

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Zur Semantik der Euthanasie-Debatte</b> .....	<b>7</b>
2.1	Begriffsdefinitionen: aktive, passive, indirekte Sterbehilfe .....	7
2.2	Hilfe und Töten gleichgesetzt .....	8
2.3	Umdeutung der Worte .....	9
<b>3</b>	<b>Chronologie der Euthanasie-Debatte in der Schweiz</b> .....	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>Akteure der Euthanasie-Debatte in der Schweiz</b> .....	<b>15</b>
4.1	Motion Ruffy und «à propos, Groupe de travail Interruption Volontaire de Vie (IVV)» .....	15
4.2	Exit .....	16
4.3	Gottlieb-Duttweiler-Institut .....	16
4.4	Alberto Bondolfi .....	17
4.5	Franco Cavalli .....	18
4.6	Anton Leist .....	20
4.7	Jean Ziegler .....	21
4.8	Sowjetische und marxistische Vorbilder .....	21
<b>5</b>	<b>Tendenzen in Europa und der Welt</b> .....	<b>24</b>
5.1	Europa .....	24
5.2	Holland .....	24
5.3	China .....	28
<b>6</b>	<b>Juristische Aspekte</b> .....	<b>30</b>
6.1	Internationaler Konsens.....	30
6.1.1	Die Schweiz als Vorreiter? .....	30
6.1.2	Völkerrecht.....	30
6.1.3	Das Europäische Parlament.....	31
6.1.4	Europarat.....	32
6.1.5	Lebensrecht als Grundlage des demokratischen Rechtsstaates .....	33
6.1.6	Das deutsche Grundgesetz .....	33
6.1.7	Schweizer Verfassung .....	34
6.1.8	Schweizer Strafrecht .....	34
6.1.9	Juristische Auseinandersetzung mit der Motion Ruffy.....	35
6.2	Umdeutung der staatsrechtlichen Grundlagen .....	36
6.3	Folgen einer Lockerung des Tötungsverbotest .....	37
<b>7</b>	<b>Medizinische Aspekte</b> .....	<b>38</b>

7.1	Medizin-ethischer Konsens .....	38
7.2	Palliativmedizin und -pflege .....	39
7.2.1	Definition.....	40
7.2.2	Abgrenzung der Palliativmedizin von «passiver» und «aktiver Sterbehilfe» .....	41
7.2.3	Juristische Regelung der passiven Sterbehilfe ..	41
7.3	Suizidforschung .....	42
7.3.1	Suizidalität ist keine Freiheit .....	42
7.3.2	Es gibt keine «Bilanzsuizide» .....	43
7.3.3	Suizid und soziale Einbindung .....	43
7.3.4	Euthanasiedebatte fördert Suizide: «Werther Effekt» existiert .....	45
<b>8</b>	<b>Zerstörung der Arzt-Patient-Beziehung .....</b>	<b>46</b>
8.1	Vertrauensbruch .....	46
8.2	Pervertierung der Gefühle des tötenden Arztes .....	46
8.3	Psychologische Folgen .....	47
8.4	Hoffnung als Grundhaltung humaner Sterbebegleitung .....	48
8.5	Missbrauch der Ärzteschaft .....	48
<b>9</b>	<b>Gesellschaftliche Auswirkungen .....</b>	<b>49</b>
9.1	Folgen der «Lebenswert»-Diskussion .....	49
9.2	Politischer Missbrauch der Ärzte .....	49
9.3	Auswirkungen auf die Familien.....	50
9.4	Untergrabung der Kultur .....	50
9.5	Legitimität des Staates .....	51
<b>10</b>	<b>Religiöses Verbot der «aktiven Sterbehilfe».....</b>	<b>52</b>
10.1	Christentum.....	52
10.2	Judentum .....	55
10.3	Islam .....	56
10.4	Buddhismus.....	57
10.5	Parlament der Weltreligionen: Weltethos.....	58
<b>11</b>	<b>Historische Wurzeln .....</b>	<b>59</b>
<b>12</b>	<b>Soziologische Aspekte .....</b>	<b>64</b>
<b>13</b>	<b>Zusammenfassung und Schluss.....</b>	<b>66</b>

# 1 Einleitung

Die «Hippokratische Gesellschaft Schweiz» ist eine Ärztevereinigung. Sie ist der Ethik des griechischen Arztes *Hippokrates* verpflichtet – eines der ältesten und erfolgreichsten ethischen Systeme der Welt, welches dem Arzt das Töten kategorisch verbietet:

**«Auch werde ich niemandem ein tödliches Mittel geben, auch nicht, wenn ich darum gebeten werde, und ich werde auch niemanden dabei beraten.»**

*Beilage 41 Eid des Hippokrates, zit. nach Die Anfänge der Abendländischen Medizin, Diller, Reinbek bei Hamburg 1962.*

Die *Hippokratische Gesellschaft Schweiz* steht den seit 1993 in der Schweiz laufenden Bestrebungen, die Tötung auf Verlangen («aktive Euthanasie» oder auch «aktive Sterbehilfe») zu legalisieren, offen **ablehnend** gegenüber. Wir sehen in diesem Versuch eine Wiederholung historischer Fehler. Die angemessene Reaktion auf das Begehren, Kranke «aus Mitleid» zu töten, kann - so gut auch immer die Absichten dabei sein mögen - nur ein «Wehret den Anfängen» sein. Das zeigt alle Menschheitserfahrung.

Die negativen Konsequenzen der Forderung nach Mitleidstötung immer wieder von neuem erfahren zu müssen, ist unnötig und für eine Kulturnation im Grunde beschämend. Historisches Gedächtnis kann uns das ersparen.

Um ein Schweizer Euthanasie-Gesetzgebungsverfahren zu verhindern, hat die *Hippokratische Gesellschaft* unter anderem diese Dokumentation erstellt. Sie zeigt, **welch tiefgreifende Konsequenzen eine Lockerung des Tötungsverbotes für jeden Bürger** hätte und dass alle Bereiche der Gesellschaft davon betroffen wären – am stärksten aber die Arzt-Patient-Beziehung. Die auf Vertrauen aufbauende, helfende Beziehung von Du zu Du ist der anthropologische Kern der Arzt-Patient-Beziehung. Das Gefühl der Geborgenheit und der Sicherheit beim Gang zum Arzt oder ins Krankenhaus wird unweigerlich zerrüttet, wenn der Arzt im Gefühlsleben des Kranken vom Helfer zum potentiellen Todesengel mutiert.

Das **historische Bewusstsein** darüber, wie schwer das universelle Tötungsverbot durchzusetzen war, scheint verschüttet. Wir verdanken dem Tötungsverbot alles, was wir heute an Zivilisation, Wohlstand, Bildung, Ethik, Moral, freiheitlicher Staatsverfassung, Menschenrechten, Rechtsstaatlichkeit, Demokratie, Freiheit, Gemeinwohl, Lebenserwartung etc. haben - **alles**. Das Lebendigsein ist die unabdingbare Voraussetzung, eine Würde und Rechte haben und arbeiten und lieben zu können, glücklich zu leben und würdig zu sterben. Auch der natürliche Tod ist Teil des Lebens.

Wir beobachten, dass heute materialistische Skrupellosigkeit und entfesseltes Gewinnstreben den Euthanasie-Ideologen die Hand reichen. Kranke zu töten jedoch wäre auf lange Sicht die *teuerste* Lösung, die sich eine Gesellschaft leisten kann – finanziell und moralisch. Am Anfang steht die Lockerung des Tötungsverbotes, am Ende der **Zusammenbruch der Solidarität, der Nächstenliebe und der selbstverständlichen Verbundenheit** in der gesamten Gesellschaft wie im Staat. Die Nächstenliebe und das bewährte Prinzip der Solidarität vor dem Bonum Commune, dem Gemeinwohl, die Solidargemeinschaft und der Generationenvertrag werden ersetzt durch knallhartes ökonomisches Management. Sukzessiv wurden und werden medizinische Einrichtungen in rentable Unternehmen verwandelt. Auf

der Strecke bleiben die Schwächsten der Gesellschaft, die Kranken, die alten Menschen, die auf die Hilfe der Gesellschaft angewiesen sind. Sie haben dieser Schweiz ihre Lebensleistung gegeben, den heutigen Staat und seine Werke aufgebaut, und es gebührt ihnen Achtung und Dankbarkeit.

Wir möchten verhindern, dass kranke und alte Menschen zwischen den ideologischen Mühlsteinen der Euthanasie-Ideen und der gefährvollen Rationierungsplanung aufgerieben werden. **Vom christlichen und humanistischen Standpunkt aus ist vielmehr folgendes notwendig:**

- eine deutliche Stellungnahme gegen jede Tötung von Menschen;
- der konsequente Ausbau der Versorgung mit Palliativmedizin; (Pallium = lat. Mantel; Behandlungsmethode, welche sich zum Ziel gesetzt hat, unheilbar Kranken durch Linderung ihres Leidens zu helfen (Schmerzbehandlung, Linderung von Atemnot etc.);
- ein sehr besonnenes Führen der Diskussion um eine Dämpfung der Kosten im Gesundheitswesen, so dass **kein psychischer Druck auf ältere oder schwerkranke Mitbürger entsteht, aus wirtschaftlichen Gründen auf sinnvolle Behandlungen zu verzichten.**

### **Statt einer Lesehilfe**

Angesichts der Tragweite der Frage, auch im Spiegel des 2500 Jahre alten medizinisch-ethischen Konsenses, erachten wir es als unsere Verpflichtung, die Positionen aus allen beteiligten Disziplinen zusammenzutragen. Was **Medizin, Jurisprudenz, die Geschichtswissenschaft, die Hochreligionen und die Soziologie** an Positionen ausformuliert haben, kann als interdisziplinäre Betrachtung helfen, die Tragweite einer Entscheidung in dieser Frage zu erkennen.

Wenn dieses Dossier dazu beiträgt, danken wir dafür.

## 2 *Zur Semantik der Euthanasie-Debatte*

Am Anfang jeder Erörterung muss die Begriffsklärung stehen. Im allgemeinen tendieren die Euthanasiebefürworter dazu, den Vorgang der Tötung begrifflich zu beschönigen (z. B. Euthanasie = «schöner Tod») oder semantisch zu verschleiern. Die Niederländer sprechen von «shortening the life» und der Motionär *Ruffy* spricht in seiner Eingabe von «interruption de la vie», also von «Lebensunterbrechung» und meint damit die Endlösung des Lebens.

In den Niederlanden ist man am weitesten gegangen. Sowohl die *Beihilfe zum Suizid* als auch *Tötungen ohne und mit Verlangen* werden von der bestimmenden *Königlich Niederländischen Medizinischen Gesellschaft* als Euthanasie bezeichnet.

Als im November 1999 der *Kongress der Vereinigten Staaten* bundesweit die *Beihilfe zum Suizid* verboten hat, sprach die Schweizer Presse von «Sterbehilfe». Der Strafausschlussgrund der *Arbeitsgruppe Sterbehilfe* bedeutet eine Strafbefreiung für *Tötung auf Verlangen* («aktive Sterbehilfe»). Aber auch hier spricht man meist undifferenziert von «Sterbehilfe».

Die Presse nennt die *Beihilfe zum Suizid* auch «Sterbebegleitung».

### 2.1 *Begriffsdefinitionen: aktive, passive, indirekte Sterbehilfe*

Jenseits der ideologischen Verzerrungen sind die Begriffe «aktive, passive, indirekte Sterbehilfe» juristisch klar definiert:

**Verleitung und Beihilfe zum Suizid** (Artikel 115 StGB) ist in der Schweiz straflos, sofern sie «uneigennützig» geschieht.

**Aktive Sterbehilfe** ist die gezielte Tötung eines Kranken. Sie ist nach Artikel 111 (vorsätzliche Tötung), Artikel 114 (Tötung auf Verlangen) oder Artikel 113 (Totschlag) schweizerisches Strafbuch strafbar.

**Passive Sterbehilfe** ist der Verzicht auf die Aufnahme oder der Abbruch von medizinisch sinnlosen lebenserhaltenden Mass-

nahmen. Das betrifft nicht die Basistherapie und palliative Versorgung. Sie ist gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt. Die *Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften* hat dazu Richtlinien herausgegeben.

**Indirekte aktive Sterbehilfe** liegt vor, wenn zur Linderung von Schmerzen und Leiden Sterbender Mittel eingesetzt werden, die als Nebenwirkung die Lebensdauer herabsetzen können. Sie ist juristisch und medizinethisch zulässig.

siehe *Bericht Arbeitsgruppe Sterbehilfe, S. 12-14.*

*Probst, Ch. „Hilfe für Sterbende und Schwerkranke“.  
Medizin und Ideologie, Juni 1998, S. 1 u. 2*

## 2.2 *Hilfe und Töten gleichgesetzt*

Die Begriffe Euthanasie, «aktive Sterbehilfe», «passive Sterbehilfe», «indirekte Sterbehilfe» oder «Unterbrechung des Lebens» sind allerdings irreführend, da mit ihnen gegensätzliche Handlungen als «Hilfe» bezeichnet werden und Hilfe und Töten gleichgesetzt wird:

- Eine Tötung nennt man «aktive Sterbehilfe».  
Die Tötung eines Menschen kann nie Hilfe sein. Sonst sind wir bei den NS-Ärzten, die «euthanastisch behandelten».
- Die Unterlassung einer sinnlosen Therapie ist nach Definition «passive Sterbehilfe». Dem verantwortlich handelnden Arzt, der eine sinnlos gewordene Behandlung abbricht, wird mit diesem Begriffe allerdings eine Tötung unterstellt.
- Eine **ungewollte** Lebensverkürzung (Wenn der Arzt einem **Sterbenden** zur **Schmerzstillung** ein Mittel verabreicht, das möglicherweise eine Lebensverkürzung zur Folge hat. Dann ist der Tod die Folge der Krankheit.) nennt man «indirekte Sterbehilfe».  
Eine beabsichtigte echte Hilfeleistung wird hier in eine Tötungsabsicht umgedeutet.

## 2.3 Umdeutung der Worte

Indem alle drei Handlungen als «Hilfe» bezeichnet werden, wird der Unterschied zwischen dem gezielten Töten und der ärztlichen Hilfeleistung, welcher die Natur Grenzen setzt, verwischt. Diese Unterscheidung ist vor allem für die «passive» und «indirekte» Sterbehilfe wichtig: Die Intention des Arztes und die Frage, ob die Behandlung nach bestem Wissen und Gewissen durchgeführt wird, ist entscheidend für die Straffreiheit seines Handelns. Wenn der Begriff der «passiven Sterbehilfe» auf Fälle ausgedehnt wird, in denen der Arzt in bewusster Tötungsabsicht (vgl. Kapitel über *Rommelink-Report*) und nicht aufgrund einer sorgfältigen medizinischen Indikation und somit aufgrund objektiver Sinnlosigkeit eine Behandlung unterlässt oder beendet, dann enthebt man den Arzt seiner Verantwortung als Handelnder.

Gelegentlich wird die Bedeutung der Semantik geradezu exemplarisch sichtbar. So zum Beispiel in der Formulierung der *Motion Ruffy*. Der Motioninär spricht von einer «**interruption de la vie**» («**Unterbrechung des Lebens**»). In beinahe obszöner Weise wird die Beendigung des Lebens, das nicht wieder aufgenommen werden kann, als «Unterbruch» bezeichnet. Definitionsgemäss setzt er während eines Unterbruchs – z. B. von elektrischem Strom - ein Kontinuum für kurze Zeit aus, um dann wieder den Normalzustand zu erreichen. Etwas schwächer wäre eine Störung. Die Steigerung eines Unterbruchs wäre eine Beendigung.

Eine vorsätzliche irreversible Beendigung der Lebensvorgänge –Töten – als «Unterbruch» zu bezeichnen, ist Irreführung und Manipulation.

Der Präsident der *Deutschen Ärztekammer* charakterisierte das «ökonomisch» sparsame Sterbenlassen alter Menschen und Heiminsassen in bewusster Überspitzung als «sozialverträgliches Frühableben».

Es sind totalitäre Tendenzen, wenn mit systematischer Narkotisierung des logischen Gewissens, mit Manipulation der Sprache und Emotionalität eine Zustimmung weiter Kreise erzeugt werden soll. Es wird mit Begriffen aus dem **Wörterbuch des Unmenschen** hantiert, auf die wir sensibilisiert sein sollten.



### 3 *Chronologie der Euthanasie-Debatte in der Schweiz*

Der **Begriff Euthanasie** (griechisch «schöner Tod») wurde im Nationalsozialismus als begriffliche Verschleierung der Tötung psychiatrischer Patienten verwendet und erlebte in den 80er Jahren in Holland, wo Patiententötungen verbreitet sind, eine verklärende Renaissance

*vgl. diese Dokumentation Kapitel Holland*

In unserem Land finden sich die Anfänge der Euthanasie-Debatte im **Frühling 1993** und zwar im Zusammenhang mit der Berichterstattung über ein bahnbrechendes niederländisches Urteil zum Fall des niederländischen Psychiaters **Chabot**. Der Entscheid führte zu einer de facto Legalisierung von **Euthanasie an psychisch Kranken** in den Niederlanden. Im **Herbst 1993** nahm dann als Folge dieses Urteils das **niederländische «Euthanasiegesetz»** die letzte parlamentarische Hürde. Bis dahin hatte im deutschsprachigen Raum ein fester Konsens gegen Euthanasie bestanden. Sie war kein Thema.

