

PAUL CULLEN

SUIZIDBEIHILFE*

Der Arzt als Tötungshelfer?

Prof. Dr. med. Paul Cullen wurde 1960 in Dublin geboren und studierte Humanmedizin am University College Dublin. Es folgten Stationen in Dublin, Münster und London, wo er am King's College ein Studium der Biochemie absolvierte. Cullen ist Internist, Labormediziner und Molekularbiologe. Derzeit leitet er hauptberuflich ein großes medizinisches Labor in Münster in Westfalen und ist außerplanmäßiger Professor für Medizin an der Westfälischen Wilhelms-Universität. Außerdem ist Cullen ehrenamtlicher Vorsitzender des Vereins „Ärzte für das Leben“, der sich für den Schutz des menschlichen Lebens von der Befruchtung bis zum natürlichen Tod einsetzt. Er ist verheiratet, hat zwei Kinder und lebt in Münster.

Einleitung

„Der Arzt soll und darf nichts anderes tun, als Leben erhalten, ob es ein Glück oder Unglück sei, ob es Wert habe oder nicht, dies geht ihn nichts an. Und maßt er sich einmal an, diese Rücksicht in sein Geschäft mit aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar und der Arzt wird zum gefährlichsten Menschen im Staate.“

Christoph Wilhelm Hufeland, Kantianer und Leibarzt Goethes, 1806

Wie der Psychiater und Medizinhistoriker KLAUS AXEL DÖRNER im Juni 2015 bemerkte¹, haben diese Wörter HUFELANDS prophetischen Charakter. Im den Niederlanden wurde nach offizieller Meldung im Jahr 2014 von allen Verstorbenen jeder fünfundzwanzigste (5033 von insgesamt 139.073 Todesfällen) vorsätzlich durch einen Arzt getötet; 273 haben mit Hilfe eines Arztes Selbstmord begangen. Noch bedrohlicher: Bereits in den 1990er Jahren wurde gezeigt, dass in den Niederlanden jährlich mehrere Tausend Patienten Schmerzmittel in bewusst tödlicher Dosierung ohne ihre Zustimmung erhalten. An dieser Praxis hat sich seitdem nichts geändert. In den meisten Fällen tötet der Hausarzt, also gerade *der* Arzt, der in einer besonders engen Beziehung zum

* Die vorliegende Arbeit basiert teilweise auf verschiedenen Artikeln, die im Weblog kath.net sowie in der Zeitung *Die Tagespost* erschienen sind.

¹ Statement von KLAUS DÖRNER im Pressegespräch zur Buchvorstellung *Würde, Selbstbestimmung, Sorgeskultur. Blinde Flecken in der Sterbehilfedebatte* am 30. Juni 2015.

Patienten steht. Selbst bei Kindern, psychisch Kranken und Dementen, also bei Unmündigen, finden ärztliche Tötung auf Verlangen und ärztliche Suizidbeihilfe statt, sogar bei „Lebensmüden“, die körperlich und geistig gesund sind.²

Die Frage der Beihilfe zur Tötung ist für Ärzte keinesfalls neu. Der Grundsatz „μη βλάπτειν“ (me blaptein) – „Primum nil nocere“ – „vor allem nicht schaden“ – rührt aus der hippokratischen Tradition ärztlichen Handelns her und unterstreicht die moralische Pflicht des Arztes, dem ihm anvertrauten Individuum zu helfen und vor allem darauf zu achten, ihm nicht zu schaden. Dazu schrieb HARRO ALBRECHT in der Wochenzeitschrift *Die Zeit*:

„Die römische Schadensverhütungsregel ist nachvollziehbar. Ärzte standen schon immer im Ruf, sich mit allerlei giftigen Substanzen auszukennen, also gerieten sie bei mysteriösen oder prominenten Todesfällen in Verdacht – und wurden trotzdem nie dafür belangt. ... Der Ruf als Auftragskiller aber war verheerend. Um das Image der römischen Mediziner aufzupolieren, empfahl um das Jahr 50 n. Chr. Largus, ein Arzt am Hof des Kaisers Tiberius, seinen Kollegen mit dem ‚Primum nil nocere‘, eine vertrauensbildende Parole.“³

Autonomie und Selbsttötung

Die Befürworter der assistierten Selbsttötung rechtfertigen diese meist mit dem Recht des Menschen auf Autonomie und Selbstbestimmung. Wie der Medizinethiker AXEL BAUER bemerkt, „liegt eine gewisse Tragik dieser Entwicklung darin, dass es ausgerechnet die Sterbehilfe ist, an der sich das Selbstbestimmungsrecht vorrangig bewähren soll. Man gewinnt den Eindruck, dass das Recht auf Selbstbestimmung ... neuerdings mit einem Recht auf den selbstbestimmten Todeszeitpunkt geradezu identifiziert wird. ... 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 somit würdelos.“⁴

Dabei stellt rechtlich und ethisch die Selbstbestimmung primär ein Abwehrrecht gegen den unbefugten Eingriff anderer in das eigene Leben dar. Dieses

² „Euthanasie in cijfers“, offizieller Bericht der fünf „Regionale Toetsingscommissies Euthanasie“ (Prüfungsorganisationen in den Niederlanden), Utrecht, Oktober 2015.

³ H. ALBRECHT, *Die Zeit*, 6. April 2005.

