Ludwig A. Minelli, Forch-Zürich, Generalsekretär DIGNITAS

Die letzte Versicherung

In Würde sterben - dürfen wir den Zeitpunkt selbst bestimmen?

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

Den Organisatoren dieses Kongresses danke ich sehr für die Einladung zu dieser Veranstaltung. Die Stadt Heidelberg ist für mich vor allem deshalb ein bedeutsamer Platz der Wissenschaft, weil hier der grosse Jurist GUSTAV RADBRUCH während langer Jahre als Denker und Lehrer gewirkt hat. Dessen Rechtsphilosophie hat mich massgeblich geprägt. Er war es, der deutlich hat werden lassen, dass es jeweils jeder Einzelne ist und bleiben muss, der zwischen verschiedenen Rechtsauffassungen anhand seiner eigenen Wertvorstellungen die Wahl zu treffen hat. Niemand anders vermöchte ihm dies abzunehmen. Dies gilt auch und besonders für Entscheidungen, welche Menschen gegen das Ende ihres Lebens zu treffen haben.

Lassen Sie mich hier aber schon zu Beginn als Vorbemerkung einen Hinweis anbringen: Ich will hier und heute nicht über das Thema «Aktive Sterbehilfe» reden. Aktive Sterbehilfe, strafrechtlich also Tötung eines Menschen durch einen anderen auf dessen Verlangen, ist eine Forderung, die grundsätzlich nicht gestellt werden sollte. An ihre Stelle soll die Forderung nach einem menschenwürdigen, begleiteten Suizid treten. Damit können wir vermeiden, dass bei der Sterbehilfe das Tötungstabu verletzt werden muss. Und damit würden wir die aktuellen Probleme durchaus lösen.

*

Im Zusammenhang mit dem Älterwerden gibt es den Satz, jeder Mensch wolle zwar alt werden, aber nicht alt sein. Der Satz lässt sich variieren, und dies etwa so: Jeder Mensch will alt werden, sich dabei aber jung fühlen. Das Adjektiv «jung» kann bequem ersetzt werden durch «fit», «gesund», «leistungsfähig», «aktiv» und dergleichen mehr.

Anderseits kennen wir spätestens seit dem Erscheinen der «Vorrede über Ärzte» von GEORGE BERNARD SHAW im Jahre 1911 den Ratschlag: «Man versuche nicht, ewig zu leben. Es wird einem nicht gelingen.» SHAW hat überdies empfohlen: «Man mache es dem Arzt zur Pflicht, ein Schild zu führen, auf dem ausser den Buchstaben, die seinen Grad ankündigen, die Worte stehen: Bedenke, dass auch ich sterblich bin.» Und er empfahl ausserdem: «Man unterrichte das Publikum sorgfältig durch besondere Statistiken und Bekanntmachungen individueller Fälle über alle Krankheiten von Ärzten oder ihren Familien.»

Und wir kennen das treffliche Gedicht von EUGEN ROTH:

«Was bringt den Doktor um sein Brot?
a) die Gesundheit; b) der Tod.
Drum lässt der Arzt, damit e r lebe,
uns zwischen beiden in der Schwebe.»

Diese wenigen literarischen Aperçus vermögen auch den Ausgangspunkt von Lifestyle- und Anti-Aging-Medizin zu charakterisieren, zumindest in den Augen eines medizinischen Laien, deren ich einer bin.

Im Laufe des 20. Jahrhunderts haben die medizinische und die pharmazeutische Wissenschaft (neben der Ernährungswissenschaft) bemerkenswerte Fortschritte gezeitigt. Sie haben den durchschnittlichen Zeitpunkt des Todes ganz wesentlich hinausgeschoben. Massgebend verantwortlich dafür ist wohl einerseits die Entdeckung des Penicillins durch Alexander Fleming und anderseits die Entwicklung der Intensiv-, also der Apparatemedizin. Insbesondere der letzteren gelingt es, Menschen, die früher längst gestorben wären, weiterhin allenfalls auch nur noch vegetativ am Leben zu erhalten. Leben heisst in diesem Fall, dass noch physikalische und chemische Prozesse im Verdauungstrakt, die Aufrechterhaltung der normalen Körpertemperatur und die Ausscheidung von Stoffwechselprodukten erfolgen.

