

Notausgang „Assistierter Suizid“? Ethische und rechtliche Aspekte.

Axel W. Bauer

Vortrag bei der Fachtagung
„Du sollst nicht töten ... lassen“ - Grenzen der Selbstbestimmung
zur „Woche für das Leben“
in der City Church Hamburg
am 18. April 2015

1. Die lebensgefährliche Illusion vom „selbstbestimmten“ Tod

Im medizinethischen und medizinrechtlichen Diskurszusammenhang handelt es sich bei dem aus der Würde des Menschen¹ und dem Persönlichkeitsrecht² abgeleiteten Recht auf Selbstbestimmung primär um ein individuelles Abwehrrecht, durch dessen Beachtung verhindert werden soll, dass - in der Regel ärztliche und pflegerische - Maßnahmen gegen den Willen eines Patienten vorgenommen werden. In dieser Form präsentierte sich jene Botschaft der ersten Jahre der modernen Medizinethik, die in der Öffentlichkeit am meisten wahrgenommen wurde, weil sie im Gegensatz zu den traditionellen Werten Fürsorge, Schadensvermeidung und Gerechtigkeit als der einzige „innovative“ moralische Wert erschien³.

In den letzten Jahren hat sich indessen eine Tendenz gezeigt, das Selbstbestimmungsrecht von Patienten in medizinethischen Debatten dominant und solitär in den Vordergrund zu rücken. Es liegt eine gewisse Tragik dieser Entwicklung darin, dass es ausgerechnet die Sterbehilfe ist, an der sich das Selbstbestimmungsrecht vorrangig bewähren soll.⁴ Man gewinnt den Eindruck, dass das Recht auf Selbstbestimmung von libertären Medizinethikern neuerdings mit einem Recht auf den selbst bestimmten Todeszeitpunkt geradezu identifiziert wird. Eine solche Verkürzung der Selbstbestimmung wäre jedoch eine semantische Entstellung dieses Begriffs. Die ständig wiederholte Rede vom *selbstbestimmten Sterben* oder gar vom *Sterben in Würde* wirkt irritierend, denn man will uns damit einreden, wir hätten ungeahnte Spielräume ausgerechnet beim Sterben, und ein natürlicher Tod sei letztlich würdelos.

¹ Artikel 1 Absatz 1 GG.

² Artikel 2 Absatz 1 GG.

³ Brody (1992), 48.

⁴ Bauer (2009), 169-180.

„Sei gesund und fit - oder stirb wenigstens rasch!“ So könnte man jene inhumane Alternative in einem knappen Satz zusammenfassen, die - als Selbstbestimmungsrecht verpackt - den älter werdenden Menschen Tag für Tag auf mehr oder weniger subtile Weise nahegebracht wird. Nicht wenige Juristen und Medizinethiker behaupten, der Suizid sei ein genuiner Ausdruck der personalen Autonomie, die Selbsttötung demnach eine zumindest grundsätzlich respektable Ausdrucksform menschlichen Handelns.⁵ Doch stimmt das wirklich?

Der Mensch ist zwar faktisch in der Lage, sich selbst zu töten, doch kann er diesen Schritt ethisch nicht einfach unter Berufung auf die Selbstbestimmung legitimieren. Ein Akteur, der wohl überlegt diejenige physische Struktur irreversibel zerstört, die seine Handlungsfreiheit durch ihre Existenz überhaupt erst ermöglicht, handelt moralisch nicht legitim, sondern - um es mit einem etwas aus der Mode gekommenen Ausdruck zu benennen - frevelhaft, und dies selbst dann, wenn seine Motivation zur Selbsttötung emotional nachvollziehbar wäre. Außerdem sind Nachvollziehbarkeit einerseits und moralische Billigung andererseits zwei strikt zu trennende Zugangsweisen zu diesem Problem. Nicht alles, was man irgendwie verständlich findet, kann - zum Beispiel aus strafrechtlichen oder aus sozialetischen Gründen - auch moralisch für gut befunden werden.

2. Verbreitung und Ursachen suizidalen Verhaltens

Die meisten Menschen, die eine Suizidbegleitung wünschen, befinden sich in einer Phase schwerer Depression, sodass der Begriff des „Freitodes“ schon aus diesem Grund geradezu absurd klingt. Die Neigung zur Selbsttötung, insbesondere aber der Suizid, steht in deutlichem Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen. Die Zahl der gemeldeten Suizide in Deutschland liegt seit annähernd zehn Jahren bei ungefähr 10.000 pro Jahr.⁶ Durch Selbsttötung sterben also dreimal so viele Menschen wie durch den Straßenverkehr (Verkehrstote 2013: 3.339).⁷ Insbesondere der soge-

⁵ Diese Auffassung prägt zum Beispiel den weiter unten thematisierten Gesetzentwurf zur Regelung des assistierten Suizids von Borasio, Jox, Taupitz und Wiesing. Siehe Pressemitteilung (2014), 5.

⁶ Vollendete Suizide 2011: 10.144, 2012: 9.890, 2013: 10.076. Quelle: Anzahl der Sterbefälle durch vorsätzliche Selbstbeschädigung (Suizide) in Deutschland in den Jahren von 1980 bis 2013.

<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/583/umfrage/sterbefaelle-durch-vorsaetzeliche-selbstbeschaedigung/> (Stand: 21.12.2014). Vgl. auch Schmidtke (2012).

⁷ Statistisches Bundesamt: Polizeilich erfasste Unfälle / Unfälle und Verunglückte im Straßenverkehr.

nannte Alterssuizid nimmt signifikant zu. Die Zahl der „gescheiterten“ Suizidversuche liegt mindestens zehnmal so hoch wie die der „erfolgreichen“, also bei deutlich mehr als 100.000 pro Jahr.