⁴ A. BAUER: Vortrag bei der Fachtagung des Bundesverbandes Lebensrecht, „Du sollst nicht töten ... lassen“ – Grenzen der Selbstbestimmung, zur „Woche für das Leben“, Hamburg, 18. April 2015.

darf nicht dahingehend verstanden werden, dass der Einzelne über sich selbst ohne Rücksicht auf die Umgebung verfügen kann. Unsere Autonomie stellt uns nicht außerhalb der Gesellschaft: wir sind einander zugeordnet und aufeinander angewiesen von der Befruchtung bis zum Tod. So formulierte der Begründer der Individualpsychologie ALFRED ADLER (1870–1937) im Jahre 1910 den Satz: „Der Selbstmord ist ein individuelles Problem, das soziale Ursachen und Folgen hat.“⁵ Der österreichische Psychiater ERWIN RINGEL (1921–1994), der sich Zeit seines Lebens mit der Suizidprävention beschäftigte, schrieb 1985 zu diesem Satz von ADLER folgendes: „das in jedem Selbstmord verborgene „individuelle Problem“, vielleicht besser gesagt: die in jedem Selbstmord verborgene „individuelle Tragödie“ kann mit dem von mir beschriebenen „präsuizidalen Syndrom“ identifiziert werden“⁶. Dieses präsuizidale Syndrom besteht aus drei Bausteinen: der Einengung, der gehemmten und gegen die eigene Person gerichteten Aggression und zunehmenden Selbstmordphantasien. Ferner schreibt RINGEL: „Beim präsuizidalen Syndrom handelt es sich eindeutig um einen psychopathologischen Befund, um eine „Krankheit zum Tode“, in der ein Mensch *die Kontrolle über sich selbst verliert* und in den Tod *getrieben wird*“ (kursiv durch Verf.). Auch der deutsche Suizidforscher STEFAN SAHM weiß zu berichten, dass „[w]eit über neunzig Prozent aller Suizidhandlungen ... Folge einer psychiatrischen Erkrankung [sind]. Der frei bilanzierte Suizid, der Freitod, ist ein, wie die Psychiatrie weiß, höchst seltenes Vorkommnis“⁷. Von den ca. hunderttausend Suizidversuchen, die jedes Jahr in Deutschland unternommen werden, gelangen nur zehn Prozent. Die große Mehrheit der Überlebenden wiederholt die Handlung nicht. „Hätte man denen in der Krise beim Suizid helfen sollen? Die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention spricht sich daher vehement gegen ärztliche Suizidbeihilfe aus.“⁸ Wie bereits von RINGEL beschrieben, gibt es nach SAHM „[e]ine Fülle von Beobachtungen [die] die Tatsache [belegen], dass Suizidenten in hohem Maße ambivalent sind. Es gibt suizidale Phasen, die manchmal länger anhalten. Dann sind die Betroffenen vulnerabel. Das gilt auch im Angesicht fortgeschrittener unheilbarer Erkrankung“⁹. Ferner kritisiert Sahn die „aufklärerische Emphase“ die eine „positive soziale Bewertung des Suizids [suggeriert]“¹⁰.

⁵ A. ADLER: Über den Selbstmord, insbesondere über den Schülerelbstmord. Diskussion des Wiener Psychoanalytischen Vereins. Psychoanalytischer Verlag, 1910.

⁶ E. RINGEL: Das präsuizidale Syndrom – medizinische, soziale und psychohygienische Konsequenzen. *Hexagon „Roche“* 13 (1985), 1–17.

⁷ S. SAHM: „Die Irrtümer der Suizidhelfer“. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 15. Okt. 2014.

⁸ Ders., ebd.

⁹ Ebd.

Besonders scharf attackiert SAHM die Vorstellung, dass es möglich sei, Kriterien zu definieren, welche die Suizidhilfe rechtfertigen. „Der aufklärerische Impetus der Suizidhelfer wird gänzlich zur Farce“, schreibt er, „will man die Erlaubnis zur Suizidassistentz nur unter den Umständen fortgeschrittener unheilbarer Krankheit erteilen. Die Mehrzahl der Befürworter will sie nicht bei Liebeskummer, nach Insolvenz oder einfach in hohem Alter angeboten wissen. ... Ärzte sollen den Suizidwilligen erstmal ein unerträgliches Leid attestieren, dem mit den Mitteln der Palliativmedizin nicht beizukommen sei. Doch eine solche Regelung hebt die Idee der Selbstbestimmung aus, die man zu verteidigen vorgibt. ... Was ist die Selbstbestimmung wert, wenn sie erst vom Arzt genehmigt werden muss?“¹¹

Schließlich spricht SAHM einen zentralen Punkt an, der in der öffentlichen Diskussion fast wie ein Tabu behandelt wird, weil er mit der „cui bono?“-Frage die Motive vieler „Helfer“ entlarvt. „Zudem ist es nicht selten die Umwelt“, schreibt er, „die das Leid nicht ertragen kann. Jeder Arzt, der palliativmedizinisch tätig ist, kennt die Situation. Plötzlich herbeigeeilte Angehörige und Freunde sind vom Leid überfordert. Sie halten es für unerträglich.“¹² An dieser Stelle darf leider auch nicht unerwähnt bleiben, dass es naiv wäre, durchaus handfestere materielle Überlegungen, die in dem einen oder anderen Fall in die Entscheidung einfließen können, nicht zur Kenntnis zu nehmen, und seien diese unterhalb der Schwelle des Bewusstseins. Ausgesprochen werden solche Gedanken naturgemäß so gut wie nie.

Gerade am Lebensende steckt hinter dem gelegentlich geäußerten Wunsch von Menschen, „nicht mehr leben zu wollen“ meistens der Wunsch, „nicht mehr *so* leben zu wollen“, für den in der Regel psychosoziale (und nicht medizinische) Gründe ausschlaggebend sind. Dazu STEFAN SAHM:

„Um Suizidhilfe bitten Patienten nicht wegen ihrer Schmerzen oder anderer medizinischer Beschwerden. Es sind vielmehr Vereinsamung, Angst vor Abhängigkeit durch Pflegebedürftigkeit, Verlust von Bezugspersonen, die Menschen die Alternative des Suizids nahelegen. So zeigen Untersuchungen, dass Krebspatienten höchst selten Suizidhilfe verlangen. Der schmerzgequälte Tumorpatient muss allenfalls in den Talkshows zur Erregung des Mitleids herhalten. Soll aber soziale Deprivation Suizidhilfe rechtfertigen?“¹³

¹⁰ Ebd.

¹¹ Ebd.

¹² Ebd.

¹³ Ebd.