*Beilage 0.1 Abriss der Geschichte der Euthanasie, Dokumentation der Hippokratischen Gesellschaft Schweiz, 1999*

*Beilage 1 «Unerforschte Wege der Euthanasie in Holland», NZZ vom 29/30.5.1993*

*Beilage 2 «Freispruch für ärztliche Hilfe zur Selbsttötung», NZZ vom 1.10.1993*

*Beilage 4 «Ein Ort für selbstbestimmtes Sterben», NZZ-Aushang, Juli 1993*

In der Schweiz wurden Veranstaltungen und Fortbildungen angeboten, die unter dem Thema der «Ethik» die Lockerung des Tötungsverbotes empfahlen. Dabei wurden die Niederlande in Sachen Euthanasie als «tolerantes» Land und als «Vorbild» gepriesen.

*Beilage 3 «Klassische Toleranz und neue Verhärtung im Widerstreit», NZZ vom 2.11.1993*

**Im Wintersemester 1993/94** veranstaltete das *Universitätsspital Zürich* ein Kolloquium mit dem Titel: «Ethische Probleme in der

ärztlichen Praxis», in welchem der holländische Euthanasie-Protagonist *Pieter Admiraal* referierte.

*Beilage 5 Uni-Spital Zürich: Ankündigung Vortrag von Pieter Admiraal (Dell), 30.9.1993 «Sterbehilfe ohne Grenzen?»*

In der Folge weitete eine Gruppe utilitaristischer und nihilistischer Philosophen um *Alberto Bondolfi* und *Anton Leist* bei Fortbildungen für Ärzte und Pflegepersonal an der *Universität Zürich* die Euthanasie-Debatte aus.

Im gleichen Zeitraum wurden an vielen Spitälern sogenannte Ethikkommissionen installiert. Dort wurden Diskussionen über Würde, Lebenswert und Patientenautonomie geführt, dies aber in manipulativ einseitiger Weise mit dem Ziel, die natürlich vorhandene Abwehr gegen das Töten bei Ärzten und Pflegepersonal zu schwächen.

In diesem Kontext wurde am **13.12.1993** die *Interpellation Eggly* im Nationalrat und am 17.12.1993 die *Interpellation Petitpierre* im Ständerat eingereicht.

*Beilage 6 Interpellation Eggly, 16.12.1993, Nationalrat*

*Beilage 7 Interpellation Petitpierre, 17.12.1993, Ständerat*

Beide bezogen sich auf die erwähnte niederländische Gesetzesänderung und forderten den Bundesrat auf, gesetzgeberisch in Richtung «Sterbehilfe auf Verlangen» tätig zu werden. Mitunterzeichner ist Nationalrat *Ruffy*. Beide Vorstösse wurden vom Bundesrat abgelehnt.

Als sich im **März 1994** die krebserkrankte Schriftstellerin *Sandra Piretti* medienwirksam begleitet selbst tötete, wurde ihr «Freitod» von den Medien im gesamten deutschsprachigen Raum zum Anlass genommen, das Thema in den Spalten breit abzuhandeln.

**Am 28.9.1994** reichten Nationalrat *Ruffy* und andere eine Motion ein. Darin wird die «Straflose Unterbrechung des Lebens» nach dem Vorbild der Niederlande gefordert.

Unterzeichner nach Parteizugehörigkeit sind hauptsächlich Mitglieder der SP, einige Grüne und einzelne Mitglieder der FDP.

*Beilage 8 Motion Ruffy mit Begründung vom 28.9.1994 sowie  
Parlamentsdebatte, Sten Bull, 14.3.1996, S. 362*

*Beilage 9 Motion Ruffy vom 28.9.1994, französischer Text*

Am 28.11.1994 nahm der Bundesrat die Motion an, verlangte aber die Umwandlung in ein Postulat.

**Im Januar 1995** strahlte das *Schweizer Fernsehen* den holländischen Propagandafilm «*Tod auf Verlangen*» aus. Er steht dem nationalsozialistischen Propagandafilm «*Ich klage an*», dessen Ausstrahlung in Deutschland bis zum heutigen Tag verboten ist, kaum nach. Im holländischen Film wird vor laufender Kamera die Tötung eines nicht terminal kranken Mannes, der an einer degenerativen neurologischen Erkrankung litt, gezeigt. Im Film wird deutlich, dass der Mann dazu gedrängt wurde, in seine Tötung einzuwilligen. Die palliativen Behandlungsmöglichkeiten wurden verschwiegen und die Tötung schliesslich als Akt der Menschlichkeit dargestellt.

**1995** hatte die *Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)* ihre weltweit ersten (sic!) und ethisch hochstehenden Richtlinien zum Umgang mit Sterbenden überarbeitet, weil eine Anpassung an die niederländische Euthanasiegesetzgebung gefordert worden war. Die Neufassung der Richtlinien bestätigte jedoch das gesetzliche Verbot aktiver Massnahmen zum Zwecke der Lebensbeendigung. Die Beihilfe zum Suizid wurde abgelehnt.

*Beilage 10 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten (Seite 2 u. 4), 1995*

In der Folge mehrten sich die Stimmen gegen die Autorität der SAMW. Am **15./16.11.1996** schlug der Direktor des *Bundesamtes für Gesundheit, Thomas Zeltner*, in Interlaken auf dem von der SAMW veranstalteten Symposium «Auswahl bei Kranken? Ethische Überlegungen zur Verteilung knapper Mittel in der Gesundheitspflege» (Beilage 10.1) vor, parallel zu den Strukturen der SAMW – in der auch heute noch seriöse Wissenschaftler tätig sind – Kommissionen einzurichten, die sogenannten «demokratisch strukturiert», d. h. nicht nur mit Ärzten und Wissenschaftlern zu besetzen seien. Offensichtlich sollte die ärztlich

orientierte, unabhängige SAMW durch politisch motivierte, mit Soziologen etc. besetzten Ethikkommissionen umgangen werden.

**Am 14.3.1996** stimmte der Nationalrat der Umwandlung der *Motion Ruffy* in ein Postulat zu. *Bundesrat Koller*, damals Vorsteher des *Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements*, setzte daraufhin die *Arbeitsgruppe Sterbehilfe* ein.

Sie sollte

*«sämtliche Fragen, die mit der Sterbehilfe zusammenhängen», klären und zu der Frage Stellung nehmen, «ob eine gesetzliche Regelung der Sterbehilfe im Strafbuch, die sowohl dem Tötungsverbot wie auch dem Selbstbestimmungsrecht des todkranken und sterbewilligen Patienten Rechnung trägt, möglich sei.»*

*Beilage 11 «Arbeitsgruppe 'Sterbehilfe' eingesetzt», Pressemitteilung des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements vom 4.3.97*

**Am 11.11.1996** griff der *Tages Anzeiger* den zunächst unbeachtet gebliebenen extremen Gesetzesentwurf des Zürcher Juristen *Robert Kehl* betreffend Patientenrechte, Freitod und Sterbehilfe aus dem Jahre 1994 wohlwollend auf. Darin fordert der Autor unter anderem, dass die «Freitodhilfe» auch bei Depressiven zur **Pflicht** werden solle. Die fälligen Gegenstimmen blieben aus.

**Im Oktober 1998** fand im *Gottlieb Duttweiler Institut* in Rüslikon der Weltkongress der Euthanasie-Gesellschaften statt.

**Im März 1999** nahm das *EJPD* den Bericht der *Arbeitsgruppe Sterbehilfe* entgegen. Die Mehrheit schlägt vor, die bestehende Strafbestimmung:

***Art. 114: Tötung auf Verlangen:** Wer aus achtenswerten Beweggründen, namentlich aus Mitleid, einen Menschen auf dessen ernsthaftes und eindringliches Verlangen tötet, wird mit Gefängnis bestraft.*

durch einen *neuen Strafausschlussgrund* zu ergänzen:

*«Hat der Täter eine in ihrer Gesundheit unheilbar beeinträchtigte, kurz vor dem Tod stehende Person getötet, um sie von unerträglichen und nicht behebbaren*

*Leiden zu erlösen, so sieht die zuständige Behörde von der Strafverfolgung, der Überweisung an das Gericht oder der Bestrafung ab.» (Bericht, S. 48)*

Parallel dazu kam 1999 die Diskussion um die Rationierung von Leistungen im Gesundheitswesen auf. **Die natürliche Grundeinstellung dem menschlichen Leben gegenüber wird durch diese Auseinandersetzung ruiniert.** Gemäss dem utilitaristischen Denken zentraler Verfechter der Euthanasie haben Menschen, die nicht mehr im Produktionsprozess stehen, nicht mehr nützlich sind oder sich selber nicht mehr wehren können, nicht mehr viel Lebensberechtigung. Ihr Leben habe keine lebenswerte Qualität mehr.

Zusammen mit der Rationierungsdebatte entsteht beim älteren oder kranken Mitbürger das Gefühl, der Gemeinschaft zur Last zu fallen. Er kann sich gedrängt fühlen «freiwillig» auf eine umfassende Behandlung verzichten. Die teilweise entgrenzte Rationierungsdiskussion kann also das vorliegende Thema tangential beeinflussen.

## 4 Akteure der Euthanasie-Debatte in der Schweiz

Im folgenden sollen die wichtigsten schweizerischen Euthanasie-Protagonisten vorgestellt werden. Bemerkenswert ist, dass wir Akteuren begegnen, die schon in anderen gesellschaftspolitischen Brennpunkten im «progressiven» Lager aktiv waren.

### 4.1 Motion Ruffy und «à propos, Groupe de travail Interruption Volontaire de Vie (IVV)»

Die Gruppe «à-propos, Groupe de travail Interruption Volontaire de Vie (IVV)» übernahm die **Hintergrundarbeit für die Motion Ruffy**. Unter Führung von *Dominique Freymond*, des Waadtländer Arztes *Jérôme Sobel*, des Juristen *Olivier Burnet*, des Aktuars und Versicherungsdirektors *Jean-Michel Hainard* und des Arztes *Eric Hauf* hatte à-propos sich schon mindestens seit 1992 zum Ziel gesetzt, bis 1994 eine parlamentarische Initiative zur Legalisierung des «**freiwilligen Unterbruchs des Lebens**» nach dem **Vorbild der Niederlande** zu lancieren. A-propos verbreitet gezielt die Unwahrheit, selbst in gut geführten palliativen Einrichtungen würden immer noch 10 % einen Sterbewunsch äussern. Wir gehen im Kapitel 7.2 genauer darauf ein.

Der Text der **Motion Ruffy** findet sich in Papieren von «à-propos» vorformuliert. In *Franco Cavalli, Andreas Gross, Jean Ziegler, Peter Bodenmann, Christiane Brunner, Elmar Ledergerber, Peter Tschopp* und anderen fand sich eine schlagkräftige Parlamentariergruppe aus dem vorwiegend linken und vereinzelt wirtschaftsliberalen Lager. Sie lancierten die *Motion Ruffy*. Mitunterzeichner *Jean Ziegler* hat schon 1975 ein Buch veröffentlicht, in welchem er ein damals gerade in Kalifornien umstrittenes Euthanasiegesetz für die Schweiz anpries.

*Beilage 11.1 «à propos» Groupe de travail Interruption Volontaire de Vie, Selbstdarstellung, September 1993*

*Beilage 11.2 Rebetez, A. Groupe «à propos»  
Un lobby pour légaliser l'euthanasie, L'Hebdo vom  
5.11.1992*

*Beilage 11.3 Ziegler, J. Die Lebenden und der Tod, Luchterhand  
1977*

*Vgl. auch über Zusammensetzung der Mitunterzeichner  
der Motion Ruffy (diese Dokumentation Kapitel «'Euthanasie'-  
Bewegung in der Schweiz – eine Chronologie»)*

## **4.2 Exit**

Die grösste schweizerische Euthanasiegesellschaft *Exit* mit Sitz in Grenchen scheint bisher keine Zusammenarbeit mit *à propos* zu pflegen. Auf der Gründungsversammlung von *Exit* war *Pieter Admiraal*, der niederländische Euthanasiepropagandist, als Ehrengast zugegen - und anfangs forderte *Exit* auch «aktive Euthanasie», später liess man das aus taktischen Gründen fallen. Heute betätigt sich *Exit* vor allem in der «Freitodhilfe», unter anderem auch an psychisch Kranken auch nach dem US-amerikanischen Vorbild mit «Exit-bag» (Plastiktüte). *Exit* nutzt dazu den Art. 115 StGB aus, gemäss dem die Beihilfe zum Suizid straffrei bleibt, falls sie «uneigennützig» erfolgt. *Peter Holenstein*, ehemaliger Geschäftsführer von *Exit*, sprach auch schon über «Freitodhilfe» an Minderjährigen, was freilich ungesetzlich sei. *Exit* kam in letzter Zeit wiederholt negativ in die Schlagzeilen.

*Beilage 11.19 Holenstein, P. DRS 2, Interview vom 26.4.1997*

## **4.3 Gottlieb-Duttweiler-Institut**

1998, zum gleichen Zeitpunkt als der Bericht der *Arbeitsgruppe Sterbehilfe* erwartet wurde, gastierte im *Schweizer Gottlieb Duttweiler Institut* (GDI) der Weltkongress der 34 Euthanasiegesellschaften. Der Schweiz wurde an diesem Kongress eine internationale «Vorreiterrolle» zugesprochen.

*Beilage 11.17 Heusser, R. Die Internationale des würdigen Sterbens,  
NZZ vom 16.10.1998*

*Georges Roos*, Mitarbeiter des GDI, veröffentlichte im Hinblick auf diesen Kongress im Oktober 1997 einen Grundsatzartikel

«*Death-education als Lebenshilfe*». Wie in den 60er Jahren die Menschen von ihren sexuellen Verklemmungen befreit worden seien, so müssten sie nun von ihren Verklemmungen gegenüber dem Tod befreit werden. **Death education** solle den Menschen «bis ans Sterbebett begleiten» und der Tod ins Leben integriert werden. Schon in der Schule sollen die Kinder «die Fähigkeit zur Interaktion [nicht Hilfe!, d. V.] mit selbstmordgefährdeten Menschen» entwickeln. Statt Stoffvermittlung ist Betroffenheit gefragt: Friedhofsbesuche, Gespräche mit Todkranken, Rollenspiele, Verfassen eines eigenen Nachrufs, eigene Gefühle, Nöte und Ängste erkunden und ausdrücken. Wenn es einem Kind dabei zu schlecht gehen sollte, sorgen Lehrer für «individuelle Beratungsmöglichkeiten». Hier wird eine subtile Erziehung zur Euthanasie vorbereitet.

*Beilage 11.18 Roos, G. Das Geheimnis des Todes lüften, NZZ vom 1.11.1997*

#### **4.4 Alberto Bondolfi**

Der 1946 geborene *Alberto Bondolfi* ist seit 1979 ständiger Mitarbeiter am *Institut für Sozialethik* in Zürich. Er ist der führende Kopf der Befürworter der «aktiven Sterbehilfe» in der bundesrätlichen *Arbeitsgruppe Sterbehilfe*. *Bondolfi* ist Mitglied der *Ethischen Zentralkommission der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften*, der *Eidgenössischen Kommission für Frauenfragen*, der *Eidgenössischen Kommission für AIDS-Fragen*, der *Kommission des Justizdepartements für Fragen um die Sterbehilfe*, Mitglied des *Stiftungsrates Aids-Info-Docu* und anderer Gesellschaften mehr.

*Bondolfi* war von 1984 bis 1987 Präsident der *Europäischen Konferenz Justitia et Pax*. Seit 1995 ist er Präsident der *Societas Ethica*.

*Bondolfi* will die Unantastbarkeit des Lebens ersetzen durch eine Güterabwägung von *Schmerzminimierung*, *Selbstbestimmung* und *Tötungsverbot*. Keines davon solle nach ihm absolut gesetzt werden.

*Beilage 11.20 Bondolfi, A. Wer hilft wem und wie? Soziale Medizin 4/96*



*Beilage 11.21 Vernetzungsschema der Euthanasie-Protagonisten in der Schweiz, Hippokratische Gesellschaft Schweiz, 1999*

*Beilage 11.22 Homepage Institut für Sozialethik, A. Bondolfi, [www.sozialetik.unizh.ch/personal/bondolfi\\_home\\_d.html](http://www.sozialetik.unizh.ch/personal/bondolfi_home_d.html)*

*Beilage 11.23 Homepage Societas Ethica, [www.sozialetik.unizh.ch/societas\\_ethica/se.html](http://www.sozialetik.unizh.ch/societas_ethica/se.html)*

*Beilage 11.24 Homepage Institut für Sozialethik, Zürich, [www.unizh.ch/sozialetik/home\\_d.html](http://www.unizh.ch/sozialetik/home_d.html)*

## **4.5 Franco Cavalli**

Eine zentrale Rolle bei dieser Frage spielt der 54jährige **Onkologe** und **Chefarzt am Kantonsspital Bellinzona**, *Franco Cavalli*. Er ist **Nationalrat der SP, sozialpolitischer Sprecher und Fraktionspräsident der Sozialdemokratischen Partei der Schweiz**. Politisch arbeitet *Cavalli* auch mit der *Partei der Arbeit* (PdA), sowie dem *1. Mai-Komitee Zürich* zusammen.

Nach seinem Engagement in den 70er Jahren in einem *Vietnam-Komitee* war *Cavalli* in Nicaragua, El Salvador und Kuba gegen den «US-Imperialismus» tätig und ist heute führend bei «*mediCuba-Suisse*». «*mediCuba-Suisse*» ist vernetzt mit der PdA, der linken «*Vereinigung Schweiz Cuba, Autonome Sektion Zürich*», dem «*Comité de Solidaridad Zurich-Cuba*», den *Jungsozialisten Zürich* und der *GBI-Jugend Zürich*. *Cavalli* ist einer der Erstunterzeichner des «*Manifests vom 21. Januar 1997*», das die Schweiz als «Hehler für die Nazis» pauschal anklagt.

