwartungsdruck sehen, ihr Leben vorzeitig zu beenden. Die angeführten Untersuchungen zeigen Folgendes: In allen Bevölkerungsteilen gibt es einen nennenswerten Prozentsatz von Menschen, ca. 30 bis 60 %, die in Telefonumfragen bestätigen, dass sie bei Gedanken an das eigene Sterben u. a. auch davor Angst haben, anderen zur Last zu fallen. Diese Angst nimmt allerdings mit steigendem Alter ab.

Umfragen belegen auch, dass etwa 40 bis 50 % der Interviewten zustimmen, wenn gefragt wird, ob bei einer Freigabe ärztlicher Suizidassistenz oder aktiver Sterbehilfe Schwerkranke, Pflegebedürftige oder ältere Menschen sich mehr als bisher zum Freitod gedrängt fühlen würden, um anderen nicht zur Last zu fallen.
Ein Drittel bejaht die Vorstellung, es würde ein gesellschaftlicher Druck entstehen, sich für den selbst herbeigeführten Tod zu entscheiden.[51] Man glaubt also, es könnte so kommen. Man weiß es aber nicht. Man (56 %) glaubt auch, dass „eine gelockerte Regelung zum Beispiel von Angehörigen missbraucht werden könnte"[52], ohne dass z. B. in diesem

---

[49] Bundestag Drucksache 18/5373, Begründung - A. I., S. 9.
[50] Vgl.: Klostermann und Schneider: „So ist kein Leben" – Suizide alter und hochaltriger Menschen, in: Suizidprophylaxe, Theorie und Praxis, 31, 2004, S. 35-40. Abé u.a.: Der moderne Tod, in: Der Spiegel 6/2014, 3.2.2014. Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage zum Thema „Sterben in Deutschland – Wissen und Einstellungen zum Sterben", 20.8.2012. Sozialwissenschaftliches Institut der EKD: Sterben? Sorgen im Angesicht des Todes. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage, 12.5.2015.
[51] Ahrens, Petra-Angela: Sterben? Sorgen im Angesicht des Todes, Sozialwissenschaftliches Institut der EKD, Hannover 2015.
[52] https://www.earsandeyes.com/de/presse/mehrheit-spricht-sich-fuer-aktive-sterbehilfe-aus/, abgerufen am 28.9.2016.

Fall der Gesetzgeber sich davon abhalten lässt, Angehörigen im Gegensatz zu organisierten Helfern die Mitwirkung beim Suizid straffrei zu stellen.

Der Gedanke, jemandem am Lebensende zur Last zu fallen, ist in der Bevölkerung präsent, was angesichts einer zunehmenden Pflegebedürftigkeit bei gleichzeitig geringer werdenden Möglichkeiten der Pflege in der Familie nicht verwundert. Greifbar ist die Furcht vieler Menschen, der Familie zur Last zu fallen. Das zeigt sich auch darin, dass zwei von drei Bundesbürgern bei dem Thema in erster Linie den Staat in der Pflicht sehen. „Die öffentliche Hand wird darum in Zukunft eine noch größere Rolle bei der Pflege spielen müssen", sagt Michael Burkhart, Partner bei PwC und Leiter des Bereichs Gesundheitswesen und Pharma in Deutschland.[53]

Bei den Patienten, die in Oregon ärztliche Suizidassistenz erhalten und an einer unheilbaren Krankheit im Endstadium leiden (< 6 Monate), nennen als Begründung für den Suizidwunsch neben dem Verlust der Autonomie (92 %) und der Würde (knapp 80 %) auch 40 bis 50 % zusätzlich die Belastung von Familie, Freunden und Pflegepersonal.[54] Aber nirgendwo gibt es Hinweise darauf, dass die primäre Begründung eines Suizidwunsches, anderen zur Last zu fallen, im Bereich organisierter Suizidhilfe oder zugelassener Tötung auf Verlangen zu einer Erfüllung des Suizidwunsches führen würde. Der Familie nicht zur Last zu fallen, Lebensmüdigkeit und Niedergeschlagenheit führten z. B. in Holland oft zur Zurückweisung eines Lebensbeendigungswunsches, wenn dem kein aussichtsloses, nicht weiter therapierbares Leiden zugrunde lag.[55]

---

[53] http://www.pwc.de/de/pressemitteilungen/2015/pflege-die-deutschen-wollen-ihrer-familie-nicht-zur-last-fallen.html, abgerufen am 28.9.2016.
[54] Oregon Public Health Division: Oregon death with dignity act: 2015 data summary, 4. Februar 2016, http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year18.pdf, abgerufen am 28.9.2016.
[55] Marijke C. Jansen-van der Weide, MSc; Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, PhD; Gerrit van der Wal, MD, PhD : Granted, Undecided, Withdrawn, and Refused Requests for Euthanasia and Physician-Assisted Suicide; *Arch Intern Med.* 2005;165(15), Table 1, S. 1700. Doi:10.1001/archinte.165.15.1698.