Die Sonnenseiten der modernen Medizin sind die nahezu vollständige Ausschaltung banaler Infekte als Todesursachen und die dramatische Verlängerung der Lebenserwartung. Doch es gibt auch Schattenseiten.

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte in Strassburg hat sie in seinem bemerkenswerten Urteil in der Sache DIANE PRETTY gegen das Vereinigte Königreich vom 29. April 2002 benannt[1]. Wörtlich in der englischen Originalsprache:

«Without in any way negating the principle of sanctity of life protected under the Convention, the Court considers that it is under Article 8 that notions of the quality of life take on significance. In an era of growing medical sophistication combined with longer life expectancies, many people are concerned that they should not be forced to linger on in old age or in states of advanced physical or mental decrepitude which conflict with strongly held ideas of self an personal identity.»

Persönlich übersetze ich diesen Abschnitt wie folgt ins Deutsche:

«Ohne in irgendeiner Weise den Grundsatz der Heiligkeit des Lebens, der von der Konvention geschützt wird, zu verneinen, hegt der Gerichtshof die Auffassung, dass im Zusammenhang mit Artikel 8 Begriffe wie jener der Lebensqualität zunehmend an Bedeutung gewinnen. In einer Zeit wachsender zwiespältiger medizinischer Fortschritte sind viele Menschen in Sorge darüber, dass man sie in hohem Alter oder bei zunehmendem körperlichem oder geistigem Zerfall zum Weiterexistieren in einem Zustand zwingen könnte, den sie mit ihren strengen eigenen Vorstellungen ihrer eigenen Identität nicht vereinbaren können.»

Wir stehen somit vor einem überaus bemerkenswerten Phänomen. Erstmals in der Geschichte der Menschheit hat sich einer der höchsten Gerichtshöfe, der über Menschenrechte zu wachen hat, mit solchen Fragen befasst. Er hat darauf hinge-

wiesen, dass Menschen möglicherweise ein völkerrechtlich gewährleistetes Recht besitzen könnten, «rechtzeitig» sterben zu können. «Rechtzeitig» heisst, bevor sie oder kurz nachdem sie in einen Zustand geraten sind, den sie für sich selbst als nicht mehr würdig betrachten, weil dieser ihrer eigenen Vorstellung von Identität nicht mehr entspricht.

Mit anderen Worten stellt sich die Frage: Gibt es denn irgendwie eine gesetzliche Pflicht zum Weiterleben? Oder anders formuliert: Gibt es ein Recht auf den selbst bestimmten Tod?

Ob es ein Recht auf den selbst bestimmten Tod gibt, ist eigentlich nicht mehr umstritten: Kein europäischer Staat kennt heute noch ein irgendwie geartetes Verbot des Suizids. Der letzte europäische Staat, der dieses Verbot formell noch kannte, war Grossbritannien. Dort ist mit dem Erlass des Suicide Act von 1961 die Strafbarkeit des Suizidversuchs abgeschafft worden. Allerdings ist bei jenem Gesetz die Beihilfe zum Suizid mit bis zu 14 Jahren Freiheitsstrafe bedroht worden.

So, wie ich als auf Menschenrechte spezialisierter Anwalt es sehe, kann es keinen Zweifel geben: Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) schützt die Suizidfreiheit. Wenn aber die Freiheit darin besteht, selber zu versuchen, sich das Leben zu nehmen, und dabei ein hohes Risiko des Scheiterns und der Verschlechterung der eigenen gesundheitlichen Situation in Kauf zu nehmen, ist diese Freiheit nichts wert. Sie wäre illusorisch. In solchen Fällen verlangt das Recht der EMRK, dass die Staaten eine solche Freiheit durch entsprechende Massnahmen praktisch und effizient machen.

Davon ausgehend, kann somit gesagt werden: Jawohl, wenn wir in Würde sterben wollen, dann dürfen wir den Zeitpunkt selbst bestimmen. Dafür kämpft DIGNITAS.

