

**Stellungnahme des Arbeitskreises zur Erforschung
der nationalsozialistischen „Euthanasie“ und Zwangssterilisation
zur Frage der gesetzlichen Regelung einer (geschäftsmäßigen) Suizidbeihilfe**

September 2022

c/o Prof. Dr. Philipp Osten
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
Gebäude N30b
20246 Hamburg
p.osten@uke.de

Mit Urteil vom 26.2.2020 stellte das Bundesverfassungsgericht u.a. fest, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht auch ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben enthält (Leitsatz 1a). Dies umfasse auch die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, und die Freiheit, hierfür Hilfe zu beanspruchen (Leitsatz 1c). Zudem verbiete es sich, die Zulässigkeit der Hilfe zur Selbsttötung vom Vorliegen einer unheilbaren oder tödlich verlaufenden Krankheit abhängig zu machen (Satz 340).

Allerdings, so das Gericht, sei dabei Sorge zu tragen, dass der Entschluss, begleiteten Suizid zu begehen, tatsächlich auf freiem Willen beruht. Der Gesetzgeber verfolge einen legitimen Zweck, wenn er Gefahren im Hinblick auf eine freie Willensbildung und tatsächliche Willensfreiheit als Voraussetzungen autonomer Selbstbestimmung über das eigene Leben entgegen-treten wolle (BVerfG 26.2.2020, 232). Daraus ergibt sich nicht nur eine Feststellungspflicht zum Ausschluss von nicht „tatsächlich freien“ Willensentscheidungen bei seelischen Erkrankungen, Bewusstseinsstörungen und kognitiven Beeinträchtigungen, sondern auch eine Pflicht, die Freiverantwortlichkeit des Willens als unabdingbare Voraussetzung für die rechts-beachtliche Einwilligungsfähigkeit durch ein Attest oder ein Gutachten zu bestätigen. Dabei sind viele Punkte ungeklärt, beispielsweise welche Qualifikation die Gutachter*innen brau-chen und auf welcher fachlichen Grundlage sie entscheiden sollen, da es keine einheitlichen Standards für die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit gibt.

Das Bundesverfassungsgericht gibt dem Gesetzgeber darüber hinaus auf, zu verhindern, dass sich der assistierte Suizid in der Gesellschaft als „normale Form der Lebensbeendigung durchsetzt“ (BVerfG 26.2.2020, 233). Der Staat habe in diesem Zusammenhang die Pflicht, Personen in „schweren Lebenslagen“ davor zu schützen, „sich mit solchen Angeboten auch

nur näher befassen oder sich hierzu explizit verhalten zu müssen“ (BVerfG 26.2.2020, 235). Auch dieser Punkt wirft erhebliche Fragen auf, da jedes Angebot einer Suizidbeihilfe, das öffentliche Beachtung findet, zwangsläufig mit der Notwendigkeit einhergeht, sich dazu verhalten zu müssen. Beratungsangebote oder auch eine Pflicht zur Beratung sind zwar Mittel zum Schutz vor mangelnder Information und Desinformation. Offen ist aber, wer und mit welcher Qualifikation eine niedrigschwellige und leicht erreichbare Beratung anbieten soll. Wie wären die Ratsuchenden vor mangelnder Information oder Desinformation (Werbeverbot?) zu schützen? Wie wäre eine gezielte Ausweitung der Angebote auf Suizidbeihilfe auf vulnerable Gruppen (Minderjährige, Drogenkonsumenten, Gefängnisinsassen, psychisch Kranke, kognitiv Eingeschränkte) zu vermeiden? Wäre hier eine Pflicht für spezialisierte Gutachten und – in Fällen kognitiver Einschränkung – auch professionelle Hilfen bei der Entwicklung selbstbestimmter Entscheidungen zu fordern?