humanismus aktuell

Zeitschrift für Kultur und Weltanschauung
Online-Ausgabe Berlin 2016, 7. [19.] Jg., H. 2
ISSN 2191-060X
Das Verbot organisierter Suizidhilfe nutzt niemandem, schadet aber vielen!
Text 42

Selbst bei unheilbar erkrankten Patienten auf Palliativstationen spielt der Wunsch nach Entlastung von Angehörigen noch eine gewisse Rolle[56] (Abbildung 2). Im Vordergrund stehen aber auch dort Schmerz, Angst vor weiteren Leiden und Pflegebedürftigkeit.

Gründe für den Wunsch nach Tötung auf Verlangen bei unheilbar kranken Menschen auf Palliativstationen

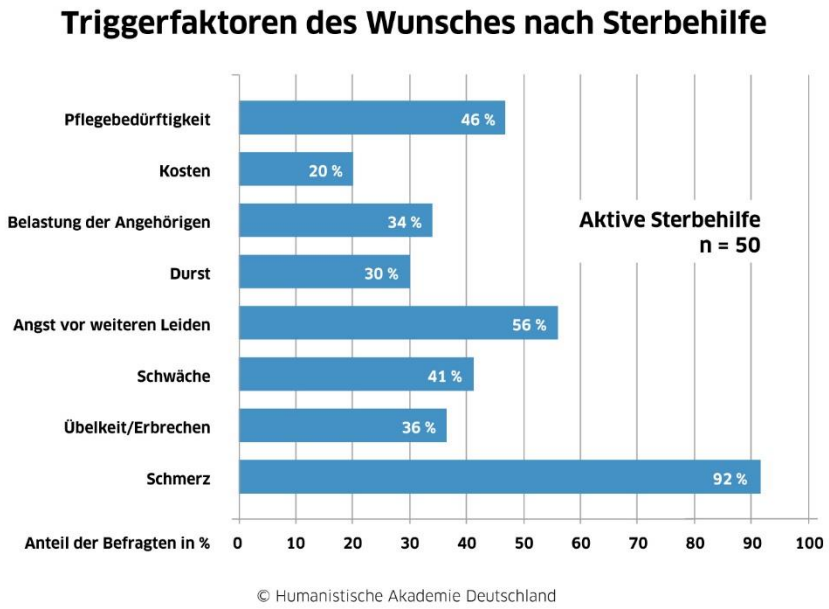

Abbildung 2

---

[56] Matthias Thieme: Einstellungen zur Sterbehilfe bei unheilbar erkrankten Patienten - Eine prospektive multizentrische Untersuchung auf sächsischen Palliativstationen, Dissertation Leipzig 2012, S. 50, http://www.qucosa.de/fileadmin/data/qucosa/documents/12970/Promotion%20Gesamtdokument%20Print%2029-8-2012.pdf, abgerufen am 26.8.2016.

Die Argumentation, jede „Erleichterung und Förderung von Möglichkeiten der Suizidbeihilfe würde das fatale Signal an Schwerkranke und Sterbende aussenden, die Gesellschaft lege ihnen ein freiwilliges, lautloses Abschiednehmen aus der Mitte der Lebenden nahe, bevor sie diesen zur Last zu fallen drohen“[57], ist an sich schon ein Pessimismus, der nur zuträfe, wenn die Gesellschaft nicht gleichzeitig andere Signale senden würde (bessere Versorgung bei Pflegebedürftigkeit, bessere Palliativversorgung, Aufgehobenheit der Sterbenden in der Gesellschaft). Sie trifft aber auch deshalb nicht zu, weil diese Begründung für eine „selbstgewählte“ Lebensbeendigung in der organisierten Suizidhilfe richtigerweise nicht zum Erfolg führt.

In einem Interview des Schweizer *Blick* mit dem Palliativmediziner Steffen Eychmüller ist zu lesen: „Wenn Sterbehilfe zum Ideal wird, heisst das, dass man als hilfsbedürftige Person nicht mehr wertvoll ist. Solange man voll leistungsfähig ist, ist alles gut, wenn nicht mehr, dann ‚Exit‘. (…) Die Menschen wollen niemandem zur Last fallen. Die Patienten selber sagen: Das kann ich meinen Angehörigen doch nicht antun. Die sind alle im Berufsleben, ich kann sie nicht überbelasten. Auch das Geld spielt eine Rolle. Viele fragen sich, wie lange sie sich die Pflege leisten können.“[58]