*Beilage 11.6 Pinochet vor den Richter. Freiheit für Patricio Ortiz, Ankündigungsflugblatt zum 1.5.1998*

*Beilage 11.7 mediCuba-Europa. Neue Strategien gegen die US-Blockade, Ankündigung zu Film und Diskussion am 18.3.1998*

*Beilage 11.8 Manifest vom 21. Januar 1997, Verein Manifest*

*Beilage 11.9 Kuhn, M.-J. Der gute Mensch von Ascona, Die Wochenzeitung Nr. 9, 28.2.1997*

Im «*MOMA*», der ehemals trotzkistischen «*Bresche*», ruft *Cavalli* zum radikalen Klassenkampf auf. Er strebt unter Berufung auf

Gramsci dazu ein «*hegemoniefähiges Bündnis*» aller «*Ausgeschlossenen*» an, bestehend aus Teilen der Arbeiterklasse, aufstrebenden Schichten (wissenschaftliche Intelligenz) und «*RadikalerneuerInnen*» (alle mit «*linksaufklärerischer Position*»). Teil dieses hegemoniefähigen Bündnisses ist für Cavalli der Zusammenschluss mit der Euthanasie-Bewegung:

**«Zudem kann die *mittlere Mittelklasse* mit aggressiv vorgetragenen, ethischen Diskussionen (z. B. Drogenpolitik, Sterbehilfe usw.) teilweise gewonnen werden.»**

*Beilage 11.10 Cavalli, F., Einige Fähnchen an die Wandtafel. Ist eine radikale Position heute möglich? MOMA 2/3.98*

Cavalli profilierte sich während der Debatte um die Motion Ruffy im Parlament.

*Beilage 11.11 Nationalrat, Frühjahrsession 1996, Zehnte Sitzung 14.3.1996, Stellungnahme Cavalli*

Im Urteil seiner **Genossen** ist Cavalli ein «*klassischer, rigider Marxist, ein Mann der 3. Internationale*»; «*der Mensch Cavalli ist nämlich viel offener als der Ideologe Cavalli*». «*Franco versteht es, auf Leute einzugehen. Er merkt sehr schnell, was in ihrem Inneren vorgeht*». Für Cavalli ist «*der Marxismus immer noch die beste Analyse-methode, um die Welt zu verstehen*» und die Millionen Toten unter Lenin und Stalin sind für ihn «*Entartungen*». Cavalli: «*Ich schäme mich nicht, Marxist zu sein, wie viele andere*». Richtiger Marxismus ist für Cavalli Marx, ergänzt durch Rosa Luxemburg, Frankfurter Schule und Antonio Gramsci.

*Beilage 11.9 Kuhn, M.-J. Der gute Mensch von Ascona, Die Wochenzeitung Nr. 9, 28.2.1997*

Cavalli fällt durch besonders harte Stellungnahmen für Patiententötungen auf: Für ihn ist «*aktive Sterbehilfe*» ein «*extremer und qualvoller Akt der Liebe und Einfühlung [...] Aktive Sterbehilfe ist für mich der letzte Schritt im Auf- und Ausbau der Palliativmedizin.*»

*Beilage 11.13 Cavalli, F. Menschenwürdig sterben dürfen, Die Weltwoche Nr. 39, 25.9.1997*

*Beilage 11.14 Cavalli, F. Vortrag auf dem Seminar der «Schweizerischen Gesellschaft für biomedizinische Ethik» am 25.9.1997 in Bern, Auszüge*

*Beilage 11.15 Cavalli, F. Geht es um einen Akt der Gewalt oder der Liebe? In: Soziale Medizin 4/96*

*Cavalli argumentiert nach historisch dialektischem Rezept, es gehe nicht um die «abstrakte Definition der rechtlichen Pflichten einer allgemeinen abstrakten Person», sondern man müsse zuerst wissen, «was die Gesellschaft will. Und dann können ruhig die Juristen die entsprechenden Lösungen nach Gesetz und Paragraph finden. [...] Ich sehe da eine gewisse Parallele zur Situation der Drogensüchtigen. Erst als es eingesehen wurde, dass wir erst einmal die objektive Lage der Drogensüchtigen verbessern müssen [heisst Legalisierung, staatliche Drogenabgabe und so weiter, d. V.], war es möglich, pragmatisch die ersten Schritte zu tun. [...] Es ist nicht auszuschliessen, dass auch in der Sterbehilfe ähnlich vorgegangen werden könnte».*

*Beilage 11.14 Cavalli, F. Vortrag auf dem Seminar der Schweizerischen Gesellschaft für biomedizinische Ethik am 25.9.1997 in Bern, Auszüge*

## **4.6 Anton Leist**

*Leist ist Professor für Philosophie an der «Arbeits- und Forschungsstelle für Ethik» des Philosophischen Seminars der Universität Zürich. Leist rechtfertigt die Tötung von Patienten in gleicher menschenrechtswidriger Weise wie der grün-marxistische Euthanasie-Philosoph Peter Singer: Als Mensch geboren zu werden ist für beide noch kein ausreichender Grund, ein Recht auf Leben zu haben.*

*Für Leist ermöglicht*

*«aktive Euthanasie ... mehr Selbstbestimmung als passive Sterbehilfe»,*

*der Patient habe ein «Recht auf aktive Euthanasie»! Leist schreibt in seinem Buch «Um Leben und Tod», «daß der Begriff der Euthanasie notwendig mit der Bewertung des Lebens als lebenswert oder –unwert einhergehen muss.» (S. 47). Später versteigt er sich zu der Aussage, «nichtfreiwillige Euthanasie» sei «unausweichlich» (S.*

51). Dies nimmt die Tötung von **Kranken gegen ihren Willen** zumindest billigend in Kauf. Das ist unvereinbar mit Art. 1 der *Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte* und mit den Verfassungen aller Rechtsstaaten.

*Beilage 11.4 Leist, A. Vorrang der Autonomie, Soziale Medizin 4/96, S. 30*

*Beilage 11.5 Leist, A. Um Leben und Tod, Frankfurt/Main: Suhrkamp 1992, S. 47, 51*

Die Zusammenarbeit zwischen Euthanasiebefürwortern und Befürwortern der Drogenlegalisierung ist nicht zufällig. Die Ideologie vom «Recht auf Rausch» ist nur eine Spielart des «Rechts auf den Tod». Es gibt auch unter den ausländischen Euthanasiebefürwortern verschiedene, die sich auch gleichzeitig für Drogenfreigabe einsetzen, zum Beispiel der französische Abgeordnete *Schwartzenberg* im Europarat.

## **4.7 Jean Ziegler**

Nationalrat *Jean Ziegler* – Alt-Marxist – propagierte schon 1975 in «Die Lebenden und der Tod» den Euthanasie-Gesetzesentwurf von 1969 aus dem Staate Florida und schlug unter anderem folgende Euthanasie-Regelung für die Schweiz vor: Für Kranke ohne bekannte Familienverbindung, ohne Freunde und Bekannte, könne der Tod durch drei Ärzte beantragt und durch einen Richter «angeordnet werden, ohne dass der Kranke befragt wird»! Für *Ziegler* ist Euthanasie Teil des Klassenkampfes: Die «Übernahme der politischen, sozialen und wirtschaftlichen Macht durch Menschen, die entschlossen sind, sich ihre Freiheit und ihre Gleichheit zu erobern, kann dem Tod und damit dem Leben seinen ihm bestimmten Wert und seinen kollektiven Sinn zurückgeben.»

*Beilage 11.3 Ziegler, J. Die Lebenden und der Tod, Luchterhand 1977*

## **4.8 Sowjetische und marxistische Vorbilder**

Das bisher Gesagte war ein kurzer Einblick in die ideologische Signatur und den gesellschaftspolitischen Hintergrund, vor

dem die politische Aktivierung von Euthanasieplänen verständlich wird. Dies zeigt zugleich die generelle Bereitschaft der Vordenker «alternativer» Wertvorstellungen zu offenkundigen Absurditäten zu einäugigen Vereinfachungen und zu radikalen Zynismen, wo dies ihrer Ideologie zuarbeitet.

Besonders offensichtlich werden die Vorbilder, wenn man liest, was der erste Sowjetische Volkskommissar für Gesundheitswesen, N.A. Semaschko 1923 schrieb:

*«Man kann die Interessen des Kranken über alles stellen... Doch das ist ein **individualistisches, kleinbürgerliches**, gewissermassen anarchistisches Herangehen an die Sache. Wir **Marxisten** und Kommunisten sehen die Sache anders: Die **Interessen der Gesellschaft und des Kollektivs sind das höchste Gesetz**, dem sich die Interessen der «autonomen Persönlichkeit» unterzuordnen haben.»*

*(Zitat nach Viktor Topoljanski: Zurück zu Semaschko? In: ‚Literaturnaja Gaseta‘, Nr. 7/1992, aus: Natalija Geworkjan «Der KGB lebt». Berlin: edition q, 1992, S. 91. Topoljanski war wissenschaftlicher Mitarbeiter der Moskauer Medizinischen Akademie.)*

In den 80er Jahren erwies sich der Sozialist Jacques Attali, persönlicher Berater von François Mitterand und Präsident der «Europäischen Bank für Wiederaufbau und Entwicklung», als moderner Vertreter der sowjetischen Vorbilder und als Beispiel für die Verflechtung marxistischer und ökonomistischer Logik. Er schrieb:

*«Sobald er das Alter von 60-65 Jahren überschreitet, lebt der Mensch länger als seine Fähigkeit zu produzieren, und dann kostet er die Gesellschaft eine Menge Geld. (...) In der Tat, aus gesellschaftlicher Sicht ist es vorzuziehen, dass die menschliche Maschine eher plötzlich stoppt, als einem fortschreitendem Verfall entgegenzusehen. (...) Euthanasie wird auf jeden Fall eines der wichtigsten Instrumente für die Zukunft der Gesellschaften. In der Logik des Sozialismus - um damit zu beginnen - muss das Problem wie folgt dargestellt werden: Die kollektivistische Logik ist Freiheit. Grundfreiheit ist der Selbstmord. Demzufolge ist das Recht auf Selbstmord entweder direkt oder indirekt ein absoluter Wert in solch einer Gesellschaft.»*

*Beilage 27 Attali, J. La médecine en accusation. In: Salomon, M.  
(Hg.) L'avenir de la vie, Paris 1981*

## 5 *Tendenzen in Europa und der Welt*

### 5.1 *Europa*

In Europa, mit Ausnahme der Niederlande, also in den Ländern Deutschland, Österreich, Liechtenstein, Italien, Frankreich, England, Irland, den skandinavischen Ländern und den Beneluxstaaten gibt es *keine* Euthanasiegesetzgebung. Die Schweiz würde sich mit einem Euthanasiegesetz im europäischen Rechts- und Kulturraum isolieren und ihre humanistische Tradition ad absurdum führen.

### 5.2 *Holland*

Auf die Sonderrolle der Niederlande, die auch in der Drogenfrage zu konstatieren ist, gehen wir nun vertieft ein.

Der von *Ruffy* bzw. der *Arbeitsgruppe Sterbehilfe* vorgeschlagene Strafausschlussgrund geht zurück auf das «Modell Holland».

*Vgl. Beilage 11 «Arbeitsgruppe 'Sterbehilfe' eingesetzt», Pressemitteilung des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements vom 4.3.97*

De jure verbietet das niederländische Strafrecht die «aktive Sterbehilfe».

*Beilage 24 Gesetzeslage in den Niederlanden zu Euthanasie / «Sterbehilfe», Übersetzung vom Strafgesetzbuch Wet van 3 maart, Stb.35, Auszug*

Ärzte werden jedoch in Anwendung von Art. 40 des nlStGB nicht verfolgt, wenn die «Bedingungen der Sorgfalt» eingehalten werden, **die durch die Royal Dutch Medical Association formuliert worden sind**. Diese postulieren im wesentlichen, dass der zu tötende Mensch seinen Tod auf Grund **eines freiwilligen, überlegten und dauerhaften Entscheides** verlangt, dass er unerträglich leidet (auch psychisch), dass beides von einem zweiten Arzt bestätigt wird und dass die zuständigen

Behörden über den aussergewöhnlichen Todesfall orientiert werden.

*Beilage 12 Das «Holländische Modell», Hippokratische Gesellschaft Schweiz, 1999*

**Diese Regelung wurde kurz nach ihrer Einführung dadurch erweitert, dass ein ausdrückliches Verlangen nicht mehr gefordert wird.**

*Beilage 12.1 Prof. Dr. iur. A. Donatsch. Die strafrechtlichen Grenzen der Sterbehilfe. Vortrag an der Paulus Akademie, Zürich vom 26. März 1999 (vgl. v. a. S. 4)*

Seit dem «Fall Chabot» 1993/94 sind auch psychische Leiden wie Depressionen und Anorexien durch Gerichte als Gründe für Euthanasie anerkannt.

*Beilage 1, 2 Bericht über eine «Sterbehilfe» bei Depression: Unerforschte Wege der Euthanasie in Holland, NZZ vom 29./30.5.1993 und Freispruch für ärztliche Hilfe zur Selbsttötung, NZZ vom 1.10.1993*

*Beilage 23 Bericht über eine Sterbehilfe bei Anorexia Nervosa, Chabot, B.E. Maandblad Geestelijke volksgezondheid 7/8-93, Übersetzung*

Was sich in den Niederlanden abspielt, rüttelt auf: Die *offiziellen* Zahlen dort aus zwei landesweiten Untersuchungen von 1990 und 1995 über die Häufigkeit der Euthanasie belegen statistisch signifikant einen **Dammbruch**: Basierend auf 405 Interviews mit niederländischen Ärzten einer randomisierten Studie stieg zwischen 1990 und 1995 die Zahl der Tötungen auf Verlangen von 1,9% aller Todesfälle eines Jahres in den Niederlanden oder (ca. 4800 Tötungen) auf 2,3% oder ca. 6300 Tötungen. **Das ist eine Steigerung um 21%.**

Gemäss den Antworten von mehr als 4000 Ärzten in einer Umfrage stieg die Zahl der Tötungen auf Verlangen im Verhältnis zu den gesamten jährlichen Todesfälle in den Niederlanden von 1,7% auf 2,4%. **Dies entspricht einer Steigerung um 41%.**

*Beilage 13 Hendin et al. Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in the Netherlands, Jama, June 4, 1997-Vol 277, No. 21*



In den Jahren 1989/90 führte die niederländische Regierung eine Untersuchung durch, die als *Remmelink-Report* veröffentlicht wurde, benannt nach dem Staatsanwalt, welcher die Untersuchung leitete. Allein für das Jahr 1989/90 nennt der Report 1 000 **Tötungen ohne Verlangen des Patienten**. Sie werden aber nicht als Euthanasie bezeichnet, sondern als «im äussersten Notfall angewandter Akt der Menschlichkeit»! Das zeigt, dass die «freiwillige Sterbehilfe» unweigerlich die unfreiwillige nach sich zieht. Eine eventuelle Steigerung pro Jahr nicht eingerechnet, sind demnach von **1989 bis 1999 hochgerechnet mindestens 10 000 Menschen ohne Verlangen mit staatlicher Billigung umgebracht** worden. Eine solche Hochrechnung ist zulässig, da die Faktoren des Umfeldes gleich blieben.

In 2 300 Fällen tötete ein Arzt – laut Bericht - einen Kranken **auf dessen Verlangen**. In 400 anderen Fällen verschrieb er das Gift, mit dem sich der Patient selbst umbrachte.

Aus dem *Remmelink-Report* geht weiter hervor, dass auch hinter einer Schmerzbehandlung und dem Verzicht oder dem Abbruch lebenserhaltender Massnahmen eine Tötungsabsicht des Arztes stehen kann: Unter 22 500 Fällen, bei denen ein Arzt **Leiden und Schmerzen linderte**, finden sich 1 350 Fälle, bei denen der Arzt nach eigener Aussage die **ausdrückliche** Absicht hatte, die Patienten umzubringen, in 6 750 Fällen war das Motiv, das Leben zu beenden, **eines** der Motive unter anderen. Die Absicht zu töten hat aber in der Schmerzbehandlung keinen Platz. Nach schweizerischem Strafgesetz wäre das ein Tötungsdelikt. Im *Remmelink-Report* werden diese Todesfälle nicht als Euthanasie, sondern als «medizinische Behandlung» bezeichnet.

Unter weiteren 22 500 Fällen, bei denen ein Arzt ohne Verlangen des Patienten eine **Behandlung nicht einleitete oder abbrach**, finden sich 3 600 Fälle, bei denen der Arzt, wiederum nach eigener Aussage, die **ausdrückliche** Absicht hatte, den Patienten umzubringen, und 4 275 Fälle, bei denen die Tötungsabsicht **eines** unter anderen Motiven war. Nach schweizerischem Strafgesetz wäre auch das ein Tötungsdelikt.

Im *Remmelink-Report* werden diese Todesfälle nicht als Euthanasie, sondern als «medizinische Behandlung» aufgeführt.

Zusammengenommen sind das 19 675 Fälle innerhalb eines Jahres, bei denen der Arzt explizit oder implizit die Absicht hatte, das Leben seines Patienten zu beenden.