Ursächlich für versuchte Selbsttötungen sind vor allem psychische Erkrankungen mit depressiver Symptomatik sowie akute und chronische Belastungssituationen, die durch hinzutretende soziale Probleme wie Arbeitslosigkeit, gesellschaftliche Isolation oder Angst vor unzureichender pflegerischer Versorgung bei chronischer Krankheit im Einzelfall als unerträglich erlebt werden. Bei Menschen jenseits des 65. Lebensjahrs steigt die Suizidrate deutlich an, da sich gerade im höheren Lebensalter verschiedene Ängste und Belastungen bis hin zu einer völligen Perspektivlosigkeit verdichten können. Dann scheint es manchmal nur noch den Ausweg der Selbsttötung zu geben.

Die in der gesellschaftlichen Debatte vertretene Ansicht, der Suizid sei Ausdruck autonomer Selbstbestimmung (daher die Bezeichnung „Freitod“), hat mit der Realität und den Ergebnissen der Suizidforschung wenig zu tun. Die Entscheidung zum Suizid ist nicht frei, die Selbsttötung erscheint nur als der einzige Ausweg, den der Suizident momentan noch sieht. Zu echter Entscheidungsfreiheit gehört aber eine wählbare und akzeptable Alternative. Wenn es eine solche nicht gibt, dann sollte man den Euphemismus „Freiheit“ meiden, denn dieser anspruchsvolle Begriff trägt hier nichts zur Erhellung der Sachlage bei. Die Wahl zwischen Suizid und Weiterleben hat eine vollkommen andere Qualität als die Auswahl zwischen einem Buch, einem Theaterbesuch oder einer Grillparty.

3. Der assistierte Suizid als rechtspolitisches Thema in Deutschland

Nach dem Rechtsgrundsatz der Akzessorietät von Täterschaft und Teilnahme im deutschen Strafrecht werden Anstiftung und Beihilfe (§§ 26 und 27 StGB) zur Selbsttötung bisher nicht geahndet, da die Haupttat, also der Suizid, nicht strafbar ist. Sogar ein im eigenen finanziellen Interesse handelnder „Sterbehelfer“, der vom Tod des Suizidenten profitierte, dürfte diesen nach geltendem Recht zur Selbsttötung anstiften, ihm die Tatmittel beschaffen und ihn auch sonst bei der Tatausfüh-

rung unterstützen, ohne dass er sich strafbar machte. In anderen Rechtsordnungen wird die Mitwirkung am Suizid dagegen generell (so in Österreich und Großbritannien) oder zumindest teilweise (Schweiz) strafrechtlich geahndet.

Verfassungsrechtlich durchaus zulässig wäre für die strafrechtliche Bewertung der Beihilfe zum Suizid eine Lösung, wie sie in Österreich gewählt wurde, wo die *Mitwirkung am Selbstmord* (§ 78 öStGB) als eigenständige Haupttat strafbar ist. Die dogmatische Begründung für eine Strafbarkeit der Mitwirkung liegt darin, dass der Suizident sein *eigenes* Leben beendet, der Teilnehmer aber, also der Anstifter oder der Helfer, sich gegen das Leben eines *anderen* Menschen vergeht, das heißt ein fremdes Rechtsgut verletzt. Die Mitwirkung an der Selbsttötung eines anderen Menschen stellt eine abstrakte Gefährdung des Lebens vieler Bürgerinnen und Bürger dar. Bei abstrakten Gefährdungsdelikten kommt es nicht darauf an, dass im Einzelfall eine konkrete Gefahr entsteht und nachgewiesen werden kann, sondern dass eine generell als gefährlich erscheinende Tätigkeit verhindert werden soll, wie zum Beispiel beim Tatbestand der *Trunkenheit im Verkehr* nach § 316 StGB.

In Deutschland fehlt es jedoch in allen politischen Lagern am Gestaltungswillen für eine solche Option. Hier wird stattdessen seit Jahren mit Hingabe an Nebenkriegsschauplätzen gekämpft, allerdings an höchst gefährlichen. So sollte kurz vor dem Ende der 17. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages zu Beginn des Jahres 2013 nach dem Willen der damaligen Bundesregierung aus CDU, CSU und FDP ein Gesetz beschlossen werden, das durch einen neu zu schaffenden § 217 StGB die in Deutschland derzeit quantitativ irrelevante *gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung* unter Strafe gestellt hätte. Dieses Vorhaben wurde jedoch am 3. Mai 2013, viereinhalb Monate vor der Bundestagswahl am 22. September 2013, von der Bundeskanzlerin höchstpersönlich gestoppt. Streit mit den Kirchen könne Angela Merkel im Wahljahr nicht brauchen, so kommentierte diesen Schritt der Journalist Robin Alexander vermutlich sehr treffend.⁸

Was waren die offiziell genannten Gründe für diesen, sein vorgebliches Ziel verfehlenden Gesetzestrojaner?⁹ Ethisch überzeugende Argumente konnten es jedenfalls

⁸ Alexander (2014).

⁹ Bauer (2013b).

nicht sein, denn eine an sich gute oder wenigstens moralisch neutrale Handlung wird nicht dadurch schlecht, dass sie Geld kostet. Niemand würde beispielsweise von einem Bäckermeister verlangen, dass er seine Brötchen verschenken müsse, um nicht einer Kommerzialisierung der Nahrungsmittelversorgung Vorschub zu leisten. Auch würde niemand von einem bildenden Künstler fordern, dass er die von ihm gemalten Bilder kostenlos abzugeben habe, damit er nicht eine Kommerzialisierung der Kunst befördere.

