

Position der Malteser
zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020
zum § 217 „Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“

Die Malteser sind der Auffassung, dass die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 26.02.2020 zur Aufhebung des „Verbots der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ der Gesellschaft in Deutschland nachhaltigen Schaden zufügt. Unsere Position möchten wir in die aktuelle gesellschaftspolitische Debatte zur Regelung des Assistierten Suizids einbringen und damit zu einer umfassenden und differenzierten Auseinandersetzung mit diesem wichtigen Thema beitragen. Dabei sprechen wir aus unserer langjährigen Erfahrung bei der Begleitung, Pflege und medizinischen Versorgung von kranken, pflegebedürftigen und einsamen Menschen und unserer Sorge vor den Auswirkungen einer künftigen Regelung des Assistierten Suizids.

1. Mögliche Auswirkungen und Folgen des Urteils des BVerfG zum § 217

1.1 Beihilfe zum Suizid als gesellschaftlich akzeptierter Normalfall mit Sogwirkung

Das BVerfG leitet aus dem Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben in der direkten Konsequenz auch das Recht auf die Beihilfe zum Suizid ab. Dies gilt für das Gericht unabhängig von schwerer Krankheit oder Todesnähe. War bislang die Hilfe zur straffreien Selbsttötung gebilligt worden, wird sie nun zu einem Recht des einzelnen Suizidwilligen, bei dem die freiwillige Unterstützung durch Dritte möglich sein muss. Die Entscheidung des BVerfG ebnet damit einer flächendeckenden Infrastruktur zur geschäftsmäßigen Beihilfe zum Suizid den Weg – für jeden Menschen, der dies will. Wird der Zugang zur Suizidassistenten selbstverständlich, werden zukünftig auch der Suizid und die Beihilfe zum Suizid zum gesellschaftlich akzeptierten Normalfall.

Denn jedes Angebot schafft eine Nachfrage: Trifft ein Gefühl von Aussichtslosigkeit auf ein gesellschaftliches Klima, das die Freiheit zum Suizid über den Lebensschutz stellt und Suizid durch flächendeckende Angebote für die Beihilfe zum Suizid befördert, werden Suizidwünsche und entsprechendes Handeln verstärkt. Es droht eine Ermutigung und Bestärkung von potenziell Suizidwilligen in ihrem Entschluss. Die Suizidforschung bestätigt diese Sogwirkung und weist wiederholt darauf hin, welche Kraft die Tat, die nachgeahmt wird, auf Suizidwillige entwickelt.¹ Statistiken² unter anderem aus den Niederlanden und Belgien zeigen, dass

¹ Zahlen zur Nachahmung von Suizid nach Suizid einer berühmten Persönlichkeit:

- Niederkrotenthaler T, Fu K, Yip PSF, et al. (2012) Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*; 66:1037-1042.

- Fink DS, Santaella-Tenorio J, Keyes KM (2018) Increase in suicides the months after the death of Robin Williams in the US. *PLoS ONE* 13(2): e0191405. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191405>

² Steigende Zahlen bei assistierten Formen der Lebensbeendigung, vor allem bei älteren Menschen:

- Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K (2016). Euthanasia in Belgium: trends in reported cases between 2003 and 2013. *CMAJ*, 188 (16) E407-E414; DOI: 10.1503/cmaj.160202

dort die Zahl der Menschen, die ihr Leben mit Unterstützung Dritter beenden, seit dem gesetzlich verbrieften Recht auf Suizidassistenten kontinuierlich und rapide wächst.

