

Position von HLI-Schweiz im Rahmen der Vernehm- lassung zur Regelung bzw. Verbot der organisierten Suizidbeihilfe.

HLI-Schweiz
Postfach 1307
CH-6301 Zug
Tel. +41 (0)41 710 28 48
Fax +41 (0)41 710 28 39
office@human-life.ch
www.human-life.ch



Am 28. Oktober 2009 hat der Bundesrat zwei Varianten zur Änderung des Strafrechts, welche die organisierte Suizidhilfe regeln bzw. verbieten sollen, in die Vernehmlassung gegeben. Laut Medienmitteilung gleichen Datums favorisiert der Bundesrat klar die Variante 1, welche den Suizidhilfeorganisationen strenge Sorgfaltspflichten auferlegt.

Nach genauer Prüfung beider vorgeschlagenen Varianten möchte sich HLI-Schweiz wie folgt äussern:

HLI-Schweiz lehnt jegliche Beihilfe zum Suizid, insbesondere auch deren organisierte Form, aus verschiedenen Gründen ohne Einschränkungen ab. Diese Haltung ergibt sich einmal aus unserem konsequenten Engagement für den Lebensschutz von allem Anfang an bis zum natürlichen Tod. Sie ist einerseits von einem christlichen Menschenbild geprägt. Die von uns vertretene Anthropologie ist jedoch ohne weiteres auch aus rein humanistischen und rationalen Überlegungen nachvollziehbar. Zu bedenken ist, dass mit der Annahme von Variante 1 eine Legitimierung der organisierten Suizidhilfe durch den Staat – wenn auch mit Auflagen – verbunden wäre, was aus allgemeinen und speziellen Gründen abzulehnen ist.

Allgemeine Einwände gegen die Suizidbeihilfe:

In Art. 10 der Bundesverfassung (BV) wird jedem Menschen das Recht auf Leben (Absatz 1) sowie das Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit (Absatz 2) garantiert. Auch die Präambel der BV unterstreicht mit der Feststellung, dass die „Stärke des Volkes sich am Wohl der Schwachen misst“, die Aufgabe des Lebensschutzes. Gerade existentiell bedrohte Kranke und Suizidwillige gehören zu den Schwächsten unserer Gesellschaft.

Das Recht auf Leben ist ein grundlegendes Menschenrecht. Eine staatliche Legitimierung bzw. Qualitätsförderung der organisierten Suizidbeihilfe ist mit diesen Vorgaben der Bundesverfassung nicht zu vereinbaren.

Sowohl das EJPD als auch die NEK gehen offenbar vom liberalen Modell der Selbstbestimmung und Autonomie aus, bei dem der Mensch ein Recht haben soll, „über die Dauer des eigenen Lebens und die Weise des eigenen Sterbens möglichst weitgehend Kontrolle zu haben,“ mit der Option, dass auch Dritte an dieser Freiheit mitwirken dürfen¹. An anderer Stelle meint die NEK zudem, dass im Zusammenhang mit dem Suizid die gebotene Fürsorge wie der Respekt vor der Selbstbestimmung des Suizidwilligen gleichermaßen zu berücksichtigen seien.² Diese Aussage suggeriert, dass Lebensschutz und Bereitschaft zur Suizidbeihilfe gleich gültig nebeneinander gestellt werden könnten. Ebenso stellt das EJPD das vollumfängliche Recht auf Selbstbestimmung als Vorteil der Variante 1 dar³.

Demgegenüber möchten wir festhalten, dass solche Haltungen einem verabsolutierten Verständnis von Autonomie und Selbstbestimmung entsprechen. Es handelt sich um eine klare Überbewertung des angeblich noch im Sterben autonomen und selbstbestimmten Handelns. Die inhä-

¹ Stellungnahme der NEK Nr. 9/2005, Beihilfe zum Suizid, Seite 14

² Stellungnahme der NEK Nr. 13/2006, Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe, Seite 3

³ Änderung des Strafgesetzbuches und des Militärstrafgesetzes betreffend die organisierte Suizidbeihilfe. Erläuternder Bericht; Oktober 2009, Seite 28

rente Würde des Sterbenden oder Suizidwilligen ist jedoch nicht von äusseren Bedingungen und Fähigkeiten abhängig. Gerade chronisch und schwer kranke Menschen sind in aller Regel vielfältigen Einflüssen ausgesetzt, wie Leidensdruck, Schmerzen, Erschöpfung, Gefühl der Sinn- und Aussichtslosigkeit, sowie des Zur-Lastfallens.

