

## Die Anmaßung einer neuen Euthanasie

### **Gewalt gegen psychisch Kranke: die Diskussion um aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid in den Niederlanden, den vereinigten Staaten und der Schweiz**

*Mit einer nationalen Gedenkfeier haben die Direktoren der psychiatrischen Krankenhäuser in der Bundesrepublik am Wochenende in Pirna-Sonnenstein der Opfer des Nationalsozialismus unter den psychisch Kranken und Behinderten gedacht. Ein Symposium befasste sich mit der „Gewalt gegen psychisch Kranke – gestern, heute und morgen?“. Nach dem Massenmord und den Zwangssterilisierungen im Dritte Reich sieht der deutsch-schweizerische Psychiater Asmus Finzen die psychisch Kranken abermals durch das Aufkommen einer „neuen Euthanasie“ bedroht. An der Seite der faktisch legalisierten aktiven Sterbehilfe („illegal, aber straffrei“) hat sich in den Niederlanden die Beihilfe zum Selbstmord etabliert. Der so genannte „begleitete Suizid“ wird auch in der Schweiz und in den Vereinigten Staaten forciert. Schon, weil körperliche Leiden häufig von Depressionen begleitet sind, stellt sich die Frage, ob die „neue Euthanasie“ zur akzeptierten Behandlungsmethode für suizidgefährdete Depressive werden soll. Tatsächlich häufen sich die Fälle, in denen Freitodbegleiter bei Kranken mit psychischen Störungen aktiv werden. Aber der Suizidwunsch ist bei vielen psychisch Kranken ein vorübergehendes und behandelbares Krankheitssymptom. Hinter dem Klischee von der „Unheilbarkeit“ psychischer Krankheiten sieht Finzen zudem unverändert Vorurteile gegenüber solchen Krankheiten am Werk. Man habe sich in eine Lebenswert-Diskussion manövriert, die die Protagonisten der aktiven Sterbehilfe und der Suizidhilfe bislang sorgsam vermieden hätten. Finzen leitet die Abteilung Sozialpsychiatrie an der Psychiatrischen Klinik des Kantonsspital Basel. F. A. Z.*

---

Es gibt Geschehnisse, die uns unser Leben lang begleiten. Die Euthanasie gehört dazu, der im Dritten Reich organisierte Massenmord an psychisch Kranken und geistig behinderten Menschen. Das darf sich nicht wiederholen. Das dachten wir als Studenten, als wir wahrnahmen, wie viele unserer Lehrer in irgendeiner Weise verstrickt waren – als Befürworter der nationalsozialistischen Rassenhygiene, der Zwangssterilisation, einzelne als Täter, manche gar als Beihelfer zum Mord an den

Kranken. Das wird sich nicht wiederholen. Davon waren wir überzeugt, als wir als junge Ärzte anfangen, mit psychisch kranken Menschen zu arbeiten und sie zu behandeln, als wir für die Psychiatriereform kämpften und irgendwann Verantwortung in Krankenhäuser übernahmen, von denen aus Patientinnen und Patienten wenige Jahrzehnte zuvor in den Tod geschickt worden waren. Heute sind wir uns nicht mehr so sicher.

Seit Anfang der neunziger Jahre ist zunehmend – gleichsam in einem anschwellenden Bocksgesang – von der „neuen Euthanasie“ die Rede. Von den Niederlanden ausgehend, hat sie zunächst vor allem die Vereinigten Staaten, dann die mitteleuropäischen Länder und besonders die Schweiz erfasst. Der emeritierte Münchner Professor Hans Lauter und der kürzlich verstorbene Göttinger Professor Joachim Ernst Meyer haben dazu aus psychiatrischer Sicht bereits früh ihre mahnende Stimme erhoben. Die neue Euthanasie benutzt neue Wörter: aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid. Die Hilfe zum Suizid tritt in der internationalen Diskussion erkennbar anstelle der aktiven Sterbehilfe, wo Letztere verboten ist.