In Deutschland ist die Beihilfe zum Suizid nirgends verboten oder mit Strafe bedroht. Sie ist es selbst dann nicht, wenn der jenige, der zu einem Suizid verleitet und dabei behilflich ist, dies aus der Absicht tut, schneller erben zu können oder um sich von Unterstützungspflichten zu befreien. Das deutsche Strafgesetzbuch kennt überhaupt keinen einschlägigen Paragraphen. Deshalb konnte Professor Hackethal seinerzeit seiner schwer vom Krebs gezeichneten Patientin Zyankali zur Verfügung stellen. Damit konnte die Patientin ihr eigenes Leben beenden.

Allerdings: Professor Hackethal musste sich rechtzeitig von seiner Patientin entfernen und sie im Sterben alleine lassen. Er durfte nicht wahrnehmen, dass sie das Bewusstsein verliert. Sonst hätte er die Rettung alarmieren müssen. Würde er dies nicht getan haben, hätte man ihn allenfalls sogar wegen eines Tötungsdelikts durch Unterlassen angeklagt. Das deutsche Recht lässt somit nur eine menschenunwürdige Art der Suizidbeihilfe zu: Es verweigert den Zugang zu einem humanen Medikament des Sterbens, und es zwingt den Versterbenden, in seinen letzten Stunden oder Minute allein zu bleiben. Die Wurzel dieses «Rechts» geht auf 1935 zurück. Damit ist wohl schon alles gesagt.

Zudem hört man in Deutschland, auch von Politikern, oft die Meinung, die Menschen dürften schon Suizid machen, aber bitte, sie sollen das allein und ohne Hilfe Dritter tun. Erst vor kurzem hat in der Sendung „nano“ im Sender 3Sat[2] Chris-

tine Eberle, eine Juristin der Deutschen Hospizstiftung, wörtlich erklärt: «Wenn der Staat sagt, das ist ein Teil der individuellen Selbstbestimmung, dass ich auch das Recht habe, mir das Leben zu nehmen, dann erschliesst sich daraus noch lange nicht die Pflicht des Staates, dies positiv auch zu fördern.» Der «christliche» Gedanke hinter einer solchen Äusserung macht mich ob seiner Lieblosigkeit schaudern.
Aber diese Auffassung liegt klarerweise im Interesse der Gesundheits- oder Krankheits-Industrie, an der Ärzte, Krankenhäuser, Reha-Stationen, Hospize und nicht zuletzt auch die pharmazeutische Industrie teilhaben.

Nach Auffassung der Schweizer Bundesregierung muss die Zahl der in einem Jahr amtlich festgestellten Suizide mit 50 multipliziert werden, um herauszufinden, wo etwa die Obergrenze der Zahl der Suizidversuche liegen könnte[3]. Sie stützt sich dabei auf amerikanische Forschungsergebnisse. Sie geht davon aus, dass auf 50 Suizidversuche nur einer gelingt und bis zu 49 misslingen. Bei den misslingenden sind nicht etwa selten erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen in Form von Verletzungen, Vergiftungen, schweren Nebenwirkungen von Arzneimittelmissbrauch und dergleichen die Folge.

Nach schweizerischen Untersuchungen belaufen sich die Kosten vor allem dieser gescheiterten Suizidversuche auf 1,2 bis 2,4 Milliarden Franken im Jahr[4]. Das sind etwa 0,9 bis 1,8 Milliarden Euro. Berechnet man mit einem Dreisatz auf Grund des Unterschieds der Bevölkerungszahlen die Kosten für Deutschland, kommt man leicht auf zehn bis zwanzig Milliarden Euro jährlich.

Eine vernünftige und wirksame Suizidprophylaxe, die schon vor dem ersten gescheiterten Versuch einsetzt, könnte die Zahlen der Suizidversuche um 50 Prozent reduzieren. Dadurch würden aber der deutschen Gesundheitsindustrie im Jahre Einkünfte von fünf bis zehn Milliarden Euro entgehen. Mit eingerechnet in diese Kosten sind auch die Aufwendungen für Kollateralschäden. Das sind etwa psychotherapeutische Massnahmen für geschädigte Lokomotivführer, die einen Suizidenten haben überfahren müssen, weil kein Zug so rasch anhalten kann, um einen dieser euphemistisch «Personenschaden» genannte Zwischenfälle vermeiden zu können. Aus verständlichen Gründen hat somit die Gesundheitsindustrie kaum ein brennendes Verlangen, diese Zahlen zu reduzieren.