Der Appell, die Selbstbestimmung des Einzelnen gerade in grosser Verzweiflung Hoffnungslosigkeit und Leiden zu achten und zu schützen, klingt daher wenig überzeugend, wenn nicht gar hohl. Selbstbestimmtes und autonomes Handeln in Situationen extremer Schwäche ist ein Konstrukt, das von der Verallgemeinerung eines idealisierten gesunden Menschen lebt, der rational, wohlwogen und ohne äusseren Druck souveräne Willensentscheidungen umsetzen kann. Damit basieren liberale Haltungen zur Suizidbeihilfe auf anthropologischen Voraussetzungen, die die Realität überhaupt nicht abbilden, und zudem differenzierte zwischenmenschliche Interaktionen nicht berücksichtigen, die einer systematischen Kontrolle nicht zugänglich sind. Als illustratives Beispiel mag die Geschichte von Walter Jens, dem bekannten Professor für Philologie und allgemeine Rhetorik aus Tübingen dienen. Zusammen mit Hans Küng gab er bereits 1994 ein Buch mit dem Titel: „Menschenwürdig sterben: Ein Plädoyer für Selbstverantwortung heraus.“ Darin wird sehr direkt für Tötung auf Verlangen plädiert. Im Jahr 2001 forderte er öffentlich ein Gesetz für aktive Sterbehilfe. Im Jahr 2006 verfasste Prof. Jens eine Patientenverfügung mit ganz klarem Wunsch nach aktiver Sterbehilfe. Prof. Jens erkrankte im Jahr 2003 an Alzheimer. Seine Gattin, die ihn betreut, entdeckt nun aber einen Lebenswillen und eine Lebensfreude in ihm, selbst unter diesen schweren Umständen. Er sage ab und zu: „Nicht totmachen, Bitte nicht totmachen.“ Die Gattin meint dazu: „Ich bin mir nach vielen qualvollen Überlegungen absolut sicher, dass mich mein Mann jetzt nicht um Sterbenshilfe, sondern um Lebenshilfe bittet.“ Sie vollzieht also den an sich gemeinsam festgeschriebenen „letzten“ Willen in der Patientenverfügung nicht und pflegt ihren Mann liebevoll weiter.⁴

Umso bedeutsamer ist der Umstand, dass Angst vor Abhängigkeit, Vereinsamung und dem Verlust der Menschenwürde wichtige Motive für die Forderung nach aktiver Lebensbeendigung sind⁵. Dem könnte aber durch sorgsame Begleitung, lindernde Behandlung, menschliche Zuwendung und einer Vermeidung von falschem medizinischen Ehrgeiz, für den Sterben in jedem Fall „Versagen“ bedeutet, begegnet werden. Der sogenannte therapeutische Übereifer, in den 60er und 70er Jahren noch ein Hauptmotiv für den assistierten Suizid, hat sich zum Glück bereits massgeblich verbessert. Gemäss der bekannten MELS-Studie hat die Schweiz die höchste Rate von passiver Sterbehilfe mit 41% aller in der Studie untersuchten Todesfällen. In 82% aller Fälle wurde der Behandlungsabbruch mit Patienten und/oder Angehörigen vorgängig diskutiert.⁶

Die inhärente Menschenwürde kann durch Leiden nicht beeinträchtigt werden. Sie ist zudem interaktiv, und wird durch die humane Zuwendung und Pflege in besonderer Weise - keinesfalls aber durch die Beseitigung des Leidenden – anerkannt und geachtet. Wer mit einer Menschenwürde argumentiert, die lediglich an empirischen Qualitäten und Lebensbedingungen festgemacht wird, kann dem Dilemma, zwischen lebenswerten und unwerten Leben unterscheiden zu müssen, nicht ausweichen.

HLI-Schweiz möchte sich auch gegen weitere Motive von Befürwortern der Suizidbeihilfe wenden: so die Meinung, dass „unheilbare Krankheiten ... die Würde des Menschen in schwerer Weise beeinträchtigen“⁷; oder dass jemand aus Mitleid einen Menschen „von einem Leben er-

⁴ Zitate Ehepaar Jens aus Interview mit Inge Jens: dpa/Bild-Zeitung vom 20. Juli 2009

⁵ Expertenkommission des EJPD, Bericht zur Sterbehilfe, März 1999, zit. in: H. Rügger, Sterben in Würde?, NZN-Verlag 2003, Seite 14