Ein ganz zentraler und in unserer technisierten Medizin leider viel zu wenig beachteter Aspekt des ärztlichen Tuns ist gerade ein solcher Beistand. Die Zusicherung der Unterstützung und Begleitung führt nämlich in den meisten Fällen zu einer Annahme und positiven Ausgestaltung auch der schweren letzten Lebensphase. Der Suizid geschieht dort, wo die Menschen fehlen, nicht, wo Krankheit am schlimmsten ist. Laut Expertenmeinung ist bei kompetenter Behandlung heutzutage nahezu jede Symptomkonstellation einer Therapie zugänglich. In Extremfällen besteht zudem die Möglichkeit der palliativen Sedierung, um krisenhafte Phasen zu überbrücken. Es muss uns aber klar sein: trotz aller Fortschritte in der Palliativmedizin und bester Versorgung wird es immer Menschen geben, deren letzte Lebensphase nicht ohne Leid verläuft. Diese Fälle machen auch uns Ärzte betroffen und traurig, manchmal auch ratlos. Dennoch, seit HUFELAND, spätestens seit der NS-Zeit, wissen wir: es gibt kein lebensunwertes Leben. Deshalb müssen wir uns vor der suggestiven Kraft von Einzelfällen hüten: Extremsituationen dürfen nicht zur Grundlage der allgemeinen Regelung werden. Wie RINGEL schreibt, „[geht] jedem Selbstmord ein missglücktes oder nicht stattgehabtes Gespräch voraus. ... Wenn für den Selbstmörder alle anderen nur Abwesenheit bedeuten, ergibt sich daraus unsere wichtigste Verpflichtung von selbst: *mit allen unseren Kräften anwesend zu sein*“¹⁴ (kursiv im Orig.).

Entwicklung der deutschen Gesetzgebung in der Frage der Suizidbeihilfe

Die Liberalisierung der Sterbehilfe bis hin zur offenen Euthanasie in den Nachbarländern Schweiz, Niederlanden und Belgien ist nicht ohne Wirkung auf Deutschland geblieben, auf ein Land also, wo dieses Thema aufgrund der historischen Erfahrung mit der Euthanasie während der nationalsozialistischen Herrschaft bisher mit einem starken gesellschaftlichen Tabu belegt war. Man konnte fast den Eindruck gewinnen, dass es manchen Akteuren gerade deshalb besonders darum ging, diesen „Hort des Widerstands“ zu schleifen. Kann selbst in Deutschland eine Liberalisierung erreicht werden, so wird dies die Einführung der Tötung auf Verlangen in anderen Ländern erheblich erleichtern.¹⁵ In den letzten Jahren ist also mehrfach der Versuch

¹⁴ Vgl. E. RINGEL: Das präsuizidale Syndrom (1985).

¹⁵ Siehe z.B. ABIGAIL ABRAMS: Assisted Suicide Law In Germany Passes Despite Concerns Over Nazi Association. *International Business Times*, 6 nov. 2015; MARK LANDLER: Assisted

unternommen worden, gerade in Deutschland eine Freigabe der Tötung auf Verlangen – auch „aktive Sterbehilfe“ genannt – zu erreichen.¹⁶ So sollte Anfang 2013 nach dem Willen der damaligen CDU-CSU/FDP-Regierung unter Federführung von Justizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger die in Deutschland so gut wie nicht vorkommende gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe gestellt werden. Gleichzeitig sollte aber in diesem „Gesetzestrojaner“ (AXEL BAUER)¹⁷ die tatsächlich existierende organisierte Suizidbeihilfe, bei der keine Gewinnerzielungsabsicht erkennbar ist, straffrei sein, womit das Tun von Sterbehilfevereinen wie „Dignitas Deutschland“ und „SterbeHilfeDeutschland“ indirekt bestätigt wäre. „Viel interessanter als das, was der Gesetzesentwurf zu regeln vorgab, erscheint daher das, was er ausdrücklich ungeregelt lassen wollte und somit geradezu privilegiert hätte“, kommentierte damals BAUER.

Nachdem diese Initiative im Mai des Wahljahres 2013 durch Bundeskanzlerin Angela Merkel persönlich gestoppt wurde, meldete sich die Diskussion um die Sterbehilfe zwei Jahre später mit Vehemenz zurück. So lagen dem Deutschen Bundestag Anfang November 2015 schließlich vier Gesetzesentwürfe zur Abstimmung vor. Zwei davon sahen eine weitgehende Freigabe des assistierten Suizids vor, teils mit Einschränkungen (leitende Autoren Peter Hintze, CDU und Carola Reimann, SPD), teils ohne (leitende Autoren Renate Künast, Bündnis 90/Die Grünen und Petra Sitte, Die Linke). Bei beiden spielten Ärzte eine besondere Rolle in der Suizidassistenz. Karl Lauterbach, selbst Arzt,

Suicide of Healthy 79-Year-Old Renews German Debate on Right to Die. *The New York Times*, 3 July 2008.

¹⁶ Schon mit den Begriffen fangen die Schwierigkeiten an: Bedeutet Sterbehilfe nur Hilfe *beim* Sterben oder doch eher Hilfe *zum* Sterben? Sucht man nach Entsprechungen in anderen Sprachen, zum Beispiel in meiner eigenen Muttersprache Englisch, so werden Übersetzungen vorgeschlagen wie *mercy killing*, *assisted dying*, *assisted suicide* oder *euthanasia*, die allesamt eher der zweiten Bedeutung des Wortes zuzuordnen sind. Auch die Verwendung des Stammwortes „Hilfe“ deutet trotz dessen positiver Konnotation in diese Richtung. Schlägt man im Duden nach, so steht nämlich unter „helfen“ „jmdm. ... ermöglichen, ein bestimmtes Ziel zu erreichen“ – eine Rechenhilfe etwa führt zum Rechnen, eine Starthilfe zum Starten. Dieses begriffliche Verwirrspiel setzt sich bei der Beschreibung der verschiedenen Arten von Sterbehilfe fort. So wird von der „passiven Sterbehilfe“ gesprochen anstatt von „sterben lassen“, was die Sache viel eher trifft, von „indirekter Sterbehilfe“ anstatt korrekter von „Therapie am Lebensende“ und, am entlarvendsten, von „aktiver Sterbehilfe“ anstatt von „Tötung auf Verlangen“.

