

Sehr geehrter Herr von Schirach,

wir begrüßen es sehr, dass Sie mit dem Theaterstück "Gott" die ethische Diskussion über den assistierten Suizid in Deutschland fördern möchten. Dies ist auch in unserem Sinne. Ebenso ist zu begrüßen, dass Sie mit Herrn Gärtner einen älteren, aber gesunden Protagonisten ausgewählt haben. Damit führen Sie die Diskussion zunächst weg von der Gruppe der alten und leidenden Menschen und führen zum Kern des Urteils des Bundesverfassungsgerichts, dass alle Menschen, unabhängig vom Alter und Leiden, einen Anspruch auf einen assistierten Suizid haben sollten. Wir teilen zudem die von Ihnen vertretene Auffassung, dass die Diskussion auf der Basis von Wissen geführt werden sollte.

In einem Spiegel-Interview vom Frühjahr diesen Jahres sagten Sie, alle Argumente seien in dem Stück genannt. Dem möchten wir widersprechen. Die handelnden Personen entsprechen zum Teil einem Zerrbild und auch die Fakten entsprechen zum Teil nicht dem aktuellen wissenschaftlichen Stand. Auch fehlen die Positionen der modernen Suizidprävention. Darüber hinaus entsprechen weite Teile der Diskussion nicht der eigentlichen Frage. Sie lautet nicht: Gibt es ein Recht auf einen Suizid? Sie lautet: Gibt es einen Rechtsanspruch auf einen assistierten Suizid?

Jeder hat das Recht, sich das Leben zu nehmen. Dies stellt in großer Mehrheit *heute* keiner mehr in Frage, nicht bei den Ärzten und schon gar nicht in der Palliativmedizin und der Suizidprävention. Vielmehr ist die Akzeptanz des Rechts auf Suizid die Grundlage der Arbeit, gerade in der Suizidprävention. Denn wie soll man mit suizidgefährdeten Menschen in ein Gespräch kommen, wenn man ihnen dieses Recht abspricht? Die Darstellung des Ärztekammervertreters ist in „Gott“ ein wenig aus der Zeit gefallen, ebenso wie sein Disput mit Herrn Gärtner am Ende der Befragungen des Arztes. Dieser versucht hier weder Herrn Gärtner zu verstehen noch ihn in seiner Not anzunehmen. Seine isolierte, um sein Ethos und sein Helfermotiv kreisende Haltung - also um sich selbst -, kann dann nur zur Eskalation führen. Diese Darstellung negiert und entwertet die Arbeit von tausenden in Deutschland tätigen Menschen, die als Mediziner, Psychiater, Psychologen, Palliativmediziner, Pflegekräfte, Seelsorger, Mitarbeiter von Hospizen, Krisendiensten und Beratungsstellen, der Polizei, Feuerwehr oder einfach ehrenamtlich engagiert mit suizidalen Menschen zu tun haben. Diese Menschen kommen *nicht* zu Wort. *Gerade die Suizidprävention und die Palliativmedizin versuchen den Menschen in seiner Not anzunehmen, mit ihm gemeinsam Wege in der krisenhaften Situation zu finden und mit ihm zu einer selbstbestimmten Entscheidung zu gelangen.* Am Ende kann dies - wenn auch eher selten - in einen Suizid münden. Meist finden sich andere Lösungen. Allerdings endet diese Arbeit nicht darin, dem Protagonisten ein Suizidmittel zur Verfügung zu stellen.

Kurz gesagt, Suizidprävention ebenso wie Palliativmedizin und eine in diesem Kontext kritische Haltung zum assistierten Suizid beruft sich nicht auf den hippokratischen Eid oder auf religiöse Werte. Ihr liegt eine humanistische und die Selbstbestimmung fördernde Haltung zugrunde. In "Gott" wird leider ein anderer Eindruck erweckt.