Die gesellschaftliche Akzeptanz von Sterbehilfe in jeglicher Form hat in den letzten Jahren zugenommen. Hintergrund dieser Entwicklung ist die Beunruhigung der Bevölkerung über die Möglichkeiten der modernen Medizin zur nahezu unbegrenzten Verlängerung von Lebensfunktionen mit einem ungenau definierten Grenzbereich zwischen Lebensverlängerung und Sterbeverzögerung. Immer mehr Menschen erreichen ein Lebensalter, in dem das Risiko steigt, von schweren chronischen Krankheiten betroffen zu werden. Immer mehr Menschen haben Angst davor, an medizinischen Apparaturen zu hängen und von den Ärzten „verurteilt“ zu werden, auch dann weiterleben zu müssen, wenn ihr Leben für sie zur Qual geworden ist. Immer mehr Menschen haben Angst davor, durch Krankheit in Abhängigkeit zu geraten, ihre Würde zu verlieren oder von unerträglichen Schmerzen gepeinigt zu werden. Um diesem Schicksal zu entgehen, wollen sie selbst über Zeit und Ort ihres Todes bestimmen.

Zahlreiche nationale medizinische Fachgesellschaften haben solchen Ängsten Rechnung getragen und Richtlinie zum Umgang mit Sterbenden verabschiedet, die ein Lebensende in Würde und Fürsorge ohne unnötige Schmerzen und ohne unvermeidbare Lebensverlängerung gewährleisten sollen. Dabei ist Hilfe beim Sterben regelmäßig, Hilfe zum Sterben nur ausnahmsweise eingeschlossen. Sterbehilfe

bedeutet demgemäß, das Sterben schwer kranker Menschen zu erleichtern oder zu beschleunigen. In den angelsächsischen Ländern spricht man in diesem Zusammenhang von „Medical Decisions Concerning the End of Life“. Damit werden alle ärztlichen Maßnahmen zusammengefasst, die das Lebensende eines Patienten betreffen: Entscheidungen, eine Therapie zu unterlassen oder abubrechen, welche vermutlich das Sterben des Patienten hinausgezögert hätte, Schmerzen oder andere Symptome mit hohen Opiatdosen zu behandeln und dabei das Risiko der Lebensverkürzung einzugehen oder Medikamente zu verordnen oder zu verabreichen mit der Absicht, das Leben des Patienten zu verkürzen oder zu behandeln.

In den Niederlanden fassen die Ärzte in dieser letzten Kategorie aktive Sterbehilfe auf Wunsch des Patienten, Beihilfe zum Suizid und lebensbeendende Maßnahme ohne ausdrücklichen Wunsch des Patienten zusammen. Sie beschreiben damit die gängige Praxis, die sich auf eine Zustimmung in der Bevölkerung stützen kann. Der amerikanische Suizidforscher Herbert Hendin spricht in diesem Zusammenhang kritisch von der „Duch Cure“.

Die Ängste der Menschen haben in unterschiedlichen Gesellschaften und Kulturen zu unterschiedlichen Reaktionen geführt. In einigen Ländern haben sich Vereinigungen gebildet, die eine „humanes Sterben“ zu ihrer Aufgabe gemacht haben. Die meisten von ihnen bieten neben der Beratung und dem Verfassen von Patiententestamenten Hilfe zur Selbsttötung an. In Deutschland ist das die Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben (DGHS), in der Schweiz die Sterbehilfevereinigung Exit. Beihilfe zum Suizid liegt vor, wenn jemand einem Kranken bei der Beschaffung eines tödlichen Medikamentes behilflich ist und dieses gegebenenfalls auch darreicht; der Kranke muss es jedoch selbst einnehmen. Sterbehilfeorganisationen sprechen in diesem Zusammenhang von „Freitodhilfe“. Das Thema des begleiteten Suizids wird aber auch innerhalb der Medizin intensiv und kontrovers diskutiert. In den angelsächsischen Ländern hat sich dafür während des letzten Jahrzehnts der Begriff des „Physician Assisted Suicide“ eingebürgert, des ärztlich begleiteten Suizids. Seit Anfang der neunziger Jahre haben wir allein im Literatursuchsystem – mit steigender Tendenz – 600 englischsprachige Veröffentlichungen dazu registriert.