*Beilage 14* Gunning K. F. *Euthanasia, The Lancet, 19. Oktober 1991.*

*Beilage 16* Gunning K. F. «Rommelink and after», London 1992

*Beilage 18* Fenigsen R. *The Report of the Dutch Government Committee on Euthanasia, Norfolk 1991*

*Beilage 17* *Zahlenzusammenstellung von «The Report of the Dutch Governmental Committee on Euthanasia.»*, nach Fenigsen. *The Report of the Dutch Government Committee on Euthanasia, Norfolk 1991*

*Beilage 19* «Rommelink-Report», Van der Maas P.J., van Delden J.J.M., Pijnenborg L. *Medische beslissingen rond het levenseinde. Den Haag 1991, ISBN 90 39 90124 4*

*Beilage 20* «Rommelink-Report»(englische Übers.), Van der Maas P.J., van Delden J.J.M., Pijnenborg L. *Euthanasia and other Medical Decisions Concerning the End of Life. Elsevier, Amsterdam 1992.*

Wenn einem Arzt das Töten gestattet wird, wirkt er als Vorbild und Modell für andere Kollegen. 59% der im *Rommelink-Report* befragten Ärzte haben in ihrem Leben mindestens einen Patienten **ohne dessen Verlangen getötet** oder hielten dies zumindest für denkbar.

*Beilage 21* «Würden Sie einen Patienten ohne dessen Verlangen töten?» *Rommelink-Report, Tabelle 6.1., Übersetzung*

In Holland zeigt sich, dass es bei einem Arzt, der das Töten einmal in die medizinische Behandlung integriert hat, zu einer sukzessiven Ausweitung der Tötungsmotive kommt. Der «*Rommelink-Report*» nennt als Gründe, welche die Ärzte für Tötungen ohne Verlangen angaben: Schmerzen, niedere Lebensqualität, die Angehörigen hielten es nicht mehr aus, ökonomische Gründe und anderes mehr.

*Beilage 22* *1 000 Tötungen ohne Verlangen, Motive der Ärzte, Rommelink-Report, Tabelle 6.7., Übersetzung*

Wie weit dieser Zynismus gehen kann, zeigt das Beispiel eines holländischen Arztes, der eine Patientin **gegen ihren Willen**

mit der Begründung euthanasiert: «*Ich brauchte einfach dieses Bett!*» (zitiert nach Beilage 13)

Ein weiterer beobachteter Effekt auf das Handeln der holländischen Ärzte ist die Tatsache, dass sich das Töten auf immer mehr Patientengruppen ausweitet: Sterbende, behinderte Neugeborene, Demenzkranke, psychisch Kranke, kranke Kinder zwischen 12 und 18 Jahren. Gegenwärtig durchläuft ein Gesetzesvorschlag die Zweite Kammer des niederländischen Parlaments. Darin soll erlaubt werden, kranke Kinder ab 12 Jahren auch **gegen** den Willen der Eltern zu euthanasieren.

*Beilage 1* «*Unerforschte Wege der Euthanasie in Holland*»,  
*NZZ* vom 29./30.5.1993

*Beilage 23* *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*. 7/8-93.  
*Chabot, B. E. Euthanasie bei Magersucht*

*Beilage 24* *Gegenwärtige Gesetzeslage in den Niederlanden zu Euthanasie/«Sterbehilfe»*, Übersetzung vom Strafbuch *Wet van 3 maart, Stb.35, Auszug*

*Beilage 25* *Gesetzesänderungsvorschlag Van Boxtel et al. 1997-98, Artikel 293, Abs. 6.*

Gerade in Holland, wo eine derartige Ausweitung des Tötens stattfindet, ist bezeichnenderweise die Palliativmedizin so verkümmert, dass niederländische Mediziner zur Ausbildung in Palliativmedizin nach England reisen müssen.

### **5.3 China**

Angesichts dessen, dass China mit seinem enormen bevölkerungspolitischen Gewicht im Rahmen der Globalisierung großen Einfluss auf die Entwicklung des internationalen Rechtsstandards ausüben kann, müssen die menschenrechtswidrigen Gesetzgebungen in diesem Land sehr genau beobachtet werden. Hohe chinesische Funktionäre bewundern *Hitlers* Euthanasie offen: «**On this point Hitler was right.**» In Peking und Shanghai werden bereits Grossversuche vorgeschlagen, das «Problem» der zu vielen «Alten» mit Euthanasie zu lösen.

*Beilage 28* *Döring, O. Grenzenlose Gemeinschaft, FAZ* vom 27.2.1997

*Beilage 29 Flatz, G. Euthanasie-Lob in Shanghai, FAZ vom 5.3.1997*

*Beilage 30 Chan Yee Hon. Plant China Euthanasie? Süd Chinesische Morgenpost vom 11.3.1998*

Ein Gipfel der Unmenschlichkeit ist die Tatsache, dass man in chinesischen Waisenhäusern Kinder aus ökonomischen Gründen Hungers sterben lässt. In Shanghai wird die Sterberate in Waisenhäusern für 1989/90 auf 90% geschätzt. In verschiedenen Provinzen wird sie auf 59,2 bis 72,5% geschätzt. Es wird berichtet, dass es gerade diejenigen Kinder trifft, die nicht gegen Devisen an ausländische Adoptiveltern vermittelt werden.

*Beilage 31 Nathe, H. «Die Partei tat nichts.», Focus 3/1996, S. 179*

*Beilage 32 Burkhalter, H. Human Rights Watch. Opinion from the director, Januar 1996*

*Beilage 33 Human Rights Watch. Death by Default, Januar 1996*

## 6 Juristische Aspekte

### 6.1 Internationaler Konsens

#### 6.1.1 Die Schweiz als Vorreiter?

Ein *Strafausschliessungsgrund* für Tötung d.h. für Art. 114 StGB wäre die erste gesetzliche Ausnahme vom absoluten Verbot der Tötung auf Verlangen in zivilisierten Ländern. Kein Gesetz erlaubt formell die Tötung auf Verlangen, auch nicht das niederländische. Daher sind auf die «aktive Sterbehilfe» die allgemeinen Grundsätze des Völkerrechts (v.a. der EMRK), der Schweizer Verfassung und des Schweizer Zivil- und Strafrechts anzuwenden. Danach ist und bleibt jede Form der *Tötung auf Verlangen* ein Tötungsdelikt.

*Beilage 34* Zusammenstellung der Internationalen strafrechtlichen Beurteilung der «aktiven Sterbehilfe», nach *Eser/Koch, Materialien zur Sterbehilfe, Max Planck Institut 1991, S. 25* und *McLean, S., Maher, G. Medicine, Morals and the Law, Aldershot 1983, S. 54*

#### 6.1.2 Völkerrecht

Der Strafausschliessungsgrund für Art. 114 StGB kann unter dem Tatbestand der ein Verbrechen gegen die Menschlichkeit subsumiert werden. Es ist zu prüfen, ob seine Anwendung nicht vor den *Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte* in Strassburg gezogen oder vom *Internationalen Gerichtshof* in Den Haag abgeurteilt werden könnte.

Der vorgeschlagene Art. 114 StGB verstiesse gegen Art. 2 der **Europäischen Menschenrechtskonvention**: «Das Recht jedes Menschen auf das Leben wird gesetzlich geschützt. Abgesehen von der Vollstreckung eines Todesurteils (...) darf eine absichtliche Tötung nicht vorgenommen werden.» Die EMRK ist **in der Schweiz geltendes Recht** und eine systematische Auswertung der Strassburger Entscheide zu den Ausnahmen von Art. 2 Abs. 2 EMRK zeigt, dass diese die absichtliche Tötung nicht gestatten. (*Mark E. Villiger, Handbuch der EMRK, 2. A. 1999, N 266*). Im Übrigen ist anzunehmen, dass das Handeln bzw. die Behandlung durch

Ärzte in staatlichen Spitälern (Kantonsspital, Unispital) unter dem Begriff der «Behandlung» von Art. 3 EMRK fällt. Der vom Gerichtshof autonom angelegte Begriff «Behandlung» deckt alle Formen staatlichen und hoheitlichen Handelns und Unterlassens (*Villiger a.a.O. N 275*). Damit soll angedeutet werden, dass eine Euthanasiepraxis in der Schweiz von Strassburg beurteilt werden könnte.

Ein Strafausschlussgrund für Art. 114 StGB würde gegen alle wichtigen Völkerrechtskonventionen verstossen:

- Art. 3 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen von 1948: *«Jedermann hat das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person.»*
- Art. 6 des Internationalen Pakts über bürgerliche und politische Rechte von 1966: *«Jeder Mensch hat ein angeborenes Recht auf Leben.»*
- Art. 4 der Amerikanischen Konvention über Menschenrechte von 1969: *«Jedermann hat das Recht auf Achtung seines Lebens.»*
- Art. 4 der Afrikanischen Charta über die Rechte der Menschen und Völker von 1981: *«Alle Menschen sind unverletzlich. Jeder Mensch hat das Recht auf Achtung seines Lebens und die Integrität seiner Person.»*

### **6.1.3 Das Europäische Parlament**

Das *Europäische Parlament* fordert in seiner «Entschliessung zur Achtung der Menschenrechte in der Europäischen Union» von 1999:

*«das Verbot jeglicher aktiver Massnahmen zur Verkürzung des Lebens von Neugeborenen, behinderten Personen, älteren Menschen und Patienten im Dauercoma»*

und die

*«Einrichtung von Pflegeeinrichtungen zur Palliativbehandlung, einschliesslich des Einsatzes aller Mittel zur Schmerzbekämpfung, für eine würdige Begleitung der im Sterben liegenden Menschen ohne Vorrang».*

Das *Europäische Parlament* stützt sich dabei:

auf die «Allgemeine Erklärung der Menschenrechte» und deren Folgepakete (insbesondere Zivil- und Sozialpakt)

auf die in den Verfassungen aller Mitgliedstaaten verankerten Menschenrechte und auf die «Grundsätze des Völkerrechts und des Europarechts im Bereich der Menschenrechte»

auf mehr als 30 andere internationale Pakte, Konventionen und Entschliessungen, so zum Beispiel: UNO «Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau»; UNO «Übereinkommen über die Rechte des Kindes»; Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte; «Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft» und andere.

Die Staaten müssen das Recht auf Leben in jeder Lebensphase als «absolutes und unverletzliches Recht» respektieren und **aktiv schützen**. Relativierungen des Tötungsverbotes, wie es ein Strafausschlussgrund für Art. 114 StGB wäre, sind nach dem Urteil des *Europäischen Parlamentes* «nicht dem Urteil und dem freien Ermessen der Staaten überlassen», sondern den Staaten im Namen der Menschenrechte zu allen Zeiten und in allen Gesellschaften verboten. Eine Relativierung des Tötungsverbotes verstösst gegen die «unveräusserlichen Bestandteile jeder demokratischen Gesellschaft». Für *das Europäische Parlament* ist der Schutz des Lebens als oberstes Staatsziel wichtigster Bestandteil hiervon.

*Beilage 35 Europäisches Parlament. Entschliessung zur Achtung der Menschenrechte in der Europäischen Union (1997), angenommen 1998, zugeleitet am 12.1.99 (= Deutscher Bundesrat, Drucksache 19/99.)*

#### **6.1.4 Europarat**

Die «Empfehlung 779» des *Europarates* von 1976 über die Rechte der Kranken und Sterbenden hält fest, dass der Arzt «*selbst in Fällen, die ihm hoffnungslos erscheinen, kein Recht hat, den natürlichen Verlauf des Sterbens absichtlich zu beschleunigen.*»

### **6.1.5 Lebensrecht als Grundlage des demokratischen Rechtsstaates**

Der wichtigste Grund zur Gründung von Rechtsstaaten besteht in der anthropologischen Tatsache, dass das biologische Lebendigkeit und der Anspruch darauf geschützt werden müssen. Lebendigkeit ist die Grundvoraussetzung dafür, Würde und Rechte haben zu können. In der *Bill of Rights von Virginia* von 1776 wurde das Lebensrecht historisch erstmals zur Rechtsgrundlage einer Gesellschaft. Seit der *Amerikanischen Unabhängigkeitserklärung* von 1776 ist der Schutz der unveräußerlichen natürlichen Menschenrechte oberstes Ziel jedes Rechtsstaates. Seither muss der Staat das Lebensrecht als Grundbedingung von Selbstbestimmung und Würde des Bürgers garantieren und schützen.

*Beilage 36 Lebensrecht als Grundlage des freiheitlich demokratischen Rechtsstaates, Zusammenstellung verfassungsrechtlicher Grundlagen seit 1776, Hippokratische Gesellschaft Schweiz, 1999*

*Beilage 37 Isensee, J. Das Grundrecht auf Sicherheit, Berlin 1983, S. 12ff und S. 27ff*

Der unbedingte Lebensschutz, den der *Hippokratische Eid* und das *Genfer Gelöbnis* explizit vom Arzt fordern, ist eine rechtliche Verpflichtung, welche sich aus der Verfassung heraus für jeden Staatsbürger ergibt. Das bindet alle Staatsbürger: *«Das Leben ist ein Wert höchsten Ranges innerhalb unserer Rechts- und Sittenordnung. Sein Schutz ist staatliche Pflicht, seine Erhaltung vorrangige ärztliche Aufgabe. Eine Abstufung des Schutzes des Lebens nach sozialer Wertigkeit, der Nützlichkeit, dem körperlichen Zustand oder der geistigen Verfassung verstösst gegen Sittengesetz und Verfassung.»*

*Beilage 37.1 Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht. «Einbecker Empfehlung» vom 29.6.1986*

### **6.1.6 Das deutsche Grundgesetz**

Das Bundesverfassungsgericht (dessen Rechtsprechung geltendes Recht ist) hält fest: *«In keinem Fall darf ein Grundrecht in seinem Wesensgehalt angetastet werden.»* Das Leben hat in der Wertordnung des Grundgesetzes den Rang eines Höchstwertes und ist die *«vitale Basis der Menschenwürde und die Voraussetzung aller*



*anderen Grundrechte*». Es ist «*objektivrechtliche Wertentscheidung der Verfassungsordnung*» und damit objektiver Wert, nach dem sich alle Bereiche der Rechtsordnung auszurichten haben. Daher kann ärztliche Tätigkeit nur dem Schutz des Lebens dienen. Insbesondere kann das natürliche Lebendigkeit nur durch naturwissenschaftliche Massstäbe bestimmt werden. Jede sozialwissenschaftliche Bewertung des Lebens ist ausgeschlossen. Ein sozialwissenschaftlich abgeleitetes lebensunwertes Leben ist daher begrifflich undenkbar.

*Beilage 38 Deutsches Grundgesetz und Bundesverfassungsgerichtsentscheide, Zusammenstellung, Quelle unklar*

### **6.1.7 Schweizer Verfassung**

Das Recht auf Leben ist nach geltender Bundesverfassung ein ungeschriebenes Verfassungsrecht, eingeschlossen in die Freiheiten, welche elementare Erscheinungen der Persönlichkeitsentfaltung des Menschen darstellen. Ab 1.1.2000 ist das Lebensrecht explizit in Art. 10 BV festgeschrieben.

Es kann auf «*Die Grundrechte der Schweizerischen Bundesverfassung*» (Bern 1991) von Jörg Paul Müller verwiesen werden und auf andere staatsrechtliche Standardwerke. Durchwegs wird das Recht auf Leben als fundamentaler Schutzzweck allen staatlichen Handelns beschrieben: «*Der Schutz des menschlichen Lebens ist ein grundsätzlicher, elementarer Auftrag des Staates.*» (S. 33) So führt das Bundesgericht in seiner Entscheidung (BGE 98 Ia 514) aus: «*Das verfassungsmässige Recht auf Leben zeichnet sich [...] dadurch aus, dass jeder absichtliche Eingriff zugleich eine Verletzung seines absolut geschützten Wesenskerns darstellt und deshalb gegen die Verfassung verstösst. Das Recht auf Leben erträgt somit keinerlei Beschränkungen.*» Müller schreibt daher: «*Aktive Sterbehilfe verstösst grundsätzlich gegen das Verbot absichtlicher Tötung und ist von daher verfassungsrechtlich unzulässig.*» (S. 37)

### **6.1.8 Schweizer Strafrecht**

Das StGB regelt bereits den Sonderfall der Tötung auf Verlangen mit Art. 114, 64 (Strafmilderung) und Art. 65 (Strafsätze) befriedigend.

### 6.1.9 Juristische Auseinandersetzung mit der Motion Ruffy

Die juristischen Bestrebungen, welche die *Motion Ruffy* ausgelöst hat, kumulieren im Mehrheitsvotum der *Arbeitsgruppe Sterbehilfe* (S. 34) mit der Forderung einen Strafausschliessungsgrund für Art. 114 StGB und zwar für Fälle von *Tötung auf Verlangen* in **Extremsituationen**.

Beispiel: Nach einem Unfall in einer abgelegenen Gegend ohne Hoffnung auf Hilfe tötet ein Fernfahrer seinen eingeklemmten verbrennenden Kollegen auf dessen wiederholte eindringliche Bitte. Die Votanten müssen selbst zugeben, dass diese Fälle **äusserst selten** - wenn nicht **einmalig** - sind. **Sie können keinen einzigen klinischen Fall analog dazu anführen.**

Extremfälle wie der zitierte sind bereits heute mit Art. 64 und 114 StGB befriedigend gesetzlich geregelt. Der Richter kann in diesen Ausnahmesituationen bei «schwerer Bedrängnis» und bei «achtenswerten Beweggründen» nach Art. 64, 65 StGB eine der Extremsituation angemessene weitgehende Strafmilderung verfügen. Ferner könnten unangemessene Gesetzeshärten auf dem Gnadenwege behoben werden, ohne *generelle Tötungslizenzen* zu vergeben.