Das Stück „Gott“ folgt einer bestimmten Dramaturgie. Viele - auch richtige - Argumente werden genannt. Allerdings spitzt sich die Diskussion vor der Abstimmung des Publikums zu. Die Auseinandersetzung eskaliert mit den Personen des Ärztekammervertreters und des Bischofs um die Frage des Rechts auf Suizid, und nicht des Rechts auf einen *assistierten Suizid*. Die Abstimmung der Zuschauer wird damit auf eine Abstimmung *dieser beiden Fragen* geleitet und nicht allein über die Kernfrage des *assistierten Suizids*. Wie würden die Abstimmungen nach der Aufführung des Theaterstücks ausfallen, wenn die Reihenfolge der Beiträge anders wäre? Wenn der letzte Beitrag vor der Abstimmung die Reflexion der gesellschaftlichen Folgen der Gewährung des assistierten Suizids beträfe - diese wurden ja durchaus angesprochen. Würden vor diesem Hintergrund die Publikumsfragen auch stärker die Aspekte berücksichtigen: "Was tun wir mit dem assistierten Suizid auch uns, unseren Beziehungen, unseren Leidenden und Kranken, unseren Alten und nicht zuletzt der Zukunft unserer Gesellschaft an"?

Wie ist der aktuelle wissenschaftliche Stand zum assistierten Suizid wirklich?

- **Die Zulassung des assistierten Suizids senkt keine Suizidraten.** In den Niederlanden sind z.B. der assistierte Suizid und die Tötung auf Verlangen zulässig. In dem Zeitraum von 2003 bis 2016 stieg:
 - die Anzahl der **Suizide** von 1567 auf **1829**,
 - die Anzahl der **assistierten Suizide** von 148 auf **216**,
 - die Anzahl von **Tötungen auf Verlangen** von 1626 auf **5856**.
- **Die Zulassung des assistierten Suizids verhindert keine harten Suizide** (wie z. B. auf Bahngleisen, durch Schusswaffen oder Sprung aus der Höhe). Gerade sog. "Schienensuizide" werden besonders häufig von Patienten psychiatrischer Kliniken in der Nähe von Bahngleisen vorgenommen. Der Wechsel zu einem "assistierten Suizid" dürfte wenig wahrscheinlich sein. Es ist vielmehr zu vermuten, dass ein Angebot von assistierten Suiziden neue Gruppen für Suizide erschließt, welche bislang von einem Suizid Abstand genommen haben.
- **Der sog. "Dambruch" ist keine Fiktion.** Es trifft nicht zu, dass es keine Ausweitung der Voraussetzung für den assistierten Suizid gegeben hat. Sowohl z.B. in den Niederlanden als auch in Belgien wurde die ursprüngliche Regelung um die Tötung auf Verlangen erweitert und dies auch in erheblichem Umfang angewendet (s.o.). Dies betrifft unter anderem Personen mit Depressionen, Demenz oder auch minderjährige Kinder. In einzelnen Fällen wurden auch Tötungen ohne das explizite Einverständnis des Betroffenen dokumentiert.
- **Die Alternative zum assistierten Suizid ist nicht, wie in „Gott“ befürchtet, das Sterben "sabbernd" und an „Schläuchen hängend“ im Krankenhaus.** Das sollte nicht die Realität sein. Jeder Patient hat das Recht, lebenserhaltende Maßnahmen abzulehnen und dafür *leidensmindernde Behandlungen* zu erhalten. Das umfasst auch die Beendigung einer künstlichen Ernährung oder sogar einer Beatmungstherapie. Diese geäußerte Befürchtung ist ein Ausdruck der mangelhaften Aufklärung der Bevölkerung über medizinische Maßnahmen am Lebensende. Auch "Gott" klärt hier nicht auf.
- **Die Gabe eines tödlichen Medikamentes ist nicht die Alternative zum Behandlungsabbruch.** Ein „Behandlungsabbruch“ ist palliativmedizinisch gar kein Abbruch der Behandlung. Er ist als ein Perspektiv- und Methodenwechsel mit Fokus auf die *Linderung* von Leiden im Sterbeprozess zu verstehen. Die Behandlung als Beziehung, durchaus medizinisch aktiv, wird aber aufrechterhalten. Die Erfahrungen aus der Palliativmedizin zeigen, dass die Behandlung mit Morphin quälende Symptome wie Schmerzen oder Luftnot gut lindern kann, dabei aber nicht lebensverkürzend wirkt.
- **Deutsche Ärztinnen und Ärzte sprechen sich nicht mehrheitlich für den assistierten Suizid aus.** Zwischen 2009 und 2015 wurden drei Untersuchungen zur Einstellung deutscher Ärzte zum assistierten Suizid durchgeführt. In keiner dieser Befragungen ergab sich eine Mehrheit für einen assistierten Suizid.