Zwei typische Gedankenfehler sind hier enthalten: Erstens wird Sterbehilfe – gemeint ist der assistierte Suizid – nicht zum Ideal. Davon kann weder quantitativ noch qualitativ die Rede sein. Dies bedeutet aber auch, dass der Wert einer hilfebedürftigen Person nicht durch die Möglichkeit des assistierten Suizids geschmälert wird. Ähnliche Fehleinschätzungen finden sich bei Protagonisten des § 217, wie die Bundestagsdebatten hierzu zeigten. Zweitens finden reale Sorgen von Menschen hinsichtlich der zeitlichen oder finanziellen Belastung ihrer Angehörigen am unwahrscheinlichsten eine „Lösung“ durch organisierte Suizidhilfe. Entsprechende Hilfsorganisationen würden sich eher um andere Lösungen bemühen. Sind die Nöte überwältigend, besteht eher

[57] Schockenhoff: Stellungnahme.
[58] „Exit ist etwas für Individualisten“, *Blick*, 18.11.2014.

die Gefahr eines gewaltsamen Suizids. Am perfidesten an solchen Argumentationen ist jedoch, dass sie gegen Suizidhilfe ins Feld geführt werden statt gegen die wahren Ursachen, also z. B. unzureichende staatliche Fürsorge.

Im Übrigen muss „niemandem zur Last fallen zu wollen“ auch als ein gültiges Zusatzmotiv für Therapieverzicht oder Sterbehilfe akzeptiert werden. „Für jemanden, der im ganzen Leben bei seinen Entscheidungen immer auch das Wohlergehen der Familie und der weiteren Gemeinschaft im Auge hatte (...), für so jemanden ist es die Verneinung des Grundtenors seines ganzen Lebens, wenn man ihn am Lebensende daran hindern will, die Interessen der anderen vor die eigenen zu stellen.“[59]

Gefährdung durch Eigeninteresse geschäftsmäßiger Suizidhelfer?

Neben der Befürchtung, der assistierte Suizid könne gesellschaftliche „Normalität“ werden, wodurch verletzbare Personen unter Druck geraten könnten, sieht der Gesetzgeber ein wesentliches Argument für ein Verbot „geschäftsmäßiger“ Suizidhilfe auch bei den Helfern selbst. „Denn durch die Einbeziehung der Suizidhelferinnen und Suizidhelfer, die spezifische Eigeninteressen verfolgen, können die Willensbildung und Entscheidungsfindung der betroffenen Personen beeinflusst werden.“[60]

---

[59] Warnock, Mary: A duty to die?, Omsorg 4, S. 3, 2008. Zitiert nach der Übersetzung von Georg Bossard, in: Bosshard, Georg: Suizidbeihilfe, terminale Sedierung, Sterbefasten und weitere umstrittene Entscheidungen am Lebensende, S. 29, Zürich 2016, http://www.srrws.ch/fileadmin/images/0_Dokumente/Zuweiser/9_Folien-Bosshard-Flums-25Aug2016.pdf. Im englischen Original: „For someone who has lived all his life valuing what contribution he has been able to make to the welfare of his family or the wider community, valuing equally the efforts he has made not to for himself, it is the negation of the whole tenor of his life if at the end of it he is denied the right to put others before himself.”

[60] Bundestag Drucksache 18/5373, S. 11.

Entsprechende Interessenkollisionen würden „immer dort entstehen, wo ein (auch nicht finanziell motiviertes) Eigeninteresse der Suizidhelferinnen und -helfer an der Durchführung der Selbsttötung besteht." Dies sei „auch dort anzunehmen, wo auf den assistierten Suizid „spezialisierte" Organisationen oder Personen ein „Geschäftsmodell" entwickeln und kontinuierlich betreiben (wollen)." Durch ihre Tätigkeit werde „die personale Eigenverantwortlichkeit, welche die Straflosigkeit des Suizids begründet, beeinflusst und damit bestehe „eine zumindest abstrakte Gefährdung höchstrangiger Rechtsgüter, nämlich des menschlichen Lebens und der Autonomie des Individuums."[61] „Wenn infolge der wiederholten Suizidhilfe diese als eine Art „Standard" etabliert wird, dient das zum einen mit Blick auf die Suizidhelfer der professionellen Profilbildung. Es baut zum anderen gegenüber den Betroffenen zusätzlichen (Entscheidungs-)Druck auf."[62]

Die Gefährdung resultiert also nach Auffassung des Gesetzgebers daraus, dass Suizidhelfer, beginnend bei denen, die mehr als einmal bei einem Suizid assistieren, ein eigenes Interesse verfolgen, das offenbar dem Lebensinteresse ihres Klienten entgegengesetzt ist. All diese Thesen werden wiederum nicht belegt. Es müssten jedoch bei einer inzwischen vierstelligen Zahl von Fällen organisierter Suizidhilfe in verschiedenen Ländern der Welt deutliche Belege vorhanden sein, wenn die Thesen zuträfen.