Das mag einer der tiefer liegenden Gründe sein, weswegen die Bundesärztekammer und insbesondere deren Präsident, Professor Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, sich so vehement gegen den begleiteten Suizid wenden. Er gefährdet deswegen gar seinen Ruf, ein vernünftiger Mensch zu sein: In einem im «Stern»[5] veröffentlichten Streitgespräch mit mir hat er den begleiteten Suizid mit der aktiven Sterbehilfe gleichgesetzt. Sieht er den Unterschied denn nicht: bei der letzteren verliert ein Mensch sein Leben nicht durch eigene Hand, sondern durch die Hand eines Dritten. Vielleicht kümmert ihn dieser Unterschied schlicht nicht. Aber er ist doch ohne jeden Zweifel wesentlich.

Nun könnten aber diese Suizid- und Suizidversuchs-Fälle ganz ohne jeden Zweifel enorm reduziert werden. Voraussetzung dazu wäre ein anderer Ausgangspunkt in Bezug auf das Phänomen des Suizids. Dieser dürfte nicht mehr von vornherein

als solcher abgelehnt und tabuisiert werden. Er müsste im Gegenteil grundsätzlich bejaht werden, um ihn aus der Tabuzone herauszuholen. Allerdings verbunden mit zwei leicht einsehbaren Bedingungen: Man geht nicht auf grosse Reise, ohne das Reisebüro konsultiert zu haben. Und man geht nicht auf grosse Reise, ohne sich von seinen Angehörigen und Freunden verabschiedet zu haben.

Die Bevölkerung müsste zudem nachhaltig darüber aufgeklärt werden, dass viele früher wirksame Suizidmethoden heute nicht mehr funktionieren. Schlafmittel-Missbrauch führt heute in aller Regel nicht mehr zum Tode, wohl aber zu Leber- und/oder Nierenschäden. Auch sollte über die erheblichen Risiken des Scheiterns anderer mehr oder weniger «geläufiger» Methoden aufgeklärt werden. Dann könnten bei gleichzeitiger Einführung einer glaubhaften Suizidberatung vorbeugende Massnahmen schon vor einem ersten Versuch einsetzen. Voraussetzung wäre jedenfalls, dass sich Menschen mit Suizidgedanken vollkommen angstfrei beraten lassen können. Schon das angstfreie, offene Sprechen mit einem Dritten über einen beabsichtigten Suizid kann so viel Erleichterung bringen, dass der Gedanke an die Beendigung des eigenen Lebens dann getrost in den Hintergrund treten kann.

Heute ist jedoch Suizid noch immer ein Tabu-Thema. Da läuft jemand, der suizidal geworden ist, Gefahr, das Gesicht zu verlieren, wenn er sich an einen anderen Menschen wendet. Wendet er sich an einen Arzt, muss er gar befürchten, die Freiheit zufolge Einweisung in die Psychiatrie zu verlieren. Also wird er seine Gedanken für sich behalten und immer tiefer in die Suizidspirale hineingeraten. Andernfalls hingegen kann ihm eben daraus herausgeholfen werden. Glaubhafte Beratungsstellen, die einen gefahrlosen begleiteten Suizid anbieten können, würden genauso angenommen, wie die Beratungsstellen zum Schwangerschaftsabbruch angenommen worden sind. Bedingung ist allerdings, dass sie glaubhaft sind und den «Schein» ausstellen können. Die Beratungsstellen sollten auch über ausreichende finanzielle Mittel verfügen, um Menschen, die wegen wirtschaftlicher Not suizidal geworden sind, allenfalls auch wirtschaftlich beispringen zu können.

Der schweizerische Verein «DIGNITAS – Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben» hat auf diesem Gebiet interessante Erfahrungen gesammelt. Eine Untersuchung hat etwas sehr Bemerkenswertes aufgezeigt. 70 Prozent der Mitglieder, die um Vorbereitung einer Freitod-Begleitung gebeten haben, und denen mitgeteilt worden ist, DIGNITAS habe einen Schweizer Arzt gefunden, der bereit sei, ihnen das Mittel zu einem risikofreien Suizid zu verschreiben, haben sich nach dem Erhalt dieser Mitteilung überhaupt nie mehr gemeldet. Von den restlichen 30 Prozent melden sich einige erst nach bis zu 600 und mehr Tagen. Insgesamt meldet sich nur ein verhältnismässig sehr kleiner Prozentsatz, um dann tatsächlich mit Hilfe von DIGNITAS sein Leben risikofrei beenden zu können. DIGNITAS -Mitglieder verstehen somit die Zusage für ein Rezept zu einem begleiteten, risikofreien Suizid vorwiegend gewissermassen als die letzte Versicherung, die sie sich in ihrem Leben zulegen wollen.

