

Raimund Klesse

Assistierter Suizid in der Schweiz: Folgen für Individuum und Gesellschaft

Assisted Suicide in Switzerland: Consequences for the Individual and Society

Zusammenfassung

In der Schweiz hat eine seit bald 30 Jahren andauernde Euthanasiakampagne bewirkt, dass heute Schwerkranke, psychisch Kranke, Demenzbetroffene und Menschen mit Altersbeschwerden durch assistierten Suizid sterben. Dies ist nur aufgrund einer tendenziösen Auslegung von Art. 115 des Schweizer Strafgesetzbuches möglich. Die Zahl der assistierten Suizide nimmt ständig zu. Anhand von Beispielen wird die Praxis in der Schweiz beleuchtet. Die Auswirkungen auf Individuum und Gesellschaft werden dargelegt und die Schlüsselargumente ausgeführt. Beschrieben wird, was der suizidale Mensch braucht und was zu einer Kultur der Sorge gehört.

Schlüsselwörter: Assistierter Suizid, Schweiz, schiefe Ebene, gesellschaftliche Auswirkungen, Kultur der Sorge

Abstract

In Switzerland, a campaign of euthanasia that has been going on for almost 30 years has led to today's situation where the seriously ill, the mentally ill, dementia sufferers and people suffering from old-age problems die from assisted suicide. This is only possible because of a tendentious interpretation of Art. 115 of the Swiss Penal Code. The number of assisted suicides is constantly increasing. The practice in Switzerland will be illustrated by means of examples. The effects on the individual and society are presented and the key arguments are explained. It is described what the suicidal person needs and what belongs to a culture of care.

Keywords: assisted suicide, Switzerland, slippery slope, social impact, culture of care

Dr. med. Raimund Klesse
Facharzt Psychiatrie & Psychotherapie FMH
Präsident der Hippokratischen Gesellschaft
Schweiz
Wingertweg 3, CH-7215 Fanas
r.klesse@bluewin.ch

„Wie kann es sein, dass uns nicht Erschütterung überkommt, wenn wir hören, dass ein Mensch, der eigentlich noch weiterleben hätte können, zu der Auffassung kam, das Nicht-Sein der Existenz in unserer Gesellschaft vorzuziehen? Eine Gesellschaft, die den Suizid nicht mit Bestürzung auffasst, sondern ihn als eine nachvollziehbare Tat deklariert, läuft Gefahr, auch andere Menschen in den Tod zu schicken“ (Giovanni Maio)

„Euthanasie“kampagne in der Schweiz²

Ermöglicht wird die Situation des „assistierten Suizids“ in der Schweiz durch den Art. 115 des Schweizerischen Strafgesetzbuches, der seit dessen Herausgabe 1937 unverändert geblieben ist:

Art. 115 Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord

„Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.“³

Dem Text ist zu entnehmen: Beihilfe zum Suizid ist in der Schweiz nicht erlaubt! Das war auch nicht die Absicht des Gesetzgebers, als er diesen Artikel ins Strafgesetzbuch hineinnahm. Vielmehr sollte Beihilfe zum Suizid unter Strafe gestellt, für gewisse Fälle aber die Möglichkeit eines Sondertatbestandes geschaffen werden (z. B. die Unterstützung durch einen Freund bei Suiziden aus Gründen der Ehre oder aus Mitleid bei „unrettbar Kranken“).⁴ Erst die tendenziöse Auslegung der Gerichte, die nahezu alle Fälle von Suizidassistentz als „nicht selbstsüchtig“ beurteilt, ermöglichte die heutige massive Zunahme.

1982 wurde die Sterbehilfeorganisation Exit gegründet. Ihr Ziel war anfangs die Strafbefreiung der „Tötung auf Verlangen“, bereits 1984 wurde aber aus strategischen Gründen der assistierte Suizid in den Vordergrund gestellt. Damit versprach sich Exit eine Verbesserung des Verhältnisses zur Ärzteschaft.⁵ Lange Zeit blieb der assistierte Suizid aber eine Randerscheinung. 1993 wurde dann eine massive Medienkampagne lanciert, die mit

dem Artikel „Unerforschte Wege der Euthanasie in Holland“ in der Neuen Zürcher Zeitung⁶ eröffnet wurde und die bis heute anhält. Hunderte, wenn nicht tausende Medienerzeugnisse erschienen, wie z. B. Artikel in der Migros-Zeitung bis zur NZZ, Talkshows, Dokumentationen, Spielfilme mit bekannten Schauspielern bis hin zu TV-Krimis wie „Tatort“, die den Menschen nahebrachten, dass es doch menschlich sei, anderen bei der Tötung zu „helfen“. Das Universitätsspital Zürich lud damals den niederländischen Euthanasiearzt Pieter Admiraal ein, der eine Veranstaltungsreihe zur medizinischen Ethik mit der Propagierung des holländischen Modells eröffnete. Von 1994 bis 2001 folgten diverse politische Vorstöße mit dem Ziel, die Tötung auf Verlangen straffrei zu machen.⁷ Eine Arbeitsgruppe des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements arbeitete bereits einen Strafausschließungsartikel für das Strafgesetzbuch aus. In dieser Situation gründeten über 100 Ärzte aus der ganzen Schweiz im Jahr 1999 die Hippokratische Gesellschaft Schweiz und gelangten mit einer ausführlich begründeten Eingabe an den Bundesrat.⁸ Zusammen mit verschiedenen anderen Organisationen aus dem gesamten politischen Spektrum konnte schließlich 2001 eine deutliche Ablehnung der Initiative Cavalli⁹ im Schweizer Parlament erreicht werden. Damit konnte der „Tötung auf Verlangen“ in der Schweiz bis heute ein Riegel vorgeschoben werden. Dies führte aber auch dazu, dass die Lobbys des „selbstbestimmten Sterbens“ den assistierten Suizid vorantrieben.

Die schiefe Ebene (Slippery Slope)

In der damaligen Diskussion wurde das Argument der „schiefen Ebene“ immer wieder infrage gestellt, also die Prophezeiung, dass, wenn einmal die (Selbst-)Tötung bei Schwerstkranken und Sterbenden akzeptiert würde, sich die Tötung auf immer weitere Personenkreise ausweiten würde. Heute wissen wir, dass diese schiefe Ebene existiert und können ihre schlimmsten Auswüchse in all den Ländern beobachten, die assistierten Suizid

und Tötung auf Verlangen legalisiert haben. In der Schweiz wird das Voranschreiten auf dieser schiefen Ebene leider durch wichtige Institutionen vorangetrieben. So verfolgt die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) eine Salamatattik, indem sie mit jeder Revision ihrer Richtlinien zu Sterben und Tod versucht, Euthanasie Stück für Stück zur ärztlichen Aufgabe zu machen. 2004 wurde in den Richtlinien „Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“ das Einfallstor eröffnet, dass die Entscheidung eines Arztes, bei nahem Lebensende aufgrund einer persönlichen Gewissensentscheidung im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, als solche zu respektieren sei.¹⁰ Dieser kleine erste Schritt, mit dem man das Lebensrecht angetastet hat, wie ihn Robert Spaemann¹¹ in Berufung auf Leo Alexander¹² beschreibt, führte dann zu der im Folgenden beschriebenen Lawine, die sich über die ganze Gesellschaft ausgebreitet hat.