Der Theorie, die geschäftsmäßigen Suizidhelfer seien nur auf die tatsächliche Durchführung des Suizids fixiert und würden dadurch Entscheidungsdruck ausüben, ist zunächst einmal eine ungebührliche, um nicht zu sagen: perfide, Unterstellung. Dem Grunde nach unterstellt sie eine Verleitung aus selbstsüchtigen Beweggründen. Eine solche Unterstellung dürfte ohne Nachweis nicht Gegenstand einer Gesetzesbegründung sein. Umgekehrt stehen dieser Unterstellung bedeutsame Fakten gegenüber:

---

[61] Bundestag Drucksache 18/5373, S. 12.
[62] Bundestag Drucksache 18/5373, S. 17.

- Kein Versprechen „schneller Hilfe“

Der Vorwurf „Derartige Organisationen versprechen eine ‚schnelle Hilfe‘ durch Beihilfe zum Suizid, indem sie nicht professionelle Beratung, Behandlung und Hilfe, sondern die Suizidmittel direkt bereitstellen.“[63] trifft nicht zu. Weder versprechen Freitod- und Suizidhilfeorganisationen „schnelle Hilfe“. Sie erfüllen auch keinesfalls und schon gar nicht sofort jeden Suizidwunsch, auch dann nicht, wenn es keinerlei Zweifel gibt, dass der Klient freiwillensfähig ist. Dies gilt auch für Einzeltäter, wie dies z. B. im Fall des Arztes Uwe Christian Arnold in seinem Buch „Letzte Hilfe“[64] nachzulesen ist. EXIT Deutsche Schweiz hat in 2015 3.500 Anfragen für Sterbehilfe erhalten, bei rund 1.100 Mitgliedern wurden vertiefte Abklärungen getroffen, aber nur 782 wurden bewilligt.[65] Ähnliche Verhältniszahlen kann man für andere Organisationen finden oder etwa für den ärztlich organisierten Suizid in Oregon.

- Die Bereitschaft zur Suizidhilfe wirkt auch suizidprophylaktisch

Das offene Gespräch mit Suizidwilligen lenkt nachweislich viele Suizidwünsche im Rahmen einer Beratung in Richtung medizinischer Behandlung, z. B. palliativer Art, oder hospizlicher Betreuung um. Bernard Sutter, Geschäftsführer von EXIT: „Exit ist vor allem suizidpräventiv tätig. 80 Prozent der Patienten, die sich an uns wenden, rücken nach der Beratung ab vom Vorhaben.“[66] Ludwig Minelli, Gründer von DIGNITAS:

---

[63] Stellungnahme des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland und der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention zur Diskussion gesetzlicher Änderungen bezüglich eines Verbots der gewerbsmäßigen und geschäftsmäßigen Sterbehilfe, Juni 2014, http://www.naspro.de/dl/2014-06-Stellungnahme-Sterbehilfe-DGS-NaSPro.pdf, abgerufen am 9.2.2015.
[64] Arnold, Uwe Christian: Letzte Hilfe, Reinbek 2014.
[65] https://www.ref.ch/news/exit-30-prozent-mehr-freitodbegleitungen/, abgerufen am 26.9.2016.
[66] Interview mit der Berner Zeitung 2.3.2015, http://www.bernerzeitung.ch/leben/gesellschaft/Es-braucht-viel-Willen-und-Mut-sein-Leiden-vorzeitig-zu-beenden/story/22903059, abgerufen am 26.9.2016.

„Wir sind überzeugt, dass ein Mensch eigentlich nie wirklich sterben möchte. Er wünscht sich den Tod allein deshalb, weil er so wie bisher nicht mehr weiterleben möchte. Es ist dann unsere Aufgabe, zusammen mit diesem Menschen danach zu fragen, ob es für sein Problem eine vernünftige, erzielbare Lösung gibt.“[67] Geschäftsmäßige Suizidhilfe hat damit unmittelbar auch eine suizidprophylaktische Wirkung.[68]

Seitens des Nationalen Suizidpräventionsprogramms ist leicht behauptet, „Bei vielen der mit Hilfe dieser Organisationen zu Tode gekommenen Personen hätte es durchaus die Möglichkeit einer medizinischen Behandlung (z.B. einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung oder im Rahmen der Palliativmedizin) gegeben.“[69] *Sterbehilfe Deutschland* berichtet seit Jahren recht detailliert über Fälle abgelehnter und gewährter Suizidhilfe.[70] Es blieb und bleibt Fachleuten unbenommen, wäre vielleicht sogar ihre Pflicht, hierzu Stellung zu nehmen und Fehlverhalten nachzuweisen. Dergleichen Bemühungen sind nicht festzustellen.