¹⁷ AXEL W. BAUER: Sterbenachhilfe: Warum Staat und Gesellschaft mehr Einfluss auf unser Lebensende gewinnen wollen. Überarbeitete Fassung eines Vortrags, der im Rahmen der 16. Berliner Hospizwoche zum Thema „Leben bis zuletzt – Perspektiven hospizlicher und palliativer Begleitung“ am 15.11.2013 im Festsaal des Evangelischen Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge in Berlin-Lichtenberg gehalten wurde. Erschienen in *Fachprosaforchung – Grenzüberschreitungen* 8/9 (2012/2013), 467ff.

stellvertretender Fraktionsvorsitzender der SPD und prominenter Mitautor des Hintze-Reimann-Entwurfs nahm sich hier kein Blatt vor den Mund. In einem Interview mit der Zeitschrift *Stern* im Oktober 2014 bemerkte er: „Sobald ein Arzt beteiligt ist, sinkt in jedem Fall das Risiko, dass die Selbsttötung misslingt.“¹⁸ Der dritte Entwurf wurde federführend von dem CDU-Abgeordneten Michael Brand und der SPD-Abgeordneten Kerstin Griese verfasst und sah ein Verbot jeder Form (d.h. sowohl mit Gewinnerzielungsabsicht („gewerbsmäßig“) als auch ohne („geschäftsmäßig“)) der organisierten Suizidbeihilfe vor, erlaubte diese aber für Angehörige und „nahestehende Personen“¹⁹. Der vierte Entwurf stammte federführend von den CDU-Abgeordneten Patrick Sensburg und Thomas Dörflinger und sah ein kategorisches Verbot der Suizidbeihilfe vor.

Seit der Straffreistellung des Suizids durch das Reichsstrafgesetzbuch von 1871 hat der Gesetzgeber darauf verzichtet, einen eigenen Tatbestand für die Selbsttötung in das Deutsche Strafgesetzbuch aufzunehmen und den Suizid damit bewusst straflos gelassen. Im deutschen Strafrecht wird die Beihilfe zu einer Tat grundsätzlich nicht härter bestraft als die Tat selbst. Beispielsweise wird Beihilfe zum Mord nicht härter bestraft als Mord. Damit war bis Ende 2015 die Beihilfe zum Suizid in Deutschland grundsätzlich straffrei. Dass es bei Beihilfe zum Suizid um einen völlig anderen Tatbestand geht als beim Suizid – bei Letzterem geht es um das eigene Leben, bei der Beihilfe zum Suizid um das Leben eines anderen –, spielte somit in der deutschen Rechtsprechung keine Rolle – eine Ansicht, die von den meisten europäischen Ländern nicht geteilt wird, wo die Beihilfe zum Suizid unter Strafe steht.²⁰ Allerdings war diese Rechtslage sowohl in der allgemeinen Bevölkerung als auch in der Ärzteschaft wenig bekannt, nahmen die meisten Menschen in Deutschland doch an, dass es strafbar sei, jemanden beim Versuch, sich selbst umzubringen, Hilfe zu leisten.²¹

¹⁸ LUTZ KINKEL: Lauterbach zum assistierten Suizid, Ärzte sollen helfen dürfen – auch beim Sterben. *Stern*, 16. Okt. 2014.

¹⁹ Im Kommentar zum Entwurf steht als Erklärung hierzu: „Liebesbeziehungen, enge Freundschaften, nichteheliche bzw. nicht eingetragene Lebens- und langjährige Wohngemeinschaften“.

²⁰ Die Beihilfe zur Selbsttötung ist in Österreich, Dänemark, Frankreich, Griechenland, Irland, Norwegen, Polen, Portugal, Slowenien, Spanien, Ungarn und im Vereinigten Königreich sowie in allen Bundesstaaten der USA, außer Washington, Oregon und Kalifornien, verboten.

²¹ 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.

In der öffentlichen Berichterstattung im Vorfeld der Entscheidung im Bundestag fiel auf, dass auch die Akteure, die für eine möglichst breite Freigabe der organisierten Suizidbeihilfe selbst im nebulösen Falle einer „schweren ... Erschütterung“ plädieren (Künast-Sitte-Entwurf), sich davor hüteten, der Tötung auf Verlangen das Wort zu reden. Dabei ist diese in der assistierten Selbsttötung unweigerlich angelegt. Der Suizidhelfer besorgt dem Suizidenten das tödliche Mittel, ohne das er sich selbst nicht töten könnte. Was aber, wenn der Suizidversuch misslingt? Das dies kein theoretisches Risiko ist, lässt sich an den gelegentlichen Schwierigkeiten bei der Vollstreckung von Todesurteilen durch Giftspritze in den Vereinigten Staaten beobachten. Wer soll sich in solchen Fällen mit welchem Ziel um den Betroffenen kümmern? Ist er ein Fall für die Intensivstation oder für eine tödliche Injektion? Wie der Arzt und CDU-Abgeordnete Rudolf Henke bemerkte, ist die Abgrenzung der Suizidbeihilfe zur Tötung auf Verlangen „sehr, sehr unscharf und ... wird mit der Zeit notwendigerweise verschwinden“.²²

Führt aber die assistierte Selbsttötung zur Tötung auf Verlangen, so zeigen die Erfahrungen in den Niederlanden und anderswo, dass der Tötung auf Verlangen in einem nächsten Schritt die Tötung ohne Verlangen, also die Euthanasie folgt. Wie der Sozialethiker MANFRED SPIEKER schreibt: „Wer dem Arzt die Macht einräumt, die Erträglichkeit des Leidens, die Perspektiven des Weiterlebens und den Lebenswert zu definieren, öffnet den Weg zur Sterbehilfe ohne Verlangen.“²³ Somit überzeugt der oft vorgebrachte Hinweis nicht, dass wissenschaftliche Begleitung, Meldepflichten und Transparenz Missbrauch verhindern können. Sobald die Selbsttötung als Option im Raum steht, laufen schwerstkranke Patienten sogar Gefahr, sich dem zynischen Vorwurf ausgesetzt zu sehen, sie hätten ihr Leid „selber gewählt“.²⁴

Dass auch das ärztliche Standesrecht nicht ausreicht, die ärztliche Beihilfe zum Suizid zu verbieten und so die verfassungsrechtliche Gewährleistung des Lebensrechts zu sichern, sieht man bereits daran, dass die Ärztekammern in Bayern, Baden-Württemberg und Westfalen-Lippe in ihren Berufsordnungen in diesem Punkt von den Vorgaben der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer abweichen, dass „[Ärzte] keine Hilfe zur Selbsttötung leisten

²² Protokoll einer Bundestagsdebatte zum Thema Sterbebegleitung am 13. Nov. 2014.