In Holland sind nach vorsichtigen Schätzungen 0,3 bis 0,4 Prozent aller Todesfälle

begleitete Suizide, in der Schweiz mehr als dreizehn Prozent aller Suizide. Im amerikanischen Bundesstaat Oregon ist der ärztlich begleitete Suizid seit Ende 1997 gesetzlich erlaubt. In den Niederlanden ist die Duldung des ärztlich begleiteten Suizides vor kurzem mit Billigung der medizinischen Fachgesellschaften auch auf psychisch Kranke ausgedehnt worden.

In Holland besteht die weltweit "liberalste" Euthanasiepraxis und-rechtsprechung. Der hier verwandte Begriff der Euthanasie ist in den Niederlanden üblich. Als erstes europäisches Land haben die Niederlande im Februar 1993 ein Gesetz über die aktive Sterbehilfe erlassen. Danach bleibt diese illegal; es kann aber von einer Strafverfolgung abgesehen werden, wenn ein „willensfähiger“, über seine Situation aufgeklärter Kranker wiederholt um die Beendigung des Lebens bittet, „ein unerträgliches Leiden“ ohne Aussicht auf grundlegende Besserung besteht, ein unabhängiger Arzt Diagnose und Prognose bestätigt, die Tötung mit „aller ärztlicher Sorgfalt“ vorgenommen wird und der Arzt sein Vorgehen protokolliert und dem Staatsanwalt meldet.

Die Praxis dieses holländischen „Experiments“ wurde in zwei umfangreichen Studien im Auftrag der niederländischen Ministerien für Justiz und für Gesundheit untersucht (von 1990 bis 1991 und von 1995 bis 1996). Durch ihre Einzigartigkeit sind diese für die neue Euthanasiediskussion von höchstem Interesse. Die Zahlen von 1990 haben internationale für Aufsehen und für heftige Kontroversen gesorgt. Den Befragungen zufolge wurde damals in den Niederlanden bei 48 700 zur Debatte stehenden ärztlichen Entscheidungen bei 1000 Patienten aktive Sterbehilfe praktiziert, ohne dass der Kranke ausdrücklich darum gebeten hatte (0,8 Prozent) wurden auf ihren ausdrücklichen Wunsch hin von Ärzten getötet; bei 400 Kranken wurde Beihilfe zur Selbsttötung geleistet.

Fünf Jahre später hatte der Anteil der Todesfälle, bei denen aktive Sterbehilfe geleistet wurde, auf 2,3 Prozent zugenommen. Die Rate der Todesfälle durch Beihilfe zur Selbsttötung blieb konstant. Der prozentuale Anteil der Lebensbeendigung ohne ausdrücklichen Wunsch der Kranken, hatte leicht abgenommen. Bemerkenswert ist, dass die Euthanasiepraxis in den Niederlanden von erstaunlicher Missachtung der gesetzlichen Richtlinien geprägt ist. Zwei Drittel der Euthanasiefälle aus den Jahren 1990 bis 1995 wurden nicht gemeldet. Die wirkliche Zahl der Euthanasietodesfälle in den Niederlanden ist somit nicht bekannt. Aufgrund seiner eingehenden Studien kam