In Anbetracht des Handlungszwangs, der sich durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.2.2020 ergibt, gibt der „Arbeitskreis zur Erforschung der nationalsozialistischen ‚Euthanasie‘ und Zwangssterilisation“ in Anlehnung an seine erste Stellungnahme 2015 zu diesem Thema Folgendes zu bedenken:

Der Verlauf der seit dem Ende des 19. Jahrhunderts auch in Deutschland immer wieder geführten Debatte um die (ärztliche) Sterbehilfe zeigt, 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 „ärztlicher Sterbehilfe“ bald auf Menschen, die das Verlangen nach Erlösung gar nicht mehr äußern konnten und deren Leben – auch aus einer Perspektive gesellschaftlicher Nützlichkeit heraus – als nicht mehr lebenswert angesehen wurde. Die Folgen, die dieses Denken in den Kategorien „lebenswert“ – „lebensunwert“ in der Zeit des Nationalsozialismus hatte, sind bekannt.

Vor dem Hintergrund medizinischen Fortschritts und erweiterter ärztlicher Eingriffsmöglichkeiten stellt sich die Frage nach einem verantwortungsvollen Umgang mit den Todeswünschen von Menschen in Lebenskrisen, im Angesicht von Alter, schwerer Krankheit, möglicher Behinderung, Pflegebedürftigkeit und dem befürchteten Verlust von Selbstbestimmungsfähigkeit im Falle von Demenz heute mit besonderer Dringlichkeit. Denn Todeswünsche können gerade nicht – wie die Befürworter einer Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids glauben machen wollen – ohne weiteres in krankhaft motiviert und „freiverantwortlich“ eingeteilt werden. Auch wenn Todeswünsche in Situationen schwerer Krankheit oder Behinde-

nung als bilanzierend und rational nachvollziehbar erscheinen, so können sie doch von den gefühlsmäßigen Momenten der Verzweiflung, der Verbitterung und der Enttäuschung kaum getrennt werden. In Todeswünschen liegt, selbst 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 in einem eingeschränkten und pflegeabhängigen Leben doch ein Sinn liegen kann, ein Gebraucht- oder Geliebtwerden auch dann, wenn die Erwartungen an das Leben nicht mehr erfüllt werden können. Suizidassistenten sollte als Ultima Ratio nur in extremen Ausnahmefällen erwogen werden, um die Betroffenen in ihren einsamen und nicht mehr umkehrbaren Entschlüssen zur Selbsttötung nicht alleine zu lassen. Suizidbeihilfe sollte auch in Zukunft ein nicht endgültig lösbares moralisches Dilemma bleiben, das immer wieder sowohl im konkreten Fall als auch als gesellschaftliche Herausforderung diskutiert, in Frage gestellt und überprüft werden muss.

Eine gesetzliche Festschreibung von Kriterien hingegen, 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. Das gilt auch für den restriktivsten der drei Anträge, die in den Bundestag eingebracht wurden, den Entwurf der Abgeordneten Lars Castellucci und anderen (Bt-Drs. 20/904). Hierin wird zwar die Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung prinzipiell festgeschrieben, von einer Rechtswidrigkeit wird aber abgesehen, wenn bestimmte Kriterien eingehalten werden. Hierzu gehören neben der Volljährigkeit und der Einsichtsfähigkeit die Überprüfung der Freiwilligkeit, der Ernsthaftigkeit und der Beständigkeit des Wunsches nach Suizidassistenten durch zwei Fachgutachten im Abstand von mindestens drei Monaten, der Ausschluss einer psychischen Erkrankung, die die autonome Entscheidungsfindung beeinträchtigt, und ein obligatorisches ergebnisoffenes Beratungsgespräch.

Trotz des erkennbaren Bemühens, die Schwelle für die Erreichbarkeit der Suizidassistenten zu erhöhen und damit der Forderung des Verfassungsgerichts zu entsprechen, dass der assistierte Suizid keine normale Form der Lebensbeendigung wird, kann auch dieser Gesetzentwurf neue Routinen und Ausweitungen nicht verhindern. Diese können die Zugänglichkeit betreffen (warum keine Vorabverfügungen bei späterer Einwilligungsunfähigkeit?) oder die Übergänge zur aktiven Sterbehilfe (was ist der Unterschied zwischen „Stell mir das Gift hin“ und „verabreiche mir das Gift“?) oder die Steigerung der Zahlen (ein Angebot schafft seine Nachfrage). Das Paradoxon einer gesetzlichen Regulierung der Suizidassistenten besteht darin, dass sie zwar Einschränkungen und Kontrollen vorsieht, jedoch der

Auffassung, dass Suizidassistenz nur als Ultima Ratio in aussichtslos empfundenen Fällen zur Durchführung kommen darf, in der Praxis gerade durch die Regulierung zuwiderläuft.