²³ MANFRED SPIEKER, Fachtagung zur „Woche für das Leben“ der DBK und der EKD des Bundesverbandes Lebensrecht am 18. April 2015 in Hamburg, online abrufbar unter <http://keine-lizenz-zum-toeten.de/?p=113>

²⁴ So auch geschildert in dem Buch von GERBERT VAN LOENEN, „Das ist doch kein Leben mehr! Warum aktive Sterbehilfe zu Fremdbestimmung führt“ (Mabuse Verlag, 2014).

[dürfen]²⁵. Auch eine Klage der Ärztekammer Berlin gegen den Urologen Uwe-Christian Arnold wegen Suizidbeihilfe verlief 2012 erfolglos.²⁶ Somit war laut SPIEKER eine Regelung wie etwa im österreichischen Strafgesetzbuch, die jegliche Beihilfe zum Suizid mit der Tötung auf Verlangen gleichsetzt und verbietet, „juristisch die einzig logische und moralisch die einzig richtige Lösung“.²⁷

Am 6. November 2015 wurde schließlich über die gesetzliche Regelung der Suizidbeihilfe (§ 217 Strafgesetzbuch) im Deutschen Bundestag abgestimmt. Nach einer dreistündigen Debatte votierte in der zweiten Abstimmungsrunde eine klare Mehrheit der Abgeordneten (360 von 602 abgegebenen Stimmen) für den Brand-Griese-Entwurf und entschied damit, dass zukünftig Beihilfe zur Selbsttötung von Angehörigen und „Nahestehenden“ per Gesetz erlaubt sein soll, sofern diese nicht „geschäftsmäßig“, also nicht „auf Wiederholung angelegt“ ist. Für den Sensburg-Dörflinger-Entwurf, den einzigen, der der Suizidbeihilfe einen Riegel vorgeschoben hätte, stimmten 37 Abgeordnete.²⁸ Der Text der neuen Regelung²⁹ enthält einiges an Ungenauigkeiten, die nun durch

²⁵ (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 –* in der Fassung des Beschlusses des 118. Deutschen Ärztetages 2015 in Frankfurt am Main: „§ 16 Beistand für Sterbende: 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.“

²⁶ Die Ärztekammer könne „kein uneingeschränktes Verbot der Überlassung todbringender Medikamente an Sterbewillige gegenüber einem Arzt aussprechen“, sofern „die „Person, die freiverantwortlich die Selbsttötung wünsche, unerträglich und irreversibel an einer Krankheit leide und alternative Mittel der Leidensbegrenzung nicht ausreichend zur Verfügung stünden“. Verwaltungsgericht Berlin, 30. März 2012, VG 9 K 63.09.

²⁷ M. SPIEKER: Lebenslang gegen den Tod. *Die Welt*, 22. Mai 2015.

²⁸ Die Entscheidung im Bundestag fiel im sog. Stimmzettelfverfahren. Dies war nötig geworden, da sich die Initiatoren der vier Gesetzentwürfe zum Thema Sterbehilfe im Vorfeld nicht auf eine Reihenfolge für die Einzelabstimmung der Vorlagen einigen konnten. Der Brand-Griese-Gesetzesentwurf enthielt erst in der dritten Lesung 360 von 602 Stimmen. Es gab 233 Gegenstimmen und neun Enthaltungen. In der zweiten Lesung lag der Entwurf mit 309 Ja-Stimmen vor dem Hintze-Reimann-Entwurf mit 128 Stimmen, dem Künast-Sitte-Entwurf mit 52 Stimmen und dem Sensburg-Dörflinger-Entwurf mit 37 Stimmen. 70 Abgeordnete lehnten alle vier Vorlagen ab, es gab drei Enthaltungen. In der dritten Beratung wurde nur noch über den Brand-Griese-Entwurf abgestimmt, weil dieser in der zweiten Beratung mehr Stimmen erhalten hatte als alle übrigen Gesetzesentwürfe und die Nein-Stimmen zusammen. – Webseite des Deutschen Bundestags, „Geschäftsmäßige Hilfe zum Suizid wird bestraft“, abrufbar unter https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2015/kw45_de_sterbebegleitung/392450

²⁹ § 217 StGB Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung

(1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.

die Gerichte zu klären sein werden. Wann übersteigt beispielsweise eine Serie von Einzelfällen die Grenze zur „Geschäftsmäßigkeit“? Ab dem wievielten Fall in welchem Zeitraum ist eine Wiederholungsabsicht anzunehmen? Einmal im Jahr? Zweimal im Monat? Auch der Begriff „Angehöriger“ und erst recht der eines „Teilnehmer[s]“, der dem Suizidenten „nahesteht“ eröffnen eine weite Perspektive. In der Begründung zum Gesetzestext wird zur Erläuterung des Begriffs „Angehöriger“ auf § 11 Absatz 1 Nummer 1 des Strafgesetzbuches verwiesen. Hiernach trifft diese Bezeichnung unter anderem auf den ehemaligen Lebenspartner eines Geschwisters des Sterbewilligen zu. Auch eine „enge Freundschaft“ zum Sterbewilligen reiche aus, um ihm im Sinne des Gesetzes „nahezustehen“, sofern „dem Angehörigenverhältnis entsprechende Solidaritätsgefühle“ existieren. Dass die Solidarität unter Angehörigen manchmal zu wünschen übrig lässt, wissen wir allerdings spätestens, seit Kain seinen Bruder Abel auf dem Acker erschlug.