Der nächste Schritt war bald darauf die Durchführung des assistierten Suizids bei psychisch Kranken. Nach ausgiebiger Vorarbeit durch Medien, Sterbehilfeorganisationen und einige Psychiater wurde im Bundesgerichtsurteil vom 3.11.2006 die Abgabe von Natrium-Pentobarbital und damit die Gewährung von Suizidbeihilfe an psychisch Kranke, deren „Sterbewunsch auf einem autonomen, die Gesamtsituation erfassenden Entscheid“ beruhe, nach Ausstellung eines psychiatrischen Fachgutachtens gerechtfertigt.¹³ Es folgte der assistierte Suizid bei Demenzkranken. Hier stand die Diskussion um die Urteilsfähigkeit im Mittelpunkt. Sie wurde dahingehend geführt, dass der Demenzkranke sich das Leben nehmen müsste, bevor die Demenz in ein schwereres Stadium übergehe, in dem die Urteilsfähigkeit nicht mehr gegeben sei. Dies, obwohl es dafür eigentlich noch „zu früh“ sei, wie Exponenten von Exit bedauernd bemerken.¹⁴ In der Schweizer Fernsehsendung Rundschau vom 17.1.2018 werden zwei ältere Damen mit beginnender Demenz gezeigt. Die eine sagt: „Eigentlich passt mir mein Sterbehilfetermin

nicht, weil ich noch den Hund ausführen muss und am Nachmittag habe ich Chor.“ Die andere will noch ihren Geburtstag feiern, doch beide sterben wie vereinbart vorher. Sie sterben auch nicht aus einer akuten Notsituation heraus, sondern weil sie Angst davor haben, wohin sich ihre Demenz weiterentwickeln könnte.¹⁵ Viele Menschen machen sich völlig falsche Vorstellungen davon, was auf sie zukommen kann, wenn sie an einer Demenz erkranken. Ich selbst arbeite seit zwanzig Jahren mit Demenzbetroffenen und deren Familien. Die meisten Demenzbetroffenen führen ein gutes Leben. Und unserer Erfahrung nach ist Suizidalität im weiteren Verlauf einer Demenz meist überhaupt kein Thema mehr.

Die nächste Revision der SAMW-Richtlinien erfolgte 2018 unter dem Titel „Umgang mit Sterben und Tod“. Hier wird der assistierte Suizid bei „unerträglichem Leiden“¹⁶ durch Symptome oder Funktionseinschränkungen und unter bestimmten Voraussetzungen (Urteilsfähigkeit) auch bei „Kindern und Jugendlichen jeden Alters sowie für Patienten mit psychischen, geistigen und Mehrfachbehinderungen“ möglich.¹⁷

Auch hier wehrte sich die Hippokratische Gesellschaft Schweiz zusammen mit verschiedenen anderen Ärzteorganisationen, was dazu führte, dass die Standesorganisation der Schweizer Ärzteschaft (FMH) die Aufnahme dieser Richtlinien ins ärztliche Standesrecht ablehnte. Eine solche Ablehnung war historisch und erfolgte zum ersten Mal in der Geschichte der SAMW.

Doch die schiefe Ebene wird weiter vorangetrieben. 2019 begleitete Exit 227 Menschen mit Polymorbidität in den Suizid (26% der assistierten Suizide der Organisation). Darunter werden oft Altersgebrechen wie Schwerhörigkeit, Sehstörungen, Gelenksbeschwerden usw. verstanden. Doch nicht genug: An der Jahresversammlung 2019 von Exit wurde der Altersfreitod als strategisches Ziel für die nächsten Jahre beschlossen. Dabei wäre einziges Kriterium für die Suizidbegleitung, dass der alte Mensch „lebensatt“ sei.¹⁸

2017 gab es auch die Diskussion über Organtransplantation nach assistiertem Suizid,¹⁹ die von verschiedenen Medien und auch ärztlichen Exponenten befürwortet, aber bisher in der Schweiz zum Glück nicht in die Tat umgesetzt wurde. Fälle gibt es aber seit einigen Jahren in Belgien und den Niederlanden.²⁰ Ebenso wird der assistierte Suizid in Gefängnissen gefordert.²¹

Parallel erfolgte die Einbindung des assistierten Suizids auch in Spitäler und Pflegeheimen, so in den Kantonen Genf und Waadt. Als der Kanton Neuenburg im Gesundheitsgesetz den Gesundheitseinrichtungen vorschrieb, dass sie Suizidorganisationen in ihren Institutionen zulassen sollten, wehrte sich die Heilsarmee vor Gericht, da sie dies mit ihren ethischen Vorstellungen nicht vereinbaren konnte. In der Revision entschied das Bundesgericht in seinem Urteil vom 13. September 2013, dass das Persönlichkeitsrecht, über Ort und Zeitpunkt seines Sterbens selbst zu bestimmen, höher zu gewichten sei als die Glaubens- und Gewissensfreiheit. Wenn sie die staatlichen Subventionen nicht verlieren wollen, müssen die Heime nun in ihren Räumlichkeiten assistierte Suizide tolerieren.²²

In Belgien, den Niederlanden und Kanada ist die Lage noch weiter fortgeschritten: Hier ist die Tötung auf Verlangen erlaubt. Euthanasie wird als Leistung des Gesundheitswesens gesehen. In den Niederlanden gibt es eine Sterbehilfeklinik (Expertenzentrum, Leivenseindeklinik), die ausschließlich Tötungen durchführt und mobile Sterbehilfe-Teams, die im ganzen Land „ambulant“ Euthanasie durchführen. Erst unlängst wurde eine demenzkranke Frau trotz Gegenwehr getötet, weil sie dies früher einmal in einer Patientenverfügung festgelegt hatte. Die tötende Ärztin wurde freigesprochen.²³

In Kanada werden Ärzte und Gesundheitspersonal mit Sanktionsandrohungen unter Druck gesetzt, an Euthanasiehandlungen teilzunehmen oder die Patienten an Ärzte weiterzuweisen, die Euthanasie durchführen.²⁴ Parallel läuft überall die

zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens. In Kanada wurden Zahlen veröffentlicht, die die Kostenersparnisse durch Euthanasie für das Gesundheitswesen errechnen.²⁵