Dennoch einen Strafausschliessungsgrund für Art. 114 StGB zu fordern, kann nur heissen, die Türe zu öffnen für die straffreie Tötung auf Verlangen bei **klinischen Fällen**.

Extremfälle wie der zitierte sind *grundsätzlich* verschieden von «schwerkranke, kurz vor dem Tode stehenden Menschen», denn es *fehlt jede* Hilfe. Die Arbeitsgruppe setzt sie trotzdem gleich (S. 34/35). Der Arzt kann aber, wenn er nicht mehr *heilen* kann, immer noch sehr viel palliativ tun: Kein Mensch muss bei genügender palliativer Betreuung an unerträglichen Schmerzen leidend sterben (Vgl. diese Dokumentation, Kap. Palliativmedizin und -pflege).

## 6.2 Umdeutung der staatsrechtlichen Grundlagen

Das Mehrheitsvotum der *Arbeitsgruppe Sterbehilfe* begründet einen Strafausschliessungsgrund von Art. 114 StGB damit, dass die Würde des Menschen der Kern und die Basis der Menschenrechte sei. Es gebe Situationen, in denen ein Leben derart unwürdig sei, dass es besser getötet werde. Damit verdreht die Arbeitsgruppe aber die Grundtatsachen: In Wirklichkeit **ist das biologisch Am-Leben-Sein bzw. der Anspruch darauf die Grundvoraussetzung dafür, Würde und Rechte zu haben. Das Lebensrecht ist Kern und Basis aller Menschenrechte.**

Mit dem Strafausschliessungsgrund würde ein objektives Kriterium (Leben) durch ein subjektives (Beurteilung der Würde des Lebens) ersetzt.

Der Begriff des unwürdigen Lebens ist ausserdem gefährlich nahe bei der nationalsozialistischen Terminologie vom lebensunwerten Leben und anderen totalitären Konzepten zur Ausschaltung von Problemen.

*Beilage 38 Deutsches Grundgesetz und Bundesverfassungsgerichtsentscheide, Zusammenstellung, Quelle unklar*

Nach bestehender nationaler wie internationaler Rechtslage ist eine Legalisierung der «aktiven Sterbehilfe» rechtswidrig; es sei denn, das **Legalitätsprinzip** als tragendes Rechtsstaatsprinzip werde ausser Kraft gesetzt.

Die aggressive Ausweitung der «Sterbehilfe» in den Niederlanden ist eine direkte Folge des dort praktizierten **Opportunitätsprinzips, womit grundsätzlich jede Anwendung und Durchsetzung des Rechtes ausgehebelt wird.** In Zukunft werden dort nicht mehr der Staatsanwalt, sondern fünf über das Land verteilte Ausschüsse, bestehend aus einem «Ethiker», einem Juristen und einem Arzt über die Strafverfolgung einer Patiententötung entscheiden. Zwischen Staat und Bürger entsteht ein rechtsfreier Raum, wo von Ausschüssen über Leben und Tod entschieden wird! Der Staat «zieht sich zurück», nannte das ein prominenter Funktionär aus dem niederländischen Gesundheitsministerium.

In der Schweiz soll nun noch weiter gegangen werden: Es soll neben dem geltenden Recht, in dem – wie oben beschrieben – das Recht jedes Menschen auf Leben gesetzlich geschützt ist (Art. 2 EMRK), ein weiterer Gesetzesartikel hinzukommen, in welchem das Gegenteil steht: Ein Ausschliessungsgrund für Art. 114 StGB bei Fällen von Tötung auf Verlangen. Das Gesetz wird so zur Farce.

### ***6.3 Folgen einer Lockerung des Tötungsverbotes***

Der Richter müsste nach dem Mehrheitsvotum der *Arbeitsgruppe Sterbehilfe* prüfen, ob in einem Fall von Tötung auf Verlangen ein Strafausschliessungsgrund vorliegt. Mangels genauer Definition im Gesetz muss der Richter auf «Experten» zurückgreifen, die ihm Kriterien zur Verfügung stellen. Welche «Ethiker» werden das sein? Was passiert mit den Ärzten, die nicht töten wollen, obwohl ein Mensch danach verlangt?

## 7 Medizinische Aspekte

### 7.1 Medizin-ethischer Konsens

International besteht ein medizin-ethischer Konsens gegen das Töten durch den Arzt.

Die traditionelle medizinische **hippokratische Ethik** ist der Erhaltung und dem Schutz des Lebens verpflichtet. Sie kennt keine Bewertung des biologischen Lebendigseins und verbietet dem Arzt das Töten kategorisch. Sie ist eines der ältesten, erfolgreichsten, stabilsten und weltweit am meisten akzeptierten ethischen Systeme. Es eint nationen- und kulturübergreifend die Ärzte der Welt in einer wissenschaftlichen Gemeinschaft. Allen Kriegen, den schlimmsten politischen Umwälzungen, sozialen Konflikten und kulturellen Verfallserscheinungen zum Trotz hat die hippokratische Ethik von der Heiligkeit (im religiösen wie im weltlichen Sinn) des Lebens mehr als 2 500 Jahre Geschichte überdauert und sich bewährt.

*Beilage 41 Eid des Hippokrates. In: Dittler, H. (Hg.) Die Anfänge der abendländischen Medizin, Reinbek 1962*

Nach den Schrecken des Nationalsozialismus hat der *Weltärztebund* 1948 mit dem «**Genfer Ärztegelöbnis**» den Hippokratischen Eid erneuert. Alle internationalen Gremien der Ärzte haben sich ihm angeschlossen und lehnen die Tötung auf Verlangen bis heute einmütig ab. Dies ist in einer langen Reihe **internationaler Konventionen und Deklarationen des Weltärztebundes** festgehalten.

*Beilage 42 Genfer Gelöbnis, nach Roche-Lexikon Medizin, München 1984*

*Beilage 43 Weltweiter medizin-ethischer Konsens*

Die *FMH* ist als **Mitglied des Weltärztebundes** an die wiederholte absolute Verurteilung der Tötung auf Verlangen durch dieses internationale Standesgremium gebunden.

Die ärztlichen Standesorganisationen der Länder mit vergleichbaren Rechtssystemen sind gegen Tötung auf Verlangen.

*Beilage 44 Zusammenstellung von Richtlinien ärztlicher Standesgesellschaften gegen die Tötung auf Verlangen*

Die **Standesordnung FMH** der Schweizer Ärzte beruft sich im Artikel 17 auf die ethischen Richtlinien der SAMW und verbietet Tötung auf Verlangen kategorisch, indem sie sagt:

«...hingegen ist die aktive Sterbehilfe mit der ärztlichen Ethik nicht vereinbar.»

*Beilage 45 Standesordnung FMH vom 12.12.96, Art. 17*

In den Richtlinien der **Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften** (SAMW) werden Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen strikte abgelehnt.

Die Schweizer Ärzteschaft ist ethisch, in gewissen Kantonen auch juristisch, an die Richtlinien der SAMW gebunden.

*Beilage 10 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten, 1995*

Die niederländische Euthanasie-Praxis hat weltweit klar ablehnende Stellungnahmen und Abgrenzungen hervorgerufen.

*Beilage 46 Gunning, K. F. in: Bericht zum «Internationalen Symposium Euthanasie in Europa» in Strassburg am 16.7.93, S. 7-12.*

Die **Deklaration von Madrid** (1987) des Weltärztebundes (Beilage 43) ist eine direkte Reaktion darauf, dass die niederländische Ärztegesellschaft Patiententötungen rechtfertigte und damit gegen den internationalen Konsens zur Erhaltung des Lebens versties.

## ***7.2 Palliativmedizin und -pflege***

Kein Mensch muss heute an unerträglichen Schmerzen leidend sterben, wenn er nach dem aktuellen internationalen Stand der Palliativmedizin medizinisch, pflegerisch, psychologisch, theologisch ausreichend behandelt und betreut wird.

*Beilage 46.1 Prof. Dr. Dr. Ch. Probst, Neurologe, Aarau; Sterbehilfe: Wege und Irrwege*

Dies bestätigte auch die Palliativmedizinerin, die von der *Arbeitsgruppe Sterbehilfe* als Sachverständige beigezogen wurde (Seite 27, *Bericht Arbeitsgruppe Sterbehilfe*): In ihrer zwölfjährigen Praxis habe sie lediglich zwei Patienten erlebt, bei welchen die übliche medikamentöse Hilfe nicht ausgereicht habe; bei ihnen mussten spezielle medizinische Massnahmen ergriffen werden.

Der internationale Stand der Palliativmedizin wird im «Oxford Textbook of Palliative Medicine» (Derek Doyle et al, Oxford University Press, 1998) und von der Begründerin der Palliativmedizin, *Cicely Saunders*, in ihrem Buch «Leben mit dem Sterben», (Hans Huber, 1991) ausführlich dargelegt.

### 7.2.1 Definition

Palliative Betreuung ist nicht mehr darauf ausgerichtet, die Krankheit zu heilen, sondern will den Patienten bis zu seinem Tod in einer persönlichen Beziehung emotional unterstützen und ihm die Chance geben, bei grösstmöglichem körperlichen Wohlbefinden nahezu schmerzfrei so lange wie möglich die Eigeninitiative zu wahren. Die **WHO** (World Health Organization) definiert palliative Betreuung wie folgt:

*«Die aktive umfassende Betreuung von Patienten, deren Krankheit nicht auf eine kurative Behandlung anspricht. Schmerzkontrolle, Kontrolle anderer Symptome und psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme sind von grösster Bedeutung. Das Ziel der Palliativbetreuung ist das Erreichen der besten Lebensqualität des Patienten und seiner Familie. Viele Aspekte der Palliativmedizin können auch früher im Verlauf der Krankheit in Verbindung mit der Krebstherapie angewendet werden.»*

*(Oxford Textbook of Palliative Medicine, Derek Doyle et al., Oxford University Press, 1998)*

Die Palliativmedizin bietet heute ein breites Spektrum von Hilfsmöglichkeiten an.

*Beilage 47 «Das Leben bejahen», Juni 1999*

Leider sind viele Entscheidungsträger und Patienten über die heutigen Möglichkeiten der Palliativmedizin nicht informiert und bleiben für die Panikmache der Medien anfällig. Die *Schweizerische Gesellschaft für Palliativmedizin* plädiert deshalb

als Antwort auf den Bericht der *Arbeitsgruppe Sterbehilfe* ausdrücklich für den Ausbau der Palliativmedizin.

Suggestive Schlagworte wie «Überbehandlung», «Paternalismus», «Apparatemedizin», «unerträgliches Leiden» und Ähnliches sollen den medizinischen Laien beeindrucken und die Forderung nach «Sterbehilfe» plausibel erscheinen lassen.

Palliativmedizin soll ansetzen, wo der Arzt nicht mehr heilen kann. Sie ist weder «passive» noch «aktive Sterbehilfe».

### **7.2.2 Abgrenzung der Palliativmedizin von «passiver» und «aktiver Sterbehilfe»**

«Euthanasie»-Befürworter benutzen den Begriff Palliativmedizin für Tötungshandlungen. Zum Beispiel tauchen im *Remmelink-Report* über 16 000 Fälle auf, die als «medizinische Behandlung» bezeichnet werden, bei denen es sich in Wirklichkeit um Behandlungsabbrüche oder Schmerzbehandlung mit Tötungsvorsatz des Arztes handelt. So wird der Begriff der Palliativmedizin schleichend umdefiniert und zum Bestandteil der «Sterbehilfe» erklärt. Damit dies nicht passiert, müssen ethische Grenzen respektiert werden: Einerseits darf das Motiv des Arztes nicht das Töten sein, andererseits müssen sinnlose Behandlungen nicht begonnen bzw. sie dürfen abgebrochen werden. Es besteht keine Pflicht zu einer Behandlung, die sicher nicht hilft. Aber: Die Entscheidung, ob eine Behandlung sinnlos ist, ist eine Gewissensentscheidung des Arztes unter Einbezug des gegenwärtigen medizinischen Wissens. Hier darf keine Bewertung des Lebens oder gar ein Tötungswunsch einfließen.

*Beilage 40 Begriffsdefinitionen «aktive, passive, indirekte Sterbehilfe»*

*Vgl. diese Dokumentation, Kapitel über Remmelink-Report*

### **7.2.3 Juristische Regelung der passiven Sterbehilfe**

Entgegen dem Vorschlag der *Arbeitsgruppe Sterbehilfe* kann und muss dieser Bereich nicht juristisch geregelt werden. Er unterliegt ausschliesslich medizinischen Überlegungen und Entscheidungen, wie sie beispielsweise in den ethischen Richtlinien



der *Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften* bereits ausreichend festgelegt sind.

*Beilage 49 Bericht der Kommission des Nationalrates über passive Sterbehilfe vom 27.8.75, BBL 1975 Bd. II, S. 1344-1363.*

*Beilage 10 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung Sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten, 24.2.1995*

## **7.3 Suizidforschung**

Im Folgenden legen wir einige der wichtigsten Ergebnisse der internationalen Suizidforschung dar. Sie zeigen übereinstimmend,

- dass Suizidalität Ausdruck einer seelischen Krisensituation oder Krankheit und damit eine psychiatrische Kategorie ist,
- dass der Wunsch zu sterben labil und in die eine oder andere Richtung beeinflussbar ist und davon ausgegangen werden muss, dass es sogenannte Bilanzsuizide nicht gibt,
- dass auch die Suizidalität alter und terminal kranker Menschen auf psychische Störungen zurückzuführen ist, wie dies auch in der Normalbevölkerung der Fall ist.

### **7.3.1 Suizidalität ist keine Freiheit**

Suizidalität bedeutet So-nicht-mehr-Leben-Wollen. Suizidalität ist eine psychiatrische und keine philosophische Kategorie. Einem Suizidalen ist die Freiheit der Entscheidung über sein Leben nicht gegeben. Suiziden und Suizidversuchen liegen depressive Verstimmungen, psychische Störungen oder Erkrankungen zugrunde. Der Todeswunsch des suizidalen Menschen ist labil und kann in die eine oder andere Richtung beeinflusst werden. Ausserdem darf suizidales Verhalten nicht in erster Linie als Todeswunsch interpretiert werden, sondern ist vielmehr der Wunsch des Betroffenen, die aktuelle Krise zu beenden. Sobald er andere Wege sieht, die Krise zu überwinden, geht auch die Suizidalität zurück. Personen, die einen Suizid-

versuch überlebt haben, sind froh, dass sie gerettet wurden. 80 bis 90% von diesen sterben auch nach Jahren und Jahrzehnten nicht an Suizid.

*Beilage 48 Literatur zur Suizidforschung Nr. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, Zusammenstellung, Hippokratische Gesellschaft Schweiz, 1999*

### **7.3.2 Es gibt keine «Bilanzsuizide»**

Als Bilanzsuizide werden Suizide bezeichnet, welche auf «rationalen» und «freien» Entscheidungen beruhen sollen. Wie oben dargelegt, gibt es dies jedoch nicht. Euthanasiebefürworter behaupten, Suizide **Todkranker** seien «Bilanzsuizide» in einer objektiv hoffnungslosen Situation. Dies wird jedoch widerlegt durch die Tatsache, dass die Zahl der Suizide unter Todkranken nicht höher ist als unter chronisch Kranken (etwa Herzkrankheiten, schwere Erkrankungen des Bewegungsapparates oder schwere neurologische Krankheiten, z. B. Multiple Sklerose, Amyotrophe Lateralsklerose).

Alte Menschen und Todkranke bilden keine Sondergruppe in bezug auf Suizid. Alterssuiziden und Suiziden Todkranker liegen die gleichen psychischen Störungen zugrunde wie solchen in der Gesamtbevölkerung.

Depressionen im Alter werden jedoch selten erkannt und noch seltener behandelt, insbesondere dann nicht, wenn gleichzeitig eine somatische Erkrankung besteht.

*Beilage 48 Literatur zur Suizidforschung Nr. 9, 10, 11, Zusammenstellung, Hippokratische Gesellschaft Schweiz, 1999*

### **7.3.3 Suizid und soziale Einbindung**

Der Wunsch zu sterben ist nicht gleich dem Wunsch, getötet zu werden. Ausgebildete Palliativmediziner wissen, dass das **Sterbenwollen** ein Hilferuf ist und **verschwindet, wenn Behandlung und Betreuung verbessert werden**. Entscheidender Faktor auf Seiten des Behandelnden ist der seelsorgerische, psychologische, medizinische und menschliche Beistand, insbesondere das Einflößen von Hoffnung, Zuversicht und einer natürlichen und ruhigen Einstellung zum Tod.

*Beilage 50 Lutterotti, M. Aktive Sterbehilfe oder Sterbebeistand?  
In: Atrott, H.H., Sterbehilfe in der Gegenwart, Regens-  
burg 1990*

Die soziale Einbindung hat grundsätzlich einen Einfluss auf Gesundheit, Wohlbefinden und Sterblichkeit. Die Menschen mit «den geringsten sozialen Bindungen und menschlichen Beziehungen wiesen eine 2,3 mal (bei Männern) und 2,8 mal (bei Frauen) so hohe Sterblichkeit auf wie die Gruppe mit ausgeprägten sozialen Beziehungen und menschlichen Bindungen. [...] unbeeinflusst von dem Gesundheitszustand zur Zeit des Beginns der Untersuchung und des Todesjahres, dem sozioökonomischen Status, gesundheitsschädigendem Verhalten [...] sowie physischer Aktivität und Inanspruchnahme präventiver Gesundheitsdienste.»

