

Arbeitskreis zur Erforschung der nationalsozialistischen „Euthanasie“ und Zwangssterilisation

c/o PD Dr. Gerrit Hohendorf
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
der Technischen Universität München
Klinikum rechts der Isar
Ismaninger Str. 22
81675 München
hohendorf@gesch.med.tum.de
tel. 089/4140-4041

18. März 2015

Stellungnahme zur aktuellen Sterbehilfedebatte um die Suizidassistentz

Zu Recht besteht in Deutschland angesichts des Missbrauchs des Euthanasiegedankens während der Zeit des Nationalsozialismus in aktuellen Fragen der Sterbehilfe eine besondere Sensibilität und Verantwortung. Das bedeutet jedoch nicht, dass die aktuelle Debatte um die Sterbehilfe mit den historischen Entwicklungen, die zu den Krankenmorden geführt haben, gleichgesetzt werden soll. Es bedeutet auch nicht, dass sich eine Gesellschaft den Ängsten und Fragen von Menschen im Hinblick auf das eigene Sterben, eine würdige Pflege und Versorgung im Fall von Alter, Krankheit und schwerer Behinderung entziehen kann. Gleichwohl beobachtet der Arbeitskreis einige Entwicklungen der aktuellen deutschen und internationalen Debatte um die Sterbehilfe und den ärztlich assistierten Suizid mit Sorge.

In Deutschland gibt es bereits seit dem 19. Jahrhundert eine liberale strafrechtliche Bewertung der Beihilfe zur Selbsttötung: Sie stellt grundsätzlich keinen Straftatbestand dar, die Selbsttötung als solche soll staatlicherseits weder moralisch bewertet noch rechtlich sanktioniert werden. In dieser Grauzone bewegen sich in den letzten Jahren auch in Deutschland einige Sterbehilfeorganisationen, deren ärztliche und nichtärztliche Sterbehelfer Menschen bei der Selbsttötung unterstützen und denen der überzeugend zum Ausdruck gebrachte Suizidwunsch ausreicht, um Menschen vom Leben zum Tod zu verhelfen. Unter den Betroffenen finden sich nicht nur Menschen mit schweren, unheilbaren Erkrankungen und absehbarem Tod sondern auch psychisch kranke Menschen und Menschen, die im Alter nicht von Pflege abhängig sein oder in einem Altersheim fremdbestimmt leben wollen. Die Sterbehilfeorganisationen und Sterbehelfer in Deutschland unterlaufen die prinzipiell erfolgreichen Bemühungen um Suizidprävention.

Bei einem Verbot der organisierten Suizidbeihilfe, wie es im deutschen Bundestag diskutiert wird, gibt es Vorschläge, die explizite Ausnahmen von der Strafbarkeit der Suizidbeihilfe für Angehörige, nahestehende Personen, Ärzte und Ärztinnen formulieren. Damit soll der

ärztlich assistierte Suizid unter bestimmten Voraussetzungen, wie Vorliegen einer unheilbaren, zum Tode führenden Krankheit, rechtlich legitimiert werden. Dem steht das ärztliche Standesrecht entgegen: In den Berufsordnungen der einzelnen Landesärztekammern ist zum Teil ein explizites Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe formuliert. Einigkeit in der verfassten Ärzteschaft besteht jedoch dahingehend, dass die Beihilfe zum Suizid keine ärztliche Aufgabe ist.

Von den Befürwortern des ärztlich assistierten Suizids wird immer wieder auf das Selbstbestimmungsrecht und die prinzipiell mögliche Freiverantwortlichkeit der Entscheidung für den eigenen Tod hingewiesen. Einen Zwang zum Leben, wenn das Leben zur Qual wird, dürfe es nicht geben. Insofern verschaffe die Möglichkeit einer begrenzten und kontrollierten Form der ärztlichen Suizidbeihilfe den Menschen die Gewissheit, im Falle schwerer Erkrankung die Kontrolle über das eigene Leben und Sterben nicht zu verlieren. Darüber hinaus werden in der Öffentlichkeit zunehmend Suizide von prominenten Personen diskutiert, die für sich die Freiheit in Anspruch nehmen, ihrem Leben ein Ende zu setzen, bevor sie dement, pflegebedürftig oder von anderen abhängig werden könnten.