⁶ Georg Bosshard, Susanne Fischer, Karin Faisst, PrimaryCare 2005;5: Nr. 39, S. 799 – 802

⁷ Motion Ruffy, 1994; zit. in: H. Rügger, Sterben in Würde?, NZN-Verlag 2003, Seite 13

löst, das nurmehr aus sinnlosem Leiden besteht“.⁸ Einige sprechen sogar von „jahrelangem Dahinvegetieren“, bzw. von einem „vegetativen Dasein“.⁹ Hier zeigen sich jedoch Projektionen von Ängsten der noch nicht Betroffenen, die dann in einem „pragmatischen“ Mitleidsbekundung Ausdruck finden, also von einer Haltung beeinflusst sind, die Denken und Handeln nur vom Standpunkt des praktischen Nutzens aus beurteilt.

Leiden hat zutiefst und sehr oft - wenn auch nicht wünschbar, so doch unausweichlich – Anteil am menschlichen Leben, gehört zur *conditio humana*. Dies wird heute gerne verdrängt. Über Sinn oder Sinnlosigkeit eines konkreten Leidens kann theoretisch aus rein säkularer Sicht ebenso wenig ausgesagt werden, wie dies z.B. auch bei Erfahrungen des Glücks und des Erfolgs der Fall ist.¹⁰ Besondere Skepsis ist auch bei einer Mitleidsrhetorik angebracht, die rasch mit dem Urteil „lebensunwert“ verbunden werden kann. Suizidbeihilfe aus „Mitleid“ pervertiert echtes Mitleid und ist Ausdruck von verweigertem Mitleiden. Zudem müsste dargelegt werden, warum Mitleid eine ethische Rechtfertigung für die Beihilfe zur Tötung darstellt¹¹.

In diesem Zusammenhang möchten wir auch auf den existentiellen und logischen Widerspruch hinweisen, wenn der Entscheid zum Suizid als Ausdruck ultimativer Freiheit und Autonomie betrachtet wird, während die Selbstausschöpfung gerade die Grundbedingungen von Freiheit und Autonomie beseitigt.¹²

Oft wird im Rahmen der Suizidbeihilfe auch auf den so genannten Bilanzsuizid verwiesen: Ein umstrittener und aus ethischer Sicht nicht akzeptabler Begriff, der davon ausgeht, dass rationales Abwägen von Pro und Kontra auch in schwerer existenzieller Not möglich sei. Dabei wird Leben durch eine Art „ökonomische“ Bilanzierung in lebenswert und –unwert klassiert.¹³

Zur Variante 1:

Der vom Bundesrat favorisierte Gesetzesentwurf sieht vor, die beiden gleichlautenden Artikel 115 des StGB und Artikel 119 des (MStGB) mit Sorgfaltspflichten zu ergänzen.

Aus der Sicht von HLI-Schweiz ist diese Variante aus folgenden Gründen eindeutig abzulehnen:

1. Mit der Aufstellung von so genannten Sorgfaltspflichten durch den Gesetzgeber erfolgt eine – wie bereits dargelegt – durchaus unerwünschte Legitimierung und staatliche Anerkennung der organisierten Suizidbeihilfe. Dies geht schon aus den detaillierten Vorschriften zu Voraussetzungen und Ablauf der Suizidhilfe hervor.
2. Auch noch so ausgefeilte Sorgfaltspflichten können eine aus grundsätzlichen Erwägungen nicht akzeptable Handlung wie die Beihilfe zum Suizid ethisch nicht rechtfertigen.
3. Es ist heute unumstritten, dass der historische Gesetzgeber im Jahre 1917 eindeutig nicht an die organisierte Suizidhilfe dachte, bzw. diese noch gar nicht kannte.¹⁴ Es erscheint deshalb keinesfalls logisch, den bestehenden Gesetzesartikel mit Sorgfaltspflichten für die organisierte Suizidhilfe zu ergänzen.
4. Art. 115.2d schreibt vor, dass andere Hilfestellungen als der Suizid mit der suizidwilligen Person erörtert und nach Wunsch angewandt werden. Hier ist aus medizinischer Sicht zu sa-

⁸ Bericht zur Sterbehilfe 1999, siehe Fussnote 4

⁹ Hans Küng in: Menschenwürdig sterben, Piper Verlag 2009, Seite 216

¹⁰ Siehe auch bei H. Rügger, Sterben in Würde? Seite 60

¹¹ So der Theologe F. Mattwig anlässlich einer Tagung vom 5.2.2010 in Zürich: Suizid als Lebensproblem – Organisierte Suizidbeihilfe als gesellschaftliches Problem.