Das bedeutet mit anderen Worten: DIGNITAS verhilft ungleich viel mehr Menschen zu einem viel besseren Weiterleben als zu einem Suizid. Die Verbesserung

dieses Weiterlebens ist einzig und allein darauf zurückzuführen, dass diese Menschen wieder eine Wahlmöglichkeit in Bezug auf eine menschenwürdige Lösung ihres Dilemmas erhalten haben. Ihr Dilemma hat vorher gelautet: Muss ich durch die ganze schwere Belastung, die mit meiner Krankheit verbunden ist, hindurch gehen bis zum bitteren Ende, oder muss ich mit hohem Risiko des Scheiterns versuchen, mein Leben selbst zu beenden? Die Eröffnung einer risikofreien Möglichkeit führt in aller Regel zu einem augenblicklichen Zusammenbrechen des bislang als teuflisch empfundenen Dilemmas. Damit wird der Weg zur Freiheit, das eigene Leben wieder neu annehmen zu können, geöffnet.

Die Menschen, welche das Angebot eines begleiteten Suizids dann auch tatsächlich in Anspruch nehmen, bilden dagegen eine verschwindende Minderheit. Eine Studie des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Zürich über begleitete Suizide bei der schweizerischen Organisation EXIT von 1990 bis 2000[6] zeigt dies deutlich. Gerade einer von 1'000 an einer Herz-Kreislauf-Atemswegserkrankung Verstorbenen hat den Weg über EXIT gewählt; und nur gerade 45 von 1'000 an Multipler Sklerose verstorbenen Menschen haben diesen Weg gewählt.

Wieso aber sind die Funktionäre der Bundesärztekammer dermassen absolut, ja geradezu sektenmässig-agitatorisch gegen eine Möglichkeit der Sterbehilfe eingestellt? Fällt da nicht der Unterschied auf zur britischen Standesorganisation der Ärzte, die vor kurzem beschlossen hat, sich in Fragen der Sterbehilfe künftig neutral zu verhalten? Auch die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften überlässt mittlerweile die Entscheidung dem Gewissen des einzelnen Arztes[7]. Wieso glauben Exponenten der deutschen Palliativmedizin, die Anhänger einer vernünftigen Sterbehilfe seien ihre Gegner? Diese Haltung kommt etwa dort zum Ausdruck, wo Palliativmediziner davor warnen, die Euthanasie-Befürworter könnten die Bestrebungen der Palliativmediziner «überholen». Weswegen wird nicht erkannt, dass Palliativmedizin und Organisationen für begleiteten, risikofreien Suizid sich gegenseitig nicht bekämpfen sollten, sondern sich ergänzen?

Der französische Autor François de Closet hat in seinem Buch «La dernière liberté»[8] - Die letzte Freiheit, auf denkbare Ursachen hingewiesen.

Sterbehilfe sowohl in der Form der «Euthanasie» als auch des ärztlich begleiteten Suizids wirft seiner Auffassung nach das traditionelle Schema des Arzt-Patientenverhältnisses um. Einerseits, so sagt er, gehört der Vorgang nicht in den Bereich der traditionellen medizinischen Praxis: Ärzte wenden Heilmittel, nicht Gifte, an. Wörtlich:

«Anderseits kann diese Form der Sterbehilfe nur ausgeübt werden, wenn der Kranke dies so entscheidet. Er ist es, der sagt, was getan werden soll, wenn es getan werden soll. Klar, der Arzt kann noch immer entscheiden, der Anweisung des Kranken zu folgen, sie zurückzuweisen, davon abweichen, aber er ist es nicht mehr, der das Spiel anführt; er folgt ihm. Man wohnt somit tatsächlich einem letzten Umsturz in der Machtbeziehung bei. Wohl verstanden, der Sterbende verlangt, er befiehlt nicht. Dennoch aber kommt eben die Initiative von ihm.» Ende Zitat.