---

[67] So am 15.6.2012 auf dem Kongress World Federation Right-to-Die-Societies, http://dignitas.ch/images/stories/pdf/diginpublic/referat-wf-kongress-suizidversuche-d-15062012.pdf, abgerufen am 26.9.2016.

[68] Bereits 2006 betonte Ludwig Minelli: „DIGNITAS ist überzeugt, dass die Ermöglichung einer Sterbehilfe durch begleiteten Suizid eine der wirksamsten Maßnahmen wäre, um die gewaltigen Zahlen von Suiziden und Suizidversuchen massiv zu reduzieren. Warum? Die heutige Suizidprophylaxe geht vom Ansatz aus, Suizid dürfe nicht sein. Damit wird das Suizidgeschehen in einen Tabu-Bereich verwiesen. Jemand, der daran denkt, sein eigenes Leben beenden zu wollen, kann sein Gesicht verlieren, wenn er mit einem anderen Menschen über diese Absicht spricht. Das führt dazu, dass potentielle Suizidenten in aller Regel ganz auf sich allein gestellt sind und bleiben. Sie sind damit in einer zutiefst belastenden Situation ohne Hilfe Dritter.“ (Minelli, Ludwig: Rechtliche, politische und ethische Aspekte der Sterbehilfe-Debatte in Deutschland, in: Aufklärung und Kritik, Sonderheft 11/2006.)

[69] Stellungnahme des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland und der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention zur Diskussion gesetzlicher Änderungen bezüglich eines Verbots der gewerbsmäßigen und geschäftsmäßigen Sterbehilfe, Juni 2014; http://www.naspro.de/dl/2014-06-Stellungnahme-Sterbehilfe-DGS-NaSPro.pdf, abgerufen am 9.2.2015.

[70] Z. B.: Benzin, Torsten: Der Ausklang, Band 7 in der Schriftenreihe von Sterbehilfe Deutschland, Norderstedt 2015.

Der Suizidhelfer, der für den Suizidenten noch Alternativen sieht, die dieser aber ablehnt, kann seine weitere Hilfe verweigern oder er kann den autonomen Willen des Suizidenten akzeptieren. Eine Vorschrift lässt sich dafür schwerlich entwickeln, wenn es an der Einsichts- und Freiwillensfähigkeit eines aufgeklärten Suizidenten nicht mangelt.

An dieser Stelle ist auf einen weiteren Schaden des § 217 hinzuweisen: Nicht nur die suizidprophylaktische Potenz von geschäftsmäßiger Suizidhilfe fällt weg, sondern ebenso ist jede weitere ergebnisoffene und nur deshalb attraktive Suizidkonfliktberatung von Strafe bedroht, da sie, wenn der Patient nicht von seiner Suizidabsicht abrückt, als Förderung eines Suizids ausgelegt werden kann. Auch wenn dies vom Gesetzgeber nicht beabsichtigt gewesen sein sollte, so wirkt es sich doch in der Praxis so aus. Der Bundesrichter Thomas Fischer, selbst ein Gegner nichtärztlicher organisierter Suizidhilfe, wünscht sich anderes: „Schon wenn es gelänge, über ‚Sterbehilfe'-Anlaufpunkte und Beratungsstellen ein paar Tausend Menschen zu erfassen, die sich heute gegen jede vernünftige Intuition, oft auf grauenvolle Weise und unter schwersten Beeinträchtigungen Dritter (Mitnahme-Suizide) das Leben nehmen, hätten wir sehr viel gewonnen."[71]

- Die Organisationen verfügen über eigene Verhaltensnormen

Exit Deutsche Schweiz z. B. setzt klare Bedingungen für die Gewährung von Freitodhilfe: Diese darf nur gewährt werden, wenn die sterbewillige Person

- versteht, was sie tut (Urteilsfähigkeit)
- nicht aus dem Affekt handelt und sämtliche Alternativen zum Freitod erwogen hat (Wohlerwogenheit)
- einen dauerhaften Sterbewunsch hegt (Konstanz)
- von Dritten nicht beeinflusst wird (Autonomie)

---

[71] Fischer, Thomas: Im Zweifel gegen die Freiheit, *Die Zeit*, 28.4.2014, http://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2015-04/sterbehilfe-selbstbestimmung-bundestag/komplettansicht, abgerufen 26.9.2016.