*Beilage 51 von Uexküll, Th. Psychosomatik. In: Lexikon Medizin,  
Ethik, Recht, Eser et al., Freiburg et al. 1992*

Diese Erkenntnis bedeutet, dass Suizidalität nach mitmenschlicher Hilfe und nicht nach Tötung verlangt.

Bei Schwerkranken spielen Vereinsamung, ungenügende palliative Versorgung und depressive Zustände eine grosse Rolle bei der Entstehung des Todeswunsches. Auch der Todeswunsch von Schwerkranken ist labil und schwankt mit ihrer aktuellen Situation, ihrer aktuellen Beziehung zu ihrer Umgebung, ihrer aktuellen Befindlichkeit und der Qualität der gesundheitlichen Versorgung.

*Beilage 48 Literatur zur Suizidforschung Nr. 12, Zusammenstellung, Hippokratische Gesellschaft Schweiz, 1999*

Waffensuizide geschehen häufiger bei Jugendlichen ohne dauernde psychische Störungen, oft in akuten emotionalen Krisen. Dies impliziert, dass diese Krisen zum grossen Teil ohne weitere Folgen vorübergegangen wären, wenn nicht eine Waffe zur Hand gewesen wäre. Nach Einführung eines strengeren Waffengesetzes in Washington D.C. nahmen die Suizide um 23%, die Morde um 25% ab.

*Beilage 48 Literatur zur Suizidforschung Nr. 13, Zusammenstellung, Hippokratische Gesellschaft Schweiz, 1999*

Suizide mit Gas vom Gasherd nahmen sofort ab, als in England und Wales 1963 das giftige Kohlegas durch das ungiftige Erdgas ersetzt wurde. Die Gesamtsuizidrate sank um 20%. Dies bedeutet, dass sich nach dem ersten momentanen Affekt der Selbsterhaltungstrieb wieder durchsetzt.

*Beilage 48 Literatur zur Suizidforschung Nr. 14, Zusammenstellung, Hippokratische Gesellschaft Schweiz, 1999*

#### **7.3.4 Euthanasiedebatte fördert Suizide: «Werther Effekt» existiert**

Die Auswirkungen der Euthanasiedebatte auf die Suizidalität beschreibt *Marzuk* 1993/94: Nach Erscheinen des Buches «Final Exit» in dem zum Suizid durch Ersticken mittels Plastiksack und Vergiftung mit Medikamenten angeleitet wird, nahmen die Suizide innert eines Jahres mittels Plastiksack um 31% und mittels Vergiftung um 5,4% zu.

*Beilage 48 Literatur zur Suizidforschung Nr. 15, Zusammenstellung, Hippokratische Gesellschaft Schweiz, 1999*

*Häfner* konnte nachweisen, dass die Ausstrahlung der Fernsehserie «Tod eines Schülers» einen Anstieg von Eisenbahnsuiziden nach sich zog. Damit zeigte er, dass es die Imitation eines fiktiven Selbstmordes gibt.

*Beilage 48 Literatur zur Suizidforschung Nr. 16, Zusammenstellung, Hippokratische Gesellschaft Schweiz, 1999*

In der Sendung «Talk im Z» von *Radio «Z»* sagte am 29. September 1997 *Manfred Kuhn*, Vizepräsident der schweizerischen «Euthanasie»-Gesellschaft *EXIT*: «Bis zum Fall von *Sandra Paretto* hatten wir im Jahr etwa 150 Personen. Von da an hat sich das vervierfacht.» Bei einer Steigerung von 400% hatte der demonstrative öffentliche Suizid von *Sandra Paretto*, der breit durch alle deutschsprachigen Medien ging, also einen massiven Nachahmungseffekt.

*Beilage 52 Kuhn, M. In: Radio «Z», 29. 9. 1997, «Talk im Z»*

Die dargestellten Untersuchungen weisen nach, dass im konkreten Fall der Suizid keine «freie» und «vernünftige» Entscheidung, sondern eine Tat der Verzweiflung ist.

## 8 *Zerstörung der Arzt-Patient-Beziehung*

Das Lebensrecht bzw. das Tötungsverbot ist ein Grundpfeiler des menschlichen Zusammenlebens in Sicherheit und Würde. Eine Lockerung des Tötungsverbots hätte in allen Bereichen der Gesellschaft unerträgliche Folgen, insbesondere auch in der Arzt-Patient-Beziehung.

### 8.1 *Vertrauensbruch*

Die Lockerung des Tötungsverbotes hätte einen grundlegenden Vertrauensbruch in der Arzt-Patient-Beziehung zur Folge, so dass sich im Spital oder in der Arztpraxis niemand mehr sicher fühlen könnte. Die Erfahrungen in den Niederlanden zeigen, dass alte Menschen vermehrt in die Altersheime der deutschen Grenzregion abwandern. Viele alte Menschen versuchen, sich mit einer «Credo-Card», einer Patientenverfügung zum Schutz vor Euthanasie, gegen «Sterbehilfe» abzusichern.

*Beilage 53* Hunziker, A. (Ex-Präsident der Zürcher Ärztesellschaft) *Sterbehilfe – Was habe ich als Arzt dazu zu sagen?* In: *Aerztegesellschaft des Kantons Zürich, Mitteilungen* 4/99

*Beilage 54* Gunning, K. F. In: *Bericht «Internationales Symposium Euthanasie in Europa» in Strassburg am 16.7.1993, S. 106.*

In der Schweiz begibt sich heute ein Patient mit grossem Vertrauen ins Spital. Er denkt nicht im Traum daran, er könnte eventuell vom Arzt (aus Kostengründen oder anderen Motiven) umgebracht werden.

### 8.2 *Pervertierung der Gefühle des tötenden Arztes*

Berichte aus den Niederlanden zeigen, dass sich Patiententötungen tief im Seelenleben des Arztes eingraben und ihn abstumpfen. *Hilhorst* in «Euthansie in het Ziekenhuis» und *ten Have* in «Geneeskunde tussen Drom en Drama» dokumentieren

erschreckende Berichte tötender Ärzte und Schwestern in den Niederlanden, die sich als Henker fühlen, schwere Depressionen erleiden und sich in psychiatrische Behandlung begeben müssen, fahruntauglich werden und vieles andere mehr.

*Beilage 55 Hilhorst, H. W. Euthanasie im Krankenhaus, 1983 und ten Have, H. Medizin zwischen Traum und Trauma 1987. In: Fenigsen, R. Euthanasia in the Netherlands, Norfolk 1990*

Ein Arzt, der auch nur in Betracht zieht, dass er töten könnte, kann nicht mehr die Zuversicht, die Hoffnung und das Vertrauen vermitteln, die Grundlage jeder medizinischen Behandlung und gerade bei schwerkranken Menschen unabdingbar sind. Er wird nie optimal bzw. «lege artis» behandeln, weil er zu früh aufgibt. Der tötende Arzt muss die natürliche Tötungshemmung, seine Anlage zur Mitmenschlichkeit, sein Gemeinschaftsgefühl übergehen. Er verliert das wichtigste Instrument, das er neben der fachlichen Kompetenz besitzt: die Fähigkeit, durch mitmenschliche Zuwendung Hoffnung vermitteln zu können, zu lindern und zu beruhigen. Er opfert seine Menschlichkeit. Michels und Sporken haben gezeigt, wie unwiederbringlich die Arzt-Patient-Beziehung zerstört wurde, als Ärzte auf den **hartnäckig und bewusst geäußerten** Wunsch von Kranken, «dass alles ein Ende nehmen möge», auch nur zum Schein eingingen. Alle betroffenen Patienten waren entsetzt. Einige fassten nie wieder Vertrauen in ihren Arzt, obwohl er nur «probehalber» vom Töten gesprochen hatte!

*Beilage 56 Lutterotti, M. Aktive Sterbehilfe oder Sterbebeistand? In: Atrott, H.H. et al. Sterbehilfe in der Gegenwart, Regensburg 1990*

### **8.3 Psychologische Folgen**

Hat der Arzt einmal getötet, ist ihm der Weg zurück schnell versperrt. Auch aus der Kriminologie ist bekannt: Bei der ersten Tötung müssen am meisten innere Widerstände überwunden werden. Um sich und sein Gewissen vor der schrecklichen Erkenntnis zu schützen, einem Menschen das Schlimmste angetan zu haben, muss der Arzt das weitere Töten – auch vor sich sel-

ber – rechtfertigen und begründen. Eine unerbittliche Spirale fängt an, sich zu drehen.

#### ***8.4 Hoffnung als Grundhaltung humaner Sterbebegleitung***

Es ist bekannt, dass der körperliche Heilungsprozess auch stark von seelischen Faktoren abhängt. Der Patient hält sich oft an der unerschütterlichen Zuversicht des Arztes fest. Gibt der Arzt auf, so schwächt er den Überlebenswillen und damit die seelische und körperliche Abwehr des Patienten. Bei Sterbenden ist eine ruhige, mitfühlende Begleitung mit einer natürlichen Einstellung zum Tod notwendig. Jeder Gedanke an Töten verunmöglicht eine humane Sterbebegleitung.

#### ***8.5 Missbrauch der Ärzteschaft***

Wir wollen nicht verhehlen, dass es unter unseren Ärztekollegen viele gibt, die sich entschieden zur Wehr setzen wollen, sollte die Politik die Ärzte zur Lösung politischer Probleme missbrauchen wollen. Diese Kollegen befürchten, dass nach Einführung des vorgeschlagenen Strafausschliessungsgrundes peu à peu eine Ausweitung der Euthanasiepraxis entstehen wird und dass ein Druck auf die Ärzte einsetzen könnte, zunehmend mehr Menschen zu euthanasieren. Sie äussern diese Befürchtung vor dem Hintergrund der Bevölkerungsüberalterung, welche nach den uns vorliegenden Unterlagen im Jahre 2040 am ausgeprägtesten sein wird.

Die Lösung dieses Problems und seine Finanzierung muss von der Politik kommen. Sollte versucht werden, die Ärzteschaft im oben skizzierten Sinne zu instrumentalisieren bzw. zu missbrauchen wird es zu schweren Verwerfungen, Widerständen und offenen Konflikten kommen.

## 9 *Gesellschaftliche Auswirkungen*

### 9.1 *Folgen der «Lebenswert»-Diskussion*

Strafffreiheit für jede Form von Tötung würde die Haltung fördern, Leiden durch Töten eliminieren zu wollen. Ein gesellschaftliches Klima entstünde, in dem nur noch gesunde, lustfähige, arbeitsfähige, junge und starke Menschen als wertvoll und damit «lebenswert» angesehen würden und in dem auf Alten, Kranken und Behinderten ein Druck lasten würde, «freiwillig zu gehen». *Pieter Admiraal*, einer der führenden «Euthanasie»-Ideologen, bestätigt offen: «*Unsere Gegner behaupten, dass der Oma nachgeholfen wird, abzutreten, wenn sie im Wege liegt. Im Gegenteil! Viele ältere Menschen, die wissen, dass sie ihren Kindern zur Last fallen, sagen ganz altruistisch: ‚Ich will nicht mehr.‘*» (*Die Zeit*, Nr. 21 vom 16.5.1997)

Überlegen sich die Euthanasie-Befürworter auch schon – in Analogie dazu – wie man die Armen, Kranken und Hungernen in Afrika von ihren Leiden «erlösen» könnte? Der Übergang zu den grössten Verbrechen gegen die Menschlichkeit (*Internationaler Gerichtshof*) ist fließend.

Weitere Folge wären die Entsolidarisierung und der Verlust an bedingungsloser gegenseitiger Hilfeleistung in der Gesellschaft. Würden zum Beispiel Feuerwehrleute, Polizisten, Einsatzteams der Rettungsflugwacht und andere, die bei ihrem Nothilfeinsatz Leib und Leben riskieren, dieses Risiko noch auf sich nehmen, wenn sie damit rechnen müssten, nach einem schweren Unfall oder einer Verkrüppelung von einem «hilflosen Helfer erlöst» zu werden? Wer wird dann noch gesellschaftliche Aufgaben übernehmen, die für das Gemeinwohl lebensnotwendig, aber mit erheblichem Risiko verbunden sind?

### 9.2 *Politischer Missbrauch der Ärzte*

Ärzte, die töten dürfen, verlieren das Vertrauen der **gesamten Gesellschaft**. Die Ärzte in Deutschland wissen, was es heisst, aus der *Weltärztegemeinschaft* wegen Verbrechen gegen die



Menschlichkeit ausgestossen und geächtet zu werden, und was es bedeutet, wenn die Ärzteschaft eines Staates ihr Ansehen vor der Völkergemeinschaft und im eigenen Volk zurückgewinnen muss.

*Beilage 57 Mitscherlich, A. Medizin ohne Menschlichkeit, Frankfurt/Main 1962, S. 7ff*

Die Ärzte sind gut organisiert und lassen sich nicht wie im Deutschland der Nazizeit zur Lösung politischer Fragen missbrauchen. Sie werden gegen «Euthanasie»-Projekte mit allen Kräften antreten.

### ***9.3 Auswirkungen auf die Familien***

Jeder Gedanke an das Töten eines Familienmitgliedes hinterlässt innerseelische Schäden, vor allem schwerste, lebenslang nagende Schuldgefühle mit psychopathologischen Folgen (vgl. Psychiatrische Behandlung nach Elternmord, Beilage 55). Vertrauensvolle verwandtschaftliche Beziehungen und die Solidarität im Kernbereich der Gesellschaft gehen zugrunde und tiefes Misstrauen entsteht. Es ruiniert die tragenden Beziehungen an der Basis der Gesellschaft.

Die weitere Gefahr: Eine Straffreiheit der Tötung würde geldhungrige Erben ermuntern, durch einen Tötungsakt zu Geld zu kommen. Auch dies ruiniert die menschliche Solidargemeinschaft an der Basis.

### ***9.4 Untergrabung der Kultur***

Der tötende Arzt untergräbt das, was Voraussetzung für den Bestand der Kultur ist: die Tatsache, dass die Menschen immer mehr Verantwortung gerade für ihre Kinder, Alten, Kranken und Schwachen übernehmen. Die Qualität einer hochentwickelten Gesellschaft misst sich daran, wie sie mit ihren schwachen, kranken, alten und gebrechlichen Menschen umgeht. Diese Haltungen bilden in ihrer Gesamtheit die Menschlichkeit.

Eine Gesellschaft, die Leiden, Unvollkommenheit und Schwäche durch Töten bekämpft, ruiniert die Menschlichkeit und

wird früher oder später von der Völkergemeinschaft zur Rechenschaft gezogen werden, und zwar zu Recht. In einer solchen Kultur erlahmt die Forschung. Der Wunsch nach Überwindung von Leiden und Schwäche ist einer der Hauptmotoren für kulturellen Fortschritt. Wir hätten heute noch Pestepidemien wie im Mittelalter, wenn nicht Menschen unermüdlich nach den Ursachen des Leidens gesucht hätten – beseelt vom Wunsch, sie zu überwinden.

## ***9.5 Legitimität des Staates***

Die Legitimität des Rechtsstaates beruht auf der inneren Bereitschaft des Bürgers, die Menschenrechte und die demokratische Rechtsordnung grundsätzlich für den Schutz des Lebens als sinnvoll anzuerkennen und aktiv zu unterstützen. Wird die Pflicht des Staates zum Lebensschutz, der im Gewaltmonopol gipfelt, gelockert, ruiniert man das allgemeine Vertrauen in den Staat und die Rechtsgrundlage für das Leben als Mensch.

*Beilage 58 Kriele, M. Einführung in die Staatslehre, Opladen 1994, S. 20f*

*Vgl. diese Dokumentation, Kapitel «Zur Semantik»*

## **10 Religiöses Verbot der «aktiven Sterbehilfe»**

Keine der Weltreligionen kennt das «Erlösen» Leidender durch Töten. Alle versuchen durch Gebote und Regeln das Leben - vor allem das des Kranken und Behinderten - zu schützen und Schaden abzuwehren.

### **10.1 Christentum**

Die christlichen Kirchen gehen von der **Heiligkeit und Unantastbarkeit des menschlichen Lebens** und vom Gebot Gottes aus: «*Du sollst nicht töten!*» Jede Tötung kranken, behinderten oder sogenannten «lebensunwerten Lebens» ist daher «eine Verletzung des göttlichen Gesetzes, eine Beleidigung der menschlichen Person», wie erst am 1.10.99 *Johannes Paul II.* in seinem Brief an die alten Menschen betonte. Alle christlichen Kirchen Deutschlands verurteilten 1990 in einer gemeinsamen Stellungnahme die «aktive Sterbehilfe». Für den Katechismus der Katholischen Kirche wie für die bedeutenden reformierten Theologen *Karl Barth* und *Dietrich Bonhoeffer* ist die «aktive Sterbehilfe» **Mord**: «Willentliche Euthanasie, gleich in welcher Form und aus welchen Beweggründen, ist Mord. Sie ist ein schwerer Verstoss gegen die Würde des Menschen und gegen die Ehrfurcht vor dem lebendigen Gott, seinem Schöpfer.» Die Frage möglicher Grenzfälle ist mit einem eindeutigen, unlimitierten Nein zu beantworten.

Der Mensch ist nach christlicher Auffassung nach dem Bilde und Gleichnis Gottes, des Schöpfers, geschaffen und nicht Herr und Besitzer seines Daseins. Herr über Leben und Tod ist Gott. Angesichts der erneuten Bedrohung des menschlichen Lebens verkündet 1995 die *Enzyklika Evangelium vitae* erneut die Unantastbarkeit und Heiligkeit des Lebens. *Papst Johannes Paul II.* bezeichnet darin Euthanasie als «schwere Verletzung des göttlichen Gesetzes».