Herbert Hendin zu dem Schluss, dass die faktische Legalisierung der Euthanasie und der Beihilfe Zur Selbsttötung nicht die angemessene Antwort auf die Leiden der Schwerkranken ist. Er ist überzeugt, dass sei die Behandlung suizidgefährdeter Patienten erheblich erschwert. Während der letzten zwanzig Jahre habe sich die Praxis in Holland vom begleiteten Suizid zur Euthanasie entwickelt – von der Euthanasie für Kranke im Terminalstadium zur Euthanasie für chronisch Kranke, von der Euthanasie für somatisch Kranke zur Euthanasie für psychisch Kranke und von der freiwilligen Euthanasie zur unfreiwilligen Euthanasie Diese Entwicklung haben Ärzte und Patienten dazu verleitet, die Wahl des (Frei-)Todes als primäre Möglichkeit anzusehen, mit schwerer oder unheilbarer Krankheit umzugehen, statt dem Leiden zu begegnen und Depressionen zu behandeln. Hilfe zur Selbsttötung als „medizinische“ Möglichkeit zu normalisieren, berge die Gefahr, dass Euthanasie zur akzeptierten Behandlungsmethode für suizidgefährdete Depressive werde. Die Befürchtungen Hendins haben sich inzwischen als stichhaltig erwiesen. 1991 war es nach dem weithin bekannt gewordenen Fall Chabot noch zu einer gerichtlichen und einer disziplinarrechtlichen Verurteilung gekommen, als ein Psychiater einer fünfzigjährigen depressiven Frau, deren einziges Kind zuvor verstorben war, konkrete Hilfe bei der Durchführung ihres Suizides leistete. 1997 stellte die Staatsanwaltschaft ein Verfahren gegen einen Psychiater ein, der bei einer achtundvierzigjährigen anorektischen depressiven Frau Hilfe zum Suizid gelistet hatte. Anders als der Fall Chabot wenige Jahre zuvor, erregte dieser zweite Fall auch kaum öffentlich Aufmerksamkeit.

Im gleichen Jahr wurde erstmals die Dimension der Ereignisse bekannt. Danach wurden niederländische Psychiater damals jährlich mit etwa 320 Anträgen auf begleiteten Suizid konfrontiert. Solchen wurde bislang nur selten stattgegeben: Zwei bis fünf psychiatrische Patienten im Jahr erfuhren vor 1997 ärztliche Hilfe beim Suizid. Seither ist eine neue Entwicklung eingetreten. Die niederländische Königliche Medizinische Gesellschaft veröffentlichte Kriterien für die ärztliche Hilfe zur Suizidhilfe bei psychisch Kranken, der weitgehend jenen bei körperlich Kranken entspricht. Danach muss das Verlangen nach Suizid aus freiem Willen erfolgen, wohl überlegt und andauernd sein, das Leiden für den Patienten „unakzeptabel und unheilbar“ sein („ohne Aussicht auf Besserung“), muss ein unabhängiger Arzt den Patienten persönlich untersuchen und die Entscheidung befürworten.

Eine Reihe von Psychiatern hat massive Bedenken gegen diesen Kriterienkatalog

geltend gemacht. Sie hinterfragen die Bedeutung der „Dauerhaftigkeit“ des Suizidwunsches bei Menschen mit depressiven Störungen ebenso wie den Begriff der „Unheilbarkeit“. Sie stellen Fragen nach der Qualität der therapeutischen Beziehung in Psychiatrie und Psychotherapie, nach Vertrauen, Übertragung und Gegenübertragung sowie nach gegenseitigem Agieren. Sie betonen, dass das Ausagieren einer therapeutischen Beziehung zum Tode ebenso als Grenzverletzung betrachtet werden müsse wie das ausleben sexueller Fantasien und Gefühle.

Die amerikanische Auseinandersetzung orientiert sich stark am Schicksal Einzelner. Der seit den fünfziger Jahren als „Dr. Death“ bekannte J. Kevorkian hat mit seinen Aktionen im Staat Michigan eine öffentliche Debatte entzündet. Er führt seit 1990 eine landesweite Kampagne für „doctor assisted suicide“ und rühmt sich, schon bei etlichen Selbsttötungen „anwesend gewesen“ zu sein. Er hat eigens eine Apparatur zur Sterbehilfe entwickelt. Es handelt sich um eine Atemmaske zur Zuführung von Kohlenmonoxyd. Den Auslösemechanismus bedienen die Patientinnen selbst. 1996 wurde J. Kevorkian von einem Geschworenengericht in Pontiac freigesprochen. Er war angeklagt, die Selbsttötung zweier unheilbar kranker Patienten herbeigeführt zu haben. Die katholische Kirche und die „American Medical Association“ kritisierten den Freispruch heftig. 1999 wurde er, ebenfalls in Michigan der vorsätzlichen Tötung für schuldig befunden. Kevorkian hatte das Verfahren gegen sich provoziert, indem er eine Videoaufzeichnung einer aktiven Sterbebegleitung vornahm und veröffentlichte.