1.2 Priorisierung des Rechts auf Suizid vor Lebensschutz und Suizidprävention

Zwar hat das BVerfG die verschiedenen Einwände in Bezug auf Missbrauch der Beihilfe zum Suizid anerkannt, wie eine etwaige Sogwirkung sowie ein befürchteter zunehmender Druck insbesondere auf vulnerable, alte oder physisch wie psychisch erkrankte Menschen durch eine Normalisierung der Suizidhilfe. Dennoch wurden das Freiheitsrecht des Einzelnen, sich das Leben zu nehmen, und die Möglichkeit, hierfür Hilfe bei Dritten zu suchen, dem Lebensschutz übergeordnet: Der Schutz Dritter könne nicht die Einschränkung der individuellen Selbstbestimmung rechtfertigen. Damit wurde ein Paradigmenwechsel in der Suizidprävention vollzogen mit weitreichenden Folgen für unsere Gesellschaft: War es bisher gesellschaftlicher Konsens, alles dafür zu tun, so viele Suizide wie möglich zu verhindern, geht es jetzt darum, für jeden, der will, den Zugang zum Assistenten Suizid bereitzustellen.

1.3 Individualistisches Autonomieverständnis

Dem Urteil des BVerfG liegt ein individualistisches, aus unserer Sicht zu kurz greifendes Verständnis von Autonomie zugrunde, nach dem der Mensch unabhängig und eigenverantwortlich über sich, sein Leben und auch sein Sterben entscheidet. Dem steht das Konzept der relationalen Autonomie gegenüber, das Beziehungen als ermöglichend und prägend für Selbstbestimmung begreift. Beziehungen – auf persönlicher und gesellschaftlicher Ebene – beeinflussen die Entscheidungen eines Menschen. Autonomie entsteht im Dialog mit der Umwelt. Die Entscheidung, den eigenen Tod herbeizuführen, kann bewusst oder unbewusst stärker von Außenfaktoren beeinflusst sein, als es das Urteil des Verfassungsgerichtes berücksichtigt. Außerdem lässt ein individualistisches Verständnis von Autonomie die Bedeutung von autonomen Entscheidungen für andere außer Acht: Jede Entscheidung – auch die endgültige, sich das Leben zu nehmen – hat eine Auswirkung, die über den Einzelnen hinaus geht und seine Umgebung und die Gesellschaft mitbetrifft.

1.4 Auftakt zur schleichenden Entsolidarisierung der Gesellschaft

Die Entscheidung des BVerfG untergräbt aus Malteser Sicht die Fundamente eines solidarischen Miteinanders gegenüber einsamen, kranken, pflegebedürftigen, alten und damit besonders vulnerablen Menschen. Stattdessen droht die Sorge, anderen zur Last zu fallen, die viele Menschen mit Suizidwunsch umtreibt, verstärkt zu werden. Dies ist ein fundamentaler Wandel von einer Kultur der Solidarität und Sorge um den Anderen zu einer Kultur, die die Autonomie des Einzelnen fokussiert, ihn damit letztlich aber allein lässt. Während manche Menschen Suizidassistenten als Errungenschaft einer humanen Gesellschaft verstehen, kommen bei Anderen, so auch den Maltesern, starke Zweifel an der Humanität einer Gesellschaft auf, die

- van der Heide A, van Delden JJM, Onwuteaka-Philipsen BD (2017). End-of-Life Decisions in the Netherlands over 25 Years. *N Engl J Med*;377(5):492-494.

- Jones DA, Paton D (2015). How Does Legalization of Physician-Assisted Suicide Affect Rates of Suicide? *South Med J*;108(10):599-604. doi:10.14423/SMJ.0000000000000349

- Public Health Division, Center for Health Statistics (February 25, 2020) Oregon Death with Dignity Act, 2019 Data Summary. www.healthoregon.org/dwd

die Beihilfe zum Suizid als Unterstützung für Menschen in belastenden Lebenssituationen begreift. Das vermeintliche Freiheitsrecht läuft Gefahr zur Pflicht zu einem sozial- bzw. generationenverträglichen vorzeitigen Sterben zu werden. Damit steigt der Druck auf schwer kranke, alte oder einsame Menschen und deren Angehörige, den Suizid als einen Ausweg aus einer belastenden Lebenssituation zu erwägen. Unsere Erfahrungen zeigen, dass die Aussagen von Betroffenen „Ich will nicht mehr leben“ in der Regel bedeutet: „Ich will SO nicht mehr leben.“ Es handelt sich hierbei also um eine Aussage über die Lebensumstände, die als nicht tragbar erlebt werden. Wenn in der Gesellschaft die notwendigen Rahmenbedingungen zum Leben und begleiteten Sterben fehlen, dann liegt die Lösung nicht in geschäftsmäßigen Angeboten der Suizidassistenz, sondern in der Notwendigkeit, die Rahmenbedingungen zu verändern.