¹² Prof. O. Höffe an der Tagung vom 5.2.2010 in Zürich; (siehe Fussnote 9)

¹³ So auch Prof D. Hell an der Tagung vom 5.2.2010 (siehe Fussnote 9)

¹⁴ P. Venetz, Suizidhilfeorganisationen und Strafrecht, Diss. 2008, S. 120 und Hinweise in „Organisierte Suizidhilfe: Vertiefte Abklärungen zu Handlungsoptionen und –bedarf des Bundesgesetzgebers, EJPD, Mai 2009, S. 28

gen, dass gerade bei Schwerkranken und Sterbenden immer Alternativen zumindest im Sinne von Palliative Care bestehen. Für die Betreuenden wird ein zusätzlicher Gewissenskonflikt geschaffen, wenn solche Massnahmen – aus welchen Gründen auch immer – vom Suizidwilligen abgelehnt werden. Hier werden Freiheitsrechte Dritter tangiert.

5. Laut Art 115.2e soll die Suizidhandlung mit einem ärztlich verschriebenen Mittel ausgeführt werden. Damit wird eine kausal wichtige Voraussetzung für die Suizidbeihilfe gesetzlich festgeschrieben. Für den Arzt entstehen dabei unauflösbare Widersprüche auf verschiedenen Ebenen: Wenn Suizidbeihilfe nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit ist, weil sie den Zielen der Medizin widerspricht¹⁵, wird durch die Beihilfe zum Suizid der ärztliche Heilauftrag verraten. Dasselbe trifft zu, wenn im Rahmen von Art. 24 des Heilmittelgesetzes kein Heilmittel, sondern eine Mittel zur Selbsttötung verschrieben wird. Es ist zudem fragwürdig und bedenklich, derartige schwerwiegende Tabubrüche durch subjektive Gewissensentscheide in Einzelfällen rechtfertigen zu wollen.
6. Art 115.2 b. und c sehen je ein ärztliches Gutachten zur Urteilsfähigkeit und der Feststellung einer unheilbaren Krankheit mit unmittelbarer Todesfolge vor. Hier möchten wir auf die Schwierigkeiten der gutachtlichen Beurteilung der Urteilsfähigkeit aufmerksam machen. Diese kann auch im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung fraglich bleiben und von den Wünschen und Projektionen der Angehörigen mit beeinflusst werden. Die grosse Schwierigkeit solcher Beurteilungen zeigt sich schon in der Umsetzung des Sozialversicherungsrechts im Falle von Suiziden und Suizidversuchen, wo nur bei vollständigem Verlust der Urteilsfähigkeit die UVG-Versicherung zuständig ist, und den dadurch provozierten gerichtlichen Streitfällen. Im Grunde werden Problemstellungen medikalisiert, die auch den Experten vor nur sehr schwer (oder überhaupt nicht) beantwortbare Fragen stellt. Zudem ist auf die Schwierigkeit der prognostischen Beurteilung von schwerwiegenden Erkrankungen hinzuweisen. Hier bleiben die medizinischen Aussagen oft unsicher, was dem Ermessen einen weiten Spielraum gewährt.
7. Hinsichtlich Variante 1 ist auch auf negative Folgeabschätzungen hinzuweisen. So wird mit solchen Regelungen Druck auf Schwerkranke und Behinderte ohne Suizidwunsch ausgeübt, der sich auf mögliche Beeinflussungen aus dem näheren Umfeld übertragen und angesichts der heute begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen fatal auswirken kann. Damit wird die angestrebte Autonomie in ihr Gegenteil verkehrt.¹⁶ Auch werden Institutionen wie Pflegeheime zusätzlich unter Druck gesetzt, die Tätigkeit von Suizidhilfeorganisationen in ihren Häusern zuzulassen. Dabei ist nach Aussagen namhafter Autoren gerade die organisierte Suizidhilfe in Institutionen unter staatlicher Obhut (Krankenhäuser, Heime, Gefängnisse) ohnehin nicht verfassungskonform¹⁷. Dies weist zusätzlich auf die Untauglichkeit der in Variante 1 angestrebten Lösung hin. Die Abwertung fremden Lebens durch die organisierte Suizidbeihilfe ist umso problematischer, als sich die Grenzen zwischen Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen gerade bei schwer Kranken und Behinderten verwischen können.
8. Auf die Vagheit und Auslegungsbedürftigkeit der im Gesetzesartikel verwendeten Begriffe wurde schon im Bericht des EJPD vom 15.5.2009 und dem Erläuternden Bericht vom Oktober 2009 hingewiesen. Hier eröffnen sich vielfältige Umgehungsmöglichkeiten der gesetzlichen Regelung.
9. Diese Situation wird zu einem erheblichen Beweisnotstand führen, da die strafrechtliche Kontrolle erst ex post – im Nachhinein – erfolgen kann. Wie soll dann – auch bei Vorliegen