Und in der NZZ vom 17.9.2020 wird die Tötung auf Verlangen nun auch in der Schweiz erneut zur Debatte gestellt mit der Frage, ob denn eine Tötung Demenzkranker nicht aufgrund einer Patientenverfügung vorgenommen werden könnte.²⁶

Dignitas

Eine der wichtigen Lobbyorganisationen des assistierten Suizids ist die Sterbehilfeorganisation Dignitas, die 1998 als Abspaltung von Exit gegründet wurde. Sie trug wesentlich zur Internationalisierung des assistierten Suizids bei und leitete den Sterbehilfetourismus in die Schweiz ein. Die Organisation hat sich die Beeinflussung nationalen Rechts in verschiedenen Ländern zum Ziel gesetzt. Neben diversen Schweizer Prozessen tat sie dies z. B. durch die Klage vor dem deutschen Bundesverfassungsgericht, in der der Präsident und Gründer Ludwig Minelli neben Erika Preisig von der Schweizer Sterbehilfeorganisation Eternal Spirit als Kläger auftrat, sowie durch die Beteiligung an der aktuellen Klage vor dem österreichischen Verfassungsgericht. Auch die Beeinflussung des internationalen Rechts durch Klagen vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (z. B. Haas vs. Schweiz) wird von der Organisation mit beachtlichen Geldmitteln vorangetrieben. Wie Silvan Luley am Kongress der *World Federation of Right to Die Societies* 2018 in Kapstadt in einem Vortrag erläuterte, wolle die Organisation erst verschwinden, wenn überall auf der Welt Menschen freien Zugang zu assistiertem Suizid erlangt hätten.²⁷

Unter dem Motto „Brücken bauen“ versucht Dignitas, den assistierten Suizid mit lebensbejahenden Ansätzen wie Palliative Care oder Suizidprävention zu verweben, um in diese Bereiche vorzudringen und die Selbsttötung weiter gesellschaftsfähig zu machen.

Schlüssellargumente

„Unerträgliches Leiden“ darf kein Kriterium sein

Der Begriff „Unerträgliches Leiden“ wird in der Diskussion als Fixum gesetzt. Aber unerträgliches Leiden ist ein subjektives Gefühl. Die zentrale Frage ist doch: Was hilft dem Menschen, sein Leiden erträglicher zu machen? Das ist doch die tätige Hilfe der Mitmenschen! Was sagen die meisten Menschen, ist das Wichtigste, das ihnen Sinn im Leben gibt? Es sind die Familie oder andere enge Beziehungspersonen: Wie nimmt die Familie Stellung? Bin ich ihnen noch wichtig? Hat es einen Sinn, dass ich da bin? Das gibt dem Menschen Zuversicht und Hoffnung. Man darf das „unerträglich“ nicht stehen lassen und denken: „Das ist seine Autonomie und da darf ich jetzt nichts mehr dazu sagen“. Da braucht es doch eine aktive, mitmenschliche Stellungnahme. Mitarbeiter aus den Palliativstationen berichten: Sobald eine gute palliative Betreuung da ist, dann ist das Leiden nicht mehr unerträglich, und der Mensch beginnt, wieder einen Sinn in seiner verbleibenden Lebenszeit zu sehen.²⁸

Suizidwünsche sind zeitlich begrenzt

Was in der Diskussion um die sog. Sterbehilfe verstört, ist, dass die Suizidforschung weitgehend ignoriert wird. Es wird vorgegeben, die assistierten Suizide seien gar keine richtigen Suizide, sondern freie Willensentscheidungen. Die Suizidforschung ist aber sehr eindeutig. Sie sagt: Suizidwünsche sind zeitlich begrenzt. Eine Untersuchung an der Golden Gate Bridge z. B. ergab, dass von 515 Personen, die vor einem Sprung zurückgehalten wurden, nach gemittelt 26 Jahren mehr als 95% noch lebten.²⁹ Suizidwünsche sind ambivalent. Das gilt auch für Suizidwünsche von Menschen bei assistiertem Suizid. Die Zahlen sehen wir leider nicht, aber es gibt viele, die wieder von einem geplanten Suizid zurücktreten. Auch hier spielt oft die Reaktion der Dritten eine Rolle, wie später noch ausgeführt wird.

Den wirklichen Bilanzsuizid gibt es nicht

Auch unsere Lebensbilanz findet immer in Bezug zu unseren Mitmenschen statt, selbst wenn diese nicht anwesend sind. Der Mensch setzt sich in seiner Bilanz mit seinen Beziehungen auseinander. Viele der bekannten Psychiater, die im Gebiet der Suizidalität forschen, sagen, sie hätten in der klinischen Arbeit keine Bilanzsuizide gesehen, die auf einer rationalen, wohlerrungenen Entscheidung beruht hätten.³⁰ Es steht immer eine menschliche Not dahinter, wenn ein Mensch sterben will.

Echte Autonomie ist ohne menschliche Verbundenheit nicht möglich

Der Diskussion um den assistierten Suizid fehlt meist auch die entwicklungspsychologische Perspektive: Der Mensch ist ein soziales Wesen. Er ist von Natur aus immer in Beziehungen eingebunden. Er kann gar nicht überleben, wenn er keine Beziehungen hat; erst zur Mutter, dann zum Vater, zur Familie, zu Freunden, zu den Menschen um ihn herum. Und auch seine ganze Beurteilung des Lebens findet statt in der Wechselbeziehung mit anderen Menschen.³¹ Wieso soll das am Ende des Lebens plötzlich anders sein? Der Mensch schwirrt nicht wie ein Atom alleine im Weltall herum. Er kann erst frei entscheiden, wenn er seine Situation zusammen mit seiner Familie, seinen Freunden, seinem Umfeld bespricht und sich dort aufgehoben weiß, ohne dass er etwas leisten oder bestimmte Bedingungen erfüllen muss.