Aus historischer Sicht zeigt die seit dem Ende des 19. Jahrhunderts auch in Deutschland immer wieder geführte Debatte um die (ärztliche) Sterbehilfe, dass das Argument der Selbstbestimmung über das eigene Leben und Sterben zwar den Ausgangspunkt der Debatte, jedoch keine stabile Grenze bildet. Historisch gesehen erweiterten sich die Forderungen nach „Gnadentod“, „Euthanasie“ und „ärztlicher Sterbehilfe“ bald auch auf Menschen, die das Verlangen nach Erlösung gar nicht mehr äußern konnten und deren Leben – auch aus einer Perspektive gesellschaftlicher Nützlichkeit heraus – als „lebensunwert“ angesehen wurde. Die Folgen, die dieses Denken in den Kategorien „lebenswert“ - „lebensunwert“ in der Zeit des Nationalsozialismus hatte, sind bekannt. Zu denken geben sollte hier: Es waren vor allem Ärzte (und Ärztinnen), die – zum Teil aus Opportunismus, zum Teil aus der inneren Überzeugung heraus, an einem großen Erlösungswerk mitzuwirken – die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ in die Tat umsetzten.

Heute stellt sich die Frage nach einem verantwortungsvollen ärztlichen Umgang mit den Todeswünschen von Menschen in schweren Lebenskrisen, im Angesicht von Alter, schwerer Krankheit, möglicher Behinderung, Pflegebedürftigkeit und dem befürchteten Verlust von Selbstbestimmungsfähigkeit im Falle der Demenz. Diese Todeswünsche können jedoch gerade nicht – wie die Befürworter einer Legitimierung des ärztlich assistierten Suizids glauben machen wollen – ohne weiteres in krankhaft motiviert und „freiverantwortlich“ eingeteilt werden. Auch wenn Todeswünsche in Situationen schwerer Krankheit oder Behinderung als bilanzierend und rational nachvollziehbar erscheinen, so können sie doch von den gefühlsmäßigen Momenten der Verzweiflung, der Verbitterung und der Enttäuschung nicht getrennt werden. Sie sind nicht nur auf die Unmöglichkeit der

Realisierung individueller Werte und Lebensziele zurückzuführen sondern immer auch Ausdruck einer fehlenden sozial vermittelten Sinnggebung des Lebens. In Todeswünschen liegt, auch wenn sie lange bestehen und wiederholt geäußert werden, immer eine Doppeldeutigkeit verborgen: Auch bei ernsthaftem Suizidbegehren und dem Wunsch nach Unterstützung im Suizid hängt der Prozess der Abwägung zwischen Tod und Weiterleben von den Antworten derjenigen ab, die um Suizidhilfe gebeten werden. Aus therapeutischer Sicht sollen Todeswünsche gerade nicht tabuisiert oder moralisch verurteilt werden, sie fordern vielmehr zu einer Stellungnahme heraus, ob nicht auch in einem eingeschränkten und pflegeabhängigen Leben doch ein Sinn liegen kann, ein Gebraucht- und Geliebtwerden auch dann, wenn die eigenen Erwartungen an das Leben nicht mehr erfüllt werden können. Es wird sicherlich nicht immer gelingen, Menschen von ihrem Suizidvorhaben abzubringen, aber erst wenn der einfühlsame Versuch sozialer Sinnggebung des Lebens auch in Situationen schweren Leids zwischen allen Beteiligten gescheitert ist, sollte überhaupt über Suizidbeihilfe nachgedacht werden, sie kann höchstens als Ultima Ratio, als Wahl zwischen zwei Übeln in extremen Ausnahmefällen in Betracht gezogen werden, um den Betroffenen in seinem einsamen und nicht mehr umkehrbaren Entschluss zur Selbsttötung nicht alleine zu lassen. Suizidbeihilfe muss in gesellschaftlicher Perspektive ein nicht lösbares moralisches Dilemma bleiben.

Die gesetzliche Festschreibung von Kriterien, die aus einer subjektiven Perspektive heraus so etwas wie ein „lebensunwertes Leben“ annehmen und durch die dann eine *ärztliche* Suizidbeihilfe legitimiert werden soll, macht aus moralischen Dilemma-Situationen und Ausnahmefällen eine Regel. Sie stellt gesellschaftlich gesehen das falsche Signal dar: Alte, kranke, behinderte und sterbende Menschen können sich nun genötigt fühlen, über die Option eines (scheinbar) selbstbestimmten Todes nachzudenken und sich zu fragen, ob die Lasten, die sie den Angehörigen und der Gesellschaft durch ihre Pflege zumuten, gerechtfertigt sind, gibt es doch nun die Option, selbstbestimmt aus dem Leben zu scheiden, um Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Und: die Entscheidung über die Zulässigkeit des ärztlich assistierten Suizids liegt dann doch wieder bei den Ärzten und Ärztinnen, will man die Option der selbstbestimmten Entscheidung für den eigenen Tod nicht unter allen Umständen zulassen. Alle Kriterien der Begrenzung des ärztlich assistierten Suizids schränken die eigentlich geforderte Freiheit zum Tode wiederum ein. Argumentativ lässt sich auf Dauer schwer begründen, warum denn unheilbare körperliche Erkrankungen oder die begrenzte Lebenswartung das einzige Eingangskriterium für den selbstgewählten Tod bleiben sollen: Warum soll der ärztlich assistierte Suizid psychisch kranken Menschen grundsätzlich verwehrt bleiben, warum den körperlich gesunden Menschen verweigert werden, die in realistischer Einschätzung der unzureichenden Mittel für eine würdige Pflege und Existenz im Alter ihrem Leben ein Ende setzen wollen?