Umgekehrt aber wird eine an sich schlechte Handlung auch nicht dadurch gut, dass sie gratis zu haben ist. So wird etwa die Tat eines Denunzianten auch dann nicht als lobenswert betrachtet, wenn er seine Freunde lediglich privat und im Rahmen eines Hobbys verrät, ohne Geld für die weitergegebenen Informationen zu verlangen. Und ein Hehler, der Diebesgut ohne eigenen Gewinn in den Verkehr brächte, wäre kein Wohltäter, sondern allenfalls töricht. Die richtige Intuition, dass die Mitwirkung am Suizid eines anderen Menschen keine ethisch akzeptable Tat ist, gründet in der Sache selbst und nicht im etwaigen finanziellen Gewinn des Sterbehelfers.

Es musste wohl andere Gründe für die über parlamentarische Knie gebrochene, nur scheinbare strafrechtliche Begrenzung einer Mitwirkung am Suizid geben.¹⁰ Nun bringt es die prognostizierte demografische Alterung der Bevölkerung in Deutschland mit sich, dass immer mehr Menschen in absehbarer Zukunft ein wesentlich längeres Dasein im Ruhestand erleben werden als ihre Eltern oder Großeltern, und dies selbst dann, wenn das Renteneintrittsalter auf 67 oder gar 70 Jahre angehoben werden sollte. Mit zunehmendem Alter kommen mehr und kostspieligere Krankheiten auf uns zu. Wer sich mithilfe körperlicher Aktivität lange fit hält, wird die Krankheiten, die seine Eltern mit 75 Jahren trafen, gegebenenfalls erst mit 85 erleben; erspart bleiben sie ihm jedoch nicht. Damit steigen auch die Krankheits- und Pflegekosten während der letzten Phase des Lebens an. Denn es wäre eine Illusion zu glauben, wir würden in der näheren Zukunft nicht nur später, sondern sozusagen in „kerngesundem“ Zustand von heute auf morgen sterben.

Wie sähe nun das Ende alter und kranker Menschen im Jahre 2030 aus, wenn es gelänge, sie schon weit im Vorfeld des Todes davon zu überzeugen, dass ein freiwilli-

¹⁰ Beihilfe zur Selbsttötung (2013).

ger Abgang nach einem erfüllten Leben eine Tugend, gar eine soziale Verpflichtung sei? Schon heute kennen wir jene euphemistischen Begriffe, mit denen in der akademischen Medizinethik gerne gearbeitet wird, um unangenehme Tatsachen schönzufärben. So macht es eben einen erheblichen semantischen Unterschied, ob man von *aktiver Sterbehilfe* oder von *Tötung auf Verlangen* spricht. Der erste Begriff klingt nach einem Akt der Humanität, der zweite nach einem strafbewehrten Delikt gegen das Leben. Gemeint ist aber jeweils ein und derselbe Sachverhalt.

Derzeit werden in Deutschland von den rund 2,2 Millionen Pflegebedürftigen etwa 1,5 Millionen Menschen (68 Prozent) zu Hause gepflegt, während etwa 700.000 Pflegebedürftige (32 Prozent) in Heimen leben. Eine Situation, in der ausgerechnet Angehörigen und womöglich Hausärzten ein strafrechtlich abgesichertes Privileg beim assistierten Suizid eingeräumt würde, wäre für pflegebedürftige Menschen schon heute lebensgefährlich. Wir müssen aber zur Kenntnis nehmen, dass unsere Gesellschaft demografisch altert. Zwischen 1950 und 1970 wurden in Deutschland jährlich nahezu doppelt so viele Kinder geboren wie in der Gegenwart. Es geht folglich um über 20 Millionen Menschen, deutlich mehr als ein Viertel aller Bürgerinnen und Bürger dieses Landes, die jetzt zwischen 45 und 65 Jahren alt sind und die 2030 die Senioren unserer Gesellschaft darstellen werden. Das Problem der hohen Renten-, Krankheits- und Pflegekosten wird dann eskalieren.

In dieser Lage käme ein angeblich „selbstbestimmt“ herbeigeführter „Freitod“ älterer Menschen gerade im richtigen Augenblick zur Auswirkung. Denn in den Jahren nach 2025 müssen immer weniger Jüngere die Renten für die immer mehr werdenden Senioren erwirtschaften. Angesichts der wenig erfreulichen Aussicht, dass infolge der in Deutschland vergleichsweise moderaten Löhne und der niedrig angesetzten Beitragssätze zur gesetzlichen Rentenversicherung das relative Rentenniveau in 15 Jahren deutlich unter dem gegenwärtigen liegen wird, muss man durchaus die Frage stellen, ob sich die auffällige politische Toleranz für die Mitwirkung am Suizid künftig tatsächlich nur auf Schwerstkranke in einem medizinischen Finalstadium bezöge, wie derzeit in beschwichtigender Absicht meistens argumentiert wird.

Dann würden Hemmschwellen fallen, die bislang vor allem noch deshalb vorhanden waren, weil - zumindest im Jahre 2011 - rund 93 Prozent der Bürger die diesbezügliche Rechtslage nicht kannten und irrtümlich glaubten, Anstiftung und Beihilfe zum Suizid seien in Deutschland derzeit strafbar.¹¹ Doch Unwissenheit bietet keinen hinreichenden Lebensschutz, denn eine deutliche Mehrheit der Bundesbürger ist, zumindest wenn man ihnen geschickt formulierte Fragen stellt, inzwischen dafür, die Suizidassistenz zuzulassen. Nach einer im Januar 2014 im Auftrag des Magazins *ZEIT online* durchgeführten Umfrage unter 1.014 Personen forderten nur noch 17 Prozent deren Verbot.¹²