Was erfahren wir über Herrn Gärtner? Letztlich nicht viel. Er trauert um seine Frau und kann seinen Verlust nicht überwinden. Über ihr Sterben werden nur Andeutungen gemacht, wir wissen nicht, ob ihr die Möglichkeiten der Linderung ihres Leidens zur Verfügung standen. Herr Gärtner fühlt sich leer, er ist traurig und ist wütend. Hat jemand versucht, ihn wirklich in seiner gesamten Emotionalität zu verstehen? Wir wissen es nicht. Ihm seinen Sterbewunsch ausreden zu wollen, ist bestimmt nicht hilfreich gewesen. Er macht sich Vorwürfe, im Moment des Todes seiner Frau nicht bei ihr gewesen zu sein. Er fühlt sich dafür verantwortlich, für das Vermächtnis seiner Frau zu kämpfen. Das alles können wir verstehen. Auch seinen Wunsch, sterben zu wollen, können wir verstehen. Wir können mit ihm reden, ihn darin unterstützen, *sich* zu verstehen, über seine Leere sprechen und ihm vielleicht auch helfen, sie zu überwinden. Aber nur, wenn er will. Er kann alles ablehnen. *Selbstbestimmung bedeutet auch Selbstverantwortung*, die können und wollen wir ihm nicht nehmen. Wenn er unsere Unterstützung nicht will, ist es seine Entscheidung. Für diese Entscheidung ist *er* verantwortlich. Er möchte aber mehr. Er erwartet von uns nicht nur, dass wir

akzeptieren, dass es ihm schlecht geht und er sein Leben als nicht lebenswert empfindet. Dies akzeptieren wir. *Er erwartet von uns, dass wir teilen, dass dies so ist.* Und damit, dass für alle Menschen in seiner Situation das Leben nicht lebenswert ist. Er erwartet von uns, dass wir seine normative Entscheidung zum Lebenswert übernehmen und möchte dies mit der Gabe eines tödlichen Medikaments besiegeln.

Unterzeichnerinnen und Unterzeichner

Dipl.-Psych. Georg Fiedler
(ehemals Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete in Hamburg)

Prof. Dr. Arno Drinkmann
(Kath. Universität Eichstätt-Ingolstadt)

Dr. Iris Hauth
(Ärztliche Direktorin, Alexianer St. Joseph Berlin-Weißensee)

Prof. Dr. Philipp Lenz
(Zentrale Einrichtung Palliativmedizin, Universitätsklinikum Münster)

Prof. Dr. Anne Letsch
(Leiterin internistische Onkologie, Klinik für Innere Medizin II, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein)

PD Dr. Ute Lewitzka
(Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden)

Dr. Bernd Oliver Maier
(Chefarzt Med. Klinik III, St. Josefs-Hospital Wiesbaden)

Hannah Müller-Pein, MA
(Institut für Sozialwesen Universität Kassel)

Prof. Dr. Friedemann Nauck
(Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Göttingen)

Prof. Dr. Christoph Ostgathe
(Leiter der Palliativmedizinischen Abteilung, Universitätsklinikum Erlangen)

Prof. Dr. Lukas Radbruch
(Direktor Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Bonn)

Prof. Dr. Andreas Reif
(Universitätsklinikum Frankfurt am Main, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie)

Prof. Dr. Roman Rolke
(Klinik für Palliativmedizin, Uniklinik RWTH Aachen)

Prof. Dr. Henrikje Stanze
(Pflegerwissenschaft, Fakultät 3 Gesellschaftswissenschaften, Hochschule Bremen)

Prof. Dr. phil. Martin Teising
(ehem. International Psychoanalytical University, Berlin)

Prof. Dr. Martin Weber
(Palliativmedizinische Abteilung, Universitätsklinikum Mainz)

Prof. Dr. Manfred Woltersdorf
(ehemals Ärztlicher Direktor Bezirkskrankenhaus Bayreuth)