Die Palliativmedizin, verstanden als ganzheitliche medizinische, soziale und spirituelle Zuwendung zum sterbenskranken Menschen, kann heute viele Ängste vor einem qualvollen

Sterben nehmen. Die Palliativmedizin hat die Möglichkeit einer (vorübergehenden) palliativen Sedierung und kann so auch sehr belastende Symptome wie Schmerzen und Erstickungsängste lindern. Aus Sicht der Palliativmedizin, deren Möglichkeiten für alle Menschen in einer Gesellschaft verfügbar sein sollen, ist der ärztlich assistierte Suizid weder notwendig noch begründet. Das darüber hinaus bestehende Problem, in einer zunehmend älter werdenden Gesellschaft für einen würdigen Umgang mit alten Menschen und eine gute Pflege zu sorgen sowie Einsamkeit und Altersarmut zu lindern, sollte jedoch nicht durch ein gesellschaftlich legitimierte Selbsttötungsangebot gelöst werden.

Schlussfolgerungen

Aus der Sicht des „Arbeitskreises zur Erforschung der nationalsozialistischen ‚Euthanasie‘ und Zwangssterilisation“ erscheint ein Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe dann sinnvoll, wenn Sterbehilfeorganisationen, die die Not suizidaler Menschen aus unterschiedlichen Motiven heraus ausnutzen, rechtlich nicht anders in ihre Schranken gewiesen werden können. Eine ausdrückliche gesetzliche Legitimation des ärztlich assistierten Suizids, der für sich genommen bereits im gegenwärtigen Recht keinen Straftatbestand darstellt, hingegen ist aus historischer und ethischer Sicht fragwürdig. Sie wäre das falsche gesellschaftliche Signal für einen angemessenen Umgang mit schwer kranken, behinderten und pflegebedürftigen Menschen.

Working Group for the Study of National Socialist "Euthanasia" and Forced Sterilization

c/o PD Dr Gerrit Hohendorf
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
der Technischen Universität München
Klinikum rechts der Isar
Ismaninger Str. 22
81675 München
hohendorf@gesch.med.tum.de
Tel. 089-4140-4041

18 March 2015

Statement about the current euthanasia debate on assisted suicide

Rightly, in view of the abuse of the idea of mercy killings during the time of National Socialism, there exists in Germany a particular level of sensitivity and responsibility with regard to current euthanasia issues. This does not mean, however, that the current debate on assisted suicide should be equated with the historical developments that led to the murder of patients. Nor does it mean that a society can evade the concerns and questions of people with regard to their own death and dignified care and provision in the event of old age, illness and severe disability. Nonetheless, the working group has noticed with concern some developments in the contemporary German and international debate about euthanasia and physician-assisted suicide.

Since the 19th century, Germany has taken a liberal legal view with regard to helping people to commit suicide: such assistance basically does not represent a criminal offence; suicide as such should neither be morally evaluated nor legally sanctioned by the state. It is in this grey zone that some suicide organizations whose medical and non-medical staff assist people to commit suicide and for whom a convincingly expressed desire to commit suicide is sufficient for them to help people transit from life to death have moved, even in Germany, in recent years. Those affected include not only people with serious, incurable diseases and a foreseeable death, but also mentally ill people and people who, in old age, do not wish to be dependent on care or live according to other people's rules in a retirement home. The suicide organizations and helpers in Germany undermine the, in principle, successful efforts to prevent suicide.

With a ban on organised assisted suicide, as is being discussed in the German Bundestag, there are proposals that formulate explicit exceptions to the criminalisation of assisted suicide for relatives, people close to the person concerned and doctors. The aim is to legitimate physician-assisted suicide under certain circumstances, such as in the presence of

an incurable terminal illness. Professional ethics oppose this: the professional codes of the individual state medical boards formulate, in part, an explicit prohibition of physician-assisted suicide. There is, however, consensus in the writings of the medical profession that assisted suicide is not a task that doctors should perform.

Proponents of physician-assisted suicide repeatedly refer to self-determination and the, in principle, possible responsibility of choosing one's own death. Life should not be forced onto people if their life is a misery. In this respect, the possibility of a limited and controlled form of physician-assisted suicide would give people the certainty that, in the event of severe illness, they would not lose control of their own life and death. Furthermore, there is increasing public discussion of the suicides of prominent persons who made use of the freedom to put an end to their lives before they started suffering from dementia or became in need of care or dependent on others.