1.5 Assistierter Suizid: Gefahr von Dambrüchen

Wir befürchten, dass mit dem Urteil des BVerfG der Assistierte Suizid in der Gesellschaft als normale Form der Lebensbeendigung Akzeptanz findet. Allein die Idee eines Kriterienkataloges zur Regelung des Assistierte Suizides weist aus unserer Sicht in eine völlig falsche Richtung, da eine Festlegung von noch so sorgfältig ausgewählten Kriterien dem einzelnen Menschen in seiner Entscheidungsfindung nicht gerecht werden kann. Kein Kriterienkatalog kann der Suizidprävention genügen und unterläuft vielmehr den grundsätzlichen Gedanken eines Schutzkonzeptes. Jeder Kriterienkatalog droht nach und nach aufgeweicht zu werden.

Mit dem Zulassen der geschäftsmäßigen Suizidassistenz lässt sich in anderen Ländern immer wieder diese Art des Dambruches beobachten, in dem Schritt für Schritt weitere Entscheidungen u.a. zur Liberalisierung der Gesetzgebung folgten: Dazu gehörte z.B. in den Benelux-Staaten die zunehmende Ausweitung der Anwendung der gesetzlichen Ausnahmeregelungen (bei Töten auf Verlangen) von ursprünglich sterbenskranken Erwachsenen z.B. auf Menschen mit den Diagnosen Demenz oder Depression sowie die Erweiterung der Inanspruchnahme der Ausnahmeregelung auch für Kinder und Jugendliche (Belgien). In Deutschland sind nach Verkündung des Urteils des BVerfG bereits erste Stimmen laut geworden, die Töten auf Verlangen als eine Option für Menschen einfordern, die nicht mehr in der Lage sind, selbstständig ein zur Verfügung gestelltes tödliches Mittel einzunehmen.

1.6 Ärztlich Assistierter Suizid – eine Lösung?

Nach der Entscheidung des BVerfG befürchten wir, dass immer mehr Ärztinnen und Ärzte in das Angebot der Suizidassistenz eingebunden werden, so dass der Druck auf kranke und alte Patientinnen und Patienten, ihr Weiterleben zu rechtfertigen, größer wird. Wir sorgen uns ebenso, dass sich Ärztinnen und Ärzte genötigt sehen werden, erklären zu müssen, warum sie Suizidassistenz nicht anbieten, obwohl Einschränkungen bei Patientinnen und Patienten vorhanden sind.

Die Forderung nach einem ärztlich assistierten Suizid berührt die Rolle und das Selbstverständnis von Ärztinnen und Ärzten sowie das Arzt-Patienten-Verhältnis in grundsätzlicher Weise. Ärztinnen und Ärzte nehmen nach dem bisherigen professionellen und gesellschaftlichen Berufsverständnis eine Garantenstellung für das Leben und den Lebensschutz in Form von Suizidprävention ein. Dort, wo das Leben zu Ende geht, treten sie dafür ein, das Sterben unter palliativer (symptom- und schmerzlindernder) Behandlung zuzulassen.

Dieses Verständnis würde durch das Angebot einer ärztlichen Suizidassistenz als Dienstleistung ausgehöhlt. Durch die Suizidassistenz werden Ärztinnen und Ärzte zu Verbündeten des Suizidwilligen und bestätigen und bestärken in ihrer wahrgenommenen Rolle als Experten den Sterbewunsch womöglich auch gegenüber etwaigen letzten Zweifeln.