Der Schutz des Lebens ist oberstes Ziel des Rechtsstaates

Der Schutz des Lebens ist das Fundament unserer demokratischen Rechtsstaaten. Der Rechtsstaat wurde gegründet, um das Leben seiner Bürger zu schützen und nicht der Willkür preiszugeben. Das Diktum von Hufeland, der vom Arzt als gefährlichstem Mann im Staate spricht, wenn er das Geschäft des Tötens in sein Handwerk aufnimmt, kommt nicht von ungefähr.³² Wenn die Anarchie ausbricht und jeder beurteilt, welches Leben noch

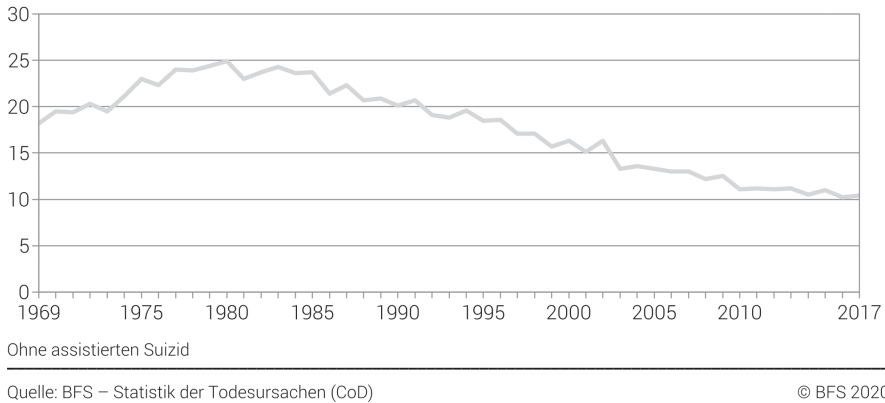


Abb. 1: Suizidrate. Todesfälle durch Suizid pro 100 000 Einwohner/innen.³⁵

lebenswert sei, wohin führt das dann? Wir sehen es aus der Entwicklung der Zahlen.

Assistierter Suizid als „billige“ Lösung?

Die Frage der Ökonomie: Hier wurde schon die kanadische Studie erwähnt, die ausrechnet: Wieviel bringt Euthanasie dem kanadischen Gesundheitswesen an Einsparungen?³³ Zu erwähnen wäre hier auch Peter Singer, der australische Euthanasiephilosoph, der im Jahr 2000 am World Economic Forum zu einer hochrangigen Gesprächsrunde zum Gesundheitswesen eingeladen wurde.³⁴ Das Argument der Kostenersparnis spielt wohl im Hintergrund gewisser politischer Entscheidungen auch eine wichtige Rolle.

Ausweitung der Beihilfe zum Suizid erhöht die Opferzahlen

Die Entwicklung der Suizidrate in der Schweiz zeigt, dass aufgrund einer guten Suizidprävention die Zahl der Suizide seit den 80er Jahren deutlich zurückgegangen ist. Das entspricht den Tendenzen in den meisten anderen europäischen Staaten (vgl. Abb. 1).

Die Zahl der assistierten Suizide nimmt in der selben Zeit fast linear zu, so dass es jetzt etwa gleichviel assistierte und nicht assistierte Suizide gibt (vgl. Abb. 2). Diese Entwicklung wird durch das Bundesamt für Statistik verschleiert, die den

assistierten Suizid unter einem besonderen Diagnosecode kodifiziert. Somit erscheint er gar nicht mehr in der Statistik der Suizide. Wenn man die Daten in einer gemeinsamen Statistik zusammenfügt, erhält man untenstehende Darstellung.

Die assistierten Suizide finden vor allem im Alter statt (vgl. Abb. 3). Es findet also eine Ausdünnung der alten Menschen statt, indem sie durch assistierten Suizid ihr Leben beenden.

Beispiele

Folgende Beispiele zeigen Abläufe in Schweizer Spitälern, wie sie schon seit Jahren stattfinden:

Beispiel 1: 67jähriger Mann mit Krebsleiden und Lungenmetastasen

Ein 67jähriger krebserkrankter Mann mit Lungenmetastasen leidet an starker Atemnot. Er hat mit einer Sterbehilfeorganisation Kontakt aufgenommen, lässt sich dann aber überzeugen, in eine Palliativstation einzutreten. Das Palliativteam gibt sich größte Mühe und es gelingt, die Atemnot des Patienten zu lindern. In diesem Moment, in dem es ihm eigentlich besser geht und alle sich freuen, kommt er mit dem Anliegen, er möchte eine Bestätigung seiner Urteilsfähigkeit, um wieder mit der Sterbehilfeorganisation Kontakt aufzunehmen. Die Ärzte der Palliativstation weigern sich, worauf sich der Patient an einen ande-

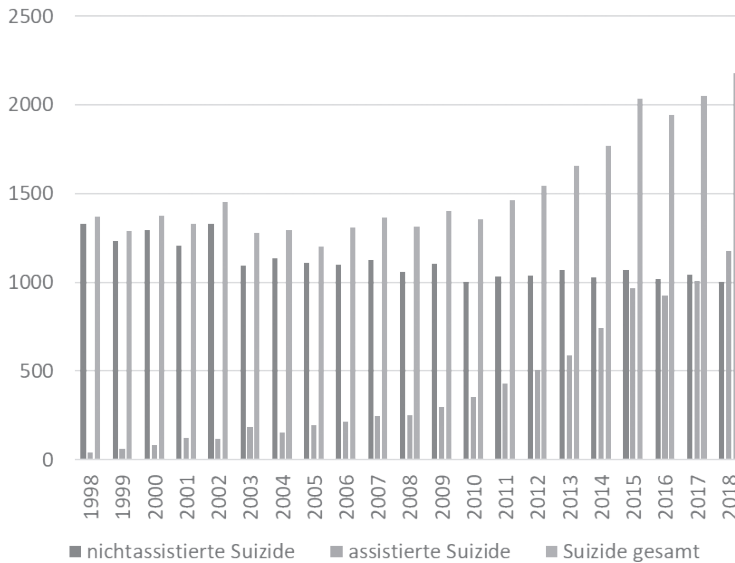


Abb. 2: Suizide in der Schweiz, Statistik nach Zahlen von obsan 2020.³⁶

ren Arzt wendet. Er kommt dann triumphierend zurück mit einer Urteilsfähigkeitserklärung, die ja wohl nicht jeder bekomme. Daraufhin plant er seinen Austritt und nimmt sich zuhause mit Hilfe der Sterbehilfeorganisation das Leben.³⁸

Beispiel 2: 75jähriger Witwer mit rezidivierenden Depressionen

Ein 75jähriger Witwer hat schon früher immer wieder unter Depressionen gelitten und muss erneut psychiatrisch hospitalisiert werden. Er wird nach sechs Wochen in ein Pflegezentrum verlegt, obwohl er sich von seiner Depression nicht wirklich erholt hat und äußert weiterhin den Wunsch nach assistiertem Suizid. Vermittelt durch den Sohn wird der Mann durch eine Sterbehilfeorganisation besucht. Ein Facharzt für Psychiatrie wird beigezogen und hält fest, die Depression habe keinen Einfluss auf den Suizidwunsch. Der verantwortliche Hausarzt hat Zweifel und zieht einen unabhängigen Facharzt für Alterspsychiatrie hinzu. Dieser kommt zum Schluss, dass der Patient an einer schweren Depression leidet und die Behandlung optimiert werden sollte. Die Folge ist, dass der Sohn gegen die Behandlungsänderung interveniert

und dem Hausarzt jeglichen Kontakt mit dem Vater ohne seine Gegenwart untersagt. Gemeinsam mit der Sterbehilfeorganisation veranlasst er ein drittes Gutachten, das wiederum die Beurteilung des ersten Gutachters bestätigt. Wenige Tage später tritt der Mann aus dem Pflegezentrum aus und wird in der Wohnung des Sohnes von der Sterbehilfeorganisation in den Suizid begleitet. In der Folge beschwert sich die Sterbehilfeorganisation bei der Direktion der Pflegezentren über das eigenmächtige Handeln des Hausarztes.³⁹

Was braucht der Mensch mit Suizidwunsch wirklich?