Nun ist durchaus geläufig, dass auch schon heute und seit langem in Deutschland aktive Sterbehilfe durch Ärzte stattfindet, meistens wohl auch auf Verlangen des Kranken. Aber dieser Vorgang muss zufolge der Strafdrohung des Paragraphen 216 StGB – Tötung auf Verlangen mit einem Strafrahmen von sechs Monaten bis fünf Jahren Freiheitsstrafe – bislang geheim bleiben. Erfolgt der Akt geheim, trifft den Arzt auch keinerlei Berichts- oder gar Rechtfertigungspflicht. Würde Sterbehilfe dagegen gesetzlich legitimiert, ginge dies nicht ohne eine gewisse Regulierung von sich. Der Arzt wäre nicht mehr nur sich selbst gegenüber verantwortlich, sondern hätte eine Kontrolle zu akzeptieren. Das entspricht nicht seiner traditionellen Rolle. Genauso wenig wie sein französischer Kollege, den der Autor schildert, möchte der deutsche Arzt einen Kontrolleur in seinem Rücken wissen. Dies umso weniger, als es sich bei dem Akt im Selbstverständnis des Arztes eben auch nicht um einen solchen der medizinischen Praxis handelt, sondern um eine besondere Art von Dienstleistung, zu der er ärztlich nicht verpflichtet ist.

François de Closet weist darauf hin, eine Legalisierung der Sterbehilfe würde einen dreifachen Umsturz zur Folge haben:

- Sie habe die Übernahme der Verantwortung für das Lebensende des Patienten durch den Arzt ganz zur Folge, die durch die Palliativmedizin bisher schon teilweise übernommen worden ist. Es wäre somit klar, dass der Arzt für seinen Kranken bis zu dessen letztem Moment verantwortlich wäre. Er könnte nie mehr sagen: «Da ist leider nichts mehr zu machen».
- Das würde dazu führen, dass ein Vorgang, der von der traditionellen Ethik verurteilt wird, in die medizinische Praxis Eingang finden müsste. Bis anhin hatte jeder, der Medizin studierte, zu geloben, solches nie zu tun.
- Schliesslich würde dies dem Kranken die Macht verleihen, diesen Akt vom Arzt oder, mindestens, von einem Arzt zu verlangen, wenn der Praktiker dies aus Gewissensgründen ablehnt. Und dies alles in vollständiger Transparenz und unter der Kontrolle einer noch zu bestimmenden Behörde. Man werde nicht behaupten wollen, das medizinische Korps fühle sich danach gedrängt, diese drei Umstürze zu begehren.

François de Closet weist dann darauf hin, dass sich sozusagen schon die gleichen Fragen gestellt hatten, als es früher darum ging, ob die Ärzte bei der Empfängnisverhütung oder beim Schwangerschaftsabbruch eine aktive Rolle spielen sollten. Auch dort habe sich das medizinische Korps lange gesträubt, Verantwortung zu übernehmen.

Soweit die Gedanken des französischen Autors.

Persönlich bin ich allerdings davon überzeugt, dass eine Mehrheit der Ärzte in Deutschland im Prinzip durchaus bereit wäre, zu einer vernünftigen Form von Sterbehilfe Ja zu sagen. Vernünftig erscheint dabei insbesondere die Beschränkung auf den begleiteten Suizid. Diese Form verringert ein allfällig bestehendes Missbrauchspotential auf ein absolutes Minimum.

Ein «Select Committee» des britischen Oberhauses[9], die sich mit diesen Fragen befasst hat, ist in seinem bemerkenswerten Bericht zur Feststellung gekommen, dass in den Staaten, in welchen lediglich der begleitete Suizid zugelassen ist – es

sind dies Oregon in den USA und die Schweiz –, die Zahl der Fälle proportional signifikant tiefer liegen als in den Staaten, in welchen auch aktive Sterbehilfe, also Tötung auf Verlangen, zugelassen ist – es sind dies Holland und Belgien.