- den Suizid eigenhändig ausführt (Tatherrschaft).[72]

Für die Freitodhelfer setzt Exit Fachwissen, Berufserfahrung, Lebenserfahrung, Menschenkenntnis, Einfühlungsvermögen, viel Zeit, Organisationsgeschick und einen ruhigen Kopf voraus. Oft sind das über 50-jährige Fachfrauen aus dem sozialen Bereich. Sie durchlaufen bei Exit eine einjährige interne Ausbildung und schließen diese an der Uni Basel ab. Davor steht ein längerer Auswahlprozess, danach sind Fallaufbereitungen, Seminare und ständige Weiterbildung Pflicht.[73] Im Prinzip ähnlich, wenn auch noch nicht so durchstrukturiert, arbeiten kleinere Suizidhilfeorganisationen wie z. B. DIGNITAS oder *Sterbehilfe Deutschland*.

Diese Fakten belegen, dass es bei der „geschäftsmäßigen" Suizidhilfe offenbar nicht um eine möglichst hohe Zahl durch Suizid „erledigter Fälle" geht. Als Suizidhelfer wird man nicht geboren. Die Lebensgeschichten zeigen, dass an einem bestimmten Punkt potentielle Helfer von beobachtetem Leid so stark angerührt werden, dass sie sich entschließen, zu helfen, auch wenn dies gesellschaftlich zunächst einmal eher geächtet ist. Aber Hilfe beschränkt sich dabei nicht von vornherein auf Hilfe zum Sterben, sondern umfasst auch Hilfe zum Leben, wo dies offensichtlich oder nach genauerer Prüfung möglich ist oder gar geboten (bestimmte psychische Erkrankungen).
Ganz abgesehen davon weiß jeder organisierte Suizidhelfer, dass die Hilfe bei einem Suizid, bei dem es Zweifel an der Freiwillensfähigkeit des Suizidenten gibt, strafbedroht ist.[74]

---

[72] https://www.exit.ch/freitodbegleitung/bedingungen/ abgerufen 26.9.2016.
[73] EXIT-Geschäftsführer Bernhard Sutter am 19.9.2016 auf http://www.t-online.de/unterhaltung/tv/id_78992460/-tatort-freitod-im-realitaetscheck-bleiben-einige-fragezeichen.html, abgerufen am 26.9.2016.
[74] Die Staatsanwaltschaft Hamburg hat medienwirksam im Mai 2014, im langen Vorfeld der Gesetzesdebatte gegen Dr. Kusch von Sterbehilfe Deutschland und den Psychiater Dr. Spittler Anklage wegen gemeinschaftlichen Totschlags der Frau M. und Frau W. in mittelbarer Täterschaft erhoben. Sie sollten die beiden Klientinnen von Sterbehilfe Deutschland zum Suizid überredet haben. Erst nach Verabschiedung des Gesetzes im Dezember 2015 lehnte dann das Landgericht Hamburg die Eröffnung

Nicht umsonst betreibt z. B. Sterbehilfe Deutschland einen hohen Prüf- und Dokumentationsaufwand.

Fazit

Unter dem Titel „Entmündigung per Gesetz“ hat Christian Rath, Mitglied der Justizpressekonferenz Karlsruhe seit 1995, die Auseinandersetzung bereits Anfang 2014 so zusammengefasst: „Wurde die Suizidhilfe zu einem Massenphänomen? Wurde sie zu einer normalen Dienstleistung? Werden Schwerkranke von ihren Verwandten gedrängt, sich endlich selbst zu töten, weil es jetzt ja praktische Hilfsvereine wie Dignitas und Sterbehilfe Deutschland gibt? Die Antwort lautet nein, nein und nochmal nein.

Auch aus der Schweiz, wo organisierte Suizidhilfe gesellschaftlich viel akzeptierter ist als bei uns, ist selbst nach Jahrzehnten keine massenhafte Zunahme der Fälle zu vermelden. Der Kampf gegen gewerbsmäßige oder geschäftsmäßige Suizidhilfe ist vor allem ein ideologisches Projekt der Konservativen. Sie versuchen, den Kirchen ihre Hoheit über das Lebensende zurückzugeben. Der Mensch soll nicht selbstbestimmt sterben, sondern duldsam auf sein Ende warten, egal wie dreckig es ihm geht.“[75] Aus kirchlicher Sicht verständlich, kann die Ächtung des Suizids als eine mögliche, wenn auch glücklicherweise selten genutzte Form individueller Selbstbestimmung jedoch nicht Aufgabe des Staates sein.

Die Möglichkeiten, das eigene Leben bei schwerer aussichtsloser Krankheit selbstbestimmt mit Unterstützung durch Ärzte oder spezielle Vereine zu beenden, haben in Europa und Amerika in den letzten Jah-

---

eines Strafverfahrens wegen nicht „hinreichendem Tatverdacht“ ab. Auch das Oberlandesgericht ließ eine Anklage wegen gemeinschaftlichen Totschlags nicht zu. Siehe dazu z. B.: http://www.zeit.de/hamburg/stadtleben/2015-12/roger-kusch-sterbehilfe-verfahren-hamburg und http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/68120/, abgerufen am 28.9.2016.