Die Auseinandersetzung um den ärztlich begleiteten Suizid wird in den Vereinigten Staaten seit Anfang der neunziger Jahre mit besonderer Intensität geführt. Die meisten in der Literaturdatenbank Medline registrierten Veröffentlichung zum Thema „Physician Assisted Suicide“ sind in amerikanischen Zeitschriften erschienen. Insbesondere das renommierte „New England Journal of Medicine“ veröffentlicht regelmäßig und häufig Untersuchungen, Befragungen und Meinungsäußerungen zum Thema. Stete Nahrung erhielt die Diskussion in den Vereinigten Staaten durch die Verabschiedung der „Death with Dignity Act“ in Oregon im Jahre 1994, die den ärztlich begleiteten Suizid gesetzlich regelt. Das Gesetz trat wegen verschiedener gerichtlicher Interventionen erst Ende 1997 in Kraft. Es erlaubt den Ärzten unter bestimmten Bedingungen, ihren Patienten eine tödliche Dosis eines Medikamentes zu verordnen. Es verbietet aber die aktive Sterbehilfe. Es verlangt vom Arzt nicht, bei der Selbsttötung anwesend zu sein und verbietet die Injektion eines tödlichen

Medikamentes, falls der Selbsttötungsversuch nicht gelingen sollte – anders als in Holland, wo die Ärzte anwesend sein müssen und eine tödliche Injektion verabreichen dürfen.

Mittlerweile liegen Zahlen über die Auswirkungen des Gesetzes vor. In den ersten zwei Jahren wurden 56 Patienten tödliche Medikamente verordnet. 41 führten den Suizid durch. Elf starben an ihren Krankheiten und zwei lebten bei Abschluss der Untersuchung. 31 der 41 verstorbenen Patienten hatten an Krebs gelitten, die übrigen an Aids, chronischem Herzversagen und chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen. Quantitativ handelt es sich bei ärztlich begleiteten Suiziden um 7,5 pro 10 000 Todesfällen.

Wichtigste Gründe für die Suizidentscheidung waren nicht Schmerzen oder wirtschaftliche Sorgen, sondern die Angst vor dem Verlust der persönlichen und körperlichen Autonomie und der Kontrolle über die körperlichen Funktionen.

Eine besondere Situation besteht in der Schweiz. Dort ist die „Beihilfe und Anstiftung zum Selbstmord“ nur strafbar, wenn sie aus eigennützigen Motiven erfolgt. Aktive Sterbehilfe hingegen gilt als Tötung auf Verlangen und ist bislang in jedem Fall strafbar. Das soll sich in naher Zukunft ändern, wenn es nach der Mehrheit einer vom Eidgenössischen Justizdepartement eingesetzten Arbeitsgruppe geht: Weil sich der Schutz menschlichen Lebens in gewissen Ausnahmefällen in eine unerträgliche Last verkehren könne, schlägt die Mehrheit der Arbeitsgruppe vor, für extreme Ausnahmesituationen einen Strafbefreiungsgrund für die aktive Sterbehilfe einzuführen. Wer aus Mitleid einem Menschen auf dessen dringliches Verlangen hin von einem Leben erlöse, das nur mehr aus sinnlosem Leiden bestehe, soll nicht bestraft werden. Wie es heißt, solle bei willensunfähigen Kranken in Ausnahmefälle auf das „eindringliche Verlangen“ verzichtet werden können.