Bedeutung der neuen Gesetzeslage für Ärzte in Deutschland

Was ist aber die Bedeutung dieses Gesetzes für Ärzte in Deutschland? Aus Sicht des Gesetzgebers kommt dieser Berufsgruppe ganz sicher eine zentrale Rolle zu. Bezeichnend hierbei ist, dass von Ärzten weder im Gesetzestext noch in der Begründung überhaupt die Rede ist. Beteiligten „Insidern“ war jedoch im Vorfeld bewusst, dass mit dem Begriff „nahestehende Teilnehmer“ auch und insbesondere die Ärzte gemeint sind.³⁰ So etwa dem SPD-Abgeordneten René Röspe, der als Sprecher des Brand-Entwurfs am 2. Juli 2015 im Bundestag sagte: „Sie (die Ärzte, Anm. d. Verf.) müssen über das Ende von Leben entscheiden. Sie müssen loslassen und am Ende vielleicht sagen: Ja, jetzt ist der Zeitpunkt gekommen, an dem ich Hilfe gebe, damit ein anderer sich selbst vielleicht umbringen kann“ (Plenarprotokoll 18/115). Auch der Wissenschaftliche Dienst des Bundestags ging davon aus, dass Ärzte dem Suizidwilligen im Sinne des Gesetzes „nahestehen“ und sah darin kein Problem. Der Wissenschaftliche Dienst fragte lediglich, ob der Entwurf dem Bestimmtheitsgebot des Grundgesetzes genüge, da nicht klar sei, „ob ... sich Ärzte, die im Rahmen ihrer Berufstätigkeit Sterbehilfe leisten, strafbar machen“, weil

³⁰ Es ist leider zu einem Merkmal unserer Zeit geworden, dass seitens der nationalen und insbesondere supranationalen Legislative zunehmend solche „Begriffstrojaner“, in diesem Falle „nahestehende Teilnehmer“, benutzt werden, um die wahre Intention eines Gesetzesvorhabens zu verschleiern. Die Tatsache, dass hierdurch der demokratische Prozess ausgehöhlt und unterlaufen wird, nimmt man in Kauf bzw. zieht man vielleicht sogar ins Kalkül.

davon auszugehen sei, dass viele Ärzte, etwa im Krankenhaus oder in der hausärztlichen Versorgung, sich wiederholt mit der Frage nach Suizidbeihilfe konfrontiert sehen mit der Folge, dass diese grundsätzlich als „geschäftsmäßig“ eingestuft werden könnte.³¹

Spätestens bei der Bundestagsdebatte musste aber auch dem unaufmerksamen Beobachter die wahre Intention des Gesetzesentwurfs restlos klar geworden sein. Nicht weniger als ein Drittel der Redebeiträge, sowohl von Michael Brand als auch von Kerstin Griese, war dem Thema der ärztlichen Suizidbeihilfe gewidmet. So sollte nach Brand die Suizidbeihilfe Ärzten erlaubt sein „die in schweren Situationen nach ihrem Gewissen handeln“, während Griese betonte, dass „der Fall, in dem ein Arzt in einem ethisch begründeten Einzelfall aufgrund einer Gewissensentscheidung dem Wunsch des Patienten nachkommt, ihm zu helfen, aus dem Leben zu scheiden, ... straffrei [bleibt].“ Sie ging sogar noch weiter und erklärte, dass ein Arzt nur dann geschäftsmäßige Suizidbeihilfe leiste, wenn diese „im Mittelpunkt seiner Tätigkeit“ stehe.³² Diese wichtige Bemerkung war wohlüberlegt. So wusste der staatsnahe „Deutschlandfunk“ am selben Abend zu berichten, dass laut den „Initiatoren“ des Brand/Griese-Entwurfs das Verbot der Suizidbeihilfe nur dann gelte, wenn jemand diese „wissentlich und willentlich zum Mittelpunkt seiner Tätigkeit mache“. Eine Beschreibung, die durch den Zusatz „wissentlich und willentlich“ die Hürde zum etwaigen gerichtlichen Beweis der Geschäftsmäßigkeit nochmal erhöht.³³

Es kann also zweifelsfrei festgehalten werden, dass Ärzte durch dieses Gesetz gerade nicht, wie etwa eine gemeinsame Erklärung der katholischen und evangelischen Kirchen unmittelbar nach der Bundestagsabstimmung glauben machen wollte, „vor der Erwartungshaltung ... , im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung, Suizidassistenz zu leisten“ geschützt werden.³⁴ Vielmehr

³¹ Wissenschaftliche Dienste des Bundestags, Ausarbeitung WD 3–3000–188/15: Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung – Brand et al. (BT-Drucks 18/5373) – Gesetzgebungskompetenz des Bundes und Bestimmtheitsgebot.

³² Plenarprotokoll des Deutschen Bundestags 18/134.

³³ Deutschlandfunk, 6. Nov. 2015, Bundestag: Mehrheitlich gegen geschäftsmäßige Suizidbeihilfe, abrufbar unter:

http://www.deutschlandfunk.de/bundestag-mehrheitlich-gegen-geschaeftsmaessige-sterbehilfe.1818.de.html?dram:article_id=336110. Zitat: „Die Initiatoren des parteiübergreifenden Gesetzesentwurfs betonten dagegen, dass das Verbot nicht bei schwierigen Einzelfall-Entscheidungen gelte, sondern nur, wenn jemand die Beihilfe zum Suizid wissentlich und willentlich zum Mittelpunkt seiner Tätigkeit mache.“

³⁴ Pressemeldung der Deutschen Bischofskonferenz vom 6.11.2015 – Nr. 201, Erklärung der katholischen und evangelischen Kirche zur Entscheidung im Deutschen Bundestag: „Eine Entscheidung für das Leben und für ein Sterben in Würde“.