Eine am 6. Oktober 2014 veröffentlichte repräsentative Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach wiederum ergab, dass rund 60 Prozent der Deutschen die Zulassung privater Sterbehilfeorganisationen wie in der Schweiz befürworteten. Lediglich jeder fünfte Befragte trat dafür ein, Sterbehilfeorganisationen zu verbieten. Die Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe geht offenbar quer durch alle Bevölkerungsschichten, und sie ist weitgehend unabhängig von Geschlecht, Alter, Bildung oder Konfessionszugehörigkeit. So traten 70 Prozent der Männer und 65 Prozent der Frauen für die Möglichkeit einer aktiven Sterbehilfe ein. In allen Bildungsschichten war mit 64 bis 70 Prozent eine große Mehrheit dafür, dass schwerkranke Menschen dabei unterstützt werden sollten, ihr Leben auf eigenen Wunsch hin zu beenden. Auch unter Katholiken und Protestanten sprach sich jeweils eine große Mehrheit für die Zulassung der aktiven Sterbehilfe aus, also für eine Legalisierung der durch § 216 StGB strafbewehrten Tötung auf Verlangen.¹³

In Aldous Huxleys (1894-1963) Roman *Schöne neue Welt*, erschienen 1932, scheiden die Menschen aus dem Leben, bevor sie ernsthaft erkranken und die Wiederherstellung ihrer Gesundheit Kosten verursacht. Huxley hat seine Erzählung im Jahr 2540 angesiedelt. Man muss, wenn man ehrlich ist, feststellen, dass wir diesem ernüchternden Gesellschaftsentwurf mittlerweile gefährlich nahe gekommen sind, jeden-

¹¹ Assistierter Suizid. Ergebnisse einer repräsentativen Erhebung- Tabellarische Übersichten. Eine Studie von Infratest dimap im Auftrag der „Stiftung Ja zum Leben“. Berlin, 12. Mai 2011 (67.10.122341). Die Studie wurde bislang nicht publiziert.

¹² Callsen (2014).

¹³ Allensbacher Kurzbericht vom 6. Oktober 2014: Deutliche Mehrheit der Bevölkerung für aktive Sterbehilfe.

http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsdocs/KB_2014_02.pdf (Stand: 21.12.2014).

falls viel näher, als die zeitliche Differenz von derzeit 525 Jahren vermuten lassen würde. Es ist erstaunlich, wie der damals 38-jährige Autor vor nunmehr 83 Jahren eine technisch perfektionierte Zivilisation des inhumanen Grauens prognostiziert hat. Ob er zu optimistisch war, als er dieses Szenario rund 600 Jahre in die Zukunft verschob? Vermutlich hat er die Geschwindigkeit der Entwicklung unterschätzt. Wir sind der „schönen neuen Welt“ bereits viel näher als wir glauben.¹⁴

4. Ein neuer Anlauf zum § 217 StGB: Die thanatopolitische „Agenda 2015“

Nun plant die Bundesregierung in der laufenden 18. Legislaturperiode einen neuen Anlauf zum § 217 StGB; es geht dabei um eine Art thanatopolitische „Agenda 2015“. Diesmal ist davon die Rede, dass auch die geschäftsmäßige Suizidhilfe unter Strafe gestellt werden solle. Anders als im Falle der Gewerbmäßigkeit, bei der eine Gewinnerzielungsabsicht bestehen muss, liegt geschäftsmäßiges Handeln im strafrechtlichen Sinne bereits dann vor, wenn der Täter - wenn auch nur bei einer einzelnen Tat - beabsichtigt, die Wiederholung gleichartiger Taten zum Gegenstand seiner wirtschaftlichen oder beruflichen Betätigung zu machen, auch wenn er damit keine Erwerbsabsicht verbindet. Mit einem entsprechenden Gesetz könnte man, so lautet die Hoffnung, die Tätigkeit von Vereinen wie *Dignitas Deutschland* oder *Sterbehilfe Deutschland* eindämmen oder gar zum Erliegen bringen. Aus genau diesem Grund planen indessen libertäre Politiker aus allen Fraktionen des Deutschen Bundestages entsprechende Gegenentwürfe, durch welche die Suizidassistenz nicht etwa begrenzt, sondern im Gegenteil noch ausgeweitet werden soll.

Der Druck in Richtung auf das Ziel einer vermeintlichen „Liberalisierung“ und „Privatisierung“ des assistierten Suizids steigt, als stecke dahinter ein generalstabsmäßig organisierter Masterplan. Die Berichterstattung und die öffentlichen Reaktionen auf die in einem Illustrierten-Interview am 15. Juli 2014 bekundete persönliche Bereitschaft des damaligen EKD-Vorsitzenden Nikolaus Schneider (geb. 1947), seiner krebserkrankten Ehefrau gegebenenfalls seelischen Beistand durch seine Anwesenheit bei ihrer etwaigen assistierten Selbsttötung in der Schweiz leisten zu wollen, und dies seiner eigenen theologischen Überzeugung zuwider, machten deutlich, wie

¹⁴ Rehder (2014), 3.

leicht sich dieses ernste Thema als Betroffenheits-Rührstück inszenieren und für politische Zwecke instrumentalisieren lässt.¹⁵

5. Ärzte als Suizidbegleiter und der kalkulierte Verrat am Hippokratischen Eid

Der Präsident der Bundesärztekammer Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (geb. 1952) prognostizierte im Jahre 2012, als Sterbehelfer stünden Ärzte auch künftig nicht zur Verfügung, denn Ärzte hätten Sterbenden beizustehen, es sei ihnen aber verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten oder ihnen Hilfe zur Selbsttötung zu gewähren. Entsprechendes sei in den Berufsordnungen der Ärztekammern klar geregelt. Doch so klar, wie es Montgomery darstellte, ist die Sache keineswegs. Die Bundesärztekammer hatte zwar im Jahre 2011 eine neue Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte erstellt. In § 16 der Musterberufsordnung wurde sogar ein ausdrückliches standesrechtliches Verbot der Suizidbeihilfe aufgenommen: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. *Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.*“