Suizidalität zu beurteilen und zu behandeln ist eine der Kernaufgaben des Psychiaters. Die tägliche Praxis, die Erfahrungen mit suizidalen Menschen zeigen: Der Wunsch nach Suizid ist Symptom einer menschlichen Notlage: Der Mensch will nicht „nicht mehr leben“, er will „nicht mehr so weiterleben“. Die Gründe wurden bereits vielfältig genannt. Viele suizidale Menschen leiden unter Depressionen. Einsamkeit ist ein großes Thema. Die oft starken Ängste, was im Falle einer schweren Erkrankung oder im Sterben auf einen zukommen

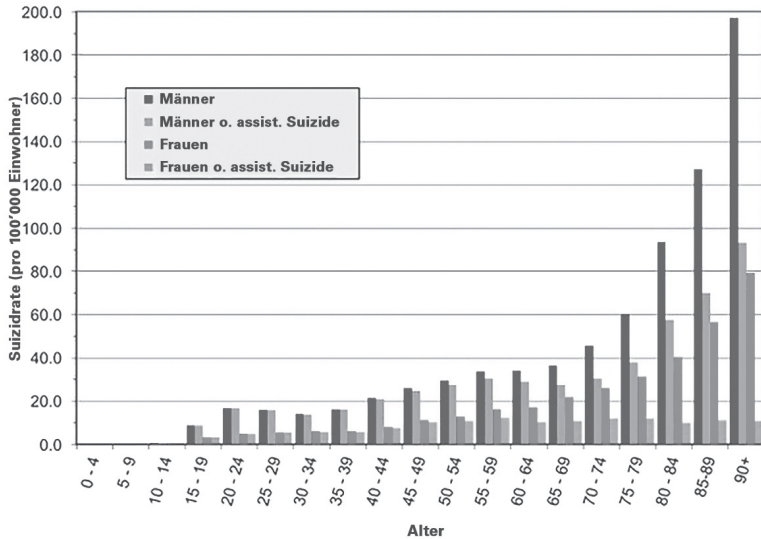


Abb. 3: Suizidraten nach Alter und Geschlecht, mit/ohne (o.) assistierte Suizide, Durchschnittswerte für Zeitraum 2005–2014.³⁷

kann, sind sehr gut nachfühlbar, aber oft nicht realistisch. Schmerzen spielen eine Rolle, aber auch die Angst, zur Last zu fallen. Auch Sinn- und Wertkrisen, das Gefühl, nicht mehr nützlich zu sein, die Kontrolle über das Leben zu verlieren oder sich in Abhängigkeit begeben zu müssen. Die Palliativmediziner haben an sehr beeindruckenden Beispielen aufgezeigt, dass Schmerzen und andere Symptome medizinisch heute sehr gut kontrolliert werden können. Unrealistische Ängste und Vorstellungen lassen sich in einer geduldigen, kompetenten und menschlich einfühlsamen Beziehung zum Arzt oder anderen pflegenden oder begleitenden Helfern lindern und korrigieren.

Die Rolle des Dritten

Es wird oft das Bild gezeichnet, Menschen würden wohlüberlegt entscheiden, ihr Leben zu beenden. Der Suizidhelfer vertritt die Auffassung: „Das ist ja sein Wille. Ich habe nicht das Recht, mich da einzumischen. Ich helfe ihm einfach, seinen Wunsch umzusetzen.“ Jede Stellungnahme eines Menschen aber, den der Suizidale kennt oder trifft, hat einen Einfluss – in die eine oder in die andere Richtung. Und wir wissen: Wenn jemand nicht Stellung nimmt zum Vorhaben eines Suizidalen, dann

heißt das oft für ihn, dass der andere die Tat bejaht, auch wenn er dies allenfalls gar nicht tut. Eine Beteiligung an den Vorbereitungen zum Suizid ist dagegen ein deutliches Zeichen, dass der Dritte das Leben des Suizidalen nicht mehr als lebenswert beurteilt. Er drängt ihn in Richtung Suizid. In Holland haben wir gesehen, dass der Großteil der verzweiferten Menschen nicht selbst Hand an sich legt, sondern die Tötung lieber dem Arzt überlässt. Erwin Ringel hat eindrucksvoll beschrieben, welche unermessliche Kraft es braucht, den Selbsterhaltungstrieb zu überwinden.⁴⁰ Da gehen Gedanken voraus, oft über Wochen und Monate, bis ein Mensch selbst Hand an sich legt. Und wenn er unterstützt wird von Dritten, die sagen: „Mach das nur, wir helfen Dir dabei“ – aus welchen Motiven auch immer – dann macht er diesen Schritt eher; er fühlt sich vielleicht sogar verpflichtet, ihn zu tun. Eine solche Beihilfe kann auch aus Mitleid geschehen; aber Mitleid braucht der Suizidale nicht, er braucht jemanden, der mitfühlt und ihm etwas entgegengesetzt in seinen destruktiven Gedanken, der ihm Mut gibt und hilft, wieder einen Sinn im Leben zu finden. Also: Mitmenschlicher Beistand statt „tödlichem Mitleid“ (Klaus Dörner).

Anhand zweier Beispiele sollen noch zwei Aspekte beleuchtet werden: Wie kann ich Wünsche

nach assistiertem Suizid entgegennehmen und was können die letzten Wochen und Stunden für einen Menschen noch an reifender Abrundung des Lebens bedeuten?

Frau W. erwähnt im Gespräch, dass sie sich mit einer Sterbehilfeorganisation das Leben nehmen würde, wenn sie pflegebedürftig und anderen zur Last fallen würde. Als der Gesprächspartner protestiert, wird sie heftig und angriffig. Sie lasse sich ihre Selbstbestimmung nicht nehmen, man solle ihr ihren Wunsch nicht ausreden.