[75] Rath, Christian: Entmündigung per Gesetz, *die Tageszeitung*, 7.1.2014, http://www.taz.de/Kommentar-Sterbehilfe/!130526/, abgerufen am 26.9.2016.

ren und Jahrzehnten zugenommen und die Entwicklung wird weitergehen. Mit den Möglichkeiten ist auch die Zahl der Menschen, die davon Gebrauch machen, kontinuierlich gestiegen. Dies ist das einzige Faktum, auf das sich die Gesetzesbegründung beruft. Daneben gibt es nur Befürchtungen, Vermutungen, nicht zu belegende Behauptungen über Druck, ganz und gar Zwang, und Verleitung gefährdeter Personen. Von „tatsächlichen Feststellungen, von denen der Gesetzgeber ausgegangen ist“[76], bleibt also nur ein quantitativer Aspekt bei den beobachtbaren Zahlen assistierten Suizids, für die eine Wachstumsprognose unstrittig ist. Sonstige Prognosen des Gesetzgebers entbehren in der Tat „einer rationalen Grundlage“.

Die wesentlichen Begründungen des § 217 StGB lassen sich bei genauerer Betrachtung nicht aufrechterhalten. Das Gesetz baut auf einer abstrakten Gefährdung, für die es keine ernstzunehmenden empirischen Nachweise gibt. Stattdessen können ausreichend Belege dafür angegeben werden, dass es diese abstakte Gefährdung nicht gibt, jedenfalls nicht in einem Ausmaß, das die Konsequenzen des Gesetzes, die weitgehende Einschränkung der Autonomie in der Frage einer eigenständigen Lebensbeendigung mit Assistenz Anderer rechtfertigen könnte.

Monika Frommel, emeritierte Strafrechtsprofessorin, bringt dies so auf den Punkt: „Rechtlich ist die Entscheidung einfach: Wenn es keine objektivierbaren Gegenindikatoren gibt, muss Freiheit zugeschrieben werden. Das stört manche Teilnehmer einer ethischen Debatte. Sie wollen ihre jeweiligen moralischen Präferenzen allgemein verbindlich machen. Sie tendieren deshalb zur maternalistischen bzw. paternalistischen Sichtweise und können nicht begründen, wieso ihre höchst subjektiven Urteile „moralisch“ als allgemeinverbindliche Sozialethik gelten sollen.“[77]

---

[76] Vgl. in: Begründung der Ablehnung einer einstweiligen Anordnung gegen § 217, Gründe 18,
2 BvR 2347/15.

[77] Frommel, Monika: „Medizinischer Paternalismus am Sterbebett“,13.5.2015, https://www.novo-argumente.com/artikel/medizinischer_paternalismus_am_sterbebett, abgerufen am 26.9.2016.

Es ist nicht erkennbar, welchen konkreten Personengruppen durch das Gesetz ein Schutz zuteilwürde, dessen sie bedürften und den sie zuvor nicht hatten. Dagegen ist offensichtlich, dass das Gesetz nicht nur die Möglichkeiten schwerkranker und leidender Menschen zu einem Freitod mit professioneller Hilfe dramatisch reduziert. Es reduziert auch die Möglichkeiten der Suizidprophylaxe und nötiger Suizidberatung und beschwört damit die Gefahr unnötiger brutaler Suizide. Dass das Gesetz zudem massive Verunsicherung bei ärztlichem und pflegerischem Handeln in Fragen des Lebensendes auslöst, wird inzwischen von Fachleuten kaum noch bestritten. Besonders betroffen davon ist die Praxis der Vorhaltung schmerzstillender und atmungsberuhigender Medikamente in der ambulanten Palliativmedizin und die Unterstützung des freiwilligen Sterbefastens (Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit), das als eine besondere Form des Suizids angesehen werden kann und wird.

Michael Quante, Professor für Philosophie und 2014 mit dem erstmals verliehenen Deutschen Preis für Philosophie und Sozialethik ausgezeichnet, hält die Autonomie für einen „zentralen Wert", der in bestimmten Bereich nicht einfach ausgeblendet werden dürfe. Er kann sich „sehr hohe Schutzwälle bei der Ausübung von Autonomie" vorstellen, wie z.B. Kontrollmechanismen und Prüfverfahren, die Menschen vor Kurzschlusshandlungen schützen. Aber, so sagt er, „[v]erschärfte Strafgesetze, das ist leider in manchen Kreisen innenpolitisch ein gern genommenes Mittel, lösen nichts".[78]