Doch entfaltet diese Musterberufsordnung als solche keine Rechtskraft. Rechtsverbindlich sind nämlich nur die auf dieser Grundlage von den 17 Landesärztekammern verabschiedeten Berufsordnungen für die Ärzte des jeweiligen Bundeslandes. Auch die entscheidenden Sätze 2 und 3 in § 16 gewinnen erst ihre formale Wirksamkeit, wenn sie in die Berufsordnungen der einzelnen Landesärztekammern übernommen wurden. Und genau hier beginnt das Problem. Denn keineswegs geht die Stimmung in den Bezirks- und Landesärztekammern einhellig dahin, dass alle Ärzte der Meinung wären, Suizidbeihilfe gehöre nicht zu ihren Aufgaben. Vielmehr gibt es durchaus Bestrebungen, den Willen der Bundesärztekammer durch stille Opposition zu unterlaufen.

¹⁵ Posche / Hauser (2014). Genau genommen wäre Nikolaus Schneider „nur“ bereit, mit seiner Frau in die Schweiz zu reisen und ihr die Hand zu halten, während sie einen dort zur Verfügung gestellten Giftbecher trinken würde. Er selbst leistete dann formal keine Beihilfe zur Selbsttötung im engeren Sinne.

Nicht zufällig gewählt erscheint hier etwa die Abweichung in der Berufsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe vom 26. November 2011, in welcher der Satz *Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten* in den Satz *Sie sollen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten* relativiert wurde. Noch weiter ging die Bayerische Landesärztekammer, die in der Neufassung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 9. Januar 2012 in § 16 die Sätze 2 und 3 aus der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer gar nicht übernahm. Damit schließt das Bayerische Landesrecht die ärztliche Mitwirkung am Suizid nicht mehr grundsätzlich aus. In gleicher Weise entschied sich die Landesärztekammer Baden-Württemberg in ihrer Berufsordnung vom 10. Dezember 2012. Die Sätze 2 und 3 der Musterberufsordnung, denen zufolge es verboten ist, Patienten auf deren Verlangen zu töten, sowie das Verbot der ärztlichen Mitwirkung bei der Selbsttötung fehlen in der Neufassung gänzlich.

Damit dürften sowohl im Freistaat Bayern als auch in Baden-Württemberg genügend Ärzte bereit stehen, die gegebenenfalls ärztliche Suizidassistenz auf nicht gewerbsmäßige Weise leisten würden. Dies ist ein Novum in der Geschichte der Medizin, nämlich ein bewusster standesrechtlicher Bruch mit jener seit 2400 Jahren gepflegten Tradition des Hippokratischen Eides, der jede Beteiligung an der Tötung oder Selbsttötung eines Patienten kategorisch ausschließt. Indem einerseits Strafrechtler auf das ärztliche Landesrecht und andererseits ärztliche Landesvertreter auf das staatliche Strafrecht verweisen, hat sich bei der ärztlichen Mitwirkung am Suizid eine Strafbarkeitslücke aufgetan, die sowohl in rechtlicher als auch in ethischer Hinsicht bedrückend ist. Wir müssen leider damit rechnen, dass mancher Hausarzt in nicht allzu ferner Zukunft neben der ersten auch die letzte Hilfe anbieten wird, womöglich als reguläre Leistung der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung. Der Fachmann für die Erhaltung des gefährdeten menschlichen Lebens könnte dann zugleich als Experte für dessen vorsätzliche Beendigung in Erscheinung treten, und dies im Namen von Mitleid und Humanität.

6. Der Tod auf Rezept unter dem Deckmantel der „Fürsorge zum Leben“

Der bislang radikalste Bruch mit dem traditionellen ärztlichen Ethos würde im laufenden Gesetzgebungsverfahren dann vollzogen, wenn der am 26. August 2014 von dem Medizinrechtler Jochen Taupitz (Mannheim), den beiden Medizinethikern Urban Wiesing (Tübingen) und Ralf Jox (München) sowie dem Palliativmediziner Gian

Domenico Borasio (Lausanne) publizierte Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids vom Deutschen Bundestag behandelt und am Ende angenommen werden würde. Unter dem Titel *Selbstbestimmung im Sterben - Fürsorge zum Leben* gaben die vier Experten in dem von ihnen formulierten § 217 StGB eine wasser-dichte Anleitung für eine straffreie Beihilfe zur Selbsttötung durch „Angehörige oder dem Betroffenen nahestehende Personen“ (§ 217 Absatz 2) sowie für eine nicht rechtswidrige, also privilegierte Suizidassistenz durch Ärzte (§ 217 Absatz 3 und 4).

Nun sind Angehörige gerade diejenigen Personen, denen man eine Beteiligung am Suizid eines ihnen nahestehenden Menschen am allerwenigsten erlauben dürfte. Nahe Angehörige sind immer auch emotional involviert, wenn es um die schwere Erkrankung eines Patienten oder einer Patientin geht. Fremdes Leid wird als eigenes Leid erlebt und erst dadurch manchmal unerträglich. Angehörige „leiden mit“, und so kann es zum für den Kranken „tödlichen Mitleid“ kommen. Ferner sind Angehörige, auch das muss erwähnt werden, in der Regel zugleich die Erben des potenziellen Suizidenten. Durch eine lange Krankheits- oder Pflegezeit kann das Vermögen des Betroffenen erheblich geschmälert werden. Diese wenig erfreuliche Aussicht kann bei Angehörigen die Neigung verstärken, das Leiden ihres Verwandten abzukürzen. Durch die persönliche Nähe zum Kranken entstehen auch emotionale Verstrickungen, bei denen dann am Schluss nicht mehr differenziert werden kann, ob der Sterbewunsch primär vom Kranken ausging, oder ob dieser sich den gefühlten Strebungen seiner Angehörigen subtil angepasst hat. Wenn die Suizidassistenz überhaupt eingeschränkt werden soll, so muss sie gerade für Angehörige verboten werden.