Beihilfe zum Suizid darf nach den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften nicht von Ärzten geleistet werden. Nicht zuletzt deswegen wird sie von mittlerweile drei Laienorganisationen praktiziert. Der Deutsch-Schweizer Sterbehilfevereinigung „Exit“, ihrer welschen Schwesterorganisation sowie der neueren Konkurrenzorganisation „Dignitas“. Die von diesen Vereinigungen gelistete Hilfe zur Selbsttötung wird von einer breiten Öffentlichkeit akzeptiert. Dass die „Freitodhilfe“ von einer Laienorganisation angeboten und praktiziert wird, ist weltweit einmalig. Exit und Dignitas begleiten nach eigenen Angaben jährlich etwa

200 Menschen in den Tod. Das sind etwas mehr als 13 Prozent aller Suizide in der Schweiz und zwei Fünftel aller Suizide von Menschen im höheren Lebensalter.

Exit hat rund 70 000 Mitglieder, die Schweizerische Gesellschaft für Suizidprophylaxe 70. Die Organisation hat mehrfach heftige Medienreaktionen ausgelöst, die regelmäßig zu einem Zuwachs der Mitgliederzahl führten: nach der Suizidhilfe für die Romanschriftstellerin Sandra Paretto in den achtziger Jahren in Zürich; Mitte der neunziger Jahre nach der Beihilfe zum Doppelsuizid eines angesehenen Basler Ehepaares, dessen Name in Verbindung meinen Familienunternehmen weltweit bekannt ist; im vergangenen Jahr schließlich, als ein Exit-Freitodbegleiter im letzten Augenblick daran gehindert werden konnte, einer körperlich gesunden depressiven, dreißigjährigen Frau zum Suizid zu verhelfen.

Im Zusammenhang mit dem Basler Fall wurde bekannt, dass Exit bereits früher bei Menschen mit psychischen Störungen Suizidhilfe geleistet hat. Erst jüngst wurde aus Bern über zwei Exit-Suizide während der Beurlaubung aus stationärer psychiatrischer Behandlung berichtet. Allgemein schien die Tendenz dahin zu gehen, auch psychisch Kranke einzubeziehen: Ihnen müssten die gleichen Rechte wie körperlich Kranken zugestanden werden; wenn ihnen das Leben zur Qual geworden sei oder, wenn ihr Leiden „unheilbar“ sei.

In einem Kommentar zu einer Fernsehdiskussion zum Thema Suizidhilfe für psychisch Kranke stellt Ruedi Spöndlin, Herausgeber der kritischen Zeitschrift „Soziale Medizin“, einige der am Basler Fall sichtbar gewordenen Fragen pointiert heraus. „Im 'Zischtigsclub' des Schweizer Fernsehens stellt sich Freitodhelfer Werner Kriesi einer Diskussion. Befremdend war dabei das Gewicht, das er beim Entscheid für die Suizidhilfe auf die Meinung der Familie der Betroffenen legte. Mehrmals betonte er, im Fall der dreißigjährigen depressiven Frau hätten die Angehörigen den Entscheid für den Suizid mitgetragen. Damit stößt er aber die Tür zu einem psychischen Gruselkabinett auf. Angesichts der vielen bewussten und unbewussten Konflikte, die dabei auf die Entscheidung einwirken, wird jeder Hinweis auf den von Exit so vielgepriesenen freien Willen ziemlich hohl“.

Erst in diesem Zusammenhang kam es zu staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen, nachdem die Behörden Todesermittlungsverfahren bei Exitsuiziden bis dahin großzügig zu den Akten gelegt hatten. Von 43 Exitsuiziden in der Region Basel wurden nur sieben obduziert, obwohl die zu Grunde liegenden Krankheiten in



zahlreichen Fällen alles andere als eindeutig waren. Bei sechs der Toten konnte eine neben körperlichen Krankheiten psychische Störung oder eine psychische Krankheit in der Vorgeschichte eruiert werden. Drei hatten im Rahmen ihrer psychiatrischen Erkrankung bereits früher Suizidversuche unternommen.