In dieser Situation ist es wichtig, nicht zu erschrecken. Es besteht die Gefahr, innerlich zurückzuweichen und auf Distanz zu gehen oder auch zu argumentieren. Der Gesprächspartner fragt nach und hört in Ruhe an, was die Frau beschäftigt. Sie erzählt, dass sie selbst Pflegefachkraft war. In einem Heim, in dem sie gearbeitet hatte, musste sie miterleben, wie zwei Bewohner im Sterben nicht ausreichend behandelt und begleitet wurden, wie sie im Stich gelassen worden und einsam gestorben seien. Dies habe sie tief betroffen gemacht und auch im Hinblick auf ihre eigene Situation erschreckt. Sie sagt: „So etwas will ich nie erleben“. Sie hat keine Familie, ist alleinstehend und fühlt sich dadurch besonders auf eine gute Pflege angewiesen. Erst als sie diese Ängste und Befürchtungen formulieren kann, erst dann wird es möglich, mit ihr darüber ins Gespräch zu kommen, wie es denn in ihrer persönlichen Situation aussehen könnte, wenn sie älter und kränker würde. Erst dann beginnt sie, sich darauf einzulassen, gemeinsam zu überlegen, was denn für sie wichtig wäre, um in Frieden sterben zu können, und wie man das sicherstellen könnte.

Frau B. war eine langjährige Patientin. Als sie vor Jahren in meine Praxis kam, war sie suizidal und in einer schwierigen emotionalen Situation. Sie war einer Sterbehilfeorganisation beigetreten. Wir hatten viele Gespräche über dieses Thema, sie hielt die Mitgliedschaft aufrecht, hielt sich die Option für einen assistierten Suizid immer offen. Aber ich hatte einen guten Beziehungsdraht zu ihr und sie unternahm letztlich nie einen Suizidver-

such. Ich habe sie und Ihre Familie über insgesamt mehr als 20 Jahre begleitet, in denen es immer wieder Krisen und schwierige Situationen gab, denen sich die Patientin immer wieder stellte. Dann erkrankte sie relativ jung an einer schweren körperlichen Erkrankung. Diese schritt schnell fort, die Patientin konnte nicht mehr zuhause behandelt werden und musste in einer stationären Einrichtung palliativ weiterbetreut werden.

Ich kannte die Not und die Kämpfe, die sie das Leben hindurchgeführt hatte und war sehr berührt, als ich erleben konnte, wie sie in den letzten zwei Lebensjahren ihr Leben gestaltete. Früher war sie anderen Menschen gegenüber sehr zurückhaltend gewesen, in der stationären Einrichtung begann sie, Freundschaften zu einer Mitbewohnerin und zu einer Pflegenden, die sie dort betreute, aufzubauen. Es entstanden Beziehungen einer Intensität, die sie früher nie eingegangen war. Wenn man sie besuchte, war sie meist guter Stimmung, obwohl sie unter den Symptomen immer wieder sehr zu leiden hatte. Häufig war sie diejenige, die die Angehörigen und auch die Pflegenden ermunterte und ermutigte. Sie suchte die Kooperation zu den Ärzten, die sich ihrer Situation auch menschlich und fachlich sehr engagiert annahmen. Hätte diese Patientin Suizid begangen, als die Symptome gravierender wurden, wie sie es früher mit Überzeugung in Betracht gezogen hatte, dann hätte sie eine ganz wichtige Entwicklung und Abrundung ihres Lebens und der Beziehungen, auch innerhalb der Familie, ver säumt. Sie wäre gestorben, ohne eine neue, tiefere Dimension aller Beziehungen zu erleben und die schöne Rolle ausfüllen zu können, die sie trotz ihres körperlichen Leidens eingenommen hatte.

Gesellschaftliche Auswirkungen

Verwerfungen im Gemüt von Angehörigen und Beteiligten

Jede Beteiligung an einer Tötungshandlung – das wissen wir von denjenigen, die aus dem Krieg berichten, das wissen wir von denen, die teilge-

nommen haben an Selbsttötungshandlungen – führt zu Verwerfungen im Gemüt eines Menschen. Wenn in einer Familie ein Suizid stattfindet, dann fungiert er als Modell bis in die nächsten Generationen hinein. Wenn man die Tötung von Menschen als Lösung von menschlichen Problemen einmal anfängt, dann tradiert sich das. Bei einem Familienvater mit ernsthaften Suizidgedanken ließen sich in der Anamnese keine Hinweise finden, die die Schwere seiner Depressionen und seine Suizidalität erklärten, bis er von seinem Vater erzählte, der sich wegen eines kleinen Fehlers das Leben genommen hatte, als er selbst 14 Jahre alt war. Dieses Modell hatte der Patient mitgenommen und als er in eine schwierige Situation kam (die darin bestand, dass er in den Stoßzeiten seine eigenen hohen Ansprüche an die Arbeit nicht ganz erfüllen konnte), geriet er in eine suizidale Stimmung. Erst als er den Zusammenhang verstanden hatte, konnte er anfangen, diese Stimmung aufzulösen. Auch heute hat er manchmal Krisen, er ruft dann aber rechtzeitig an und kann so verhindern, sich wieder in die bekannte suizidale Stimmung zu begeben.

Kündigung des Generationenvertrages

Beihilfe zum Suizid ist eine Kündigung des Generationenvertrages. Unsere Eltern haben uns großgezogen. Unsere Großeltern, ob in der Schweiz, Deutschland oder Österreich haben dafür gesorgt, dass unsere Gesellschaft so geworden ist, wie sie ist. Nach dem Krieg hat man wieder aufgebaut und dafür gesorgt, dass die Kinder eine gute Situation haben. Heute sind wir soweit, dass Vertreter unserer Generation sagen, wenn der alte Mensch in Not kommt: „Ja gut, wenn Du zu Exit willst, dann rufen wir da mal an.“ Was heißt das für die Stimmung und die Verbundenheit in einer Gesellschaft? Menschliche Bindungen werden abgebaut, Solidarität und die menschlichen Ressourcen insgesamt werden zerrüttet. Mit Solidarität ist dabei nicht gemeint, mit den Wünschen des anderen mitzugehen und sie zu erfüllen, Solidarität heißt, sich menschlich verantwortlich zu fühlen.

Unterhöhung der Rechtsgleichheit und der Grundlage des Rechtsstaates, das Leben seiner Bürger zu schützen

Wir sprachen bereits von der Würde des Menschen. Der Mensch kann nur eine Würde haben, solange er noch am Leben ist. Er kann seine Menschenrechte nur solange ausüben, solange er am Leben ist. Wenn man ihm das genommen hat oder er selbst sich das mit „Hilfe“ genommen hat, dann hat er auch keine Würde mehr. Die Grundlage der Verfassung, das Recht jedes Bürgers auf Leben und auf Schutz seines Lebens, ist damit zerstört.