Das eigentliche Einfallstor für eine flächendeckende, legale Ausweitung der Suizidassistenz jedoch wäre deren ausdrückliche Erlaubnis für Mitglieder des ärztlichen Berufsstandes. Der Gesetzesvorschlag von Taupitz und Kollegen weist genau in diese Richtung. Die Voraussetzungen, unter denen ärztliche Mitwirkung am Suizid eines Patienten künftig zulässig sein soll, klingen auf den ersten Blick zwar relativ eng, sie sind aber letztlich nur kraftlose Worthülsen, die in der Praxis kaum limitierende Wirkung entfalten würden. So ist davon die Rede, der Arzt müsse aufgrund „eines [sic!] persönlichen Gesprächs mit dem Patienten zu der Überzeugung [sic!]“

gelangt“ sein, dass der Patient „freiwillig und nach reiflicher Überlegung die Beihilfe zur Selbsttötung“ verlange. Ferner muss der Arzt durch eine persönliche Untersuchung zu der Überzeugung [sic!] gelangt sein, dass der Patient an einer „unheilbaren, zum Tode führenden Erkrankung mit begrenzter [sic!] Lebenserwartung“ leidet. Schließlich muss der Arzt einen weiteren, „unabhängigen“ Arzt hinzuziehen, und er darf die Sterbehilfe nicht vor Ablauf von zehn Tagen nach dem Aufklärungsgespräch gewähren.

Bekanntlich muss der Köder dem Fisch schmecken und nicht dem Angler, hier also den Bundestagsabgeordneten und nicht den Autoren des Gesetzesvorschlags, die genau wissen dürften, dass die von ihnen eingezogenen „Grenzen“ dank normativ schwacher und auslegungsbedürftiger Begriffe keine reale Bedeutung haben werden. Nur am Rande sei hier auf eine erhebliche logische Inkonsistenz des Entwurfs verwiesen, die darin besteht, dass die Leistung der Sterbehilfe an die Voraussetzung des ärztlich diagnostizierten Vorliegens einer schweren Erkrankung mit „begrenzter“ Lebenserwartung geknüpft werden soll. Angesichts des von den Befürwortern der Suizidassistenz ständig apostrophierten „Selbstbestimmungsrechts“, das doch nur ein Recht der sterbewilligen Person selbst sein kann, ist diese Voraussetzung aber widersprüchlich. Denn wenn die Suizidassistenz tatsächlich Ausdruck der Selbstbestimmung des Betroffenen wäre, dann dürfte diese letzte medizinische „Dienstleistung“ gerade nicht daran gebunden werden, dass der Sterbewillige einen ganz bestimmten, ärztlich festzustellenden Mindestkrankheitszustand aufweisen muss.

Der besondere strategische Schachzug des Gesetzentwurfs liegt jedoch in der am Ende des Textes vorgeschlagenen Ergänzung des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG). Das für den assistierten Suizid gerne verwendete Medikament *Pentobarbital* wird nämlich in der Anlage 3 des BtMG zusammen mit etlichen anderen Mitteln aufgeführt, die nach § 13 Absatz 1 Satz 1 BtMG nur von Ärzten, Zahnärzten und Tierärzten und nur dann verschrieben, verabreicht oder einem anderen überlassen werden dürfen, wenn ihre Anwendung am oder im menschlichen oder tierischen Körper begründet ist. Die Tötung oder Selbsttötung eines Menschen zählt bislang nicht zu diesen legitimen Gründen. Taupitz und Kollegen schlagen nun vor, nach § 13 Absatz 1 Satz 1 BtMG folgenden neuen Satz 2 einzufügen: „Die Anwendung ist auch be-

gründet, wenn die Voraussetzungen des § 217 Abs. 3 und 4 StGB erfüllt sind.“ Die Autoren merken hierzu lakonisch an, das professionsbezogene Verbot einer Beihilfe zum Suizid für Ärzte sei berufsethisch nicht haltbar.¹⁶

Damit würde der Tod auf Rezept Wirklichkeit, das Traumziel der Todeshelfer endlich erreicht.¹⁷ In zahlreichen europäischen Staaten, so in Österreich, Italien, England und Wales, Irland, Portugal, Spanien und Polen ist die Mitwirkung Dritter am Suizid strafbewehrt. Der assistierte Suizid ist bislang in Deutschland nur deshalb ein Randphänomen, weil das zur Selbsttötung häufig verwendete Gift *Pentobarbital* nach § 13 BtMG lediglich in der Veterinärmedizin zum Einschläfern von Tieren verordnet werden darf. Wer auch immer jetzt im Zusammenhang mit der Sterbehilfe Änderungen am Betäubungsmittelgesetz plant, der öffnet im wörtlichen Sinn den Giftschrank, und das im bevölkerungsreichsten Land Europas, das zugleich über die höchste Zahl an Ärzten verfügt. Der oft beklagte „Sterbehilfe-Tourismus“ würde sich künftig von der Schweiz nach Deutschland umkehren, denn gerade in Süddeutschland, nämlich in Bayern und Baden-Württemberg, würde sich in kurzer Zeit eine perfekte und umfassende Suizidhilfe-Infrastruktur etablieren.