Dass das gleichzeitige Vorliegen einer körperlichen Krankheit die moralische Qualität des Suizidhilfeangebots an Menschen mit psychischen Störungen entscheidend ändert., kann man bezweifeln. Der Krebsforscher Ezekiel J. Emanuel bekräftigt das: „Euthanasie und ärztlich begleiteter Suizid sind bei der Betreuung Sterbender drängende Fragen. Aber Krebspatienten, die unter Schmerzen leiden, verlangen eher selten danach. Am häufigsten sind es Patienten mit Depressionen, die die Hilfe zum Suizid fordern. Bei Kranken, die dies tun; sollte eine sorgfältige Abklärung vorgenommen und, wo immer möglich, antidepressiv behandelt werden, bevor die Frage der Sterbehilfe ernstlich mit ihnen besprochen wird.“

Die Entwicklung in Oregon und der Schweiz zeigt aber, dass die Beihilfe zum Suizid im Rahmen der neuen Euthanasiediskussion verstärkter Aufmerksamkeit bedarf. In beiden Ländern ist sie zu einer alternative zur bislang verbotenen aktiven Sterbehilfe geworden. Das macht deutlich, welche gesellschaftliche Brisanz sie enthält. Ausgesprochen oder unausgesprochen geht es immer wieder um die Frage nach dem Wert - oder dem Unwert – des Lebens.

Eine besondere Bedeutung bekommt die Auseinandersetzung um die Beihilfe zum Suizid, wenn psychisch Kranke betroffen sind. Hier geht es nicht um die Hilfe bei Sterben von Menschen, deren Tod ohnehin absehbar ist. Es geht um die aktive Beendigung eines möglicherweise noch lange andauernden Lebens, das den Leidenden, ihren Angehörigen oder der Umgebung „unerträglich“, „inakzeptabel“ oder „nicht lebenswert“ erscheint. Die Besonderheit besteht unter anderem darin, dass der Suizidwunsch bei vielen psychischen Störungen ein zentrales, in aller Regel aber vorübergehendes und behandelbares Krankheitssymptom ist. Die Einbeziehung von psychisch Kranken in ärztliche Sterbehilfeaktivitäten in Holland und in die Suizidhilfe von Laienorganisationen wie in der Schweiz, eröffnet nicht nur eine neue moralische Dimension. Sie wirft auch mannigfache rechtliche Problem auf, die bisher nicht zu Ende gedacht worden sind: strafrechtliche, sozialrechtliche und nicht zuletzt erbrechtliche. Diese werden nicht geringer, nachdem Exit, ganz auf der Höhe der Zeit, angesehene Mediziner und Ethiker für eine Ethikkommission gewonnen hat.

Es hat den Anschein, dass die Beteiligten hier einen Grundkonsens aufgegeben haben, nämlich, dass Sterbehilfe, wenn überhaupt, nur als Hilfe beim oder zum Sterben eines Menschen zulässig ist, dessen naher Tod absehbar und unausweichlich ist, nicht aber zur Tötung eines Menschen, der ohne eine solche Intervention keineswegs sterben würde. Ich bin überzeugt, dass solche Angebote an leidensimmanent suizidgefährdete, psychisch kranke Menschen einen Angriff auf das Grundrecht auf Leben darstellen. In diesem Zusammenhang ist es mehr als eine Marginalie, wenn ein ehemaliger Exit-Vizepräsident, emeritierter Professor für Sozial- und Präventivmedizin, gegenüber Journalisten äußert, seines Wissens habe es sich im „Basler Fall“ nicht um eine Depressive, sondern um eine Schizophrene gehandelt, oder wenn ein Freitodbegleiter ein Pfarrer, gegenüber den Medien feststellt, die Kranke sei „unheilbar“ gewesen. Hier schwingt angesichts unverminderter Vorurteile gegenüber psychischen Krankheiten und psychisch Kranken eine Lebenswertdiskussion mit, die die Protagonisten der aktiven Sterbehilfe und der Suizidhilfe bislang sonst sorgsam vermieden haben. Nicht zuletzt deshalb besteht Anlass zu Sorge und Wachsamkeit.

FAZ Feuilleton Nr. 61 vom 13. März 2000, Seite 52