Eine Bewertung des Lebens von Alten, Kranken oder Behinderten ist aus Sicht aller christlichen Kirchen eine Anmassung. Der Wert eines Menschen besteht in seinem Menschsein, nicht in

seinen Leistungen. Auch das schwerst versehrte Menschenleben ist von Gott geliebt und ihm ist eine es erlösende und vollendende Verheissung gegeben. Eine Tötung wegen «Unwürdigkeit» oder «Unwert des Lebens» kann daher niemals in Frage kommen.

Die Rede davon, dass ein Arzt aus Nächstenliebe oder christlichem Mitleid einen Menschen durch Tötung von seinen Leiden «erlösen» sollte ist versucherische Sophistik. Subjektives Wohlmeinen macht nicht aus Unrecht Recht. Wahre Nächstenliebe, die wahre Verantwortung der Christen, würde darin bestehen, eine antiselektionistische «Ethik der Barmherzigkeit» und der «Fürsorge» gerade für die schwächsten Glieder der Gesellschaft zu praktizieren. Sie sorgt dafür, dass jedem Menschen solange mit den besten zur Verfügung stehenden Mitteln geholfen wird, bis der Schöpfer ihn wieder zu sich ruft, das heisst, bis sein Leben natürlich zu Ende geht.

Wahre Nächstenliebe beruht auf der Solidarität und Brüderlichkeit der menschlichen Gesellschaft, aus der kein Mitmensch herausfallen darf. Wie eine Gesellschaft mit ihren schwächsten Mitgliedern umgeht, ist ein Test für den Grad an Humanität und Gerechtigkeit in ihr. Sind wir fähig, die Leidensgestalt des Menschen in unserem Denken, Fühlen und Handeln anzunehmen und ins private und gesellschaftliche Leben zu integrieren? Sind wir fähig zu «Mit-Leiden» und zur Hilfe an unseren Nächsten?

Evangelische wie katholische Theologen und Ethiker machen sich auf diesem Hintergrund für ethisch vertretbare Sterbebegleitung und Palliativmedizin stark und sind sich einig in der Ablehnung der «aktiven Sterbehilfe».

*Beilage 60 Johannes Paul II. Brief an die alten Menschen, 1.10.1990 Beilage*

*63 Katholische und evangelische Lehraussagen zum Thema Euthanasie, Zusammenstellung, Hippokratische Gesellschaft Schweiz, 1999*

*63.1 Eibach, Sterbehilfe- tötung aus Mitleid, Wuppertal 1998*

In vielen Dokumenten ist die Haltung der christlichen Kirchen dokumentiert:

- Johannes Paul II., Brief an die alten Menschen. Vatikan, 1. 10. 1999
- EKD, Deutsche Bischofskonferenz in Verbindung mit den anderen Kirchen des ACK, Gott ist ein Freund des Lebens (1990).
- EKD und Deutsche Bischofskonferenz, Im Sterben: Umfängen vom Leben (1996). Pius XII., Ansprache an die Delegierten der Internationalen Vereinigten katholischen Frauen vom 11. Sept. 1947, AAS 39, S 483.
- Pius XII., Ansprache an die Mitglieder des katholischen Hebammenverbandes, 29.10.1951, AAS 45 S.835-854.
- Pius XII., Ansprache an die Mitglieder des Internationalen Forschungsrates für Militärmedizin, 19.Okt.1953, AAS 45 S.744-754.
- Pius XII., Ansprache an die Teilnehmer des 9. Kongresses der italienischen Gesellschaft für Anästhesiologie, 24. Feb.1957, AAS 49 1027-1033.
- Papst Paul VI., Ansprache an die Mitglieder der Sonderkommission der Vereinten Nationen zur Frage der Rassentrennung, 22. Mai 1974 AAS 66 (1974) 346.
- Papst Johannes Paul II., Ansprache an die Bischöfe der Vereinigten Staaten von Nordamerika, 5. Okt. 1979, AAS 71 (1979) 1225.
- Papst Johannes Paul II., Salvifici doloris, in: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hrsg.), Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls (53), 36.
- Papst Johannes Paul II., Die Schwelle der Hoffnung überschreiten (1994).
- Päpstliche Enzyklika Evangelium vitae (1995).
- Katechismus der katholischen Kirche (1993).
- Deutsche Bischofskonferenz, Das Lebensrecht des Menschen und die Euthanasie (1975).
- Deutsche Bischofskonferenz, Erklärung der Kongregation für Glaubenslehre zur Euthanasie (1987).
- Erklärung des Ständigen Rates der französischen Bischofskonferenz, Respecter l'homme proche de sa mort (1991).
- Conseil Permanent de l'Episcopat Français, Note sur l'euthanasie, in DC 1976, Nr. 1702, 723.
- Commission Familiale de l'Episcopat Français, Vie et mort, 1128.
- Les Evêques de France, Catéchisme pour Adultes, 1991, Nr. 501-502, 296-297.
- Conseil Permanent de l'Episcopat Français, Note 723.
- Hirten schreiben der deutschen Bischöfe, 1987, Menschenwürdig und christlich sterben.

- Hirtenschreiben der deutschen Bischöfe, 1991, Schwerstkranken und Sterbenden beistehen.
- Erklärung der Pastorkommission, 1993, Die Hospizbewegung – Profil eines hilfreichen Weges in katholischem Verständnis.
- Enzyklika Gaudium et Spes, Nr. 27.
- Karl Barth, Kirchliche Dogmatik III, 4 (1951).
- Dietrich Bonhoeffer, Ethik, München 1992, S. 179ff.
- Evangelisches Soziallexikon, Stuttgart 1980 (7. Auflage)
- Ulrich Eibach, Sterbehilfe – Tötung aus Mitleid? Wuppertal 1998
- Trutz Rentdorff, Ethik (1981).
- Wolfgang Trillhaas, Ethik, 3. neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Berlin 1970.
- Helmut Thielicke, Theologische Ethik, II. Band, 5. durchgesehene und wesentlich erweiterte Auflage, Tübingen 1986.

## 10.2 *Judentum*

Grundlage der jüdischen Religion und Ethik bilden ebenfalls die 10 Gebote mit dem Tötungsverbot im 5. Gebot: Kein Mensch darf ins menschliche Leben eingreifen.

Jegliche Form von aktiver Sterbehilfe ist in der *Halacha* absolut verboten. Jemand, der aktive Sterbehilfe leistet, gilt als Mörder. Alle jüdischen Quellen im Zusammenhang mit dem Sterbenden benutzen eine klare, eindeutige Sprache: Dem obersten Prinzip der Heiligkeit menschlichen Lebens folgend, ist jede Handlung, die den Tod einer sterbenden Person beschleunigen könnte, nach dem jüdischen Gesetz kategorisch verboten. Es findet sich kein Hinweis, der irgendeine Form von Sterbehilfe erlauben würde. Der Sterbende besitzt den gleichen Status wie ein Lebender. Ein Sterbender darf nicht einmal berührt und bewegt werden.

Leben wird als «Leihgabe» verstanden: Der Mensch besitzt kein absolutes Anrecht auf seinen Körper. Gott hat jedem Menschen einen Körper und eine Seele für eine bestimmte Zeit zur Verfügung gestellt, und jeder Mensch ist verantwortlich, dieser «Leihgabe» Sorge zu tragen. Menschliches Leben besitzt also im jüdischen Glauben einen unendlichen Wert, unabhängig davon, ob es sich um Leben handelt, das nur noch einige Sekunden oder noch viele Jahre dauern wird.

### 10.3 Islam

«Der Islam hat eine eindeutige Stellungnahme zur Euthanasie. (...) **Die Heiligkeit des Lebens ist ein grundlegender, von Gott verfügbarer Wert.**» Ein «nicht lebenswertes Leben» ist undenkbar.

So lehnt die *Internationale Islamische Ärzteschaft* «aktive Sterbehilfe» strikt ab. Gemäss den «Islamischen Richtlinien der Medizinischen Ethik», die im Jahr 1981 auf der «Ersten Internationalen Konferenz der Islamischen Medizin» verabschiedet wurden, muss der muslimische Arzt immer in Übereinstimmung mit den Lehren und der Philosophie des Islam handeln. Laut Koran ist Gott der Schöpfer und Besitzer des Lebens, und der Arzt hat kein Recht, ein ihm anvertrautes menschliches Leben zu beenden, auch dann nicht, wenn die Allgemeinheit oder der Patient dies von ihm verlangen.

Die *Islamische Ärzteschaft* betont zudem die hervorragende Bedeutung der Palliativmedizin, die sie den Euthanasie-Bestrebungen entgeghält: «Es gibt keinen menschlichen Schmerz, der nicht weitgehend durch die richtige Abgabe von Medikamenten und durch die richtige Neurochirurgie besiegt werden kann.»

Die *Islamische Ärzteschaft* verurteilt diejenigen Kreise, die aus dem «Recht zum Sterben» eine «Pflicht zum Sterben» gemacht haben. Solche «Dollar-zentrierten» Überlegungen sind dem Islam fremd. Für muslimische Ärzte ist die Fürsorge für die Schwachen, Alten und Hilflosen ein unveräusserlicher Wert. Wenn die individuellen Mittel nicht ausreichen, um diese Fürsorge zu gewährleisten, ist es die Pflicht der Gemeinschaft, helfend einzugreifen.

Wenn der Arzt hohe Dosen Schmerzmittel verabreichen muss, darf dies nur zur Schmerzbekämpfung geschehen. Eine Tötungsabsicht kann hier zwar schwer nachgewiesen werden, aber Gott sieht sie. Ihm gegenüber ist der Arzt verantwortlich. Wenn eine Behandlung (medikamentöse, chirurgische Mass-

nahmen und künstliche Lebensverlängerung) keinen Sinn mehr hat, ist sie auch nicht mehr verpflichtend. **Nahrung, Flüssigkeit und Krankenpflege** dürfen dem Patienten nach islamischer Auffassung allerdings **nie entzogen werden, solange er lebt**.

Beilage 65 *Rahman, Abdul, C. Amine, and Ahmed Elkadi, Islamic Code of Medical Professional Ethics. Papers Presented to the First International Conference on Islamic Medicine Celebrating the Advent of the Fifteenth Century Hijri, Kuwait Ministry of Health, Kuwait 1981.*

Beilage 66 *The First International Conference on Islamic Medicine, [www.kuwait.net/~ioms/first%20conference.htm](http://www.kuwait.net/~ioms/first%20conference.htm)*

Beilage 67 *Islamic Medicine (Edited by Shahid Athar, M.D.) Abdul Rahman C. Amine, M.D. and Ahmed Elkadi, M.D., Islamic Code Of Medical Professional Ethics, [www-scf.usc.edu/...](http://www-scf.usc.edu/...)*

## 10.4 Buddhismus

Euthanasie wird im Buddhismus weder von der *Karmalehre* noch von der Psychologie her gutgeheissen. Auch wenn der Arzt glaubt, aus Mitleid zu töten, handelt er in Wirklichkeit aus Abscheu vor dem Leiden. Buddhistische Moralität besteht vor allem in der Verträglichkeit, der Gutheit und dem grossen Mitleiden des Buddha mit der Welt und **in der Vermeidung von allem, was anderen schaden kann**. Das entspricht dem *nihil nocere* der hippokratischen Ethik. Der sittliche Mensch soll laut Buddhismus Worte des Friedens und der Harmonie sprechen und Klatsch vermeiden («allumfassendes Reden»). **Der Buddhist darf keinem einzigen Leben schaden**, nicht einmal dem eines Blattes oder eines kleinen Tieres im Wasser. Das sittliche Leben verbietet ihm den Waffenhandel, den Verkauf alkoholischer Getränke und von **Giften**, den Verkauf von Fleisch; es verbietet Betrügereien, Diebstahl und Unzucht.

Beilage 68 *Euthanasie. In: Klöcker, M., Tworuschka, U. und M. (Hg.): Wörterbuch Ethik der Weltreligionen, Gütersloh 1996*



## **10.5 Parlament der Weltreligionen: Weltethos**

1993 hat das *Parlament der Weltreligionen* in Chicago unter Beteiligung von 6500 Menschen aus allen möglichen Religionen eine Erklärung zu einem Weltethos verabschiedet, in der der absolute Schutz des Lebens als allen Religionen gemeinsame moralische Grundüberzeugung festgehalten wird:

*«Aus den grossen alten und ethischen Traditionen der Menschheit vernehmen wir die Weisung: Du sollst nicht töten! Oder positiv: Hab Ehrfurcht vor dem Leben! Besinnen wir uns also neu auf die Konsequenzen dieser uralten Weisung: **Jeder Mensch hat das Recht auf Leben, körperliche Unversehrtheit und freie Entfaltung der Persönlichkeit**, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt. Kein Mensch hat das Recht, einen anderen Menschen physisch oder psychisch zu quälen, zu verletzen, gar zu töten».*

Es unterschrieben namhafte Persönlichkeiten aus 15 Religionen.

*Beleg (In: «Erklärung zum Weltethos», angenommen vom Parlament der Weltreligionen 1993 in Chicago)*

## 11 Historische Wurzeln

Heutige Befürworter der «aktiven Sterbehilfe» betonen, es gehe ihnen um «selbstbestimmtes» Sterben. Die Nazis hätten «fremdbestimmt» getötet.

Die Nazis haben aber von den Sozialdarwinisten die Idee des «**Gnadentodes**» (heute würde man sagen «selbstbestimmtes Sterben», «aktive Sterbehilfe») übernommen und auch auf die Vernichtung lebensunwerten Lebens ausgedehnt. *Hitler* spricht zum Beispiel in seinem Euthanasieerlass von 1939 davon, den «*Gnadentod zu gewähren*».

*Beilage 61 Nationalsozialismus, Text 2, von Hitler unterschriebener Euthanasie-Erlass. In: Müller-Hill, B. Tödliche Wissenschaft, Reinbek 1994, S. 60*

Heute zeigt der *Rommelink-Report* deutlich, dass es in den Niederlanden nur zu einem kleinen Teil um «Selbstbestimmung» geht. Damals wie heute ging und geht es immer auch um die Tötung unliebsamer, unbequemer, zu «teurer» Personen und solcher, die nicht mehr dem herrschenden Ideal der Gesellschaft entsprechen. **Die niederländische Regelung, dass nur «freiwillige» Tötungen gestattet seien, wurde kurz nach ihrer Einführung dadurch erweitert, dass ein ausdrückliches Verlangen nicht mehr gefordert wird.**

*Beilage 12.1 Prof. Dr. iur. A. Donatsch. Die strafrechtlichen Grenzen der Sterbehilfe. Vortrag an der Paulus Akademie, Zürich vom 26. März 1999 (vgl. v. a. S. 4)*

Das geplante «Gesetz über die Sterbehilfe bei unheilbar Kranken» von 1940 zeigt diese historische Parallele. Dessen § 1 hätte die Tötung auf Verlangen («Aktive Sterbehilfe») legalisieren sollen. § 2 hätte die «Vernichtung lebensunwerten Lebens» legalisieren sollen.

*Beilage 59 «Gesetz über die Sterbehilfe bei unheilbar Kranken»*

*Beilage 62 Roth, K. H. Erfassung zur Vernichtung: Auszüge aus dem Konferenzprotokoll der Beratungen über ein «Euthanasiegesetz» vom Oktober 1940, Berlin 1984*

Der historischen Exaktheit wegen sei darauf hingewiesen, dass das «Gesetz über die Sterbehilfe bei unheilbar Kranken» rechtstechnisch ein Entwurf geblieben ist. Die Vorlage wurde von *Hitler* gestoppt. Die Kliniken wurden ohne Gesetz geleert und später verhinderte die Entwicklung des Krieges das Weitere.

Vergleicht man den entsprechenden Paragraphen des geplanten Nazi-Gesetzes mit dem Vorschlag der *Arbeitsgruppe Sterbehilfe* und mit der heutigen «Euthanasie»-Praxis in den Niederlanden, ergibt sich folgendes Bild: Sowohl §1 des nationalsozialistischen «Euthanasie»-Gesetzesentwurfes (1940) als auch die niederländische «Euthanasie»-Praxis (1999) privilegieren einen Arzt zur Tötung. Der Strafausschliessungsgrund der *Arbeitsgruppe Sterbehilfe* (1999) privilegiert einen «Täter», das heisst **jedermann!** Der Vorschlag der *Arbeitsgruppe Sterbehilfe* geht damit am weitesten.

<p style="text-align: center;"><b>1940</b> <b>NS-Entwurf für ein</b> <b>«Gesetz über die</b> <b>Sterbehilfe bei</b> <b>unheilbar Kranken»</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>1999</b> <b>«Euthanasie»-Praxis</b> <b>in den Niederlanden</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>1999</b> <b>Arbeitsgruppe</b> <b>Sterbehilfe</b></p>
<p>«§1 Wer an einer unheilbaren, sich oder andere stark belästigenden oder sicher zum Tode führenden Krankheit leidet, kann auf sein ausdrückliches Verlangen mit Genehmigung eines besonderen Arztes Sterbehilfe durch einen Arzt erlangen.»</p>	<p>Wenn ein Arzt einen Kranken, der ohne Aussicht auf Besserung unerträglich leidet, bei dem keine anderen medizinischen Möglichkeiten mehr bestehen und der vollständig informiert ist, auf dessen wohlüberlegtes, freiwilliges und dauerhaftes Verlangen tötet, bleibt er straffrei.</p>	<p>«Hat der Täter eine in ihrer Gesundheit unheilbar beeinträchtigte, kurz vor dem Tod stehende Person getötet, um sie von unerträglichen und nicht behebbaren Leiden zu erlösen, so sieht die zuständige Behörde von der Strafverfolgung, der Überweisung an das Gericht oder der Bestrafung ab.»</p>

Bereits *Binding* und *Hoche*, deren Buch von 1920 «Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens» als wesentliche geistige Grundlage für die Euthanasie im Dritten Reich gilt, nennen für die «Euthanasie» zwei Gruppen:

1. die «unrettbar Verlorenen», die den «Wunsch nach Erlösung besitzen»
2. die «unheilbar Blödsinnigen».