Wenn die ärztliche Mitwirkung am Suizid eines Bürgers vom Staat legitimiert würde, dann säne nicht nur die subjektive Hemmschwelle, diese Mitwirkung auch tatsächlich in Anspruch zu nehmen. Es würde der soziale Druck zunehmen, dass Sterbeunwillige die Nichtinanspruchnahme dieser Gesundheitskosten sparenden Dienstleistung begründen müssten. Die privilegierte Zulassung des durch Ärzte assistierten Suizids würde einen völlig neuartigen Erwartungs- und Entscheidungshorizont am Lebensende eröffnen. Wenn lebenserhaltende Therapien oder der Tod als gleichwertige Alternativen gesehen würden, dann würde derjenige Patient, der sich für die Lebenserhaltung entschiede, schließlich seinen Angehörigen und der Gesellschaft gegenüber rechenschaftspflichtig, denn er verursachte in der Folge schließlich weitere Kosten für Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung, die sein Nachbar, der sich für die Suizidbeihilfe entschieden hätte, nicht mehr aufwürfe. Das Leben wäre dann nur noch eine von zwei möglichen Alternativen. Dieser Erwartungs- und Entscheidungshorizont eröffnete sich dem Betroffenen ausgerechnet in

¹⁶ Pressemitteilung (2014).

¹⁷ Bauer (2013a).

einer gesundheitlichen Lage, in der er ohnehin schwach und an der Grenze seiner Entscheidungsfähigkeit angelangt wäre. Einen schauerlicheren Verrat an der heilenden Aufgabe eines Arztes kann man sich eigentlich nicht vorstellen.

An die Auswirkungen auf die ärztliche Aus- und Weiterbildung muss in diesem Zusammenhang ebenfalls gedacht werden: So soll durch den von Taupitz und Kollegen geplanten § 217 Absatz 5 StGB das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt werden, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates insbesondere die „Anforderungen an die fachliche Qualifikation der beteiligten Ärzte“ zu regeln. Es müssten also sowohl die Approbationsordnung für Ärzte als auch die Weiterbildungsordnungen zumindest für Internisten, Neurologen, Anästhesisten und Palliativmediziner geändert werden: Suizidassistenz würde Lehr- und Prüfungsgegenstand. Das Lernziel einer qualitativ hochwertigen Ausführung der (assistierenden) Tötungshandlung müsste theoretisch wie praktisch in speziellen Unterrichtsveranstaltungen gelehrt, gelernt und geprüft werden. Die Medizinstudierenden im Jahre 2020 müssten sich auf ein Testat in der Disziplin *Sterbehilfe* vorbereiten. Der Arztberuf erhielte dadurch eine völlig neuartige Ambivalenz, deren Auswirkungen auf das Vertrauen der Patientinnen und Patienten in diesen Berufsstand noch nicht einmal ansatzweise bedacht, geschweige denn systematisch erforscht sind. Das alles mag nach einer Horrorvision klingen, ist aber Teil einer - in sich konsequenten - gesundheits- und sozialpolitischen Planung mit dem Ziel der Kostenminimierung am Lebensende.

7. Resümee und Ausblick: Wird der Giftschränk geöffnet?

Der schon lange öffentlich angedeutete „Freitod“ des ehemaligen MDR-Intendanten Udo Reiter (1944-2014) wurde im Herbst des vergangenen Jahres gerade nicht zu einer Werbeaktion für den assistierten Suizid. Denn Udo Reiter fuhr am Ende nicht in die Schweiz, um sich von freundlichen Sterbehelfern mit *Pentobarbital* vergiften zu lassen, sondern er erschoss sich am 9. Oktober 2014 tatsächlich mutterseelenallein auf der Terrasse seines Hauses in einem Leipziger Vorort. Genau eine Woche zuvor war er noch Gast in der ZDF-Fernsehsendung von Maybrit Illner gewesen, in der es um „selbstbestimmtes“ Sterben, also um die (assistierte) Selbsttötung ging. Hinter einer derart brutalen Handlung der Auto- und zugleich der Heteroaggression

steht natürlich eine sehr persönliche Tragödie, über deren wahre Hintergründe wir keine ausreichenden Kenntnisse haben.

Wenn schon die Furcht, eines Tages zum Pflegefall zu werden, als Motiv für die Selbsttötung ausreicht¹⁸, dann haben wir es mit Persönlichkeiten zu tun, die durch Krankheit ihre persönliche Macht und ihre Unabhängigkeit gefährdet sehen. Auch bei dem Industriellenerben Gunter Sachs (1932-2011), der sich am 7. Mai 2011 aus Furcht vor einer angeblich beginnenden Demenz erschoss¹⁹, konnte man dergleichen beobachten. Ein gewisses Maß an Rücksichtslosigkeit gegenüber der menschlichen Mitwelt muss hier in jedem Falle konstatiert werden. Es lässt sich jedoch nicht nachvollziehen, weshalb solche extremen Schicksale dazu geeignet sein sollten, die generelle Legitimität des assistierten Suizids zu fördern.

Aus der anfänglichen Debatte um ein Verbot der organisierten Mitwirkung am Suizid ist im Lauf des Jahres 2014 eine Diskussion um die gesetzlich geregelte Organisation der Beihilfe zur Selbsttötung geworden. Es geht inzwischen nicht mehr um die Einschränkung, sondern um die straffreie Ermöglichung dieser Tat, insbesondere für Angehörige und Ärzte. Doch wer Gelegenheit schafft, schafft auch Nachfrage. Eine mit Privilegien für Angehörige und Ärzte ausgestattete gesetzliche Regelung der Mitwirkung am Suizid würde eine Gefahr für das Leben schwer kranker und suizidgefährdeter Menschen darstellen, da diese Personengruppen psychisch besonders verletzlich sind. Die suggestive Verleitung zur Annahme von Suizidbeihilfe fiele in diesen Fällen leichter als bei Gesunden. Sobald die Mitwirkung am Suizid eines Dritten für Teilnehmer risikolos gesetzlich geregelt wäre, stiege die Wahrscheinlichkeit, dass solche Handlungen tatsächlich stattfinden. Pflegende in Heimen, Palliativstationen und Hospizen dürfen aber nicht in eine Lage gebracht werden, in der sie ihren Beruf dadurch vom Staat korrumpiert sehen, dass sie alternativ zur Pflege auch den Tod anbieten können beziehungsweise im Rahmen der Patientenaufklärung sogar anbieten müssen. Ihr pflegerisches Handeln würde dadurch sozial entwertet und moralisch entwürdigt.