“Der Helfer drückt unweigerlich aus, dass er es nachvollziehen kann und noch mehr: dass auch er es besser findet, wenn der andere nicht mehr ist.”³

2. Die Haltung der Malteser

Die Entscheidung des BVerfG fordert uns als Gesellschaft, uns im Sinne einer Kultur des Beistands und der Sorge in besonderer Weise als solidarisch mit den Menschen zu erweisen, die allein, einsam, durch Krankheit oder Beeinträchtigung auf Unterstützung angewiesen – und damit abhängig – sind. Für uns Malteser bedeutet das:

1. Wir Malteser sehen uns in der Verantwortung, einsamen, schwachen und kranken Menschen einen Schutzraum zu bieten und in der Gesellschaft ein solidarisches Miteinander (im Sinne einer Caring Community) zu fördern.
2. Wir Malteser begegnen Suizidwilligen mit Respekt und Empathie. Wir nehmen Suizidgedanken und -wünsche ernst, sind vertrauensvolle Gesprächspartner und geben den Beweggründen sowie auslösenden Ängsten Raum.
3. Wir Malteser unterstützen in unseren Einrichtungen und Diensten weder bei der Vorbereitung oder Durchführung eines Suizids noch bei der Tötung auf Verlangen.
4. Wir Malteser verstehen Krankheit, Sterben, Tod und Trauer als - wenn auch schmerzhaften - Teil des Lebens, der unser Miteinander prägt und zum Leben dazu gehört. Mit unseren Angeboten - wie z.B. der hospizlich-palliativen Versorgung - schaffen wir Rahmenbedingungen für ein solidarisches Miteinander, das Leben und begleitetes Sterben ermöglicht.

3. Forderungen der Malteser

Wir lehnen weiterhin eine flächendeckende geschäftsmäßige Beihilfe zum Suizid ab und fordern stattdessen:

1. den Auf- und Ausbau von Angeboten für einsame Menschen
2. die Stärkung von Angeboten für Menschen mit Demenz und ihre Zugehörigen
3. den Ausbau der aufsuchenden Psychotherapie für depressivkranke alte Menschen

³ Maio, Giovanni (2015) „Den kranken Menschen verstehen. Für eine Medizin der Zuwendung“, Herder Verlag, Freiburg.

4. *von den Kranken- und Pflegekassen:*
die Verbesserung der Information und Beratung zu Vorsorgeinstrumenten und gesundheitlicher Versorgungsplanung, nicht nur für den Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen, sondern auch in der ambulanten Versorgungsstruktur
5. *vom Gesetzgeber, dem GBA und den Kranken- und Pflegekassen:*
den kontinuierlichen Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung insbesondere der palliativen Allgemeinversorgung, durch
 - a. eine finanzielle Förderung der Fort- und Weiterbildung in Grundlagen der hospizlichen und palliativen Versorgung sowohl der examinierten Pflegekräfte als auch der nicht-examinierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Sozial- und Gesundheitswesen
 - b. eine weitere Stärkung der Pflegeeinrichtungen durch Anhebung der Vergütungssätze, ohne zusätzliche finanzielle Belastung der Bewohnerinnen und Bewohner, um damit Anreize zu schaffen, in der Pflege und Betreuung alter Menschen zu arbeiten
 - c. einen kontinuierlichen Ausbau einer flächendeckenden palliativen Versorgungsstruktur durch Ausbau der palliativen Versorgungs- und Vermittlungskompetenz bei Pflegediensten, Ärzten und allen im Sozial- und Gesundheitswesen Tätigen
 - d. eine Stärkung der Trauerbegleitung im Rahmen des Präventionsansatzes
6. *von den Länderregierungen und der Bundesregierung:*
flächendeckende Kampagnen zur Darstellung der Möglichkeiten von hospizlicher Arbeit und palliativer Versorgung sowie zur Ermutigung zum bürgerschaftlichen Engagement für einsame, kranke und/ oder sterbende Menschen
7. *vom Gesetzgeber:*
Wir fordern, dass es keine flächendeckende geschäftsmäßige Beihilfe zum Suizid geben darf, und setzen uns für eine Novellierung des Gesetzes zum Verbot der geschäftsmäßigen Suizidassistenz ein.

Köln, 8. Juni 2020

Malteser Hilfsdienst e.V.
Malteser Deutschland gemeinnützige GmbH