Kultur der Sorge, der Angewiesenheit, des Beistandes statt Kultur des Todes (G. Maio)

Unabhängig von Entscheiden der Verfassungsrichter müssen wir entscheiden, in welcher Kultur wir leben wollen. Wenn wir keine Kultur des Todes wollen, dann ist es unsere Aufgabe, eine Kultur der Sorge, der Akzeptanz der Angewiesenheit, eine Kultur des gegenseitigen Beistandes zu gestalten und zu verteidigen. Das Rechtssystem muss sich mit der Zeit wieder der menschlichen Natur anpassen. Wir sind gefordert, dem wieder zum Durchbruch zu verhelfen.

Erwin Ringel: ein antisuizidales Klima schaffen

Der österreichische Psychiater Erwin Ringel, ein Schüler von Alfred Adler, ist der Vater der Suizidforschung, er hat sehr großes Gewicht auf die Suizidprävention gelegt. Sein Credo war es, ein antisuizidales Klima in der Gesellschaft zu schaffen. Dazu gehören für ihn verschiedene wichtige Voraussetzungen:

- „Sein persönliches Selbstmordproblem gelöst haben, überhaupt sich zu fragen, ob die eigene Existenz im Dienste des Lebens oder des Todes steht;
- über das Problem des Selbstmordes gründlich informiert sein (...);
- (...) ihn weder zu tabuisieren noch zu verketzern, noch zu verherrlichen, sondern als Symptom menschlicher Not zu erkennen

- Die Bereitschaft, die Not des Mitmenschen anzunehmen (...);
- eine Mobilisierung der Mitmenschlichkeit – man könnte auch sagen: der Nächstenliebe (...)
- eine Intensivierung des mitmenschlichen Gesprächs; man vergesse nicht: Jedem Selbstmord geht ein missglücktes oder nicht stattgehabtes Gespräch voraus (...);
- Den Gefährdeten nicht alleine lassen, zu wissen, wo man Hilfe findet, und den Bedrohten den Helfern anzuvertrauen (um seine Bereitschaft, sich helfen zu lassen, geduldig zu ringen).⁴¹

Überlassen wir Erwin Ringel auch das Schlusswort, das uns auch Verpflichtung ist:

„Wenn für den Selbstmörder alle anderen nur Abwesenheit bedeuten, ergibt sich daraus unsere wichtigste Verpflichtung von selbst: mit all unseren Kräften anwesend zu sein.“⁴²

Referenzen

- 1 Maio, G., *Trügerische Autonomie*, Die Welt (online), 27.3.2012, <https://www.welt.de/print/die-welt/debatte/article13948106/Truegerische-Autonomie.html>.
- 2 Mit Euthanasie werden in der Folge alle Arten der „Sterbehilfe“ bezeichnet, die die Absicht haben, den Tod des Betroffenen herbeizuführen. Dazu gehören Tötung auf und ohne Verlangen, assistierter Suizid, bewusst überdosierte Morphingabe oder terminale Sedierung mit der Absicht der Tötung.
- 3 Schweizerisches Strafgesetzbuch, Art. 115.
- 4 Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin, Beihilfe zum Suizid, Stellungnahme Nr. 9, Bern, (2005), S. 31 ff.
- 5 Exit, Geschichte, <https://exit.ch/verein/der-verein/geschichte/>.
- 6 Unerforschte Wege in der Euthanasie, NZZ, Nr. 122, 29./30.5.1993, S. 9.
- 7 Eggly J., *Interpellation Sterbehilfe auf Verlangen, gesetzliche Regelung*, 16.12. und 17.12.1993, Schweizer Nationalrat, <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaef?AffairId=19933650>; Ruffly V., *Motion Sterbehilfe, Ergänzung des Strafgesetzbuches*, 28.9.1994, Schweizer Nationalrat, <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaef?AffairId=19943370>; Petitpierre G., *Interpellation Gewünschte Sterbehilfe. Reglementierung*, 17.12.1993, Schweizer Ständerat, <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaef?AffairId=19933672>.
- 8 Interdisziplinäres Dossier der Hippokratischen Gesellschaft Schweiz *Legalisierung der 'aktiven Sterbehilfe' in der Schweiz?* vom 27.2.1999, <https://hippokrates.ch/topic/sterbehilfe/>.
- 9 Cavalli F., parlamentarische Initiative *Strafbarkeit der aktiven Sterbehilfe. Neuregelung*, Nationalrat, 27. 9.2000, <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaef?AffairId=20000441>. Die Initiative Cavalli forderte eine Neuregelung der Tötung auf Verlangen im Sinne des Vorschlages der Mehrheit der Arbeitsgruppe Sterbehilfe des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartementes.
- 10 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW, *Richtlinien Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende*, Basel (2004), S. 11: „Diese Dilemmasituation erfordert eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes. Die Entscheidung, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, ist als solche zu respektieren.“, <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=samw+betreuung+von+Patienten+am+Lebensende>.
- 11 Spaemann R. *Es gibt kein gutes Töten*, in: Beckmann R., Kaminski C., Löhr M. (Hrsg), *Es gibt kein gutes Töten. Acht Plädoyers gegen Sterbehilfe*, Edition Sonderwege, Manuscriptum Verlagsbuchhandlung, Waltrop und Leipzig (2015), S. 17 ff.
- 12 „Im Gefolge der Prozesse gegen die Euthanasieärzte des Dritten Reiches schrieb der amerikanische Arzt Leo Alexander 1949, „dass allen, die mit der Frage nach dem Ursprung dieser Verbrechen zu tun hatten, klar wurde, dass diese Verbrechen aus kleinen Anfängen wuchsen. Am Anfang standen zunächst feine Akzentverschiebungen in der Grundhaltung. Es begann mit der Auffassung, die in der Euthanasiebewegung grundlegend ist, dass es Zustände gibt, die nicht mehr als lebenswert zu betrachten sind. In ihrem Frühstadium betraf diese Haltung nur die schwer und chronisch Kranken. Nach und nach wurde der Bereich jener, die unter diese Kategorie fallen, erweitert und auch die sozial Unproduktiven, die ideologisch Unerwünschten, die rassisch Unerwünschten dazugechnet. Entscheidend ist jedoch zu erkennen, dass die Haltung gegenüber den unheilbar Kranken der winzige Auslöser war, der diesen totalen Gesinnungswandel zur Folge hatte.“, ebd., S. 17-18.
- 13 BGE 133 I 58 S. 75.
- 14 Exit-Präsidentin Marion Schafroth in SRF Rundschau *Exit für Demente*, 17.1.2018, <https://www.srf.ch/play/tv/>