¹⁵ SAMW, Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende, 2004

¹⁶ Prof. R. Kiener an der Tagung vom 5.2.2010 in Zürich

¹⁷ Prof. O. Höffe und R. Kiener an der Tagung vom 5.2.2010 in Zürich

von Dokumentationen – zum Beispiel festgestellt werden, ob bei späteren Zweifeln die betroffene Person tatsächlich frei und wohlwogen gehandelt hat oder urteilsfähig war?¹⁸

10. Suizidwillige kranke und behinderte Personen sollten vielmehr das Signal erhalten, dass sie von unserer Gesellschaft getragen sind. Hier eröffnet sich ein weites Tätigkeitsfeld für die Palliative Medizin und Hospize. Durch die staatlich kontrollierte organisierte Suizidbeihilfe werden solche Bemühungen relativiert und zudem eine glaubwürdige Suizidprävention unterlaufen. Dies widerspiegelt sich auch in den vom EJPD in seinen Vernehmlassungsunterlagen ausgewiesenen anteilmässigen Anstieg der organisierten Suizidbeihilfe um 52% zwischen 2003 und 2007. Für den von Suizidhilfeorganisationen angegebenen suizidpräventiven Effekt ihrer eigenen Tätigkeit bestehen keinerlei empirische Grundlagen. Viel wahrscheinlicher ist, dass durch mediale Präsenz und öffentliche Anpreisung der Suizidbeihilfe entsprechende Bedürfnisse erst geschaffen werden.

Variante 2: Verbot der organisierten Suizidhilfe

Als zweite Variante stellt der Bundesrat ein Verbot der organisierten Suizidhilfe zur Diskussion. Diese Variante geht davon aus, dass eine in einer Suizidhilfeorganisation tätige Person von vorneherein nicht aus rein altruistischen Gründen handeln und eine ausreichend enge Beziehung zur suizidwilligen Person entwickeln kann.

1. Die Argumente gegen Variante 1 sprechen alle für ein Verbot der organisierten Suizidhilfe. Variante 2 hat den Vorteil, dass am ehesten eine deutliche Schadensbegrenzung erzielt werden kann, auch wenn die private Suizidhilfe nicht untersagt ist. Suizidhilfeorganisationen haben bewiesen, dass sie jede Möglichkeit, Gesetzeslücken auszunützen, wahrnehmen. Sie sind zu Selbstläufern geworden und praktizieren einen für viele unerträglichen Suizidhilfeaktivismus, inklusive Reklamespots und missionarischem Auftreten.
2. Mit seinem Urteil vom 29.4.2002 hat der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte in Strassburg in Sachen Diane Pretty festgehalten, dass ein absolutes Verbot der Suizidbeihilfe nicht gegen die Europäische Menschenrechtskonvention verstösst.¹⁹ Damit steht einem Verbot der organisierten Suizidbeihilfe auch aus dieser Sicht nichts entgegen.
3. Mit einem Verbot allein ist es allerdings nicht getan. HLI-Schweiz fordert eine aktive Förderung der Palliative Care und zwar schon in der Aus- und Weiterbildung der Ärzte und des Pflegepersonals. Palliative Care muss in der Praxis in Altersheimen, Langzeitpflegeinstitutionen und auch in den Akutspitälern umgesetzt werden. Solange die palliative Medizin nicht vollständig in den Alltag dieser Institutionen integriert ist, sind Hospize dringend förderungswürdig. Die Schaffung von rechtlichen Fördermassnahmen, wie sie beim Kanton Thurgau vorgenommen wurden, sollten auf die ganze Schweiz ausgedehnt werden.
4. Ausserdem sind geeignete Massnahmen zur Suizidprävention zu ergreifen.

HLI-Schweiz, 28.02.2010

¹⁸ P. Rosenstock; Was heisst Freiheit? Fragen an die organisierte Suizidhilfe, 2009, S. 41 ff.

¹⁹ Hinweis von Prof. R. Kiener an der Tagung vom 5.2.2010 in Zürich