muss befürchtet werden, dass exakt das Gegenteil passiert, nämlich, dass durch das Gesetz der Druck auf Ärzte bzw. auf ihre Kammer im Bund und in den Ländern steigt, genau dies zu tun bzw. dies zu erlauben. Dass übrigens auch dieser Effekt den Unterzeichnern der gemeinsamen kirchlichen Erklärung – in direktem Widerspruch zum Wortlaut der Erklärung selbst – bekannt war, lässt sich an einer Äußerung des Ratsvorsitzenden der Evangelischen Kirche Deutschlands, Heinrich Bedford-Strohm, klar erkennen, der kurz nach der Abstimmung in einem Interview mit dem Norddeutschen Rundfunk bemerkte, dass er „nicht die Befürchtung [habe], dass Ärzte jetzt mit einem Bein im Gefängnis stehen ... [wenn sie]... im persönlichen Arzt-Patienten-Verhältnis ihre Gewissensentscheidung treffen“³⁵. Also wird innerhalb nur eines Tages ein Slalom gefahren: weg von dem „Schutz vor der Erwartungshaltung, Suizidassistenten zu leisten“ hin zu der „Gewissensentscheidung“, die genau dies ermöglicht.³⁶ Auf die Inkompatibilität des Suizids mit irgendeiner Art der „gesundheitlichen Versorgung“ sei hier nur am Rande hingewiesen.

Dennoch sehen viele durch dieses Gesetz den Lebensschutz gestärkt. Bisher war die Beihilfe zum Suizid gar nicht verboten und nun habe man ein solches Verbot eingeführt. Zwar sei dieses Verbot auf Wiederholungstäter beschränkt, aber immerhin. Man muss jedoch sehr genau hinsehen, was hier gerade passiert. Es stimmt, dass Suizid und somit Suizidbeihilfe in der deutschen Rechtsordnung bisher nicht verboten waren, aber sie waren nicht erlaubt. Wie Gesundheitsminister Herrmann Gröhe (CDU) bemerkte, „schw[ieg] ... unsere Rechtsordnung zu dem persönlichen Drama eines Suizids“.³⁷ Nun aber ist das Schweigen gebrochen. Zum ersten Mal in der deutschen Rechtsgeschichte

³⁵ Abzurufen unter:

<http://www.ndr.de/kultur/Reaktionen-auf-Entscheidung-zur-Sterbehilfe,sterbehilfe240.html>

³⁶ Es entbehrt nicht einer gewissen Ironie, dass in einer durchökonomisierten und durchtechnisierten Welt, wo die Entscheidungsfreiheit des Arztes durch allerlei Richtlinien und Anordnungen seitens der Kostenträger, des Gesetzgebers, der Arbeitgeber sowie nationaler und internationaler Fachgesellschaften und Expertengremien eingeschränkt wird, auf einmal in so einer wichtigen Frage allein seine „Gewissensfreiheit“ herrschen soll. Einerseits „verliert der Arzt“ etwa durch den „Abschied von Statussymbolen“ (gemeint ist der Arztkittel) oder die Einführung der Arbeit nach Stechuhr „seinen Nimbus [und] wird zum ganz normalen Arbeitnehmer“, wie „kma – das Gesundheitswirtschaftsmagazin“ im Februar 2016 triumphierend zu berichten wusste. Andererseits soll er mit seinem Gewissen ganz allein über Leben und Tod entscheiden. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass hier eine unangenehme und heikle Aufgabe auf die Ärzteschaft „abgeschoben“ wird. Seitens der Ärzte gibt es aber auch welche, die diese Entscheidung geradezu an sich reißen, „als rette hier jemand sein letztes Privileg als Halbgott in Weiß“ (Dörner, siehe Anm. 2), aber nicht bemerken, wie sehr sie dabei von ideologischen Kräften in der Gesellschaft auf heuchlerische Weise zutiefst missbraucht werden.

³⁷ ANKE HEINRICH: „Kein Geschäft mit dem Sterben“, Interview mit Hermann Gröhe in der Wirtschaftswoche, 20. Oktober 2015.

der Nachkriegszeit werden nun Selbsttötung und Beihilfe dazu ausdrücklich gebilligt. Hier verschiebt sich eine tektonische Platte des Rechts, zwar nur um wenige Millimeter, aber mit gewaltiger Auswirkung. Wir haben nun den ersten Schritt auf eine sehr glatte, schiefe Ebene getan. Denn, wer kann sicherstellen, dass in jedem Fall die Grenze zwischen Beihilfe zum Suizid und Sterben auf Verlangen nicht überschritten wird?

Ein zentraler Aspekt des Arztseins ist das Vertrauensverhältnis zum Patienten. Dieses Verhältnis wird zutiefst erschüttert in einer Welt, wo der Arzt mit gesetzlicher Billigung an das Bett eines kranken, auch eines todkranken, Menschen herantreten darf mit dem expliziten Ziel, dass dieser Mensch hinterher tot ist. Diese Handlung ist mit dem Arztsein nach der herkömmlichen, durch das hippokratische Ethos festgelegten Tradition nicht vereinbar. Wo eine Lockerung hinführt, lässt sich ja an der deutschen Vergangenheit und der niederländischen Gegenwart ablesen. Gerade diese Konstellation aber wurde durch das neue Gesetz geschaffen.

Aus diesem Grund ist aus ärztlicher Sicht höchste Wachsamkeit geboten und die Begrüßung der Abstimmung im Bundestag auch durch die Bundesärztekammer³⁸ nur schwer verständlich. Die einzige schwache Hoffnung, die uns noch bleibt, ist, dass das in der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer ausgesprochene Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe³⁹ seine Gültigkeit behält und zur Grundlage der Berufsordnungen der einzelnen Landesärztekammern wird. Im Hinblick auf die Entwicklungen der neueren Vergangenheit ist eine solche Entwicklung jedoch alles anders als wahrscheinlich. Diese Furcht wird auch durch die wenig bekannte Tatsache genährt, dass die Musterberufsordnung der Bundesärztekammer lediglich eine Empfehlung darstellt, von der die rechtlich bindenden Berufsordnungen der Landesärztekammern abweichen dürfen und dies an verschiedenen Stellen auch tun.