From a historical perspective, the repeated debate regarding (physician-) assisted suicide and euthanasia in Germany since the end of the 19th century shows that, although the argument of being able to determine over one's own life and death may form the starting point of the debate, it does not form a stable boundary. Viewed historically, the demands for "mercy killings", "euthanasia" and "physician-assisted suicide" soon expanded to include people who could no longer express the desire for deliverance and whose life – also from a perspective of social usefulness – was deemed "unworthy of life". The consequences of thinking in the categories of "worthy of life" versus "unworthy of life" in the era of National Socialism are known. What should give pause for thought here is this: it was mainly doctors (both male and female), who – partly out of opportunism, partly out of their inner conviction that they were participating in a great work of deliverance – put into practice the "destruction of life unworthy of life".

These days, the question of a responsible medical way of dealing with the wishes of people suffering severe life crises, facing old age, serious illness, possible disability, dependency and fearing the loss of their ability to determine their life themselves in the case of dementia is raised. However, these death wishes cannot – like the proponents of legitimising medically assisted suicide would have us believe – be readily divided into those that are medically motivated and those which are "of their own free will". Even if wishes to die in cases of serious illness or disability seem to be balanced and rational, they cannot, however, be separated from emotional moments of despair, bitterness and disappointment. They not only arise from the impossibility of achieving individual values and goals in life but also always from an expression of a lack of a socially constructed meaning of life. Even if they have existed for a long time and are frequently expressed, wishes to die always conceal an ambiguity: even with serious suicidal desires and the desire for support with suicide, the process of weighing up the decision between death and survival depends on the responses of those who are asked to assist with the suicide. From a therapeutic perspective, death

wishes should just not be made taboo or condemned on moral grounds, they demand rather that people take a stance as to whether, even in a limited and care-dependent life, there is meaning, that it is possible to be needed and loved even if one's own expectations of life can no longer be met. It will certainly not always be possible to dissuade people from their plans to commit suicide, but only when the sensitive efforts of the socially constructed meaning of life even in situations of severe suffering have failed among all the people involved should assisted suicide ever be considered; it can, at most, be seen as a last resort, a choice between two evils in truly exceptional circumstances, in order not to leave the person concerned alone with his or her lonely and no longer reversible decision to commit suicide. From a societal perspective, assisted suicide should remain a moral dilemma that cannot be resolved.

The legal requirement of criteria that, from a subjective perspective, suppose something like a "life unworthy of life" and that should then be legitimized by *physician*-assisted suicide turns moral dilemma situations and exceptional cases into a rule. From a societal perspective, it gives the wrong signal: old, sick, disabled and dying people may now feel compelled to reflect on the option of a (seemingly) self-determined death and to ask themselves whether the burdens they impose on their family and society on account of their care are justified, now that the option to decide by themselves to depart this life in order to avoid dependency and the need for care exists. Furthermore, the decision regarding the admissibility of physician-assisted suicide once again lies with the doctors if the option of deciding by oneself whether or not to end one's own life is not permitted under any circumstances. In turn, all the criteria restricting physician-assisted suicide limit, in turn, the freedom to die actually demanded. Argumentatively, in the long run, it is hard to justify why incurable physical illnesses or a limited life expectancy should be the only entrance criterion for choosing to die: why should physician-assisted suicide continue to be fundamentally denied to mentally ill people; why should physically healthy people who, having made a realistic assessment of their funds and found them to be insufficient for a worthy existence and care in old age, be denied the right to put an end to their lives if they wish to do so?

Today, palliative medicine – regarded as the holistic medical, social and spiritual care of terminally ill people – can take away a lot of the fear of an agonizing death. Palliative medicine offers the chance of (temporary) palliative sedation and can relieve even very distressing symptoms, such as pain and the fear of suffocation. From the perspective of palliative treatment, whose options should be available to all people in society, physician-assisted suicide is neither justified nor necessary. The problem beyond that, of ensuring, in an ageing society, the dignified treatment of old people and good care as well as alleviating loneliness and poverty in old age, should not, however, be achieved by the possibility of socially legitimized suicide.

Conclusions

From the perspective of the "Working Group for the Study of the National Socialist 'Euthanasia' and Forced Sterilization", a ban on businesslike suicide seems sensible when suicide organizations that exploit the plight of suicidal people for various reasons cannot be legally put in their place. Any express statutory legitimation of physician-assisted suicide, which, in itself, does not constitute a criminal offence under current law, however, is questionable from a historical and ethical perspective. It would send the wrong signal to society as to how to deal adequately with the seriously ill, the disabled and people in need of care.

Translation: Martina R. Jones