Die Aufhebung des Gesetzes ist aus rechtlichen wie aus ethischen Gründen geboten. Mit der gebotenen Aufhebung würde zugleich der sich wandelnden Haltung einer großen Bevölkerungsmehrheit zu Fragen eines guten Sterbens Rechnung getragen. Angesichts wünschenswerter Lebensverlängerung einerseits, unerwünschtem Leiden andererseits erwartet eine stabil große Mehrheit, im Notfall auf die Option

[78] „Verschärfte Strafgesetze lösen nichts", *Deutschlandradio Kultur*, Sterbehilfe, 29.1.2014.

einer Beendigung des eigenen Lebens mit professioneller Unterstützung zurückgreifen zu können. Weitere gesetzliche Beratungen, soweit überhaupt erforderlich, sollten daher in einer demokratischen Gesellschaft unter dieser Prämisse erfolgen.

humanismus aktuell

Zeitschrift für Kultur und Weltanschauung
Online-Ausgabe Berlin 2016, 7. [19.] Jg., H. 2
ISSN 2191-060X
Das Verbot organisierter Suizidhilfe nutzt niemandem, schadet aber vielen!
Text 42

Ärztlich assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen
Charakteristische Daten aus ausgewählten Ländern

—diesseits—

Staat/USA-Bundesstaat	Oregon	Washington	Holland		Belgien	
Todesfälle gesamt *im Zeitraum*	**2015**	**2015**	**2015**	**2010**	**2013**	**2013**
berichtet	35.598	52.028	147.134		109.295	
geschätzt				136.058		61.621
Ärztlich assistierter Suizid in %	132 0,4	166 0,3	208 0,1	0,1	1.807 1,7	0,05
Euthanasie (aktive Sterbehilfe) in %	0	0	5.308 3,6	2,8		4,6
Alter (Jahre)(%) *im Zeitraum*	**1998-2015**	**2009-2015**	**2015**	**2010**	**2012-2013**	**2013**
< 18	0	0	n.a.	35 (<65)	0	0
18-44	3	2	n.a.		4	2 (18-49 J.)
45-54	6	6	n.a.	8		9 (50-59 J.)
55-64	21	20	n.a.	16		8 (60-64 J.)
65-74	29	32	n.a.	41 (65-79 J.)	24	20
75-84	26	23	n.a.		27	37
≥85	15	17	n.a.	24 (≥80 J.)	21	24
Beschwerdeprofil (%) *im Zeitraum*	**1998-2015**	**2009-2015**	**2015**	**2010**	**2012-2013**	**2013**
Krebs	77	75	73	79	73	70
Neurodegenerativ	8	11	8	6	6	6
Atmung	4	5	4	5	3	3
Herzkrankheiten	3	5	4	4	5	10
Psychisch	n.a.	n.a.	1	6	4	12
Andere, inkl. multifaktoriell	8	3	11		10	
Begründungen für Lebensendewunsch (%) *im Zeitraum* (Mehrfachnennungen)	**1998-2015**	**2009-2015**	**2015**	**2010**	**2012-2013**	**2013**
Autonomieverlust	91	90	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Weniger Teilnahmemöglichkeit an lebenswerten Aktivitäten	89	89	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Würdeverlust	68	76	n.a.	61	n.a.	52
Verlust der Kontrolle von Körperfunktionen	48	51	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Belastung für Familie, Freunde und/oder Pflegeperson	41	53	n.a.	n.a.	n.a.	14
Schmerzen, ungenügende Schmerzkontrolle oder Angst davor	25	36	n.a.	49	n.a.	n.a.
Finanzielle Behandlungsfolgen	3	9	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Patientenwunsch	n.a.	n.a.	n.a.	85	n.a.	88
Körperliches oder geistiges Leiden	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	87
Keine Aussicht auf Besserung	n.a.	n.a.	n.a.	82	n.a.	78
Keine Behandlungsoptionen mehr	n.a.	n.a.	n.a.	73	n.a.	n.a.
Andere Symptome als Schmerz	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	63	n.a.
Erwartetes Leiden	n.a.	n.a.	n.a.	50	n.a.	48
Geschätzte Lebenserwartung (%) *im Zeitraum*	**1998-2015**	**2009-2015**	**2015**	**2010**	**2012-2013**	**2013**
weniger als 1 Woche	n.a.	n.a.	n.a.	41	n.a.	55
1 Woche oder mehr	n.a.	n.a.	n.a.	59	n.a.	45

© Humanistische Akademie Deutschland / diesseits – Das humanistische Magazin

Notiz: Aus: Ezekiel J. Emanuel et. al.: Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe; JAMA. 2016;316(1):79-90. **doi:**10.1001/jama.2016.8499, Table 4 [Übersetzung: Erwin Kress]