Diese Gesetzesinitiative hat nämlich eine interessante und zutiefst beunruhigende Vorgeschichte. Einer der Vorläufer der vorliegenden Gesetzesentwürfe, insbesondere von Hintze aber auch von Brand/Griese, war ein im Jahr 2014 vorgestellter Vorschlag des Schweizer Palliativmediziners GIAN DOMENICO BORASIO, der deutschen Medizinethiker RALF JOX und URBAN WIESING sowie des deutschen Medizinrechtlers und stellvertretenden Vorsitzenden

³⁸ Pressemitteilung der Bundesärztekammer vom 6. November 2015: „Montgomery begrüßt Entscheidung des Bundestags“. Abrufbar unter <http://www.bundesaerztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/montgomery-begruesst-entscheidung-des-bundestages/>

³⁹ Vgl. Anm. 25.

des deutschen Ethikrats, JOCHEN TAUPITZ.⁴⁰ Wie der Medizinhistoriker AXEL BAUER erkannte, lag der „strategische Schachzug“ dieses Vorschlags in einer Ergänzung des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG).⁴¹ Nach dem BtMG darf das für den assistierten Suizid gerne verwendete Pentobarbital nicht für die Tötung oder Selbsttötung eines Menschen benutzt werden. JOX und Kollegen schlugen vor, im BtMG auch eine Nutzung nach § 217 StGB (Beihilfe zur Selbsttötung) zu erlauben. „Damit“, notierte BAUER, „würde der Tod auf Rezept Wirklichkeit, das Traumziel der Todeshelfer erreicht. Ärzte könnten ihren Patienten ganz legal jenes Gift verordnen, das man bislang nur in der Veterinärmedizin zum Einschlafen alter oder kranker Tiere verwendet.“ In dem Brand/Griese-Entwurf wird das Betäubungsmittelgesetz nicht erwähnt. Aber auch hier ist höchste Vorsicht geboten.

In einer Rede bei der Bundesärztekammer in Dezember 2014 sagte deren Präsident Frank Ulrich Montgomery in Bezug auf die Suizidbeihilfe: „Lassen Sie es doch den Klempner oder den Apotheker oder den Tierarzt machen, aber eben nicht den Arzt.“ Hierfür hat Montgomery viel Prügel einstecken müssen. Dabei hat er lediglich unserem Grundverständnis als Ärzte Ausdruck verliehen. Die Frage der Beihilfe zur Selbsttötung betrifft den Kern unserer Berufung. Wir Ärzte sind nämlich nicht bloße Medizintechniker, die spezialisierte Lösungen für gesundheitliche Probleme anbieten. Unsere Aufgabe ist es vielmehr, neben dem Heilungsauftrag das Leid unserer Patienten zu mindern und dem Leidenden Beistand, Zuwendung und Fürsorge zu bieten. Auf keinen Fall dürfen wir uns dafür hergeben, den Leidenden zu beseitigen, indem wir Beihilfe zum Suizid leisten. Wie kann ein Arzt Hilfe zur Selbsttötung leisten und dennoch Arzt bleiben? Mit dem neuen Gesetz sind wir Ärzte – trotz anderslautenden Behauptungen auf fast allen Kanälen – diesem Zustand einen entscheidenden Schritt näher gekommen.

⁴⁰ Pressemitteilung anlässlich der Präsentation des Buches *Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids*. Stuttgart: Kohlhammer, 26. August 2014, abrufbar unter: http://blog.kohlhammer.de/wp-content/uploads/Pressemitteilung_Gesetzesvorschlag_assist_Suizid.pdf

⁴¹ 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 CityChurch Hamburg am 18. April 2015.

Zusammenfassung

CULLEN, PAUL: **Suizidbeihilfe: Der Arzt als Tötungshelfer?** ETHICA 24 (2016) 3, 217–231

Am 6. November 2015 hat der Deutsche Bundestag in § 217 des Strafgesetzbuchs die „geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“ verboten, die Beihilfe zur Selbsttötung für bestimmte Personengruppen („Angehörige“ und „Nahestehende des Suizidwilligen) und damit auch die Selbsttötung selbst aber zum ersten Mal in der Nachkriegsgesetzgebung straffrei gestellt und damit ausdrücklich erlaubt. Diese Gesetzgebung wurde fast überall als „gelungener Kompromiss“ gelobt und begrüßt. Auch die großen Kirchen haben das Gesetz gelobt und verstiegen sich sogar zu der Feststellung, es würde Ärzte „vor der Erwartungshaltung ... [schützen], Suizidassistenten zu leisten.“ Dabei ist genau das Gegenteil der Fall. Durch dieses Gesetz wird der Druck auf Ärzte steigen, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten.

Im vorliegenden Artikel werden das Problem des Suizids und der Beihilfe dazu aus ärztlicher Sicht erläutert, die historische Entwicklung der Gesetzgebung erklärt und ihre Implikationen für Ärzte und Gesellschaft dargestellt.

§ 217 StGB
Selbsttötung
Suizid
Suizidassistenten

Summary

CULLEN, PAUL: **Physician-assisted suicide?** ETHICA 24 (2016) 3, 217–231

On November 6, 2015, the German parliament passed a law (section 217 of the German Penal Code) forbidding „organised promotion of suicide“. At the same time, this law for the first time since the Second World War expressly allows suicide assistance for „relatives“ and „close friends“, thereby expressly permitting suicide itself. This law was praised and greeted almost universally as a „successful compromise“. The Protestant and Catholic churches also praised the law, claiming that it would „protect doctors from the expectation that they take part in assisted suicide“. However, the effect of the law will be the exact opposite: it will increase pressure on doctors to deliver suicide assistance.

The present article describes the problem of suicide and assisted suicide from a medical perspective, explains the historical development of the law on assisted suicide, and outlines the implication of the new law for German doctors and society at large.

Assisted suicide
German Criminal Code /§ 217
suicide