Die erste Gruppe wäre sowohl unter § 1 des Nazi-Gesetzes gefallen als auch unter den Strafausschliessungsgrund der *Arbeitsgruppe Sterbehilfe* von 1999! Die zweite Gruppe wäre durch § 2 des geplanten Nazi-Gesetzes («Vernichtung lebensunwerten Lebens», vgl. Beilage 59) erfasst worden. Hier, bei *Binding* und *Hoche* sowie bei den Nationalsozialisten findet der gleiche fließende Übergang vom «selbstbestimmten» Sterben zur Tötung ohne Verlangen statt, wie wir ihn bei der Analyse des *Remmelink-Reports* gesehen haben.

*Beilage 61 Nationalsozialismus, Text 1. In: Mitscherlich, A., Mielke, F. (Hg.) Medizin ohne Menschlichkeit, Heidelberg 1949*

*Vgl. auch diese Dokumentation Rimmelink-Report*

1942 drehte *Goebbels* den Propagandafilm «Ich klage an»; er handelt von der Tötung auf Verlangen an einer Patientin mit Multipler Sklerose durch ihren Ehemann, einen Arzt. Auf einer zweiten Handlungsebene wird die Tötung lebensunwerten Lebens angepriesen, verklärt durch das Mitleid mit der MS-kranken Ehefrau. Auch hier findet sich wieder beides, das «fremdbestimmte» und das «selbstbestimmte Sterben».

Selbst im Rückblick und angesichts der totalen Niederlage des Nationalsozialismus hält *Karl Brandt*, *Hitlers* Leibarzt und Mitverantwortlicher für Tausende von Tötungen an geistig Behinderten und psychisch Kranken, im Nürnberger Ärzteprozess am «selbstbestimmten Sterben» fest: «Dahinter [hinter der Euthanasie] stand: dem Menschen, der sich selbst nicht helfen kann und der unter entsprechenden quälenden Leiden sein Dasein fristet, eine Hilfe zu bringen. Diese Überlegung ist sicher nicht etwas Unmenschliches, und es ist auch von mir nie als etwas Nichtethisches oder Nichtmoralisches empfunden worden.» «*Ich habe die Vorstellung und Überzeugung, dass ich das, was ich in diesem Zusammenhang getan habe, vor mir selbst verantworten kann. Es war getragen von einem absolut menschlichen Empfinden, ich habe nie etwas anderes beabsichtigt und nie etwas anderes geglaubt, als dass diesen armseligen Wesen das qualvolle Dasein abgekürzt wird.*»

*Beilage 61 Nationalsozialismus, Texte 3 und 4. In: Mitscherlich, A., Mielke, F. (Hg.) Medizin ohne Menschlichkeit, Heidelberg 1949*

Man sieht wieder den fließenden Übergang zwischen «freiwilliger» und «unfreiwilliger» Tötung. Diese Trennung ist eine ideologische. In Wirklichkeit gibt es weder «freiwillige» noch «unfreiwillige» Tötungen. Jede Tötung ist «unfreiwillig». Niemand kann «freiwillig» in seine eigene Tötung einwilligen, denn eine Freiheit, die sich selbst aufhebt, ist keine Freiheit.

Heutige Euthanasiebefürworter wie *Peter Singer*, *Pieter Admiraal* und andere betonen, der gewaltige Fortschritt von Medizin und Technik nach dem Zweiten Weltkrieg habe die «alte Ethik» von der Heiligkeit des Lebens aus den Angeln gehoben. Schon in den dreissiger Jahren hörte man die gleichen Töne. *Hitlers* Leibarzt, *Karl Brandt*, wollte die hippokratische Ethik mit Hinweis auf den Fortschritt der Medizin aufheben: «Es ist dies [die hippokratische Ethik] ein Dogma, das auf Grund unserer heutigen Diagnostik und unserer prognostischen Erkenntnisse und der Möglichkeit der Therapie und deren Grenzen in dieser Form sicher nicht mehr aufrecht erhalten werden kann.»

*Beilage 61 Nationalsozialismus, Text 5. In: Mitscherlich, A., Mielke, F. (Hg.) Medizin ohne Menschlichkeit, Heidelberg 1949*

Wie bei heutigen Euthanasiepropagandisten (*Leist*, *Attali*, chinesischen Promotoren u. a.) berechneten auch schon *Binding* und *Hoche*, wieviel mit dem Töten von Patienten eingespart würde.

*Beilage 61 Nationalsozialismus, Text 7. In: Mitscherlich, A., Mielke, F. (Hg.) Medizin ohne Menschlichkeit, Heidelberg 1949*

Die wirtschaftlichen Aspekte spielten damals eine wesentliche Rolle. In Schulbüchern des Nationalsozialismus fanden sich Rechenaufgaben für Kinder, die zum Ziel hatten, die Kosten einer Behandlung von psychisch Kranken gegen die Unterstützung von frisch Verheirateten aufzurechnen.

*Beilage 61 Nationalsozialismus, Text 8. In: Mitscherlich, A., Mielke, F. (Hg.) Medizin ohne Menschlichkeit, Heidelberg 1949*

Die erdrutschartigen Folgen der Aufhebung des Tötungsverbotes im Nationalsozialismus sind hinlänglich bekannt: Massen-

vernichtung in der Gaskammer. Nach dem Krieg stand die Welt fassungslos vor den Greueln. Im Falle der Einführung der «aktiven Sterbehilfe» in der Schweiz werden wir unseren Kindern nicht mehr sagen können, wir hätten nichts gewusst!

## 12 Soziologische Aspekte

Die «Debatte» um «Sterbehilfe», «Gnadentod» und «Euthanasie» brach in diesem Jahrhundert in zwei Wellen über Europa herein. Beide Wellen sind auch Reflexe auf signifikante Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur:

- 1. Welle:

Dank Industrialisierung und medizinischem Fortschritt wurden die Menschen im Deutschen Kaiserreich wesentlich älter. Die Säuglingssterblichkeit sank. Die Bevölkerungszahl wuchs stark («Bevölkerungsexplosion»), weil mehr Menschen bei zunächst gleichbleibenden Geburtenzahlen überlebten. In diesem Prozess entwickelte sich die erste Debatte unter Sozialdarwinisten und Monisten um die Jahrhundertwende. Der Begriff «Euthanasie» war bis dahin nur als **palliative Pflege im Sterben** definiert. In den ersten Jahren des 20. Jahrhunderts wandelt sich der Begriff unter dem Einfluss der Sozialdarwinisten und nimmt auch die Bedeutung «Gnadentod» an. 1913 wurde der erste Vorstoss zur Legalisierung der Tötung auf Verlangen im Reichstag eingebracht. Nach den Hungerjahren des Ersten Weltkrieges wurden Stimmen laut, die überflüssigen und nutzlosen Esser in den Kliniken und andere «Ballastexistenzen» zu «erlösen». Die Nationalsozialisten machten sich zu ideologischen Wortführern dieser Bewegung.

- 2. Welle

In den 60er Jahren fiel (bedingt durch Pille, Schwächung der Familie, Lebensstil, Wohlstand und anderes mehr) europaweit die Zahl der Nachkommen unter das Erhaltungsniveau von 2,1 Kindern pro Paar. Folge: Anstieg des Anteils der alten Menschen unter der Bevölkerung («Überalterung»). Parallel dazu wurde in den meisten Ländern Europas – vor allem in den Niederlanden - die Diskussion um «Sterbehilfe» erneut geführt, wieder nahezu zeitgleich mit der Diskussion um «Gesundheitskostenexplosion» und Rationierungen in der Medizin.

Es wäre mehr als zynisch, wenn die Schweiz, eines der reichsten Länder der Erde, die demographischen Probleme durch eine Legalisierung der Tötung auf Verlangen «lösen» wollte.



## 13 Zusammenfassung und Schluss

1. **Sorgfalt.** Ein Problem wie das der aktiven Sterbehilfe muss gründlich und umfassend beurteilt werden. Dazu gehört neben einer Analyse der **politischen** Vorgänge auch die sorgfältige Abwägung der **staatsrechtlichen, juristischen, medizinischen, psychologischen, soziologischen, ethischen** und **religiösen** Aspekte sowie der **historischen** Bezüge.
2. **Modell Holland.** Die *Motion Ruffy*, auf welche der Gesetzesvorschlag der *Arbeitsgruppe Sterbehilfe* zurückgeht, wollte das Modell der Niederlande in der Schweiz einführen. Die Niederlande sind ein gutes Beispiel dafür, was die Lockerung des Tötungsverbotes im Staate nach sich zieht: Der *Rommelink-Report* zählt 1990 für den Zeitraum eines Jahres **über 19 000 Todesfälle** in den Niederlanden (129 000 Gesamtsterblichkeit im gleichen Jahr), **bei denen der Arzt implizit oder explizit den Vorsatz hatte, seinen Patienten zu töten** - bei der überwiegenden Mehrheit aller Fälle **ohne** Verlangen des Patienten! 1995 später sind es beinahe **26 000 Todesfälle**, bei denen der Arzt implizit oder explizit den Vorsatz hatte, seinen Patienten zu töten.
3. **Semantik.** Gerade wegen seiner zentralen Bedeutung für alle Lebensbereiche muss beim Lebensschutzes - mehr noch als bei allen anderen politischen Fragen - auch auf die Semantik geachtet werden. Euthanasie-Ideologen definieren «Töten» in «Hilfe» um: Die *Motion Ruffy* zum Beispiel nennt eine Tötung «*Unterbrechung des Lebens*». Der *Rommelink-Report* nennt zum Beispiel Tötungen **ohne** Verlangen «*Akt der Menschlichkeit*» oder hohe Morphiumdosen mit Tötungsvorsatz «*normales medizinisches Handeln*». Allgemein wird Tötung als «*Sterbehilfe*» bezeichnet. So werden Begriffe politisch missbraucht.
4. **Kein wirklicher Handlungsbedarf.** Es besteht in der Schweiz für eine **Legalisierung der Tötung auf Verlangen** kein juristischer oder gesellschaftspolitischer Handlungsbedarf: Die moderne Palliativmedizin hat hervorragende Wege gefunden, so dass **kein Mensch unerträglich leidend sterben muss. Man muss nur anwenden, was an Forschung seit den 70-er Jahren vorliegt.**

Die internationale Suizidforschung hat zudem breit dokumentiert, dass **Todeswünsche keine Tötungswünsche** sind, sondern ein Hilferuf des Patienten, der seine Situation nicht mehr aushalten kann. Mit entsprechender palliativer Versorgung und psychologischer Betreuung kann ihm dieser Druck genommen werden. Alle Versuche, Extremfälle von Tötungen auf Verlangen auf die klinische Ebene zu übertragen, schlagen fehl.

5. **Isolation der Schweiz.** Eine Euthanasie-Gesetzgebung würde die Schweiz **von allen zivilisierten Ländern absetzen**. In Europa gibt es nur in den Niederlanden eine menschenrechtswidrige Praxis der Patiententötung. Die dortige Regelung ist kein Gesetz. Sterbehilfe-Gesetze wie der vorgeschlagene Art. 114 StGB, Abs. 2 existieren in *keinem* europäischen Land und in Ländern in Übersee, die ein vergleichbares Rechtssystem haben. Der Ruf der Schweiz als Hort der Humanität in der Völkergemeinschaft würde ruiniert.
6. **Recht.** Alle völkerrechtlichen Verträge und Konventionen, nationalen Verfassungen, und auch die neue Bundesverfassung schützen das Recht auf Leben. Der Lebensschutz ist das oberste Staatsziel, seitdem es freie Rechtsstaaten gibt. Verletzungen dieses Rechtes könnten bei internationalen Gerichtshöfen vorgetragen und abgeurteilt werden.
7. **Medizinische Ethik.** Der *Weltärztebund* und alle *nationalen Standesgesellschaften der Ärzte* sind sich in der Verurteilung der Tötung auf Verlangen einig. Die 2 500 Jahre alte *hippokratische Ethik* verbietet dem Arzt das Töten kategorisch: Nur der Lebensschutz ist ärztliches Ziel. Das entspricht dem Staatsziel des freien Rechtsstaates. Eine Lockerung des Tötungsverbotes durch «aktive Sterbehilfe» wäre medizinethisch verboten und verfassungswidrig.
8. **Geschichte.** Die Geschichte der «Sterbehilfe» ist untrennbar mit der Sterbehilfe-Debatte zu Beginn des Jahrhunderts und mit dem *Nationalsozialismus* verbunden. Die von der *Arbeitsgruppe Sterbehilfe* vorgeschlagene Lockerung des Tötungsverbotes entspricht nahezu wörtlich Gesetzesvorschlägen und -entwürfen seit 1913, unter anderem dem aus der Nazizeit. Bei derart gefährlichen Vor-

bildern käme die Schweiz erneut in den Ruf - diesmal berechtigt - einer unmenschlichen Nation.

9. **Urvertrauen zum Arzt zerstört.** Die Folgen für die Gesellschaft wären verheerend. Bisher begab man sich als Patient in der Schweiz mit grossem Vertrauen zum Arzt oder ins Spital, weil man sich sicher sein konnte, dass dort alles Mögliche zur Wiederherstellung der Gesundheit getan wird. Wenn Ärzte beginnen, Patienten zu töten, wird dieses Urvertrauen in den Arzt **zerstört** und es weicht einem Misstrauen, einer Verzweiflung oder sogar Hoffnungslosigkeit. Sie würde sich wie Frost auf alle Bereiche der Behandlung und von Forschung und Lehre legen. Diese «Medizin ohne Menschlichkeit» (Mitscherlich) muss uns erspart bleiben.
10. **Verantwortung.** Kein Staat der Welt hat das Recht, den helfenden Arzt zu «Henkersdiensten» heranzuziehen. Die Taten der Nazis wurden als Verbrechen gegen die Menschlichkeit verurteilt, weil der Mensch verantwortlich für sein Tun ist und er auch ein Befehlsnotstand ihn nicht aus seiner Verantwortung entlassen kann.
11. **Religion.** Weder im Christentum noch im Judentum noch im Islam und auch nicht im Buddhismus ist die Tötung Kranker zugelassen. Das neu geschaffene *Parlament der Weltreligionen* hält fest:

*«Aus den grossen alten und ethischen Traditionen der Menschheit vernehmen wir die Weisung: Du sollst nicht töten! Oder positiv: Hab Ehrfurcht vor dem Leben! Besinnen wir uns also neu auf die Konsequenzen dieser uralten Weisung: **Jeder Mensch hat das Recht auf Leben, körperliche Unversehrtheit und freie Entfaltung der Persönlichkeit,** soweit er nicht die Rechte anderer verletzt. Kein Mensch hat das Recht, einen anderen Menschen physisch oder psychisch zu quälen, zu verletzen, gar zu töten».*

12. **Menschenrechtserklärung.** Nach den Schrecken des Zweiten Weltkrieges legte das aufgerüttelte sittlich-rechtliche Gewissen der Menschheit 1948 die universellen sittlichen Grundlagen jeder Kultur nieder: die *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte*. Der universelle Schutz des Lebens aller, **weil sie Menschen sind**, war und ist ihr Grundgedanke. Und dies muss auch so bleiben.

13. **Psychischer Druck.** Zusammen mit dem immer stärker werden- den ökonomischen Druck zur Rationierung wächst der Druck auf die Ärzte, Angehörige und Patienten. Diese können sich gedrängt fühlen oder gedrängt werden aus Kostengründen auf, sinnvolle Behandlungen zu verzichten, um niemandem „Zur Last zu fallen.“ Ärzte können sich gezwungen fühlen, Patienten, die nicht auf Be- handlungen ansprechen, schnell aufzugeben und ihr Nicht-können mit einem «Notstand» zu bemänteln. Familien werden in morali- sche Zwangslagen gebracht.
14. **Ausweg.** Sucht man mit dem Kompass der medizinischen Ethik den Weg, so gelangt man zu den Möglichkeiten der palliativen Medizin und der Suizidforschung. Diese stehen im Einklang mit der abendländischen Tradition, mit dem, was Religion, Jurispru- denz und Wissenschaften zu dieser Frage erarbeitet haben. Sie kann (*lege artis* und *legal*) angewendet werden, ohne dass man hoffnungslose Fälle tötet. Das Streben nach Überwindung von Leid gehört zur *Conditio Humana*. Schaffen wir es ab, so kapitu- liert man vor der Nächstenliebe, der menschlichen Würde, der Vernunft und dem Forschergeist. Daher wäre der geforderte Straf- ausschliessungsgrund für Art. 114 StGB ein Verbrechen gegen die Menschlichkeit und verstiesse gegen alle völkerrechtlichen, staats- rechtlichen, medizinischen, religiösen, ethischen und anthropolo- gisch-psychologischen Grundlagen unserer Kultur – ja **gegen die Logik des Lebens** selbst.

Zürich, im November 1999

HIPPOKRATISCHE GESELLSCHAFT SCHWEIZ