¹⁸ Tolmein (2014).

¹⁹ Legendärer Playboy: Gunter Sachs ist tot. Spiegel online Panorama vom 8.5.2011. <http://www.spiegel.de/panorama/leute/legendaerer-playboy-gunter-sachs-ist-tot-a-761305.html> (Stand: 21.12.2014).

Wer die Suizidbeihilfe effektiv einschränken möchte, der muss sie ohne Ausnahme verbieten. Insbesondere darf es keine Privilegien für Angehörige und Ärzte geben, und es muss darauf geachtet werden, dass das Betäubungsmittelgesetz in diesem Zusammenhang nicht geändert wird. Je länger der Text des neu einzuführenden § 217 StGB wäre, umso mehr Ausnahmen würde er enthalten, und aus dem Verbots-gesetz würde dann in Wahrheit eine Lizenz zur staatlich gebilligten und bürokra-tisch geregelten Tötungsbeihilfe werden. Es gibt eine ganze Reihe von Politikern, Juristen und Ethikern, die genau diesen Zustand anstreben. Es gilt, ihnen auf die-sem Irrweg argumentativen und politischen Widerstand entgegenzusetzen.

Literaturverzeichnis

Alexander, R.: Zum Kirchentag: Kanzlerin Merkel stoppt FDP-Gesetz zur Sterbehilfe, in: *WELT online*, 3.5.2013.

<http://www.welt.de/politik/deutschland/article115860104/Kanzlerin-Merkel-stoppt-FDP-Gesetz-zur-Sterbehilfe.html> (Stand: 21.12.2014)

Bauer, A.W.: Grenzen der Selbstbestimmung am Lebensende. Die Patientenverfügung als Patentlösung?, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* (55), 2009, S. 169-182.

Bauer, A.W.: Todes Helfer. Warum der Staat mit dem neuen Paragraphen 217 StGB die Mitwirkung am Suizid fördern will, in: Krause Landt, A.: *Wir sollen sterben wollen. Warum die Mitwirkung am Suizid verboten werden muss*, Waltrop / Leipzig 2013a, S. 93-169.

Bauer, A.W.: Falsch verstandene Liberalität: Der vorerst gestoppte Gesetzestrojaner zum assistierten Suizid, in: *Katholisches Sonntagsblatt. Das Magazin für die Diözese Rottenburg-Stuttgart* (161), 2013b, Nr. 36 (8.9.2013), S. 10-13.

Beihilfe zur Selbsttötung (§ 217 StGB): Wer darf straffrei mitwirken? Dokumentation der Parlamentarischen Fachtagung in Berlin im Januar 2013, in: *Lebensforum spezial*, Sonderausgabe März 2013. http://www.alfa-ev.de/fileadmin/user_upload/Lebensforum/2013/lf-spezial-2013-suizidhilfe-komplett.pdf (Stand: 21.12.2014).

Brody, H.: *The Healer's Power*, New Haven 1992.

Callsen, S.: Mehrheit der Deutschen befürwortet aktive Sterbehilfe, in: *Die Zeit online*, 21.1.2014. <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2014-01/Sterbehilfe-YouGov-Umfrage> (Stand: 21.12.2014)

Posche, U. / Hauser, U.: EKD-Vorsitzender Schneider im *stern*: "Für meine Frau würde ich auch etwas gegen meine Überzeugung tun", in: *Stern online*, 15.7.2014. <http://www.stern.de/panorama/ekd-vorsitzender-schneider-im-stern-fuer-meine-frau-wuerde-ich-auch-etwas-gegen-meine-ueberzeugung-tun-2124129.html> (Stand: 21.12.2014)

Pressemitteilung anlässlich der Präsentation des Buches „Selbstbestimmung im Sterben - Fürsorge zum Leben. Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids“ von Prof. Dr. med. Gian Domenico Borasio, PD Dr. med. Dr. phil. Ralf J. Jox, Prof. Dr. jur. Jochen Taupitz, Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing, 26.8.2014. http://blog.kohlhammer.de/wp-content/uploads/Pressemitteilung_Gesetzesvorschlag_assist_Suizid.pdf (Stand: 21.12.2014)

Rehder, S.: „Wir sollen sterben wollen“. Warum Ärzte keine Suizidhilfe leisten dürfen und sich viele dennoch für den „Freitod“ erwärmen. Ein Gespräch mit dem Medizinethiker Axel W. Bauer, in: *Die Tagespost* Nr. 47, 23.4.2014, S. 3.

Schmidtke, A.: *Suizidales Verhalten in Deutschland*, Vortrag beim Deutschen Ethikrat am 27.9.2012 in Berlin. <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/plenarsitzung-27-09-2012-schmidtke.pdf> (Stand: 21.12.2014).

Tolmein, O.: Der Abschiedsbrief von Udo Reiter, in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung online*, 20.10.2014. <http://www.faz.net/aktuell/feuilleton/medien/tv-kritik/tv-kritik-guenther-jauch-abschiedsbrief-von-udo-reiter-13218811.html> (Stand: 21.12.2014)