Not täte jedoch, dass die zahlreichen Ärzte in Deutschland, welche die Meinung vertreten, auch ihre Patienten müssten eine solche Möglichkeit erhalten, sich endlich wagen, an die Öffentlichkeit zu treten und ihre Meinung offen zu sagen[10]. Es ist stossend, dass diese Patienten noch immer die oft sehr belastende Reise in die Schweiz antreten und damit mit den Füssen abstimmen müssen. Deutsche Ärzte sind zu ermutigen, sich im Verhältnis zu den Funktionären der Bundesärztekammer und anderer Ärzte-Organisationen nicht als unmündige Untertanen zu fühlen und zu verhalten. Sie sollen als selbstbewusste, souveräne Angehörige eines geachteten Standes aufzutreten und sich für ihre Auffassung einzusetzen.

Dies gilt umso mehr bei Ärzten, die sich mit Fragen von Lifestyle- und Anti-Aging-Medizin befassen. Sie haben es in aller Regel mit den betagteren Patienten zu tun. Diese Patienten bejahen in allgemeinen Umfragen eine Sterbehilfe-Möglichkeit mit bis zu 85 % grundsätzlich. Sie möchten für den Fall, dass sie selbst in eine unerträgliche Situation geraten sollten, die sie für sich als unwürdig betrachten, von ihrem Arzt erfahren, dass er sie in dieser Forderung unterstützt. Gerne hören sie auch, dass er sich dabei aber immer strikte an den Wunsch des Patienten halten werde und nie von sich aus entscheiden werde, ob eine Situation eines Patienten noch als würdig zu beurteilen sei. Dies stärkt das Vertrauen der Patienten in den Arzt, weil sie wissen, dass dieser Arzt sie auch gegen den Schluss eines Lebens hin nicht einfach allein lassen wird. Sie erfahren dadurch, dass er ihnen zugeneigt bleibt, selbst dann, wenn der Arzt weiss, dass er durch sein Handeln einen über Jahre geschätzten Patienten, an dem er vielleicht sogar nicht unwesentlich verdient hat, verliert. Der Patient wird das als verzichtenden Liebesdienst erfahren, und diese sind die bedeutsamsten. Der Arzt wird dadurch vom Behandelnden zum Mitfühlenden.

Selbstverständlich wird niemand bei einer solchen Aktion des «Outings» den Anfang allein machen wollen. So biete ich Ihnen denn an: Wenn Sie bereit sein sollten, gemeinsam mit anderen in dieser Richtung aufzutreten, lassen Sie dies den deutschen DIGNITAS-Verein[11] in Hannover wissen. Wir werden dann dort ein entsprechendes Ärzte-Verzeichnis anlegen und Ihnen gelegentlich mitteilen, wie viele Ärzte sich einem entsprechenden Aufruf grundsätzlich anschliessen würden. Wir geben Ihnen schliesslich Gelegenheit, den entsprechenden Aufruf zu unterzeichnen und würden ihn erst veröffentlichen, wenn eine erhebliche Zahl von Unterschriften dazu eingegangen ist.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

___

[1] http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=1&portal=hbkm&action=html&highlight=_Pretty&sessionid=5036950&skin=hudoc-en

[2] Sendung vom 5. Dezember 2005, 18.30

[3] http://www.parlament.ch/afs/data/d/gesch/2001/d_gesch_20011105.htm

[4] http://www.dignitas.ch/we/WeitereTexte/Studie%20Suizidkosten.pdf; http://biblio.parlament.ch/e-docs/139342.pdf

[5] http://www.stern.de/politik/panorama/538380.html?nv=hp_sr

[6] http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=_1286 1469 &dopt=Abstract

[7] http://www.samw.ch/docs/Richtlinien/d_RL_Sterbehilfe.pdf

[8] Closet François, La dernière liberté, Librairie Arthème Fayard, 2001, ISBN 2-253-15598-5

[9] http://www.parliament.uk/parliamentary_committees/lordsassisted.cfm

[10] http://www.aerztezeitung.de/docs/1999/01/21/011a0202.asp?cat=/magazin/sterbehilfe

[11] Adresse: DIGNITAS, Edenstrasse 11, 30161 Hannover; e-Mail: sterbehilfeverein-dignitas@t-online.de

Adresse des Autors:
Postfach 10, CH-8127 Forch,
e-Mail: Ludwig.A.Minelli@dignitas.ch