- rundschau/video/theke-marion-schafroth?urn=urn:srf:video:9e5a1e62-b101-435c-b950-8dc3f78b559c&station=69e8ac16-4327-4af4-b873-fd5cd6e895a7.
- 15 SRF Rundschau, *Exit für Demente*, 17.1.2018, <https://www.srf.ch/play/tv/popupvideoplayer?id=9666aa10-49af-4f57-ad45-099324e448b4&startTime=4.383>.
- 16 Zum unerträglichen Leiden siehe auch: Bozarro C., *Ärztlich assistierter Suizid: Kann unerträgliches Leiden ein Kriterium sein?*, Dtsch Med Wochenschr (2015); 140: 131-134.
- 17 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), *Medizin-ethische Richtlinien Umgang mit Sterben und Tod*, 1. Auflage, Basel (2018), S. 8 (Geltungsbereich).
- 18 Exit, Jahresbericht 2019, <https://exit.ch/verein/jahresberichte/jahresbericht-2019/>.
- 19 Z. B. Straumann F., *Spende nach Freitodbegleitung*, Tagesanzeiger, 26.4.2017.
- 20 Z. B. Regional Euthanasia Review Committees Annual Report 2017, S. 15, www.euthanasiecommissie.nl, April 2018.
- 21 Noll T., Urwyler Th., *Straftäter haben ein Recht auf Suizid*, Neue Zürcher Zeitung, 7.10.2020.
- 22 Töndury B., *Heilsarmee unterliegt vor Bundesgericht*, NZZ, 5.10.2016, https://www.nzz.ch/schweiz/sterbehilfe-heilsarmee-unterliegt-vor-bundesgericht-ld.120531;BGE.13.09.2016_2C.66-2015.
- 23 Grunert M., *Niederlande: Gericht gestattet aktive Sterbehilfe bei Demenzkranken*, Frankfurter Allgemeine Zeitung, 21.4.2020, <https://www.faz.net/aktuell/politik/ausland/niederlande-gericht-gestattet-aktive-sterbehilfe-von-demenzkranken-16735260.html>.
- 24 Leiva R. et al., *Euthanasia in Canada: a Cautionary Tale*, World Medical Journal (2018); 64(3): 17-23.
- 25 Z. B. Trachtenberg A., *Cost analysis of medical assistance in dying in Canada*, CMAJ (2017); 189(3): E101-5, doi: 10.1503/cmaj.160650.
- 26 Alder K., Hehli S., *Vielleicht warten die Erben sehnlichst auf das Geld und üben subtilen Druck aus*, NZZ, 17.7.2020, S. 13.
- 27 Vortrag von Silvan Luley, Dignitas, Switzerland beim Kongress der World Federation of Right to Die Societies 2018 in Südafrika, <https://www.youtube.com/watch?v=z7tFhDmFAKQ&list=UUMg9NzDFIXwfmvxjsvkf6TA&index=30>; siehe auch: Dignitas, Kurzportrait, <http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/kurzportrait-d.pdf>.
- 28 Z. B. Mosich V., *Chancen und Grenzen der Palliativmedizin*, Vortrag an den Salzburger Bioethik-Dialogen, 9.-10.10.2020, <https://www.saltzburgeraerzteforum.com/livestream/>.
- 29 Seiden R. H., *Where are they now? A follow-up study of suicide attempters from the Golden Gate Bridge*, Suicide and Life Threatening Behavior (1978); 8(4) 203-216.
- 30 Siehe Zusammenstellung in Klesse R., *Wie wirkt sich Beihilfe zum Suizid („Sterbehilfe“) in Alters- und Pflegeheimen und psychiatrischen Langzeitinstitutionen aus?*, Stellungnahme aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht im Auftrag der di Gallo Gruppe (2020).
- 31 Siehe z. B. Tomasello M., *Warum wir kooperieren*, edition unseld, Bd. 36, Suhrkamp Verlag, Berlin (2010); Grossmann K., Grossmann K. E., *Bindungen – das Gefüge menschlicher Sicherheit*, 6. Auflage, Klett-Cotta Verlag, Stuttgart (2014).
- 32 Hufeland C. W., *Enchiridion medicum oder Anleitung zur medizinischen Praxis*, 3. Auflage, Jonas Verlagsbuchhandlung, Berlin (1837), S. 898 f. „Er [der Arzt] soll und darf nichts anderes thun, als Leben erhalten; ob es ein Glück oder Unglück sei, ob es Werth habe oder nicht, dies geht ihn nichts an, und maßt er sich einmal an, diese Rücksicht mit in sein Geschäft aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar, und der Arzt wird der gefährlichste Mensch im Staate; denn ist einmal die Linie überschritten, glaubt sich der Arzt einmal berechtigt, über die Nothwendigkeit eines Lebens zu entscheiden, so braucht es nur stufenweise Progressionen, um den Unwerth und folglich die Unnöthigkeit eines Menschenlebens auch auf andere Fälle anzuwenden.“
- 33 Trachtenberg A., siehe Ref. 25.
- 34 Siehe auch: Nestor K. und M., *Von der Aufgabe, auf der Seite des Lebens zu stehen*, Hippokratische Gesellschaft Schweiz (Hrsg.); Heft 1, September 2020, Verlag IPHG.
- 35 Bundesamt für Statistik, „MONET 2030: Suizidrate“, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/nachhaltige-entwicklung/monet-2030/alle-nach-themen/3-gesundheit/suizidrate.html>.
- 36 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/suizid> (Zugriff am 12.3.2021).
- 37 Minder J. et al., *Alterssuizid*, Swiss Medical Forum (2018); 18 (10): 230-235.
- 38 Nestor M., „Was hat die Schweizer Sterbehilfepropaganda für Folgen?“, Vortrag, gehalten in Berlin, 28.9.2015, anonymisiertes Fallbeispiel.
- 39 Wettstein A., *Suizidbeihilfe bei chronischer therapie-refraktärer Depression in einem Pflegeheim*, Praxis (2010); 99(10): 613-617.
- 40 Ringel E., *Selbstmord – ein Appell an die anderen*, 6. Auflage, Kaiser Taschenbücher, Gütersloh (1998), S. 18.
- 41 Ringel E., *Das präsuizidale Syndrom – medizinische, soziale und psychohygienische Konsequenzen*, in: Hexagon Roche (1985); 13(1), S. 1-7.
- 42 Ebd.

Letzter Zugriff auf sämtliche Webseiten am 14.11.2020.