Aus der Sicht des „Arbeitskreises zur Erforschung der nationalsozialistischen ‚Euthanasie‘ und Zwangssterilisation“ erscheint ein Verbot geschäftsmäßiger Suizidbeihilfe sinnvoll, weil Sterbehilfeorganisationen, die die Not suizidaler Menschen aus unterschiedlichen Motiven heraus ausnutzen, rechtlich nicht anders in ihre Schranken gewiesen werden können. Ausnahmen davon in strengen Einzelfällen, wie sie der Entwurf von Castellucci und anderen vorsieht, scheinen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zwar unvermeidlich, führen jedoch aus unserer Sicht zu den hier aufgeführten Problemen. Eine ausdrückliche gesetzliche Erlaubnisregelung des ärztlich assistierten Suizids, der für sich genommen bereits im gegenwärtigen Recht keinen Straftatbestand darstellt, aber nicht zu den ärztlichen Aufgaben gehört, ist hingegen aus historischer und ethischer Sicht eine höchst fragwürdige Konsequenz aus dem Urteil. Wir halten sie für das falsche gesellschaftliche Signal für einen angemessenen Umgang mit kranken, behinderten und pflegebedürftigen Menschen.

Für den

„Arbeitskreis zur Erforschung der nationalsozialistischen ‚Euthanasie‘ und Zwangssterilisation“:

Dr. Michael Wunder, Hamburg

Prof. Dr. Maike Rotzoll, Heidelberg

Prof. Dr. Thomas Beddies, Berlin

Prof. Dr. Philipp Osten, Hamburg

Prof. Dr. Heinz-Peter Schmiedebach, Berlin

Weitere Mitunterzeichner*innen aus dem Arbeitskreis

Dr. Jan Armbruster, Stralsund

Dr. Christof Beyer, Kiel

Angelika Fischer, Stuttgart

Dr. Kurt Fontheim Goslar

Dr. Wolfgang Gather, Mainz

Katharina Genz, Marschacht

Dr. Ingo Harms, Oldenburg

Andreas Hechler, Berlin

Magdalene Heuvelmann, Glandorf-Schwege

Maria Heuvelmann, Brühl

Prof. Dr. Marianne Hirschberg, Kassel

Dr. Susanne Hartig, Hamburg

Ralph Höger, Hamburg

Dr. Harald Jenner, Berlin

Dr. Lutz Kälber, Burlington Vermont

Stefan Kiefer, Heidelberg

Prof. Dr. Gerhard Kluger, Vogtareuth
Manfred Klüppel, Garbsen
Dr. Johannes Leicht, Potsdam
Dr. med. Friedrich Leidinger, Hürth
Jutta Meinerts, Stendal
Dr. Detlev Naeve, Willstätt
Linda Orth, Bonn
Martin Rexer, Stuttgart
Franka Rößner, Regensburg
Paul-Gerhard Roth, Hamburg
Dr. Stefan Raueiser, Irsee
Prof. Dr. Volker Roelcke, Gießen
Renate Rosenau, Alzey
Isabella Ruhland, Au am Inn
Renate Schernus, Bielefeld
Dr. Hans-Werner Scheuing Neckargemünd
Dr. Hans-Ludwig Siemen, Erlangen
Dr. Thomas Schmelter, Würzburg
Prof. Dr. Hans-Walter Schmuhl, Hameln
Barbara Stellbrink-Kesy, Berlin
Christiane Storkebaum, Eberswalde
Dr. Sascha Topp, Gramzow
Armin Trus, Gießen
Josephine da Venza-Tillmanns, Bonn
Beate Winzer, Berlin
Dr. Nicolai M. Zimmermann, Berlin